



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

Évaluation du cursus
Sciences de la santé publique
en Fédération Wallonie-Bruxelles

ANALYSE TRANSVERSALE

Juin 2018

AEQES

Structure du document

L'analyse transversale se structure de la manière suivante :

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

Avis au lecteur

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

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

Les **bonnes pratiques** sont indiquées sur fond bleu. Il s'agit d'approches, souvent innovatrices, qui ont été expérimentées et évaluées dans les établissements visités et dont on peut présumer de la réussite¹.

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

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

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

Ce document applique les règles de la nouvelle orthographe.

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

Table des matières

Table des illustrations	6
Liste des abréviations	7
Introduction	9
Résumé	13
Prolégomènes	19
Chapitre 1 : Contexte de l'offre de formation en sciences de la santé publique	19
La santé publique : un champ professionnel et disciplinaire pluriel	19
Les défis actuels et futurs de la santé publique : enjeux pour les formations	20
La transition démographique	20
Les transitions épidémiologiques	21
Les maladies émergentes et l'internationalisation de la santé	21
L'autonomie des patient-e-s, entre responsabilité individuelle et sociétale	21
Les inégalités sociales de santé et les populations vulnérables	21
Besoins de qualifications multiples et positionnement complexe du master	22
Contexte des formations	23
Le processus de Bologne	23
Le décret Paysage	24
L'approche programme basée sur les acquis d'apprentissage	24
Les standards internationaux de formation en santé publique	25
Le master orphelin	26
Les masters de spécialisation	26
Les entités de santé publique dans les universités de la FWB	27
Chapitre 2 : Analyses des programmes de Sciences de la santé publique en FWB	29
Présentation générale des formations de master	29
Stratégies institutionnelles	30
Cadre de gouvernance institutionnelle	30
Gestion de la qualité	31
L'organisation et la mise en œuvre de la garantie de la qualité	31
La participation des parties prenantes	32
Le pilotage par les indicateurs	33
L'approche par compétences et le pilotage des innovations pédagogiques	33

Contenu des programmes	34
Compétences.....	34
Stages et mémoire.....	34
Alignement pédagogique.....	36
Ressources	37
Ressources humaines.....	37
Ressources matérielles.....	37
Partenariats	38
En enseignement.....	38
Avec la recherche.....	38
Avec les milieux professionnels et la société civile.....	39
Ouverture internationale	39
Aspects linguistiques.....	39
Collaborations internationales.....	40
Mobilité étudiante entrante.....	40
Mobilité étudiante sortante.....	40
Vie étudiante	40
Associations et représentation.....	40
Accompagnement des étudiant-e-s à la réussite.....	41
En synthèse : SWOT des masters évalués	43
Récapitulatif des recommandations	45
Documentation et annexes	49
Annexe 1 : Référentiel de compétences du tronc commun des masters francophones en Sciences de la santé publique.....	50
Annexe 2 : Cartographie de l'offre de formation en Fédération Wallonie-Bruxelles.....	53

Table des illustrations

Illustration 1	Compétences clés dans les masters en santé publique (Source : ASPH ²)	25
Illustration 2	Liste des diplômes ouvrant de droit l'accès au master en Sciences de la santé publique	29

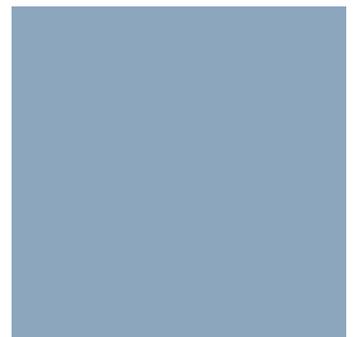
² ASPH Education Committee, *Master's Degree in Public Health: Core Competency Development Project (Version 2.3)*, Washington Dc, August 2006. Disponible sur <https://www.aspph.org/teach-research/models/mph-competency-model/> (consulté le 15 mai 2018).

Liste des abréviations

AEQES	Agence pour l'évaluation de la qualité de l'enseignement supérieur
APHEA	<i>Agency for Public Health Education Accreditation</i>
ARES	Académie de Recherche et d'Enseignement Supérieur
ASPH (ASPPH)	<i>Association of Schools (& Programs) of Public Health</i>
ASPHER	<i>Association of Schools of Public Health in the European Region</i>
CDC	Centre de contrôle des maladies
CHU	Centre hospitalier universitaire
CRef	Conseil des Recteurs des universités de la FWB
ECTS	<i>European Credit Transfer and Accumulation System</i>
EEES	Espace européen de l'enseignement supérieur
EHESP	École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP)
ENQA	<i>European Association for Quality Assurance in Higher Education</i>
EUPHA	<i>European Public Health Association</i>
FWB	Fédération Wallonie-Bruxelles
OMS	Organisation mondiale de la santé
QCM	Questionnaire(s) à choix multiples
UCL	Université catholique de Louvain
UE	Unité(s) d'enseignement
ULB	Université libre de Bruxelles
ULiège	Université de Liège

Introduction

rédigée par la Cellule exécutive de l'Agence



Cadre légal

L'exercice d'évaluation de la qualité du *cluster*³ Sciences de la santé publique en Fédération Wallonie-Bruxelles a été organisé par l'Agence pour l'Évaluation de la Qualité de l'Enseignement Supérieur (AEQES) et mené conformément aux termes du décret du 22 février 2008.

Champ évalué

L'évaluation menée par l'AEQES porte sur les masters en Sciences de la santé publique.

Universités concernées	Population étudiante inscrite en master en Sciences de la santé publique ⁴
Université catholique de Louvain (UCL)	485
Université de Liège (ULiège)	278
Université libre de Bruxelles (ULB)	353
TOTAL	1116

Ces effectifs représentent 1% de la population étudiante inscrite à l'université en 2013-2014.

Autoévaluation

En 2016-2017, les trois universités offrant ce programme d'études ont rédigé leur dossier d'autoévaluation au regard du référentiel d'évaluation AEQES⁵. Deux séances d'information ont été organisées par l'Agence afin de soutenir les coordonnateurs dans leur travail de préparation.

Les établissements ont transmis leur dossier d'autoévaluation à l'Agence en juillet 2017. Ils ont ensuite rencontré le président du comité d'évaluation chargé de l'évaluation externe au cours d'un entretien préalable les 22 ou 26 septembre 2017 afin de préparer la visite du comité.

Composition du comité d'évaluation

Un groupe de travail mandaté par le Comité de gestion de l'AEQES a analysé et validé les candidatures d'experts selon la jurisprudence⁶ établie. Il a également décidé de proposer la présidence du comité d'évaluation à M. Serge BRIANÇON. Le président a ensuite composé le comité sur la base de la liste des candidatures validées, en collaboration avec la Cellule exécutive.

Une présentation de chaque membre du comité d'évaluation est disponible en page 18 du présent document.

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

Chaque expert a signé un contrat d'expertise avec l'AEQES pour la durée de la mission ainsi qu'un code de déontologie⁷.

³ Un *cluster* est un regroupement de programmes évalués ensemble par l'AEQES, conformément au plan décennal des évaluations. En ligne : http://www.aeqes.be/calendrier_intro.cfm (consulté le 28 septembre 2017).

⁴ Données relatives à l'année académique 2013-2014. Sources : CRef (annuaire statistique 2014). Les données employées sur les plus récentes disponibles à l'heure de rédiger le présent rapport.

⁵ Le référentiel AEQES et son guide d'accompagnement sont téléchargeables au lien suivant : http://aeqes.be/infos_documents_details.cfm?documents_id=246 (consulté le 28 septembre 2017).

⁶ Disponible sur <http://www.aeqes.be/documents/20171011AEQESJurisprudenceGTExperts.pdf> (consulté le 27 juillet 2018).

⁷ Téléchargeable sur http://aeqes.be/infos_documents_details.cfm?documents_id=5 (consulté le 27 juillet 2018).

Outre les dossiers d'autoévaluation des établissements qu'il était amené à visiter, chaque expert a reçu une documentation comprenant le *Guide à destination des membres des comités d'experts*⁸ ainsi que divers décrets et textes légaux relatifs aux matières visées par l'exercice d'évaluation.

Les 20, 21 et 22 septembre 2017, la Cellule exécutive de l'AEQES a organisé un séminaire de formation à l'intention des expert-e-s des différentes évaluations menées par l'Agence en 2017-2018 afin de les préparer à la mission d'évaluation. Dans ce cadre, ont été abordés le contexte général de l'exercice, le cadre légal, la méthodologie et les objectifs visés.

Lieux et dates des visites

Les visites dans les établissements concernés se sont déroulées selon le calendrier suivant :

Université catholique de Louvain

Bruxelles, les 10 et 11 octobre 2017

Université de Liège

Liège, les 17 et 18 octobre 2017

Université libre de Bruxelles

Bruxelles, les 28 et 29 novembre 2017

Dans un souci d'équité de traitement, quelle que soit l'entité visitée, chaque groupe de personnes (professeurs, étudiants, etc.) a eu, avec les experts, un temps d'entretien de durée équivalente.

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

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

En date du 20 février 2018, les rapports préliminaires ont été transmis aux autorités académiques/directions et au(x) responsable(s) qualité de chaque établissement. Les établissements ont disposé d'un délai de trois semaines calendrier pour faire parvenir aux experts leurs observations éventuelles via la Cellule exécutive de l'Agence. S'il y a avait des erreurs factuelles, des corrections ont été apportées. Les observations de fond ont été ajoutées au rapport d'évaluation pour constituer le rapport d'évaluation mis en ligne sur le site internet de l'AEQES le 23 avril 2018.

Plans d'action et suivi de l'évaluation

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

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

⁸ AEQES, *Guide à destination des membres des comités d'experts*, Bruxelles, AEQES, 2017, 40 pages.
Téléchargeable sur : <http://aeqes.be/documents/20170616GuideExpertsV31.pdf> (consulté le 28 septembre 2017).

Analyse transversale

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

Il s'est également appuyé sur une consultation supplémentaire de professionnels et, en particulier, a pu bénéficier pour enrichir sa réflexion des apports de M. Miguel LARDENNOIS, chef de cellule à la stratégie des professions de santé à la Direction Générale des soins de santé du Service public fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement.

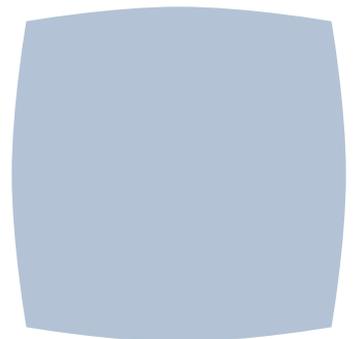
Le 5 juin 2018, l'analyse transversale a été présentée par le président du comité d'évaluation aux établissements évalués, dans un premier temps, puis aux membres du Comité de gestion de l'AEQES dans un second temps. Chaque présentation a donné lieu à un temps de questions-réponses.

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

Elle est également téléchargeable sur le site de l'AEQES depuis le 6 juin 2018.

Résumé

rédigé par le comité d'évaluation



La santé publique, discipline scientifique par sa contribution à la connaissance des problèmes de santé, à l'échelle des populations, et de leur déterminants et facteurs de risque, est aussi une discipline d'application visant à promouvoir, prévenir, restaurer et organiser la prise en charge de la santé des populations; elle a pris une importance croissante au cours des six dernières décennies et est devenue un **enjeu de formation** en Belgique comme ailleurs.

La Fédération Wallonie-Bruxelles, pour une population de 4 500 000 habitants, dispose de trois formations de niveau master, deux à Bruxelles et une à Liège. Ces formations sont essentiellement, mais non exclusivement, ouvertes aux étudiant·e·s et professionnel·le·s de santé dans un esprit d'orientation ou de reconversion particulière. Cette situation résulte du caractère dit «**orphelin**» des masters, c'est-à-dire de l'absence de bachelier correspondant dans la discipline, ce qui a deux conséquences :

- 1) l'absence de formation de professionnel·le·s de niveau technicien supérieur (bachelier) pourtant nécessaires dans de nombreux secteurs de la discipline. Les universités et l'ARES sont invitées à suivre les réflexions et prospectives en cours au niveau européen;
- 2) un recrutement très tourné vers les professions de soin et spécialement infirmières pour lesquelles ils sont devenus une voie de progression d'autant qu'ils peuvent accueillir en leur sein des finalités cliniques. La FWB et ses universités sont appelées à être attentives à la pertinence des évolutions du master en Sciences de la santé publique au regard des possibles créations de masters en Sciences infirmières.

Les trois formations couvrent les **grands champs de la santé publique** tels qu'ils sont proposés par les instances *ad hoc* européenne et nord-américaine. Elles les abordent de façon différente, en privilégiant certaines approches, par exemple les sciences humaines et sociales à l'UCL, l'épidémiologie à l'ULB, les pratiques de soins à l'ULiège. On note néanmoins que seule l'ULB dispose d'une finalité en santé environnementale dont on connaît toute l'importance actuelle.

Les **collaborations entre les trois entités** de santé publique sont modestes; elles portent sur l'utilisation d'un référentiel de compétences pour le tronc commun des trois programmes et sur les diplômes de master complémentaire malheureusement hors champ de l'évaluation, ce qui ne permet pas une vision claire et complète de l'offre de formation dans le domaine, et réduit probablement la pertinence du regard porté. Les différences de positionnement institutionnel n'y sont sans doute pas étrangères : faculté dédiée à la discipline à l'UCL, entité indépendante des facultés à l'ULB, département au sein de la faculté de médecine à l'ULiège dont la situation géographique implique également un recrutement de proximité plus important que celui des entités bruxelloises.

Dans chacune des universités, la **gouvernance des formations** a été dissociée de celle de la recherche, à des fins de gestion. L'attention portée à une articulation pleine et entière entre elles doit être une priorité pour renforcer la visibilité de l'entité autour de thèmes d'excellence communs, et de maintenir la pertinence des formations à l'aune de l'amélioration des connaissances scientifiques. La place importante des assistant·e·s-doctorant·e·s est de ce point de vue intéressante, sous réserve de ne pas obérer la durée de leur activité de thèse.

Les trois universités ont énoncé des politiques relatives à la qualité mais n'ont **pas mis en œuvre de dispositif interne de garantie de la qualité**. Elles ont par ailleurs développé des **structures d'appui aux formations et à la qualité** dont les finalités et le niveau sont hétérogènes et dont l'utilisation par les entités est parfois faible et regardée par elles comme une perte d'autonomie.

Les **étudiant·e·s** sont impliqué·e·s dans les instances à de nombreux niveaux de la gouvernance. Dans certains cas, leur implication dans les structures décisionnaires gagnerait à être renforcée. Leur point de vue – quand il a pu s'exprimer individuellement, ou collectivement à travers leurs représentant·e·s ou les enquêtes d'évaluation – est partiellement ou très bien pris en compte par les enseignant·e·s, parfois avec l'aide des personnes en charge de la coordination pédagogique.

Les universités et les entités de santé publique sont aussi indiscutablement engagées dans le mouvement de réforme pédagogique orienté vers **l'approche programme et la qualité** initiée par le processus de Bologne (2004 pour la FWB) et renforcée avec le décret Paysage (2013). Même si ces réformes peuvent être vécues comme des menaces, des contraintes sources de difficultés, elles ont aussi constitué un facteur d'engagement des équipes.

La **pertinence des programmes**, qui renvoie à l'adéquation de leurs objectifs aux besoins professionnels et sociétaux en santé publique, est ici pour beaucoup fondée sur une approche informelle, construite sur l'expertise, la compétence, le réseau enseignant, scientifique et professionnel de chaque enseignant-e.

La formalisation de l'interrogation des professionnel-le-s, des chercheur-euse-s et des instances de santé publique doit être réfléchi et mise en œuvre pour assurer que les formations proposées permettent aux diplômé-e-s d'avoir les meilleures chances de disposer d'un profil adéquat aux besoins du monde socioprofessionnel. Ces consultations devraient également s'inscrire dans une prospective à plus long terme sur les enjeux futurs de la discipline au regard des évolutions et grandes tendances de la santé et pourraient, pour plus d'efficacité, être menées en collaboration entre les trois universités.

La **cohérence des programmes**, qui renvoie à l'adéquation entre les acquis d'apprentissage, le contenu des activités d'enseignement et l'évaluation des acquis des étudiant-e-s, a fait l'objet de larges réflexions dans les trois universités. Elle s'appuie sur le référentiel de compétences du tronc commun, mais est moins présente dans les unités d'enseignement plus spécialisées, généralement proposées au second bloc. L'approche cours est encore très prégnante, reflet des difficultés de calendrier et donc de temps à consacrer aux échanges et à la préparation des contenus. Le cours *ex cathedra* reste prépondérant et les innovations pédagogiques encore insuffisantes malgré quelques belles expériences. L'utilisation du numérique (*e-learning*) est encore peu développée en dépit de l'existence de soutiens institutionnels. Les évaluations restent encore pour beaucoup

sous forme de QCM, explorant les connaissances formelles et non l'ensemble des acquis visés par l'apprentissage. Les stages et le mémoire restent les formes les plus évoluées de mise en situation professionnelle et de son évaluation. Les stages sont le plus souvent très courts et le couplage avec le mémoire est non systématique alors que ce dernier impose souvent des recueils de données qui impliquent une immersion sur le terrain. Le statut et l'impossible rémunération du stage en FWB semblent être les raisons premières de cette situation. L'encadrement et l'évaluation des mémoires sont porteurs de sentiments d'équité non optimale et mériteraient une réflexion globale sur les enjeux et les possibilités de les améliorer. L'alignement pédagogique reste une visée et un enjeu auxquels les équipes de santé publique doivent rester attentives.

Les établissements ont tous développé et mis en œuvre des **politiques visant à soutenir les étudiant-e-s dans leurs parcours**, depuis la mise à disposition d'instruments numériques pour chacun et chacune, les passerelles, jusqu'aux aides personnalisées, la validation des acquis de l'expérience (VAE) encore peu utilisée, les dispenses d'UE, le tutorat étudiant, etc.

La suppression, avec le décret Paysage, de l'année préparatoire au master et l'introduction d'UE complémentaires de prérequis en fonction des études préalables a engendré des difficultés pour les étudiant-e-s – dont le nombre est relativement important – poursuivant en parallèle de leurs études une activité professionnelle. Cette situation conduit à une difficulté à réaliser le master dans les deux ans impartis et communiqués aux étudiant-e-s; elle devrait être mieux appréciée par la définition d'indicateurs pertinents comme le comité d'évaluation le recommande par ailleurs.

Des modifications profondes des comportements et des parcours étudiants sont apparues.

Toutefois, la **connaissance quantitative** de ces modifications reste relativement faible et ce, pour deux raisons :

- les textes règlementaires interdisent la communication de données chiffrées sur les activités et résultats des établissements et des programmes; le pilotage par indicateurs, pourtant recommandé, en est totalement décrédibilisé;

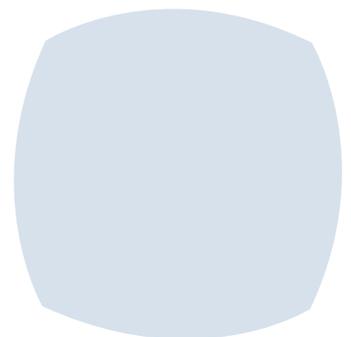
- La réflexion sur les indicateurs pertinents au pilotage des formations est au point mort au regard des évolutions récentes, induites par le décret Paysage, de la définition de la réussite et des poursuites d'études.

Dans ce contexte, l'approche descriptive transversale par année universitaire est inopérante à comprendre les situations générées; des approches de cohortes associées à des indicateurs sont indispensables; les causes d'abandon, et non seulement leur nombre, doivent être recueillies et analysées pour pouvoir améliorer le système; pour un master orphelin, la prise en compte de la filière d'origine est une évidence qui ne semble pas partagée; les indicateurs devraient être communs et donc élaborés par l'ARES, en collaboration avec l'AEQES, les universités, et les équipes en place. Les données doivent être analysées selon une procédure standard.

Enfin, des **plans d'actions** ont été initiés par chacun des programmes. Ceux-ci s'appuient de façon structurée et sincère sur les analyses comprises dans les dossiers d'autoévaluation. Le comité d'évaluation espère que les analyses et recommandations qui figurent dans le présent rapport permettront d'enrichir encore ces plans d'action.

Contenu de l'analyse transversale Sciences de la santé publique

rédigé par le comité d'évaluation



M. Serge BRIANÇON,*expert pair et président du comité*

Docteur en médecine, professeur des universités-praticien hospitalier, Serge Briançon a été directeur de l'École de santé publique de la Faculté de médecine de l'Université de Lorraine jusqu'en septembre 2016 et chef du service Épidémiologie et Évaluations cliniques du Centre hospitalier universitaire de Nancy jusqu'en octobre 2015. Il a été notamment membre de la Commission scientifique spécialisée Santé publique de l'INSERM, membre du Conseil national des Universités (section 46.01), membre du Conseil scientifique de l'Institut de Veille sanitaire (InVS, devenu Santé Publique France), Vice-Président de la commission Maladies chroniques du Haut Conseil de la Santé publique (HCSP). Il a réalisé des expertises et est conseiller scientifique du Haut conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (Hcéres).

Mme Lisa CANN,*experte étudiante*

Étudiante en master de Santé publique à l'École des Hautes Études en Santé publique (Rennes, France) après des études en soins infirmiers, Lisa Cann est investie dans la vie associative et syndicale étudiante française. Elle a été présidente de la Fédération Nationale des Étudiant·e·s en Soins Infirmiers et élue au Conseil National des Œuvres Universitaires et Scolaires (CNOUS). Elle siège également au Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) au titre de personnalité qualifiée.

M. Christian CHAUVIGNÉ,*expert de l'éducation et en gestion de la qualité*

Docteur en Psychologie sociale, Christian Chauvigné a assumé différentes responsabilités de direction des études et de la gestion de la qualité au sein de l'École des hautes études en santé publique à Rennes. Il assuré diverses expertises pour des agences d'évaluation et d'accréditation de l'enseignement supérieur, en France et en Suisse.

M. Fred PACCAUD,*expert de la profession*

Médecin de santé publique, Fred Paccaud a assuré pendant près de trente ans la direction de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) à Lausanne (Suisse). Il a également été Vice-recteur de l'Université de Lausanne entre 1991 et 1995 et Professeur associé aux Universités McGill et de Montréal (Canada). Il est également impliqué dans le Fonds national suisse de la recherche scientifique.

Prolégomènes

Le comité d'évaluation souhaite souligner la qualité de l'accueil reçu lors des visites, la qualité des échanges, des documents reçus, et des compléments d'information obtenus.

L'engagement des universités dans les démarches proposées par l'AEQES est indéniable, même si elles sont vécues tantôt comme une valeur ajoutée au développement des programmes, tantôt comme des contraintes peu contributives à la résolution de leurs difficultés. Elles ont en tout cas été l'opportunité de démarches parfois nouvelles et reflétées dans les dossiers d'autoévaluation, base du dialogue entre le comité d'évaluation et les établissements, les entités, les équipes et les parties prenantes internes et externes.

Le comité d'évaluation, fortement inspiré par les enjeux de la santé publique, des professions visées par les masters en Sciences de la santé publique et de leur formation, s'est appuyé sur les sources fournies et le référentiel d'évaluation, véritable fil conducteur de l'évaluation AEQES, articulé autour de la gouvernance, la pertinence des programmes, la cohérence des programmes, l'efficacité et l'équité des programmes et l'amélioration continue à l'œuvre dans les entités évaluées.

Le comité d'évaluation espère que la présente analyse transversale constituera pour chacun et chacune un apport informatif pour le développement et l'amélioration des programmes de santé publique en FWB. Il espère que le positionnement de la santé publique dans le paysage universitaire et le contexte belge et international des formations soit également porteur de compréhension et de soutien à cette discipline encore récente et dont les enjeux sont essentiels pour la santé présente et future des Belges au sein de l'Union européenne et au-delà.

Chapitre 1 Contexte de l'offre de formation en sciences de la santé publique

La santé publique : un champ professionnel et disciplinaire pluriel

La santé publique est un champ disciplinaire de la santé souvent mal compris du grand public, qui ne conçoit la santé que sous un angle médical, clinique, individuel, enjeu d'une relation singulière entre patient-e et professionnel-le. Cette vision méconnaît les dimensions de la santé hors du soin curatif, dépendant entre autres de facteurs collectifs, environnementaux, comportementaux, organisationnels.

Une définition fondatrice (Winslow 1920, reprise en 1952 par l'OMS) la présente comme « la science et l'art de prévenir les maladies, d'améliorer, de prolonger la vie, la santé et la vitalité mentales et physiques des individus au moyen d'une action collective concertée visant à assainir le milieu, à lutter contre les maladies qui présentent une importance sociale, à enseigner à l'individu les règles de l'hygiène personnelle, à organiser des services médicaux et infirmiers en vue du diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies, ainsi qu'à mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de sa santé (...) »⁹.

Une définition plus récente et synthétique¹⁰ la définit comme « un ensemble de savoirs, de savoir-faire, de pratiques et de règles juridiques qui visent à connaître, à expliquer, à préserver, à protéger et à promouvoir l'état de santé des personnes ».

Ainsi la santé publique doit être vue comme un domaine d'application, celui de la santé appréhendée de façon globale et populationnelle, mobilisant de multiples disciplines, impliquant

⁹ Winslow C-EA, The untilled fields of public health, 1920, Science 51:23

¹⁰ Bourdillon F, Brücker G, Tabuteau D., *Traité de Santé Publique*, Paris : Lavoisier Médecine, 2016, 3^e ed., 713 p.

un grand nombre et une grande diversité de professionnel-le-s, et investissant tous les secteurs de l'activité humaine : ainsi, l'urbanisme est vecteur de protection et de production de problèmes sanitaires, l'organisation et la formation des professionnel-le-s de santé est un déterminant de l'état de santé des personnes engageant les politiques nationales, régionales et locales. À partir de disciplines biomédicales et scientifiques incluant les sciences humaines et sociales, la santé publique nécessite la mise en œuvre de démarches de connaissance de l'état de santé à l'échelle populationnelle (épidémiologie, psychologie, sociologie, économie, droit, etc.) et d'intervention visant à améliorer la situation sanitaire d'un territoire ; les principaux domaines d'intervention incluent le développement des aptitudes individuelles, la création d'environnements favorables à la santé, le renforcement de l'action communautaire, l'organisation des services de santé, l'élaboration de politiques « saines » (en anglais « *healthy* ») c'est-à-dire prenant en compte les dimensions sanitaires de toute politique¹¹.

La santé publique regroupe les fonctions, les disciplines et les métiers chargés d'élaborer les réponses adéquates aux besoins de santé de la population. Dans cette perspective, on comprend que la santé publique vise une intervention (élaborer une réponse) fondée sur l'analyse des besoins de l'ensemble de la population.

Les équipes enseignantes œuvrant dans ce domaine doivent donc être en capacité de définir l'ensemble des compétences requises et d'accompagner les futur-e-s diplômé-e-s dans leur acquisition tout en reconnaissant à chacun et chacune, enseignant-e ou étudiant-e, l'incapacité d'en maîtriser l'ensemble. C'est donc dans une approche multidisciplinaire, multiprofessionnelle et multisectorielle que doit être pensée la formation en santé publique. Tous les professionnels de santé sont des acteurs de santé publique, bien qu'ils ne soient pas tous formés dans cette discipline et ne se perçoivent souvent pas comme tels.

Les défis actuels et futurs de la santé publique : enjeux pour les formations

L'évolution prévisible des besoins de santé durant les prochaines décennies requiert une veille en vue de l'adaptation des programmes de formation. Quelques thématiques communes à la plupart des pays, sont présentées ci-dessous.

La transition démographique

Au niveau planétaire, la population vit la phase finale de la transition démographique. Commencée au Royaume-Uni vers la fin du 18^e siècle, elle devrait s'achever vers 2050. À ce moment, le renouvellement naturel de la population pourrait s'équilibrer à des niveaux faibles (taux bruts de natalité et de mortalité autour de 1%). Le nombre de Terrien.ne.s devrait se stabiliser autour de 10 milliards selon ce scénario global (d'ailleurs soumis à de fortes disparités entre territoires). Par rapport à la situation actuelle, la population planétaire post-transitionnelle sera caractérisée par une plus faible proportion d'adultes jeunes et une plus forte proportion de personnes âgées.

La diminution de la proportion des jeunes adultes s'accompagne d'une diminution de la demande de soins pédiatriques et, surtout, à une diminution des ressources humaines disponibles pour les soins aux maladies chroniques et dégénératives. C'est une situation de nécessaire adaptation – voire de crise – des systèmes de santé, déjà connue dans les pays les plus riches et appelée à diffuser et à changer les défis à relever par les pays en développement. Les personnes âgées forment un groupe de population en croissance absolue et relative, et avec, compte-tenu de l'amélioration de l'état de santé, l'apparition d'une population très âgée (« *oldest old* ») qui est – en apparence – en meilleure santé que les générations précédentes de même âge. Les caractéristiques sociales et sanitaires de ces personnes très âgées sont au demeurant encore mal connues.

Les migrations augmenteront fortement dans les décennies à venir, sous la contrainte de pressions économiques, sociales et climatiques. Les caractéristiques sanitaires de ces nouvelles populations devront être mieux cernées. Leur impact sur les systèmes de santé devra être suivi et des professionnels compétents formés.

¹¹ World Health Organization, *The Ottawa Charter for Health Promotion*, in: Milestones in health promotion, Statements from global conferences, Switzerland: WHO Press, 2009:1–5.

Les transitions épidémiologiques

La principale conséquence sanitaire de l'évolution démographique esquissée ci-dessus est l'augmentation du nombre absolu de personnes souffrant de maladies chroniques et dégénératives, à savoir les maladies cardio-métaboliques, les cancers, les maladies neuropsychiatriques et les maladies de l'appareil locomoteur qui requièrent une prise en charge par le système de soins et de santé. Une transition épidémiologique accompagne donc la transition démographique, marquée par le remplacement des maladies infectieuses transmissibles par les maladies non transmissibles (maladies chroniques et dégénératives). Deux types de réponse sont nécessaires pour affronter cette transition. Le premier est un redéploiement des services de santé pour une prise en charge des maladies chroniques, le plus souvent ambulatoire, et avec l'aide de l'entourage social. Le but en est d'améliorer la qualité de vie des patients porteurs de ces affections. Ce redéploiement est à l'œuvre dans beaucoup de pays riches. Il est et sera un défi majeur dans les pays à bas et moyens revenus. La prévention des maladies et la promotion de la santé représentent le deuxième type de réponse. Il vise à diminuer l'incidence des maladies de façon à décharger autant que possible le système de soins.

La surveillance des pathologies chroniques est appelée à changer. Il s'agit en particulier de faire évoluer les structures actuelles (développées depuis le milieu du 19^e siècle autour de la surveillance des épidémies de maladies transmissibles) vers un système de surveillance adapté à la surveillance des endémies de maladies chroniques. Les professionnels formés doivent être en capacité de répondre à ces défis.

Les maladies émergentes et l'internationalisation de la santé

L'apparition de nouvelles maladies, en particulier infectieuses, est un processus déjà observé, avec par exemple des agents dont la distribution peut changer sous l'effet des connections denses entre continents et des dérèglements climatiques, ou encore avec l'exposition à des toxiques nouveaux ou anciens.

L'approche récente « *one world, one medicine, one health* »¹² donne des clés de réflexion sur les besoins de formation dans le champ de la surveillance et la prise en charge des zoonoses.

L'autonomie des patient-e-s, entre responsabilité individuelle et sociétale

L'approche paternaliste et mandarinale de la médecine a été fortement remise en cause à la croisée des années 1960/70. La représentation de la santé uniquement comme absence de maladie résultant de comportements défavorables et rendant la victime comme unique coupable de ce qui lui arrive est contestée par des représentations profanes, mais aussi savantes, plus globales et moins curatives de la santé. Avec les maladies chroniques non curables, la personne malade devient actrice de santé, revendique sa participation aux décisions thérapeutiques, prend conscience qu'elle a un rôle à jouer dans sa capacité à vivre avec et malgré sa maladie. Les concepts de réseaux, de parcours, de coordination des soins, d'autonomie, d'*empowerment*, de qualité de vie, d'éducation du patient et de la patiente, de patient-e expert-e, de directives anticipées..., autant de bouleversements majeurs du système appelant de nouvelles fonctions, de nouveaux métiers, de nouvelles finalités pour les masters de santé publique. Les enjeux sont encore susceptibles d'évoluer fortement et notamment pour les professions paramédicales.

Les inégalités sociales de santé et les populations vulnérables

La prise de conscience de l'existence d'un « gradient social de santé », c'est-à-dire du fait que le niveau moyen de l'état de santé d'une classe sociale soit inférieur à celui de sa classe immédiatement supérieure et que ceci soit vrai à travers tout le gradient social, est récente. Ce gradient social est pourtant retrouvé pour la très grande majorité des événements et états de santé ; sa connaissance est le produit des seules investigations et analyses épidémiologiques. Elle

¹² Yamada A., Kahn L.H., Kaplan B. (et al.), *Confronting Emerging Zoonoses : the One Health Paradigm*, London : Springer, 2014.

va fondamentalement à l'encontre de l'idée reçue selon laquelle nous serions tous égaux devant la maladie et la mort. Elle n'a pas encore vraiment diffusé, y compris dans le milieu des professionnel-le-s de santé, même proches de la santé publique, auquel-le-s elle pose des questions difficiles sur leur rôle dans le phénomène et sur les façons de le surmonter. L'appropriation de ces concepts et résultats est un élément clé de la compréhension des déterminants de la santé et de la possibilité, pour les professionnel-le-s de ne pas contribuer à les aggraver. Les populations de personnes très défavorisées en sont l'expression extrême mais ne les résument pas et doivent faire l'objet d'interventions particulières, multi-facettes, avec des professionnel-le-s entraîné-e-s. Ces approches s'appliquent à d'autres populations vulnérables, personnes migrantes, personnes âgées, etc. Les évolutions démographiques et géopolitiques déjà évoquées suggèrent des besoins en augmentation dans les futures décennies.

Ces prévisions impliquent d'intégrer de nouvelles dimensions dans la formation en santé publique. À cet égard, le comité des expert-e-s souhaite émettre quatre recommandations reprises ci-dessous :

Recommandation 1a : dans chaque programme, inclure une formation démographique robuste, la santé publique se plaçant dans une perspective populationnelle, afin de familiariser les praticien-ne-s de la santé publique à la lecture, l'interprétation et l'utilisation critique des travaux démographiques.

Recommandation 1b : dans chaque programme, inclure une formation conséquente en épidémiologie et prévention des maladies chroniques et dégénératives (maladies cardio-respiratoires et rénales, diabète, cancer, maladies neuropsychiatriques) afin de familiariser les étudiant-e-s avec les maladies qui pèsent le plus sur l'organisation et le budget des systèmes de santé. Cette familiarisation se fait au travers de l'épidémiologie descriptive, les stratégies de prévention primaire (politiques de prévention, éducation à la santé) et secondaire (dépistage systématique), l'organisation des réponses aux menaces.

Recommandation 1c : dans chaque programme, inclure une solide formation sur les systèmes d'information sanitaire, observant les besoins de santé de la population et les réponses des systèmes de santé.

Recommandation 1d : dans chaque programme, offrir des mises en situation multidisciplinaire et/ou multiprofessionnelle.

Besoins de qualifications multiples et positionnement complexe du master

Au vu de l'absence d'un bachelier correspondant, le master en Sciences de la santé publique évolue dans un cadre atypique. Il doit en effet puiser dans les bacheliers existants pour constituer ses effectifs étudiants.

Cet état de fait est compatible avec le caractère pluridisciplinaire de la santé publique, qui lui permet d'envisager la santé par de multiples prismes. La diversité des cursus et des expériences des étudiant-e-s permet de dégager une multiplicité de profils de diplômé-e-s en santé publique et de répondre aux besoins variés du milieu professionnel. À cet égard, les étudiant-e-s des masters en Sciences de la santé publique de la FWB sont en majorité issu-e-s de cursus préalables tels que la kinésithérapie, la diététique ou les soins infirmiers (avec une nette prédominance de ces derniers). Si la présence de professionnel-le-s de santé peut représenter une richesse, notons que c'est pour certain-e-s étudiant-e-s l'un des seuls masters vers lesquels se tourner afin de poursuivre ou reprendre leurs études.

La restriction massive du recrutement aux professionnel-le-s du soin peut cependant constituer un handicap pour la couverture de certains profils techniques de la santé publique : biostatisticiens et biostatisticiennes, *data-managers*, chercheurs et chercheuses épidémiologistes, spécialistes en santé environnementale, etc.

Les masters en Sciences de la santé publique répondent donc au besoin de ces professionnel-le-s du soin d'obtenir un grade universitaire de master. Trois motifs principaux expliquent ce besoin :

- une réorientation de la carrière vers des fonctions relevant pleinement de la santé publique ;

- une spécialisation dans la pratique des soins (pratiques avancées, patient critique, perfusionniste) ou dans leur administration, gestion et formation (infirmier·e en chef, directeur·trice de structures médico-sociales, enseignant·e dans les bacheliers paramédicaux organisés en Haute École) ;
- une recherche « d'ouverture » sans certitude sur l'utilisation possible du diplôme obtenu et visant à mieux appréhender la place du soignant·e dans le système de santé, éventuellement pour envisager de nouveaux modes d'exercice.

Ce constat s'inscrit dans l'évolution des professions de santé (et notamment de celle d'infirmier·e) pour lesquelles apparaissent la nécessité :

- 1) d'acquérir des compétences nouvelles sous la pression démographique médicale, avec l'apparition de nouvelles tâches (transfert de compétences) dans leur profil,
- 2) de diversifier leurs spécialisations avec de nouveaux métiers autour de la prévention, de l'éducation des patient·e·s, ou d'hyperspécialisation en soins par exemple, et enfin
- 3) de s'inscrire dans le processus d'universitarisation des études professionnelles en santé.

La Belgique ne fait pas exception à cette tendance internationale. Dans sa déclaration de Genève (22 mai 2012), le Secrétariat international des Infirmières et Infirmiers de l'Espace francophone (SIDIIEF), appelait notamment les gouvernements des pays de la francophonie à ce qu'ils « instaurent un système d'enseignement universitaire couvrant les 1^{er}, 2^e et 3^e cycles d'études en sciences infirmières »¹³. Depuis une dizaine d'années, la Communauté flamande a développé une filière universitaire complète d'une nouvelle discipline en Sciences infirmières, incluant master et doctorat. En FWB, une telle offre de formation ne s'est pas encore développée, en dépit des attentes du secteur professionnel.

¹³ SIDIIEF, *Déclaration en faveur de la formation universitaire pour les infirmières et infirmiers de l'espace francophone*, 2012. En ligne : <https://www.sidiief.org/wp-content/uploads/Declaration-Geneve-adoptee-22052012.pdf> (consulté le 20 mai 2018).

En l'absence de masters dédiés aux sciences infirmières, des finalités de spécialisation infirmière sont apparues au sein des masters en Sciences de la santé publique (pratiques avancées, perfusionniste, patient·e critique, etc.), alors qu'elles n'en relèvent pas pleinement. Cette « mixité » des masters en Sciences de la santé publique nuit à leur cohérence vis-à-vis du référentiel de compétences défini par les trois universités concernées (repris en annexe 1).

Recommandation 2 : il semble primordial que la réflexion concernant les poursuites d'études en master des professionnel·le·s de santé aboutisse. Le développement de nouvelles mentions de masters, en sciences infirmières notamment, permettrait de parvenir à une plus grande cohérence au sein de l'intitulé « Sciences de la santé publique ». Ces réflexions devront bien entendu s'assortir d'évolutions législatives sur les métiers de la santé publique et sur ceux spécialisés dans le champ du soin.

Globalement, les masters en Sciences de la santé publique de la FWB souffrent d'un manque de réflexion sur la cohérence entre les finalités proposées, les compétences qu'elles permettent de développer et les besoins en qualifications du monde socioprofessionnel. Il conviendrait qu'ils puissent se recentrer sur les besoins spécifiques à la santé publique, tout en contribuant à l'apprentissage des compétences de santé publique nécessaires aux professionnel·le·s du soin.

Contexte des formations

Le processus de Bologne

La construction de l'Espace Européen de l'Enseignement Supérieur (EEES), initiée par le processus de Bologne (1999), est à l'origine de changements majeurs : architecture unique en trois cycles d'études supérieures (bachelier, master, doctorat), supplément au diplôme, système commun de crédits (ECTS), mobilité internationale, développement de l'assurance qualité. Ce dernier point a conduit la FWB à créer, en 2004, l'AEQES en reprenant les principes de la Euro-

pean Association for Quality Assurance in Higher Education (ENQA).

L'enseignement de la santé publique se place, au regard des caractéristiques citées précédemment, aux niveaux 7 et 8 du cadre européen des certifications pour l'apprentissage tout au long de la vie¹⁴.

La conférence trisannuelle, qui a eu lieu à Yerevan en 2015, a réaffirmé les priorités essentielles de l'EEES, dont l'amélioration de la qualité et la pertinence de l'apprentissage et de l'enseignement avec notamment l'utilisation des technologies numériques, le renforcement de l'employabilité des diplômé·e·s tout au long de leur vie, par exemple en développant le dialogue avec le monde professionnel, et en mettant en œuvre des programmes avec un bon équilibre entre composantes théoriques et pratiques, en rendant les systèmes plus ouverts par l'amélioration de la perméabilité et de l'articulation entre les différents secteurs de l'éducation, de la dimension sociale de l'enseignement supérieur, de la parité et des possibilités d'accès aux programmes d'enseignement supérieur.

Le décret Paysage¹⁵

Le « décret Paysage » est sans doute l'expression la plus entendue par le comité d'évaluation lors de ses visites, qu'il soit perçu comme une menace pour l'exercice de l'enseignement par certain·e·s, ou au contraire comme une opportunité à repenser le programme par d'autres. Ses conséquences sont particulières pour le master en Sciences de santé publique en raison de son caractère orphelin, de la disparition de l'année préparatoire et du nécessaire ajout de crédits complémentaires en début de cursus au titre de prérequis (voir ci-dessous).

L'approche programme basée sur les acquis d'apprentissage

L'approche programme n'est pas encore vraiment généralisée dans l'enseignement supérieur de la FWB, se heurtant aux traditions de l'approche cours, ancrée dans la revendication de la liberté d'enseignement et dans des enseignements construits individuellement sans (ou avec peu) de concertation à partir d'une thématique générale. L'approche programme est axée sur la cohérence du programme de formation et le décloisonnement des disciplines en vue de l'intégration des apprentissages¹⁶. Selon cette approche, l'accumulation de connaissances n'est plus une fin en soi, l'unité de base de la formation n'est plus le cours, tandis que la cohérence des composantes du programme est essentielle; la concertation entre acteurs du programme est dès lors centrale et il importe que celui-ci s'appuie sur les besoins sociétaux et professionnels du champ concerné. Cette approche s'inscrit naturellement en lien avec l'approche par compétences¹⁷ et par acquis d'apprentissage ainsi qu'avec le développement des démarches qualité dans l'enseignement supérieur. Ces notions ont été largement définies, débattues et parfois contestées.

Avec la définition de compétences à construire, les apprentissages sont référés à des énoncés complexes et contextualisés qui sont susceptibles d'atteindre une pertinence plus élevée, telle que définie dans le référentiel de l'AEQES, et occupent une place importante dans l'évaluation des programmes de la FWB. La définition des acquis attendus de l'apprentissage (*key learning outcomes* dans le monde anglo-saxon) amène à penser les programmes en partant de l'évaluation finale des apprentissages de l'étudiant·e, oblige à des énoncés d'acquis à atteindre évaluables et débouche sur la rédaction de profils de sortie

¹⁴ En ligne : https://ec.europa.eu/ploteus/sites/eac-efq/files/broch_fr.pdf (consulté le 2 mars 2018).

¹⁵ Décret du 7 novembre 2013 définissant le paysage de l'enseignement supérieur et l'organisation académique des études, dit « décret Paysage ».

¹⁶ CAPFE, *L'approche-programme : Définition et composantes*, Montréal : Comité d'agrément des programmes de formation à l'enseignement, Ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport du Québec, 2007.

¹⁷ Roegiers X., *La pédagogie de l'intégration : des systèmes d'éducation et de formation au coeur de nos sociétés*, Bruxelles : De Boeck, 2010.

d'enseignement. La définition des acquis rend alors lisible la cohérence du programme et son efficacité (autres éléments essentiels du référentiel d'évaluation des programmes établi par l'AEQES). Les trois universités de la FWB se sont engagées dans ces approches, les traduisent dans leur plan stratégique, et ont mis en place des structures et des dispositifs d'appui et d'accompagnement des équipes pédagogiques.

Les standards internationaux de formation en santé publique

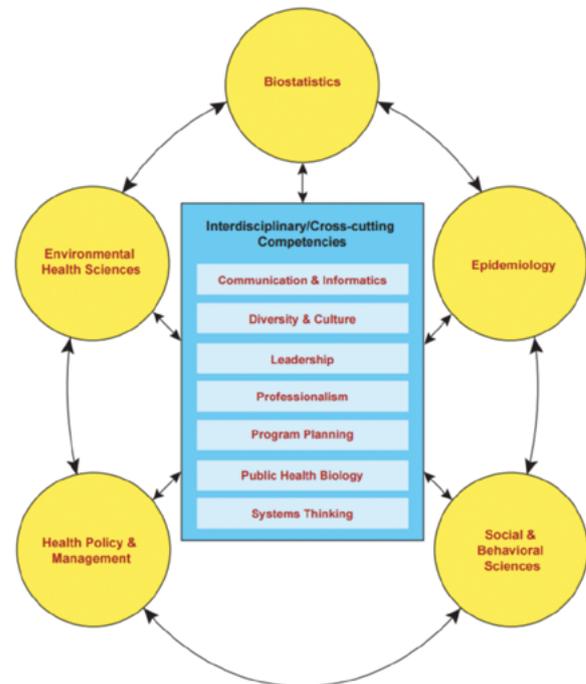
Aux États-Unis

Aux États-Unis, l'Association of Schools of Public Health (ASPH) a développé en 2004 un modèle de compétences de base pour le diplôme de master en santé publique avec le soutien des CDCs (Centres de contrôle des Maladies). L'ASPH (devenu depuis ASPPH pour l'Association of Schools & Programs of Public Health) représente la quarantaine d'écoles de santé publique accréditées en Amérique du Nord (21 000 étudiant-e-s). Des mises à jour et améliorations sont régulièrement apportées à ce référentiel.

Cinq domaines de compétences clés ont été définis au travers de ce référentiel (biostatistiques, sciences de la santé environnementale, épidémiologie, politique et gestion de la santé et sciences sociales et comportementales) et assortis de compétences spécifiques. Toute entité enseignant la santé publique doit proposer ces domaines de compétences. Les connaissances et les compétences dans ces disciplines fournissent aux futur-e-s diplômé-e-s la capacité d'analyser et d'envisager des solutions aux problèmes de santé publique aux niveaux communautaire, institutionnel et sociétal. Les diplômé-e-s acquièrent en général l'un des domaines disciplinaires de base de façon plus approfondie que les autres.

Il s'y associe des compétences interdisciplinaires transversales : communication et informatique, diversité et culture, leadership, biologie de santé publique, professionnalisme, planification de programme, approche systémique.

Illustration 1 : Compétences clés dans les masters en santé publique (Source : ASPH¹⁸)



Le Council on Education for Public Health (CEPH) accrédite les écoles et programmes de santé publique sur ces bases mises à jour.

En Europe

En Europe, l'ASPHER (Association of Schools of Public Health in the European Region), l'EUPHA (European Public Health Association) et l'APHEA (Agency of Public Health Education Accreditation) jouent des rôles similaires à ceux de l'ASPPH et du CEPH.

Les compétences clés sont définies de façon légèrement différente, mais on y retrouve les compétences déclinées dans le référentiel nord-américain : introduction et/ou essentiel en santé

¹⁸ ASPH Education Committee, *Master's Degree in Public Health: Core Competency Development Project (Version 2.3)*, Washington Dc, August 2006. Disponible sur <https://www.aspph.org/teach-research/models/mph-competency-model/> (consulté le 15 mai 2018).

publique, méthodes en santé publique incluant les méthodes épidémiologiques, biostatistiques, méthodes de recherche qualitative et d'enquête, santé de la population et ses déterminants (incluant les sciences de l'environnement, les maladies transmissibles, les maladies non transmissibles, la santé au travail, les sciences sociales et comportementales, l'évaluation des risques pour la santé, les inégalités de santé selon le gradient social), politiques de santé, économie et gestion (incluant l'économie, la planification des systèmes de santé, l'organisation et la gestion), financement des services de santé, évaluation des programmes de santé, les cibles sanitaires, l'éducation et promotion de la santé (incluant l'éducation à la santé, la promotion de la santé, la protection de la santé et réglementation, et la prévention des maladies). Il s'y associe une longue liste de compétences complémentaires thématiques, populationnelles ou méthodologiques.

L'APHEA est une agence indépendante, localisée à Bruxelles, gérée par une association internationale sans but lucratif et relevant de la loi belge. Seules cinq écoles ont été accréditées par l'APHEA à ce jour.

Le master orphelin

La dénomination de « master orphelin » attribuée au master en Sciences de la santé publique de la FWB renvoie à l'absence de bachelier de la discipline pouvant offrir un accès naturel et éventuellement de plein droit au master et identifiant des débouchés spécifiques aux deux niveaux du cursus universitaire. Cette situation résulte du développement récent de la santé publique au niveau européen continental sous l'influence des transformations sociétales et des catastrophes sanitaires de la fin du 20^e siècle. Réinvestie par les disciplines médicales et paramédicales, la santé publique s'est donc intégrée progressivement dans les cursus dévolus aux soins. Une année préparatoire a permis, jusqu'à l'entrée en vigueur du décret Paysage, de pallier l'insuffisance de prérequis sur les bases fondamentales de la santé publique. Le décret Paysage a mis fin à cette année préparatoire sans pour autant instituer un bachelier correspondant, introduisant cependant des crédits complémentaires à obtenir

en début de cursus. La définition personnalisée de ces crédits complémentaires à ajouter à son programme en fonction de son parcours antérieur n'est pas toujours aisée pour l'étudiant·e et elle constitue une charge supplémentaire pour les personnes chargées des inscriptions et pour les enseignant·e·s du cursus, ainsi qu'un potentiel fardeau pour les étudiant·e·s qui poursuivent une activité professionnelle.

L'ASPHER travaille sur une proposition de premier cycle d'éducation à la santé publique en Europe, elle génère actuellement des données sur la progression des carrières et l'employabilité des diplômé·e·s et définit les compétences de base pour les diplômé·e·s d'un bachelier afin de favoriser tant l'employabilité et l'habilitation ou l'accréditation des programmes.

Une investigation européenne est en cours sur les *curricula* et leurs contenus et fera prochainement l'objet d'un rapport ayant pour objectif de proposer un programme de santé publique basé sur une définition cohésive et intégrative des connaissances et des compétences de base des praticien·ne·s de la santé publique au niveau du bachelier.

Recommandation 3 : le comité d'évaluation encourage l'ARES, les universités et les enseignant·e·s à la vigilance face à cette problématique et à son évolution au regard des éventuels besoins de formation pour les métiers non soignants de la santé.

Les masters de spécialisation

Des masters de spécialisation et d'approfondissement en santé publique existent en FWB. Certains sont dispensés en langue anglaise et en coopération avec l'une ou l'autre des universités de la FWB ou de la Communauté flamande. D'après les informations recueillies en visite, ces masters semblent recruter majoritairement des étudiant·e·s qui n'ont pas fait le master en Sciences de la santé publique. Il existe de même un master de gestion des institutions sanitaires qui peut être suivi après le master en Sciences de la santé publique ; cette

possibilité est plus particulièrement utilisée par les infirmier·e·s qui veulent accéder à des postes d'encadrement.

Ces masters de spécialisation n'ont pas été intégrés à l'évaluation AEQES, restreinte aux masters dits de formation initiale en Sciences de la santé publique. Cette stratégie ne permet pas de disposer d'une vision complète de l'offre de formation et donc de juger parfaitement de la pertinence de l'offre de formation dans le champ disciplinaire. De la même façon, les masters n'affichent pas les formations de doctorat comme un objectif, un débouché clair ; il est remarquable de ce point de vue qu'aucune des entités évaluées n'aient pu fournir de données sur les poursuites d'études à l'issue du master qui semble ainsi être une fin d'études.

Recommandation 4 : le comité d'évaluation invite l'AEQES et le Gouvernement de la FWB à intégrer l'ensemble de l'offre de formation en santé publique de deuxième cycle au champ de l'évaluation externe.

Les entités de santé publique dans les universités de la FWB

Les masters de Sciences de la santé publique sont les diplômes phares de structures appelées Écoles de Santé Publique dont le statut diffère dans chacune des universités : faculté dédiée à la discipline à l'UCL, entité indépendante des facultés à l'ULB, département au sein de la Faculté de médecine à l'ULiège. Quelle que soit la situation actuelle, fruit de l'histoire et des personnes qui l'ont faite, elle est déclarée excellente par les parties prenantes rencontrées lors des visites d'évaluation ; elle imprime également, d'après le comité d'évaluation, les caractéristiques de fonctionnement des équipes pédagogiques, la construction du programme de master et la définition de ses finalités et options.

Un sentiment d'appartenance fort a été constaté dans les trois universités. Il traduit la cohésion des équipes et leur forte implication dans la transmission de savoirs et la construction de compétences dans le champ de leur discipline, au service de la santé des populations.

Cadre d'inspiration : la structuration des écoles de santé publique dans d'autres pays

Les écoles de santé publique se structurent de façon particulière en fonction de la culture nationale de santé publique.

Aux États-Unis, les écoles de santé publique ont une tradition non médicale et se sont construites en dehors des facultés de médecine, mettant en avant les dimensions de la santé des populations et en considérant le niveau et la qualité du système de soin curatif comme un élément parmi d'autres de l'environnement des individus.

En France, la santé publique s'est développée comme une discipline universitaire médicale, avec un recrutement d'enseignant·e·s calqué sur celui des disciplines cliniques et des missions appuyées par une fonction hospitalière. Les premières formations d'épidémiologie ont été organisées par les milieux de la recherche médicale. Les écoles ont été des départements de faculté de médecine faiblement dotés. Longtemps, seuls trois lieux de formation étaient connus (Bordeaux, Nancy et Paris) et avaient leurs spécificités propres. L'émergence de la santé publique sous l'effet des changements sociétaux déjà évoqués ont grandement ouvert le paysage auprès de nombreuses facultés et centres hospitaliers universitaires et en particulier avec la création, en 2007, de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) par transformation de l'École nationale de santé publique de Rennes (ENSP, jusqu'alors organisme de formation, sous tutelle du ministère de la santé, des directeurs d'hôpitaux, des médecins inspecteurs de la santé publique et des ingénieurs biomédicaux). L'EHESP, seule école du genre en France, s'est construite sur le modèle américain tout en y associant de nombreux médecins hospitalo-universitaires.

Chacune des entités de la FWB associe une composante de recherche orientée sur des thématiques particulières dont le fonctionnement est institutionnellement indépendant de l'enseignement. Néanmoins les connexions sont fortes :

chaque enseignant·e titulaire est impliqué·e dans des activités de recherche; les assistant·e·s avec une charge d'enseignement importante sont inscrit·e·s en doctorat; les enseignements sont irrigués par le contenu des projets de recherche; les stages et mémoires peuvent s'inscrire sur les projets de recherche.

Néanmoins, la formalisation des rapports enseignement-recherche manque le plus souvent et la qualité de l'irrigation dépend généralement d'initiatives individuelles, alors qu'elle devrait reposer sur une démarche raisonnée, inscrite dans la stratégie même des entités.

Recommandation 5 : le comité d'évaluation recommande à chaque entité d'initier un processus de réflexion structuré autour de la construction d'une convergence des points forts en enseignement et recherche et de le rendre visible aux yeux de la communauté scientifique et enseignante internationale.

Cadre d'inspiration : l'importance d'un lien étroit et formel entre enseignement et recherche

En Europe et ailleurs dans le monde, l'évolution de la formation en santé publique est rapide, répondant aux dynamiques locales : les besoins des décideurs, les profils des personnes en demande de formation et l'insertion des praticien·ne·s dans le système socio-sanitaire. Ces dynamiques sont disparates au niveau international, si bien qu'il est difficile de discerner des tendances communes.

Néanmoins, au moins une piste de réflexion est régulièrement sollicitée : il s'agit des relations entre recherche et formation. La formation de niveau master en santé publique doit s'adosser à un corpus de connaissances constamment mises à jour. Cette formation doit aussi familiariser l'étudiant·e avec les raisonnements qui relèvent, entre autres, de la médecine de population, de l'économie de la santé, de la sociologie médicale ou des biostatistiques. Il importe de maintenir une synergie lisible entre recherche et enseignement.

Il est probable qu'à terme, les entités universitaires avec une forte attractivité seront celles qui présenteront à la fois un bon cursus généraliste, ainsi que deux ou trois domaines d'excellence en recherche et en enseignement. Il y a là matière à penser et à planifier entre les trois institutions de la FWB. Il s'agit en fait d'une stratégie de développement des écoles de santé publique, qui paraît autant porteuse d'enjeux que l'amélioration de la pédagogie.

Chapitre 2

Analyse des programmes de Sciences de la santé publique en FWB

Présentation générale des formations de master

Les masters de Sciences de la santé publique francophones ont tous trois une vocation de finalité spécialisée (professionnalisante) et une structure générale assez semblable, construite en 120 ECTS autour d'un tronc commun, suivi d'orientations ou d'options. À l'UCL, l'approche méthodologique et les sciences humaines et sociales sont privilégiées. L'ULiège inclut, quant à elle, des options à dominante clinique et notamment une finalité spécialisée « Pratiques avancées en sciences infirmières » anticipant la création d'un master propre dans ce domaine (voir ci-dessus). L'ULB, enfin, offre des finalités proches des modèles de référence anglo-saxons, tout en incluant une option en Sciences et clinique infirmières.

L'hétérogénéité des formulations utilisées pour désigner les sous-ensembles des masters au sein de la FWB est sans aucun doute un obstacle à la bonne compréhension par les parties prenantes de l'offre de formation sur le territoire ; on retrouve ainsi les termes de spécialité, finalité, orientation, option, utilisés indifféremment ou avec des sens différents ou une hiérarchie inverse, et ces variations se retrouvent non seulement d'une université à l'autre, mais aussi au sein des universités.

Le caractère orphelin du master implique un recrutement d'étudiant-e-s très diversifié essentiellement parmi les professions de santé (voir liste des diplômes ouvrant de droit l'accès au master ci-dessous) et l'existence de crédits supplémentaires (jusqu'à 30 ECTS) de mise à jour des prérequis.

En 2017, le Gouvernement a actualisé la liste des diplômes délivrés par les hautes écoles (et, pour certains, également en enseignement de promotion sociale) ouvrant l'accès au master en Sciences de la santé publique moyennant un complément de programme.

Illustration 2 : Liste des diplômes ouvrant de droit l'accès au master en Sciences de la santé publique

Grade	Intitulé	Prog compl min	Prog compl max
B	Agrégé de l'enseignement secondaire inférieur en géographie, histoire ou sciences sociales	20	30
B	Agrégé de l'enseignement secondaire inférieur en biologie, chimie ou physique	20	30
B	Agronomie	20	30
B	Assistant en psychologie	20	30
B	Assistant social	20	30
B	Audiologie	20	30
B	Bandagisterie – orthésologie – prothésologie	20	30
B	Diététique	20	30
B	Écologie sociale	20	30
B	Ergothérapie	20	30
B	Gestion de l'environnement urbain	20	30
B	Logopédie	20	30
B	Psychomotricité	20	30
B	Sage-femme	0	15
B	Soins infirmiers	20	30
B	Soins infirmiers pour les titulaires d'un brevet d'infirmier hospitalier	20	30
B	Technologue en imagerie médicale	20	30
B	Technologue de laboratoire médical	20	30

S	Anesthésie	0	15
S	Biotechnologies médicales et pharmaceutiques	0	15
S	Cadre de santé	0	15
S	Gériatrie et psychogériatrie	0	15
S	Imagerie médicale et radiothérapie	0	15
S	Oncologie	0	15
S	Pédiatrie et néonatalogie	0	15
S	Santé communautaire	0	15
S	Santé mentale et psychiatrie	0	15
S	Soins intensifs et aide médicale urgente	0	15
S	Soins péri-opératoires	0	15

Légende du tableau :

B = bachelier

S = bachelier de spécialisation

Prog compl min = nombre de crédits minimum d'enseignements complémentaires imposés pour bénéficier de la passerelle

Prog compl max = nombre de crédits maximum d'enseignements complémentaires imposés pour bénéficier de la passerelle

Les bacheliers universitaires (dits « de transition ») ouvrent également l'accès au master en Sciences de la santé publique soit par voie directe, soit moyennant un complément de programme.

Stratégies institutionnelles

Les trois universités ont chacune écrit un plan stratégique tourné vers la pédagogie, la recherche et les relations avec la société afin de satisfaire à leurs trois grandes missions et fournir à leurs entités des voies de développement. Les stratégies en enseignement visent clairement à accompagner les transformations imposées par le processus de Bologne et le décret Paysage en fournissant des fonctions supports et une gouvernance plus ou moins participative, laissant aux entités la

responsabilité de l'appropriation (c'est le cas à l'UCL et à l'ULiège), s'appuyant surtout sur la gestion des ressources humaines (à l'ULB).

Les plans stratégiques des entités sont, quant à eux, globalement caractérisés par un manque de vision stratégique sur les évolutions à prévoir et à décliner, aujourd'hui et dans le futur, dans les formations, ce qui renvoie principalement à l'absence de consultation formalisée des parties prenantes externes (scientifiques et professionnelles).

Recommandation 6 : le comité d'évaluation invite les trois entités à développer leur plan stratégique en s'appuyant sur celui de leur université et éclairant les concordances et discordances de leurs approches, en capitalisant sur la complémentarité et les collaborations éventuelles entre entités et en y intégrant des visions prospectives. Ces dernières gagneraient à être enrichies par le regard du monde de la recherche et du monde socioprofessionnel de la santé publique, consultés formellement au moins à chaque changement de plan stratégique.

La révision périodique des programmes est de nature occasionnelle plutôt que stratégique et s'accomplit le plus souvent sous la contrainte ; le décret Paysage a été de ce point de vue un incitatif fort, bien qu'il ait surtout donné lieu à une réorganisation plutôt qu'à une vraie et forte rénovation pédagogique.

Recommandation 7 : le comité d'évaluation recommande la mise en place d'une animation pédagogique régulière sous forme de séminaires, adossée aux formations proposées par les universités à leurs enseignant·e·s et donnant aux assistant·e·s une place centrale, qui offrirait, à cet égard, des opportunités de changement.

Cadre de gouvernance institutionnelle

Le développement, dans les universités, de plans stratégiques, de politiques qualité et de structures

d'appui, associé, au sein des entités, à l'adhésion des responsables et enseignant·e·s, est, au-delà de disparités d'approche, un gage d'opportunités pour l'accomplissement de véritables démarches qualité.

La place des étudiant·e·s dans les structures de gouvernance universitaire est reconnue et bien en place. Elle n'a pas encore atteint sa plénitude dans les instances facultaires (où la place des étudiant·e·s se limite parfois aux seuls organes consultatifs).

Recommandation 8 : le comité d'évaluation recommande d'inclure plus systématiquement les étudiant·e·s dans les instances facultaires décisionnaires.

La consultation du monde socioprofessionnel est, quant à elle, moins visible. Si cette partie prenante externe est formellement représentée dans les conseils d'administration des universités, elle est absente dans les instances facultaires. Or, le monde socioprofessionnel pourrait jouer un rôle plus important de proximité avec la discipline et de connaissance des enjeux, évolutions probables et compétences requises pour exercer les professions de la santé publique et ainsi améliorer la pertinence des programmes (voir ci-dessous).

Gestion de la qualité

L'organisation et la mise en œuvre de la garantie de la qualité

Si au sein de chaque université proposant un master en Sciences de la santé publique, une politique et des services dédiés au développement de la qualité sont mis en œuvre, il n'existe pas à proprement parler de dispositifs internes de « garantie de la qualité ».

L'existence conjointe d'un référentiel qualité validé institutionnellement et s'appliquant à l'ensemble des composantes internes, de vérifications périodiques de la réalisation des références, de démarches qualité visant l'amélioration est absolument nécessaire. À cela pourrait s'ajouter le

développement d'une culture de la qualité conçue comme une réflexivité renouvelée pour mieux couvrir les besoins et leur évolution.

Le soutien à la qualité assuré par les universités consiste, de fait, à définir des politiques et à énoncer les objectifs dans ce domaine, parfois sous la forme d'un référentiel ou d'une charte, parfois en les intégrant aux objectifs stratégiques, en laissant aux composantes le soin de les mettre en œuvre, et à offrir des services d'accompagnement sur la base de l'adhésion et du volontariat de ces composantes. Le référentiel de l'AEQES qui pourrait constituer la base commune des référentiels « qualité » pour les universités de la FWB, n'est pas explicitement mentionné, alors même que les universités ont été impliquées dans le processus de concertation aboutissant à sa validation. En revanche, les services dédiés à la qualité des universités sont tous impliqués dans l'accompagnement des autoévaluations attendues dans le cadre de la procédure d'évaluation de l'Agence.

Ce contexte explique, en partie, le peu de connaissance et l'absence d'appropriation du référentiel de l'AEQES par les équipes actives dans les masters en Sciences de la santé publique avant la réalisation de l'autoévaluation. Cet état de fait a pu générer, chez une partie des acteurs, le sentiment d'une imposition externe d'un cadre de valeurs portant sur leur activité, à travers le processus d'évaluation, ce qui est peu propice à leur mobilisation. Pour autant, une majorité des acteurs rencontrés considère ce référentiel, une fois connu, comme une opportunité pour réfléchir sur les pratiques et les faire évoluer.

Au niveau des composantes proposant les masters en Sciences de la santé publique, l'appropriation des politiques qualité de leur université n'est pas toujours effective, même si des éléments de celles-ci sont investis ; c'est le cas notamment des dispositifs centralisés d'évaluation des enseignements par les étudiant·e·s. D'une manière générale, la culture de l'évaluation semble acquise si l'on en juge notamment par la qualité des autoévaluations, lucides et sincères, réalisées dans le cadre de l'évaluation AEQES. De même, les plans d'action, conçus à cette occasion, sont

cohérents avec les constats dressés dans les autoévaluations.

Le souci pour la qualité est d'ailleurs présent dans le chef de toutes les équipes rencontrées, mais les démarches associées sont le plus souvent informelles, les résultats non recensés et les dispositifs de pilotage des améliorations inexistantes.

Recommandation 9 : le comité d'évaluation recommande aux universités de mettre en place un dispositif institutionnel de garantie de la qualité intégrant un référentiel « qualité » validé, s'appuyant notamment sur le référentiel de l'AEQES, un système d'évaluations périodiques de la mise en œuvre des références, un suivi des démarches qualité et de leurs résultats.

Par ailleurs, si l'accueil d'étudiant-e-s étranger-e-s est très hétérogène selon les masters évalués, chaque diplômé-e peut potentiellement travailler en dehors de la Belgique. Pour autant, les référentiels qualité concernant les masters de santé publique en Europe (par exemple, celui de APHEA) ou en Amérique du nord (tel que celui CEPH) ne sont pas pris en référence comme un des éléments permettant de préciser la politique qualité au niveau du pilotage des masters.

Recommandation 10 : au regard de l'internationalisation de l'enseignement supérieur, le comité d'évaluation recommande de prendre en compte les exigences qualité concernant les masters de santé publique au niveau européen ou international pour préciser la politique qualité dans le cadre du pilotage des masters.

La participation des parties prenantes

Les parties prenantes internes sont impliquées dans tous les organes participant à la gestion de la qualité, et cela dans chaque université. Elles ont été aussi fortement sollicitées dans le cadre des processus d'autoévaluation mis en œuvre à l'occasion de l'évaluation AEQES. En revanche, les parties prenantes externes sont peu sollicitées, sinon sous des modes très informels.

Si la participation des parties prenantes externes ne s'impose pas dans les organes internes de la gestion de la qualité qui reste la responsabilité de l'établissement et de ses composantes, elle constitue un enjeu important de la qualité des programmes au regard des finalités affichées. Les multiples débouchés annoncés pour les masters en Sciences de la santé publique supposent de vérifier l'adéquation des profils de compétences développés au cours de la formation aux emplois et métiers recensés. La consultation formelle des professionnels, des employeurs, des autorités publiques définissant les politiques publiques du secteur, s'avèrerait alors nécessaire pour identifier les compétences attendues et leur évolution.

La prise d'information sur cette question reste aujourd'hui contingente ; elle est déterminée par la participation de parties prenantes externes aux enseignements et par les contacts avec les terrains professionnels que peuvent avoir des enseignant-e-s chercheur-e-s à l'occasion d'une expertise ou d'une recherche. Des procédures plus formelles de concertation garantiraient une meilleure qualité de l'offre de formation, notamment lors de la révision des programmes.

Recommandation 11 : le comité d'évaluation invite les autorités académiques à organiser périodiquement des processus formels de concertation des parties prenantes externes portant sur l'évolution des métiers et des compétences, la pertinence des profils de sortie, l'adéquation de l'offre de formation.

Enfin, l'absence de communication externe sur les résultats du programme en termes de taux d'insertion professionnelle, de taux de diplomation, de durée effective des études, ou encore de fonctions occupées par les diplômé-e-s, nuit à la lisibilité des masters.

Recommandation 12 : le comité d'évaluation recommande aux autorités académiques de garantir une information complète et étayée sur les conditions de réalisation des masters et leurs débouchés.

Le pilotage par les indicateurs

Le pilotage de la qualité par des indicateurs reste encore largement à construire. Lorsqu'il existe, le pilotage par les indicateurs, au niveau des universités, concerne essentiellement la gestion et l'attribution de ressources. Or, il est difficile de piloter l'amélioration continue de la qualité sans tableau de bord.

Qu'il s'agisse d'indicateurs sur la réussite des étudiant-e-s, aujourd'hui impactés par le décret Paysage, sur leur devenir académique et professionnel (à un an, cinq ans, dix ans, par exemple), sur les ressources humaines académiques et professionnelles mobilisées pour l'enseignement dans les masters, sur le poids respectif des modalités pédagogiques structurant les parcours d'études, force est de constater le peu de données structurées à disposition des responsables.

À défaut d'imposer des grilles d'indicateurs communes à toutes les universités, l'AEQES pourrait être force de proposition auprès de l'ARES avec des exemples de grilles d'indicateurs utiles au pilotage et à la promotion de la qualité à partir de son référentiel. Par ailleurs, il est paradoxal, alors que le pilotage par indicateurs figure parmi les critères d'évaluation de l'AEQES, d'être confronté à l'interdiction d'utiliser dans les rapports d'évaluation externe des données quantitatives qui permettraient de documenter de façon factuelle une situation particulière (par exemple, la durée médiane d'obtention du master ou les taux de réussite) ou de positionner les différentes offres (en fonction des données sociodémographiques de la population étudiante, notamment).

Recommandation 13 : le comité d'évaluation engage l'AEQES, les universités et l'ARES à améliorer le pilotage par indicateurs et notamment à définir des grilles d'indicateurs communes aux universités intégrant les dimensions liées à la qualité des formations incluant notamment les critères d'origine disciplinaire des étudiants et les critères pertinents de réussite et devenir à l'issue des études. Les tutelles doivent revoir la stratégie d'utilisation et de diffusion des indicateurs développés.

L'approche par compétences et le pilotage des innovations pédagogiques

La généralisation de l'approche par compétences s'est traduite par l'énoncé des compétences visées dans chaque programme de master des Sciences de la santé publique. L'analyse des conditions de développement de chacune des compétences, par la contribution des apprentissages proposés dans les unités d'enseignement mais aussi par le choix des modalités pédagogiques mises en œuvre, n'apparaît toutefois pas clairement posée. Le système d'évaluation des apprentissages n'est pas toujours orienté à la vérification de l'état de construction des compétences. L'approche par compétences reste donc à consolider et pourrait bénéficier de la promotion plus récente de l'approche programme (voir ci-dessus).

Passer d'une logique centrée sur les contenus des matières à enseigner à une approche par compétences constitue un véritable changement de paradigme pour l'enseignement supérieur et suppose une forte acculturation pour les enseignant-e-s. Si les formations, souvent très courtes, proposées aux enseignant-e-s au sein des universités peuvent contribuer à l'acquisition d'un bagage théorique et méthodologique utile pour favoriser cette évolution, elles ne peuvent, à elles seules, suffire à modifier la dynamique de la formation. D'autant que les principaux bénéficiaires de ces formations sont, le plus souvent, les nouveaux personnels enseignants et non l'ensemble des équipes. Une approche plus systémique et intégrée de l'accompagnement au changement auprès des équipes pédagogiques pourrait s'avérer nécessaire pour développer l'approche par compétences et promouvoir dans le même temps l'approche programme.

Pour accompagner le changement sur le plan pédagogique, les universités évaluées ont recours à des logiques de pilotage des innovations pédagogiques fondées sur le volontariat et le soutien aux expérimentations. Il s'agit notamment de ne pas heurter le principe de liberté pédagogique des enseignant-e-s tout en mobilisant des incitateurs positifs pour susciter des évolutions. Toutefois, cette stratégie trouve ses limites lorsqu'il s'agit

d'aboutir à une restructuration globale et cohérente d'une offre de formation, ici les masters de Sciences de la santé publique. Les incitateurs, pour produire les effets souhaités, devraient alors concerner l'ensemble d'une équipe ou d'un département.

Enfin, ces changements se produisent dans un contexte contraint sur le plan des ressources. Un des paramètres à prendre en compte pour appuyer les transformations en cours serait alors d'affecter des ressources exceptionnelles sur un ou deux cycles afin de finaliser le passage d'une organisation à une autre.

Recommandation 14 : le comité d'évaluation invite à la FWB et les universités à affecter des ressources exceptionnelles sur un ou deux cycles pour favoriser une restructuration globale et cohérente des masters fondée sur l'approche programme.

Contenu des programmes

Compétences

Les masters couvrent, à travers les trois universités, les grands champs de la santé publique définis par les référentiels internationaux. La couverture peut donc apparaître satisfaisante; elle laisse néanmoins des disparités territoriales (Bruxelles/Liège). La finalité Santé environnementale n'est pour l'instant enseignée qu'à l'ULB, ce qui au regard des enjeux actuels de ce domaine doit interroger sur la couverture réelle des besoins et de la demande.

Les équipes pédagogiques des trois entités de santé publique de la FWB ont su s'associer pour valider un référentiel de compétences transversales commun. Ces compétences constituent un affichage important pour les masters; elles méritent d'être utilisées de façon plus systématique par les enseignant-e-s et étendues aux finalités/options proposées. Ainsi, le comité d'évaluation encourage les entités à apporter à ce référentiel les améliorations éventuellement souhaitées, plutôt que se tourner vers d'autres référentiels.

Recommandation 15 : le comité d'évaluation recommande aux entités d'apporter au référentiel de compétences les améliorations souhaitées et à utiliser celui-ci de façon plus systématique.

De manière générale, ces démarches attestent de la volonté d'afficher les acquis d'apprentissage visés pour l'ensemble des UE et de développer une vision intégrée du programme.

Bonne pratique :

L'ULiège a effectué un travail notable d'identification de la contribution de l'ensemble des UE du tronc commun aux compétences du référentiel commun. Ce travail gagnerait à présent à être poursuivi au-delà du tronc commun et également réalisé dans les autres universités.

Les profils professionnels qui reflètent les liens faits entre les compétences et les fonctions visées à l'issue du master sont des instruments majeurs de communication et de compréhension de la part du public et des étudiant-e-s sur les attentes du monde socioprofessionnel pour l'entrée dans la vie active.

Bonne pratique :

L'ULB valorise et communique, sous formats papier et numérique, des profils d'enseignement détaillés construits notamment sur des situations professionnelles, utiles à la fois pour les étudiant-e-s, les enseignant-e-s et le monde du travail.

Bon nombre d'enseignant-e-s affichent une volonté de développer (et mettent aussi effectivement en œuvre) d'autres pratiques pédagogiques que la seule transmission de connaissances (voir ci-dessous).

Stages et mémoire

Les stages et les mémoires sont les deux principales modalités pédagogiques permettant la mise en situation professionnelle et donc la

confrontation des futur·e·s diplômé·e·s aux conditions de la vie active.

Le stage fait l'objet d'une convention tripartite (lieu du stage, université, étudiant·e), sans contrepartie financière.

Les stages sont le plus souvent très courts (quelques jours dans la grande majorité des cas) et basés sur l'observation. L'étudiant·e se contente d'observer les pratiques professionnelles ou de recherche de son lieu d'accueil sans en être partie prenante en quelque mode que ce soit. Cette forme et cette durée des stages en rendent la portée insuffisante. Ils peuvent constituer ainsi une bonne porte d'entrée sur le monde professionnel et scientifique mais ne peuvent être suffisants pour résumer la mise en situation pratique. Le poids de ces stages, variant de 2 à 15 ETCS selon les institutions et les finalités choisies, n'est pas toujours affiché de façon explicite.

Recommandation 16 : en fonction de la définition de la santé publique proposée plus haut (« un ensemble de savoirs, de savoir-faire, de pratiques et de règles juridiques qui visent [...] à promouvoir l'état de santé »), le comité d'évaluation estime qu'il est capital d'organiser une immersion précoce dans le milieu des praticien·ne·s. Cet apprentissage de l'étudiant·e devrait être suffisamment long et sanctionné par une évaluation formelle. Les maîtres de stage et les institutions correspondantes devraient être rigoureusement choisis par les autorités académiques.

Cadre d'inspiration : le stage

À l'EHESP, dans le parcours professionnel des masters, le stage est consacré au développement de compétences professionnelles au travers de :

- l'acquisition de compétences de compréhension du rôle des professionnel·le·s de santé publique dans leur environnement, ce qui va de l'identification des acteurs internes et externes à l'observation et à la compréhension de leurs logiques d'action,

- l'acquisition de compétences d'analyse des outils et méthodes utilisés par les praticien·ne·s et de leur appropriation,
- la mise en situation professionnelle dans le but d'acquérir les compétences nécessaires pour prendre des responsabilités dans la conduite de projet, l'évaluation en matière de politiques sociales et de santé, l'observation et la promotion de la santé ou l'évaluation et la gestion de risques liés à la santé,
- la production, dans le parcours recherche, d'un travail de recherche respectant les normes académiques en vigueur.

Le stage vise à :

- favoriser une approche professionnelle des questions sanitaires et/ou sociales et l'apprentissage du travail en situation réelle dans le champ de la santé publique,
- offrir à l'étudiant·e l'opportunité d'identifier des logiques d'intervention professionnelles (à l'égard d'usagers et/ou de partenaires, etc.), d'observer des pratiques et des organisations (institutions, associations, etc.), pour les comprendre, les analyser et les mettre en perspective par rapport à son projet professionnel
- permettre à l'étudiant·e de mettre en relation ses acquis méthodologiques et réflexifs antérieurs avec les missions spécifiques de son stage.

Le stage de deuxième année de master a une durée de 19 semaines et fait l'objet d'une préparation méthodologique et d'un suivi d'une durée de 15 jours. Il peut se dérouler dans un organisme d'intervention en santé publique ou dans un laboratoire de recherche. Il donne obligatoirement lieu à une gratification non soumise aux cotisations et contributions patronales et salariales de sécurité sociale. Il donne lieu à un mémoire et à une soutenance devant un jury. Il est crédité de 24 ECTS.

Le dispositif « mémoire » est présent dans les trois masters et peut adopter des aspects, des modalités et des finalités différents d'une université à l'autre. Sa valeur correspond à environ à 20 ECTS dans le bloc 2 du master. Il peut être réalisé autour d'un projet de recherche dans un laboratoire de recherche ou autour d'un programme, d'une activité, d'une pratique de santé publique (planification ou évaluation) au sein d'un organisme public ou privé, œuvrant dans le champ de la santé publique. Il est encadré par un-e promoteur-trice enseignant-e et les modalités en sont présentées de façon détaillée dans un livret élaboré par chaque université.

Le mémoire n'est pas formellement adossé au stage; s'il l'est au choix de l'étudiant-e, il lui est demandé de dissocier le rapport de stage et le mémoire, ce qui est une pratique de qualité au vu des objectifs différents que poursuivent ces deux activités d'apprentissage. Mais alors que le contenu du mémoire peut imposer, outre les explorations bibliographiques et les travaux de formalisation et d'écriture, des investigations, des recueils de données, des analyses réalisés au sein d'entreprises ou de laboratoire de recherche, donc au cours de ce qu'il faudrait qualifier de stage de longue durée, il n'existe pas de formalisation de ce processus. Cette situation ne semble pas uniquement dépendre des entités et des universités, mais de la réglementation du travail en Belgique¹⁹ qui ne permet ni la rémunération ni la gratification des stages; elle paraît ici conduire à la réalisation d'activités non visibles, laissées à la seule débrouillardise des étudiant-e-s.

Recommandation 17 : le comité d'évaluation estime que des solutions devraient être trouvées au niveau politique pour valoriser ces stages, lieu et occasion d'ouverture du monde académique sur le monde professionnel.

Dans chacune des universités, l'accompagnement du mémoire fait l'objet d'un lien fort, spécifique

entre l'étudiant-e et son promoteur ou sa promotrice, vecteur de disparités apparentes inévitables. L'évaluation doit dès lors être porteuse de valeurs d'équité.

La composition des jurys d'évaluation des mémoires est très variable d'un établissement à l'autre, d'une finalité à l'autre, voire d'un-e étudiant-e à l'autre. Ils sont généralement constitués du promoteur ou de la promotrice (à l'ULB, seulement invité-e) et d'un petit nombre de membres (deux ou trois), le plus souvent académiques, mais parfois externes à l'université, issus du monde socioprofessionnel. Bien que la composition du jury soit validée par une commission *ad hoc*, ces modalités ne garantissent pas complètement l'équité de l'évaluation. Ainsi, à titre d'illustration, les enquêtes réalisées par l'une des universités évaluées ont montré que seuls 5% des étudiant-e-s sondés estimaient que le processus d'évaluation du mémoire était équitable.

Recommandation 18 : le comité d'évaluation invite les universités à réfléchir à d'autres modalités de jury qui permettraient d'élargir le nombre et le profil des membres du jury afin qu'ils et elles répondent mieux aux exigences attendues d'évaluation objective et équitable.

Alignement pédagogique

Le travail de mise en alignement pédagogique est largement entrepris par les équipes enseignantes, logiquement démarré par la formulation des acquis d'apprentissage (pour l'instant globalement mieux formulés pour les UE du tronc commun que pour celles des options). Ces acquis demandent à présent à être agencés sur l'ensemble du programme et la contribution des UE à l'ensemble du programme et l'atteinte des acquis visés à l'issue du programme restent à approfondir. L'état d'avancement de ce travail reste très hétérogène d'une entité à l'autre.

Les méthodes pédagogiques restent dans l'ensemble classiques, très centrées sur le cours magistral principalement dans le tronc commun. L'utilisation de méthodes pédagogiques actives est plus ou moins marquée selon les universités;

¹⁹ Source : www.emploi.belgique.be (consulté le 15 mai 2018).

les stages et mémoires en font naturellement partie.

La santé publique se prête bien à l'utilisation de méthodes actives, simulation, jeux de rôles, mise en jeu de l'interdisciplinarité.

Bonne pratique :

À l'ULB, des pratiques pédagogiques innovantes diversifiées et adossées à des activités de recherche sont entreprises : organisation d'un débat public, visites de terrain, activités scientifiques, recherche-enseignement partenariale avec des professionnel-le-s de terrain, jeux de rôles, exercices à la communication scientifique.

Le développement de l'*e-Learning* reste encore modeste alors qu'il est porteur d'améliorations pédagogiques (par exemple au travers de *serious games* permettant des mises en situation et l'association de méthodes d'évaluation adaptées). L'implication des équipes pédagogiques en lien avec les services compétents des universités est une des clés essentielles de sa réussite.

L'atteinte d'un alignement pédagogique – allant jusqu'aux méthodes d'évaluation – reste un des engagements majeurs des équipes dans les cinq prochaines années et impose un passage complet de l'approche cours à l'approche programme. Cet objectif pourrait gagner à s'appuyer sur des partenariats interuniversitaires (voir ci-dessous).

Ressources

Ressources humaines

Les ressources humaines apparaissent globalement sous-dimensionnées au regard du nombre d'étudiant·e·s inscrit·e·s ; les ratios enseignant·e·s/étudiant·e·s des entités évaluées ont tendance à être inférieurs aux ratios moyens de leurs universités d'appartenance (la validité de la comparaison sur ce seul indicateur quantitatif reste incertaine).

Il en résulte indéniablement une charge de cours des assistant·e·s assez importante notamment à

travers l'accompagnement des mémoires, ce qui freine l'innovation pédagogique.

Bonne pratique :

L'UCL a mis en place un processus de formation pédagogique dont le corps enseignant de la faculté de santé publique s'est saisi avec intérêt et qui favorise le développement d'une véritable dynamique (CAPAES et certificat pédagogique pour certains membres du corps académique et assistant respectivement). Ces formations sont entreprises dès le début du mandat d'assistant·e et créent une synergie autour des questions de la qualité, pourvoyeuse d'innovation si elle s'appuie sur un *management* participatif.

Ressources matérielles

La situation des entités de santé publique est très hétérogène au regard des infrastructures.

Elles sont toutes situées sur des campus éloignés du siège central de leur université, ce qui ne peut qu'obérer la communication et les liens avec la tutelle et les fonctions support ; elles sont par contre, à proximité du CHU (respectivement Saint-Luc, Sart Tilman et Erasme, pour l'UCL, l'ULiège et l'ULB).

À Liège, le département des Sciences de la santé publique est au cœur même des locaux hospitaliers et renforce son positionnement au sein de la faculté de médecine et des pratiques cliniques, expliquant le positionnement du master avec ses avantages et inconvénients.

À l'ULB, l'existence d'un pôle santé regroupant sur le campus les structures pertinentes (autres facultés, laboratoires, CHU et Haute École active dans les formations en soins) offre des opportunités de collaboration et de mutualisation de ressources de divers ordres.

Si les ressources documentaires, en particulier numériques, apparaissent de bonne qualité, de même que les locaux qui les abritent, notamment à Liège, il reste des difficultés en ce qui concerne les locaux d'enseignement pas toujours adaptés aux besoins, particulièrement pour l'organisation de séances participatives en petits groupes.

La conjonction des budgets contraints et des transformations pédagogiques visant à une approche par compétences s'adressant à de plus petits groupes explique, pour partie, les difficultés que doivent affronter les équipes pédagogiques.

Partenariats

En enseignement

Les équipes font globalement preuve de sentiments d'identité et d'appartenance forts au regard de la place de la santé publique et de son statut encore particulier au sein de monde la santé et de l'université.

Les trois universités n'ont néanmoins que peu de collaborations entre elles dans le champ de la santé publique ; même si le référentiel de compétences du tronc commun des masters a été réalisé de façon conjointe, sa rédaction et son déploiement n'ont pas donné lieu à une réelle concertation pérenne entre institutions alors que la couverture des besoins de formation en santé publique sur le territoire demanderait à être confortée.

À la connaissance du comité d'évaluation, un seul cas de partenariat université-haute école existe sur le territoire de la FWB dans le domaine de la santé publique et prend la forme d'une codiplômation entre l'ULiège et la Haute École Robert Schuman pour la finalité en Pratiques avancées en Sciences infirmières.

Recommandation 19 : au regard du recrutement important d'étudiant·e·s issu·e·s des hautes écoles et des projets de développement de masters en Sciences infirmières, les collaborations entre universités et hautes écoles devraient être encouragées. Par ailleurs, comme cela a été évoqué ci-avant, au regard des réflexions européennes en matière de développement de bacheliers en santé publique, les universités devraient être attentives à leurs éventuelles conséquences.

Avec la recherche

Les trois universités ont opéré une dissociation de la gestion, du *management* et des finances de l'enseignement et de la recherche. Au-delà des positions que peut susciter ce mode de fonctionnement, il impose aux équipes pédagogiques d'être adossées à une structure de recherche au sein de l'université. C'est toujours le cas : Institut de Recherche Santé et Société (IRSS) à l'UCL, cinq centres de recherche thématiques²⁰ à l'ULB, rattachement des enseignants à de petites unités de recherche à l'Université de Liège²¹. La restructuration reste à être peaufinée et est d'autant plus importante que les structures internes de recherche sont les lieux d'accueil des doctorant·e·s en santé publique dont le statut leur permet de devenir assistant·e·s et, donc, de participer aux enseignements de master et en particulier d'accompagner les mémoires. Les structures de recherche sont aussi des lieux de stage pour les étudiant·e·s.

Recommandation 20 : au regard de la dissociation enseignement-recherche, il importe de formaliser les partenariats pour garantir la pertinence scientifique de l'enseignement. Cette articulation est essentielle pour la visibilité des entités en affichant des thèmes d'excellence, comme cela a été évoqué plus haut.

La collaboration avec les structures externes de recherche en santé publique pour l'accueil de stagiaires est effective ; par ailleurs, des chercheurs et chercheuses sont invité·e·s à contribuer aux enseignements, ce qui contribue à la pertinence du programme.

²⁰ CR1 – Économie de la santé, gestion des institutions de soins, sciences infirmières ; CR2 – Épidémiologie, biostatistiques et recherche clinique ; CR3 – Politiques et systèmes de santé – Santé internationale ; CR4 – Santé environnementale et Santé au travail ; CR5 – Approches sociales de la santé.

²¹ Unité de recherche Santé publique ; Unité de recherche en Évaluation Économique de l'Innovation Médicale (EMIR) ; Unité de Soutien Méthodologique en Épidémiologie et en Biostatistiques (USMEB) ; Unité de recherche Biostatistiques et Méthodes de recherche.

Le comité n'a par contre constaté, dans aucune des universités évaluées, de formalisation des collaborations entre recherche et enseignement pour la définition des besoins et évolutions en matière d'enseignement (voir ci-dessus).

Un travail considérable est réalisé par les équipes pédagogiques en matière de recherche et d'enseignement, malgré un nombre modeste d'équivalents temps-plein financés par les budgets ordinaires. Le développement futur des trois institutions semble principalement lié à l'évolution des ressources disponibles pour les activités de formation et de recherche académiques. Si le budget et le financement correspondant ne devait pas s'accroître, une perspective pourrait être de renforcer les liens entre les trois entités et de viser une intégration forte à moyen terme²². L'analyse de cette question cruciale est limitée par le fait que l'évaluation de la recherche n'entre pas dans le champ d'évaluation.

Recommandation 21 : le comité d'évaluation invite les entités de santé publique et leurs universités à être vigilantes face à ces menaces et, le cas échéant, à développer les synergies nécessaires pour les affronter.

Avec les milieux professionnels et la société civile

Les enseignant-e-s ont des interactions multiples avec les milieux professionnels au regard de leur mission citoyenne de contribuer au progrès économique, social et culturel ; cette expertise est particulièrement importante en santé publique.

Parmi les principaux organismes belges développant des activités d'expertise, de recherche, d'intervention dans le champ de la santé, citons le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP), le Service Public Fédéral (SFP) Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et

Environnement, l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, l'Organisme National de l'Enfance (ONE), l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI), les observatoires de la santé territorialisés, les quatre niveaux de collectivités territoriales (communautés, régions, provinces et communes) porteuses de compétences en matière de santé ainsi que l'ensemble des structures de soins, de réadaptation et de prévention. Ces milieux professionnels sont des lieux potentiels de stage pour les étudiant-e-s de master, mais aussi et surtout de recrutement des diplômé-e-s. Ils sont porteurs des besoins, des compétences nécessaires à l'exercice professionnel. Des membres de ces milieux peuvent être invités à participer aux enseignements. Si certain-e-s enseignant-e-s peuvent avoir des collaborations ponctuelles ou participer aux instances d'organismes, le point commun aux trois entités est l'absence de consultation formalisée des milieux professionnels qui serait un point fort d'amélioration de la pertinence des programmes (voir ci-dessus, notamment recommandation 13).

Ouverture internationale

L'ouverture internationale des masters en Santé publique de FWB est indéniable et naturelle au regard des questions majeures de santé et santé publique, mais aussi de formation et encadrement pédagogique, posées dans les pays du Sud. Elle s'impose à travers des collaborations institutionnelles aussi bien en enseignement, qu'en recherche et expertise ainsi que de mobilité étudiante entrante et sortante.

Aspects linguistiques

Au-delà de la question de l'ouverture internationale et bien qu'elle en dépende en partie, la question linguistique est cruciale dans les masters francophones, de santé publique comme de bien d'autres disciplines.

La maîtrise de la langue anglaise est une nécessité indiscutable pendant et à l'issue du master, en particulier pour celles et ceux qui prétendent à des carrières de recherche dans lesquelles l'anglais est la seule langue véhiculaire écrite et orale des

²² Des opérations similaires ont été effectuées dans d'autres pays, dont la Suisse (voir www.sspplus.ch, consulté le 15 mai 2018).

résultats. Une mobilité internationale est bien sûr un avantage de ce point de vue.

La maîtrise de la langue néerlandaise est une nécessité tout aussi indéniable pour les étudiant·e·s qui visent une carrière dans une structure bilingue de santé publique. Certains étudiant·e·s font des choix d'option sans avoir connaissance de cette situation et, par manque de prérequis, se trouvent contraints de se réorienter dans une autre option ou de chercher d'autres débouchés de façon tardive lorsque cette contrainte linguistique leur apparaît.

Recommandation 22 : le comité des experts estime que l'acquisition des langues doit faire l'objet d'une communication claire et entière et constituer un point fort du master et peut être un prérequis explicite d'entrée, selon les finalités et emplois visés par l'étudiant·e.

Collaborations internationales

Toutes les universités affichent, à l'échelon institutionnel, des collaborations internationales avec des disparités assez marquées. Les entités de santé publique ont des collaborations internationales qui reflètent ces différences ; elles sont globalement plus ouvertes dans le champ de la recherche et de l'expertise que dans celui de l'enseignement, variant de situations ponctuelles sur des thématiques précises jusqu'à de grands réseaux thématiques ou scientifiques.

Cette brève présentation illustre une entrée internationale hétérogène, alors que là où elles sont en place les retombées sont claires en termes de mobilité étudiante, de création de lieu de formation, de stage et d'innovation pour le corps enseignant aussi bien « junior » que « senior », mais aussi de possibilités d'invitation de professeur·e·s étranger·e·s qui renforcent l'interdisciplinarité des approches et la visibilité des programmes en un cercle vertueux.

Mobilité étudiante entrante

Le recrutement étudiant des masters en Sciences de la santé publique est très marqué par la part

variable – et parfois importante – d'étudiant·e·s n'ayant pas la nationalité belge. Ainsi, selon les établissements, 10 à 25% des étudiant·e·s n'ont pas la nationalité belge. Parmi les étudiant·e·s non belges, 60 à 85% ne sont pas originaires de l'Union européenne²³. La part des Belges dans le recrutement a eu tendance à beaucoup augmenter au cours de la dernière décennie, parallèlement à la forte arrivée des professions paramédicales dans les masters.

Mobilité étudiante sortante

La mobilité sortante (de type Erasmus+) est globalement difficile à mettre en œuvre au regard de la spécificité du recrutement étudiant et du caractère orphelin du master (absence de temps pour la préparation de la mobilité). Ainsi, alors que les universités ont toutes les trois une politique de mobilité affichée, les entités n'en sont globalement que des utilisateurs marginaux. La mobilité reste ainsi peu fréquente aussi bien pour les enseignements que les stages.

Recommandation 23 : le comité encourage les entités à développer les partenariats internationaux de recherche et d'expertise en santé pour pouvoir renforcer la mobilité étudiante sortante ; le succès ne peut passer que par la définition et l'affichage de thématiques de recherche d'excellence au sein des structures universitaires auxquelles s'adosse l'enseignement des masters.

Vie étudiante

Associations et représentation

Dans chacune des universités, les équipes pédagogiques et administratives ont à cœur d'être à l'écoute des étudiant·e·s et de les inclure dans les processus de révision de programme. Les pratiques traduisant cette volonté sont très hétérogènes. Les étudiant·e·s sont représenté·e·s au

²³ Données fournies par le CReF et les entités pour l'année académique 2014-2015.

sein de la gouvernance interne des facultés ou école de santé publique, mais les rôles qui leurs sont proposés peuvent limiter leur capacité d'action au sein de ces instances.

Le comité d'évaluation estime que les étudiant·e-s doivent pouvoir être invités à s'exprimer sur tous les sujets concernant la vie académique et non uniquement sur la qualité des enseignements ou sur des aspects organisationnels. Leur implication doit être promue et facilitée.

La culture de la représentation étudiante est hétérogène entre les entités de santé publique, et ce tant du point de vue des équipes pédagogiques et administratives que du point de vue des étudiant·e-s. Il est parfois regretté que les étudiant·e-s s'impliquent peu dans les espaces de parole qui leur sont accordés.

Recommandation 24 : le comité d'évaluation encourage les entités à accorder une place aux étudiant·e-s dans les instances de gouvernance interne, avec une voix décisionnelle permettant de renforcer leur sentiment de capacité d'action. Il invite également à mener une réflexion afin de comprendre les raisons de l'apparent désengagement étudiantin et d'identifier les leviers qui leur permettraient de trouver plus de satisfaction à remplir des rôles de représentation.

La vie associative est un facteur essentiel d'implication des étudiant·e-s dans la vie des écoles ou facultés. Là encore, les activités associatives sont hétérogènes.

L'association est un vecteur important dans la création d'un sentiment d'appartenance à l'entité et crée une cohésion entre étudiant·e-s qui facilite leur lien avec les équipes pédagogiques et administratives, pendant et à l'issue de leurs études. Elle peut se faire le relais d'informations importantes et faire la promotion de certaines actions mises en place par l'équipe pédagogique ou administrative (par exemple, l'évaluation des enseignements en fin de quadrimestre), et elle peut également être un support pour conserver des liens avec les *alumni*.

Bonne pratique :

La pratique associative est particulièrement développée à l'ULB. L'association d'étudiant·e-s est très active, avec une forte culture de la représentation de la communauté étudiante auprès des équipes pédagogiques et administratives. Le dynamisme prononcé dans l'organisation d'événements et le lien social important qui en découle témoignent de l'efficacité de la démarche.

Recommandation 25 : le comité d'évaluation encourage à soutenir les actions associatives mises en œuvre et à valoriser les associations étudiantes en les incluant dans la vie de l'école ou de la faculté.

Accompagnement des étudiant·e-s à la réussite

Depuis la mise en œuvre du décret Paysage, les masters en Sciences de la santé publique évoluent dans un contexte particulier. Les étudiant·e-s bénéficient désormais de parcours personnalisés, modulés en fonction de leurs études antérieures et de leurs choix d'options. Les équipes pédagogiques et administratives sont en phase d'adaptation. Il existe, dans les trois universités, des incompréhensions de la part des étudiant·e-s rencontré·e-s quant aux parcours qui leur sont proposés.

D'une part, il existe des disparités dans les cours complémentaires ou dispenses attribués aux étudiant·e-s ayant des parcours similaires, et d'autre part, certains cours complémentaires proposés ne semblent pas utiles au regard des parcours des étudiant·e-s (par exemple, l'obligation faite de suivre un cours complémentaire d'anatomie-pathologie pour des infirmier·e-s diplômé·e-s). Au-delà de ces problématiques de cohérence des parcours, les principales difficultés semblent résider dans une insuffisance de communication des équipes administratives et pédagogiques vers les étudiant·e-s sur les choix ou contraintes qui leur sont faits, mais aussi dans une difficulté à pouvoir introduire des recours sur des décisions (cette possibilité n'étant pas communiquée ou connue des étudiant·e-s, ils restent peu fréquents).

Recommandation 26 : le comité d'évaluation recommande d'initier un dialogue avec les étudiant-e-s sur les UE complémentaires et dispenses afin d'améliorer la pertinence du programme.

Recommandation 27 : le comité d'évaluation invite à établir un dispositif clair de recours mobilisable par les étudiant-e-s en cas de désaccord sur les cours complémentaires ou dispenses et leur communiquer l'existence de ce dispositif.

L'ensemble des masters disposent d'une plateforme d'*e-learning* mais celle-ci est mobilisée de manière hétérogène pour aider les étudiant-e-s dans leur réussite. L'utilisation de séquences de cours en ligne avec autoévaluation pourrait pallier certaines des difficultés identifiées par les enseignant-e-s et souvent en lien avec le parcours d'études antérieur de l'étudiant-e.

Bonnes pratiques :

Un travail de ce type a été initié par l'ULB via l'espace ESP+, qui propose notamment des cours de langue et de méthodologie du travail universitaire propres à l'École de Santé publique.

À l'ULiège, les formations de l'IFRES permettent notamment un accompagnement dans le développement d'une pédagogie plus active, mobilisant les outils numériques.

Par ailleurs, comme cela a déjà été évoqué, les masters en Sciences de la santé publique accueillent un public particulier car de bon nombre d'étudiant-e-s maintiennent une activité salariée en parallèle de leurs études. Or, les entités peinent à respecter l'engagement de maintenir les cours sur certaines plages horaires spécifiques de la semaine, ce qui porte atteinte à la capacité des étudiant-e-s de maintenir leurs deux activités.

Les plateformes numériques constituent un appui important pour celles et ceux qui sont amenés à ne pas pouvoir suivre certains cours en raison du cumul de deux emplois du temps. La mise en ligne des supports de cours sur les plateformes numériques

est une première étape mais celles-ci pourraient recueillir une plus grande variété de supports de cours et d'accompagnement des apprentissages. Il est à noter que les trois universités se sont dotées d'un système d'enregistrement des cours qui peut sensiblement améliorer l'accessibilité et la complétude des contenus en ligne.

Recommandation 28 : le comité d'évaluation encourage à mobiliser les supports numériques pour répondre aux demandes spécifiques des étudiant-e-s et donner plus de souplesse dans les emplois du temps des étudiant-e-s salarié-e-s.

Recommandation 29 : le comité d'évaluation invite à une meilleure adéquation entre les emplois du temps réels et ceux annoncés à l'inscription.

Certains dispositifs d'aide à la réussite ont été identifiés comme étant très aidants par les étudiant-e-s, et en particulier le tutorat et les séances de remédiation. Le tutorat est réalisé par les étudiant-e-s de l'année supérieure ou des étudiant-e-s dont le cursus antérieur leur permet d'avoir un bagage de prérequis plus important dans l'enseignement concerné. Les séances de remédiations peuvent être réalisées par des assistant-e-s. Ces deux dispositifs semblent efficaces pour les étudiant-e-s en difficulté.

Dans chacune des universités, les étudiant-e-s ont la possibilité de consulter leurs copies d'examens. Comprendre leurs points d'amélioration est en effet essentiel pour que les étudiant-e-s puissent progresser dans leurs apprentissages. Néanmoins, d'une part, des améliorations pourraient être apportées à ce dispositif (horaires de consultation des copies pas toujours adaptés aux étudiant-e-s salarié-e-s, par exemple) et, d'autre part, une plus grande homogénéisation des pratiques enseignantes serait souhaitable en la matière.

Recommandation 30 : le comité d'évaluation estime qu'il conviendrait d'améliorer et d'harmoniser les différents retours offerts aux étudiant-e-s à l'issue d'une évaluation, qu'elle soit écrite (type examen ou remise de dossier) ou orale.

En synthèse : SWOT des masters évalués

Légende :

U = au niveau institutionnel des universités

SP = au niveau des entités (faculté, école ou département) de santé publique

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> • Existence de politiques qualité, de structures d'appui pour la mise en œuvre d'améliorations (U) • Préoccupation pour la qualité de la formation (SP) • Place reconnue des étudiant-e-s dans les structures de gouvernance (U) • Développement de plans stratégiques (U) • Ensemble des champs de la SP couverts à travers les trois universités (SP) • Existence d'un référentiel de compétences commun pour le master (SP) • Volonté d'afficher les acquis d'apprentissage visés pour l'ensemble des UE et de développer une vision intégrée du programme (SP) • Volonté de développer d'autres pratiques pédagogiques (SP) • Investissement dans la formation et accompagnement des enseignant-e-s et des assistant-e-s dans leurs pratiques pédagogiques (U) • Sentiment d'identité et d'appartenance forts (SP) • Qualité et accessibilité des ressources documentaires (SP) • Autoévaluations sincères et lucides, menées de façon participative, s'appuyant sur la mobilisation des parties prenantes internes (SP) • Élaboration de plans d'action cohérents avec les constats dressés dans l'autoévaluation (SP) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de processus complet de pilotage et de garantie de la qualité (U), chaque entité (SP) étant renvoyée à ses responsabilités quant à la gestion de la qualité • Pilotage informel de la qualité (SP) • Manque de participation du monde socioéconomique aux instances de gouvernance et de consultation (SP) dans l'objectif d'adapter les programmes aux réalités socioéconomiques • Peu de systèmes d'indicateurs pour le pilotage (U et SP) • Participation étudiante inégale, en fonction des modes d'implication proposés par les entités (SP) • Révisions périodiques des programmes occasionnelles, le plus souvent sous la contrainte (SP) • Offre de formation dépassant les champs propres de la SP (finalités cliniques), manque de lisibilité du programme actuel (SP) • Absence de vision stratégique sur l'offre de formation à moyen terme, en fonction des besoins actuels et futurs de la SP (SP) • Absence de communication externe sur les « résultats » du programme : taux d'insertion socioprofessionnelle, taux de diplômation, durée effective des études, fonctions occupées par les diplômé-e-s, etc. (SP) • Absence de réflexion globale pour renforcer l'alignement des UE (entre acquis d'apprentissage, contenus, méthodes et évaluation) et la cohérence entre UE (SP) • Méthodes pédagogiques globalement peu actives (<i>ex cathedra</i> majoritairement) (SP) • Méthodes d'évaluation à dominante très traditionnelle (SP) • Jurys d'évaluation des mémoires n'intégrant pas suffisamment d'externes, issus du monde socioprofessionnel (SP) • Évaluation des mémoires ne garantissant pas suffisamment l'équité (SP) • Approche cours dominante, entraînant une charge de travail très importante (différente de celle annoncée) (SP) • Faible personnalisation des parcours d'études malgré le recrutement diversifié du master (VAE peu développée, notamment) (SP) • Stages généralement de très courte durée et principalement orientés vers l'observation (SP) • Mémoires rarement articulés aux stages (SP) • Charge de cours des assistant-e-s assez importante notamment à travers l'accompagnement des mémoires (SP) • Ressources humaines sous-dimensionnées au vu du nombre d'étudiant-e-s inscrit-e-s, ce qui freine l'innovation pédagogique. (SP)

Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> • Création envisagée d'un master spécifique en pratiques avancées en sciences infirmières : possibilité de réinvestir le master SP sur son cœur de métier • Décret Paysage, ouvrant la voie à une approche programme et à une plus grande flexibilité • Recrutement diversifié, public à la formation préalable multidisciplinaire ouvrant des opportunités de co-formation 	<ul style="list-style-type: none"> • Peu de collaborations entre les trois entités de SP • Apparente impossibilité de rémunérer les stages • Budget contraint, insuffisant dans un contexte de réforme et de transformations • Décret Paysage, induisant la disparition de l'année préparatoire et la nécessaire personnalisation des parcours d'études

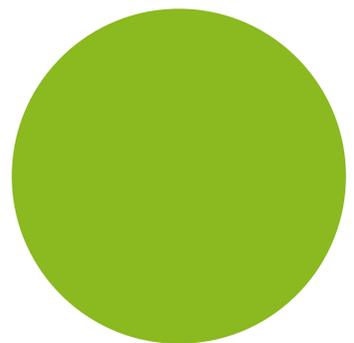
Récapitulatif des recommandations

N°	Page	Recommandation	Étudiant-e-s	Enseignant-e-s	Autorités académiques	ARES et Gouvernement de la FWB	AEQES
1	22	Dans chaque programme, inclure une formation démographique robuste, la santé publique se plaçant dans une perspective populationnelle, afin de familiariser les praticien-ne-s de la santé publique à la lecture, l'interprétation et l'utilisation critique des travaux démographiques.					
	22	Dans chaque programme, inclure une formation conséquente en épidémiologie et prévention des maladies chroniques et dégénératives (maladies cardiorespiratoires et rénales, diabète, cancer, maladies neuropsychiatriques) afin de familiariser les étudiant-e-s avec les maladies qui pèsent le plus sur l'organisation et le budget des systèmes de santé. Cette familiarisation se fait au travers de l'épidémiologie descriptive, les stratégies de prévention primaire (politiques de prévention, éducation à la santé) et secondaire (dépistage systématique), l'organisation des réponses aux menaces.					
	22	Dans chaque programme, inclure une solide formation sur les systèmes d'information sanitaire, observant les besoins de santé de la population et les réponses des systèmes de santé.					
	22	Dans chaque programme, offrir des mises en situation multidisciplinaire et/ou multiprofessionnelle.					
2	23	Faire aboutir la réflexion sur les poursuites d'études en master des professionnel-le-s de santé, notamment dans la perspective du développement de nouvelles mentions de masters, en sciences infirmières notamment. Assortir cette réforme d'évolutions législatives sur les métiers de la santé publique et sur ceux spécialisés dans le champ du soin.					
3	26	Faire preuve de vigilance face au caractère orphelin du master et à son évolution au regard des éventuels besoins de formation pour les métiers non soignants de la santé.					
4	27	Intégrer l'ensemble de l'offre de formation de deuxième cycle en santé publique au champ de l'évaluation externe.					
5	28	Initier un processus de réflexion structuré autour de la construction d'une convergence des points forts en enseignement et recherche et le rendre visible aux yeux de la communauté scientifique et enseignante internationale.					
6	30	Développer le plan stratégique des entités en s'appuyant sur celui des universités et éclairant les concordances et discordances de leurs approches, en capitalisant sur la complémentarité et les collaborations éventuelles entre entités et en y intégrant des visions prospectives enrichies par le regard du monde de la recherche et du monde socioprofessionnel de la santé publique, consultés formellement au moins à chaque changement de plan stratégique.					

N°	Page	Recommandation	Étudiant-e-s	Enseignant-e-s	Autorités académiques	ARES et Gouvernement de la FWB	AEQES
7	30	Mettre en place une animation pédagogique régulière sous forme de séminaires, adossée aux formations proposées par les universités à leurs enseignant-e-s et donnant aux assistant-e-s une place centrale.					
8	31	Inclure plus systématiquement les étudiant-e-s dans les instances facultaires décisionnaires.					
9	32	Mettre en place un dispositif institutionnel de garantie de la qualité intégrant un référentiel « qualité » validé, s'appuyant notamment sur le référentiel de l'AEQES, un système d'évaluations périodiques de la mise en œuvre des références, un suivi des démarches qualité et de leurs résultats.					
10	32	Au regard de l'internationalisation de l'enseignement supérieur, prendre en compte les exigences qualité concernant les masters de santé publique au niveau européen ou international pour préciser la politique qualité dans le cadre du pilotage des masters.					
11	32	Organiser périodiquement des processus formels de concertation des parties prenantes externes portant sur l'évolution des métiers et des compétences, la pertinence des profils de sortie, l'adéquation de l'offre de formation.					
12	32	Garantir une information complète et étayée sur les conditions de réalisation des masters et leurs débouchés.					
13	33	Améliorer le pilotage par indicateurs et notamment définir des grilles d'indicateurs communes aux universités intégrant les dimensions liées à la qualité des formations incluant notamment les critères d'origine disciplinaire des étudiant-e-s et les critères pertinents de réussite et devenir à l'issue des études.					
14	34	Affecter des ressources exceptionnelles sur l'équivalent d'un ou deux cycles d'études pour favoriser une restructuration globale et cohérente des masters fondée sur l'approche programme.					
15	34	Apporter au référentiel de compétences les améliorations souhaitées et utiliser celui-ci de façon plus systématique.					
16	35	Organiser une immersion précoce dans le milieu des praticien-ne-s, suffisamment longue et sanctionnée par une évaluation formelle. Sélectionner rigoureusement les maîtres de stage et les institutions correspondantes.					
17	36	Dégager des pistes de solutions politiques pour valoriser ces stages, lieu et occasion d'ouverture du monde académique sur le monde professionnel.					
18	36	Pour le mémoire, réfléchir à d'autres modalités de jury qui permettrait d'élargir le nombre et le profil des membres du jury afin qu'ils répondent mieux aux exigences attendues d'évaluation objective et équitable.					

N°	Page	Recommandation	Étudiant-e-s	Enseignant-e-s	Autorités académiques	ARES et Gouvernement de la FWB	AEQES
19	38	Au regard du recrutement important d'étudiant-e-s issu-e-s des hautes écoles et des projets de développement de masters en Sciences infirmières, développer les collaborations entre universités et hautes écoles.					
20	38	Formaliser les partenariats pour garantir la pertinence scientifique de l'enseignement.					
21	39	Garder une grande vigilance face aux menaces que constituent les budgets restreints et, le cas échéant, développer les synergies nécessaires pour les affronter.					
22	40	Développer une communication claire et entière sur l'acquisition des langues et en faire un point fort du master, voire un prérequis explicite d'entrée, selon les finalités et emplois visés par l'étudiant-e.					
23	40	Développer les partenariats internationaux de recherche et d'expertise en santé pour pouvoir renforcer la mobilité étudiante sortante ; le succès ne peut passer que par la définition et l'affichage de thématiques de recherche d'excellence au sein des structures universitaires auxquelles s'adosse l'enseignement des masters.					
24	41	Accorder une place aux étudiant-e-s dans les instances de gouvernance interne, avec une voix décisionnelle permettant de renforcer leur sentiment de capacité d'action. Mener une réflexion afin de comprendre les raisons de l'apparent désengagement étudiantin et d'identifier les leviers qui leur permettraient de trouver plus de satisfaction à remplir des rôles de représentation.					
25	41	Soutenir les actions associatives mises en œuvre et valoriser les associations étudiantes en les incluant dans la vie de l'école ou de la faculté.					
26	42	Initier un dialogue avec les étudiant-e-s sur les UE complémentaires et dispenses afin d'améliorer la pertinence du programme.					
27	42	Établir un dispositif clair de recours mobilisable par les étudiant-e-s en cas de désaccord sur les cours complémentaires ou dispenses et leur communiquer l'existence de ce dispositif.					
28	42	Mobiliser les supports numériques pour répondre aux demandes spécifiques des étudiant-e-s et donner plus de souplesse dans les emplois du temps des étudiant-e-s salarié-e-s.					
29	42	Veiller à une meilleure adéquation entre les emplois du temps réels et ceux annoncés à l'inscription.					
30	42	Améliorer et harmoniser les différents retours offerts aux étudiant-e-s à l'issue d'une évaluation, qu'elle soit écrite (type examen ou remise de dossier) ou orale.					

Documentation et annexes



ANNEXE 1

Référentiel de compétences du tronc commun des masters francophones en Sciences de la santé publique

Compétences et capacités principales

Compétences	Capacités
<p>1. Appliquer un corpus de savoirs pluridisciplinaires aux différents domaines de la santé publique</p> <p>Sens de la compétence : à l'issue du master, l'étudiant est capable de mobiliser un corpus de savoirs (connaissances, méthodes, modèles, cadres conceptuels) issus de la santé publique et d'autres disciplines complémentaires, indispensables pour agir dans les différents domaines de la santé publique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CAP 1.1. Appréhender des fondements scientifiques, de l'histoire, des principaux concepts, stratégies et méthodes des sciences de la santé publique • CAP 1.2. Démontrer une compréhension des structures, du financement et de l'organisation de la santé publique et des services de santé / de soins à l'échelle locale, nationale et internationale • CAP 1.3. Utiliser dans sa pratique des concepts et des stratégies issus de la santé publique et de disciplines complémentaires pertinentes
<p>2. Analyser les principaux enjeux et situations de santé publique</p> <p>Sens de la compétence : à l'issue du master, l'étudiant est capable de récolter et d'analyser de manière critique et rigoureuse les enjeux et les situations de santé publique dans leur contexte, dans une vision systémique et globale de la santé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CAP 2.1. Reconnaître un enjeu ou un problème de santé publique dans son contexte (historique, politique, socio-économique, organisationnel, environnemental, culturel...) et dans ses dimensions systémiques (interactions entre l'individu, le groupe, l'organisation, le système) • CAP 2.2. Collecter les informations à partir de sources fiables d'information, à travers les méthodes et les technologies appropriées, et dans le respect des codes de pratiques éthiques • CAP 2.3. Interpréter l'information récoltée en considérant le contexte éthique, politique, scientifique, socio-culturel et économique • CAP 2.4. Formuler des recommandations spécifiques au terme de l'analyse des données

Compétences	Capacités
<p>3. Mettre en place des interventions, programmes ou politique de santé publique</p> <p>Sens de la compétence : à l'issue du master, l'étudiant est capable d'intervenir efficacement en réponse à des problèmes complexes. Il est capable de planifier et mettre en œuvre des interventions pertinentes, de les mettre en œuvre, de suivre et d'évaluer les processus et les résultats obtenus, et de réorienter son intervention si besoin. Il sait adapter son intervention aux contextes et aux circonstances, prendre en compte la diversité des populations, des publics cibles, des parties prenantes, et respecter des codes de pratiques éthiques.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CAP 3.1. Utiliser des données scientifiques fiables et des méthodes adaptées, y compris participatives, pour planifier une intervention, un programme, un politique de santé publique • CAP 3.2. Élaborer un plan de mise en œuvre tenant compte des contraintes du contexte (politiques, sociales, économiques, légales, éthiques...) • CAP 3.3. Mettre en œuvre des interventions de manière adaptative, en gérant le risque et l'incertitude inhérents au contexte réel • CAP 3.4. Évaluer les interventions, programmes et politiques (efficacité, équité, efficience, impact...) • CAP 3.5. Tenir compte de la diversité des populations, publics cibles et acteurs de santé dans la planification, la mise en œuvre, la gestion, l'adaptation et l'évaluation des interventions, programmes et politiques de santé publique
<p>4. Organiser son travail individuel, de groupe, et en collaboration avec des partenaires variés</p> <p>Sens de la compétence : à l'issue du master, l'étudiant est capable d'organiser son travail de manière autonome et adaptée au contexte. Il sait également s'intégrer dans des équipes, souvent multidisciplinaires et multisectorielles. Il mobilise quand besoin des collaborations avec des partenaires extérieurs (individus, groupes, institutions) pour atteindre des buts communs et améliorer la santé et le bien-être des populations.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CAP 4.1. Planifier son travail afin d'obtenir les résultats attendus dans les délais prévus • CAP 4.2. Établir des collaborations avec d'autres professionnels de santé publique ou issus de champs disciplinaires divers selon l'enjeu abordé et les méthodes / interventions visées • CAP 4.3. Interpeller des partenaires pertinents pouvant contribuer de manière constructive à la réflexion autour d'un enjeu et à la résolution de problèmes de santé publique
<p>5. Diriger des équipes ou des organisations</p> <p>Sens de la compétence : à l'issue du master, l'étudiant a développé des habiletés de leadership qui favorisent le développement des compétences, améliorent l'efficacité et le bien-être du et dans le milieu de travail. Il sait diriger des équipes, motiver et inspirer ses collègues. À une échelle plus large, il sait prendre la direction d'une organisation ou d'un programme ; il applique les principes et les techniques de la gestion des ressources humaines et financières ; il oriente et prend des décisions, et assume des fonctions de représentation auprès de collègues et partenaires extérieurs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CAP 5.1. Appliquer les stratégies et techniques de gestion des ressources humaines permettant de favoriser les collaborations, l'esprit d'équipe, le respect des diversités et la résolution des conflits • CAP 5.2. Contribuer à l'élaboration d'un budget en utilisant les outils adéquats et en fonction des priorités et des ressources disponibles • CAP 5.3. Faire évoluer une situation, une équipe ou une organisation par des solutions innovantes et appropriées, tenant compte du contexte

Compétences	Capacités
<p>6. Fournir un appui pertinent à la prise de décision informée et autonome des parties prenantes</p> <p>Sens de la compétence : à l'issue du master, l'étudiant est capable de mobiliser ses connaissances et les résultats de ses travaux dans le cadre d'interventions pertinentes pour aider des personnes ou groupes de personnes à faire des choix en santé et pour inspirer le changement en faveur de conditions favorables à la santé. Pour réussir dans ces appuis, l'étudiant sait adapter son attitude et ses interventions en fonction du public cible et du contexte.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CAP 6.1. Accompagner des acteurs (individus, groupes, organisations) dans des actions pouvant contribuer à la préservation ou l'amélioration de leur santé, notamment en soutenant la motivation à des actions positives et dans le respect de la diversité des populations • CAP 6.2. Conseiller les parties prenantes à partir de résultats scientifiques fiables, des leçons tirées de l'expérience, du contexte et à travers des méthodes appropriées, y compris participatives • CAP 6.3. Contribuer à travers des techniques variées d'éducation, formation et plaidoyer, au développement d'une vision commune et de valeurs essentielles pour la planification et la mise en œuvre de politiques de santé et de démarches de soins dans les collectivités
<p>7. Adopter des stratégies de communication variées en fonction du contexte</p> <p>Sens de la compétence : à l'issue du master, dans le cadre de la diffusion d'informations de santé publique, l'étudiant est capable d'utiliser à bon escient la communication écrite, verbale et non verbale, l'écoute, les technologies de l'information et de la communication (TIC), la pédagogie. Il sait choisir les modalités de communication les plus appropriées en fonction des circonstances (contexte, objectifs, public cibles...).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CAP 7.1. Adapter l'information aux différents publics (patients, populations, groupes, professionnels...) • CAP 7.2. Utiliser de manière complémentaire des techniques de communication écrite, orale, non verbale et d'écoute et des technologies modernes • CAP 7.3. Rédiger de manière claire et rigoureuse des résultats d'analyse et de recherche sous des formes
<p>8. Faire évoluer son travail en fonction des changements scientifiques et contextuels et d'un plan de développement professionnel et personnel</p> <p>Sens de la compétence : à l'issue du master, l'étudiant est capable d'acquérir de nouveaux savoirs et de développement de nouvelles compétences à travers la consultation de sources d'informations scientifiques et l'apprentissage de ses propres expériences et de celle d'autres personnes. Il est capable de s'adapter à des contextes changeants ou incertains et d'y évoluer positivement. Il sait analyser de manière critique ses propres capacités et connaissances, essaye de renforcer ses compétences professionnelles et suit des stratégies de formation continue adaptées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CAP 8.1. Adapter sa pratique en fonction du contexte (politique, culturel, social, économique, environnemental, organisationnel...), des échanges et de l'évolution des partenaires et des populations • CAP 8.2. Identifier des occasions de formation continue dans le champ de la santé publique • CAP 8.3. Évaluer de manière critique ses propres connaissances et pratiques en prenant en compte ses propres processus d'apprentissage et dans le but d'améliorer des acquis et pratiques

ANNEXE 2

Cartographie de l'offre de formation en Fédération Wallonie-Bruxelles





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

Avenue du Port, 16
Bureau OP08
B-1080 Bruxelles
www.aeqes.be

Éditrice responsable : C. Duykaerts
Novembre 2018