

Conférence Internationale des Doyens  
et des Facultés de Médecine d'Expression Française

# STRATÉGIE DE CHANGEMENT DANS UNE FACULTÉ DE MÉDECINE

*XVIe Journées Universitaires Francophones de Pédagogie Médicale de Cotonou (Bénin)*

*Edité par*

*Professeur Jacques BARRIER, Président du Conseil Pédagogique de la CIDMEF et  
Professeur César AKPO, Doyen de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou (Bénin)*

# Sommaire

<b>L'éditorial du Président de la CIDMEF.....</b>	<b>3</b>
<b>Introduction : Stratégie de changement. Quelle gouvernance des Facultés de Médecine ? .....</b>	<b>4</b>
<b>Partie I : Le cadre conceptuel du changement.....</b>	<b>6</b>
I.1 – Pourquoi changer ?.....	7
I.2 – Physiologie et sémiologie du changement.....	20
I.3 – Gouvernance et compétences du Doyen.....	32
<b>Partie II : Outils et procédures .....</b>	<b>48</b>
II.1 – Approche pédagogique .....	49
▪ Réviser l'organigramme de la Faculté de Médecine : importance pour un développement pédagogique durable .....	49
▪ Structure pédagogique dans une Faculté de Médecine : mission, fonctions et conditions d'efficacité. Elaboration d'un consensus.....	55
▪ Stratégies de changement dans une faculté de médecine : Quel rôle pour un bureau de pédagogie ? .....	58
II.2 – Approche éthique .....	64
La charte de l'éthique des Facultés de Médecine .....	64
II.3 – Les opérations concrètes de la CIDMEF .....	69
▪ Politique et méthodologie d'évaluation des Facultés de Médecine et des programmes d'études médicales.....	69
▪ Opérations concrètes du Conseil Scientifique de la CIDMEF : des outils pour le changement.....	78
▪ CIDMEF-Sciences®, un outil de changement pour la recherche dans les Facultés de Médecine des enseignants isolés.....	80
▪ Les outils de changement du Conseil pédagogique de la CIDMEF.....	82
<b>Partie III : Expériences .....</b>	<b>85</b>
III.1 - La planification stratégique d'une faculté de médecine : L'expérience de Sherbrooke.....	86
III.2 - Stratégie de changement dans une faculté de Médecine : le rôle des relations internationales .....	110
III.3 – Communications orales et affichées lors des J.U.F.P.M. de Cotonou ..	112
<b>Conclusion :</b>	
<b>Vers une École de Doyens.....</b>	<b>123</b>

# L'éditorial du Président de la CIDMEF

## Changer, s'ouvrir...

On ne change pas pour changer. On change parce que autour de nous le monde n'est plus le même, parce que la société se transforme, que les malades ne sont plus ceux que l'on attend, ni dans leur état d'esprit ni dans leurs maladies, que nos étudiants ne sont plus à notre image... Changer est donc s'adapter. On change aussi parce que nous nous évaluons. Ce regard que nous portons sur nous même est le signe d'une modification de comportement majeur qui se répercute dans notre vie professionnelle médicale et dans nos fonctions universitaires. Le changement rentre donc aussi dans la politique de qualité, née à l'hôpital et qui se poursuit dans nos Facultés.

Il est inutile de vouloir ignorer les résistances que nous rencontrons. Elles sont fortes. Les moins importantes sont celles du conservatisme, la frilosité existe ici comme ailleurs, mais les plus attachés au passé sont aussi le plus souvent des légitimistes et partagent les mêmes ambitions pour l'enseignement, même si ils n'adoptent pas les nouvelles méthodes. Les véritables difficultés commencent avec ceux qui ne prêtent pas assez d'intérêt à l'enseignement par rapport à leurs charges hospitalières et dont l'attitude, hélas, est difficile à modifier. Les résistances majeures viennent des capacités d'investissement de notre groupe professionnel : la surcharge de travail est telle que les efforts importants que nous devons engager dans une politique de changement doivent être compris et acceptés. Saturation. Et cependant c'est bien vers ces enseignants surchargés que notre intérêt doit se tourner, car ils sont à la fois le moteur et l'objet du changement.

On ne peut se changer en restant seul. En tout premier lieu, il faut accepter le regard de nos pairs, donc encourager fortement la politique d'évaluation des Facultés mise au point par la Cidmef. On ne saurait trop louer le sérieux de cette démarche qui commence par un processus d'autoévaluation particulièrement précieux. La composition internationale du groupe d'experts permet aussi d'appuyer les recommandations sur des bases d'une large expérience. Le rapport étant remis au doyen permet à celui-ci de s'en servir aussi comme un outil. Il faut aussi ouvrir nos Facultés à la société, car changer veut dire être à l'écoute des besoins de la population qui nous entoure, comprendre que l'Université ne doit pas se confiner à sa tour d'ivoire. Dès lors, il faut sans pudeur et avec confiance ouvrir nos conseils de faculté à des personnalités civiles, à des associations de malades, aux ordres professionnels pour valider tout particulièrement les programmes. La présence dans la Faculté de locaux dévolus aux syndicats professionnels, aux syndicats d'étudiants et aux associations de malades serait un signe de cet investissement. La collaboration avec la société n'est d'ailleurs pas unilatérale, nous devons jouer un rôle dans l'éducation du public. Car, en dehors des besoins évidents d'avoir en face de nous des citoyens aptes à comprendre, donc partager les problèmes qui ont trait à la santé, l'investissement que nous leur portons nous oblige à mieux cerner les inquiétudes et les intérêts de nos concitoyens, donc éventuellement modifier notre regard sur ce qu'est la maladie dans l'esprit du public.

**Professeur Jacques ROLAND**  
*Président de la CIDMEF*

## Introduction : Stratégie de changement. Quelle gouvernance des Facultés de Médecine ?

Aucune institution, aucune entreprise ne peut imaginer qu'il ne lui soit pas indispensable d'organiser des réformes ou au mieux d'avoir une dynamique permanente de changement. Il s'agit d'un objectif de qualité et de performance. La Faculté de Médecine, au sein de son Université, répond bien évidemment à ces mêmes obligations. Le même niveau d'exigence ? Même dans le contexte international compétitif, il faut rappeler que les missions d'une Faculté de Médecine ne sont pas celles d'une entreprise commerciale concurrentielle. Pourtant, les tutelles – qui sont très souvent les principaux financeurs –, les étudiants et leur famille, les enseignants et – surtout – la population ont de plus en plus une exigence de qualité qui impose une dynamique de changement ne serait-ce que pour "rester à niveau".

Le thème principal des XVI<sup>e</sup> Journées Universitaires Francophones de Pédagogie Médicale à Cotonou en République du Bénin du 5 au 8 avril 2005 était "Stratégie de changement pour une réforme dans une Faculté de Médecine". Ce thème concernait surtout les responsables des Facultés de médecine.

Cette monographie reprend les questions essentielles abordées pendant les conférences et lors des discussions : sur les raisons et la nécessité du changement (Charles BOELEN), sur "la sémiologie et la physiologie" du changement au cours d'une réforme (Jacques BARRIER), sur la gouvernance et les compétences du Doyen (Jean-François DENEFF). Bernard CHARPENTIER, Président de la Conférence Française des Doyens des Facultés de Médecine nous a expliqué les difficultés d'un Doyen européen face à des réformes imposées même si les principes et intentions du processus de Bologne sont excellents. Alexis HOUNTONDJI, Recteur de Parakou a rebondi sur les difficultés de l'instauration du système L.M.D en Afrique subsaharienne. La problématique ayant été exposée, il a été montré que les outils du changement étaient multiples. Joue un rôle important l'organisation structurelle de la Faculté de Médecine : internes et externes. Le rôle du bureau de pédagogie (Meissa TOURÉ), le rôle du service des relations internationales (Etienne LEMARIÉ). Enfin, il est montré que la CIDMEF, grâce à ses trois Conseils, avait un rôle moteur à la disposition des Doyens soucieux de progrès: l'opération d'évaluation des programmes des Facultés de Médecine de son Conseil d'Evaluation (Pierre POTVIN et Tewfik NAWAR et coll.) est un outil de changement très efficace. Le Conseil Scientifique (André GOUAZÉ, Etienne LEMARIÉ, Olivier ARMSTRONG et coll.) permet l'amélioration et la structuration de l'information scientifique et technique et la recherche. Enfin, le Conseil Pédagogique (Jacques BARRIER et coll.), le Cercle des experts en Pédagogie et la Médiathèque de la CIDMEF (Philippe Isidori) peuvent intervenir sur des opérations de formation des formateurs en pédagogie médicale, de structuration pédagogique et lancer les réflexions sur la formation dans le monde francophone. Une étape importante a été la charte de l'éthique des Facultés de Médecine de la CIDMEF (Jacques BARRIER et Lucie Brazeau-Lamontagne) qui

est maintenant un standard reconnu en éthique de l'apprentissage et par là même initiatrice du changement.

Il manque peut être un nouvel outil qui serait une école de gouvernance pour les nouveaux Doyens. Jean-François DENEFF en a montré tout l'intérêt. Des expériences de ce type existent dans le monde universitaire international. En effet, les tâches d'un Doyen sont maintenant complexes ; les risques d'échec d'une réforme sont réels. Si la stratégie est parfois une qualité innée, elle mérite parfois de se construire, dans un cadre théorique, mais surtout au contact des autres et de leurs expériences.

**Professeur Jacques BARRIER**  
*Président du Conseil Pédagogique  
de la CIDMEF*

## Partie I : Le cadre conceptuel du changement

## I.1 – Pourquoi changer ?

**Charles BOELEN**

*Consultant international en systèmes  
et personnels de santé  
Ancien coordonnateur du programme de l'OMS  
des ressources humaines pour la santé  
Courriel : [boelen.charles@wanadoo.fr](mailto:boelen.charles@wanadoo.fr)*

Tout au long de sa longue histoire, l'institution universitaire a été appelée à opérer des réorientations, quelquefois profondes, dans l'accomplissement de ses missions de recherche et d'enseignement, soit sous la poussée de forces extérieures, soit par l'engagement de quelques uns de ses pairs visionnaires .La faculté de médecine n'a pas échappé à cette règle. Voici près d'un siècle déjà, à la suite de la première enquête objective jamais effectuée auprès d'un grand nombre de facultés de médecine, en l'occurrence nord-américaines, elle fut enjointe de transformer fondamentalement la formation médicale en la rendant plus rigoureuse, plus scientifique et plus responsable (1). Et aujourd'hui encore, de nombreux groupes d'experts continuent à réclamer un aggiornamento, qui pour une entrée plus franche dans l'ère informatique, qui pour une pédagogie mieux adaptée, qui encore pour une meilleure adéquation aux besoins prioritaires de la société.

Certes, l'adaptation doit être perpétuelle pour intégrer à la fois les avancées scientifiques, les nouvelles exigences de la pratique professionnelle, les problèmes émergeant de santé des citoyens et des populations. Personne ne le contestera et les facultés de médecine, dans leur grande majorité, se prêtent à ces renouvellements. Mais, la question posée ici est d'un autre ordre : y a-t-il lieu de promouvoir une véritable stratégie de changement institutionnel ? Est-ce le temps, non seulement pour quelques ajustements, mais pour des transformations profondes de la faculté, en particulier en revisitant sa mission, sa gouvernance et ses programmes d'action, avec le corollaire d'une mobilisation cohérente et générale de ses talents et de ses moyens vers un objectif plus clairement défini. Que pourrait justifier une telle mise à jour ? Quels en seraient les fondements objectifs ?

Un changement institutionnel important ne peut être recommandable que si la démonstration est faite de son utilité pour une amélioration très significative de sa performance. Sommes-nous dans un tel cas de figure ? Examinons la faculté sous le double angle de ses valeurs et de ses produits. A quelles valeurs se réfère l'institution pour entreprendre ses projets ? Quels produits est-on en droit d'attendre comme résultants de ses actions ? Quels avantages en tirera la société ? Le corps de valeurs sur lequel on s'accorde pour régir tout système de santé est connu, du moins implicitement : la qualité des soins individuels, l'équité devant les risques pour la santé autant que devant l'accès aux services de santé, le choix de priorités compatibles avec le profil épidémiologique ambiant, la

recherche d'un meilleur rapport entre le coût et l'efficacité des interventions de santé. Cependant, le défi reste de rendre explicite un engagement en faveur de ces valeurs, qu'il convient de matérialiser à travers les activités de formation des professions de santé, de recherche et de prestation de services.

Le défi est également dans le fait de consentir à l'examen critique, éventuellement connu du public, pour vérifier que les "produits" sont conformes aux attentes de la société. Par exemple, les médecins formés sont-ils de véritables promoteurs de santé publique, les recherches examinent-elles avec constance les déterminants de la santé, les prestations de soins couvrent-elles de façon équilibrée les soins primaires et les soins spécialisés ?

Pour engager résolument la faculté de médecine vers une démarche de qualité de cette nature, une stratégie de changement institutionnel est-elle bien nécessaire ? A ceux et à celles qui seraient hésitants à répondre par l'affirmative et qui souhaiteraient être confortés par un mouvement plus général d'adhésion, avant de s'engager eux-mêmes, examinons les phénomènes qui commencent à régir nos sociétés.

### **Le monde change ! Et la faculté ?**

Nos sociétés, confrontées à un plus grand souci de transparence, à l'esprit de compétition, à la recherche de productivité et à l'inéluctable mondialisation, sont progressivement amenées à faire des ajustements importants, susceptibles d'avoir des incidences sur le fonctionnement de nos institutions. D'une façon générale, les pouvoirs publics autant que les citoyens, mieux informés et plus critiques, cherchent à se faire une opinion indépendante et à prendre des décisions plus conformes à l'intérêt général. Entre deux institutions de même nature, à l'aide d'informations de plus en plus fiables, ils cherchent à apprécier la performance respective. Cette démarche conduit naturellement à la compétitivité, qui elle-même pousse les institutions à faire un meilleur usage de leurs talents et moyens pour fournir les services attendus.

On peut raisonnablement s'attendre à ce que la logique appliquée au domaine commercial, s'applique un jour aux Facultés de Médecine. Dans ce cas, il serait bon que celle-ci se préparent à ces échéances.

Pour satisfaire aux exigences de transparence, la faculté de médecine devra consentir à s'ouvrir davantage au monde extérieur, non académique. Elle devrait notamment mieux faire connaître à la société civile sa mission, ses engagements et son fonctionnement ; diffuser une information sur ses actions qui soit compréhensible au monde politique comme au grand public ; partager des objectifs communs avec d'autres acteurs de la santé, extérieurs au monde académique ; évaluer sa performance au regard d'objectifs connus préalablement et permettre à quiconque de l'apprécier. En somme, il s'agit de rendre plus explicites les buts poursuivis et les stratégies employées.



Sur le plan de la compétitivité. Dans de nombreux pays, on voit éclore des facultés de médecine privées, alors que leur majorité relevait jusque là du domaine public. On peut penser que ce phénomène continuera à se développer pour toutes sortes de raisons, suivant les pays : besoin accru de main d'œuvre médicale, délocalisation de la formation médicale par des pays nantis vers des pays émergents, souci d'améliorer la qualité par l'émulation. En même temps, la nécessité d'une instance nationale de régulation, avec le soutien de l'Etat, s'imposera pour garantir un service d'égale qualité et la sécurité du public. Des normes spécifiques au pays, et conformes aux bonnes pratiques reconnues internationalement, seront formulées et appliquées. Avec des moyens permettant ainsi une plus juste appréciation de la performance, notamment par un système national d'accréditation, on peut s'attendre à un encouragement vers une démarche de qualité, mais aussi à une lutte entre facultés de médecine pour obtenir de l'ensemble des ressources disponibles une meilleure part pour leur fonctionnement et leur développement.

Sur le plan de la productivité. Faire mieux avec le même niveau de ressources devient une exigence pour toute institution. Pour la faculté, cela conduit à une double mise à jour : sur le choix d'objectifs pour ses missions de formation, de recherche et de prestation de services ; et sur le choix de stratégies et méthodes pour optimiser l'usage des ressources disponibles et arriver aux résultats escomptés. La recherche de productivité appelle à la hardiesse dans l'innovation, également caractéristique de bonne gouvernance.

Dans cette dynamique, la réforme des systèmes de santé nationaux exercera une influence prépondérante. En effet, pour répondre efficacement aux nombreux défis auxquels les systèmes de santé devront faire face, tels que : l'accessibilité aux soins, la lutte contre la précarité, la prise en compte des déterminants sociaux de la santé, la prévention des risques, la coordination des services de santé, le regain d'intérêt pour les soins de santé primaires, la participation du public, l'éthique professionnelle et l'évaluation des résultats, le concours du monde académique, et notamment de la faculté de médecine, sera convoité. Les facultés devront être sensibles à cette éventualité, voire à l'anticiper pour mieux l'assumer.

A cela s'ajoutera le phénomène de mondialisation. Plus précisément, dans le domaine des ressources humaines pour la santé, les gouvernements et les instances internationales devront impérativement se concerter et répondre aux défis tels que : le déficit quantitatif de médecins dans certains pays, la pléthore dans d'autres, l'important phénomène migratoire, la reconnaissance internationale des compétences et des diplômes, la recherche d'équivalence et l'adoption de certains standards internationaux pour la formation médicale, la rééquilibrage entre médecins généralistes et spécialistes, la nouvelle répartition des responsabilités entre médecins et autres catégories professionnelles, l'harmonisation entre politiques de santé et développement des personnels de santé. Autant d'éléments dont les facultés devront tenir compte pour mieux se positionner sur l'échiquier de

la santé, et qui ajouteront à la justification pour s'engager dans une stratégie de réforme.

### **Trois résolutions pour engager le changement institutionnel**

Pour être en consonance avec l'évolution sociale et la transformation des systèmes de santé, les facultés de médecine devraient faire leurs trois résolutions :

- devenir un partenaire majeur dans le système de santé,
- offrir des prestations dont la pertinence est reconnue,
- confirmer l'impact de ses actions par un droit et devoir de poursuite.

#### ***1 - Devenir un partenaire majeur dans le système de santé.***

La faculté devrait mieux mettre à profit son potentiel intellectuel pour concevoir, formuler, expérimenter et évaluer des modèles d'organisation sanitaire. Par son excellence académique, sa rigueur méthodologique, sa capacité à mesurer objectivement les progrès, son influence sur les futures générations de médecins, son prestige auprès des associations professionnelles, elle peut revendiquer un rôle plus important qu'elle ne l'assume aujourd'hui dans les processus de décisions conduisant à définir des politiques de santé et régir le fonctionnement du système de santé.

Trop souvent encore, le traditionnel clivage entre sciences cliniques et sciences de santé publique, et le biais en faveur de l'approche par maladie aux dépens de l'approche globale de la santé brident la faculté de médecine dans sa capacité à imaginer des stratégies holistiques pour une amélioration sur le long terme de la santé des citoyens et des populations. Alors qu'elle pourrait s'affirmer comme une institution de référence pour sa force d'analyse et de proposition, elle laisse le champ libre à des intervenants aux qualifications inégales en la matière, tels que les instances politiques, les bureaucraties administratives, les économistes et financiers. On a pu assister à des situations où la faculté de médecine n'était même pas invitée à s'exprimer au cours d'une consultation nationale sur l'avenir du système d'assurance-maladie, alors même que des recommandations importantes étaient formulées sur les nouvelles responsabilités dont seraient chargés les médecins et pour lesquelles une réforme de la formation initiale et continue devait être envisagée (2).

Par ailleurs, l'aura, dont jouissait la faculté de médecine auprès du pouvoir politique pour son excellence académique et ses prouesses technologiques, a pu conduire à lui confier des responsabilités au-delà de ses domaines de compétences. Ainsi, même si cela reste anecdotique, on se souvient que dans certains pays, un doyen de faculté pouvait devenir le médecin attitré d'un président de République ou le ministre de la santé. Aujourd'hui et plus encore demain, la charge sera davantage confiée sur base de mérite, et soumise à la critique par un processus de plus en plus démocratique et transparent. En somme, pour mériter une reconnaissance de partenaire majeur dans le système de santé, la faculté doit consentir à s'ouvrir davantage sur la société, et donc s'approprier à acquiescer ou

consolider des compétences pour analyser des problèmes de santé, créer un partenariat avec des forces en dehors de la sphère académique, peser sur l'évolution du système de santé et en assumer les responsabilités avenantes.

Dans le domaine particulier de l'éducation médicale, la faculté de médecine devrait plus clairement affirmer ses intentions. Quel profil de médecin s'engage-t-elle à former ? Quelle place voit-elle pour le futur médecin, en dehors de ses aptitudes de soignant, pour exercer la promotion de la santé au sein de la population ? Quelles justifications peut-elle apporter pour confirmer la pertinence de ce profil au regard des mutations sociétales et de l'évolution du système de santé ? Quels consensus a-t-elle pu obtenir sur ce profil de la part des autorités sanitaires, des organismes assureurs, des associations professionnelles et de la société civile ? Quelles démarches entreprend-t-elle pour que l'institution toute entière participe à former un médecin suivant les caractéristiques de ce profil ? Les réponses à ces questions doivent être connues et diffusées, éventuellement sous forme d'un document officiel aisément accessible aux enseignants, aux étudiants et au public. C'est dans cet esprit de clarification et d'orientation que l'OMS diffusa auprès des autorités sanitaires et académiques à travers le monde une plaquette dans laquelle est présenté le profil d'un médecin modèle, le "médecin cinq-étoiles" : dispensateur de soins, communicateur, décideur, référence de santé dans la communauté et gestionnaire (3).

Les engagements de la faculté doivent être pris de façon explicite et programmée, de préférence sous la forme d'un plan stratégique de développement, comme on a pu l'observer dans certaines facultés de médecine canadiennes (4). Dire clairement et publiquement ses objectifs, favoriser la participation de chaque membre de l'institution à les définir et les réaliser, valoriser l'innovation et évaluer périodiquement et en toute transparence les progrès accomplis sont des signes de bonne gouvernance. Si ces efforts sont mis au service des objectifs de santé de la communauté en cohérence avec des priorités nationales, la faculté de médecine s'affirme comme un acteur de tout premier plan, voire un modèle de développement dans le secteur de la santé. De plus, en revendiquant et en assumant une responsabilité sociale, les facultés de médecine s'ouvrent des champs nouveaux d'interventions et gagnent en crédibilité auprès des décideurs politiques et bailleurs de fonds. La publication officielle d'un livre blanc en la matière par un groupe représentatif des facultés de médecine sur le plan national peut se révéler utile, comme on a pu l'observer au Canada (5).

## **2 - Offrir des prestations dont la pertinence est reconnue**

Toute Faculté de Médecine devrait pouvoir se distinguer par les produits suivants : des médecins de qualité formés en nombre suffisant, des programmes de formation pertinents et performants, un soutien à la formation médicale continue, des protocoles de bonne pratique, des modèles de fonctionnement de services de santé et des recherches améliorant les prises de décisions dans les domaines pré-cités.

S'agissant des besoins en médecins, souhaitons qu'ils soient directement inspirés d'une étude prospective sur les besoins de santé de la population et les débouchés pour les médecins formés. Si le *numerus clausus* peut servir de régulateur pour maintenir une démographie médicale à un niveau satisfaisant, d'autres mécanismes devront intervenir pour assurer une distribution géographique équitable du personnel médical, en particulier dans les zones rurales ou dans des zones de pénibilité avérée. Quant au profil du médecin idéal, sa légitimité devra être reconnue en dehors de la faculté de médecine, en écho à l'évolution probable de la pratique médicale, du système de soins et des attentes de la société. Sur toutes ces questions, la compréhension du contexte social et l'anticipation des demandes sont essentiels.

En matière de planification des effectifs médicaux, deux exemples illustrent une attitude réformatrice de la faculté de médecine. Dans le premier cas, la faculté de médecine, en concertation avec les autorités sanitaires nationales, prend des dispositions pour convaincre les étudiants de l'intérêt de la médecine générale et participer ainsi à accroître la proportion de médecins généralistes dans le système de santé : un département de médecine générale est créé, la médecine générale est enseignée dans le curriculum de base, les stages pratiques au cabinet du médecin généraliste sont fortement valorisés, des enseignants médecins généralistes sont recrutés en proportion importante pour l'encadrement et le tutorat. Dans le deuxième cas, la faculté de médecine entend contribuer à une meilleure affectation de médecins dans le milieu rural. A cet effet, elle prend l'initiative d'organiser un forum annuel auquel sont conviés les étudiants en médecine en phase avancée de leur formation et des représentants du milieu rural : pouvoirs publics, direction sanitaire et sociale, monde associatif, dans le but de mettre en présence demandes et offres d'emplois. A cette occasion, se négocient salaires, avantages indirects et conditions de travail pour ceux et celles qui optent pour l'installation en milieu rural.

Le choix des stratégies de formation est également révélateur de la pertinence des prestations de la faculté. En cohérence avec le profil de poste du médecin idéal, elle peut décider de fixer contenu, processus pédagogique et surtout modalités d'évaluation de la performance des étudiants. Notons que trop souvent, les aptitudes liées à la communication, l'habileté technique, le travail en équipe, la prise de décisions critiques, la gestion des ressources, le plaidoyer pour la santé restent largement sous-évaluées face aux aptitudes liées à la connaissance formelle. Pour corriger cet état de choses, un mécanisme permanent de conseil et de guidance devrait être mis à disposition des enseignants, tuteurs et apprenants.

Les modalités d'apprentissage offrent une autre occasion de reconnaître le caractère entreprenant de la faculté. Dans certains cas, par exemple, l'enseignement des sciences de santé publiques fait l'objet de modules spécifiques et est assorti de quelque stage, souvent relégué dans les dernières années du cursus. Dans d'autres cas, plus favorables, la santé publique étant considéré comme une philosophie d'action, en consonance avec la politique de santé, son

enseignement est réparti tout au long du curriculum et intégré autant que possible aux sciences cliniques.

Une observation similaire est faite au sujet de la promotion des soins de santé primaires. Assez souvent, on peut voir une faculté de médecine réserver une place à l'apprentissage de la médecine générale au même titre que toute autre discipline clinique. Dans d'autres cas, assez heureusement, une faculté de médecine peut offrir à l'étudiant un apprentissage particulièrement enrichissant, par exemple, en l'attachant à une même famille pendant tout le temps de sa formation. Ainsi, avec un accompagnement pédagogique adéquat, l'étudiant aura une opportunité de suivre des mêmes personnes dans différents épisodes de leur existence, d'observer des modes de vie et risques liés à la santé et ainsi mieux se préparer à son prochain environnement de pratique.

De même, en matière de recherche, le choix des prestations peut également être revu à l'aune des priorités de santé. Entre recherche fondamentale, recherche clinique et recherche en santé, un meilleur équilibre devrait être trouvé, en donnant un plus fort appui à cette dernière. La recherche pour un meilleur fonctionnement du système de santé reste particulièrement sous-financée alors qu'elle est d'une importance insigne pour assurer une pérennité de la protection sociale et améliorer la qualité des prestations. Parmi les problématiques à aborder, on notera notamment : l'intégration entre médecine individuelle et santé publique, l'approche populationnelle à la santé, l'organisation des soins en réseaux, la circulation et l'usage de l'information sanitaire et sociale pour une prise de décisions concertées entre différents acteurs de santé, le dossier médical personnalisé. Dans tous ces domaines, pour être crédibles et applicables, les décisions ne pourront être prises qu'au prix de recherches usant de méthodologies éprouvées. C'est une opportunité unique pour l'institution académique pour affirmer son engagement à répondre aux prochains défis du système de santé.

### ***3 - Confirmer l'impact par un droit et un devoir de poursuite***

Une fois les prestations fournies, l'action n'est pas encore achevée ! Un caractère important de la réforme institutionnelle est d'assumer un suivi de l'action entreprise et de confirmer que celle-ci a eu les bénéfiques recherchés. Alors que dans le domaine commercial, la responsabilité est largement admise quant à la qualité de la prestation, mesurée par la satisfaction de l'utilisateur, et quant à l'engagement d'une action réparatrice éventuelle, confirmée par le principe de garantie, rien de semblable n'est observable dans le monde académique. Tout en se gardant de vouloir faire une comparaison abusive avec la production de biens de consommation, il faut néanmoins reconnaître que la faculté de médecine devra manifester dans l'avenir une préoccupation plus marquée pour le devenir de ses "produits". Faut-il rappeler que dans certains pays, des facultés de médecine, financées par les deniers publics, ne s'émeuvent pas de voir jusqu'à la moitié de leurs diplômés quitter leur pays, pourtant sous-médicalisé, à la recherche de meilleures rémunérations à l'étranger, sans s'interroger sur des actions alternatives pour les retenir.

Ce troisième axe de réforme repose sur le paradigme de la responsabilité sociale et conforte les deux axes précédemment décrits. On peut raisonnablement penser qu'il sera dans l'avenir un critère incontournable dans la gouvernance de toute institution, au regard des principes de transparence, compétitivité et productivité qui caractériseront nos sociétés. Faut-il s'en plaindre ou s'en réjouir ? Faut-il voir une autre menace de la déshumanisation libérale ? En vérité, la contrainte d'assumer la charge de vérifier l'impact de ses actions - et éventuellement d'en rendre compte à la société - sera largement compensée par des nouvelles opportunités de développement pour la faculté et un garant de son autonomie.

Du fait de l'étroite interrelation entre les actions menées par différentes institutions, le principe de responsabilité partagée doit être admis. Ainsi, par exemple, le rôle de la faculté ne devrait-il pas être réduit à celui d'une simple usine à médecins, sans intérêt pour leurs futures conditions de pratique professionnelle. L'interface entre la formation médicale et la pratique médicale doit être reconnue et assumée. Alors que le "droit de poursuite", évoqué dans le domaine sécuritaire, tend à légitimer l'ingérence d'une nation dans les affaires d'une nation voisine si sa sécurité nationale l'exigeait, pourquoi la faculté de médecine - pour des motifs autrement nobles - ne jouirait-elle pas de quelque droit à suivre le passage de ses diplômés dans la vie active et, sous des conditions à définir, à intervenir pour que le meilleur usage soit fait de leurs services pour répondre aux besoins prioritaires de santé de la population ?

Le domaine de la sécurité alimentaire est un autre exemple où la responsabilité n'est pas limitée à la seule fabrication des produits. En réalité, la notion de traçabilité se généralise à de nombreux secteurs. Elle se caractérise par une curiosité transversale : on s'intéresse à ce qui se passe autour de soi, en particulier à ce qui peut influencer notre action en amont et aux répercussions que notre action peut avoir en aval. Cette curiosité n'est pas seulement un droit, c'est aussi un devoir. On admet aisément que, sur le plan des soins individuels à un malade, l'étiopathogénèse (en amont de la maladie), aussi bien que le pronostic ou la réhabilitation (en aval de la maladie), fassent partie intégrante de la démarche clinique. De même, sur le plan institutionnel, les risques et besoins de santé de la population (en amont) aussi bien que le fonctionnement des services de santé (en aval) devraient être pris en compte dans le processus de bonne gouvernance d'une faculté de médecine.

Comment ce droit et devoir de poursuite peuvent-ils s'exprimer concrètement ? La préoccupation des facultés de médecine pour les questions de pénurie des effectifs médicaux notamment en milieu rural a déjà été évoquée plus haut. La lutte contre la pauvreté et la précarité, la garantie d'accès équitable aux soins de base, l'égalité des chances devant la prévention des risques, la réinsertion sociale du handicapé, le souci de l'éthique, la coordination des soins, la participation de l'utilisateur à sa propre santé, l'interrelation entre le développement sanitaire et le développement socio-économique sont autant de situations qui conditionnent directement la santé des citoyens et sur lesquelles les

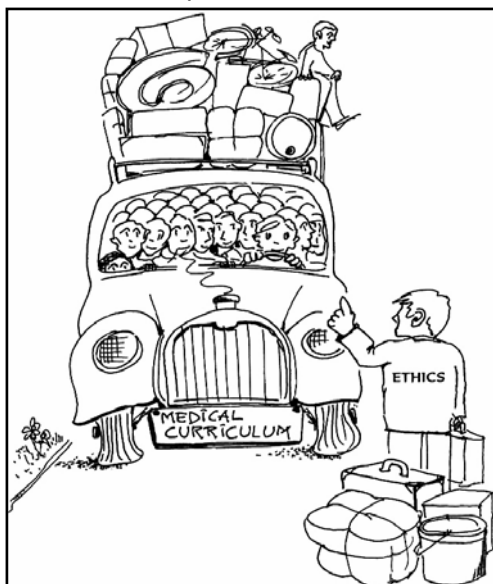
facultés peuvent exercer une certaine influence. Certes, toute faculté de médecine, par l'accomplissement de ses missions de formation, de recherche et de service, contribue directement ou indirectement au progrès sanitaire et social. Cependant, une faculté de médecine réformatrice ira résolument, de sa propre initiative, au-delà de ses obligations traditionnelles pour s'assurer que l'impact sur la santé des citoyens sera à la hauteur de ses investissements, notamment en participant avec d'autres institutions et organisations à créer les conditions pour une meilleure utilisation de ses produits.

Dès 1995, l'Organisation Mondiale de la Santé attira l'attention sur le concept de "responsabilité sociale" appliqué aux facultés de médecine. Celle-ci est définie comme "l'obligation d'orienter la formation qu'elles donnent, les recherches qu'elles poursuivent et les services qu'elles dispensent, vers les principaux problèmes de santé de la communauté, région et/ou nation qu'elles ont comme mandat de desservir. Les principaux problèmes de santé seront identifiés conjointement par les gouvernements, les organismes et les professionnels de la santé et le public" (6). Ce concept a été progressivement intégré par des associations de facultés de médecine (7) et des facultés de médecine elles-mêmes (8) (9). En publiant la Charte de l'Ethique, la CIDMEF (conférence internationale des doyens de facultés de médecine d'expression française) a également pris une position claire à cet égard (10).

### **Quelle stratégie adopter pour réformer l'institution ?**

Parmi les stratégies possibles, évoquons deux modèles, que nous appellerons : la stratégie de l'autocariste et la stratégie du paysagiste. Bien que caricaturales, elles illustrent deux visions extrêmes, l'une minimaliste, l'autre maximaliste, pour concrétiser le changement institutionnel. Appliquons ces modèles à l'une des missions principales de la faculté : l'éducation médicale.

Examinons le dessin qui suit. Un autocar, chargé de passagers et de bagages,



*La stratégie de l'autocariste*

avance péniblement sur la route. Le moteur s'essouffle, les pneus sont écrasés, la carrosserie grince mais le pilote est confiant et les passagers sont bien ordonnés dans l'habitacle. Voilà qu'un autostoppeur se présente au détour de la route. Imaginez un instant que l'autocar et son chargement représentent l'éducation médicale, que le chauffeur représente le Doyen de la faculté, que les passagers soient des enseignants et chercheurs et que l'étranger représente une discipline nouvelle, en l'occurrence l'éthique médicale. Que va-t-il se passer ? D'abord, l'autocar va-t-il s'arrêter ? Quelle décision prendra le chauffeur, considérant que le véhicule est surchargé : il y a même un passager sur le toit parmi les bagages. Et que diraient les autres passagers ? Ils sont déjà pressés comme des sardines en boîte ! Supposons que le chauffeur décide de s'arrêter, pensant que la nouvelle discipline a le droit de monter à bord, il faudra prendre des décisions quant au réaménagement de l'espace. Plusieurs options sont possibles : soit certains passagers dont les affaires peuvent attendre seront priés de descendre pour attendre un prochain véhicule, soit chacun pense avoir de bonnes raisons pour faire partie du voyage et le nouvel arrivé se tassera tant bien que mal contre les autres passagers, soit encore, à la suite d'un mécontentement général, le chauffeur est expulsé de l'autocar et remplacé par plus déterminé que lui. On peut encore imaginer d'autres scénarii !

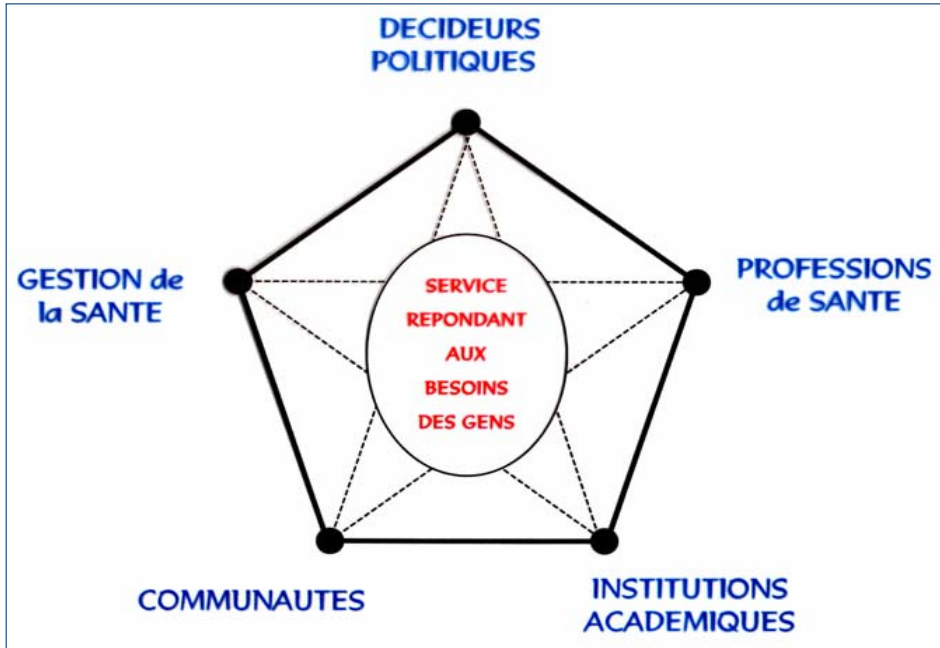
Même si l'analogie avec la réforme de l'éducation médicale dans certaines facultés de médecine est un peu forcée, certains traits peuvent néanmoins être communs. Le contenu du programme des études et le processus éducatif se réforment souvent par touches successives, par compromis, par mouvements d'humeur ou coups de force. Il se peut même que la finalité de la réforme soit occultée par les défis à gérer la convivialité à l'intérieur de l'institution.

De même dans l'autocar, chacun semble tellement soucieux à défendre ses intérêts particuliers que l'on néglige de s'interroger sur la destination et l'itinéraire.

L'autre stratégie est celle du paysagiste. Ici, par contre, chacun est soucieux d'appréhender le contexte dans lequel l'institution va devoir se développer. On part du principe que la finalité de l'action est clairement déclarée et admise par la faculté de médecine et par ses principaux partenaires, elle apparaît au centre du pentagone illustré dans le schéma qui suit : *un service répondant aux besoins des gens*. En d'autres termes, les valeurs de qualité, équité, pertinence et coût-efficacité en matière de santé, déjà évoquées plus haut, commandant l'ensemble des programmes d'activités : formation, recherche et prestation de services.



## La stratégie du paysagiste



En examinant la figure ci-dessus, on reconnaîtra que la stratégie de réforme de la faculté repose sur les observations suivantes :

- 1 - Les missions de l'institution académique (en l'occurrence, la faculté de médecine) vont être revues en fonction de l'objectif commun.
- 2 - Dans la poursuite de cet objectif, la faculté de médecine est un acteur parmi d'autres acteurs dont l'influence peut être prépondérante : décideurs politiques, gestionnaires de la santé, professions de santé et communautés ou société civile.
- 3 - L'aboutissement de l'action de la faculté de médecine est tributaire de la qualité de l'intervention des autres acteurs, ce qui invite au partenariat.
- 4 - La synergie existera si chaque partenaire est précisément informé de la contribution des autres partenaires à l'effort collectif. Le principe de transparence évoqué plus haut comme un précepte de bonne gouvernance s'applique.
- 5 - Une fois les rôles fixés, le partenariat incite chacun à une meilleure productivité dans la poursuite de l'objectif final. Autre précepte de bonne gouvernance.

En somme, dans cette stratégie, la faculté de médecine se positionne dans le "paysage" de la santé : rend explicite son adhésion à une cause commune, revoit son agenda en fonction de celle-ci, identifie des acteurs adhérant aux mêmes principes, crée avec eux des partenariats pour mieux faire aboutir son

action. Cette stratégie a été décrite par l'OMS sous le nom "Vers l'Unité Pour la Santé" (VUPS) et a fait l'objet de plusieurs expérimentations sur le terrain (11) (12).

Alors que par la stratégie de l'autocariste, la faculté navigue à vue, au gré d'accommodements tactiques sans garantie de pérennité de ses avancées, la stratégie du paysagiste permet une vision à long terme, crée des alliances avec d'autres institutions, cherche à valider ses progrès par le monde extérieur. Faculté intravertie versus faculté extravertie !

Bien que la stratégie de l'autocariste soit encore prévalente parmi les facultés de médecine, la stratégie du paysagiste gagne un nombre croissant de facultés de médecine sous l'impulsion de quelques visionnaires.

## **Conclusion**

La faculté de médecine devra prendre des dispositions urgentes pour répondre à un double défi : l'exigence nationale à mieux répondre aux besoins exprimés par la société et l'exigence internationale de transparence et productivité. A défaut, elle court quelques risques à plus ou moins long terme : une allocation de fonds soumise à des conditions de performance imposées par autrui et un déficit de crédibilité par l'incapacité à démontrer l'impact de son action sur le système de santé.

Les décisions suivantes sont recommandées pour aider la faculté à s'engager dans un processus de changement institutionnel :

- 1 - Faire admettre par les instances de direction et les membres de l'institution que soient considérés les principes de responsabilité sociale dans la réorientation des programmes de formation, de recherche et de services.
- 2 - Développer un partenariat avec d'autres acteurs du système de santé pour participer à des programmes de santé à l'échelle d'une population, et tirer les leçons de ces expériences pour soutenir le processus de changement.
- 3 - Appuyer l'établissement d'un mécanisme d'accréditation en s'appuyant sur des standards mettant en évidence la pertinence des prestations de formation, de recherche et de service.

## **Références bibliographiques**

(1) Flexner A. Medical education in the United States and in Canada. A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. The Carnegie Foundation, Bulletin number Four, 1910.

(2) Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, Paris, France, 23 janvier 2004 (on line) disponible sur : <http://www.assurancemaladie.sante.gouv.fr/pdf/rapport.pdf>

- (3) OMS. Médecins pour la santé. Une stratégie mondiale de l'OMS pour la réorientation de l'enseignement de la médecine et de la pratique médicale en faveur de la santé pour tous, Genève, Suisse, 1996 ( WHO/HRH/96.1)
- (4) Faculté de médecine, Université de Sherbrooke. Grandir et innover pour une société en santé. Plan stratégique 2005-2009. Disponible sur : [www.usherbrooke.ca/medecine/plan](http://www.usherbrooke.ca/medecine/plan) stratégique.
- (5) Santé Canada. Imputabilité sociale. Une vision pour les facultés de médecine du Canada, Ottawa (on) : Publications Santé Canada, 2001. (on line) : disponible sur : [http\\*://www.hc-sc.gc.ca/hppb/soinsdesante/pubs/imputabilite\\_sociale/](http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/soinsdesante/pubs/imputabilite_sociale/)
- (6) Boelen C ,Heck J. Définir et mesurer la responsabilité sociale des facultés de médecine, OMS, Genève, Suisse, 2000 (WHO/HRH/95.7)
- (7) Gary N, Boelen C, Gastel B, Ayers W, Improving the social responsiveness of medical schools .Proceedings of the 1998 Educational Commission for Foreign Medical Graduates / World Health Organization invitational conference . Academic Medicine, 1999, 74 (8)( Suppl).
- (8) Boelen C, Building a socially accountable school : towards unity for health , Education for Health, Vol. 17, N° 2, July 2004, 223-231.
- (9) Quelle responsabilité sociale pour les facultés de médecine ? Santé Publique, revue de la Société Française de Santé Publique, Numéro Hors série, avril 2003.
- (10) Gouazé A, Les gros cailloux et le vase de la vie. Expansion scientifique française, Paris, 2005, 179-186.
- (11) Boelen C, Vers l'unité pour la santé. Défis et opportunités des partenariats pour le développement de la santé, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, Suisse, 2002, 93 pages (WHO /EIP/OSD/2000.9). Original en anglais. Disponible sur : [www.who.int / research tools / library database / Author : Boelen.](http://www.who.int/research_tools/library/database/Author:Boelen)
- (12) Boelen C, Neufeld V, ed. Towards Unity for Health. Case studies, World Health Organization, Genève, Suisse ,2001, 270 pages ( WHO/EIP/OSD/2001.1)

## I.2 – Stratégie pour une réforme dans une faculté de médecine : physiologie et sémiologie du changement

**Professeur Jacques BARRIER**

Président du Conseil Pédagogique de la CIDMEF,  
Unité de Recherche du Département de Formation Médicale Continue et de Développement  
Pédagogique, Faculté de Médecine de Nantes, 1, rue Gaston Veil 44000 F-Nantes  
[Jacques.barrier@univ-nantes.fr](mailto:Jacques.barrier@univ-nantes.fr)

Pour paraphraser dans les sciences biomédicales la description de la fonction des appareils du corps humain, on pourrait dire que la dynamique de changement au cours d'une réforme dans toute organisation a soit une physiologie normale (quand tout se passe bien), soit (hélas) une physiopathologie car les échecs sont possibles. C'est donc cette sémiologie normale ou pathologique, c'est à dire l'étude des signes et symptômes d'une réforme dans une Faculté de Médecine, qui est l'objectif de cette réflexion. Quelques définitions doivent être rappelées avant d'aborder l'observation descriptive des signes des réussites et surtout des échecs, qu'ils soient complets ou partiels, et des facteurs qui conditionnent ces résultats. Il s'en suivra une discussion sur les attitudes et actions que les responsables d'une Faculté seraient amenés à privilégier pour réussir une réforme.

### 1- Réforme et changement : définitions et concepts

#### 1-1 La réforme :

Nous définissons une réforme de l'enseignement comme un changement décidé par une tutelle ou une équipe de direction universitaire et en conséquence formalisé et annoncé à l'ensemble de la communauté des enseignants et des étudiants. On sait qu'il existe pratiquement en permanence des petits changements qui sont de simples modifications des études ou des moyens et méthodes pédagogiques, mais il ne s'agit pas pour autant de ce qu'on peut appeler une réforme, qui est *a priori* un véritable « saut » dans la qualité.

Nous allons considérer toute réforme liée à l'enseignement qu'elle concerne l'organisation des études ou qu'elle soit plus spécifiquement d'ordre pédagogique : en effet, ces deux processus sont intimement liés et indissociables : on conçoit aisément que la réforme d'un programme (les contenus d'enseignement), c'est-à-dire une réorganisation des études, induise automatiquement une modification complète de la planification pédagogique de l'enseignement : ceci passe par la redéfinition des objectifs d'apprentissage, des méthodes et moyens pédagogiques mis en œuvre et du système d'évaluation des étudiants ; à l'inverse, une réforme plutôt d'ordre pédagogique (par exemple l'introduction d'ateliers d'apprentissage en place de cours magistraux, ou bien d'un nouveau système d'évaluation des étudiants) induit une réorganisation des études (nouvelle répartition des horaires, de la disponibilité de salles et d'enseignants etc). La réforme de l'organisation des études concerne en priorité le comité des études

(dénommé ailleurs comité des programmes), la réforme d'ordre pédagogique plutôt la structure pédagogique (dénommée ailleurs Bureau Pédagogique) de la Faculté (1, 2). Ces deux structures doivent donc travailler la main dans la main et ne pas se faire concurrence. Quel que soit le type ou l'importance de la réforme, les décideurs ne doivent pas faire l'économie de ne pas reprendre l'ensemble de cette problématique de la structuration de leur Faculté et de la planification des enseignements.

## **1-2 - Les étapes d'une réforme**

On doit considérer systématiquement et chronologiquement les trois périodes d'une réforme :

### **1-2-1 - Les facteurs initiateurs du changement :**

Le besoin de changement est-il perçu et par quelle catégorie des acteurs (institution ? le corps enseignant ? les étudiants ?) ; ce besoin de changement est-il lié à des facteurs intrinsèques (perçu par exemple au sein de l'institution ou en stage) ou bien extrinsèques (dans ce dernier cas, souvent perçu par les tutelles qui peuvent l'imposer à la Faculté). La dynamique motivationnelle est très différente selon que le besoin perçu émane des étudiants, des enseignants, de l'institution ou des tutelles. La motivation personnelle des responsables facultaires, des enseignants et des étudiants est plus forte lorsque les facteurs initiateurs sont intrinsèques. Les résistances émergent volontiers si l'initiation est externe.

Le contexte général de l'établissement est un facteur initiateur de changement important : le contexte est très différent selon qu'il s'agit d'une Faculté dans un pays nanti ou dans une Faculté dans un pays en développement (PED) en raison de l'environnement socio-économique différent : les besoins de réforme peuvent être différents. Dans les PED, les responsables vont d'ordinaire à l'essentiel, aux priorités de base ; les professionnels à former ne sont pas les mêmes ; les modes et tendances pédagogiques n'ont pas le même impact sur la gouvernance. Il est aisé de comprendre qu'une Faculté récente que ce soit dans un pays nanti ou dans un PED, aura plus de facilité à initier une réforme qu'une Faculté ancienne devenue routinière et parfois engluée dans ses traditions. Il existe un cas particulier qui est celui des Facultés « menacées », c'est-à-dire dont l'existence même est remise en cause par le pouvoir politique pour des raisons diverses et surtout financières : on sait en effet qu'une Faculté de Médecine est un investissement majeur et représente un coût élevé pour la société. Les pouvoirs politiques peuvent être tentés de former le même nombre d'étudiants en médecine dans un nombre réduit d'établissements d'enseignement : ces processus de fusion sont bien connus dans le secteur industriel pour permettre des économies de moyens. Ces réflexes de purs gestionnaires sont moins fréquents depuis que l'on s'est rendu compte de la valeur ajoutée d'une Faculté de médecine (production indirecte de richesse par la recherche et les ressources humaines). Dans ces facultés "menacées", l'instinct de survie a pu conduire les responsables et les enseignants à faire corps pour initier une réforme audacieuse.

**1-2-2 – L'application** de la réforme (méthodes et moyens) : les modalités doivent être en congruence avec les objectifs de la réforme. C'est la deuxième étape, dont nous décrivons les aspects sémiologiques en cas d'insuccès, tout en sachant que ces modalités seront évoquées dans deux autres chapitres de cette monographie : la gouvernance (Jean-François DENEFF - Louvain) ; l'exemple de l'Université de Sherbrooke. Nous verrons que la dynamique de changement est variée : il peut s'agir du changement unique ("le coup de barre" du navigateur) ou du changement par étapes successives, voire d'un changement continu et progressif.

**1-2-3 – Les résultats** de la réforme: c'est l'atteinte des buts et c'est ce qui doit être évalué. Le lecteur sera ici intéressé par les résultats de la réforme sous la forme d'un échec ou d'un succès, de façon totale ou relative, tenant compte des facteurs initiateurs et des modalités de changement.

### **1- 3 - Le cadre conceptuel du changement :**

Toute organisation doit se préoccuper de s'améliorer, donc de changer. Ceci est particulièrement vrai pour l'institution universitaire médicale en raison de l'évolution de la société et des problèmes de santé (3-4). Tenons pour acquis que la réforme soit considérée comme pertinente (le chapitre de Charles BOELEN dans cette monographie s'attache à démontrer que cela est important). Nous allons envisager 4 axes :

#### **1-3-1 – La psychologie individuelle des acteurs :**

Le changement va entraîner de nouveaux comportements de la part des acteurs impliqués, au premier rang desquels les enseignants. On connaît la difficulté de changer nos habitudes c'est-à-dire d'acquérir de nouvelles compétences dans nos pratiques enseignantes. Les psychologues de l'éducation qu'ils soient behavioristes ou plus souvent maintenant les tenants de la théorie de la psychologie cognitive, insistent sur le schéma conceptuel de montage et de rodage d'une compétence (5). Pour un enseignant, le changement c'est l'obligation d'agir différemment dans la planification de ses cours, ce qui consiste à "monter" une nouvelle compétence ; c'est une procédure consciente nécessitant des efforts. Quant il sera capable de le faire sans effort, c'est-à-dire de façon automatique on peut dire qu'il a rodé cette nouvelle compétence. Il le fait alors naturellement. C'est une compétence « inconsciente » c'est-à-dire qu'il agit sans nécessité de réfléchir dans l'instant. On sait que la déconstruction d'une compétence devenue obsolète pour monter et roder une nouvelle compétence (automatisée) est un processus long, difficile et douloureux chez tous les professionnels. Changer est certainement plus difficile chez les plus expérimentés (les plus automatisés). Pour prendre un exemple dans le domaine de la pratique médicale, il faut se rappeler combien difficile est le changement de la prise en charge d'une pathologie qu'on a l'habitude de traiter ; c'est toute la difficulté du changement des pratiques des praticiens confirmés. Les cognitivistes insistent sur la difficulté à déstructurer une connaissance d'action pour reconstruire une nouvelle compétence (5). Ce n'est donc pas strictement une question d'âge même si les plus âgés sont d'ordinaire les experts les plus expérimentés.

La théorie psychanalytique ne doit pas être négligée. Elle tient compte des affects plus ou moins exprimés des acteurs du changement. Nous n'approfondirons pas cette théorie particulièrement complexe voire floue. Les résistances peuvent s'exprimer dans ce cadre très personnel. On peut rattacher à cette dimension affective les prises de position affirmées pouvant aller jusqu'à "la logique de l'honneur" (6). Chacun connaît le cas d'un enseignant ou d'un responsable qui fait "une affaire personnelle" de ne pas accepter de changer, qui se sentirait déshonoré de modifier son attitude, sa posture. Un groupe a lui-même une vie affective et peut prendre de telles positions tranchées (7). La logique de l'honneur joue autant au niveau individuel qu'au plan des organisations. Cette logique existe partout sachant qu'elle a une importance particulière dans le monde européen latin et en Afrique où cette tradition de l'honneur faisant la distinction entre ce qui est "noble" et "vil" reste forte. Elle a certainement moins d'importance en Europe du Nord plus attachée aux démarches consensuelles et est différente en Amérique du Nord où priment d'autres valeurs ; ainsi la passion de "l'honnête" et l'argent ont là-bas un rôle moteur affiché.

La théorie behavioriste apporte d'autres éclairages. Sans entrer en détail dans cette théorie qui a été paradigmatique de longues années en particulier dans le système éducatif, certaines applications très pragmatiques sont connues depuis toujours. Cette théorie est intuitivement appliquée par de nombreux responsables qui savent renforcer la motivation des acteurs en entretenant un système de récompenses ou de "punitions". Il s'agit de développer un système d'intéressement explicite pour les acteurs les plus positifs du changement. Le système d'intéressement peut être plus implicite : certains responsables pourront ainsi être évasifs et suggérer seulement la possibilité d'un intéressement pour les partisans actifs de la réforme, ce qui laisse planer par défaut une menace pour les autres. Cette attitude peu éthique recèle de nombreux dangers. La promesse de la récompense est une épée à double tranchant ; le non respect, même involontaire, est un facteur de démotivation majeure.

La prise en compte de la psychologie individuelle des acteurs doit donc se référer à l'éthique de tous les acteurs d'une Faculté: une synthèse humaniste de ces données conceptuelles doit permettre de prendre en compte toutes les théories. La CIDMEF propose un cadre référentiel qui est la charte de l'éthique des Facultés de Médecine et le respect de la dignité de tous les intervenants dans l'organisation et le déroulement des études médicales (8-9-10).

### **1-3-2- Les théories de la communication :**

Elles sont importantes à considérer dans ce cadre conceptuel du changement.

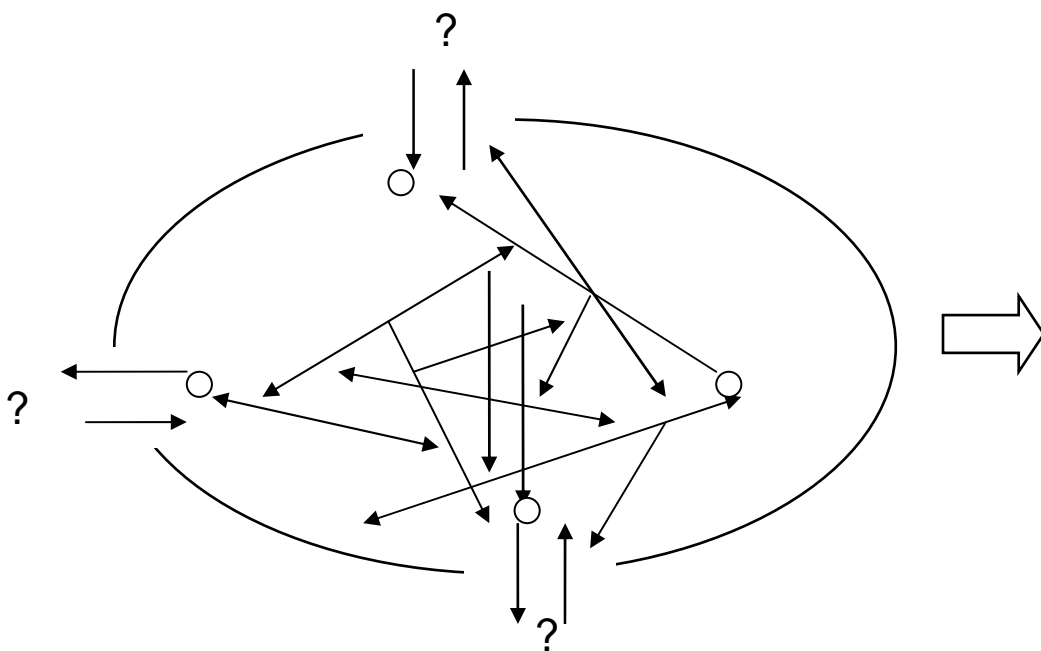
Chacun s'accorde à dire que le modèle "émetteur-récepteur" est caduc car trop réducteur. En effet, la bonne communication interne nécessite la prise en compte de l'appropriation des messages par le public-cible. Le responsable du changement doit savoir que la bonne décision est autant liée à la qualité de la décision qu'aux mesures prises pour l'appropriation par le public-cible. Alain

BERNADOU avait résumé cela de façon plaisante par l'équation  $D = Q \times A$  où D est la décision (bonne si possible), Q est la qualité de la décision et A l'appropriation (11). La communication interne est un outil managérial important. Communiquer, ce n'est pas seulement apporter des informations, c'est tenter d'amener l'autre ou le groupe vers un changement qu'il ne pensait pas possible, ou ne souhaitait pas. Pour les experts de la communication, il est avancé que communiquer, c'est tenter de prendre le pouvoir sur l'autre (12). Même si les responsables d'un établissement d'enseignement ont un pouvoir qui leur est donné par l'institution, ils n'ignorent pas que face à la liberté académique des enseignants et à la sensibilité parfois susceptible des étudiants, ils doivent en permanence renégocier ce pouvoir. Le pouvoir est donc tout simplement une responsabilité et une possibilité d'action (13). Il y a des techniques et un art de la communication et des aptitudes que les responsables d'une réforme (terme à préférer à celui de décideurs) sont susceptibles d'apprendre.

### 1-3-3 La théorie des systèmes

La théorie des systèmes est évoquée par un grand nombre d'auteurs pour analyser la procédure et le résultat d'une réforme. Par système nous entendons l'ensemble d'éléments en interaction dans la poursuite d'une ou plusieurs finalités spécifiques. Il existe des systèmes fermés, faciles à décrypter, et des systèmes ouverts en situation d'échange avec l'extérieur (figure 1). La réforme dans une faculté est manifestement un système ouvert. Il existe trois étapes dans la théorie des systèmes dont la première est énergétique, la deuxième informationnelle et la

Figure 1 : Evolution d'un système ouvert





troisième l'optimisation de la formation. La systémique dans l'entreprise a fait l'objet de nombreuses études. Une synthèse claire a été faite par J. A Malarewicz (12) et le modèle est tout à fait valide pour une faculté de médecine. Pour prendre un exemple concret, pour le responsable d'une réforme, il s'agit, comme sur un échiquier, de voir quelles seront les conséquences potentielles de l'avancée de tel pion, trois à quatre coups après... et sur l'ensemble des pièces en jeu. Tout se complique car un phénomène inattendu peut se produire ou un intervenant extérieur aux joueurs peut venir bouger les pièces ou en introduire d'autres... Avoir une attitude stratégique très réfléchie et anticipatrice devant un tel système ouvert est essentiel.

### **1-3-4- La théorie de la complexité**

On ne peut pas négliger la théorie de la complexité au cours d'une réforme en se référant au philosophe et sociologue Edgar Morin (14). En effet, le changement dans un milieu donné est manifestement de l'ordre du système complexe. Etymologiquement, la complexité est un tissu (*complexus* : ce qui est tissé ensemble) de constituants hétérogènes inséparablement associés ; elle pose le paradoxe de l'un et du multiple. Un système complexe a une grande autonomie, même si on ne connaît pas toutes les données afférentes et efférentes (une fourmière est un bon exemple de système complexe). Contrairement à un système complexe, un système *compliqué* a d'une autonomie réelle limitée tel un moteur d'avion (on peut démonter et remonter un moteur mais s'il manque une seule pièce, le moteur ne pourra pas tourner...). Une fourmière est un système complexe ; même partiellement détruite, elle continue son activité. La Faculté de médecine, avec ses personnels administratifs, ses enseignants et ses étudiants est un système complexe. Pour prendre un exemple, au cours d'une réforme, on ne sait pas et on ne saura jamais tout : ainsi, la planification de la réforme n'a de validité qu'au temps initial (chacun sait que les objectifs d'une réforme peuvent changer en cours de route...) ; on ne sait jamais tout sur les acteurs qui sont multiples et variables et n'expriment pas tous leurs intérêts : le système est donc constamment évolutif ; par elle-même, l'intervention des acteurs de la réforme modifie en cours de route les conditions du changement.

### **1-3-5-La théorie de la dynamique de groupe :**

la dynamique de groupe, par son aspect interventionniste vise à opérer un changement dans les personnes en vue de leur meilleure adaptation, mais contrairement à la psychanalyse, elle ne considère les individus que dans le groupe, et mise sur les relations interpersonnelles dans un système de valeurs qui sont la connaissance partagée, la liberté et la démocratie. Ceci est essentiel : la bonne utilisation de la dynamique de groupe permet de décrypter les techniques de manipulation et les pratiques d'orientation des opinions. La dynamique de groupe est également une méthode d'action pour le changement des organisations à condition de respecter un certain nombre de conditions : a) si le système de valeurs de l'organisation est identique (connaissance partagée, liberté et démocratie), b) si on a l'accord et le soutien des personnages-clés, c) s'il existe un climat de confiance (en particulier pas de risque professionnel pour les participants

qui s'engagent activement dans la réforme) et d) si le contexte socioculturel et social est compatible avec le programme de changement (7).

## **2– Sémiologie de l'échec d'une réforme :**

Que peut-on observer au cours de réformes peu fructueuses ou qui ont été mises en échec ? Quels sont les facteurs initiateurs ou les modalités de changement qui peuvent avoir joué un rôle ? Nous pourrions donner de nombreux exemples de réformes locales ou nationales dans le système de santé, par exemple à l'hôpital et non exclusivement dans le domaine de l'enseignement, qui permettent de démontrer que les raisons d'un échec sont le plus souvent plurifactorielles.

### **2-1 L'explication de l'échec par l'insuffisance de moyens :**

Il existe assez souvent une insuffisance de moyens réelle, laquelle n'aura pas toujours été identifiée suffisamment tôt par l'équipe décanale ou le comité de pilotage de la réforme. L'insuffisance de moyens est parfois matérielle mais le plus souvent liée au manque de disponibilité des acteurs. L'enseignant de médecine est aussi praticien hospitalier et chercheur et, dans tous ces domaines d'exercice, les réformes se précipitent. Les réformes du système de santé s'imposent souvent en priorité à notre époque où l'économie prime, et laissent peu de temps à l'amélioration de l'enseignement. Parfois, cette insuffisance de moyens n'est pas identifiée ou est occultée en raison du volontarisme des décideurs ("commençons par changer et les moyens suivront" ; "s'il fallait attendre les moyens, on ne ferait jamais rien"). Si elle n'a pu ou ne pourra pas être corrigée à temps, cette insuffisance de moyens conduit à l'échec dont les inspirateurs de la réforme assumeront les conséquences en termes de crédibilité pour l'avenir. Il existe aussi une insuffisance de moyens alléguée par certains acteurs pour ne pas changer (cf *infra* résistance au changement). La demande de moyens supplémentaires souvent disproportionnés pour accepter de s'engager dans le changement est un des signes les plus fréquents de la résistance au changement.

### **2-2 Les déficits de leadership :**

A partir d'ouvrages de synthèse sur le leadership (15-16), cités par ailleurs par JF DENEUF, nous pouvons évoquer à titre d'exemple quelques profils psychologiques de leaders susceptibles d'avoir un effet négatif sur une réforme. Il s'agit d'une description tout à fait caricaturale de profils. Cependant, il peut être retrouvé chez une même personne quelques caractéristiques ou tendances plus ou moins associées :

- Un leader qui travaille seul, qui veut tout faire, n'a confiance qu'en lui-même ; il a une incapacité à supporter des idées apparemment différentes ; cette rigidité psychologique s'accompagne souvent mais pas obligatoirement d'une difficulté à communiquer et de l'absence d'aptitude stratégique. Il peut manquer d'imagination ou tout au moins ne pas partager ses idées avec les autres.
- Un leader téméraire qui manque d'aptitude et de prudence politique ; il peut se couper très vite de l'aide potentielle des autres acteurs du changement en particulier des tutelles et ceci dès les premières difficultés.

- Un leader qui se laisse submerger par les tâches quotidiennes, n'a pas la capacité à gérer la complexité, perd de vue les objectifs principaux, est incapable de coordonner des changements internes et des demandes externes ; allant au plus pressé, il est souvent amené à changer d'avis.
- Un leader qui n'a pas confiance en lui, se révèle incapable d'assumer les conséquences des décisions qu'il a prises, surtout s'il s'agit de gérer des échecs. Il peut se laisser déborder par son staff.
- Un leader confiant dans ses capacités mais non motivé voire cynique ou pessimiste ; il estime avoir un bon jugement ; même s'il est globalement en accord avec les objectifs académiques, il ne croit pas complètement à la pertinence de la réforme surtout si elle lui est imposée ; il peut enclencher le processus en prévenant que "c'est en partie contre son gré" ce qui est un facteur d'échec considérable (démotivation des enseignants et étudiants). Il dénie à l'avance sa responsabilité en cas d'échec (d'ailleurs prévisible, dit-il).
- Un leader qui n'aime pas les contacts personnels, n'a pas la fibre humaniste. Il n'a pas le désir d'aider les autres à apprendre, à développer leurs qualités personnelles, et à éventuellement à devenir aussi des leaders.
- Les dissensions au sein du staff et les blocages institutionnels sont souvent la conséquence de l'un ou l'autre de ces profils psychologiques heureusement rares.

### **2-3 Une mauvaise communication institutionnelle**

La mauvaise communication est souvent responsable d'échec ou de retard à la mise en application d'une réforme. Le plan de communication doit être élaboré le plus tôt possible. Dès le début de la réforme, une mauvaise communication sur les objectifs peut entraîner des blocages. Cette mauvaise communication peut s'exprimer de diverses manières : soit les enjeux sont mal perçus par les enseignants et/ou les étudiants ; soit les buts laissent sous-entendre que les activités antérieures n'étaient pas satisfaisantes (sentiment de dévalorisation qui entraîne une démotivation).

Il peut s'agir aussi d'une communication incomplète (certains acteurs sont oubliés ; un autre groupe aura été incomplètement informé car l'on redoute sa résistance au changement...; il y a eu une communication unique type "transmission d'un message", sans assurance que l'information ait été intégrée; le fait d'informer ne signifie pas obligatoirement que les acteurs aient lu le message ou l'aient compris...; les médias de communication ont pu être inopérants (par exemple internet seul connaissant la résistance de certains à la messagerie électronique...) ; la communication au responsable d'un groupe ne signifie pas obligatoirement qu'il transmettra l'information aux membres du même groupe ; les termes employés peuvent être sujets à interprétation etc... Bien communiquer s'apprend. Il faut développer une culture commune en amont, il faut développer une communication explicite pendant (reformuler ; tout écrire ; exprimer les désaccords ; utiliser un langage partagé ; les termes techniques et le jargon sont à limiter voire à éviter; il faut également communiquer sur les points d'étapes à prévoir et sur les résultats - engranger systématiquement les bons résultats-).

#### **2-4 - La résistance individuelle au changement.**

Il s'agit ici de la résistance dite "naturelle" ou "spontanée" telle qu'elle a pu être décrite par de nombreux auteurs qui insistent sur le fait que le pourcentage de personnes d'emblée favorables à une réforme est relativement faible. L'essentiel des acteurs est plutôt indifférent, c'est-à-dire non opposé à la réforme mais avec des conditions multiples ou une perception de la valeur de la réforme qui reste mitigée ; il reste une minorité d'acteurs qui sont a priori contre la réforme (toute réforme ?). S'ils s'identifient comme étant minoritaires et s'ils ont conscience du mouvement de la majorité vers l'assentiment, leur résistance pourra être jugulée sauf à imaginer qu'ils puissent avoir des intérêts personnels ou de groupe contraire à la réforme (corporatisme). La logique de l'honneur peut être une posture adoptée par certains. Prenons des exemples : une réforme introduisant l'enseignement de l'éthique dans une Faculté essayant de faire participer l'ensemble des enseignants est obligatoirement confrontée à une résistance d'une minorité d'enseignants qui ne sont pas publiquement contre (qui peut être contre l'éthique ouvertement ?) mais n'ont aucune envie de changer leur enseignement traditionnel pour un réforme qui risque de les remettre en question voire de les déstabiliser. Cette résistance au changement d'une minorité muette est d'ordinaire assez facile à contrôler au fil du temps et n'empêche pas la mise en place du programme complet.

#### **2-5 - La résistance de réseaux externes :**

Les initiateurs de la réforme sont fréquemment confrontés à des résistances provenant de milieux externes à la faculté. C'est l'exemple classique de l'influence bénéfique ou néfaste d'un collège national d'enseignants d'une discipline sur une réforme des études dans chaque Faculté. Ce collège disciplinaire va bien évidemment utiliser la réforme avec des objectifs visant à renforcer sa spécialité et le rôle de celle-ci dans les études médicales au détriment de ce pourrait être une réforme globale des études. C'est une expression de ce que JJ GUILBERT a dénommé "la couverture" c'est à dire la tentation d'une discipline de "tirer la couverture à soi" (22). Le rapport de forces ne concerne pas que les spécialités d'organes ou biologistes entre eux. Il concerne d'autres groupes sociaux plus larges (cliniciens versus fondamentalistes ; médecins versus chirurgiens ; généralistes versus spécialistes etc). Les arbitrages ne sont pas faciles pour un Doyen qui doit s'appuyer sur d'autres structures décisionnelles telles que le Comité des Etudes (1).

#### **2-6 - La résistance des groupes d'intérêt locaux :**

Il s'agit parfois de disciplines organisées pour combattre une réforme qu'elles jugent nocive pour son développement local et en particulier la nomination de nouveaux enseignants : on retrouve localement l'antagonisme des catégories d'enseignants évoquée supra à propos de la résistance des réseaux externes. Les groupes d'intérêt locaux peuvent exercer une résistance pour de multiples autres raisons: par exemple, ce peut être un groupe en "opposition" à l'équipe décanale en place.

### **3 – Quelques conséquences pour les responsables de Faculté :**

**3-1 Assurer le leadership :** nous avons dit que la gouvernance fait l'objet d'un autre chapitre de cette monographie (JF Denef). Diriger s'apprend mais les programmes d'entraînement ou les livres ne peuvent suffire : l'expérience est essentielle. Ceci nécessite de la part des dirigeants une auto-évaluation des procédures analytiques et synthétiques qui leurs permettent de comprendre l'efficacité des procédures qu'ils utilisent. Ceci peut les aider à transformer des facteurs prédictifs en résultats. On ne peut pas apprendre à éviter toutes les erreurs. Il faut que celles-ci soient utiles pour l'avenir. Les responsables doivent avoir une réflexion permanente sur ce qu'ils font, sur leurs expériences, pour essayer d'en tirer des avantages.

#### **3-2 Arguments pour un changement continu sauf dans les situations critiques :**

L'analyse sémiologique des échecs montre que les résistances au changement et les contestations sur le contenu de la réforme surviennent préférentiellement à l'annonce d'une réforme importante au tout au moins demandant une application significative rapide. Les responsables d'une Faculté peuvent être tentés par une réforme relativement brutale vu la nécessité de "faire bouger les choses". Il existe un débat très ancien entre deux modalités de changement qui sont le "faut que ça bouge" et une réforme continue "au fil de l'eau". Le principe de la démarche qualité s'inspire du schéma de la roue de DEMING ; cette roue progresse vers le haut d'une pente et tout arrêt dans le changement risque de la laisser redescendre dans une situation antérieure donc inférieure. C'est le principe de la démarche qualité qui impose de favoriser le changement continu. L'option d'une réforme brutale pourra être retenue si nécessaire en particulier lors de circonstances critiques. En effet, étant donné que l'état de crise nécessite de prendre une décision immédiate, il faut en profiter pour opérer le changement (17). Les risques d'échec sont moindres en état de crise. Bien évidemment, pour des raisons éthiques évidentes, il n'est pas possible de créer un état de crise afin d'opérer le changement. Dans une période pré-critique, il est préférable d'avoir une attitude consistant à faire une analyse des besoins de réformes par un groupe de travail ou à lancer une enquête auprès d'un public cible bien défini (étudiants et/ou enseignants). Cette méthode d'action a pour but de faire émerger le problème et de rendre les données de ce problème explicites avant que la crise n'éclate.

#### **3-3 Conséquences stratégiques avant la décision de réforme :**

Il faut définir les bons objectifs stratégiques. Pour définir les objectifs, il est utile de disposer d'un bon système d'évaluation de l'enseignement (au mieux permanent) qui rend compte des besoins de réforme. Il faut également avoir une expertise crédible de ces besoins et des objectifs qui en découlent. L'expertise externe est considérée d'habitude comme ayant une meilleure crédibilité qu'une expertise interne. Si l'expertise interne est choisie, il convient de se faire aider d'un groupe d'enseignants et/ou d'étudiants ayant une crédibilité reconnue au sein de l'institution pour explorer la systémique et la complexité du problème et ceci a priori. S'il s'agit d'un groupe composé exclusivement d'enseignants, il faut lui

recommander, sinon lui imposer, une prise d'avis auprès des autres acteurs que ce soient les étudiants, les administratifs ; ces enquêtes sont souvent nécessaires au préalable, même si le diagnostic est évident, afin de favoriser l'appropriation par tous. Il faudra en conséquence optimiser et afficher la communication pré-opérationnelle. Ceci nécessite de rédiger et de diffuser le rapport du groupe qui aura fait le bilan de la problématique nécessitant le changement ainsi que les différentes interventions extérieures.

### **3-4 Conséquences stratégiques pendant la réforme :**

Il est très important de programmer dès le début la communication du suivi de cette réforme. Il ne suffit pas d'avoir une bonne communication au moment de la décision ; il faut que les acteurs de la réforme soient informés régulièrement de la progression (si possible favorable) du changement. Il faut engranger publiquement les bons résultats. Cette bonne communication doit être explicite pour tous et même pour les opposants à la réforme. Il faut éviter des manipulations grossières telle que l'exclusion des opposants à la réforme en pensant faciliter les processus. Il faut gérer les différents. Des arbitrages éventuels auront été prévus en particulier par le comité de pilotage de la réforme. Il s'agit d'un véritable comité d'évaluation interne qui peut s'exprimer en cas de désaccord.

### **En conclusion**

L'analyse sémiologique des changements plus particulièrement lors des réformes engagées dans une Faculté de Médecine montre que les risques d'échec sont relativement importants. Ces risques d'échec peuvent être liés à des erreurs de la structure décanale ; il peut s'agir d'une rétroaction négative des publics-cibles (résistance aux changements et groupes de pression). Diriger une Faculté de médecine, et plus particulièrement conduire une réforme nécessite des aptitudes et un apprentissage (lors de formations à la gouvernance mais aussi obligatoirement sur le terrain). Dans tous les cas, la mise en place d'une démarche qualité continue est toujours préférable à une réforme brutale mais cette dernière modalité reste parfois nécessaire en temps de crise ; il faut anticiper les crises pour éviter que le simple besoin de réforme ne devienne "une révolte sinon en révolution". Réussir une réforme nécessite de mieux communiquer sur le processus de changement lui-même. Il faut développer une culture commune en amont, il faut développer une communication explicite pendant (utiliser un langage partagé ; reformuler ; tout écrire ; exprimer les désaccords ; il faut également communiquer sur les points d'étapes et engranger systématiquement les bons résultats). La charte de l'éthique des Facultés de Médecine de la CIDMEF est le cadre référentiel incontournable de l'organisation du changement (10).

### **Références**

- 1- J Barrier, P Potvin : L'organigramme dans les facultés de médecine : son importance pour un développement pédagogique durable. *Pédagogie Médicale* : 2003 : 4 ; 93-96
- 2- CIDMEF : la structure pédagogique dans une faculté de médecine : mission, fonctions et conditions d'efficacité – Elaboration d'un consensus. *Pédagogie Médicale* : 2001 : 2 ; 231-234
- 3- JH Barrier : Enjeux et risques de la formation initiale des médecins dans les années futures. *Ann Med Interne*, 2001 : 152 ; 491-493
- 4- Ch Boelen : Medical education reforms : the need for global action. *Acad Med* 1992 : 67 ; 11-16

- 5- J Tardif : Pour un enseignement stratégique. L'apport de la psychologie cognitive. Montréal : Les Editions Logiques, 1992S Petersen : Time for evidence based medical education. *BMJ* 1999 : 318 ; 1223-4
- 6- Ph d'Iribarne : la logique de l'honneur. Ed du Seuil Paris 1989
- 7- R Mucchielli. La dynamique des groupes. Processus d'influence et de changement dans la vie affective des groupes . Ed ESF Paris 2000
- 8- Site de la CIDMEF : <http://www.cidmef.u-bordeaux2.fr/>
- 9- Site de l'observatoire de la charte de l'éthique des Facultés de Médecine : <http://www.sante.univ-nantes.fr/med/ethique/>
- 10- JH Barrier, L Brazeau-Lamontagne : la charte de l'éthique des facultés de médecine un cadre conceptuel et un outil. *Pédagogie Médicale* : 2004 : 5 ;197-199
- 11- A Bernadou : communication personnelle
- 12- J. A Malarewicz : systémique et entreprise. Ed Village Mondial Paris 2000
- 13- A Gouazé : les gros cailloux et le vase de la vie Ed Expansion Scientifique Française Paris 2005
- 14- E Morin : introduction à la pensée complexe. Ed ESF Paris 1990
- 15- GA Donaldson : Learning to lead : the dynamics of the high school principalship Ed Greenwood press New York 1991
- 16- P Ramsden, A Lizzio : Learning to lead : personal development as an academic leader, in learning to lead in higher education Ed Routledge New York 1998
- 17- A Mucchielli : communication interne et management de crise Ed Les Editions d'organisation Paris 1993
- 18- Medical Professionalism Project : Medical professionalism in the new millenium : a physicians' charter. *Lancet*, 2002 : 559 ; 520-522
- 19- FW Hafferty, R Francks : The hidden curriculum. *Acad Med*, 1994 : 69 ; 861-871
- 20- JF Denef : Les NTIC : quel impact auprès de nos étudiants ? *Pédagogie Médicale* 2005 ; 6 : 69-70
- 21- G Morgan : images de l'organisation . Ed Presses de l'Université Laval Québec 1989
- 22- JJ Guilbert : Les maladies du curriculum. *Rev Franç Educ Med*, IV, 6, 1981 : 13-16

## I.3 – Gouvernance et compétences du Doyen

**J.F. DENEFF, B. ALSTEENS, C. THIRAN.**

*Université catholique de Louvain  
Faculté de médecine<sup>1</sup> et  
Cliniques universitaires St Luc*

### 1° Introduction

*"Le succès futur de nos universités dépendra de la capacité de nos académiques à répondre avec énergie aux impératifs de changement..."  
Ramsden, 1998 (1)*

Les facultés de Médecine occupent une place particulière dans les universités. De part la nature des études qu'elles organisent, elles sont en lien étroit avec les hôpitaux, auxquels elles confient des missions d'enseignement et de recherche. De par la pratique journalière de leurs diplômés, elles dialoguent avec les responsables de la santé et les associations professionnelles. La spécificité de leur mission, la forte implication de leurs enseignants dans des activités cliniques, expliquent leur localisation souvent à proximité des hôpitaux, à distance des autres facultés. Ceci leur confère une certaine autonomie et donc entraîne des responsabilités souvent importantes pour leur doyen. Ce dernier doit en effet assurer la coordination des missions dans la faculté, l'enseignement la recherche et les liens avec le monde de la santé. Dans certaines universités, ces missions sont réparties sur plusieurs personnes, ainsi existe-t-il des vice-chanceliers<sup>2</sup> ou vice recteurs ou pro recteurs au secteur médical.

Etre doyen est certes un honneur, une reconnaissance, soit par les pairs, soit par les autorités universitaires ou politiques, mais c'est aussi et avant tout un métier, une responsabilité d'animation et de gestion qui requiert des compétences multiples. Ces compétences diffèrent de celles d'un bon clinicien, d'un bon enseignant ou d'un bon chercheur. C'est un métier qui souvent s'apprend sur le tas. Cependant ce métier s'est fortement complexifié ces dernières années. Il n'est donc pas étonnant qu'en Amérique du Nord, des sessions de formation pour futurs doyens soient organisées par l'American Association of Medical Colleges (AAMC) (2) et diverses universités (3).

L'objet de cet article est de partager quelques réflexions sur les compétences attendues du métier de doyen en divisant ses missions en différentes responsabilités qui toutes impliquent des actions spécifiques. Ces

---

<sup>1</sup> Adresse de correspondance : JF Deneff laboratoire de morphologie expérimentale Avenue E Mounier 52 MOEX 5229 B 1200 Bruxelles Belgique denef@moex.ucl.ac.be

<sup>2</sup> Aux USA, cette fonction correspond aussi parfois au « provost »



réflexions seront développées parallèlement à la démarche de gestion d'un projet ou de l'établissement d'une stratégie de changement.

## **2° Gérer une faculté, pour qui ? Pour quoi ?**

### ***Pour qui ?***

Une faculté est un ensemble d'hommes et de femmes qui travaillent au sein de l'université ou de l'hôpital, qui ont chacun leur projet personnel. Les étudiants suivent leur projet de formation, les membres du personnel de la faculté collaborent aux missions de l'université, recherche, enseignement et service à la société, le personnel des hôpitaux assure avant tout les missions de soin.

Le personnel hospitalier perçoit parfois ces objectifs comme divergents, voire contradictoires : les missions d'enseignement sont-elles en concordance avec les missions de soin ? Quelles sont les priorités ? Comment accueillir les étudiants ? Comme des collaborateurs participant aux soins ou comme des « clients » de la faculté en attente d'une formation ? Où se trouve la limite entre ces deux perceptions ?

La réflexion sur les universités a fait émerger le concept de "partenaires" (stakeholders) : groupes de personnes travaillant à l'intérieur ou à l'extérieur de l'université et dont l'activité est liée à celle-ci. L'université se doit de dialoguer avec ces personnes (4,5). Si l'on applique le concept plus spécifiquement aux facultés de médecine, on retrouve 4 groupes de partenaires: 1° les étudiants, 2° les patients, 3° les membres du personnel et 4° la société.

1° Les étudiants, qu'ils soient de premier ou de second cycle, assistants ou internes en formation, représentent des partenaires de leur propre formation. Ils sont désormais impliqués dans des commissions de programme ou d'évaluation. Ils dialoguent avec les enseignants et les autorités facultaires. Les internes dialoguent également avec les responsables des hôpitaux dans lesquels ils effectuent leur formation et participent souvent à l'évaluation des stages.

2° De plus en plus se créent des associations de patients, souvent autour d'une maladie, qui deviennent des interlocuteurs des médecins et des chercheurs. Le médecin n'est plus seulement un professionnel de l'administration des soins, mais il contribue à l'information et à la formation des patients. De nombreux patients trouvent sur Internet des informations correspondant à leur maladie. Ils interrogent leur médecin qui doit les aider à comprendre ce qu'ils ont lu, et souvent relativiser les informations recueillies. Les facultés sont donc concernées par les relations entre médecins et patients et l'apprentissage à cette relation est un objectif fondamental de la formation médicale.

3° Dans l'université et/ou la faculté comme dans toute organisation, existe un dialogue entre les responsables et les membres du personnel. C'est encore plus vrai dans les facultés où le développement du savoir (la recherche) et sa

transmission aux plus jeunes (l'enseignement) reste l'objectif principal. Mais ces buts institutionnels se doivent d'être en lien étroit avec les attentes des personnes.

*" Il me semble que le défi auquel nous sommes confrontés est de démontrer notre capacité à réassigner des fins pleinement culturelles, c'est-à-dire qui disent le sens, à l'action de notre université. Autrement dit, de définir et de diffuser un modèle qui allie la recherche de l'efficacité (qui nous est imposée par notre environnement) et la responsabilité (c'est-à-dire notre manière de choisir et de définir notre réponse)".  
(Molitor 6)*

4° Que ce soit dans les pays pauvres ou riches, la santé est devenue un enjeu sociétal. L'accès aux soins est de plus en plus considéré comme un droit fondamental si ce n'est un « droit de l'homme ». Mais les soins de santé coûtent aussi de plus en plus cher. Les médecins d'aujourd'hui et de demain doivent être sensibilisés aux coûts de la santé. Par ailleurs, le concept de droit du patient devient de plus en plus prégnant et la responsabilité, individuelle ou collégiale, des médecins est souvent évoquée. La législation évolue également puisque des lois sur les droits des patients s'observent dans certains pays. La formation au sens clinique doit se doubler une formation au sens de la santé publique (7) et de l'éthique (8).

Les facultés de médecine doivent se poser la question centrale de leur rôle dans la société : de quel type de praticien la société a-t-elle besoin ? Quelles sont les priorités du pays vis à vis de sa population en matière de santé ? Les facultés doivent non seulement participer au débat en tant qu'expertes dans le domaine mais aussi former des acteurs de santé capables d'appliquer la politique voulue par la société (9,10).

Enfin, ces dernières années ont vu se développer une compétition entre les universités et les hôpitaux : la raréfaction des moyens disponibles, la compétition scientifique entraînent des comparaisons et des classements. A côté de cette pression extérieure, la qualité doit rester un objectif central dans la réflexion stratégique des facultés.

### **Pour quoi ?**

Gérer une faculté de médecine n'est pas un but en soi, c'est une action en vue d'un résultat, en d'autres termes, c'est définir les objectifs et organiser et faire vivre la structure pour les atteindre. C'est aussi devoir tenir compte d'impératifs internes et externes, de modifications du contexte, de l'évolution des personnes. Bref, c'est définir une stratégie : un ensemble cohérent d'actions entreprises en vue de réaliser un objectif précis. Ces dernières années, des progrès importants ont été accomplis dans la définition des objectifs pédagogiques. Par contre, la définition d'objectifs institutionnels explicites pour une faculté, d'objectifs stratégiques ou opérationnels et leur utilisation pour changer reste l'apanage de certaines facultés. Pourtant, ces objectifs sont fondamentaux si l'on veut fédérer

l'action des personnes et induire une dynamique de changement. Ils sont également indispensables si l'on veut évaluer les modifications introduites au cours des années dans une faculté.

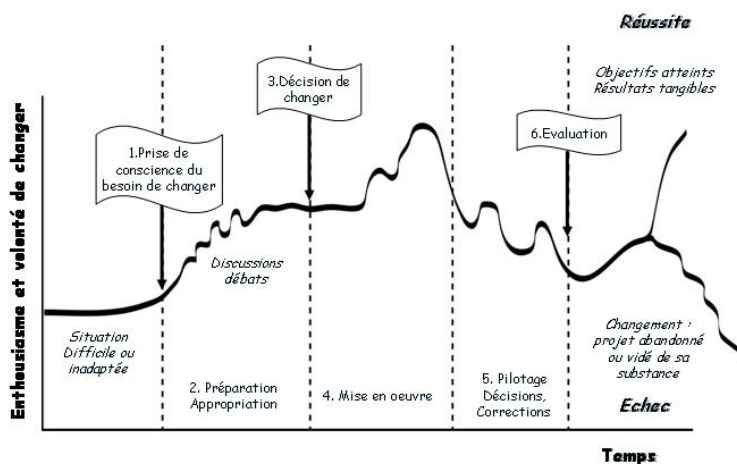
3° Les étapes d'une réforme : la courbe du changement

### 3.1 Pourquoi changer

On l'aura compris, une faculté, tout comme une université est en constante évolution parce que les partenaires de cette institution changent et ont des attentes qui se modifient au cours du temps (11) .

### 3.2 Les étapes du changement (figure 1)

Figure 1 : La courbe du changement



Les phases du changement peuvent se représenter schématiquement comme suit (12).

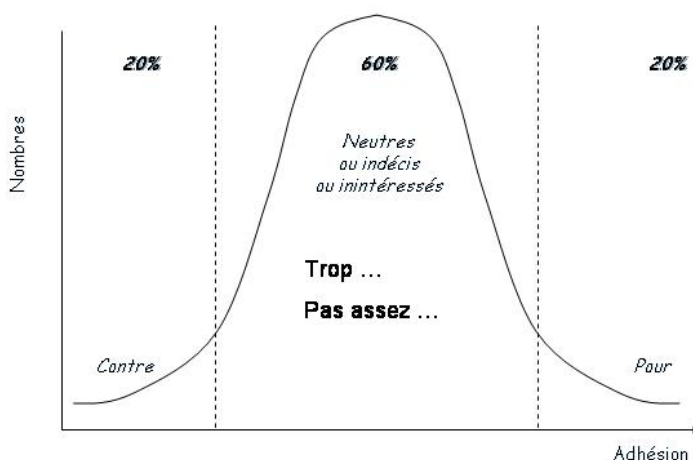
1° *la prise de conscience du besoin de changement* : face aux évolutions invoquées ci-dessus, certains membres de la faculté peuvent ressentir que la situation de la faculté est inadaptée et exprimer le besoin d'une réforme ou d'un changement. Il leur appartient alors de faire partager ce sentiment au plus grand nombre et en tous cas aux responsables de la faculté.

2° Ensuite vient la phase d'élaboration ou de *préparation* d'un projet de changement, pilotée par les responsables, cette phase consiste en un travail de communication et de planification. Le projet élaboré est ensuite soumis à la communauté qui doit progressivement se l'*approprier*.

Il existe une différence fondamentale entre le monde de l'entreprise et celui de l'université en terme de stratégie de changement. En effet, dans des entreprises, les changements sont décidés par les responsables (direction, conseil d'administration), les membres de l'entreprise en sont informés et le changement est introduit parallèlement à la phase d'appropriation. C'est essentiellement un processus de haut en bas (top – down). Dans le monde universitaire, la décision de changer est précédée par une longue phase d'appropriation et de débat qui a pour but de susciter l'adhésion de la majorité pour le changement.

Jean-Paul Laberge (13) explique ce phénomène par la règle du 20-60-20 (figure 2) Dans une population soumise à une réforme, on note d'emblée 20% de personnes "contre", 60% de personnes "neutres, ou indécises ou inintéressées" et 20% de personne "pour". Les raisons avancées pour les "contre" sont souvent diverses et peu pertinentes. Il convient cependant de gérer ces : "C'est trop tôt ou trop tard, c'est pas assez ou trop ambitieux, trop ou pas assez réaliste...", etc.

Figure 2 : Distribution de l'adhésion au changement



3° La *décision de changer* est prise par les instances responsables, ce qui dans une faculté peut être un long processus car il est souvent soumis à une approbation de l'université. De plus, s'il y a des répercussions possibles dans les institutions de soin, celles-ci doivent-elles également être consultées pour vérifier la faisabilité de la réforme envisagée.

4° La *mise en œuvre* de la réforme est un moment fondamental : il est important de relever dès que possible les aspects positifs de la réforme et de les

communiquer car il convient de susciter l'adhésion d'un nombre croissant d'acteurs de terrain et de convaincre les récalcitrants ou opposés.

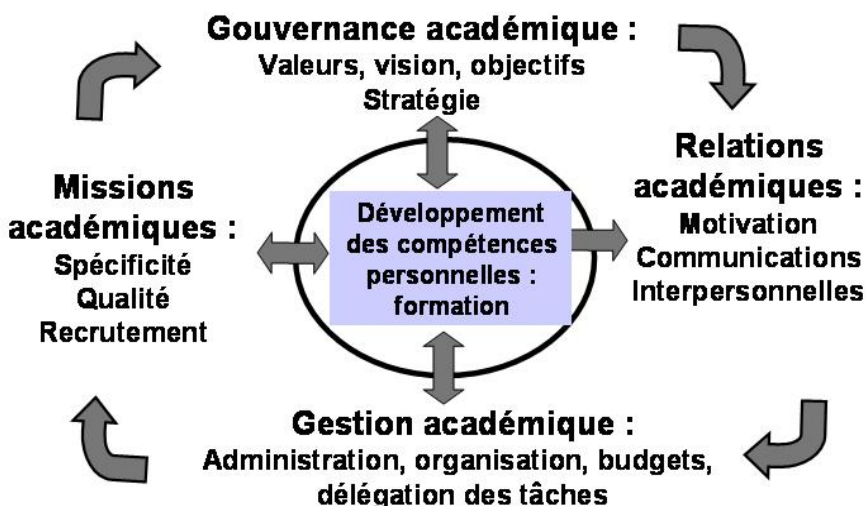
5° Cette mise en œuvre nécessite la constitution d'un comité de *pilotage*, à l'écoute du terrain et capable de *corriger* rapidement tout problème résultant de la mise en œuvre. C'est en effet à ce moment que des perceptions que « quelque chose ne tourne pas rond » sont possibles. Une réaction rapide et adaptée est nécessaire pour éviter que la réforme tourne à l'échec. De nombreuses réformes, nécessaires et cohérentes au départ, ont échoué parce que leur mise en œuvre a été réalisée de manière inappropriée.

6° Enfin, toute réforme doit faire rapidement l'objet d'une *évaluation* par rapport à ses objectifs et au processus de mise en œuvre. C'est à ce moment que l'enthousiasme des participants peut mener à la réussite du changement, car des résultats sont visibles. A l'inverse, trop de problèmes de mise en œuvre, l'absence de résultats, le découragement ou l'avis critique des acteurs de terrain mènera à abandonner la réforme ou à la vider de toute substance de telle manière qu'elle soit finalement sans effet.

#### 4° Les tâches d'un doyen (figure 3)

Toutes les tâches d'un doyen sont intimement intriquées et les qualités attendues pour les unes sont valables pour les autres, Ramsden (1), dans son

Figure 3



*Adapté de Ramsden, 1998*

remarquable livre "Learning to lead in higher education", propose un regroupement

des tâches du doyen en 4 missions de base. Cette manière de classer les missions est quelque peu arbitraire, mais elle permet une approche plus claire et systématique.

#### **4.1. La gouvernance académique : être un leader.**

*"La magie de l'université est qu'elle permet de transformer le produit de l'imagination en réalités. Il faut pouvoir aussi rêver ensemble"  
(Molitor)(6).*

*"La vision est l'art de voir des choses invisibles" disait J. Swift.* Définir une vision à la fois globale et structurée n'est pas chose aisée.

La difficulté de la démarche dépend de la multiplicité des objectifs (soins, recherche, enseignement et économique) et de la disponibilité des moyens pour y arriver. La course derrière tous les objectifs mène à une dispersion telle de l'énergie, que ni les individus ni l'institution n'atteindront leurs objectifs.

La structure hiérarchique d'une faculté et des hôpitaux a pour conséquence que dans une même entité opérationnelle, le personnel est souvent amené à devoir répondre à différentes sollicitations de sa hiérarchie ou même à différentes lignes hiérarchiques (médicale, infirmière, paramédicale, administrative,...) et donc être confronté à des objectifs divergents ou exprimés différemment.

L'approche choisie aux Cliniques universitaires Saint-Luc est celle de la carte stratégique (Strategy Map) développée par D.Norton et R. Kaplan (14). Cette carte stratégique a été adaptée à l'activité d'un hôpital universitaire.

Le but de la démarche a été de résumer sur une seule page, par des liens de cause à effet, les objectifs stratégiques, les initiatives et leviers pour les atteindre ainsi que les dimensions organisationnelles, structurelles et culturelles nécessaires pour y arriver. Pour chaque objectif, levier ou dimension, un indicateur a été développé afin de permettre de suivre l'évolution dans le temps et donc la réalisation des actions menées.

Si l'on prend l'exemple de la recherche, les objectifs d'une meilleure productivité peuvent être multiples : accroître l'impact factor des publications, augmenter le nombre de thèses de doctorat, accroître le nombre de brevets ou la valorisation économique de la recherche.

Les leviers pour y arriver sont également multiples :

- augmenter le nombre d'articles par chercheur ou médecin,
- augmenter l'impact factor moyen par article et donc viser à publier dans des revues plus renommées mais aussi souvent plus exigeantes, à meilleur impact factor

- augmenter le nombre de doctorants
- réduire le nombre de doctorats qui n'aboutissent pas en améliorant et structurant le rôle des promoteurs et des comités d'encadrement des doctorants
- obtenir plus de financements externes
- focaliser la recherche dans des domaines particuliers d'expertise
- développer la recherche clinique en partenariat avec des firmes
- ...

Enfin, l'organisation, l'infrastructure et la culture peuvent aussi contribuer à améliorer la recherche par une structure départementale efficace, un support informatique spécifique à la recherche clinique ou une reconnaissance spécifique des efforts par des budgets de fonctionnement ou d'investissement.

Atteindre tous ces objectifs à travers tous ces leviers est nécessaire, mais doit se faire par phase, priorité par priorité en faisant des choix. On ne peut en effet réformer correctement une structure sans un effort de tous et en même temps demander à chacun de passer plus de temps à encadrer les doctorants, rechercher des fonds et développer de la recherche clinique.

Un objectif de qualité de la formation peut être mesuré par un taux de réussite à un examen ou un concours (le CAMES, par exemple), un indice de satisfaction des étudiants ou une enquête de qualité auprès d'enseignants ou de professionnels qui sont en aval de cette activité de formation.

L'objectif de la carte stratégique est de clarifier pour les décideurs et les membres du personnel les priorités et les initiatives pour les atteindre ainsi que de coordonner les initiatives et donc aider à faire les choix indispensables.

La mise en place de la strategy map au sein des cliniques universitaires Saint-Luc s'est faite en deux étapes. D'une part, le Comité de Direction a développé sa vision (top down) des objectifs, leviers et dimensions organisationnelles, structurelles et culturelles pour les atteindre ainsi que des indicateurs de suivi derrière chaque objectif. Cette carte stratégique a été diffusée très largement au sein de l'institution. Une version simplifiée est présentée figure 4.



Figure 4 : Plan stratégique des cliniques Saint Luc



Objectifs stratégiques	<b>Soins</b>		<b>Recherche</b>		<b>Enseignement</b>		<b>Économique</b>		
	Maintenir la satisfaction des patients		Augmenter le nombre de thèses et de doctorants		Augmenter la satisfaction • Étudiants • Stagiaires • Assistants		Améliorer la marge nette		
	...		Augmenter les publications				.....		
Initiatives et leviers	<b>Qualité des soins</b>		<b>Innovation</b>		<b>Productivité</b>				
	Suivre la sécurité des patients		Accroître les moyens externes pour la recherche		Prod. d'exp. / ETP		C.A. / ETP méd.		Autre rev. / ETP méd.
	Réduire les délais de diagnostic		Accroître les études cliniques phases I et II		Coûts directs / ETP médecin		Coûts indirects / ETP médecin		Coûts de struct. / ETP médecin
	...		Partenariats de développement technologiques		Facturation		Admissions		Consultations
	.....		Investir en technologies innovantes		...		...		Hospitalisation de jour
	Itinéraires cliniques		Plan stratégique de la recherche		...		...		...
Organisation, infra-structure et culture	<b>Communication</b>		<b>Leadership</b>		<b>Organisation</b>		<b>Infrastructure IT</b>		
	Mettre en place la cellule de communication		Satisfaction du personnel		Structure départementale		Vision à 5 ans		
	Améliorer le contact avec les personnes		Formation de leadership		Structure recherche clinique		Applications informatiques prioritaires		
			Encadrement doctorants et stagiaires		Indicateurs opérationnels		Méthode de choix des priorités		
				.....					

Ensuite, le Comité de Direction a demandé à chaque entité de l'institution (départements, services médicaux ou centres d'excellence ou de soins) de s'inscrire dans cette dynamique et d'appliquer la carte stratégique au sein de leur entité en inter-métiers avec des objectifs mesurables et des indicateurs de performance<sup>3</sup>. La demande spécifique était que chaque entité choisisse un maximum de 5 objectifs spécifiques. Chaque entité a eu l'occasion de présenter sa carte stratégique devant le Comité de Direction qui l'a discuté, puis a demandé de la diffuser largement au sein de l'entité.

Cette approche en 2 phases allie à la fois la volonté de faire avancer une institution dans une direction commune et la nécessité de maintenir un degré d'autonomie élevé nécessaire pour l'épanouissement personnel et la réalisation d'une recherche performante. En outre, un contrat moral est établi entre les entités et la direction, qui responsabilise les chefs d'entité et qui permet une évaluation objective par la suite. Le degré de réalisation de ces objectifs permettra aussi d'améliorer le processus d'allocation des ressources sur base de la performance et est donc à la base même du processus stratégique de l'institution.

<sup>3</sup> Voici par exemple une méthode d'aide à définir des objectifs opérationnels, se résumant en un acronyme : S M A R T. Un objectif doit être simple, mesurable, adapté, réaliste, terminable dans le temps, c'est à dire dans un délai raisonnable.



Il est encore trop tôt pour évaluer les résultats de l'introduction de cette procédure "strategy map" au sein de nos cliniques universitaires St Luc. Si certains services ou départements ont rapidement adhéré à la démarche, d'autres ne s'y sont pas retrouvés : des îlots de résistance ou d'incompréhension se sont développés. Il faudra développer un dialogue entre ces derniers et la direction d'une part, et entre les entités qui ont adhéré au processus et celles qui ont des problèmes d'autre part.

#### **4. 2. Les relations académiques : savoir communiquer**

*"Le plus grand bien que nous faisons aux autres hommes  
n'est pas de leur communiquer notre richesse,  
mais de leur révéler la leur."*

*L. Lavelle*

De nombreux académiques ont des préoccupations qui ne dépassent pas la porte de leur service ou de leur département.

Faut-il leur reprocher ? Non, c'est en fait là le cœur de leur mission, assurer l'enseignement, la recherche et les soins au sein de leur service ou département. Cependant, cette observation explique la difficulté de faire évoluer les structures et d'impliquer une majorité d'académiques dans un processus de changement.

C'est la tâche d'un doyen face à un projet de réforme, d'informer pour convaincre. Son plan doit être clair, facilement compréhensible, afin que ses collègues puissent se l'approprier. Le doyen doit animer le débat, au sens littéral du terme : "donner une âme" aux discussions, créer un esprit de changement. Ceci nécessite un difficile équilibre entre les propositions et l'écoute du terrain. C'est la gestion de l'équilibre entre le "top down" et le "bottom up".

Il est fondamental de "donner du sens" à une réforme : expliquer que les efforts faits pour changer seront récompensés par des progrès visibles et mesurables.

La réussite d'une réforme peut être considérée comme le produit de "la volonté des responsables" multiplié par le "degré d'acceptation locale". Cette acceptation locale suppose d'impliquer un maximum d'acteurs de terrain dans la démarche de réforme, y compris les personnes influentes.

Informé pour convaincre nécessite l'organisation de nombreuses réunions, d'entrevues, d'assemblées où chacun pourra exprimer ses doutes, ses attentes, et poser les questions qui le tracassent. Cela suppose des qualités particulières d'animateur de réunions et d'assemblées.

Il existe différents types de réunion ou assemblées, certaines sont destinées à transmettre aux participants des informations plus ou moins

complexes, d'autres sont des réunions de réflexion ou de débat où chacun doit pouvoir exprimer une opinion, fût elle minoritaire, d'autres réunions enfin sont décisionnelles. Il est important que les participants à ces réunions ou assemblées sachent clairement ce qu'il est attendu d'eux. D'où l'importance d'un ordre du jour clair et de documents pré distribués permettant à chacun de participer au débat en connaissance de cause.

Très fréquemment le doyen préside ces réunions, il y joue des rôles différents selon le type de réunion envisagée : de personne ressource, il devient animateur de débat, il est souvent appelé à faire la synthèse de ces derniers et de définir le sentiment général des participants.

Communiquer et faire adhérer est indispensable mais ne suffit pas. Le doyen et son équipe doivent être capable d'amener les membres de la faculté à quitter le calme relatif ou fallacieux de l'immobilisme pour collaborer activement à la construction de nouvelles structures ou de nouveaux modes de fonctionnement. Mais souvent, au-delà des structures et des processus, c'est un esprit nouveau, une nouvelle manière de voir et d'être qui est implicitement visée. Ces changements de mentalité, tout comme l'adhésion d'ailleurs ne se mesure malheureusement pas facilement.

#### **4.3 La gestion académique : être un bon gestionnaire**

Une des missions importantes d'un doyen est la gestion journalière de la faculté en assurant la supervision du responsable de l'administration facultaire. Même si celle-ci possède à sa tête un directeur compétent, le doyen doit être capable de comprendre la complexité de l'administration, ses missions, son mode de fonctionnement et pouvoir déceler les dysfonctionnements ou définir les enjeux potentiels d'une réforme.

Un doyen doit, par exemple, pouvoir comprendre comment est établi un budget, comment son exécution est suivie, comment les bilans financiers sont élaborés. Il doit pouvoir comprendre les aspects réglementaires et légaux de la gestion des personnes, établir des plans de carrières pour les jeunes engagés à la faculté.

Une manière schématique de représenter les rôles de chacun dans une faculté est le modèle POL – AD – EX : l'existence de trois niveaux d'action : le **politique**, l'**administration** et l'**exécution**.

La réflexion au niveau politique est la spécificité du doyen, mais il ne peut ignorer les deux autres niveaux. Prenons un exemple : une réforme d'un programme de formation s'élabore par un comité de programme (politique) qui en définit les objectifs globaux et opérationnels. Cette réforme de programme devra être approuvée par le conseil de faculté ou son équivalent.

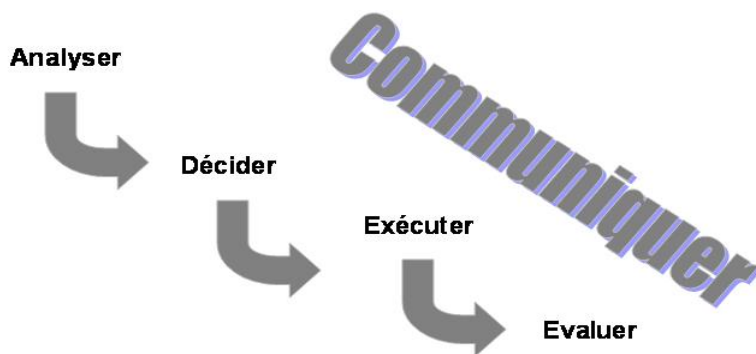
Le comité de programme confiera ensuite à l'administration facultaire l'étude de tous les aspects organisationnels de la réforme, et la mise à disposition des moyens nécessaires à l'application de cette réforme, les conséquences en terme de gestion des amphithéâtres ou de salles de cours par exemple.

L'exécution de la réforme est évidemment le lot de chaque enseignant qui doit modifier son enseignement en fonction des objectifs définis et des moyens mis à sa disposition.

Le doyen doit aussi comprendre et prendre une part active dans les échanges entre la faculté et l'université d'une part, entre la faculté et l'hôpital d'autre part. Existe-t-il une convention ? Quels sont les flux financiers ? Comment se font les nominations ? Sur quels critères,...Il doit être conscient que les règles de gouvernance des hôpitaux (15) ne correspondent pas à celles de la faculté.

Dans le cadre d'une réforme, le projet global sera découpé en projets opérationnels, parallèlement aux objectifs opérationnels (figure 5). Les étapes de

Figure 5 : La gestion du changement : découpage et travail par projet



l'exécution du changement seront définies et un calendrier sera établi, un plan de communication sera défini en fonction de ce calendrier. Un nombre important de réformes entreprises dans les facultés ont échoué non pas parce qu'elles étaient inappropriées, mais parce que leur implémentation n'a pas été correctement réalisée.

Le doyen ne doit ni ne peut tout faire lui-même, il doit être capable de déléguer des tâches à des collaborateurs. Ceci nécessite qu'il suive le travail de ceux-ci et soit capable de l'évaluer et de proposer des adaptations si nécessaire.

Une des fonctions importantes d'un doyen est l'animation des réunions de travail avec ses collaborateurs, l'administration et des acteurs de terrain. Celles-ci peuvent être comparées en terme de fonctionnement à des réunions d'un comité de direction

Voici quelques réflexions reprises d'une publication récente dans la manière de gérer des réunions d'un groupe de direction (16).

*Mesurez la valeur réelle des différents points à l'ordre du jour d'une réunion.* Souvent les agendas sont remplis de problèmes qui devraient être traités en dehors des réunions de travail. Or le temps des responsables est compté et le sentiment de perdre son temps dans des réunions peut induire chez certains responsables, parfois essentiels, une attitude d'absentéisme qui paralyse la conduite d'un projet ou la gestion de la faculté.

*Traitez différemment les points concernant les aspects opérationnels des discussions concernant la stratégie.*

En effet, la gestion au jour le jour a souvent tendance à prendre de plus en plus de place au cours des réunions de responsables. Il faut donc préserver spécifiquement du temps pour les discussions de fonds sur des problèmes stratégiques.

*Focalisez-vous sur les décisions à prendre et non sur les éléments des discussions.*

Il est malheureusement fréquent que des discussions ne débouchent que sur des arguments généraux qui génèrent plus ou moins d'accord ou de désaccord. Aucune conclusion solide n'est élaborée et la discussion n'est pas suivie de propositions de décisions.

*Mettez les différentes options clairement sur la table*

Aider les participants à décider passe souvent à la fin de la discussion par une présentation synthétique des différentes alternatives d'action avec leurs avantages et leurs inconvénients. Ceci facilite un processus de décision clair.

*Préciser clairement en fin de réunion ou de discussion quelles décisions ont été prises.*

Il est fréquent d'observer des interprétations diverses voire contradictoires lorsque l'on interroge les participants à la fin d'une réunion au cours de laquelle des décisions ont été prises. Le débat continue et parfois revient lors d'une réunion suivante. Il faut veiller à ce que les décisions prises soient claires et que leur exécution puisse être suivie en toute transparence.

C'est pourquoi toute décision doit être accompagnée d'un plan de communication (à qui doit-elle être communiquée, comment ? à quel moment ?) De même la personne responsable de son exécution et le moment où les effets seront évalués doivent être clairement définis.

#### **4.4 Les missions académiques : être une "autorité", un expert indiscutable**

*"Par autorité, j'entends les qualités de sagesse, d'équité,  
d'humanité, de courage et de sévérité."  
Sun Tzu*

On entend souvent l'expression : "il fait autorité" qui dans l'imaginaire populaire, ne veut pas dire la même chose qu' "exercer une autorité". La première expression fait référence à une compétence indiscutable, à des capacités de jugement reconnues, etc..La seconde évoque l'exercice d'un pouvoir.

Un doyen doit à la fois être une autorité et faire autorité.

Le doyen est le représentant de la faculté tant à l'intérieur de l'université et de l'hôpital qu'à l'extérieur du monde académique. Cette mission requiert une crédibilité importante. Celle-ci découle à la fois à la fiabilité du processus ayant abouti à son choix comme doyen et de ses compétences. Au décours de son mandat, le premier élément de crédibilité s'estompe progressivement alors que le second devient de plus en plus important. En particulier, sa compétence dans les spécificités de la profession et dans la gestion des liens entre formation et monde professionnel est fondamentale.

La complexité du monde de la médecine et les multiples contacts nécessaires dans la mission de doyen impliquent quasi toujours que celui-ci soit lui-même médecin.

Le doyen joue aussi un rôle fondamental dans le processus de recrutement des jeunes académiques. Il s'agit souvent de décisions importantes. Il doit également rendre sa faculté attractive pour les jeunes.

Le doyen enfin est souvent une personne de recours dans des conflits, des difficultés interpersonnelles ou des divergences entre les groupes ou métiers.

#### **5. Discussion - conclusions**

*La tâche authentique du leader universitaire est d'associer l'innovation et la tradition, l'excellence et l'accessibilité, l'indépendance et la discipline, l'esprit d'entreprendre et l'autonomie de chacun, la gestion et le "leadership", les hommes et les tâches, les technologies nouvelles et les relations humaines  
Ramsden (1)*

Cette phrase reprise de la conclusion du livre de Ramsden montre bien l'ampleur et la complexité du métier de doyen ou de responsable. Il faut tout à la fois inculquer une chose et son contraire, ce qui revient à dire, éviter toute approche dogmatique et excessive, mesurer l'importance des hommes et de leur travail dans le bon fonctionnement de la faculté ou de l'hôpital.

Certains éléments de ce texte peuvent faire penser qu'être un bon doyen est avant tout être un bon gestionnaire. Si être un bon gestionnaire est

fondamental, cela ne suffit pas. Un doyen doit être un "meneur d'homme", un leader (17, 18). D'autres pensent que les qualités de gestion doivent passer avant la compétence médicale ou scientifique dans le choix d'un doyen (19). Ceci risquerait de voir émerger une démarche bureaucratique et de donner à la préoccupation financière un rôle excessif comme c'est le cas dans certains hôpitaux.

Ramsden compare pour différentes tâches le rôle d'un gestionnaire et d'un leader (1).

<b>Tâche</b>	<b>Gestionnaire</b>	<b>Leader</b>
Élaborer un projet	Planifier et budgéter	Définir une vision
Développer des relations humaines	Organiser les groupes et planifier les tâches	Faire adhérer les personnes et les groupes
Mise en œuvre du projet	Contrôler le processus et résoudre les problèmes	Motiver les personnes à agir et donner du sens à leur action
<b>Résultat</b>	<b>Créer une structure</b>	<b>Réaliser un changement</b>

Différents articles de la littérature ont démontré ces dernières années qu'une réflexion en profondeur se développait sur la gouvernance tant universitaire (9, 10) que clinique (15). À côté des réflexions enrichissantes, nous avons voulu dans cet article aborder des points plus techniques et opérationnels, en bref, être plus pratiques.

Être doyen est devenu un métier tout autant qu'une vocation. S'il est possible d'entrer petit à petit dans la fonction en assumant des responsabilités croissantes dans sa faculté comme ce qui se fait plus ou moins bien aujourd'hui, la possibilité d'assister à des sessions de formation devrait permettre aux doyens entrant en fonction d'être plus rapidement efficaces et de mieux assumer les missions de leader, de gestionnaire et d'animateur (au sens de donner une âme) de leur faculté.

### ***Bibliographie***

- 1) Ramsden P. "Learning to lead in higher education". Routledge & Farmer. London New York 1998.
- 2) Faculty Development and Leadership : a framework of faculty vitality. Site de l'American Association of Medical Colleges (AAMC). <http://www.aamc.org/members/facultydev/start.htm>
- 3) Steinert Y., Nasmith L., McLeod PJ., Conochie L. A teaching scholars program to develop leaders in medical education. *Academic Medicine* 2003; 78: 142-149. ou Steinert Y., Nasmith L., Daigle N. Executive skills for medical faculty: a workshop description and evaluation. *Medical teacher* 2003; 25: 666-668.
- 4) Weber L et coll. Colloque de Glion. University at the millennium. <http://www.glion.org/?a=6202&p=1512> ou Shattock M. *Managing successful universities*. Society for research into Higher education and Open University press 2003.

- 5) Le dialogue des universités avec les partenaires locaux : comparaisons entre les diverses régions d'Europe. Rapport à la conférence de l'association européenne des universités (EUA) Universities and society : engaging stakeholders. Marseille 2004.  
[http://www.eua.be:8080/eua/jsp/en/upload/Background\\_doc\\_CRE\\_project\\_report\\_FR.1078746123004.pdf](http://www.eua.be:8080/eua/jsp/en/upload/Background_doc_CRE_project_report_FR.1078746123004.pdf)
- 6) Molitor M. Discours d'accession à l'éméritat du vice-recteur aux affaires académiques. Novembre 2005.  
<http://www.uclouvain.be/9759.html>
- 7) Pelc I, Cassiers L. (eds) La faculté de médecine et le médecin du XXI<sup>e</sup> siècle. OMS - Cidmef, 1998.
- 8) CIDMEF Charte de l'éthique des facultés de médecine. Conférence internationale des doyens et des facultés de médecine d'expression française. Pédagogie médicale 2004 ; 5 : 211-217.  
<http://www.pedagogie-medicale.org/>
- 9) Cohen JJ. Realizing our quest for meaning. Academic Medicine 2004; 79, 464-468.
- 10) Withcomb ME. The most serious challenge facing academic medicine's institutions. Academic Medicine 2003; 78: 1201-1202.
- 11) Griner PF., Blumenthal D. – Reforming the structure and management of academic medical centers : case studies of ten institutions. Academic Medicine 1998 ; 73: 817-825
- 12) Duck JD The change Monster. The human forces that fuel or foil corporate transformation & change. Crown Business Random House London New York, 2001.
- 13). Laberge JP. Comment faciliter le changement au sein de votre organisation. 2003.  
<http://www3.sympatico.ca/jplaberge/changement.htm>
- 14) Norton D. et R. KaplanR. Strategy Maps : Converting intangible assets into tangible outcome. Harvard Business school press. 2004.  
[http://www.valuebasedmanagement.net/methods\\_strategy\\_maps\\_strategic\\_communication.html](http://www.valuebasedmanagement.net/methods_strategy_maps_strategic_communication.html)
- 15) Chabot JM – La gouvernance clinique. Annales Fr Anesth Réanim 2005 ; 24 : 53-59.
- 16) Mankins MC. Stop wasting valuable time. Harvard business review, 58-65, septembre 2004
- 17) Downton SB – Leadership in medicine : where are the leaders ? Med J Aust 2004; 181: 652-654
- 18) de Woot P. Méditation sur le pouvoir. De Boeck & Larcier, 1998.
- 19) Lee A., Hoyle E. – Who would become a successful dean of faculty of Medicine : academic or clinician or administrator? Medical Teacher 2002; 24 : 637-641.

## Partie II : Outils et procédures



## II.1 – Approche pédagogique

### Réviser l'organigramme de la Faculté de Médecine : importance pour un développement pédagogique durable

**Jacques BARRIER \* , Pierre POTVIN\*\***

*\*Président du Conseil Pédagogique de la CIDMEF, Département de FMC et de Développement Pédagogique, Faculté de Médecine de Nantes, 1, rue Gaston Veil 44000 Nantes France*

*Tél: (33) 2 40 08 33 52 Fax: (33) 2 40 08 3379*

*Courriel: [jacques.barrier@sante.univ-nantes.fr](mailto:jacques.barrier@sante.univ-nantes.fr)*

*\*\*Président du Conseil d'Évaluation de la CIDMEF, Département d'anatomie et de physiologie, Faculté de médecine, Université Laval, Québec, Qc CANADA G1K 7P4 Tél.: 418.656.2131 (poste 2039); Fax: 418.656.7898;*

*Courriel: [Pierre.Potvin@phs.ulaval.ca](mailto:Pierre.Potvin@phs.ulaval.ca)*

#### **A/ Introduction**

Le Conseil Pédagogique et le Conseil d'Évaluation des Programmes de la Conférence Internationale des Doyens des Facultés de Médecine d'Expression Française (CIDMEF), réalisent de nombreuses missions dans des Facultés du monde francophone (opérations de formation pédagogique des formateurs, de rénovation pédagogique ou d'évaluation des programmes de formation). De ce fait, la CIDMEF a acquis une large expérience de l'organisation des établissements.

Au cours des visites, les experts constatent fréquemment le caractère imparfait de l'organigramme de la Faculté. Il n'est pas rédigé de rapport d'évaluation où il n'est pas fait la recommandation de réviser les données fondamentales qui doivent fonder l'organisation des études médicales : en premier, il s'agit de redéfinir la mission et les objectifs institutionnels de la Faculté, c'est à dire les principes généraux qui doivent guider celle-ci; par ailleurs, il faut bien souvent réviser les statuts autrement dit l'organisation formelle de la faculté. L'organigramme est important car c'est l'expression affichée de cette organisation. Souvent imparfait voire incomplet, il est parfois mal utilisé par la direction de la faculté. Il est souvent mal diffusé sinon méconnu des enseignants et des étudiants, ainsi que des directions d'établissements de formation clinique.

La maîtrise d'ouvrage de l'organisation d'une faculté de médecine est très différente selon les pays. La responsabilité ultime peut relever des tutelles universitaires ou ministérielles; de ce fait, la possibilité d'initiatives du décanat est loin d'être constante et souvent très réduite. D'ailleurs, la procédure de nomination du Doyen est elle-même variable: ici, il sera élu par ses pairs voire avec la participation des étudiants et du personnel administratif et technique, là il sera désigné par les tutelles, selon des modalités très diverses. Dans la quasi-totalité des Facultés, les équipes décanales, seront au minimum consultées pour élaborer

l'organigramme. Compte tenu des particularités de la formation médicale, notamment la formation clinique, l'organigramme devrait être adapté à cette situation et pouvoir différer de celui d'autres facultés.

La formulation pertinente de l'organigramme est pour la faculté est un levier essentiel de son développement pédagogique.

## **B/ L' Organigramme d'une faculté de médecine (quelles fonctionnalités doivent être respectées)?**

### **I - Les structures exécutives:**

Censées être décisionnelles, elles sont obligatoirement définies par des statuts.

Le Conseil de Faculté représente le Conseil d'Administration de la Faculté; ses membres sont le plus souvent élus parfois désignés; sa composition devrait refléter les divers domaines d'activités de la Faculté. Issu de ce Conseil, le bureau exécutif est dirigé par le Doyen et se compose d'ordinaire de vice-doyens ou d'assesseurs, chacun ayant une mission précise. Ainsi, ils consacreront leurs efforts à la gestion de la recherche, ou à l'organisation des études ou aux finances etc. En dernier recours, le Doyen arbitre et décide. Les décisions les plus importantes sont soumises à l'avis du Conseil de Faculté. Il s'agit du schéma d'organisation le plus simple.

Cependant, les tâches de la Faculté se sont diversifiées et complexifiées : interaction avec les milieux de formation clinique, multiplication des programmes de formation en spécialité et en médecine générale, enseignements paramédicaux, formation continue médicale (et paramédicale). Il apparaît donc nécessaire, dans les Facultés les plus développées, de mettre en place de nouvelles structures d'aide et en particulier des comités exécutifs. Leur absence ou leur inefficacité, sauf à imaginer un Doyen et ses assesseurs capables de gérer toutes les activités de sa Faculté à eux seuls, peut entraîner des dysfonctionnements graves. Pour décider la création des comités exécutifs, il faut considérer deux fonctions prioritaires : l'organisation des études et l'évaluation des activités.

La structure chargée de l'organisation des études médicales est dénommée ici ou là : Comité des Programmes, Comité des Études, voire, terme impropre, Comité ou Commission Pédagogique (les intitulés ne manquent pas). En fait les fonctions sont identiques: en effet, face à des enseignants ancrés sur leurs spécificités disciplinaires et leurs territoires scientifiques, il est important d'harmoniser les enseignements avec un seul objectif : garantir l'atteinte des objectifs d'apprentissage par les étudiants. Le comité qui organise les études peut se scinder (par exemple par cycle d'études), mais il apparaît toujours nécessaire qu'une communication s'instaure pour éviter un cloisonnement néfaste et qu'un

organisme coordonne l'ensemble. Un deuxième point est important : l'organisation des études ne peut se faire sans une mise en adéquation entre les objectifs de formation et les méthodes pédagogiques. En effet, organiser un curriculum se composant exclusivement de cours magistraux n'a rien à voir avec un curriculum centré sur l'étudiant et fondé sur des méthodes actives.

Une deuxième fonction essentielle de l'exécutif est celle de l'évaluation des activités. Sans un Comité d'Évaluation interne, le bateau "Faculté" navigue dans le brouillard. En résumé, il s'agit "d'évaluer pour décider" ou plutôt de bien évaluer pour prendre les bonnes décisions. Beaucoup d'arguments plaident pour placer un Comité d'Évaluation dans les structures exécutives, à côté et non pas au sein du comité d'organisation des études: il faut séparer le jugement et l'action. Ce Comité d'Évaluation a un rôle difficile et doit se composer à la fois de responsables de la Faculté et d'experts (personnes ressources). Le bureau exécutif lui confiera des missions tel que l'évaluation pédagogique des enseignants, l'évaluation des structures prestataires de la Faculté - dont nous reparlerons - l'évaluation de réformes, la mise en place d'une procédure officielle d'évaluation des programmes ou d'accréditation de l'établissement. Il s'agit donc d'une structure " politiquement sensible" ne serait-ce que parce qu'elle fait des rapports sur les enseignements, sur le recrutement des enseignants, etc. Cette structure permet à l'équipe décanale d'arbitrer, de décider, tenant compte bien évidemment de l'assemblée des enseignants si cela est considéré comme nécessaire. L'évaluation des enseignements faite ainsi sur une base annuelle ou plus fréquemment s'il s'agit d'une activité qui se déroule plus d'une fois par année (comme les stages), constitue l'évaluation dite continue. Ce premier niveau d'évaluation doit être exécuté en étroite collaboration avec les personnes (enseignants) et les structures (départements) qui dispensent l'enseignement, dans le but de leur fournir une rétroaction rapide et apporter des correctifs aux lacunes décelées. Mais de façon périodique, entre cinq et dix ans, il faut qu'une autre structure, souvent une structure *ad hoc*, regarde l'ensemble du programme et son évolution par une évaluation interne globale du programme de formation, souvent, mais pas nécessairement, dans un cadre qui comprend un processus d'évaluation externe pour accréditation officielle ou *bona fide* comme celui de la CIDMEF.

Parmi les autres structures exécutives, nous ne ferons que citer le Comité Scientifique qui se consacrera essentiellement à l'organisation de la recherche. Il aura un certain nombre de missions dont le développement de la recherche et dans certains milieux les programmes de formation scientifique supérieure. L'évaluation des candidats à un poste d'enseignant-chercheur devra se faire sur la base des mêmes principes évaluatifs qu'il s'agisse de l'activité d'enseignement ou de l'activité de recherche.

## **2- Les structures prestataires de la Faculté :**

Elles sont mandataires, c'est à dire dépendant des directives de l'exécutif. Leurs missions et fonctions sont réglementées sans obligatoirement être définies dans les statuts fondamentaux de la Faculté.

Ces structures prestataires ont une particularité par rapport à l'exécutif: les personnes ressources qui y travaillent ont des missions précises que nous détaillerons mais toutes marquées par un souci de pérennité. Que ce soit dans le développement pédagogique, la Formation Médicale Continue, la production des supports pédagogiques et plus précisément les multimédias, il doit exister une démarche - qualité, laquelle n'est possible que si l'essentiel de ces responsables se situent dans une dynamique permanente de changement. Ceci les différencie des décideurs (l'exécutif), le plus souvent élus sur un projet d'ordre politique. Il n'empêche que les responsables de ces différentes structures prestataires soumettent des rapports d'activité réguliers, lesquels sont examinés par le Conseil de Faculté (Conseil d'Administration) éventuellement après analyse du Comité d'Évaluation interne. Au regard de cette évaluation, ces responsables peuvent bien évidemment être remplacés. Toutefois, ils ne doivent pas être changés pas systématiquement à chaque nouvelle élection ou nomination de doyen.

La CIDMEF a détaillé ailleurs quelles devraient être la mission et les fonctions d'une structure pédagogique (1). Sa mission est double et complémentaire : d'une part, la promotion de la pédagogie dans la Faculté , d'autre part, l'animation pédagogique. Les fonctions sont : l'information pédagogique dans la Faculté ; la formation pédagogique initiale et continue des enseignants ; le conseil et l'assistance pédagogique auprès des enseignants, des responsables facultaires et des autres structures ; le conseil et l'appui pour l'optimisation des ressources humaines, matérielles et financières associées à l'enseignement ; la recherche et les innovations pédagogiques. Pour être utile à la Faculté, la structure pédagogique doit bénéficier d'une réelle autonomie ; elle est au service de la Faculté et non d'une personne ou d'un groupe particulier de personnes. De plus, elle doit agir à titre strictement consultatif. Pour bien fixer les idées, prenons l'exemple de l'évaluation de l'enseignement et des enseignants. Les outils d'évaluation pourront être conçus et proposés par la structure pédagogique. Les résultats de cette évaluation (interprétation et décisions) sont de la responsabilité de l'exécutif (Décanat et Comité d'Évaluation interne) car la diffusion et l'utilisation ne peuvent pas être confiées à la structure pédagogique qui risquerait de perdre sa crédibilité et son attractivité.

## **3- interactions structurelles**

Tant pour l'enseignement que pour l'évaluation, il importe de bien définir les relations et les responsabilités respectives de la Faculté et des milieux de formation clinique en regard des tutelles.

Les interrelations entre les structures doivent également être formalisées. Par exemple, une structure pédagogique qui fonctionnerait sans que des mandats et des délégations claires aient été formalisés par le bureau exécutif et son Conseil d'Administration pourrait avoir des activités quelque peu errantes. Il en est de même de la Formation Médicale Continue, dont l'image de marque auprès des partenaires extérieurs de la Faculté est très importante pour l'établissement, et aussi pour tous les autres programmes de formation dont la Faculté assume la responsabilité.

## **C/ Les autres acteurs :**

### **1- Les structures administratives et techniques :**

Leur rôle est essentiel puisqu'il s'agit du bras séculier, mettant en application les réglementations venant des tutelles, l'État ou l'Université ou bien la structure décanale locale. Notre propos étant la dimension pédagogique de l'organigramme, nous dirons simplement que les structures administratives de même que les structures techniques de la Faculté doivent être en permanence informées et donner leur avis pour des raisons évidentes de pertinence et de faisabilité. Les structures exécutives et prestataires sont donc en lien permanent avec l'administration et les services techniques.

### **2- Le rôle des étudiants dans l'organisation de la Faculté**

Étant donné le contrat qui doit lier la Faculté, l'enseignant et l'étudiant (2), il est clair que les commissions étudiantes doivent idéalement pouvoir intervenir à tous les niveaux et participer aux prises de décision selon les domaines. La place des étudiants dans le Comité d'Organisation des Études (Comité des Programmes) et surtout le Comité d'Évaluation interne s'impose. Leur présence effective et leur participation positive peuvent être considérées comme un gage de succès de la planification des études.

## **D/ Conclusion**

La grande variation dans les missions confiées aux facultés de médecine (formation médicale, formations spécialisées, formation continue, formations paramédicales, formation scientifique) doit se traduire dans des structures et des fonctions adaptées aux exigences qui en découlent. Que ce soit lors de la mise en place d'une réforme pédagogique ou d'une réforme des programmes de formation, la Faculté doit impérativement à cette occasion réviser son organigramme. Pour ce faire, les fonctions des structures doivent être repérées et formalisées après redéfinition. Ceci est plus important que les dénominations utilisées. La logique différente qui anime les structures exécutives et prestataires doit être comprise par les responsables, le corps enseignant et les étudiants, et aussi par les responsables des milieux de formation clinique.

## **Bibliographie**

1- Cercle des experts en pédagogie médicale de la CIDMEF. La structure pédagogique dans une faculté de médecine: mission, fonctions et conditions d'efficacité. Elaboration d'un consensus. Pédagogie Médicale, 2001; 2:231-234

2- JH Barrier. Enjeux et risques de la formation initiale des médecins dans les années futures. Ann Med Interne, 2001; 152: 491-493

# Structure pédagogique dans une Faculté de Médecine : mission, fonctions et conditions d'efficacité. Elaboration d'un consensus.

## ***Cercle des Experts en Pédagogie de la CIDMEF***

### **A – MISSIONS**

Chaque Faculté a son histoire pédagogique : certaines sont très structurées, d'autres le sont beaucoup moins, notant une grande variabilité des ressources disponibles d'un milieu à l'autre. Dans la communauté francophone, un certain nombre de Facultés de Médecine ont implanté une structure pédagogique qui peut être dénommée Bureau, Unité, Conseil, Centre, Département, etc... Sa mission est double et complémentaire : d'une part, la **promotion** de la pédagogie dans la Faculté ; d'autre part, l'**animation** pédagogique.

La promotion vise la valorisation des préoccupations pédagogiques dans le milieu. Il s'agit de stimuler le milieu facultaire à partir de questions d'intérêt pédagogique. L'animation consiste à réaliser des actions concertées qui contribuent à l'amélioration de la qualité des prestations de formation dans la Faculté.

Entre la simple animation d'activités pédagogiques déjà existantes et la promotion, différents degrés sont possibles en terme d'investissement dans la rénovation pédagogique. Ainsi, une Faculté qui aura fait le choix d'une réforme pédagogique pourra mandater la structure pour en faire une promotion importante. Une autre Faculté ayant déjà un niveau d'excellence non négligeable confiera un autre mandat qui peut être celui de l'animation d'activités de formation pédagogique des enseignants. **Ces exemples s'inscrivent dans une dynamique stratégique de changement de la Faculté.**

### **B – FONCTIONS D'UNE STRUCTURE PÉDAGOGIQUE**

#### **Première fonction : l'information pédagogique dans la Faculté**

La structure pédagogique fera d'abord le recueil des informations à caractère pédagogique dans la Faculté. Ce recueil se fera à plusieurs niveaux : à partir des différents acteurs de la communauté et des milieux extérieurs (comités, documentation, publications, etc...). Elle archivera toutes les informations potentiellement utiles (par exemple, une bibliothèque ou un centre de documentation regroupant les documents pédagogiques pertinents). Elle sélectionnera les informations pertinentes à un moment donné et les diffusera auprès des personnes et structures concernées sous diverses formes (bulletin d'information papier ou électronique, sessions d'information, etc...). Elle organisera des débats de nature pédagogique susceptibles d'intéresser tous les acteurs y

compris éventuellement les étudiants. Elle fera la promotion des innovations pédagogiques (par exemple, en encourageant le développement et l'expérimentation d'une nouvelle méthode d'évaluation). Elle participera à l'organisation de réseaux pédagogiques internes et externes en établissant des collaborations pédagogiques intra, inter et transdisciplinaires.

### **Deuxième fonction : la formation pédagogique initiale et continue des enseignants**

Une des fonctions principales de la structure pédagogique est d'assurer l'acquisition et le développement des compétences pédagogiques des enseignants. L'objectif principal est d'aider les enseignants à optimiser l'apprentissage des étudiants et d'aider ceux-ci à développer des stratégies d'apprentissage qui leur seront utiles la vie durant.

Les activités de formation doivent prendre en compte les niveaux de compétence pédagogique des enseignants tels que recommandés par la CIDMEF. Rappelons que ces trois niveaux sont :

- un niveau I de compétences minimales communes concernant tout postulant à un emploi, même transitoire d'enseignant ;
- un niveau II de capacités à planifier, réaliser et évaluer une action ou un temps de formation (il concerne tout universitaire ou professionnel de santé qui vise à une fonction pédagogique permanente) ;
- un niveau III de compétences approfondies dans un domaine spécifique de la pédagogie (personne ressource dans son institution).

### **Troisième fonction : le conseil et l'assistance pédagogique**

La fonction *conseil* se définit ici comme la formulation d'avis pédagogiques auprès des enseignants, des responsables facultaires et des autres structures pédagogiques en place (c.a.d. commission pédagogique, comité de programme,...), par exemple dans l'analyse et la résolution de problèmes pédagogiques vécus par les étudiants (c.a.d. comment aider un étudiant en difficulté d'apprentissage). La structure pédagogique peut aussi conseiller les instances décisionnelles facultaires, par exemple dans l'élaboration de politiques d'évaluation des enseignements et des enseignants, de critères pédagogiques visant la promotion des enseignants, etc.

L'*assistance pédagogique*, consiste en interventions de soutien dans le domaine de la planification d'actions de formation, par exemple par un appui à la planification pédagogique (donner des avis méthodologiques sur l'analyse des besoins, la formulation des objectifs, le choix des méthodes d'apprentissage et d'évaluation). L'expertise en planification pédagogique est donc indispensable pour exercer cette fonction d'assistance. Selon l'organisation facultaire, les ressources institutionnelles en place et les priorités du milieu, la structure pédagogique peut jouer un rôle conseil ou davantage celui de prise en charge d'activités.



La structure pédagogique n'a pas pour rôle d'assurer la gestion de programmes à quelques niveau que ce soit. Son intervention doit en principe prendre fin dès que tous les éléments nécessaires au bon fonctionnement d'un programme ont été réunis. Il appartient alors à la direction de programme et à la direction facultaire d'en contrôler l'implantation, le déroulement et l'évaluation.

#### **Quatrième fonction : le conseil et l'appui pour l'optimisation des ressources humaines, matérielles et financières associées à l'enseignement**

La structure pédagogique veille à faire des recommandations, principalement aux responsables facultaires, afin que les ressources nécessaires à l'organisation d'un enseignement de qualité et à l'apprentissage soient disponibles. Elle peut, par exemple, être sollicitée par les conseils pédagogiques sur la qualité didactique des supports d'enseignement et d'apprentissage (notes de cours, modules d'auto-apprentissage, supports audiovisuels, productions multimédias, etc...). Elle peut aussi jouer un rôle conseil dans l'implantation et le développement d'un centre de documentation pédagogique pour les enseignants ou d'un centre de ressources à l'apprentissage pour les étudiants.

#### **Cinquième fonction : la recherche pédagogique**

La structure pédagogique contribue à développer la recherche à caractère pédagogique via la mise sur pied de projets, le soutien des professeurs effectuant de telles recherches, la rédaction d'articles, etc.

Innovation pédagogique et recherche pédagogique sont indissociables.

### **C - CONDITIONS D'EFFICACITÉ**

*Pour être utile à la Faculté, la structure pédagogique se doit d'abord d'être libre : elle doit bénéficier d'une réelle autonomie ; elle est au service de la Faculté et non d'une personne ou d'un groupe particulier de personnes. De plus, elle doit agir à titre strictement consultatif; elle formule donc des avis et recommandations aux instances et autorités concernées. Enfin, elle doit être crédible et efficace. Pour y parvenir, il est important qu'elle se donne les moyens d'assurer son propre développement. Ceci implique la présence d'une bonne dynamique organisationnelle, c'est à dire la mise en place d'un programme activités de formation pédagogique continue pour ses membres et de mécanismes d'évaluation de ses actions qu'elles soient. En fait, les membres associés à cette structure doivent faire preuve de professionnalisme et donner l'exemple !*

*Ndlr : Ce texte est la synthèse de discussions de la réunion du Cercle des Experts en Pédagogie de la Conférence Internationale des Doyens des Facultés de Médecine d'Expression Française (CIDMEF). Participants : J.H. BARRIER (Nantes) Coordonnateur, C. BELKAHIA (Tunis), J.L. BERNARD (Marseille), C. BINET (Tours), B. CHARLIN (Montréal), R. COLIN (Rouen), L. COTE (Québec), R. DARBOUX (Cotonou), J.L. DEBRU (Grenoble), J.F. DENEFF (Louvain), A.S. ESSOUSSI (Sousse), Ph. ISIDORI (Bordeaux), K. KOUMARE (Bamako), E. LEMARIE (Tours), H. LOUESLATI (Tunis), E. MOISE (Port aux Prince), P.D. N'DIAYE (Dakar), NU VIET VU (Genève), M. WEBER (Rouen), A. ZAHAF (Sfax). Ce texte a été présenté à la réunion de l'AUFEMO (Beyrouth 3-4 mai 2001), c'est à dire les administratifs francophones des Facultés de Médecine, et à la session plénière de la CIDMEF (Tours, 25-26 mai 2001) pour évaluation.*

# Stratégies de changement dans une faculté de médecine : Quel rôle pour un bureau de pédagogie ?

**Dr Meïssa TOURÉ**

*Professeur titulaire de la chaire de Biochimie Médicale, Chef du Service de Pédagogie, Audiovisuel et Multimédia (SE.P.A.M.), Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Cheikh Anta DIOP, Dakar, Sénégal. Tél. : (221)824 44 84 ; e-mail : [mtoure@ised.sn](mailto:mtoure@ised.sn); Bp. 5174, Dakar-Fann, Sénégal.*

## I. Introduction

"Toute révolution a son retour de balancier qui remet de l'ordre dans les esprits et les pratiques."

La révolution que nous souhaitons, nous la voulons douce dans les esprits et dans les méthodes, pour que l'enseignement de la médecine dans nos facultés s'adapte de plus en plus à l'air du temps.

Nous voulons désormais un enseignement moderne centré sur l'apprenant, l'enseignant devenant un facilitateur maîtrisant les nouvelles technologies éducatives et les utilisant pour accélérer les processus de transmission et d'acquisition des connaissances.

Nous voulons que cette révolution donne une nouvelle place à l'étudiant en médecine, une responsabilité d'acteur de sa propre formation, avec la motivation en plus.

Cette révolution sera donc un processus de changement progressif, séquentiel, car "vouloir brûler les étapes ne produit qu'illusion de vitesse, jamais de bons résultats";

Quels peuvent en être les acteurs et les outils ?

- Le Décanat avec sa tête le Doyen dont l'engagement devra être sans faille.
- Les enseignants acteurs et vecteurs de la formation qui devront posséder des compétences pédagogiques modernes et être motivés à les utiliser.
- Les personnels administratifs, techniques et de service (PATS), membres à part entière de l'équipe pédagogique en ce qu'ils en assurent la logistique et une bonne partie de l'évaluation.
- Les étudiants, acteurs mais aussi réceptacles, devront être ouverts au changement parce que comprenant le sens même d'une telle évolution qui fait d'eux des partenaires des équipes pédagogiques dans les Facultés de Médecine.

Tout processus de changement ayant forcément un coût, du fait des innovations qu'il va introduire, de nombreux outils devront être mis en œuvre et utilisés. Parmi ceux-ci, nous nous arrêterons essentiellement sur **le bureau de pédagogie** auquel une place importante devra être accordée.

## **II. Place du bureau de Pédagogie**

Deux options sont possibles

- Rattachement au Décanat qui se chargera d'en organiser le fonctionnement
- Autonomie avec des locaux et des moyens propres, un personnel propre et motivé auquel une liberté totale d'initiative sera accordée dans le respect d'une politique de rénovation pédagogique validée par les instances de la Faculté.

Notre préférence va à cette deuxième option qui est décidément plus coûteuse et qui nécessite des acteurs motivés et ouverts au changement, une équipe d'enseignants engagés et possédant une bonne maîtrise des technologies éducatives modernes.

## **III. Missions du bureau de pédagogie**

Quelque soit l'option choisie, le bureau de pédagogie devra assurer comme mission principale, une impulsion des changements nécessaires dans la qualité des programmes, la qualité de l'enseignement, la qualité des apprentissages. Vaste programme qui nous laisse penser que les animateurs d'une telle structure devront posséder au moins deux qualités :

- Un engagement profond sous tendu par une grande compétence professionnelle et une maîtrise des outils pédagogiques modernes. Ceci fera leur légitimité.
- Une disponibilité constante vis-à-vis des collègues, des étudiants, de l'administration et un esprit de tolérance élevé.

C'est à ce prix qu'ils pourront faire accepter par les autres partenaires, les stratégies à mettre en œuvres pour assurer les missions du bureau de pédagogie

## **IV. Stratégies du bureau de pédagogie**

Elles seront toutes orientées vers la valorisation de la qualité de l'enseignement et des apprentissages. Pour ce faire, le bureau de pédagogie devrait posséder des ressources suffisantes (humaines et matérielles) pour offrir un panel assez diversifié de services parmi lesquels on peut retenir:

- la formation pédagogique des enseignants
- le suivi de la carrière des enseignants
- l'acquisition et la mutualisation de moyens pédagogiques
- l'animation pédagogique du campus

### **1. Formation pédagogique des enseignants**

Nous avons souligné la nécessité absolue d'avoir des enseignants motivés et compétents, mais aussi des enseignants ayant une bonne maîtrise des technologies éducatives modernes. Le bureau de pédagogie devra donc être outillé pour offrir à tous les enseignants, mais surtout aux enseignants

nouvellement recrutés, des sessions de formation des tous les niveaux tels qu'ils sont définis par la CIDMEF à savoir :

- les objectifs éducationnels
- les techniques d'enseignement
- l'élaboration et l'utilisation de supports audiovisuels
- l'évaluation et la docimologie
- l'aide à la rédaction médicale
- l'utilisation des TIC dans l'enseignement

Une telle offre viserait à rendre disponibles dans la faculté, des enseignants suffisamment outillés -parce que formés- pour améliorer et diversifier leurs pratiques en matière d'enseignement. La motivation des étudiants s'en trouverait forcément boostée parce que les enseignants utiliseraient des techniques d'enseignement adaptées et valorisantes pour eux. Les enseignants eux-mêmes s'éloigneraient progressivement de la situation désagréable de cet ouvrier qui, "ne disposant pour tout instrument que d'un marteau, aura tendance à considérer toute chose comme un clou".

## **2. Suivi de la carrière des enseignants**

Ce volet est aussi important que le précédent. L'objectif sera ici, d'offrir aux enseignants un boulevard bien éclairé pour leur permettre de franchir le plus rapidement possible les différents obstacles qui se dressent sur le chemin de leur carrière universitaire. La légitimité professionnelle que cela engendrerait pour eux serait une source supplémentaire de motivation. Le bureau de pédagogie devrait donc travailler à l'harmonisation des profils au recrutement, mais surtout à rendre disponible la formation et l'information sur les perspectives de carrière.

Des mécanismes d'aide et de conseils devraient également être mis en œuvre pour faciliter la confection et l'acheminement des dossiers administratifs d'avancement (différentes listes d'aptitudes). La préparation aux épreuves du concours d'agrégation complétera ce volet.

Un système de veille permanente devrait être mis en place pour éviter que les enseignants ne sombrent dans la routine. Pour cela, un programme d'évaluation formative des enseignements sera mis en œuvre. Les projets d'innovations pédagogiques seront encouragés par une distinction et une valorisation devant les pairs et les étudiants, des enseignants de qualité. (Professeurs étoile au Canada). Un dispositif de soutien aux professeurs en difficulté aura également cours pour éviter toute marginalisation. Les enseignants deviendraient alors motivés et donc acteurs des changement souhaités.

Il est évident que tout cela ne sera possible que si le bureau de pédagogie dispose de moyens suffisants pour mettre en œuvre ces stratégies.

### **3. Acquisition et mutualisation des moyens pédagogiques**

La visibilité des actions du bureau de pédagogie est un gage de sa réussite. Il s'agira donc d'un service bien individualisé avec un organigramme fonctionnel où l'on retrouvera au moins :

- une unité de gestion et de maintenance des outils pédagogiques
- une unité d'aide à la production de supports pédagogiques (audiovisuels et multimédias).
- un programme d'équipement des salles de cours, de TP et des sites de stage en ressources pédagogiques.
- une cellule d'aide et de formation à l'utilisation de ces ressources.

Ainsi toutes les résistances au changement et à l'adoption des méthodes modernes d'enseignement trouveraient les moyens de leur levée. Aucun prétexte ne pourra alors plus justifier le confinement d'un d'enseignant dans la facilité de la leçon magistrale traditionnelle.

La communauté n'étant pas seulement composée d'enseignants, le bureau de pédagogie devrait également s'intéresser aux étudiants et aux PATS grâce à un programme judicieux d'animation du campus

### **4. Animation pédagogique**

- **Pour les étudiants**

Il s'agira ici d'initier des activités de formation et d'information que l'on pourra décliner en :

- Organisation d'amphithéâtre de rentrée pour partager toutes les informations portant sur l'organisation des études à la faculté. Ainsi, les nouveaux étudiants y trouveront réponse à leurs questions et pourront y rencontrer les enseignants et échanger avec eux, l'objectif étant de leur montrer la centralité de leur place dans le dispositif d'enseignement/apprentissage. Les étudiants plus différenciés pourront au cours de ces forums mettre le doigt sur certaines insuffisances comme par exemple la non communication des objectifs éducationnels et des plans de cours par certains enseignants.

- Organisation de conférences à thèmes destinées à former les étudiants sur des sujets comme les stratégies d'apprentissage, la recherche documentaire, l'utilisation des TIC dans leur formation, l'évaluation des enseignements et des enseignants. Un volet non moins important sera la planification du retour de l'information (feed-back) sur les évaluations formatives mises en œuvres grâce à la participation des étudiants. La valorisation des professeurs de qualité pourra être faite pendant ces restitutions avec seulement la recherche de l'exemplarité pédagogique et de la motivation des enseignants à mieux faire. La stigmatisation des enseignants en difficulté devra être évitée à tout prix.

○ Le résultat attendu de ces animations est d'obtenir des étudiants bien informés et motivés, donc acteurs de leur propre processus d'enseignement/apprentissage.

- **Pour les personnels administratifs et techniques**

Ils sont responsables de la gestion des flux d'étudiants (à l'entrée et à la sortie) et des examens. Le bureau de pédagogie devrait donc les aider à la modernisation de ces tâches par une acquisition et une gestion de logiciels modernes et une formation ciblée à l'utilisation des TIC.

L'interprétation des résultats des évaluations nécessitant une approche statistique, l'offre de ce service devra aussi être disponible.

Enfin la mise à disposition et l'utilisation des outils pédagogiques dans les salles étant de leur responsabilité, une formation à la maintenance de première ligne des appareils leur sera offerte.

- **Pour le Décanat**

Nous avons voulu volontairement terminer par le Décanat, tête pensante de la faculté. En effet, avec Mr GOUAZE, nous pensons que le Doyen est important dans une faculté. Comme un chef d'entreprise, "Si le doyen n'excelle pas dans la conduite des hommes, s'il ne se fait pas le champion du changement, tout processus de changement dans une faculté est voué à l'échec".

Le bureau de Pédagogie devra donc être très proche du Doyen et de son équipe, leur servir de conseiller et être leur bras armé pour mettre en œuvre toutes les stratégies utiles aux changements souhaités. Le bureau de pédagogie sera donc le maître d'ouvrage délégué pour des chantiers du Doyen, aussi variés que le service d'évaluation formative des enseignants, l'élaboration des outils de suivi des évaluations formatives et sommatives, la mise à jour des programmes et des réformes, l'organisation de journées de valorisation de la qualité de l'enseignement (Hommage aux professeurs étoile, cadeaux aux meilleurs étudiants), la planification d'actions correctrices telles que préconisées par la roue de la qualité de Deming.

## **V. Conclusion**

KOTTER J.P. a défini huit étapes nécessaires à la conduite du changement dans une entreprise.

- Développer un sentiment d'urgence du changement
- Constituer un noyau dur
- Développer une vision
- Communiquer cette vision
- Donner des moyens d'action
- Définir les objectifs intermédiaires
- Consolider des progrès et demander plus
- Institutionnaliser la nouvelle approche

L'examen de cette liste montre de façon indubitable l'importance de la place et du rôle que doit jouer le bureau de pédagogie dans une faculté, à côté du Doyen qui doit être le moteur du processus de changement.

Il est en effet clair que c'est la motivation des hommes qui doit être le socle de toute idée de changement, motivation que le bureau de pédagogie doit initier, développer et entretenir. Le bureau de pédagogie est donc, à notre sens, important dans une faculté car "faute de motivation suffisante, personne ne viendra en renfort et les stratégies pour le changement ne mèneront nulle part".

## II.2 – Approche éthique

### La charte de l'éthique des Facultés de Médecine

#### ***Conférence Internationale des Doyens et des Facultés de Médecine d'Expression Française (CIDMEF)***

La charte de l'éthique des Facultés de Médecine s'applique à deux domaines :

- L'éthique de l'institution (dans ses activités de formation et de recherche)
- La formation initiale et continue à l'éthique médicale.

La charte de l'éthique des Facultés de Médecine est un engagement moral que les Facultés de Médecine prennent entre elles. À cet égard, les responsables des Facultés de Médecine ou Facultés des Sciences de la Santé réunies dans la CIDMEF peuvent compter sur la solidarité et l'appui de la Conférence et des autres Facultés membres.

Pour assurer sa pertinence, la charte est évaluée, explicitée et améliorée périodiquement.

#### **I – PRÉAMBULE**

Toutes les Facultés de Médecine fondent l'ensemble de leurs activités sur les valeurs qui inspirent le respect de la dignité de la personne humaine et la solidarité. Ces valeurs universelles ont vocation de régir les liens entre les acteurs du système de santé : malades, médecins, enseignants, chercheurs et étudiants. Elles imposent à chaque Faculté le respect de ses engagements envers les étudiants qu'elle forme, envers les enseignants et chercheurs qui assurent sa dynamique et envers les institutions qui lui sont affiliées. Sa responsabilité envers la Société requiert de chaque Faculté d'optimiser la qualité des formations et des recherches qui sont organisées en son sein.

Chaque Faculté de Médecine se conforme aux textes législatifs et réglementaires en vigueur dans sa communauté nationale. Lorsque les activités dont elle est en charge ne font pas l'objet d'une codification juridique, ou que cette codification n'est pas suffisamment explicite, la Faculté doit s'inspirer des recommandations des comités d'éthique nationaux et/ou internationaux. Dans tous les cas, les Facultés de Médecine fondent leurs activités sur le respect des Droits de l'Homme.

#### **II - LES MISSIONS DES FACULTÉS DE MÉDECINE**

Chaque Faculté définit ses objectifs institutionnels : ils sont adaptés à la société afin qu'ils répondent aux besoins de santé de la population et des individus qui la composent.



Le but de l'enseignement dans les Facultés de Médecine est de former un médecin responsable, c'est-à-dire un Homme de Science à l'écoute et au service d'une population, capable de prendre soin de la santé individuelle et collective des personnes qui se confient à lui, ou que la société lui confie. À cet effet, chaque Faculté cherche à concilier les réponses aux besoins de santé de chacun et les exigences de répartition équitable entre tous des ressources sanitaires disponibles. De ce fait, la formation initiale et continue à l'éthique médicale se situe parmi les priorités éducatives de la Faculté.

Le but de la recherche faite en Faculté de Médecine est la production de savoirs pour le bénéfice individuel immédiat ou potentiel des patients et/ou un bénéfice collectif qui tienne compte des répercussions sur l'environnement, les individus et la société.

Pour ses prestations de services, chaque Faculté de Médecine a un partenariat avec les autres acteurs du système de santé ; l'objectif est d'assurer le meilleur niveau de santé pour l'ensemble des citoyens en respectant un esprit d'équité et une utilisation optimale des moyens.

De ces principes inspirant les missions et prestations des Facultés de Médecine il découle que la finalité de la formation médicale et de la recherche médicale ne peut être essentiellement d'ordre lucratif.

De ces mêmes principes, il ressort que les Facultés de Médecine assurent l'évaluation de leurs activités.

### **III - LES PERSONNES RESSOURCES DES FACULTÉS DE MÉDECINE POUR L'ENSEIGNEMENT ET LA RECHERCHE**

Les critères de sélection des personnes ressources sont les compétences professionnelles spécifiques à chaque fonction dans le respect des objectifs institutionnels et en accord avec les buts assignés à la formation médicale tels qu'ils ont été définis dans la Faculté. Le recrutement et la promotion des personnes ressources en enseignement, en recherche, en soutien technique et administratif par la faculté de médecine se font sur des critères et selon des méthodes équitables et transparents, sans discrimination liée à la race, au sexe, à l'âge, à l'appartenance socio-économique, politique ou religieuse.

Tous les enseignants et/ou chercheurs, ainsi que les personnes de soutien technique et administratif doivent accepter le principe du regard et de l'appréciation éthique d'un tiers pour tout ce qu'ils entreprennent de faire dans leurs missions.

#### **IV - L'ÉTHIQUE DE L'APPRENTISSAGE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE**

##### **Concernant les étudiants en Médecine :**

L'entrée et la sélection durant les études à la Faculté de Médecine se font sur des critères et selon des méthodes équitables, sans discrimination liée à la race, au sexe, à l'appartenance socioéconomique, politique ou religieuse. Les seuls critères retenus sont en accord avec les buts inhérents à la formation médicale tel qu'il a été défini et avec les capacités individuelles de l'étudiant.

La Faculté de Médecine assure à tous les étudiants en formation initiale et à tous les praticiens en formation continue l'équité de l'accès aux moyens d'apprentissage dans le respect des objectifs qu'elle a fixés et en optimisant les moyens dont elle dispose.

##### **Concernant la participation des malades à l'enseignement médical :**

La formation initiale et continue des médecins et autres professionnels de santé est un processus d'acquisition de compétences professionnelles. Cette formation requiert la pratique. De ce fait, les médecins et autres professionnels de santé ont besoin de la participation des malades à leur formation. Ces malades peuvent être invités à la Faculté; ils peuvent être sollicités durant leur séjour hospitalo-universitaire ou dans d'autres structures hospitalières ou extra - hospitalières.

De ce fait, dans les ententes qui les lient aux institutions de soins, les Facultés de Médecine conviennent des procédures qui assurent le respect de la dignité et le consentement des personnes malades se prêtant à l'enseignement.

##### **Concernant l'organisation des études et des stages :**

Chaque Faculté de Médecine doit promouvoir pour elle même et avec les institutions partenaires des recommandations et des procédures visant la qualité éthique des études et des stages en accord avec le but de la formation médicale. Elle doit garantir la qualité éthique des formations dont elle est directement responsable

##### **Concernant les savoirs enseignés :**

Chaque Faculté de Médecine est responsable de la dimension éthique de l'utilisation des savoirs qui sont dispensés au cours de ses programmes d'études : ces savoirs enseignés ne sont pas obligatoirement neutres au regard de ce qu'ils impliquent : dans toutes leurs dimensions, ils doivent impérativement respecter la dignité de la personne humaine.

#### **V - L'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE EN FACULTÉ DE MÉDECINE**

Chaque Faculté de Médecine adosse sa recherche universitaire aux principes de l'humanisme et de la qualité scientifique.

### **Concernant les étudiants participant aux recherches :**

Les étudiants agissant comme des personnes ressources pour la recherche doivent bénéficier de la même considération que les autres personnels de recherche, qu'il s'agisse d'une part des conditions générales de travail et d'autre part des critères de sélection et d'évaluation.

### **Concernant les laboratoires de recherche des Facultés de Médecine :**

Les thématiques et les méthodes sont choisies selon les meilleurs effets escomptés et selon les retombées les plus bénéfiques autant pour les personnes sujets de recherches que pour la population. Ces choix ne peuvent justifier la perte d'indépendance professionnelle des chercheurs ou de la Faculté de Médecine elle-même. Ces choix impliquent le respect de la dignité de la personne humaine.

L'analyse et la divulgation des résultats de recherche assurent la protection des personnes concernées selon le principe de la confidentialité médicale.

Par ses activités de recherche, chaque chercheur relié à la Faculté contribue au renom de sa structure propre ainsi qu'à celui de l'institution elle-même, dans le respect des autres chercheurs.

### **Concernant les malades participant à la recherche :**

Les médecins et autres professionnels de santé ont parfois besoin de la participation de personnes malades à leurs recherches. Dans les ententes qui les lient aux malades et aux institutions de soins les Facultés de Médecine conviennent des procédures qui assurent le respect de la dignité et l'autonomie des malades se prêtant à la recherche en tenant compte des principes de bienfaisance. Ce même respect de la dignité de la personne humaine est exigé lors de la participation de volontaires sains. Des règles d'éthique rigoureuses doivent être appliquées lors de dons de corps, d'organes et de produits humains en *post mortem* pour la recherche ou l'enseignement ; elles respectent dans tous les cas la volonté des donneurs quand elle a été exprimée et les lois en vigueur dans le pays.

### **Concernant l'utilisation et la valorisation des savoirs issus de la recherche :**

Les Facultés de Médecine sont responsables de la dimension éthique des savoirs issus des recherches menées sous leur égide. Il est rappelé que la production de savoirs par la recherche sous l'égide des Facultés de Médecine a pour but un bénéfice individuel immédiat ou potentiel des patients et/ou un bénéfice collectif qui tient compte des répercussions éventuelles sur l'environnement, les individus et la société.

Les savoirs issus des travaux de recherche ne sont pas obligatoirement neutres et ont un aspect éthique dont les investigateurs sont appelés par les Facultés de Médecine à prendre la mesure. Leur utilisation ne peut être considérée

éthique que si elle respecte certains critères dont le principal est le respect de la dignité de la personne humaine.

Les retombées et bénéfices éventuels doivent profiter à tous les acteurs de la recherche au premier rang desquels il y a les malades concernés.

Tous les chercheurs y compris les étudiants doivent profiter des retombées scientifiques à proportion de leur participation active aux travaux, à la condition que cela n'entache pas leur indépendance professionnelle que ce soit dans leurs activités de soins, de recherche ou d'enseignement. Les Facultés doivent assurer aux chercheurs, y compris les étudiants impliqués, la reconnaissance de leur propriété intellectuelle.

## **VI - L'ÉTHIQUE DE LA COOPÉRATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE**

La coopération concernant l'enseignement comme la recherche est mise en œuvre avec des institutions dans des pays pouvant avoir des niveaux de développement différents. Dans ces ententes de coopération, chaque Faculté de Médecine reconnaît les mêmes valeurs centrées sur la dignité humaine, applique les mêmes critères centrés sur le principe de justice et respecte les mêmes engagements de transparence et de responsabilité que dans ses ententes nationales ou régionales .

## **VII - L'APPRENTISSAGE DE L'ÉTHIQUE MÉDICALE**

Chaque Faculté de Médecine a un programme de formation explicite au professionnalisme médical, lequel inclut la formation initiale et continue à l'éthique médicale.

*N.B. : Le rapport d'étape de la rédaction de la charte a fait l'objet d'une conférence (J. BARRIER) aux XV<sup>e</sup> J.U.F.P.M. de Nancy. Le Comité International de rédaction de la Charte a été présidé par J. BARRIER (Nantes). Le Secrétariat Général a été assuré par Lucie BRAZEAU-LAMONTAGNE (Sherbrooke). Il y a un site dédié à la Charte : lors des Journées Médicales de Dakar en février 2006, il a été initié une Charte de l'Éthique des Facultés des Sciences de la Santé avec les enseignants en Pharmacie (CIDPHARMEF) et en Odontologie (CIDCDF).*

## II.3 – Les opérations concrètes de la CIDMEF

### Politique et méthodologie d'évaluation des Facultés de Médecine et des programmes d'études médicales

**P. POTVIN, T. NAWAR**

*Conseil d' Evaluation de la CIDMEF  
Canada Québec*

#### **Introduction**

L'évaluation des programmes des études médicales est devenue une obligation pour les facultés de médecine, tout comme pour les universités. Elle doit vérifier l'adéquation entre les besoins de la société, les objectifs de formation des médecins, les moyens utilisés (le programme) et les ressources disponibles. Elle doit aussi permettre de s'assurer qu'au terme de leur formation les étudiants ont atteint les objectifs de formation.

Au début de la décennie 90, quelques facultés de médecine membres de la Conférence Internationale des Doyens des Facultés de Médecine d'Expression Française (CIDMEF) se sont volontairement prêtées à un exercice d'évaluation (Tunis, Beyrouth (Université Saint-Joseph) et Louvain (UCL) selon une adaptation de la pratique nord-américaine utilisée au Canada depuis les années '50 pour valider les diplômes universitaires de Médecine et permettre la mobilité des médecins. Dans plusieurs pays d'Europe, l'évaluation des facultés de médecine est venue par le biais de l'évaluation des universités faite à l'échelle nationale.

La Conférence a alors mandaté un groupe de travail pour lui proposer une politique et une procédure d'évaluation des Facultés de Médecine et des programmes d'études médicales qui tiendraient compte de ces expériences et des besoins pressentis. À sa réunion plénière tenue à Hanoï au mois de novembre 1995, la Conférence a approuvé un document intitulé : CADRE METHODOLOGIQUE POUR L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES D'ÉTUDES MÉDICALES ET DES FACULTÉS DE MÉDECINE.

D'autres organismes s'intéressent à l'évaluation des programmes d'études médicales et des facultés de médecine : l'AUF (Agence Universitaire de la Francophonie) dont fait partie la CIDMEF, le CAMES (Conseil Africain et Malgache d'Enseignement Supérieur), l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) et notamment son Bureau régional pour l'Afrique subsaharienne. Il serait souhaitable que les évaluations se fassent en coopération avec ces partenaires.

La formation médicale touche à la fois le domaine de l'Enseignement supérieur et celui de la Santé ; il convient que la CIDMEF soit le maître d'oeuvre de ces opérations d'évaluation. Elle doit pouvoir s'appuyer sur les Conférences

régionales afin que la démarche soit bien adaptée aux caractéristiques d'une région ou d'un pays. Il s'agit d'une démarche conçue pour être itérative, notamment à l'occasion d'un changement majeur d'un programme ou de difficultés soulignées lors d'une visite précédente.

## **I. Les buts de l'évaluation du programme des études médicales (curriculum).**

La Faculté de Médecine a la responsabilité sociale - le contrat social -, de former des médecins aptes à satisfaire les besoins de santé de la société (pays, région) dans laquelle ils travailleront; elle devrait d'ailleurs être partie prenante à la définition de ces besoins. Les objectifs de la formation médicale doivent être cohérents avec ces besoins, selon les régions et les pays. Sur cette base, la Faculté doit définir le profil et les compétences attendues de l'étudiant au terme de ses études.

L'évaluation doit :

- situer la Faculté de Médecine dans son environnement socio-politique: besoins de la population, situation sanitaire, priorités nationales, main d'oeuvre sanitaire, médicale et autre.
- vérifier la concordance entre les besoins de la société, les compétences attendues chez l'étudiant au terme de ses études et les programmes d'études (objectifs pédagogiques, contenu et organisation des enseignements, méthodes pédagogiques et d'évaluation, ressources humaines et matérielles disponibles).
- vérifier l'atteinte de ces objectifs par les médecins formés.

Selon la politique actuelle de la CIDMEF, cette évaluation est essentiellement formative ; elle n'a aucun caractère de sanction, ou de comparaison, ni souci d'uniformisation. Elle vise l'amélioration de la qualité de la formation par un processus dynamique qui mobilise la Faculté, les enseignants et les étudiants et par le développement d'une culture d'évaluation dans la Faculté.

En effet, l'évaluation des programmes d'études permet de développer et d'entretenir chez les enseignants, les étudiants et les administrateurs un sens critique, grâce à la phase d'auto-évaluation qui doit comporter des jugements de valeur et ainsi favoriser la mise en place de mécanismes et de stratégies d'évaluation et de changement. Les recommandations du rapport d'auto-évaluation, appuyées par celles de l'évaluation externe, constituent un outil très utile à cette fin.

C'est l'Université ou sa Faculté de Médecine, selon les politiques institutionnelles et régionales, qui demandent cette évaluation en s'adressant à la CIDMEF, directement ou par l'intermédiaire de la Conférence régionale dont elle fait partie.

## **II. L'objet de l'évaluation.**

L'évaluation du programme d'études porte sur les trois cycles de la formation médicale professionnelle, mais principalement sur le premier et le deuxième cycle des études médicales (le tronc commun). Elle prend aussi en compte le troisième cycle, particulièrement le programme de formation en médecine générale, ainsi que les programmes de spécialisation dans les grandes disciplines cliniques (chirurgie générale, médecine interne, gynécologie-obstétrique, pédiatrie, psychiatrie, santé publique).

L'évaluation de chacun des programmes du troisième cycle professionnel pourrait éventuellement faire l'objet d'un processus d'évaluation comparable, lorsque les circonstances le justifient.

Les autres champs d'activité universitaire des Facultés de Médecine: la recherche et la formation de chercheurs, la formation médicale continue, la formation des autres professionnels de la santé, la coopération internationale sont pris en considération et font l'objet d'examen, principalement dans la mesure où ils ont, ou devraient avoir, des répercussions sur les activités de formation médicale professionnelle, en particulier aux deux premiers cycles (tronc commun) et sur la disponibilité des ressources.

L'évaluation porte sur tous les aspects de la formation médicale: connaissances théoriques et pratiques, habiletés cliniques, attitudes et comportements, notamment sur la maîtrise de la relation médecin-malade et la préoccupation éthique. La démarche doit ainsi tenter de vérifier si, au terme de ses études, le nouveau médecin a atteint les objectifs de formation visés.

## **III. La démarche d'évaluation du programme des études médicales.**

Pour une première évaluation, une visite préparatoire faite par un ou deux experts s'impose pour expliquer les buts et les étapes de la démarche, motiver les enseignants et les étudiants et répondre aux appréhensions face à une évaluation. Il est utile de rencontrer également les principaux responsables administratifs de l'Université et des établissements affiliés pour s'assurer de leur concours.

La démarche d'évaluation proprement dite comprend quatre étapes :

1. Le recueil des données
2. L'évaluation interne (l'auto-analyse institutionnelle ).
3. L'évaluation externe.
4. Le rapport d'évaluation externe.

### III.1. Le recueil des données.

Le recueil des données permet de regrouper de façon systématique et uniforme les informations nécessaires à chacune des deux étapes subséquentes. Sont précisés les principaux sujets ou chapitres qu'il devrait comporter. [Les Conférences régionales sont invitées à soumettre au Conseil d'évaluation de la Conférence les adaptations requises selon leur contexte propre].

Cette étape est assez lourde, surtout pour une première évaluation, mais elle est nécessaire, puisque les étapes subséquentes font appel aux données ainsi recueillies. On doit prévoir une durée d'environ deux mois, un peu plus pour une première évaluation.

Le recours à des questionnaires peut être utile, mais il est parfois long, lourd et souvent coûteux. Il y a lieu de s'assurer que ces enquêtes de type quantitatif soient bien interprétées et complétées par des analyses plus qualitatives. La tenue de tables rondes ou de rencontres personnalisées peut s'avérer fort utile à cet égard.

### III.2. L'auto-analyse institutionnelle.

L'auto-analyse institutionnelle constitue l'étape la plus importante de la démarche. En effet, elle oblige à un examen critique qui met en cause tous les éléments de la Faculté (administrateurs, enseignants, étudiants, personnel de soutien). Elle est l'occasion d'interactions entre ces groupes; elle permet de dégager un consensus sur les points forts qu'il convient de consolider et sur les points faibles qu'il faut tenter de corriger. L'évaluation doit comporter des jugements de valeur sur le programme et sur les éléments qui le composent. Il ne s'agit donc ni d'une simple description de l'état des lieux, ni d'une évaluation comparative avec d'autres programmes ou facultés de médecine.

L'opération est confiée à une commission centrale formée de cinq à dix membres et présidée par une personne mandatée par le Doyen. En plus de professeurs et d'administrateurs de la Faculté, cette commission pourrait avantageusement comprendre des personnes de l'extérieur.

L'auto-analyse institutionnelle comporte habituellement deux étapes.

- La première consiste en l'examen des principaux secteurs d'activités par des sous-commissions dirigées par un responsable en autorité dans ce secteur. Parmi les sujets à examiner, outre le programme d'études, il y a le personnel enseignant et non-enseignant (nombre, qualifications, etc.), la circulation de l'information dans la Faculté (auprès des enseignants et des étudiants), les locaux et les installations pédagogiques, les sites de formation clinique, les relations avec la direction de l'Université et des hôpitaux et autres endroits d'apprentissage, les organismes de planification et de dispensation des soins, la formation continue, la recherche et la



formation de chercheurs, la coopération internationale, l'administration et l'organisation de la Faculté.

- La deuxième étape de l'auto-analyse institutionnelle comprend l'analyse et la synthèse des rapports provenant de ces sous-commissions, l'identification des points forts et des points faibles du programme et la discussion du rapport-synthèse à tous les niveaux de la Faculté. Celui-ci comprend aussi un rappel historique et une mise en situation de la Faculté en fonction des besoins de la société, de même que des suggestions ou des recommandations avec leurs justificatifs ; il devrait faire l'objet d'un consensus auprès du personnel enseignant. Il est loisible au Doyen de produire son propre rapport d'évaluation de la faculté; un tel rapport est souvent très utile aux membres de la Commission.

Il est essentiel que les étudiants participent à l'auto-analyse et ce, de deux façons: d'abord en participant aux travaux des sous-commissions, ensuite et surtout en produisant un rapport d'évaluation qui leur soit propre et qui porte sur les aspects qui les touchent de plus près, comme le programme, les méthodes pédagogiques, les examens et autres moyens d'évaluation, leur participation à chacune des structures de la Faculté, la vie étudiante etc. Afin de minimiser les réticences et de favoriser la liberté d'expression, le rapport des étudiants est confidentiel et transmis directement aux évaluateurs externes. Le Conseil d'évaluation a préparé des documents pour guider les étudiants dans leur démarche.

Il est souvent utile de prévoir un sondage ou une autre forme d'expression d'opinions auprès des diplômés, omnipraticiens et spécialistes, pour connaître leur jugement et recueillir leurs recommandations en ce qui concerne la formation qu'ils ont reçue et l'atteinte des objectifs du programme. Il peut en être de même pour les professionnels de la santé avec lesquels le médecin doit travailler et pour des représentants de la population.

L'étape d'auto-analyse institutionnelle prend de quatre à six mois, soit deux à trois mois pour chacune des deux étapes.

- Environ deux mois avant la date convenue pour la visite, les membres de la Commission d'évaluation externe doivent recevoir le recueil des données, les rapports des sous-commissions, le rapport-synthèse de la Commission centrale d'auto-évaluation, le rapport des étudiants et, s'il y a lieu, le rapport du Doyen, celui des diplômés, ainsi que tout autre document pertinent, notamment l'annuaire de la faculté ou le guide des études. Le cas échéant, le rapport doit faire état de l'évaluation précédente ainsi que des suites données aux recommandations. On fixe alors la date de la visite de la Commission d'évaluation externe.

### III.3. La visite d'évaluation.

Le but de la visite par la Commission d'évaluation externe est la validation de l'auto-analyse institutionnelle et des jugements portés. Cette visite contribue

aussi à promouvoir la motivation des membres de la Faculté et l'objectivité de l'auto-analyse ; elle incite au respect des échéances établies.

### *La Commission d'évaluation externe*

La Commission d'évaluation externe se compose de trois à six personnes de provenance diverse. Elle doit comprendre au moins un clinicien, un fondamentaliste et un chercheur. Une de ces personnes agit comme président et une autre comme secrétaire-coordonnateur pour la préparation de la visite et la rédaction du rapport final. L'hétérogénéité de l'équipe ne constitue pas une difficulté, bien au contraire, dans la mesure où chacun des visiteurs en comprend bien la démarche et la mise en application.

L'initiative de former la Commission relève de la CIDMEF qui est le maître d'oeuvre de l'opération. La Conférence nomme les membres de l'équipe en accord avec la Conférence régionale concernée et après consultation de la Faculté qui fera l'objet d'évaluation. Des observateurs proposés par des organismes intéressés à l'évaluation des programmes et des établissements, comme l'OMS ou le CAMES, peuvent être invités à participer à la visite, comme observateurs ou membres à part entière.

Les membres de la Commission doivent être des personnes d'expérience (pédagogique et administrative) qui ont manifesté un intérêt pour l'éducation médicale. Elles doivent être neutres et objectives en regard de la faculté évaluée.

Il est essentiel que les membres de la Commission d'évaluation externe aient pris connaissance de toute la documentation avant la visite.

### *La visite*

Le Président de la Commission d'évaluation externe et le Doyen fixent le programme de la visite qui dure 4 à 5 jours. Les soirées doivent servir pour les réunions de travail de la Commission d'évaluation; il faut donc éviter tout empiètement sur ces périodes à des fins sociales.

La visite doit comporter des rencontres avec les principaux intervenants : les membres de la direction de la Faculté, la Commission d'évaluation interne, les directeurs d'unités administratives (U.E.R., U.F.R., départements, écoles, ou autres), les responsables pédagogiques, les membres du comité responsable du programme, des enseignants de diverses catégories (jeunes et moins jeunes, fondamentalistes et cliniciens, chercheurs), des étudiants de différents niveaux.

La Commission visite aussi des installations pédagogiques (amphithéâtres et salles de cours, laboratoires de travaux pratiques, bibliothèque, médiathèque, laboratoire d'informatique). La Commission rencontre des responsables d'hôpitaux ou d'autres établissements d'enseignement clinique; elle en visite les principales

installations. Selon les circonstances, la Commission peut se scinder pour certaines rencontres et visites.

Au terme de la visite, la Commission fait un rapport verbal au Doyen de la Faculté de Médecine, puis au Président/Recteur de l'Université. Ce rapport préliminaire présente les principales constatations en termes de points forts et de points faibles des programmes d'études et du fonctionnement de la Faculté, ainsi que les principales recommandations et suggestions envisagées. Ce rapport verbal est mis sur papier dans les meilleurs délais et transmis au Doyen.

#### *Les coûts de la visite de la Commission d'évaluation externe*

La CIDMEF assume les frais de déplacement reliés à la visite, l'Université - hôte, les frais de séjour des membres de la Commission. En principe, les visiteurs n'ont pas droit à un cachet de la CIDMEF ou de l'Université pour leur travail. En effet, la visite d'évaluation constitue une occasion d'expérience et d'enrichissement dont profiteront à la fois l'expert et sa faculté d'appartenance. Cependant on doit prévoir un montant pour les frais de secrétariat reliés à la préparation de la visite, de même qu'à la production, la rédaction et l'expédition du rapport.

Les frais encourus par les membres observateurs sont à la charge de l'organisme qui les délègue.

#### III.4. Le rapport d'évaluation externe.

En collaboration avec les autres membres de la Commission d'évaluation externe, le secrétaire-coordonnateur prépare un projet de rapport d'évaluation qu'il soumet aux membres de la Commission pour commentaires, suggestions, corrections et approbation. Il soumet aussi le projet au Doyen à la seule fin de s'assurer qu'il ne contient aucune erreur de données ou d'interprétation; ce dernier peut aussi ajouter quelques réactions personnelles. Le projet doit alors rester confidentiel.

Dans les meilleurs délais, au plus tard trois mois après la visite, le président ou le secrétaire de la Commission d'évaluation externe transmet le rapport final au Président/Recteur et au Doyen de la Faculté de Médecine qui ont formulé la demande d'évaluation. Ce rapport est confidentiel, à l'usage interne de l'Université et de la Faculté de Médecine. Le Doyen doit diffuser le rapport de la Commission externe ou un résumé substantiel de celui-ci auprès des enseignants et des étudiants. La diffusion externe du rapport, par exemple aux ministères de tutelle, est laissée à la discrétion du Doyen et du Président/Recteur de l'Université.

## ***IV. Le suivi de l'évaluation***

### IV.1 Un plan d'action

La Faculté établit un plan d'action réaliste et immédiatement applicable concernant les principaux éléments du rapport d'auto-évaluation et du rapport d'évaluation externe qui sont de sa juridiction propre ou qui dépendent d'une instance supérieure. Pour ce faire, la Faculté confie à une instance responsable dûment identifiée (une instance existante ou une instance spécifique, comme une commission du suivi) le mandat de consulter très largement les enseignants, les étudiants, les administrateurs et tous autres groupes concernés. Cette consultation peut prendre différentes formes : discussions en ateliers, « retraite » du personnel enseignant, colloques, etc.

La consultation a pour but de dégager un consensus quant aux priorités d'action et aux ressources humaines et matérielles à mobiliser en ce qui concerne les programmes de formation à tous les niveaux, l'organisation interne de la faculté et, le cas échéant, la recherche, les services à la communauté, la coopération avec d'autres institutions ou organismes.

Le plan d'action doit proposer les indicateurs qui seront utilisés pour le suivi ainsi qu'un échéancier de mise en application et les allocations budgétaires requises.

### IV.2. Le monitoring de la mise en œuvre du plan d'action

Les responsables de la Faculté organisent la mise en œuvre du plan d'action, en surveillent les progrès et en évaluent les différentes étapes selon les indicateurs tirés du plan d'action. La publication et la diffusion d'un bulletin d'information dans la faculté faciliteront la surveillance de la mise en œuvre des actions retenues et entretiendront une communication permanente entre tous les partenaires impliqués.

### IV.3. Le rôle de la CIDMEF dans le suivi de l'évaluation

Au cours de l'année qui suit l'évaluation externe, la Faculté transmet à la CIDMEF le plan d'action adopté, et l'échéancier de sa mise en œuvre. Par la suite, à la demande de la Faculté évaluée, la CIDMEF peut envoyer sur place un ou des observateurs-conseillers pour faire le point avec la direction de la Faculté quant aux progrès réalisés et aux difficultés rencontrées dans les domaines sous sa juridiction.

Au terme du plan d'action, trois à cinq ans après l'évaluation, une **visite de suivi** doit être prévue pour évaluer l'atteinte des objectifs du plan d'action, le cas

échéant, l'utilisation des fonds obtenus pour sa réalisation, et préparer un nouveau cycle d'évaluation.

#### **V. Calendrier:**

(Avertissement : les délais peuvent être un peu plus longs lors d'une première visite).

1. Recueil de données : 2 mois
2. Auto-analyse institutionnelle : 5 - 8 mois
  - Travail des sous-comités (2-3 mois)
  - Rapport-synthèse (2-3 mois)
  - Transmission des documents aux membres de la Commission d'évaluation externe et fixation de la date de la visite externe (1 - 2 mois)
3. Visite de la Commission d'évaluation externe : quatre à cinq jours
4. Production du rapport final : 2 - 3 mois
5. Plan d'action de la Faculté : 12 mois
6. Visite de suivi (lorsque nécessaire) : 3 -5 ans

#### **Conclusion**

Les changements sociaux à l'échelle mondiale et régionale, l'évolution des idées et des concepts dans le domaine de la santé, l'augmentation des connaissances et des techniques, les attentes de la société, la prise de conscience de la responsabilité sociale et de l'imputabilité des facultés de médecine interpellent constamment celles-ci quant à leurs programmes de formation et à l'ensemble de leurs activités.

La remise en question d'abord par l'auto-évaluation puis par l'évaluation externe, doit amener les Facultés de Médecine à développer une attitude d'autocritique de leurs activités et à se doter d'une politique d'évaluation périodique de leurs activités fondée sur les besoins de la société qu'elles desservent.

## Opérations concrètes du Conseil Scientifique de la CIDMEF : des outils pour le changement

**Professeur André GOUAZÉ**  
Directeur Général de la CIDMEF  
Université de Tours

### Formation à la Recherche Clinique et Epidémiologique

#### • Opération "**Formation à la Recherche Clinique et Epidémiologique des enseignants H-U et de tous les médecins**"

La CIDMEF sait que son **objectif** ne peut être que de donner une profonde signification et une profonde réalité à la **démarche de recherche permanente** qui doit être celle **de tous les médecins** au cours de leur exercice de tous les jours auprès des patients et de la communauté, celle de tous les généralistes et de tous les spécialistes, démarche de recherche pratique, de terrain.

La **recherche clinique**, c'est l'étude individuelle des **patients** qui permettra de répondre au mieux aux questions ayant trait au dépistage, au diagnostic, à la thérapeutique ou au pronostic. **La recherche épidémiologique** ne s'intéresse pas à l'individu mais à la **communauté**, à des groupes sociaux, aux «populations» et ses méthodes-outils relèvent de l'analyse statistique.

La **Conférence conduit** dans ce domaine, depuis plusieurs années, une **opération concrète qui se déroule en trois phases**.

La **première** consiste à organiser un à deux **séminaires de sensibilisation-formation des enseignants** à la méthodologie de cette recherche dans les facultés qui le souhaitent. De tels séminaires ont eu lieu jusqu'ici à Yaoundé, Lomé, Rabat, Bamako, Bujumbura, Abidjan, Cotonou, Casablanca, Dakar, Marrakech. **La deuxième** phase consiste à **choisir localement et à former deux enseignants-référents** qui assureront le relais du séminaire. Un premier Séminaire a rassemblé à Bamako (26 sept. – 8 Oct. 2005) les référents-locaux de huit facultés de médecine ayant eu auparavant un séminaire intrafacultaire. Durant quinze jours, les enseignants ont reçu une formation supérieure, adaptée, théorique et pratique, choisi et approché un projet de recherche qu'ils doivent réaliser chez eux durant l'année qui suit. Un deuxième séminaire les rassemblera alors pour une étude de leur projet réalisé en vue de la publication et pour une formation complémentaire. **La troisième phase** vise à structurer dans chaque faculté un véritable **Centre de Recherche Clinique** et c'est ce que l'on attend des référents-locaux. Ce Centre apportera une aide locale permanente en méthodologie aux enseignants-chercheurs mais aussi à tous les médecins.

**La Conférence veut créer un réseau de référents-locaux** avec à la tête du réseau les experts impliqués dans l'Opération, **mettre en œuvre des études multicentriques** dans les pays membres qui seront entrés dans l'Opération et organiser dans les trois années un **Congrès francophone réunissant experts et référents-locaux** et des représentants de toutes les facultés membres.

Cette Opération paraît susceptible d'apporter des résultats originaux intéressants sur les pathologies propres aux divers Pays de la Francophonie, pathologies infectieuses et tropicales mais aussi spécificités évolutives des pathologies courantes, spécificités en relation avec celles de l'environnement propre au groupe, à la communauté ou au Pays voire à la Région.

Cette formation inclue la **formation à la lecture critique des articles médicaux et à la rédaction médicale.**

C'est à partir de tels Centres de Recherche Clinique que pourront émerger de véritables **Centres de Recherche performants Régionaux.**

Tous les enseignants doivent être profondément persuadés que cette **mission de démarche permanente de recherche clinique** est de leur propre mission mais qu'elle est aussi de la **mission de tous les médecins généralistes et spécialistes**, et qu'ils doivent donc **en persuader leurs étudiants et les former dans ce sens, en persuader tous les médecins** de cette communauté médicale universitaire "sans murs" et les former dans ce sens aussi dans le cadre de la formation permanente post-doctorale.

• **Opération "Plateforme CIDMEF-Sciences"** (cf. page 80)

Dans le cadre de la formation des chercheurs, la Conférence a lancé un **projet de plate forme électronique visant à permettre à des enseignants isolés de conduire un projet de recherche médicale jusqu'à la publication scientifique.** Ce projet animé par un Conseil Scientifique constitué de tuteurs qualifiés et baptisé "**CIDMEF-Sciences**" n'est pas une revue "en ligne". Devant un projet soumis, un tuteur est désigné qui suit sa réalisation puis accompagne la rédaction des résultats et la publication dans une revue de bon niveau. Le tuteur participe réellement au travail et est cosignataire. Sur le site "**CIDMEF-Sciences**" des documents pédagogiques de méthodologie de la recherche et de rédaction médicale sont accessibles. Bien sûr, divers partenariats avec les sociétés savantes et les revues spécialisées sont en cours.

• **Opération "Institut Régional de formation au Sud des candidats chercheurs du Sud"**

La Conférence engage une avancée significative dans le cadre de cette Opération en lançant la création d'un "**Institut de Formation à la Méthodologie de la recherche Clinique et Epidémiologique**" à Bamako au Mali. **La Conférence veut que ce projet d'Institut aide à la formation au Sud des candidats-chercheurs du Sud, en fonction des critères et des objectifs définis par les Pays du Sud pour les Pays du Sud !**

La Conférence souhaite ensuite, et dans un avenir le plus proche possible, aider à la **création d'Instituts** ayant les mêmes objectifs, en **Afrique Centrale et Madagascar en Europe Centrale et de l'Est**, par exemple en Roumanie et aussi en **Asie du Sud-Est**, par exemple au Vietnam.

## CIDMEF-Sciences® , un outil de changement pour la recherche dans les Facultés de Médecine des enseignants isolés

**O. ARMSTRONG\*, T. JOVELIN\*, E. LECA\*\*,  
E. LEMARIÉ\*\*, J. BARRIER\***

*\* Université de Nantes (F) - \*\* Université de Tours (F)*

Si dans les grands centres universitaires, du Nord comme du Sud, existent des équipes de recherche biomédicale bien structurées, assurant des publications de niveau international ; il n'en est pas de même dans certaines petites Facultés de Médecine Francophones, notamment en Afrique Subsaharienne.

Celles-ci ont du mal à organiser des centres de recherche et à assurer une production scientifique. Les raisons en sont multiples : manque de moyens financiers, de formation de base dans les domaines de la recherche et de la rédaction médicale, surcharge de tâches de soin et d'enseignement des enseignants du Sud, isolement... Afin d'aider à mettre en place des stratégies de changement, surtout dans de tels contextes, CIDMEF-Sciences® doit trouver toute sa place et est à la disposition de tous ceux qui le souhaitent.

Issu du Conseil Scientifique de la CIDMEF, CIDMEF-Sciences® répond aux besoins des enseignants chercheurs isolés du Sud et correspond bien à cet esprit de mise en relation, de mise en commun des connaissances, d'aide dans le cadre du réseau de l'A.U.F. (Agence Universitaire de la Francophonie)

Cette plateforme électronique très simple repose sur deux axes.

1° - Un site internet : <http://www.sante.univ-nantes.fr/med/cidmef/>

Sur lequel l'enseignant chercheur va trouver : une aide à la méthodologie de la recherche, des conseils de rédaction médicale, des articles de référence, de la bibliographie et des liens avec d'autres réseaux : l'A.U.F. bien sûr qui est le réseau institutionnel de la CIDMEF, le CAMES (Conseil Africain et Malgache de l'Enseignement Supérieur), le réseau d'appui RECIF (Réseau d'Epidémiologie Clinique International Francophone), le GREF (Groupe des Radiologistes Enseignants d'Expression Française)...

2° - Une adresse électronique : [cidmef.sciences@univ-nantes.fr](mailto:cidmef.sciences@univ-nantes.fr)

L'enseignant peut y trouver une aide par l'établissement d'un tutorat personnalisé. Envoyant son projet d'article ou son article, CIDMEF-Sciences® établit à distance un tutorat entre l'auteur et un tuteur de sa discipline. Ainsi des échanges directs ont lieu et conseils, travail en direct s'établissent. Le but étant d'assurer une démarche qualité permettant d'aboutir à un article qui pourra être présenté à une revue internationale. La seconde étape est d'aider à la publication donc à faire accepter ce travail par les comités éditoriaux (en respectant bien évidemment l'indépendance de ceux-ci). Ce compagnonnage n'est



qu'apparemment simple puisqu'en réalité trouver un tuteur qui accepte de prendre de son temps ("chronophagie" de la tâche) n'est pas aisé, le contact auteur-tuteur doit être régulier, et les difficultés de publication sont réelles.

CIDMEF-Sciences® est en fait un prolongement de ce que la CIDMEF a déjà organisé en amont, à savoir des séminaires scientifiques de méthodologie de la recherche, et plus largement de pédagogie médicale, dans le but d'accompagner les Facultés dans leur stratégie de changement.

Ainsi cette action bénévole de savoir partagé, d'aide à la publication biomédicale représentée par CIDMEF-Sciences®, est-elle au service de pays adhérents ou non à la CIDMEF, et de toute la francophonie : pays du Sud, de l'Est, ainsi que tous ceux qui souhaitent publier en français bien que n'étant pas dans un pays francophone (Amérique du Sud).

Cette plateforme est évolutive et CIDMEF-Sciences® sera et deviendra ce que les utilisateurs voudront qu'elle soit et devienne en restant à la disposition des enseignants, chercheurs et responsables des Facultés.

1 – O. ARMSTRONG, T. JOVELIN, E. LEMARIE, C. BINET, E. AUTRET-LECA, Y. MAUGARS, J.H. BARRIER. Pédagogie Médicale ; 2006 ; 7 : 2-5.

## Les outils de changement du Conseil pédagogique de la CIDMEF

**Professeur J.H. BARRIER**  
*Président du Conseil Pédagogique*

Le Conseil Pédagogique appuie sa réflexion et son action sur un **Réseau d'Experts** et de référents en pédagogie médicale représentatif des grandes régions de la francophonie (cercle des Experts Collaborateurs de la CIDMEF) et sur la logistique de la **Médiathèque Centrale** de la CIDMEF dirigée par Ph. Isidori et située à l'Université de Bordeaux 2. Tous les documents sont édités et actualisés par la médiathèque sur le site de la CIDMEF : <http://www.cidmef.u-bordeaux2.fr/>

### ***Opération " Formation pédagogique des Formateurs".***

Le CP propose aux doyens qui le souhaitent, des séminaires ou interventions dans trois modèles. Ces séminaires sont adaptés aux besoins.

- **Séminaires de Rénovation Pédagogique** SRP. Ils réunissent le maximum d'enseignants avec 4 objectifs : acquisition d'un langage pédagogique commun, développement de projets pédagogiques personnels, identification et valorisation de personnes-ressources dans la faculté, réflexion sur un programme d'actions locales.
- **Séminaires de Structuration Pédagogique** SSP. Selon le modèle de structuration pédagogique d'une Faculté de médecine de la CIDMEF formation d'un petit groupe d'enseignants qui seront les personnes ressources de leur établissement.
- **Stages de formation pédagogique spécialisée (niveau III) des enseignants** dans les diverses structures d'accueil pédagogiques de la CIDMEF

### ***Opération "Référentiels et Répertoires"***

- **Le référentiel des trois niveaux (I,II,III) de compétence pédagogique des enseignants** (1998) est un standard largement repris au plan international.
- Les **référentiels " Structuration Pédagogique des facultés "** du cercle des experts, et **" organigramme de facultés "** du CP et du Conseil d'évaluation de la CIDMEF (P Potvin) sont disponibles sur le site de la CIDMEF et publiés (1-2). Le référentiel **" Recommandations sur la formation au professionnalisme des futurs médecins"** est publié (3) et sur le site CIDMEF.
- La **Charte de l'Ethique des Facultés de Médecine** (cf page 64) est un outil de changement (4). Elle est rédigée par le Comité international regroupant une cinquantaine de personnalités ; elle a été validée par le

Bureau Permanent de la CIDMEF à Bordeaux en 2004 (coordination J Barrier - Nantes, secrétariat L Brazeau-Lamontagne – Sherbrooke); traductions en Arabe (AS Essoussi - Sousse) en Allemand (J Roland – Nancy et R Kramann – Sarrebrück), en anglais (R Hébert - Sherbrooke) et autres prévues. Création d'un site « observatoire du site de la charte de la CIDMEF » piloté par les universités de Nantes et de Sherbrooke à partir de septembre 2005. Ce site permet de suivre les mises en application et accueille les débats sur le sujet <http://www.sante.univ-nantes.fr/med/ethique>.

- **Le répertoire des Référents et experts pédagogiques des Facultés** édité à l'origine sur papier est actualisé sur le site de la CIDMEF.
- **Répertoire des Centres de Référence Pédagogique** en cours avec deux objectifs : lister les structures pédagogiques des facultés avec le nom des Responsables, lister des **Centres d'Expertise Pédagogique (CEP)** susceptibles d'accueillir les enseignants souhaitant acquérir une expertise pédagogique de niveau III, de promouvoir des projets de recherche pédagogique (la grille d'analyse de ces CEP est à l'étude).
- **Le Groupe EVALENS** du cercle des experts de la CIDMEF mène une réflexion sur l'évaluation de l'enseignement

#### ***Opération Journées de Pédagogie Médicale***

- Les XV<sup>e</sup> JUFPM de Nancy (Journées Universitaires Francophones de Pédagogie Médicale) du 22 au 25 avril 2003, co-présidées par P Vinay et J Roland, avec deux thèmes principaux : 1/ "Ethique et Faculté de Médecine" avec une enquête auprès de la CIDMEF sur l'apprentissage de l'éthique (Guy Llorca - Lyon). 2/ "Evaluer les Enseignements" avec une enquête sur l'évaluation de l'enseignement avec K Koumaré - Bamako.
- Les XVI<sup>èmes</sup> JUFPM 5-9 avril 2005 ont eu lieu à Cotonou (C Akpo, N Padonou, A Hountondji) 2 Thèmes principaux : "Stratégie pour une réforme pédagogiques/des études" "Stages cliniques" en partenariat avec la SIFEM.

#### ***Opération Monographies du Conseil Pédagogique***

- **La Monographie CIDMEF « Les enjeux des industries du savoir »** rapporte les travaux des XIII<sup>èmes</sup> JUFPM (Nantes 1999)
- **La monographie OMS/CIDMEF** rapporte les travaux des XIV<sup>èmes</sup> JUFPM (Ouagadougou 2001) et des XV<sup>èmes</sup> JUFPM (Nancy 2003) avec le titre "**La Faculté de médecine face à ses responsabilités**"

- **La présente monographie CIDMEF sur Gouvernance des Facultés et stratégie de changement** rapporte les travaux des XVIèmes JUFPM (Cotonou 2005)
- Les XVIIèmes JUFPM auront lieu à Lille du 5 au 8 avril 2008 selon le principe acquis d'une rotation une année sur trois des grandes manifestations internationales francophones pédagogiques telles que les Journées de la SIFEM (1ères journées à Beyrouth, USJ P Farah 31 mai, 1-2 juin 2006), le Forum International francophone de pédagogie médicale (en juin 2007), avec un partenariat étroit entre les trois organisations.

- **La Revue Pédagogie Médicale** (J Jouquan – Brest, B. Charlin – Montréal) aide une aide majeure à la stratégie de changement

Seule revue de pédagogie médicale en langue française, elle poursuit son chemin depuis 2001 soutenue par la CIDMEF. Elle est trimestrielle et sa survie (non encore certaine) dépend du nombre d'abonnements donc de l'action positive des doyens membres de la CIDMEF. Le nombre d'abonnements s'est accru avec la création de la SIFEM dont elle est l'organe d'expression.

- Pour tout **envoi de textes** : Pr. J Jouquan - Faculté de Médecine de Brest - jean.jouquan@univ-brest.fr
- **Abonnements** : ACALIS éditeur - Pédagogie Médicale -34, rue Camille Pelletan - 92309 Levallois-Perret Cedex - fax :01.47.39.68.35

- **La Société Francophone de Pédagogie Médicale “ SIFEM ”** (Président P Farah –Beyrouth, Secrétaire B Charlin - Montréal)

Cette société scientifique réunissant les pédagogues des Sciences de la Santé du monde francophone a tenu sa réunion constitutive à Nancy lors des JUFPM en avril 2003. Assemblée Générale à Sherbrooke lors du Forum International Francophone de Pédagogie Médicale en juin 2004. Participation aux JUFPM de Cotonou d'avril 2005 (session Stages). Inscription : voir ACALIS (supra)

- **La Médiathèque Centrale de la CIDMEF** (Directeur Ph. Isidori) :

Hébergement et actualisation du site de la CIDMEF

Médiathèque

Opération Médiatic

- 1) – La structure pédagogique dans une Faculté de Médecine. Elaboration d'un consensus. Pédagogie Médicale, 2001 ; 2 : 231-234.
- 2) – L'organigramme dans les Facultés de Médecine : son importance dans un développement pédagogique durable. J. BARRIER, P. POTVIN. Pédagogie Médicale, 2003 ; 4 : 93-96.
- 3) – La formation du professionnalisme des futurs médecins. Recommandations du Conseil Pédagogique de la CIDMEF. J.H. BARRIER, L. BRAZEAU-LAMONTAGNE, R. COLIN, A. QUITON, G. LLORCA, FS EHUA. Pédagogie Médicale, 2004 ; 5 : 75-81.
- 4) – La Charte de l'Ethique des Facultés de Médecine : un cadre conceptuel et un outil. J.H. BARRIER, L. BRAZEAU-LAMONTAGNE. Pédagogie Médicale, 2004 ; 5 : 197-199.

## Partie III : Expériences

## III.1 - La planification stratégique d'une faculté de médecine : L'expérience de Sherbrooke

**FAUCHER, Jocelyne<sup>1</sup>; HÉBERT, Réjean<sup>2</sup>;  
CHAPUT, Monique<sup>3</sup>; LARIVIÈRE, Jacques<sup>4</sup>**

1. *Université de Sherbrooke, Faculté de médecine et des sciences de la santé, professeure agrégée, vice-doyenne et secrétaire*  
3001, 12<sup>e</sup> Avenue nord, Sherbrooke (Québec) J1H 5N4 Canada - tél (819) 564-5204 – téléc (819) 564-5378  
[jocelyne.faucher@usherbrooke.ca](mailto:jocelyne.faucher@usherbrooke.ca)
2. *Université de Sherbrooke, Faculté de médecine et des sciences de la santé, professeur titulaire, doyen*
3. *Andragogue, consultante planification stratégique*
4. *Consultant planification stratégique*

### INTRODUCTION

Pour la plupart des entreprises, un processus de planification stratégique, ainsi que les résultats qui en découlent, reposent principalement entre les mains de la haute direction. À l'Université, cette approche proposée par certains gourous de la planification stratégique a dû être adaptée pour plusieurs raisons, même si à première vue une approche "top-down", soit une retraite de quelques jours où les membres du Comité de direction de la Faculté et quelques sages écriraient un plan stratégique, pouvait sembler plus efficiente. D'une part, les spécificités propres d'une organisation professionnelle sont une contre-indication à une telle approche puisque les principaux artisans du développement et du rayonnement de la faculté sont aussi les principaux détenteurs des stratégies, c'est-à-dire les professeurs, les personnels et les proches collaborateurs. D'autre part, l'objectif principal de ce processus était de mobiliser les membres de la communauté facultaire ainsi que les principaux partenaires autour d'un projet commun.

Cet ouvrage décrit la méthodologie retenue à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke pour mener son processus de planification stratégique. Cette méthodologie est confrontée au processus conventionnel de planification stratégique. Une brève revue de littérature cerne les principes qui soutiennent une adaptation de cette approche conventionnelle aux spécificités du milieu universitaire. Nous terminerons avec quelques leçons tirées de notre expérience.

### L'EXPÉRIENCE À LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTÉ DE L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

#### LE CONTEXTE

En janvier 2004, le neuvième doyen de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, le Pr Réjean Hébert, entre en fonction. Cette faculté sera dirigée par une nouvelle équipe.

Dès son entrée en fonction le doyen déclare : "L'une des premières activités de mon mandat sera de mettre en place un processus systématique et collectif de réflexion pour définir un plan stratégique qui nous guidera au cours des

quatre prochaines années. (...) L'exercice de planification stratégique et les activités de consultation qui y seront associées auront également pour effet de raffermir le sentiment d'appartenance des professeurs et des étudiants et de nous mobiliser autour de buts et d'objectifs communs." (Hébert 2004).

Le processus de planification stratégique de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke est ainsi lancé publiquement.

### **L'OBJECTIF PRINCIPAL : POURQUOI UN PROCESSUS DE PLANIFICATION STRATÉGIQUE ?**

L'objectif ultime de cette démarche d'envergure était de réviser la mission, de définir une vision commune et de se doter d'un projet commun mobilisateur pour l'ensemble des professeurs, des chercheurs et des employés de la faculté. Cette démarche visait à dresser un portrait le plus juste possible de la faculté en identifiant ses forces, ses faiblesses, les opportunités à saisir et les menaces qui la guettaient. Puis cet exercice devait permettre de choisir des orientations stratégiques et des objectifs qui guideraient les décisions et les actions pour les prochaines années par la mise en place d'un plan d'action détaillé. La dernière, mais non la moindre ambition d'un tel processus était de raffermir le sentiment d'appartenance et de mobiliser la communauté facultaire et ses partenaires autour d'objectifs communs.

### **LE RECOURS À DES CONSULTANTS EXTERNES**

Afin qu'un tel exercice soit mené efficacement, il est apparu préférable d'être conseillés et guidés par des professionnels d'expérience. Le choix de recourir à des consultants reposait sur plusieurs motifs. D'abord, parce que diriger un processus de planification stratégique de façon rigoureuse et crédible demande des compétences spécifiques. Puis, les membres de l'équipe dirigeante souhaitaient participer à cet exercice de façon collégiale en laissant la plus grande place possible à la libre expression de tous les membres de la communauté facultaire et des proches collaborateurs. Il fallait donc des professionnels chevronnés pour animer de multiples réunions de consultation en endossant des rôles de facilitateurs et de catalyseurs de façon à encourager des discussions enrichissantes et à faire émerger des idées innovantes.

Ainsi, deux personnes compétentes et expérimentées ont été choisies pour nous accompagner dans ce processus. Monique Chaput et Jacques Larivière possèdent des connaissances approfondies de la planification stratégique et comptent plusieurs réalisations concrètes dans le domaine. Leurs expériences et compétences étaient complémentaires.

Les deux conseillers ont donc joué des rôles de soutien à la direction de la faculté dans l'élaboration de son plan stratégique. Le but de leur intervention était triple :

- 1) Encadrer et coordonner l'exercice de planification stratégique du début jusqu'à la fin, incluant la rédaction du plan stratégique, sa communication et sa validation par l'ensemble de l'organisation ;
- 2) Voir à ce que la méthodologie suivie et le processus mis en place pour l'élaboration du plan stratégique soient de toute première qualité ;

- 3) Voir à la préparation de l'ensemble des documents qui comprendront le texte final du plan stratégique, les documents de soutien, le diagnostic organisationnel, les portraits sectoriels et les rapports intérimaires. (Chaput, Monique; Larivière, Jacques; 2004).

## **LES PRINCIPES DIRECTEURS**

Cinq principes directeurs ont guidé et soutenu le processus de planification stratégique ainsi que l'élaboration du plan stratégique. Ces principes suggérés par les consultants externes ont été entièrement endossés par les membres de l'équipe de direction de la faculté. Il est pertinent de convenir de tels principes préalablement au démarrage des activités puisqu'ils permettent un cadre de référence unique pour les membres de la direction par exemple concernant les choix méthodologiques, ou la prise de décisions quant à l'ampleur de la démarche de consultation. Ces principes sont les suivants:

- la responsabilité ultime de la préparation et de l'exécution d'un plan stratégique revient au premier dirigeant;
- la réussite d'un plan stratégique repose sur l'ampleur et la qualité de la mobilisation et de la participation de l'ensemble des ressources humaines d'une organisation en vue de définir des objectifs et des résultats auxquels elles croient;
- une mobilisation et une participation réussies exigent que l'organisation se donne les moyens pour consulter largement, bien comprendre les idées et les attentes de ses membres et intégrer, dans toute la mesure du possible, ces mêmes idées et attentes dans son plan stratégique;
- l'un des éléments déterminants d'un plan stratégique de toute organisation réside dans la mise en valeur de ses compétences distinctes et de la "valeur ajoutée" qu'elle apporte à sa clientèle, à ses membres, à ses bénéficiaires;
- le succès d'un plan stratégique repose tout autant, sinon plus, sur son exécution que sa préparation; c'est pourquoi un plan stratégique doit pouvoir conduire à un plan d'action visant l'atteinte d'objectifs spécifiques, grâce à des moyens appropriés, des indicateurs de performance et des échéances aussi précises que possible. (Chaput, Monique ; Larivière, Jacques ; 2004).

## **LA MÉTHODOLOGIE**

### **Les comités de travail**

Cinq groupes et comités ont été directement impliqués ou associés à l'exercice de planification stratégique : trois sont des organismes permanents de la faculté, soit le Comité de direction de la Faculté, le Conseil de la Faculté et l'Assemblée des directeurs de départements et services (ADDS); deux autres comités ont été mis en place aux seules fins de la planification stratégique, soit le Comité directeur de la planification stratégique (CDPS) pour superviser la



démarche et le Comité de pilotage pour assurer la gestion et le suivi de l'avancement des travaux.

**Le Comité de direction de la Faculté** est présidé par le doyen et il est composé des sept vice-doyens, de l'adjoint administratif au doyen et de la directrice du cabinet. Il a été directement impliqué dans tous les aspects de la planification stratégique.

**Le Conseil de la Faculté de médecine et des sciences de la santé**, présidé par le doyen, est composé de 36 membres. Il s'agit d'un organisme relevant du Conseil d'administration de l'Université. Le mandat principal du Conseil de la Faculté est d'assister le doyen dans la gouvernance de la faculté. Les membres du Conseil n'avaient pas à élaborer les stratégies, mais plutôt à les examiner et les approuver. Il était donc primordial que les membres du Conseil soient régulièrement informés de l'état d'avancement de la démarche. Ainsi, l'ordre du jour des réunions mensuelles du Conseil de la Faculté comportait de façon statutaire le sujet de la planification stratégique. Les membres du Conseil ont adopté le plan stratégique 2005-2009 de la faculté.

**L'ADDS** qui regroupe les 53 directeurs de département et de service de la faculté et les membres du Comité de direction de la Faculté s'est réunie à deux reprises afin d'être informée de la démarche de réflexion stratégique, de recevoir de l'information sur le processus de planification stratégique à la Faculté et de fournir des opinions et suggestions sur le contenu du plan.

### **Le Comité directeur de la planification stratégique (CDPS)**

Le mandat confié à ce comité était le suivant:

*Il supervise l'ensemble de la démarche et du processus, l'orientation à prendre dans les moments décisifs, le suivi de l'avancement des travaux et la validation des documents produits. Le CDPS, présidé par le doyen, est constitué de membres du Comité exécutif de la Faculté de médecine et d'environ une quinzaine d'autres personnes provenant principalement des départements de la Faculté et d'organismes étudiants. (...) (Chaput, Monique; Larivière, Jacques; 2004, p.5).*

La composition de ce comité reflétait nos principes directeurs de par sa large diversité qui visait à impliquer étroitement l'ensemble des acteurs concernés, tel que décrit dans le tableau 1.

Riche de ses vingt-six membres, le CDPS a joué un rôle consultatif de premier niveau, tant pour l'ensemble de la démarche et du processus, que pour le contenu du plan stratégique. Les moments charnières pour ce comité ont été la révision du diagnostic organisationnel et des portraits sectoriels ainsi que la validation des composantes principales du projet final.

Ce comité s'est réuni à trois reprises. Une première fois afin d'être informé sur l'avancement des travaux, de convenir des étapes futures et d'examiner, de discuter et de faire des suggestions sur des énoncés de mission – vision – valeurs

pour la Faculté. Les deux autres réunions du CDPS ont traité de deux aspects fondamentaux du plan stratégique de la Faculté :

- le contenu de la section «Axes de développement – Orientations stratégiques – Objectifs prioritaires»;
- le texte final des énoncés sur la mission, la vision et les valeurs.

Tableau 1

*Composition du Comité directeur de la planification stratégique*

<ul style="list-style-type: none"><li>• Doyen de la faculté président</li><li>• Membres du Comité de direction de la Faculté</li><li>• 3 doyens associés des milieux affiliés : Charles LeMoynes, Sagamie Nouveau-Brunswick</li><li>• 4 membres de l'Assemblée des directeurs de département et de service choisis par l'ADDS : 2 cliniciens 2 fondamentalistes</li><li>• 1 professeur du Département des sciences infirmières</li><li>• 1 membre de l'Association des professeurs et professeurs de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke</li><li>• 1 membre de l'Association des professeurs d'enseignement clinique de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke</li><li>• 4 étudiants : 1 étudiant du programme MD, 1 étudiant aux études prégraduées autres que le programme MD, 1 étudiant aux études supérieures 1 étudiant aux études médicales postdoctorales</li><li>• Directrice du Centre de pédagogie en sciences de la santé</li><li>• 1 représentant du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke</li><li>• 1 représentant de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke</li><li>• 1 représentant du CLSC de Sherbrooke</li><li>• 1 représentant de la Société des médecins de l'Université de Sherbrooke</li></ul>
--

### **Le Comité de pilotage**

Le Comité de direction de la Faculté a désigné un Comité de pilotage dont les tâches avaient trait à la logistique, à la coordination des travaux et à toute autre activité requise par le projet.

Le mandat confié à ce comité était le suivant :

*Ce comité est chargé de la logistique de la planification des rencontres, de la coordination des travaux et de toute autre activité ou composante du projet. C'est avec le Comité de pilotage que les conseillers ont décidé des modes de consultation à l'interne et à l'externe, ont précisé les actions concrètes à poser pour faire les travaux et pour maintenir le rythme approprié de façon à rencontrer les échéances du projet (Chaput Monique, Larivière Jacques, p.5)*

Compte tenu du mandat de nature exécutive de ce comité, sa composition devait être limitée à peu de personnes :

Tableau 2

*Composition du Comité de pilotage de la planification stratégique*

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Secrétaire de la faculté présidente</li><li>• Doyen adjoint et vice-doyen aux ressources</li><li>• Adjoint au doyen(responsable des finances et d'autres services administratifs)</li><li>• 2 consultants externes</li><li>• Secrétaire de direction</li></ul> |
|--|

**Les étapes du processus de planification stratégique**

Notre processus de planification stratégique s'est déroulé sur une période de neuf mois. Il comportait cinq étapes charnières et séquentielles :

- 1.- L'état de situation
- 2.- La recherche d'une vision et d'une direction communes
- 3.- La génération d'initiatives stratégiques (portraits sectoriels)
- 4.- Le choix des orientations stratégiques et l'intégration ou l'arbitrage des initiatives proposées
- 5.- La validation et le dépôt du plan.

Chaque étape sera décrite de façon précise de manière à expliciter son utilité, ses objectifs, ses modalités de réalisation et ses résultats.

**1. L'état de la situation**

Afin de réaliser un état de situation le plus réaliste possible, nous avons utilisé trois moyens distincts. D'abord, les consultants externes ont révisé et analysé l'ensemble de la documentation relative à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, tels le bilan du plan stratégique antérieur et les rapports des visites des organismes d'agrément. À l'analyse de ces documents internes s'est ajoutée l'étude de documentation pertinente eu égard aux autres facultés de médecine canadiennes et nord-américaines, à la recherche, aux études supérieures et au réseau de la santé.

Cette phase d'analyse de données et de multiples documents fut suivie d'un exercice colossal de collectes d'information, d'opinions et de suggestions. Ainsi, nos experts ont conduit un exercice majeur et fondamental de consultations où plusieurs groupes d'intérêts ont été sollicités pour faire part de leur vision, ambitions et opinions concernant la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke.

Ces séances de consultation devaient être préalablement préparées par les participants. Pour ce faire, un questionnaire préparatoire leur était acheminé à

l'avance. Ce questionnaire permettait une réflexion dirigée sur les principales forces et les avantages distinctifs de la Faculté, ses points faibles, les menaces ou les aspects à surveiller dans l'environnement, les occasions de croissance et de développement, les enjeux, les questions à débattre et les projets en cours ou à venir à court terme.

Par ailleurs, l'utilisation de ce questionnaire a été très utile pour des séances de préparation aux entrevues par les membres d'un groupe donné, plutôt que de constituer seulement un exercice individuel. Cette approche signifie que même si deux ou trois personnes d'un département donné pouvaient se présenter à l'entrevue avec les consultants, ces quelques représentants exprimaient de façon préparée et fiable les opinions et commentaires de l'ensemble des membres de ce département.

Cette phase s'est déployée sur une période de deux mois et demi. Au cours de cette période, se sont déroulées quarante entrevues de groupe auxquelles ont participé plus de 350 membres de la faculté (i.e. secteurs, départements, services, centres, instituts, assemblées, associations étudiantes, syndicats, membres des équipes de direction des établissements affiliés et autres membres du personnel) et douze entrevues individuelles et consultations directes auprès de membres n'ayant pas participé aux entrevues de groupes. Ces entrevues duraient environ deux heures.

Puis, neuf entrevues ont été conduites auprès de personnes externes à la faculté choisies en raison de leur fonction actuelle ou passée directement associée à la Faculté ou de leur rôle et fonction dans les milieux universitaire, gouvernemental et du réseau de la santé. Ces entrevues ont été complétées par des groupes de discussion réunissant des représentants des milieux politique et socio-économique de Sherbrooke, de même que des représentantes et représentants des patientes et patients.

Cette phase capitale a permis de poser un « diagnostic organisationnel », soit de mieux préciser les forces, faiblesses, opportunités et menaces et aussi de recueillir et de susciter des suggestions concernant les priorités, les enjeux et les défis pour l'avenir de la Faculté.

## **2.- La recherche d'une vision et d'une direction communes : le Forum sur l'avenir de la faculté**

Au terme de l'état de situation ayant permis de poser un diagnostic organisationnel, il fallait maintenant pouvoir se doter d'une vision et d'une direction communes. C'est par un vaste Forum sur l'avenir de la faculté que la communauté facultaire et les partenaires ont défini cette vision et cette direction.

Les objectifs de ce Forum :

- partager et s'appropriier l'information découlant des nombreuses entrevues ;
- cerner de plus près les grands défis auxquels devra faire face la Faculté au cours de prochaines années ;
- dégager les éléments d'une vision commune du futur désiré ;
- formuler certaines orientations à privilégier ;
- revoir la mission et préciser les valeurs.

Les principes directeurs de cette journée de travail ont clairement été mentionnés aux participants dès le départ. Ces principes portaient principalement sur la visualisation du futur et non sur la résolution des problèmes actuels; l'accent était mis sur le terrain commun d'entente et non sur la gestion des différences et des problèmes à régler; les idées étaient émises à titre consultatif.

Plus spécifiquement, ce forum d'une durée d'une journée dans un lieu propice aux échanges collégiaux, a réuni plus de cent participants : des professeurs, des professeurs d'enseignement clinique, des étudiants, des résidents, du personnel ainsi que nos partenaires du réseau de la santé.

Cette journée s'est déroulée de la façon suivante :

- Présentation du bilan des entrevues et du diagnostic organisationnel

Les consultants externes ont présenté un portrait d'ensemble sur les opinions et les idées envers la faculté dégagées lors des activités de l'état de la situation. Cette présentation visait le partage de l'information découlant des entrevues afin que la communauté facultaire et ses partenaires puissent s'approprier davantage les forces, les faiblesses, les enjeux à cerner de plus près et les projets de la Faculté. Puis, cette information servait de cadre de référence pour alimenter les discussions sur les autres sujets traités lors du Forum (défis à relever, mission, vision, valeurs, formulation de pistes d'action).

- Les défis à relever

En atelier, les participants identifiaient les principaux défis qui attendent notre faculté en répondant aux questions suivantes :

*"En considérant le bilan de la situation actuelle, selon vous, quels sont les principaux défis qui attendent la Faculté de médecine dans les années qui viennent ? Quelles pourraient être les façons de les relever avec succès ?"*

Puis, l'ensemble des résultats des différents ateliers ont été partagés en plénière.

- Un saut dans le futur

Cette activité de la journée visait à identifier les éléments d'une vision commune. Afin d'y parvenir de façon originale, les participants, réunis en ateliers, se projetaient dans le futur selon la mise en contexte suivante:

*"Nous sommes en 2012. La Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke a travaillé dans les dernières années à développer tout son potentiel et à assumer pleinement chacune des facettes de sa mission universitaire. Si nous faisons des entrevues et sondages auprès de nos partenaires, qu'aimeriez-vous qu'ils répondent à la question : Comment percevez-vous la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke ?"*

Une liste de vingt-deux partenaires différents avait été élaborée. Pour chacune des tables, deux partenaires différents avaient préalablement été

identifiés. Les participants d'une table donnée devaient se mettre à la place de ce partenaire afin de répondre à la question précisée ci haut de la façon suivante :

- formuler les perceptions attendues pour les deux partenaires;
- donner des exemples de réalisations qui pourraient entraîner une telle perception.

Puis, par un retour en plénière, nous avons pu partager le fruit de chacun des ateliers concernant la variété des éléments pouvant composer une vision.

- Les chemins d'avenir

Cette quatrième activité de la journée avait pour objectif d'actualiser la mission de la Faculté, d'identifier les valeurs de la faculté et de formuler des pistes d'action.

Encore une fois, en alternant travail en ateliers et partage en plénière, les participants ont réalisé cette tâche en répondant aux questions suivantes :

*"La mission telle que formulée actuellement vous semble-t-elle convenir à votre vision du futur ? Sinon, quelles suggestions faites-vous ? Selon votre équipe, une telle vision implique nécessairement que nous accordions priorité à quelles valeurs ?"*

Puis, dans un deuxième temps,

*"Quelles avenues ou orientations prioritaires s'imposent, selon votre équipe, en conséquence de la vision du futur qui est ressortie de la plénière précédente ?"*

Les commentaires recueillis à la fin de la journée témoignaient de l'appréciation des participants tout en signifiant la charge de travail qu'elle avait exigée de ceux-ci. Ce Forum fut une expérience riche en collaboration et en participation des membres de la Faculté et des partenaires du réseau de la santé. Il en est ressorti une somme importante de matériel pour poursuivre et alimenter le processus de planification stratégique et un degré élevé de mobilisation de la part de tous. En rétrospective, il s'agit d'un événement incontournable.

Les résultats du Forum ont été par la suite peaufinés et validés par le CDPS.

### **3.- La génération d'initiatives stratégiques**

À la lumière du diagnostic organisationnel et inspirés des travaux du Forum qui ont dégagé les éléments d'une vision commune, nommé les valeurs importantes et déterminé des orientations prioritaires, les membres de la direction de la Faculté avaient la responsabilité de préparer neuf portraits sectoriels, de concert avec leurs équipes respectives et supportés par l'expertise des deux consultants externes.

Les neuf secteurs retenus étaient les suivants : la recherche, les études supérieures, les études prédoctorales, les études postdoctorales et la formation continue, les études en sciences infirmières, les activités professionnelles, la gestion de la Faculté et la vie étudiante.

L'objectif confié à chaque secteur était de définir sa contribution propre, cohérente et intégrée au plan stratégique de la Faculté. Le contenu attendu pour chaque portrait sectoriel consistait à :

- définir les objectifs stratégiques et les priorités de développement;
- décrire les contextes mondial, nord-américain, québécois ou local;
- décrire les enjeux centraux; complémentaires et périphériques;
- décrire les options de développement;
- déterminer les initiatives et les projets prioritaires;
- procéder à une évaluation préliminaire et sommaire des coûts de même que des sources de financement de ces projets et initiatives.

Cette étape s'est déroulée pendant deux mois.

#### **4.- Le choix des orientations stratégiques et l'intégration ou l'arbitrage des initiatives proposées**

Au terme de la rédaction des portraits sectoriels, chaque membre du Comité de direction de la Faculté s'est approprié chacun des neuf portraits sectoriels. Instruits du contenu de ces documents, ils ont tenu une retraite de deux jours, avec les deux consultants. Au cours de cette réunion, s'est réalisée une intégration des portraits sectoriels, se sont tenus des arbitrages, puis des décisions ont été prises concernant les axes de développement, les orientations stratégiques, les objectifs prioritaires, les principaux moyens et initiatives.

Cette réunion de réflexions et de décisions stratégiques a permis de jeter les bases du plan stratégique de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke : *Grandir et innover pour une société en santé, Plan stratégique 2005-2009*.

#### **5.- La validation et le dépôt du plan**

Cette première version du plan stratégique issue des travaux de la retraite du Comité de direction de la Faculté a été discutée et bonifiée par les membres du CDPS. Les consultants externes ont rédigé, en interaction avec le Comité de pilotage, le plan stratégique. Le CDPS a validé par la suite une dernière version.

Neuf mois après avoir lancé le processus de planification stratégique, le Comité de direction de la Faculté a reçu une version définitive du plan stratégique. Dans les jours qui ont suivi, le contenu de ce plan ambitieux a été adopté par le Conseil de la Faculté. Le tableau 3 présente la mission, la vision et les valeurs de la Faculté de médecine et des sciences de la santé. Les vingt orientations stratégiques regroupées en cinq axes de développement figurent au tableau 4.

#### **L'HORIZON TEMPOREL DE RÉALISATION**

Ce plan est ambitieux : il comporte cinq axes de développement et vingt orientations auxquelles sont reliés soixante-treize objectifs prioritaires qui pourront être atteints par plus de trois cent moyens, initiatives et projets, tels que définis dans le plan d'action. Les membres du Comité de direction de la Faculté, de même

que ceux du CDPS, ont convenu qu'il était à la fois sage et réaliste que ce plan soit notre stratégie de développement pour les cinq prochaines années.

## **LE LANCEMENT ET LA DIFFUSION DU PLAN STRATÉGIQUE**

Le processus de planification stratégique est arrivé à son terme par le lancement officiel du *Plan stratégique 2005-2009 : Grandir et innover pour une société en santé*, lors de la réunion générale annuelle de l'Assemblée facultaire réunissant les professeurs et les professeurs d'enseignement clinique de la Faculté. Ce plan a été édité en version intégrale et en version abrégée à un volume de 4,600 exemplaires, puis sa version abrégée a dû être éditée à nouveau pour 1,000 exemplaires supplémentaires. Ce plan a fait l'objet d'une présentation par le doyen auprès des membres de la communauté facultaire, soit individuellement auprès des membres du corps professoral, des personnels, des étudiants, ainsi qu'auprès des professeurs retraités. Les partenaires du Réseau universitaire intégré en santé (RUIS), représentant onze établissements, ont pu bénéficier d'une telle présentation. Puis, les membres des conseils d'administration des principaux partenaires de ce réseau ont profité d'une présentation individuelle de ce plan, soit les membres des conseils du CHUS, de l'Hôpital Charles LeMoine et du CSSS-IUGS.

Parallèlement à ces présentations, le plan stratégique a été largement diffusé auprès des dirigeants de l'Université de Sherbrooke, de l'ensemble de nos partenaires et de nos collaborateurs, incluant les gouvernements, les universités canadiennes et les universités francophones membres de la CIDMEF. Sa version abrégée est en tout temps disponible sur le site Internet de la Faculté, (<http://www.usherbrooke.ca/medecine/>).

## **LE PLAN D'ACTION**

Le plan stratégique détermine la direction où l'on veut aller ensemble et pourquoi on veut y aller. Il doit être complété par un plan d'action qui précise comment on veut s'y rendre, l'échéancier pour y arriver et comment on va évaluer l'efficacité et l'efficacité des moyens mis en œuvre. Cette étape est la charnière entre le plan stratégique et sa concrétisation.

Il est aussi primordial de traduire ce plan stratégique des plus ambitieux à l'intérieur d'une démarche réaliste. La conception et la rédaction du plan d'action permettront d'atteindre plusieurs objectifs, dont les suivants :

- réviser l'ensemble des actions, éliminer les redondances et en ajouter d'autres le cas échéant;
- prioriser et ordonnancer les actions;
- suivre l'état d'avancement des différents projets à l'aide d'indicateurs pertinents, utiles et accessibles;
- diffuser périodiquement l'état d'avancement des projets auprès de la communauté facultaire.

Ce dernier objectif revêt son importance dans l'engagement des membres du Comité de direction de la Faculté envers le CDPS, l'ADDS et le Conseil de la Faculté concernant les actions présentes dans le plan stratégique et envers



l'ensemble des membres de la communauté facultaire qui ont nourri cette planification stratégique par leur participation à différentes étapes.

Assistée et guidée par les deux consultants, la secrétaire de la faculté a préparé avec chaque vice-doyen et avec l'adjoint administratif au doyen, un plan d'action spécifique à chaque secteur. Cet outil de travail spécifiait pour chaque action le responsable de sa réalisation, les collaborateurs, l'échéancier, les ressources financières nécessaires et des indicateurs de suivi mesurant soit le degré de réalisation de cette action, son efficacité, son appréciation ou ses impacts. Ces plans d'action ont conduit à un plan d'action intégré visant l'atteinte d'objectifs spécifiques assortis d'indicateurs de performance appropriés.

L'expertise des consultants fut mise à profit pour encadrer cette démarche afin d'aider les membres du Comité de direction de la Faculté à élaborer la méthodologie de la préparation du plan d'action, à guider l'ordonnancement des activités composant le plan d'action et à développer efficacement les indicateurs de suivi.

### **UN AN PLUS TARD**

Un an plus tard, le Plan stratégique 2005-2009 est toujours aussi vivant. Il demeure la référence pour les membres du Comité de direction de la Faculté certes, mais aussi pour plusieurs individus ou groupes d'intérêt. Quant au plan d'action qui a découlé du plan stratégique, il est devenu un outil indispensable. Le rapport annuel de la faculté sera calqué sur le plan stratégique et son plan d'action. Le plan d'action sera traduit en tableau de bord de gestion pour l'ensemble des secteurs et départements de la faculté.

L'utilisation de ces outils produit une synergie et une efficacité certaines. *Grandir et innover pour une société en santé, Plan stratégique 2005-2009* et son plan d'action assurent une cohérence aux multiples décisions prises par différentes personnes. Ces outils de gestion et leur déclinaison en secteurs, départements et services ont une puissance indéniable pour mobiliser notre communauté et relever ensemble les défis qui s'adressent à nous.

### Tableau 3

#### *La mission, la vision et les valeurs de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke*

##### **LA MISSION**

La Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke a pour mission d'améliorer la santé et le bien-être des personnes et des populations par la formation, la recherche, les soins et le transfert des connaissances.

##### **LA VISION**

La Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke entend se démarquer par ses compétences distinctives et ses réalisations concrètes. Elle compte notamment être reconnue sur les scènes nationale et internationale comme :

- Un milieu universitaire intégrant harmonieusement la formation, la recherche et les soins ;
- Un vaste réseau d'enseignement réputé pour la qualité de la formation offerte, pour sa capacité d'innovation pédagogique et pour son soutien aux étudiantes et étudiants et aux enseignantes et enseignants;
- Un leader dans la conception et la mise en œuvre de programmes de formation et de recherche interdisciplinaires et de modèles novateurs de collaboration interprofessionnelle ;
- Un lieu d'excellence en recherche fondée sur le haut niveau d'expertise des chercheuses et chercheurs et des cliniciennes et cliniciens chercheurs y œuvrant dans des créneaux spécifiques ;
- Un acteur majeur dans l'évaluation des technologies et le transfert rapide et efficace des connaissances en vue de meilleurs soins, services, produits, programmes et politiques de santé ;
- Un chef de file disposant de compétences de pointe et d'une expérience unique dans la dispensation des soins en appui aux réseaux de santé ;
- Une organisation caractérisée par son engagement à répondre aux besoins des populations avec lesquelles elle est en interaction ;
- Un milieu de travail enviable, capable de recruter et de mobiliser ses professeures et professeurs et son personnel, grâce à des politiques avant-gardistes de décentralisation et à des pratiques de gestion participatives et adaptées aux ressources ;
- Un partenaire ouvert, stimulant, transparent et respectueux, fonctionnant dans un mode de partage des pouvoirs et des responsabilités, attentif à reconnaître les efforts et les succès.

##### **LES VALEURS**

Pour choisir ses façons d'être et de faire et pour déterminer ses activités aux plans tant stratégique qu'opérationnel, la faculté convient de placer la personne au centre de toute action et de valoriser particulièrement :

- Le professionnalisme et l'humanisme;
- La responsabilité sociale;
- L'excellence;
- La créativité et l'innovation;
- L'interdisciplinarité;
- La collaboration et le partenariat.

#### Tableau 4

#### *Des choix pour l'avenir: Stratégies de développement 2005-2009*

### **AXE I : POSITIONNER LA FACULTÉ POUR RÉPONDRE DE FAÇON INVENTIVE AUX NOUVEAUX DÉFIS ET BESOINS EN SANTÉ**

#### **ORIENTATIONS**

1. Élargir notre rôle dans la formation des professionnelles et professionnels de la santé.
2. Consolider notre réseau et étendre nos partenariats.
3. Concevoir, expérimenter et proposer de nouveaux modes de prestation et de gestion des soins.
4. Augmenter la visibilité de la Faculté.

### **AXE II : MAINTENIR ET ACCROÎTRE LA QUALITÉ DES PROGRAMMES DE FORMATION**

#### **ORIENTATIONS**

5. Répondre à la demande de former davantage de médecins et d'infirmières et infirmiers.
6. Réviser et améliorer de façon continue les programmes de formation existants.
7. Accroître le soutien à l'apprentissage et à l'enseignement.

### **AXE III : CONSOLIDER LA RECHERCHE ET FAVORISER SON APPLICATION**

#### **ORIENTATIONS**

8. Développer nos créneaux prioritaires de recherche.
9. Développer la recherche clinique et son articulation avec la recherche fondamentale.
10. Favoriser l'application des découvertes.
11. Soutenir l'émergence de projets innovateurs.

### **AXE IV : SE DOTER DES RESSOURCES NÉCESSAIRES POUR RÉALISER NOS OBJECTIFS**

#### **ORIENTATIONS**

12. Recruter les personnes requises pour réaliser l'ensemble des activités de la Faculté.
13. Améliorer notre performance et accroître nos ressources financières.
14. Augmenter et améliorer les infrastructures pour tous les secteurs d'activité de la faculté.
15. Effectuer un virage technologique.

### **AXE V : BÂTIR ENSEMBLE UN MILIEU DE FORMATION ET DE TRAVAIL DE PREMIER CHOIX**

#### **ORIENTATIONS**

16. Instaurer une gestion moderne, efficace et transparente.
17. Dynamiser la vie de campus pour les étudiantes et étudiants.
18. Favoriser une vie étudiante équilibrée sur chacun de nos campus.
19. Valoriser la contribution du personnel de soutien et renforcer chez tous la fierté et le sentiment d'appartenance.
20. Maintenir une équipe de professeures et professeurs engagés envers la faculté.

## **DISCUSSION**

### **LE PROCESSUS CONVENTIONNEL DE PLANIFICATION STRATÉGIQUE**

Selon Mintzberg, "la littérature sur la planification, commençant peut-être en 1962, sinon avant, (...) a présenté des centaines de modèles d'un processus pour lequel la stratégie devrait supposément être développée et opérationnalisée de façon formelle. En fait, (...) ces modèles sont construits sur un seul cadre de référence conceptuel ou modèle de base et diffèrent moins dans leurs éléments fondamentaux qu'à des niveaux de détail." (Mintzberg, 1994, p. 53)

Ainsi, l'hypothèse générale selon laquelle une planification conventionnelle se réalise a longtemps été la suivante :

"Les stratégies devraient émaner du sommet de l'organisation complètement développées, les buts devraient être clairement établis, la formulation centrale des stratégies doit être suivie par leur mise en œuvre à travers toute l'organisation, les salariés vont répondre à ces stratégies imposées de façon centrale, etc. C'est presque comme si l'ensemble de la structure était supposée évoluer pour répondre aux besoins de la planification." (Mintzberg, 1994, p. 404)

En d'autres termes, "La planification suppose l'existence d'une direction générale toute puissante et centralisée qui décide et qui coordonne les actions, en particulier les actions de planification." (Mintzberg, 1994, p. 171)

Selon cette hypothèse, le PDG est le principal, sinon l'unique, architecte de la stratégie. Théoriquement, cette hypothèse pourrait s'appliquer à notre milieu. Le doyen d'une faculté est aussi choisi, entre autres, pour sa vision, ses valeurs, son leadership et ses idées. Les membres de l'équipe de direction peuvent aisément, avec un minimum de recherche, vous entretenir à propos des enjeux, des forces et des faiblesses, des opportunités à saisir et des menaces qui guettent leur secteur. Pourtant, spontanément, on imagine facilement qu'une telle approche de planification stratégique est totalement inappropriée dans un milieu comme une faculté de médecine et que même si elle peut sembler rapidement réalisable, ses effets secondaires seraient désastreux et compromettraient la légitimité de ce plan tout en mettant en péril le développement des stratégies. La section suivante éclaircira ce que nous dicte notre intuition.

### **LE MILIEU UNIVERSITAIRE : UNE ORGANISATION QUI A SES SPÉCIFICITÉS**

Selon la théorie des configurations des organisations de Mintzberg (1990), l'université est une organisation professionnelle qui correspond au type d'une bureaucratie professionnelle. "Ce type d'organisation semble être le modèle d'une organisation à l'envers où les employés apparaissent quelque fois comme dirigeant leur patron." (Mintzberg 1990 p. 255)

De façon générique, les principales caractéristiques d'une bureaucratie professionnelle selon une adaptation de Mintzberg, seraient les suivantes :

- le contexte de travail est hautement complexe, mais le travail est relativement stable dans son exécution pour un professionnel donné ;
- les professionnels ont une latitude considérable dans le contrôle de leur propre travail ;
- les modalités de réalisation de la mission de base sont en partie laissées au jugement des professionnels ;

- les professionnels travaillent directement avec leur clientèle, mais de façon relativement isolée les uns des autres, quoique regroupés en département;
- la standardisation des qualifications et du savoir se réalise par la formation et la socialisation des professionnels ;
- les standards de qualification sont définis de façon universelle à l'extérieur de sa propre organisation dans le cadre d'associations autogérées ;
- le pouvoir de la position dans l'organisation repose sur l'autorité de nature professionnelle, soit le pouvoir de la compétence.

Les impacts des spécificités de la bureaucratie professionnelle pour la formation des stratégies sont multiples. D'abord, en ce qui a trait à l'exercice du contrôle, citons Mintzberg :

"Les professionnels ne contrôlent pas seulement leur propre travail, mais ils cherchent aussi à avoir le contrôle collectif des décisions administratives qui les affectent – par exemple, les décisions de recrutement de certains collègues ou encore celles qui concernent les promotions et l'affectation des ressources. Le contrôle de ces décisions passe en partie par le travail administratif que les professionnels réalisent eux-mêmes (...) et en partie, en s'assurant que les postes administratifs importants seront occupés par des professionnels ou du moins par des personnes qui leur sont sympathiques et dont la nomination doit recevoir leur bénédiction. Il en émerge donc, une structure administrative plutôt démocratique. Mais, comme le travail administratif requiert l'ajustement mutuel comme mécanisme de coordination entre les diverses personnes qui s'y consacrent, les groupes d'études et en particulier les comités permanents abondent à ce niveau." (Mintzberg 1990 p. 262)

La prise de décision se réalise soit par un choix collectif, soit selon un modèle politique. Selon le choix collectif ou le modèle collégial, les décisions sont prises par une communauté d'individus et de groupes dont chacun peut avoir un rôle et une spécialité différents mais qui partagent des buts et des objectifs communs pour leur organisation. L'intérêt commun est la ligne de force et la prise de décision se fait, en conséquence, par consensus. Selon le modèle politique, les différences entre les intérêts des groupes sont irréconciliables. Les participants cherchent à servir leur propre intérêt et les facteurs politiques deviennent des instruments dans la détermination de leurs conséquences. (Mintzberg 1990 p. 272)

Dans les faits, les prises de décision se déroulent le plus souvent selon une combinaison de ces deux modèles via un processus collectif et interactif complexe. Toutefois, les décisions importantes de nature collective seront prises principalement selon le modèle collégial réunissant les groupes d'intérêt en plusieurs comités.

Puis, tel que mentionné par Desmarteaux (1996) : "Dans une organisation professionnelle, les stratégies sont plurielles et elles sont détenues par les professionnels; les gestionnaires sont les maîtres d'œuvre des processus pour faire jaillir une stratégie commune."

En somme, pour une faculté de médecine, les stratégies sont détenues par les membres de la communauté facultaire et conséquemment la renommée et le positionnement de l'organisation reposent en majeure partie sur les succès individuels de son corps professoral et de ses chercheurs, mais de façon orchestrée afin de réaliser des buts et des objectifs communs pour leur organisation. Considérant ces particularités, voyons comment adapter un

processus de planification stratégique pour le rendre efficace et légitime pour une telle organisation.

### **L'ADAPTATION DU PROCESSUS CONVENTIONNEL DE PLANIFICATION STRATÉGIQUE**

En plus de ce qui est décrit à la section précédente, les adaptations nécessaires d'un processus de planification stratégique pour une bureaucratie professionnelle reposent principalement sur l'importance de reconnaître :

- que la circulation de l'information de nature stratégique va du bas vers le haut ;
- que les visions initiales, qui de façon cumulative déterminent l'orientation de l'organisation, ont tendance à provenir des professionnels qui exercent dans un champ d'expertise donné ;
- qu'une grande somme d'énergie est consommée pour les prises de décisions concernant le choix des initiatives qui devraient être priorisées ou délaissées ;
- l'existence d'une structure formelle de comités conseil et de comités de pairs pour gérer et arbitrer le choix des priorités en fonction des ressources disponibles. (adaptation de Langley, 1986).

### **Mobilisation et participation élargie**

Ainsi, selon Langley (1986), dans une organisation professionnelle, la planification stratégique est une activité hautement participative conduite pour une bonne part par les professionnels eux-mêmes.

À la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, cette particularité a été intégrée parmi les principes directeurs de la démarche de planification stratégique :

- "la réussite d'un plan stratégique repose sur l'ampleur et la qualité de la mobilisation et de la participation de l'ensemble des ressources humaines d'une organisation en vue de définir des objectifs et des résultats auxquels elles croient ;
- une mobilisation et une participation réussies exigent que l'organisation se donne les moyens pour consulter largement, bien comprendre les idées et les attentes de ses membres et intégrer, dans toute la mesure du possible, ces mêmes idées et attentes dans son plan stratégique;" (Chaput, Monique; Larivière, Jacques; 2004, p. 4)

Cette approche "bottom up" s'est traduite concrètement par trois modalités : les consultations élargies, tant à l'interne qu'à l'externe, un vaste Forum sur l'avenir de la faculté et un Comité directeur de la planification stratégique regroupant des représentants de l'ensemble des groupes d'intérêt internes et externes à la faculté. Toutefois, un ingrédient essentiel est la formalisation de ces modalités de participation élargie. Ces activités doivent être préparées et se réaliser de façon systématique, avec rigueur, sans improvisation.

Ainsi l'identification de chaque groupe d'intérêt s'est réalisée de façon minutieuse et a été révisée plus d'une fois. Chacun de ces groupes, tant interne qu'externe, préalablement identifié, a été invité, voire rappelé s'il ne répondait pas à l'invitation initiale, et ce à la fois pour les consultations et le Forum. Concernant

l'utilisation du questionnaire qui parvenait préalablement aux participants avant les séances de consultation, il a ajouté à la standardisation et à la rigueur de cette démarche. Quant au Forum, qui a été soigneusement préparé par nos consultants, chaque activité comportait ses objectifs clairement définis, lesquels étaient partagés avec les participants.

### **L'arbitrage des initiatives proposées**

"Les initiatives doivent tout de même venir des professionnels, mais les plans sont une sorte de filtre pour déterminer quelles initiatives seraient favorisées et quelles initiatives seraient découragées." (Langley 1986)

Une approche largement participative s'impose dans une organisation comme la nôtre, nous y avons référé abondamment. Toutefois, l'envers de cette médaille revêt certains aspects plus accablants que sont la somme colossale de stratégies des plus variées les unes des autres, les attentes suscitées chez les participants de la communauté facultaire et chez les partenaires concernant la réalisation de leur stratégie, et ce dans un contexte où les ressources disponibles sont demeurées inchangées au terme de ce processus de planification.

Un plan stratégique ne peut pas se limiter à être la somme de listes d'épicerie de différents individus ou de groupes de détenteurs d'enjeux. Il faut se donner des moyens pour construire un plan cohérent émergent d'un consensus inspiré par une vision commune, bâti sur des valeurs partagées pour réaliser une mission collective. Donc, préalablement à l'arbitrage des initiatives et projets, il fallait convenir de ces éléments servant de cadre de référence : la vision, la mission, les valeurs. Pour y arriver, toujours de la façon la plus participative possible, nous avons tenu un vaste Forum sur l'avenir de la faculté. Plus de cent participants ont représenté différents groupes d'intérêts internes et externes, incluant nos partenaires. Les travaux issus de ce Forum ont été compilés et utilisés pour définir la mission, la vision, les valeurs et les orientations stratégiques. Ces éléments ont été peaufinés par le CDPS et adoptés par le Conseil de la Faculté. Notre cadre de référence était prêt !

À partir de ce moment, les membres de la direction doivent se positionner clairement et fermement pour effectuer de véritables choix stratégiques en fonction des priorités signalées afin de faire avancer l'organisation vers la nouvelle vision. Il a fallu deux mois pour définir les objectifs stratégiques et les priorités de développement pour chaque secteur et deux jours de retraite pour arbitrer parmi toutes ces initiatives de façon cohérente selon le cadre de référence. Une fois cet arbitrage fait en fonction du cadre de référence, les initiatives retenues par les membres du Comité de direction de la Faculté ont été soumises à l'approbation du CDPS. Il est inévitable qu'au terme de cet exercice, certaines personnes soient déçues. Toutefois, selon Langley, compte tenu de l'opportunité pour l'ensemble des professionnels d'avoir pu participer à ce processus de planification, et ce à différents moments, ce plan revêt quand même une certaine légitimité, malgré les insatisfactions qu'ils pourraient générer. (Langley, 1988).

Les priorités étant convenues et l'arbitrage réalisé, notre plan comporte plus de trois cent moyens, initiatives et projets pour atteindre soixante-treize objectifs sur un horizon de cinq ans ! Cet exercice est donc capital afin de réaliser un plan où la plupart y trouvent leur compte certes, mais qui génère également une cohésion envers un projet commun.

## **DES LEÇONS**

### **LE RECOURS À DES CONSULTANTS DE L'EXTÉRIEUR**

Le rôle des consultants dans une démarche de planification stratégique est de conseiller, d'aviser, de suggérer, de voir à ce que le processus de réflexion, de planification et de décision soit bien défini et suivi, à ce que les idées et les options soient bien analysées et examinées. En aucun cas, ils n'ont à décider à la place de l'organisation dans laquelle ils interviennent. Ils sont les gardiens du processus. Concrètement, les consultants aident à définir et encadrer le processus. Ils participent directement à la cueillette et à l'analyse de l'information et des opinions, et ce sans censure, ni interprétation, ni jugement de valeur. Ils préparent et animent des réunions et séances de travail et appuient la direction de la faculté dans les activités et tâches spécifiques de la démarche de planification stratégique.

Voici quelques critères pour le choix des consultants :

- Ils doivent pouvoir compter sur une expertise reconnue tant en planification stratégique que sur la connaissance de la culture des organisations professionnelles.
- Leur rôle doit être clairement défini et convenu de part et d'autre.
- L'échéancier des différentes étapes proposé doit être réaliste.

Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que malgré le recours à des consultants expérimentés et efficaces, la responsabilité première de la préparation et de l'implantation d'un plan stratégique revient à l'équipe de direction.

### **DEUX CONDITIONS : RIGUEUR ET FORMALISATION**

La rigueur était une des règles qui a encadré ce processus, depuis sa planification jusqu'à la fin. Cette rigueur nous l'avons retrouvée à chaque étape du processus. La rigueur et la formalisation ont établi la crédibilité du processus aux yeux des membres de la communauté facultaire et des partenaires. La rigueur correspond d'ailleurs aux valeurs d'une organisation professionnelle.

### **LA NÉCESSITÉ DE RÉAFFIRMER LA MISSION, DE PRÉCISER LA VISION ET DE DÉFINIR LES VALEURS**

*"La mission, la vision et les valeurs sont la colle qui scelle ensemble les membres d'une organisation."* (Adams)

On se rappelle que pour réaffirmer la mission, préciser la vision et définir les valeurs de la faculté, nous avons eu recours à un vaste Forum d'une journée entière réunissant plus de cent participants. Par la suite, cette mission, la vision et les valeurs ont été discutées et validées par le CDPS et adoptées par le Conseil de la Faculté. Toutes ces étapes peuvent à première vue, apparaître superflues, notamment pour des personnes très rationnelles et cartésiennes. En effet, la mission d'une faculté de médecine semble évidente. À quoi bon en discuter pendant des heures ?

Parce que la mission, la vision et les valeurs d'une organisation sont des éléments incontournables porteurs chacun d'un rôle distinct et utile. Selon Adams :



- "La mission est la raison d'être d'une organisation, elle précise pourquoi cette organisation existe. Les intentions initiales des fondateurs d'une organisation donnée doivent être révisées périodiquement afin que cette organisation demeure dynamique.
- Les valeurs servent de référence dans les choix de nos priorités et de guide pour choisir comment nous opérationnaliserons ces choix. Les valeurs d'une organisation procurent à tous un phare pour choisir les actions et guider les relations entre collègues, avec les clients et les partenaires.
- La vision est ce qui nous permet de continuer à avancer malgré la survenue d'obstacles. La vision est le plus puissant motivateur d'une organisation."

Il est donc pertinent de soigner cette étape qui consiste à réaffirmer la mission, à préciser la vision et à définir les valeurs; l'escamoter peut sembler plus rapide à court terme mais risque de compromettre sérieusement l'édification du plan stratégique puisque la mission, la vision et les valeurs en sont les piliers. D'ailleurs, Mintzberg souligne clairement : "en l'absence de vision, la planification ne fait qu'extrapoler le statu quo, et conduit au mieux à des changements de nature marginale des pratiques existantes." (Mintzberg 1994, p. 125)

L'articulation de la vision et la définition de la mission et des valeurs sont des éléments indispensables qui ne peuvent être substitués, même pas par le plus grandiose exercice de planification. (Hamermesh, 1986)

## **LES MULTIPLES RÉSULTATS D'UNE PARTICIPATION ET D'UNE MOBILISATION ÉLARGIES DE QUALITÉ**

### **Mobiliser vers un projet commun**

Tel que mentionné précédemment, dans une bureaucratie professionnelle, les professionnels tiennent à participer aux décisions qui les concernent ; en aucun temps, il est opportun dans une organisation professionnelle d'imposer une vision. Figurant parmi les principes directeurs, notre approche "bottom up" était une condition incontournable pour légitimer cette démarche de planification stratégique aux yeux des détenteurs de stratégies. Ainsi, les différentes modalités de mobilisation et de participation ont permis de construire un consensus autour des orientations et des objectifs stratégiques et d'en arriver à une légitimation de la vision stratégique. Langlely décrit largement cet effet d'un processus formel de planification stratégique. (Langlely, 1988)

### **Enrichir l'information obtenue**

En plus de mobiliser envers un projet commun, cette vaste consultation a fourni de l'information qualitative importante que l'analyse de documents ou la consultation de quelques groupes d'intérêt seuls n'auraient pu procurer. Nous avons ratissé dans tous les coins de l'organisation, incluant chez nos partenaires et auprès de personnes influentes à la recherche d'initiatives, d'idées ou d'opportunités ou de menaces encore inconnues par les dirigeants. Lors des entrevues, chaque question fut abordée avec ouverture de la part des consultants

qui veillaient à stimuler des discussions franches et à faire émerger les idées originales ou plus timides.

### **Établir et confirmer la connaissance de l'organisation par elle-même**

Il n'est pas rare de constater dans une organisation où les personnes travaillent de façon indépendante les unes des autres qu'il existe une méconnaissance de l'apport et des réalisations des collègues avec lesquels on ne collabore pas de façon régulière. Les commentaires des participants lors de l'évaluation du Forum nous ont clairement indiqué que plusieurs d'entre eux avaient fait des découvertes concernant l'existence de certaines activités ou le rôle de tel collègue ou tel partenaire. La présentation du diagnostic organisationnel et l'alternance des sessions de travail en ateliers et en plénière ont permis une meilleure compréhension des rôles de tous et chacun et une reconnaissance accrue des réalisations des collègues et des partenaires. Cet effet indirect du Forum fut signalé comme un des points positifs de cette journée. Langley identifie cette connaissance de l'organisation par elle-même comme un des rôles d'un processus formel de planification stratégique. (Langley, 1988)

### **Raffermir la synergie des partenariats**

Dès le début de ce processus de planification, les partenaires du réseau de la santé, soit les onze établissements membres du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS), ont été considérés comme des partenaires indispensables, voire des lieux de déploiement des professionnels et des activités de la faculté. Respecter ces partenaires et les considérer comme des "membres de la grande famille facultaire" sont des conditions de départ pour que la pédagogie médicale et la recherche soient soutenues dans un ensemble d'éléments organisationnels qui se développent en synergie.

## **LES ATTITUDES DU LEADER ET DES GESTIONNAIRES EN POSTE**

### **L'ouverture des dirigeants**

Le corollaire d'une méthodologie qui repose sur une mobilisation et une participation élargie et de qualité de tous est la nécessaire ouverture des dirigeants à se laisser influencer par les résultats découlant de chacune des étapes. Cette prédisposition à écouter, entendre et considérer les suggestions provenant de toute part doit être véritable, sincère et présente dès le départ de cet exercice. Puisque nous nous sommes dotés de moyens et avons pris le temps de bien consulter, conséquemment, nous nous devons de bien comprendre les idées et les attentes des membres et des employés.

Selon Bergeron, cette ouverture est considérée comme un signe d'un style de leadership de type transformationnel. "Ces dirigeants (leadership de type transformationnel) parviennent à *transformer* les membres de leur organisation en les rendant plus conscients de l'importance de leurs tâches et en les aidant à étendre leur horizon au-delà des intérêts personnels pour mener à bien la mission de l'entreprise" (Bergeron 2003 p. 269).

Une telle attitude est un atout majeur pour diriger et renforcer un tel processus de planification stratégique dont l'objectif principal est de mobiliser les membres de la communauté facultaire ainsi que les principaux partenaires autour d'un projet commun.

### **La réflexion stratégique et la vision stratégique des gestionnaires en poste**

Une qualité incontestable du leader dans un processus de planification stratégique est sa capacité de vision stratégique. Selon Bergeron, un stratège est quelqu'un qui sait comment traduire une vision en réalité. "Au lieu de s'en tenir à ce qui est probable, il sait envisager le possible". (Bergeron 2003 p. 268)

Cette qualité reconnue chez le doyen de la faculté couplée à l'ouverture des gestionnaires en poste à se laisser influencer par les différents résultats découlant des étapes de consultation décrites ci haut, ont favorisé au sein des membres de l'équipe de direction une réflexion à la manière des stratèges. Ce type de réflexion est particulièrement avantageux lors de l'étape du choix des orientations et de l'arbitrage des initiatives émergentes.

"Au sens large du terme, la réflexion stratégique est un processus qui permet de déterminer comment toutes les composantes individuelles et collectives d'une organisation peuvent le mieux s'adapter à l'environnement de cette dernière. Ainsi lorsque dirigeants d'une entreprise comprennent toutes les options qui s'offrent à eux et en évaluent les coûts ainsi que les avantages respectifs, ils sont en mesure de s'adapter à l'évolution inévitable de l'environnement. Or cette flexibilité augmente leurs chances de succès." (Bergeron 2003 p. 230)

### **LE CHOIX DE L'HORIZON TEMPOREL**

Aussi énergisant que puisse être un processus d'une telle ampleur, il n'en demeure pas moins réaliste que tous les plans et tous les objectifs comportent un délai de réalisation. Notre plan stratégique comporte plus de vingt orientations auxquelles sont reliés soixante-treize objectifs prioritaires qui pourront être atteints par plus de trois cents moyens, initiatives et projets. Afin de maintenir la crédibilité de ce plan stratégique plutôt colossal, l'horizon temporel de réalisation devait respecter son ampleur, tout en évitant de projeter une image d'immobilisme, ce qu'un horizon temporel démesuré aurait généré. Une réalisation sur une période de cinq ans est apparue réaliste et réalisable pour les membres du Comité de direction de la Faculté et les membres du CDPS. D'ailleurs, Bergeron suggère que le délai de réalisation de plans stratégiques doit se tenir sur un horizon de cinq ans ou plus. (Bergeron 2003, p. 240)

### **LA COHÉRENCE À LONG TERME**

Un tel plan quinquennal comportant autant d'orientations et d'objectifs prioritaires, assorti d'un plan d'action de plus de trois cents moyens et projets peut être perçu comme restreignant et n'offrant aucune marge de manœuvre devant des changements inattendus dans l'environnement interne ou externe ou devant l'émergence de nouvelles initiatives ou opportunités qui deviendraient davantage appropriées. Nous convenons que les stratégies détenues par chacun des professionnels ne surgissent pas uniquement selon un calendrier prévu, et qu'elles

doivent être continuellement considérées, notamment dans un environnement en constante turbulence comme le sont ceux de la santé et des domaines scientifiques.

Au contraire, en période d'instabilité ou de bouleversements imprévus ou lorsque surviennent des occasions inattendues, le plan stratégique fournit un cadre de référence cohérent pour ajuster les décisions en fonction de nouvelles réalités. Issus d'un processus rigoureux et collectif, la vision, la mission, les valeurs et les axes prioritaires de développement restent des balises sur lesquelles on doit s'appuyer en période d'incertitude ou de nouvelles opportunités. Le bilan annuel du plan d'action et la révision régulière des priorités de ce plan permettent également des ajustements continus et contemporains adaptés à l'évolution de l'environnement. D'ailleurs, il est connu que les planificateurs qui réussissent demeurent réalistes concernant leurs attentes et sont précis dans la définition de leurs objectifs. (Hamermesh 1986).

### **LE PLAN STRATÉGIQUE DOIT ÊTRE ASSORTI DE SON PLAN D'ACTION**

Une fois le plan stratégique rédigé et communiqué, il signe la fin du processus de planification stratégique, mais aussi le début de la conception et de la rédaction du plan d'action. Le défi d'un plan stratégique est de transformer une vision en actions concrètes mesurables selon un échéancier réaliste. Un plan d'action sérieux est le moyen pour relever ce défi. L'absence d'évaluation par la direction générale des plans qu'elle a développés figure parmi les principaux pièges à éviter. (Mintzberg, 1994, p.163).

Les étapes pour réaliser ce plan d'action, son contenu et ses différents usages ont été définis précédemment dans le présent document.

### **CONCLUSION**

Il est impératif pour une nouvelle équipe de direction de bien s'approprier son environnement puisque les facultés de médecine se situent dans un contexte complexe en continuelle évolution. Cette nouvelle équipe se devait de bien connaître les forces et les faiblesses de son organisation et de cerner le mieux possible les différents enjeux contemporains qui se présentent à elle en développant une bonne compréhension des contraintes, des besoins nouveaux et futurs de ses différentes clientèles, de l'évolution des environnements scientifique, politique, financier, démographique et ainsi, pouvoir identifier les opportunités et les défis auxquels elle devra faire face pour les années futures. Le concept d'une planification stratégique apparaît une solution incontournable.

Toutefois, le choix du processus revêt une importance capitale pour que le plan stratégique issu de cet exercice majeur de planification soit crédible, légitimé et endossé par l'ensemble des membres et des collaborateurs d'une organisation professionnelle. La méthodologie retenue doit considérer la culture de cette organisation et être adaptée en fonction des spécificités de celle-ci : une mobilisation et une participation élargies de l'ensemble des membres de la communauté facultaire et des partenaires immédiats.

Le recours à des consultants de l'extérieur expérimentés permet de proposer un processus formel et rigoureux de mobilisation et de participation élargies et de qualité. À l'intérieur d'un tel processus, il est nécessaire de réaffirmer

la mission, de préciser la vision et de définir les valeurs. Ces éléments serviront de cadre de référence pour prioriser les objectifs stratégiques.

Un plan stratégique quinquennal doit être assorti de son plan d'action, qui réévalué annuellement, assurera une cohérence à long terme dans la prise de décisions survenant dans un environnement dynamique.

"Atteindre l'excellence en planification stratégique repose sur un processus de mobilisation et de participation de tous les membres en vue de définir et d'atteindre des objectifs et des résultats auxquels ils croient." (Chaput, Monique ; Larivière, Jacques ; p.5).

## BIBLIOGRAPHIE

Adams, Don, *The Pillars of Planning: Mission, Values, Vision*, National Endowment for the arts <http://arts.endow.gov/resources/Lessons/ADAMS.HTML>, consulté le 16 juillet 2005.

Bergeron, Pierre, G., *La gestion dynamique. Concepts, méthodes et applications*, Gaëtan Morin Éditeur, Montréal, 2003, 880 pages

Chaput, Monique; Larivière, Jacques; *Projet d'élaboration d'un plan stratégique*, janvier 2004, 11 pages.

Desmarteaux, Robert, H.; *Fondements du management*, Cours dans le cadre de la Maîtrise en administration des services de santé pour cadres en exercice, Université de Montréal, Faculté de médecine, Département d'administration de la santé, Automne 1996.

Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, *Grandir et innover pour une société en santé. Plan stratégique 2005-2009*, Université de Sherbrooke, 2004, 71 pages.

Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, *Grandir et innover pour une société en santé. Plan stratégique 2005-2009*, <http://www.usherbrooke.ca/medecine/>

Hamermesh, Richard, G., *Making planning strategic*, *Harvard Business Review*, July 1986, pp 115-120

Hébert, Réjean; *L'avenir de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke*, Document non édité, janvier 2004, 33 pages,

Langley, Ann, *The Roles of Formal Strategic Planning*, Long range planning, vol 21, no 3, pp 40-50, 1988

Mintzberg, Henry, *Grandeur et décadence de la planification stratégique*, Dunod, Paris, 1994, 455 pages.

Mintzberg, Henry, Quinn, James Brian, *THE STRATEGY PROCESS: Concepts, Contexts, Cases*, Prentice Hall, New Jersey USA, 1991, 1083 pages.

Mintzberg, Henry, *LE MANAGEMENT: voyage au centre des organisations*, Les Éditions d'organisation, Paris, 1990, 570 pages

Porter, Michael, *Choix stratégique et concurrence: Techniques d'analyse des secteurs et de la concurrence dans l'industrie*, Collection Gestion, 1990, 426 pages.

## III.2 - Stratégie de changement dans une faculté de Médecine : le rôle des relations internationales

*Professeur Étienne LEMARIÉ  
Chargé des Relations Internationales  
Université de Tours*

Les relations internationales constituent une longue tradition de nos facultés de médecine. Elles en sont une richesse essentielle car c'est une de nos missions, inhérente à notre rôle de médecin. Nos étudiants vont découvrir à l'étranger d'autres pratiques. L'accueil d'étudiants étrangers nous permet de découvrir d'autres cultures. Comment faciliter ces échanges ? Quels sont les obstacles ?

Nos étudiants ont la possibilité d'effectuer des stages à l'étranger de plusieurs manières : échanges européens dans le cadre d'ERASMUS, échanges libres avec d'autres facultés, stages d'été à l'étranger d'une durée moyenne de deux mois. Il faut reconnaître que les départs sont de plus en plus difficiles, du moins de France, du fait du caractère de plus en plus contraignant des cursus. Néanmoins, nous incitons nos étudiants à effectuer au moins un stage à l'étranger durant leurs études. Nous avons développé à cet effet, des conventions avec différentes facultés européennes mais aussi nord-américaines, africaines et d'Extrême-Orient. Chaque année, une vingtaine d'étudiants effectuent un séjour de 6 mois à un an à Bochum et Berlin en Allemagne, à Dublin ou à Saragosse. Chaque été, une cinquantaine d'étudiants partent pour des stages en Afrique du Nord et au sud du Sahara, en Amérique du Nord et du Sud, en Chine et dans le Sud-est asiatique.

En 2005, nous avons accueilli à Tours 110 médecins étrangers, AFS ou AFSA, de 29 nationalités différentes. Répartis dans différents services de spécialités. Ils sont venus se former à des techniques nouvelles, médicales ou chirurgicales. Leur présence apporte un sang neuf aux services hospitaliers. Toutefois, on se trouve confrontés à deux difficultés. La langue française tout d'abord, que certains maîtrisent mal. C'est un pré requis essentiel pour l'intégration. Certains sont par ailleurs d'un niveau scientifique insuffisant pour pleinement bénéficier de leur stage. C'est pourquoi, les nouvelles mesures pour l'accueil des médecins étrangers vont dans le bon sens : vérification préalable du niveau de français, vérification du niveau des connaissances.

Pour permettre un accueil de qualité, il est indispensable que chaque faculté se dote d'un **comité de coordination de la coopération internationale** qui fasse le pont entre la faculté et le CHU. Si l'inscription se fait à la faculté en temps qu'AFS ou AFSA, le terrain de stage est hospitalier. Ce comité a pour but de faciliter les démarches administratives souvent complexes, assurer un logement et préparer la venue dans le service hospitalier. A Tours, nous avons mis en place ce comité, constitué de représentants de la faculté et du CHU, médecins et administratifs, ainsi que des représentants étudiants. Ce comité, installé depuis 1996, comprend un comité directeur de la coopération réunissant le Doyen, le

Directeur Général et le président de la CME, appelé à définir la politique et le programme d'actions de coopération internationale hospitalo-universitaire. Il comprend également un comité de coordination chargé de préparer et de mettre en oeuvre ces actions.

L'action du comité de coordination doit se faire en lien avec la CIDMEF qui réunit l'ensemble des Doyens des facultés de médecine d'expression française. La CIDMEF définit les grandes orientations souhaitées par les Doyens en matière de coopération. Le Doyen reste le garant de la pertinence de la formation demandée par un de ses médecins en accord avec les besoins de son pays. L'accueil d'un médecin ne peut se faire sans son accord préalable.

En résumé, la coopération médicale est essentielle pour nos facultés, aussi bien pour les étudiants qui partent que pour les étudiants que nous recevons. Elle traduit l'ouverture vers l'extérieur et le dynamisme que nous voulons bien insuffler.

### III.3 – Communications orales et affichées lors des J.U.F.P.M. de Cotonou

Réforme LMD et études médicales en Afrique francophone :  
contraintes – fiabilité

**Alexis HOUNTONDI**  
*Recteur de l'Université de Parakou (Bénin)*

Les Ecoles et Facultés de Médecine d'Afrique Francophone peuvent-elles opérer la Réforme LMD ?

La question mérite réflexion pour avoir été posée sans réponse au séminaire international organisé par l'Agence Universitaire de la Francophonie à Yaoundé du 1 au 4 mars 2005.

Les contraintes liées à la réforme LMD peuvent constituer un frein à sa mise en oeuvre lorsque l'on sait que les Ecoles et Facultés de Médecine d'Afrique sont confrontées à de sérieux problèmes ayant pour noms, entre autres, insuffisance des infrastructures pédagogiques, de ressources humaines et matérielles, manque d'efficience et mal gestion.

L'entrée dans un tel système qui apparaît aujourd'hui comme une mode nouveau de gestion académique, porteur d'une culture académique ne peut s'opérer qu'après règlement d'un certain nombre de préalables que les Ecoles ne sont pas prêtes à affronter.

---

Une plate-forme collaborative pour l'apprentissage en ligne : le  
projet "Join and Learn on the Net (J@LON)"

**Jean TESTA<sup>1</sup>, Pascal STACCINI<sup>1</sup>,  
Gérald QUATREHOMME<sup>3</sup>, Daniel BENCHIMOL<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Département STIC-NTIC, UFR Médecine, Université Nice-Sophia Antipolis, France

<sup>2</sup> Président de la Commission de la Pédagogie, UFR Médecine, Université Nice-Sophia Antipolis,  
France

<sup>3</sup> Doyen, UFR Médecine, Université Nice-Sophia Antipolis, France

La préparation à l'examen national classant (ENC) est un enjeu majeur de toute composante universitaire médicale. L'UFR de médecine de Nice a choisi le programme de l'ENC comme programme du second cycle des études médicales. Pour chaque module, la liste des items a été répartie entre les différents intervenants pédagogiques. L'organisation des modules propose aux étudiants différentes approches classificatoires pour leur faciliter le classement documentaire et les révisions. La constitution des dossiers cliniques répond de plus à une démarche multidisciplinaire. La préparation à l'examen national classant relève d'une triple démarche coopérative. La première démarche relève des enseignants, la deuxième démarche relève d'échanges entre étudiants ou entre étudiants et enseignants, sur la base de courriels, de forums ou de dialogues en direct et la troisième fait intervenir les compétences d'indexation des documentalistes. En se basant sur l'utilisation d'une plate-forme logicielle appelée J@LON (Join and Learn



on the Net) nous avons créé un campus numérique (Intern@TICE) afin de répondre aux objectifs de travail coopératif précédemment décrits. Tous les auteurs et intervenants partagent trois bibliothèques d'objets : des objets de type "dossier clinique", des objets de type "quiz", des objets de type "terme de glossaire". Chaque intervenant peut enrichir les items pour lequel il a été désigné, mais il peut également apporter sa contribution à d'autres items. Sur le plan documentaire, chaque item a fait l'objet d'une indexation rigoureuse par un documentaliste selon la classification MeSH et selon une liste de requêtes "préfabriquées" et expliquées. Concernant les dossiers cliniques multimédias, les réponses sont apportées par l'étudiant en ligne et un document preuve est généré puis envoyé par courriel. Selon cette logique, il s'agit bien de favoriser l'esprit coopératif au sein du corps enseignant dans l'aide à la préparation de l'examen national.

---

Quel enseignement de l'informatique pour un usage efficient des outils de télémédecine ?

**K M AMOUSSOU-GUENOU, E SANSUAMOU**

*UER de Biophysique et Médecine Nucléaire  
FSS – Cotonou – Bénin [agkuassimarcellin@yahoo.fr](mailto:agkuassimarcellin@yahoo.fr)*

Les étudiants en médecine doivent être formés à l'usage des outils de télémédecine, à cause de son caractère incontournable au cours des prochaines décennies.

Après un bref rappel sur les objets de la télémédecine, nous évoquons son utilité dans la pratique médicale quotidienne, dans les pays en développement. Ensuite, nous exposons les concepts de base de la télémédecine ainsi que les applications les plus courantes. Puis, nous discutons des connaissances minimales et compétences en informatique d'une part pour l'implémentation des outils de télémédecine et d'autre part pour la mise en œuvre des applications.

---

Un exemple de structuration de stage de santé communautaire en médecine : le stage du Paquet Minimum d'Activités (PMA) de la Faculté des Sciences de la Santé (FACSS) de N'Djaména (Tchad).

**N'GOLET A. (1,2), IVLOULSOU D.P. (2),  
MOUANODJI M.B. (2), AVOCKSOUMA N. (2).**

*(1) : Université Marien N'Gouabi, BP 69, Brazzaville, Congo (Fonctionnaire OMS, Coordonnateur des Etudes pour la création de la FACSS de N'Djaména, 1990-2000)*

*(2) : Université de N'Djaména, Faculté des Sciences de la Santé, BP 111, N'Djaména.  
[arngolet@yahoo.fr](mailto:arngolet@yahoo.fr)*

**Contexte :** La structuration des stages de santé communautaire, qui conditionne leur réussite au plan pédagogique, sanitaire, et budgétaire apparaît insuffisante, pour ceux dont nous avons connaissance dans la sous-région Afrique Centrale. **\*But :** présenter un exemple de structuration de stage intégrée à la Politique sanitaire et aux Objectifs institutionnels d'une jeune faculté créée en

novembre 1990 sur les bases des concepts innovateurs des écoles de formation en santé de l'OMS.

**Matériel et Méthode :** Le Carnet de stage du PMA de la Faculté des Sciences de la Santé, élaboré sous notre direction, sert de référentiel à une analyse méthodologique où sont passés en revue la relation entre les objectifs du stage et les fondements du Programme de formation médicale au Tchad, les dispositions du Contrat de stage auquel sont engagés à la fois l'étudiant, la Faculté, et les ONG qui assurent le financement du stage, les exercices programmés de stage, et le module d'évaluation du stage.

**Résultats :** i) au plan organisationnel : les Centres de santé et les hôpitaux de district ruraux retenus par la Faculté en fonction de leur niveau opérationnel apparaissent comme les terrains de stage les plus adaptés. ii) au plan pédagogique : la formulation d'objectifs de stage ciblant les activités définies dans les Centres de santé (PMA) ont rendu possible l'acquisition de connaissances et d'aptitudes professionnels renforcées par la mise en œuvre d'un processus d'apprentissage par problèmes dont le stage a servi de porte d'entrée. iii) l'impact positif du stage sur l'amélioration des activités des Centres de santé ne comptant qu'un Infirmier responsable des soins par centre, et sur l'intérêt que les Comités de Santé des villages ont accordé au développement de la faculté, a facilité l'obtention d'une plus étroite collaboration du Ministère de la santé au processus de formation, et l'allocation d'appuis matériels et financiers indispensables de la part d'ONG. Cette approche a enfin contribué à l'acceptation de l'implantation définitive la Faculté des Sciences de la Santé de N'Djaména.

---

Organisations des tutorats étudiants pour le concours de P1 en  
France

**QUINTON A, BOUEIL A, DEGOS MP, DELTREUIL M,**  
**GHASSANI A, HAGET F.**

*Université Victor Segalen Bordeaux 2. C.R.A.M.E. - 146, rue Léo Saignat – 33076 – Bordeaux cedex*  
[andre.quinton@chu-bordeaux.fr](mailto:andre.quinton@chu-bordeaux.fr)

**Introduction :** La sélection des étudiants admis en P2 est effectuée par concours dans chaque faculté de médecine. Les nombres d'étudiants admis sont fixés par décret.

Depuis l'instauration du concours des écoles privées ont organisé de lucratives "prépas" qui étaient devenues incontournables, introduisant une sélection par l'argent. Deux facultés ont mis en place en 1994 de créer un tutorat étudiant. D'autres furent créés ensuite.

Ce travail présente l'état actuel des tutorats étudiants de P1 en France.

**Méthode :** Les phases de l'étude sur les tutorats en France ont été : 1° prise de contact avec chaque faculté pour s'enquérir de l'existence d'un tutorat – 2° envoi d'un questionnaire court aux responsables des tutorats identifiés – 3° complément d'enquête par lettre, courriel, téléphone.

**Résultats :** 16 tutorats ont été identifiés et 11 ont pu être étudiés.

En général le tutorat a été monté à l'initiative des étudiants. Dans 9 facultés les responsables sont des étudiants de P2 ou D1 et tes tuteurs de P2 et/ou D1. Leur nombre est variable. Les nombres de tutorés sont difficiles à apprécier car

des étudiants initialement inscrits abandonnent en cours d'année. Avec 1200 tutorés et 130 tuteurs le Tutorat de Bordeaux est le plus important.

Dans 5 facultés les tuteurs sont bénévoles, dans 6 ils sont rétribués. Dans 2 facultés le tutorat est un enseignement optionnel ; seul Bordeaux offre une UV structurée. L'inscription au tutorat est gratuite dans 3 facultés, une modeste participation aux frais (au plus 30 €) est demandé dans les autres.

La plupart entraînent au concours ("colles"), certains se limitent à des enseignements dirigés, ou des présentations sur les méthodes de travail. La plupart des tutorats ont des liens privilégiés avec les professeurs qui supervisent les exercices proposés par les tuteurs aux étudiants de P1.

**Discussion** : La création des tutorats permet de lutter contre la conception que la préparation du concours implique de suivre la préparation d'écoles privées coûteuses. Il n'y a plus d'inégalité par l'argent là où un tutorat existe.

**Conclusion** : Les stratégies de changement implique en France la promotion des tutorats étudiants pour le concours de P1.

---

Impact de l'évaluation formative sur les résultats des étudiants.

**Georges KHAYAT<sup>1</sup>, Nelly ZIADÉ<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Comité d'évaluation et de Docimologie, Faculté de Médecine, Université Saint Joseph, Beyrouth, Liban

<sup>2</sup>Service de Rhumatologie, Hôtel Dieu de France, Beyrouth, Liban.

**Introduction** : L'évaluation formative permet à l'étudiant, en répondant à des questions d'examen, d'obtenir une rétroaction sur l'efficacité de son apprentissage qu'il pourra moduler en fonction de ses lacunes. L'objectif de ce travail est d'étudier l'impact de l'évaluation formative sur les résultats des étudiants.

**Matériel et Méthodes** : L'enseignement de rhumatologie est délivré en 4ème année de médecine sous la forme de 6 séances d'enseignement dirigé (ED) concernant six sujets différents. Le résident-chef de rhumatologie a préparé trois examens formatifs en rapport avec les objectifs de trois des 6 ED. Chacun de ces trois examens, facultatifs, a été rendu disponible sur la plateforme d'enseignement WebCT 48 heures avant l'ED le concernant et jusqu'à la date de l'examen final. L'étudiant a eu la possibilité de passer ces examens autant de fois qu'il le souhaitait et a obtenu, en répondant à chacune des questions, une explication succincte en rapport avec la ou les réponses qu'il avait choisies. L'examen final a été préparé par des enseignants n'ayant eu aucune connaissance du contenu des examens formatifs et a été administré à toute la promotion en fin d'enseignement. Il était composé de deux parties. La partie A en rapport avec les objectifs des 3 ED ayant fait l'objet de l'évaluation formative, et la partie B en rapport avec les 3 autres ED. Les résultats aux parties A et B des étudiants ayant travaillé l'évaluation formative (groupe 1) ont été comparés à ceux des étudiants ne l'ayant pas travaillé (groupe 2) par le test de Kruskal-Wallis pour deux groupes.

**Résultats** : Sur les 63 étudiants de la promotion, 33 ont fait partie du groupe 1 et 30 du groupe 2. La partie A de l'examen était notée sur 36 points et la partie B sur 32 points. La moyenne sur 100 obtenue par le groupe 1 sur la partie A est de 69,52 alors que celle obtenue par le groupe 2 est de 62,2 ( $p=0,0014$ ). La

moyenne sur 100 obtenue par le groupe 1 sur la partie B est de 68,54 alors que celle obtenue par le groupe 2 est de 65,72 ( $p=0,356$ ).

**Conclusion :** L'évaluation formative permet aux étudiants d'obtenir de meilleurs résultats. Elle devrait être plus utilisée au cours d'enseignement centré sur l'étudiant.

---

## Evaluation à court terme de l'enseignement d'Histologie en PCEM2 à la faculté de Médecine de Marrakech

**Ch. KOHLER<sup>1</sup>, F. KOHLER<sup>2</sup>, B.A. MEHADJI<sup>3</sup>**

*1 Département d'Histologie – Faculté de Médecine de Nancy – France*

*[chantal.kohler@medecine.uhp-nancy.fr](mailto:chantal.kohler@medecine.uhp-nancy.fr)*

*2 SPI EAO - Faculté de Médecine de Nancy – France*

*3 Faculté de Médecine et Pharmacie de Marrakech – Maroc*

Pour l'année 2004/2005, en PCEM2, l'enseignement d'Histologie à la faculté de Médecine de Marrakech est réalisé par des enseignants venant de France. Le programme correspond à l'Histologie des organes. C'est un enseignement groupé sur une période de deux semaines associant des cours magistraux et une séance de travaux pratiques. Les supports de cours étaient accessibles sur un serveur Web et sur CD Rom.

Compte tenu de l'investissement important notamment avec la mise en place de travaux pratiques, une évaluation portant sur le vécu de l'enseignement a été réalisée par un questionnaire anonyme rempli par les étudiants à la fin de la mission.

L'enseignement a porté sur 6 chapitres, soit 22 heures de cours magistral et 2 heures de travaux pratiques avec observation de lames.

Le questionnaire d'évaluation comportait des réponses en Oui/Non et des échelles analogues visuelles. Plusieurs groupes d'items ont été évalués : le contenu des cours magistraux, l'appréciation des moyens et méthodes pédagogiques (qualité du polycopié distribué, réalisation de schémas en temps réel au tableau, prise de notes,...), l'utilisation d'Internet en complément des cours, l'apport de la séances de travaux pratiques (meilleure compréhension du cours, vision plus concrète, facilitation de l'apprentissage,...).

Les analyses statistiques comprenaient la distribution des fréquences et fréquences cumulées permettant de calculer la médiane et les quartiles ainsi que les moyennes et écart types.

Cent cinquante deux étudiants sur 176 ont rempli le questionnaire. L'analyse montre les résultats suivants : une meilleure compréhension par le dessin des schémas en temps réel, une faible utilisation d'Internet, une meilleure compréhension du cours et une visualisation plus concrète des structures grâce aux travaux pratiques.

Il apparaît qu'il est important de privilégier la réalisation de schémas commentés en temps réel mais l'utilisation d'un polycopié distribué aux étudiants est également nécessaire. L'apport des travaux pratiques est positif et les nouvelles technologies pourraient trouver tout leur intérêt avec l'utilisation de lames virtuelles permettraient de compléter les cours magistraux.

---

Un "livret de l'enseignant" en faculté des sciences de la santé à  
Cotonou : pour quelle utilité ?

**AKPO E. C., BIGOT A.,  
BAKARY- TOUKOUROU R., PADONOU N.**  
FSS – Cotonou – Bénin - [fssciuf@intnet.bi](mailto:fssciuf@intnet.bi)

Contexte:

Plusieurs jeunes enseignants de médecine à Cotonou ont exprimé, au fil des ans, le besoin de savoir, de façon précise, ce qui est attendu d'eux.

Objectifs:

Il s'est agi, sur la base des données de la littérature et de l'expérience acquise, de proposer un guide qui aborde les points suivants:

l'enseignant et les exigences de sa fonction, l'enseignant à la faculté, l'enseignant à l'hôpital, l'enseignant et l'évaluation des apprentissages, l'enseignant et l'encadrement des mémoires et des thèses, l'enseignant et la recherche, l'enseignant et les étudiants.

Méthode de travail:

Un comité d'enseignants a élaboré un projet qui a été soumis à l'appréciation des chefs de département, des anciens doyens, et d'enseignants intéressés à la pédagogie.

Résultats:

Le projet et les commentaires reçus ont permis l'édition de ce qui pourrait être appelé une proposition de "code de bonnes pratiques de l'enseignants à la Faculté des Sciences de la Santé" dans le contexte de Cotonou.

Conclusion :

"Le livret de l'enseignant" est paru et des commentaires sont demandés à différents experts en vue d'une prochaine édition revue et améliorée.

---

Comment former les jeunes médecins à la responsabilité  
professionnelle et morale dans les soins de santé aux populations.

**Mark SIEGLER, M.D. ; Lindy BERGMAN**

*MacLean Center for Clinical Medical Ethics - The University of Chicago - 5841 S. Maryland MC6098 -  
[msiegler@medicine.bsd.uchicago.edu](mailto:msiegler@medicine.bsd.uchicago.edu)*

Initier les jeunes médecins à la responsabilité morale implique de les encourager à placer les intérêts de leurs patients au-dessus de leurs propres intérêts.

L'objectif de l'éducation aux valeurs morales de la médecine est d'améliorer les soins au patient par l'identification et la résolution des problèmes éthiques rencontrés en pratique clinique. Une importante responsabilité des jeunes médecins est de se mettre à la disposition des patients du pays qui leur a permis de se former en médecine. Tout au long de l'histoire, la médecine s'est toujours trouvée face aux aspects les plus fondamentaux de la condition humaine: la naissance, la vie, la santé, la vulnérabilité et la mort. Ces aspects de la condition humaine ne sont pas modifiés par les progrès scientifiques et technologiques. Les

médecins remplissent au mieux leur rôle de soignants quand ils se comportent en professionnels moralement responsables, fournissant les soins de santé aux patients et populations les plus vulnérables. La question cruciale rencontrée par les professeurs de médecine est de savoir si un tel sens de la responsabilité morale peut être enseigné aux étudiants en médecine. Cette présentation est basée sur les 35 ans d'expérience de l'auteur dans l'enseignement de la responsabilité professionnelle et morale à des milliers d'étudiants en médecine et propose des lignes de conduite sur la manière et le moment d'enseigner ces matières aux jeunes médecins.

---

## Formation pédagogique en Afrique au sud du Sahara

**Abdel Karim KOUMARÉ<sup>1</sup> ; Jacques BARRIER<sup>2</sup> ; Serge NORMAND<sup>3</sup> ;  
Meissa TOURÉ<sup>4</sup>, César AKPO<sup>5</sup>, André GOUAZÉ<sup>6</sup>**

*1 : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto – Stomatologie – Bamako – Mali*

*2 : Faculté de Médecine et de Pharmacie de Nantes – France*

*3 : Faculté de Médecine et de Pharmacie de Montréal – Canada*

*4 : Faculté de Médecine et de Pharmacie de Dakar – Sénégal*

*5 : Faculté des Sciences de la Santé – Cotonou – Bénin*

*6 : Président Fondateur de la C.I.D.M.E.F. – Tours – France .*

Une réforme des programmes de formation en sciences de la santé dans le monde et particulièrement en Afrique a été préconisée par :

- l'Assemblée Mondiale de la Santé de 1984 ;
- la 37<sup>ème</sup> Session du Comité Régional pour l'Afrique en 1985 ;
- la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) tenue en 1995 au Caire.

A ce jour peu de réformes en profondeur ont été réalisées dans les programmes de formation en sciences de la santé en Afrique au sud du Sahara. Pour que ces réformes aboutissent, il faudrait l'existence d'un noyau de personnes intéressées à la pédagogie dans chaque institution de formation en sciences de la santé. Pour que ce noyau existe dans chaque institution, il faudrait soutenir le processus proposé par la réunion des experts de la Conférence Internationale des Doyens de Médecine d'Expression Française en pédagogie en planifiant et en mettant en œuvre des formations pédagogiques :

- de niveau 1 dont l'objectif général est de rendre le participant capable de mettre en œuvre, dans le domaine de la santé, une démarche pédagogique pré-établie par des responsables pédagogiques, dans un contexte précis ; ces formations pourraient se dérouler en Afrique sur 1 – 2 jours ; elles seront préférentiellement organisées au niveau intra – facultaire (dans chaque faculté) ;
- de niveau 2 dont l'objectif général est de rendre le participant capable de planifier, de mettre en œuvre, et d'évaluer une activité de formation en santé ; ces formations pourraient se dérouler en Afrique sur 1-2 semaines ; elles pourraient être organisées soit intra facultaires, soit à un niveau sous régional (exemple : Bamako, Dakar, Cotonou, et ou autres) ;
- de niveau 3 dont l'objectif général est de rendre le participant capable de former des formateurs en santé, et ou d'innover en matière de formation pédagogique ; ces formations pourraient se dérouler sur 1 – 2 ans ; il serait

plus économique et réaliste que ces formations soient organisées pour un départ dans un seul centre régional africain au sud du Sahara. Ces formations sont envisagées à Bamako à partir de 2006 avec le concours d'un grand nombre d'experts africains, canadiens et européens.

---

Evaluation d'une réforme : Impact de la l'application du système des unités de valeurs sur les résultats universitaires à l'UFR Sciences Médicales d'Abidjan.

**AKA J., DIOMANDE I.J.M., KRAH K.A., BROU A.I., NIGUE L., TIMITE K.A.M., KOUASSI B., EHUA S.F., LY-RAMATA B.**

*UFR des Sciences Médicales - 01 BP V 166 Abidjan 01 – Côte d'Ivoire*

[jhaka@ucocody.ci](mailto:jhaka@ucocody.ci) / [edjambo\\_jhaka\\_ci@yahoo.fr](mailto:edjambo_jhaka_ci@yahoo.fr)

La réforme de l'enseignement supérieur de 1995 en Côte d'Ivoire a introduit le regroupement des matières en Unité de Valeur ou UV et leur semestrialisation. Au plan institutionnel, elle consacrait les facultés d'alors en Unités de Formation et de Recherche ou UFR. Dès 1997, l'UFR Sciences Médicales d'Abidjan s'est lancée dans l'application de cette réforme, en vue de contribuer à l'amélioration de la formation du médecin Ivoirien.

Sept ans après, il nous a paru important d'évaluer l'impact de l'application de ce système sur les résultats universitaires de la dite UFR.

Pour y parvenir, nous avons exploité et analysé les procès verbaux des résultats des examens du PCEM-2 au DCEM-4 sur neuf années (1993-2002) correspondant à quatre années avant et à quatre années après l'introduction de ce système. Le taux d'échec a été le critère de jugement utilisé.

La comparaison des taux d'échec dans les différentes matières enseignées d'une part, et celle des taux d'échec global par année d'étude d'autre part, a montré que l'application du système de semestrialisation et des UV a amélioré de façon significative les résultats universitaires avec en outre des taux d'échec plus faibles chez les étudiantes que chez les étudiants.

Cependant, certaines UV (Anatomie pathologique spéciale, Bactériologie-Virologie, Biochimie, Physiologie, Epidémiologie et Statistique-Informatique-Méthodologie de la Recherche) ne présentent pas des résultats universitaires bien meilleurs que ceux de la méthode traditionnelle de formation.

Le système de semestrialisation et des UV appliqué à l'UFR Sciences Médicales d'Abidjan semble globalement avoir un impact positif sur les résultats universitaires des étudiants.

## Evaluation des enseignements théoriques et cliniques à la Faculté de Médecine de Strasbourg (France)

**Michèle BILLING-GRIMA, Thierry POTTECHER, Michel PATRIS,  
Patrick LUTZ, Gilbert VICENTE, Bertrand LUDES**

*Faculté de Médecine, Université Louis Pasteur, 67085 Strasbourg France*

En 2002, la Faculté de Médecine de Strasbourg a mis en place une démarche d'évaluation des enseignements théoriques et des stages hospitaliers par les étudiants. Les objectifs de cette évaluation des enseignements et des stages sont les suivants :

- permettre aux enseignants de disposer d'un retour d'informations pour ajuster et si nécessaire améliorer leurs enseignements,
- fournir aux responsables pédagogiques et aux instances (Département de pédagogie, Commissions, Conseil de Faculté) des tableaux de bord permettant des prises de décision concernant la pédagogie, l'organisation des enseignements et les moyens associés.

**Méthode :** L'évaluation des enseignements et stages est organisée par la Cellule d'Evaluation des Enseignements Théoriques et Cliniques (CEETC) placée sous la responsabilité du Département de pédagogie. L'appréciation des étudiants est recueillie par l'intermédiaire de questionnaires anonymes prédéfinis (questions ouvertes ou fermées, à lecture optique,) établis par la CEETC en étroite collaboration avec les enseignants et chefs de service concernés.

### **Résultats :**

([http://www-ulpmed.ustrasbg.fr/medecine/med\\_eval/eval\\_enseign\\_clinique.htm](http://www-ulpmed.ustrasbg.fr/medecine/med_eval/eval_enseign_clinique.htm))

#### • Enseignements théoriques

Après une phase pilote en 2002-2003, l'évaluation de 15 modules et enseignements du PCEM2 au DCEM3 a pu être réalisée en 2003-2004, 1324 questionnaires ont été analysés. Le taux de réponse varie de 23,2 à 99,5 %. Les éléments satisfaisants suivants ont été mis en évidence : l'organisation des enseignements (du PCEM2 au DCEM3), l'approche pédagogique et l'ouverture vers la clinique des enseignements fondamentaux (PCEM2, DCEM1), la cohérence des objectifs et des enseignements du 2ème cycle avec le programme de l'ENC. Parmi les points à améliorer figurent : les documents et photocopiés transmis aux étudiants (du PCEM2 au DCEM3), l'utilisation du site internet de la Faculté, l'organisation des TD dans certains modules du 2ème cycle, la coordination entre les modules du 2ème cycle.

#### • Stages cliniques

754 fiches de stage ont été analysées. Les résultats soulignent que dans la majorité des cas, les étudiants considèrent leurs stages comme très formateurs, néanmoins de nombreuses pistes d'amélioration existent tant sur le plan organisationnel que pour la définition des objectifs à atteindre durant les fonctions hospitalières des stagiaires.

**Conclusion :** Une réflexion approfondie sur les données de l'évaluation et les modifications qu'elle appelle est menée avec le Département de Pédagogie et les Commissions du Conseil de Faculté. Il est important de souligner que des propositions d'amélioration ont été faites dans tous les enseignements suite à cette première campagne d'évaluation.



Production de supports multimédia à la Faculté de Médecine de  
Tunis

**R. GOUIDER, M. NECIBI, T. KILANI, R. MECHMECHE**

*Unité de production multimédia. Faculté de Médecine de Tunis*

Le support multimédia peut constituer un outil d'apprentissage utile. A partir d'un modèle expérimenté pendant une année. L'unité de production multimédia de la Faculté de Médecine de Tunis a élaboré pour 8 modules des supports multimédia et fournis avec le polycopié d'enseignement (anatomie, neurophysiologie-neurohistologie, génétique, chirurgie, ORL, pneumologie, neurologie, néonatalogie). Plus de 5000 CD ROM ont été distribués aux étudiants avec le polycopié.

Les auteurs présentent le modèle pédagogique choisi, les difficultés observées, et à travers un questionnaire la réaction des étudiants par rapport à cet enseignement.

---

La Cellule de Ressources en Pédagogie Universitaire : un  
d'amélioration de la qualité de l'enseignement à l'Université  
d'Abomey-Calavi (Bénin).

**SOHOUDJI AGBOSSOU B., GANGBO F., DA CRUZ M.,  
AGBOSSOU K.E., BOKO G., AKPO C.**

*Faculté des Sciences de la Santé –Cotonou – République du Bénin*

En vue de l'amélioration de la qualité de l'enseignement à l'Université d'Abomey-Calavi (Bénin), il a été créé une Cellule de Ressources en Pédagogie Universitaire (CRPU) en 2001, fonctionnant à l'heure actuelle avec l'appui de la Coopération belge.

Les principaux objectifs de cette cellule sont : assurer le perfectionnement pédagogique des anciens enseignants et initier les nouveaux aux méthodes actuelles de pédagogie universitaire, promouvoir la recherche pédagogique, mettre en place les cellules pédagogiques d'entités.

Les méthodes de travail principalement utilisées sont des séminaires-ateliers préparés sur place ou en Belgique à l'intention des membres des cellules pédagogiques des entités, l'organisation d'ateliers de restitution dans chaque Etablissement, le développement d'un centre de documentation pédagogique, la dotation en équipement pédagogique de la CRPU et des entités.

Les thèmes abordés sont, entre autres, l'élaboration du plan de cours, l'utilisation du rétroprojecteur, l'évaluation des apprentissages, etc.

Pour l'avenir, il s'agira de mieux assurer l'appui aux cellules pédagogiques d'entités, d'encadrer de nouveaux enseignants et de former des experts en pédagogie dans chaque Etablissement.

Mots clés : pédagogie universitaire, cellule pédagogique d'entité, Université d'Abomey-Calavi, Bénin.

Evaluation de l'enseignement en 4e et 5e année par les  
enseignants de la Faculté de Médecine de l'Université Saint  
Joseph de Beyrouth

**Paul-Henri TORBEY, Abdou EL HAGE,  
Naji GHORRA, Georges KHAYAT**

*Comité d'Evaluation et de Docimologie, Faculté de Médecine  
Université Saint Joseph, Beyrouth, Liban*

**Introduction :** La Faculté de Médecine de l'USJ a entrepris il y a 6 ans une réforme tendant à centrer l'enseignement sur l'étudiant. Des séances d'enseignement dirigé ED par groupes ont remplacé une grande partie des cours magistraux en 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> année. Le but de notre travail est d'évaluer l'avis des enseignants sur cette réforme.

**Matériel et méthodes :** Durant l'année universitaire 2003-2004, un questionnaire de vingt six questions a été envoyé aux enseignants concernés pour évaluer leur participation aux phases de l'enseignement ainsi que leur appréciation.

**Résultats :** Sur 130 questionnaires envoyés, 54 réponses ont été recueillies (41.5%) couvrant 17 des 19 certificats enseignés. Le nombre des réponses allait de 1 à 7 par certificat. 78% des enseignants ont participé à l'élaboration des objectifs de leur enseignement et 60% à leur mise à jour; 25% jugent insuffisante leur contribution active aux cours; 20% n'ont pas été sollicités pour les questions d'examen et 33% avaient pris connaissance de la version complète de l'examen; 20% ont contribué à l'élaboration du tableau de spécification et 50% au seuil de réussite.

67% des enseignants jugeaient les objectifs et le programme de l'enseignement suffisants et 80% les jugeaient pertinents ; 25% considéraient les références proposées aux étudiants trop nombreuses et 70% peu adaptées ou incomplètes ; 37% pensaient que la durée octroyée à l'enseignement de leur certificat était insuffisante.

30% des enseignants déclaraient préparer en commun leur séance d'ED. 87% considéraient la préparation des séances par les étudiants peu ou non suffisante. 43% des enseignants étaient amenés à déroger aux règles de l'ED.

**Discussion :** Le nombre restreint (41%) d'opinions recueillies indiquerait une motivation insuffisante des enseignants. En fait, le quart des enseignants ayant répondu ne participe quasiment pas à l'enseignement et à l'évaluation des étudiants. Nombreux sont ceux qui s'écartent des règles d'application de l'ED à cause de la mauvaise préparation des étudiants.

**Conclusion :** Une formation des étudiants et des enseignants aux règles d'apprentissage par ED seraient utiles afin d'en améliorer la qualité.

## Conclusion : vers une École de Doyens

*Le monde de demain et la médecine singulièrement,  
donc nos facultés, nos médecins  
seront lumière si nous savons aujourd'hui préparer l'avenir,  
construire une vision de la médecine et de son exercice,  
de la communauté médicale de demain,  
de la faculté de médecine et de la formation médicale\*.*  
**André GOUAZE**

En avril 1996, se tenaient à Bruxelles les journées d'Etudes Internationales sur " La Faculté de Médecine et le Médecin praticien du XXI<sup>ème</sup> siècle, organisées conjointement par l'OMS et la CIDMEF.

Ces Journées faisaient suite à la résolution WHA 48.8 de l'Assemblée Mondiale de la Santé, réunie en mai 1995, invitant à « réorienter l'enseignement de la médecine et de la pratique médicale en faveur de la santé pour tous ».

Ces Journées étaient nécessaires aussi face à la prise de conscience grandissante de la responsabilité sociale des facultés de médecine à cause de :

- leur mission de production de ressources humaines pour le système de santé ;
- l'exigence de pertinence, de qualité, d'équité et d'efficacité à propos des prestations des personnels de santé.

Dix ans plus tard, la CIDMEF, lors des XVI<sup>ème</sup> Journées Universitaires Francophones de Pédagogie Médicale tenues à Cotonou, dans la continuité des réflexions de Bruxelles, s'est penchée sur la stratégie de changement dans une Faculté de Médecine.

En effet, une nouvelle démarche s'impose progressivement face à ce qui est marquant aujourd'hui dans la vie des pays, des Etats et des nations : la quête de l'excellence, la progression rapide des connaissances scientifiques et techniques dans tous les domaines y compris dans celui du développement des institutions, l'exigence de résultats rapides, utiles, de qualité durable, à coût réduit.

Les questions fondamentales abordées à Cotonou à partir d'exposés de base sont présentées dans cette monographie sous trois rubriques : le cadre conceptuel du changement, les outils et procédures, les expériences.

*Pr. César AKPO, Pr. J.-F. DENEFF*

---

\* Actes des Journées d'Etudes Internationales sur la Faculté de Médecine et le Médecin Praticien du XXI<sup>ème</sup> siècle  
Bruxelles, Avril 1996.

*Remerciements au Département de F.M.C. et de Développement Pédagogique de  
la Faculté de Médecine de Nantes – Directeur : Professeur Yves MAUGARS  
Madame Gyslaine BLANCHET ; Monsieur Jean-Yves ROIGNANT.*