



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

Évaluation du cursus Sciences dentaires en Fédération Wallonie-Bruxelles

ANALYSE TRANSVERSALE

Novembre 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 ;
- CONTENU de l'ANALYSE TRANSVERSALE, rédigée par le comité des experts ;
- ANNEXE.

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.

Quelques repères conceptuels et méthodologiques en lien avec des cadres internationaux ont été pointés sur fond vert. Ces pistes peuvent être éclairantes dans une dynamique de changement.

Ce document applique les règles de la nouvelle orthographe. Le masculin est utilisé à titre épïcène.

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

Structure du document	3
Avis au lecteur	3
Table des illustrations	6
Liste des abréviations	7
Introduction	9
Cadre légal.....	10
Champ évalué	10
Autoévaluation.....	10
Composition du comité des experts	10
Lieux et dates des visites	11
Transmission des rapports préliminaires, droit de réponse des établissements et publication des rapports d'évaluation.....	11
Plans d'action et suivi de l'évaluation.....	11
Analyse transversale.....	12
Présentation du comité des experts.....	13
Contenu de l'analyse transversale Sciences dentaires.....	15
Partie 1. Contexte de l'offre de formation en Sciences dentaires.....	16
La formation en Sciences dentaires confrontée à un contexte général en cours de reconfiguration	16
De nouvelles perspectives épidémiologiques et sociales	16
De nouvelles perspectives professionnelles	17
De nouvelles perspectives éducationnelles	17
La formation en Sciences dentaires en Fédération Wallonie-Bruxelles confrontée à un contexte spécifique en cours de reconfiguration	18
Constats : des dispositions réglementaires récentes fortement structurantes	18
Analyse : des enjeux à maîtriser et des conséquences à examiner	23
La mise en place de l'examen d'entrée aux études de Sciences dentaires est une source potentielle de bouleversements majeurs, à la fois quantitatifs et qualitatifs, concernant les promotions d'étudiants entrants	24
Des interprétations discutables des recommandations du processus de Bologne et du décret Paysage ont conduit à des orientations didactiques et pédagogiques réductrices des curriculums en Sciences dentaires	29

Partie 2. Analyse transversale des programmes de formation en Sciences dentaires en Fédération Wallonie-Bruxelles	32
Perspective générale	32
Gouvernance, gestion de la qualité et pilotage des programmes	32
Politique de gouvernance des établissements	32
Gestion de la qualité et pilotage des programmes	33
La pertinence des programmes.....	36
L'architecture générale des curriculums	36
Le recours à un référentiel de compétences pour expliciter les finalités du programme	37
L'exploitation des potentialités offertes par les terrains de stages	38
La problématique de la formation à la recherche	40
La problématique de la formation à l'interprofessionnalité	41
La cohérence interne des programmes	42
Les acquis d'apprentissage	42
Dispositifs pédagogiques, activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation, et agencement général du programme	45
L'efficacité et l'équité des programmes.....	48
Les ressources humaines	48
Les ressources matérielles	51
L'admission, le suivi et le soutien des étudiants	51
Partie 3. Eléments de proposition pour une réforme en profondeur de l'offre de formation en Sciences dentaires en Fédération Wallonie-Bruxelles	52
Un double écueil à éviter.....	52
La dimension institutionnelle de l'offre de formation : éviter la tentation de la restructuration par une décision autoritaire ou par une mise en rivalité des programmes	53
La dimension pédagogique de l'offre de formation : éviter la tentation du statu quo	53
Une proposition ambitieuse : la mutualisation des programmes des trois filières de formation en Sciences dentaires	54
Conclusion	57
Récapitulatif des recommandations.....	58
Annexes :	67
Annexe 1 : cartographie de l'offre de formation en Fédération Wallonie-Bruxelles	68
Annexe 2: directive 2005/36/CE	69
Annexe 3 : directive 2013/55/UE.....	71

Table des illustrations

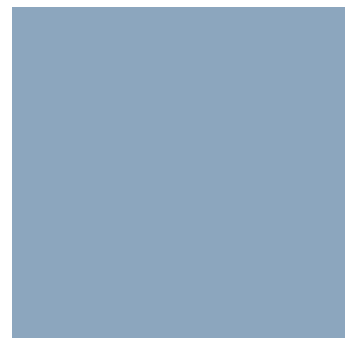
Figure 1	Le patient et la complexité	18
Figure 2	Évolution du nombre d'inscrits en bachelier et en master de Sciences dentaires	19
Figure 3	Nationalité des promotions entrantes en première année du bachelier en Sciences dentaires (2014-2015, total pour les trois universités)	20
Figure 4	Nationalité des promotions entrantes en première année du master en Sciences dentaires (2014-2015, total pour les trois universités)	20
Figure 5	Pourcentage de réussite (y compris partielle) en première année de bachelier (uniquement étudiants de 1 ^{re} génération) et en dernière année de master (tous profils confondus) de Sciences dentaires	21
Figure 6	Évolution du nombre de diplômés en bachelier et en master de Sciences dentaires	21
Figure 7	Répartition par sexe des promotions entrantes en première année du master en Sciences dentaires (2014-2015, total pour les trois universités)	23
Tableau 1	Résultats de l'examen d'entrée et d'accès aux études de Sciences dentaires (2017-2018)	23
Tableau 2	La culture scientifique appliquée à la pratique clinique	41

Liste des abréviations

A3ES	<i>Agency for Assessment and Accreditation of Higher Education (Portugal)</i>
ADEE	<i>Association for Dental Education in Europe</i>
AEQES	Agence pour l'évaluation de la qualité de l'enseignement supérieur
AMEE	<i>Association for Medical Education in Europe</i>
ARES	Académie de Recherche et d'Enseignement supérieur
ECTS	<i>European Credit Transfer and Accumulation System</i>
EEES	Espace européen de l'enseignement supérieur
ENQA	<i>European Association for Quality Assurance in Higher Education</i>
FWB	Fédération Wallonie-Bruxelles
OMS	Organisation mondiale de la santé
QCM	Questionnaire(s) à choix multiples
SIFEM	Société internationale francophone d'éducation médicale
UCL	Université catholique de Louvain
UE	Unité(s) d'enseignement ou Union européenne
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 cursus Sciences dentaires 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 dentaires.

Universités concernées	
Université catholique de Louvain (UCL)	527 étudiants ²
Université de Liège (ULiège)	434 étudiants
Université libre de Bruxelles (ULB)	623 étudiants
TOTAL	1.584 étudiants

Autoévaluation

En 2016-2017, les trois universités offrant ce programme d'études ont rédigé leur dossier d'autoévaluation au regard du référentiel d'évaluation AEQES³. 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 le 30 juin 2017. Ils ont ensuite rencontré le président du comité des experts chargé de l'évaluation externe au cours d'un entretien préalable le 25 septembre 2017 afin de préparer la visite du comité.

Composition du comité des experts

Un groupe de travail mandaté par le Comité de gestion de l'AEQES a analysé et validé les candidatures d'experts selon la jurisprudence⁴ établie. Il a également décidé de proposer la présidence du comité des experts au Prof. Gérard LÉVY. 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 des experts est disponible en page 13 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 déontologie⁵. Outre les dossiers d'autoévaluation des établissements, chaque expert a reçu une documentation comprenant le *Guide à destination des membres des comités d'experts*⁶ ainsi que divers décrets et textes légaux relatifs aux matières visées par l'exercice d'évaluation.

² Données relatives à l'année académique 2013-2014. Source : CRef (annuaire statistique 2014).

³ Le référentiel AEQES et son guide d'accompagnement sont téléchargeables sur le lien suivant : http://aeqes.be/infos_documents_details.cfm?documents_id=246 (consulté le 28 septembre 2017).

⁴ Disponible sur <http://www.aeqes.be/documents/20170110ExpertAEQESrecrutementsselectionetcomposition.pdf> (consulté le 28 septembre 2017).

⁵ Téléchargeable sur http://www.aeqes.be/infos_documents_details.cfm?documents_id=131 (consulté le 28 septembre 2017).

⁶ 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).

Les 20, 21 et 22 septembre 2017, la Cellule exécutive de l'AEQES a organisé un séminaire de formation à l'intention des experts 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 16 et 17 novembre 2017

Université de Liège

Liège, les 20 et 21 novembre 2017

Université libre de Bruxelles

Bruxelles, les 23 et 24 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 des experts. 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 26 mars 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 de 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 des experts pour constituer le rapport d'évaluation mis en ligne sur le site internet de l'AEQES le 22 mai 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.

Analyse transversale

Le comité des experts a également été chargé de dresser une analyse transversale de l'offre de formation en Sciences dentaires 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.

Dans l'analyse qui suit, les constats portés par les experts relèvent des informations contenues dans les rapports d'autoévaluation des entités déposés en juin 2017 ainsi que de celles collectées lors des visites d'évaluation effectuées en novembre 2017.

Le 2 octobre 2018, l'analyse transversale a été présentée par le président du comité des experts 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 sera également téléchargeable sur le site de l'AEQES à partir de l'automne 2018.

Présentation du comité des experts

M. Gérard LÉVY,

expert pair, expert de la profession et président du comité

Gérard Lévy est professeur émérite et doyen honoraire de l'Université Paris Descartes. Il représente son université à l'*Association for Dental Education in Europe* (ADEE) et a été membre du comité éditorial du *European Journal of Dental Education* de 1997 à 2016. Il a cofondé le réseau DentEd financé par l'UE, au sein duquel il a corédigé d'une part les Recommandations sur la construction de programme et l'assurance qualité et, d'autre part, le Profil et compétences du futur odontologiste européen (dont il a rédigé la version française). Hors Europe, le professeur Lévy a participé à la création de la faculté de médecine dentaire de Casablanca (Maroc), et à une mission de formateur des enseignants à la faculté de médecine dentaire de Mahajanga (Madagascar). Gérard Lévy a en outre développé une expérience en gestion de la qualité interne et externe, commissionné par l'A3ES et l'OMS.

M. Rui AMARAL MENDES,

expert pair et expert de la profession

Jusqu'en 2014, Rui Amaral Mendes a été professeur, directeur clinique et directeur de master à l'Université Catholique du Portugal, ainsi que *Visiting Clinical Associate Professor* à l'Université du Michigan. En août 2015, il a laissé ces postes au profit d'un mandat à la *Case Western Reserve University*. Il est également chercheur au "*Center for Research in Higher Education Policies*" (Université de Porto) et membre du Conseil de l'ADEE et ASPIRE / AMEE. Il est rédacteur en chef adjoint du *British Medical Journal - Case Reports* et du *Journal of Oral Pathology and Medicine*, membre du comité de rédaction pour Oral Diseases, et réviseur actif pour plusieurs revues scientifiques.

M. Jean-Alexis BUVAT,

expert étudiant

Jean-Alexis Buvat est étudiant en 5^e année à la faculté d'Odontologie de Nancy. Il est titulaire d'un Diplôme Universitaire et Technologique (DUT) dans la filière Génie Biologique, Industries

Alimentaires et Biologiques (IAB) de l'Université de Montpellier. Il a effectué un stage de 2 mois au cours de son cursus au laboratoire de recherche Ingénierie des Agropolymères et Technologies Emergentes (IATE) et a participé à plusieurs conseils étudiants.

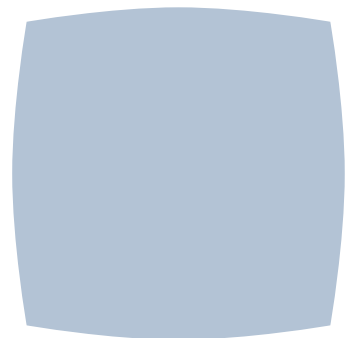
M. Jean JOUQUAN,

expert de l'éducation

Jean Jouquan est médecin interniste au Centre hospitalier régional et universitaire de Brest, professeur de médecine interne et ancien vice-doyen aux études à la faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Bretagne occidentale (UBO, Brest), membre de l'équipe de recherche «Éthique, professionnalisme et santé» à l'UBO, co-responsable du diplôme interuniversitaire de pédagogie médicale des quatre universités de l'inter-région ouest de la France (Angers, Brest, Nantes et Rennes). Il est titulaire d'un Certificat d'études approfondies en sciences de l'éducation, obtenu en 2000 à l'Université de Sherbrooke (Québec, Canada). Il est membre du conseil d'administration de la SIFEM et rédacteur en chef de son organe officiel d'expression, la revue internationale francophone «Pédagogie Médicale». Il intervient depuis plusieurs années comme enseignant régulier dans les universités de Paris 13, de Strasbourg et de Bretagne occidentale.

Contenu de l'analyse transversale Sciences dentaires

rédigé par le Comité des experts



Partie 1 : Contexte de l'offre de formation en sciences dentaires

Selon la fédération dentaire internationale, la santé buccodentaire est essentielle à la bonne santé générale, notamment parce qu'elle en est la sentinelle. Comme d'autres champs de la santé, ses ressources sont pourtant menacées par des réorientations budgétaires liées à des arbitrages complexes. Dans ce contexte, la médecine buccodentaire vit un double tiraillement. D'un côté, les membres aisés de la société réclament un traitement coûteux « haut de gamme », visant plutôt des objectifs cosmétiques que des nécessités liées au traitement des maladies buccodentaires, alors même que ni les classes moyennes des pays industrialisés ni, bien sûr, les millions de personnes pauvres ressortissant des pays en développement ne sont solvables pour un traitement dentaire de base. Trop de dentistes persistent à pratiquer un régime coûteux et destructeur de « fraisage et de réparations prothétiques ». Les bénéfices des progrès des soins dentaires développés à l'échelle internationale ne sont transposés que de façon très minimaliste au fauteuil du clinicien, parce que les directives de traitement et les conditions de leur prise en charge financière sont fixées localement. Dans une conférence introductive d'un symposium international récent consacré aux défis à relever par la dentisterie au cours du 21^e siècle, Mikako Hayashi, de l'Université d'Osaka, conclut que la médecine buccodentaire devrait passer du modèle curatif, de plus en plus onéreux, à un modèle préventif efficient, fondé sur des données scientifiquement établies, pour aider les gens à conserver une bonne santé orale tout au long de leur vie, garante de l'amélioration de leur santé générale⁷.

La formation en Sciences dentaires confrontée à un contexte général en cours de reconfiguration

De nouvelles perspectives épidémiologiques et sociales

La santé buccodentaire des Européens s'est considérablement améliorée, ce qui a eu une incidence sur la demande de nombreux services dentaires traditionnels comme les extractions, les prothèses dentaires et les restaurations. Les stratégies préventives appliquées au niveau individuel et communautaire ont permis de réduire considérablement la carie dentaire chez les enfants, et le nombre d'individus âgés édentés a considérablement diminué. Les maladies buccodentaires restent néanmoins courantes, bien qu'elles soient concentrées sur des sous-ensembles de la population, comme les adolescents et les groupes à faible niveau de revenu et d'éducation, qui souffrent de façon disproportionnée de problèmes de santé buccodentaire et qui ont un accès limité aux services dentaires.

Les changements démographiques affectent la pratique dentaire. Dans un proche avenir, le nombre et la proportion de patients âgés, présentant des pathologies complexes et soumis à des prescriptions médicamenteuses multiples tout en étant de moins en moins édentés, vont augmenter. En outre, les besoins de santé buccodentaire vont augmenter dans des proportions très importantes pour de très nombreux patients atteints d'affections aiguës ou subaiguës. Ces affections, qui comportaient autrefois un fort risque d'évolution péjorative à court ou moyen terme, sont aujourd'hui devenues des maladies chroniques, comme c'est le cas, par exemple, de nombreux cancers ou de l'infection par le VIH.

Les progrès scientifiques et technologiques renforcent la nécessité d'une pratique clinique en médecine dentaire de type holistique. Dans le même temps, le développement ou l'amélioration des interventions préventives, diagnostiques et pharmacologiques remettent en question la pertinence d'une formation des dentistes trop exclusivement axée sur les procédures techniques. Les technologies informatiques modifient la nature de la pratique de médecine dentaire ; elles fournissent de nouveaux outils

⁷ Hayashi M, Haapasalo M, Imazato S, Lee J II, Momoi Y, Murakami S et al. *Dentistry in the 21st century: challenges of a globalising world*. *Int Dent J* 2014 ; 64(6):333-42

pour évaluer et améliorer les résultats des soins, tout en exigeant en même temps que s'élaborent de nouvelles approches, recourant à de nouveaux critères et de nouveaux indicateurs pour examiner la qualité des pratiques soignantes en médecine buccodentaire. Il en est de même pour les nouveaux biomatériaux, l'ingénierie tissulaire, les nano-robots, les lasers diagnostiques et thérapeutiques, ou les instruments d'hygiène « intelligents » et connectés, dont certains sont déjà entrés dans la pratique courante avant même que la formation à leur usage ait été incluse dans les programmes de formation initiale. Le coût des soins dentaires limite encore leur accès à des patients aisés. Les soins de haute technicité ne sont pratiquement pas couverts par les organismes d'assurance maladie et sont pratiquement inaccessibles, y compris pour des classes sociales de niveau moyen.

De nouvelles perspectives professionnelles

Historiquement, la formation des dentistes a été incluse à l'université pour la première fois aux États-Unis en 1840. Leur formation universitaire s'est développée en Europe au début du 20^e siècle. En raison de son histoire, une vision mécaniciste de la dentisterie a prévalu jusqu'à la fin du 20^e siècle et les formations en Sciences dentaires se sont surtout développées au regard d'une exigence de haute technicité, dans le cadre de secteurs d'activités cliniques - et d'autant de secteurs de formation – relativement cloisonnés.

Désormais, du fait de sa nature polyvalente et de la nature intrinsèquement complexe des problèmes de santé auxquels il est confronté, le métier de praticien de la médecine buccodentaire requiert des compétences étendues. La technicité manuelle doit s'articuler avec la démarche intellectuelle et ses différentes opérations (résolution de problème, évaluation, réflexivité, éducation du patient, etc.). Toutes les ressources et les capacités nécessaires sont à développer au regard des acquis scientifiques reconnus, en lien avec des domaines disciplinaires très variés, comme par exemple la biologie, les sciences des matériaux ou l'informatique. Pour autant, plus que jamais, il importe de se prémunir à l'égard du stéréotype répandu qui voudrait que, d'art qu'elle était, la médecine, y compris la

médecine dentaire, serait devenue une science, en l'occurrence une technoscience. En lien avec les clarifications développées dans le champ de l'épistémologie et de la philosophie de la santé, il convient en effet de rappeler à cet égard que la médecine demeure fondamentalement une « pratique soignante personnalisée, accompagnée de science et instrumentée par des moyens techniques⁸ », et que c'est bien à cela qu'il faut préparer les futurs professionnels, notamment au regard de l'exigence de responsabilité sociale qui est désormais formulée aux institutions de formation des professionnels de la santé, tel qu'un consensus mondial vient de le rappeler⁹.

De nouvelles perspectives éducationnelles

Au regard des évolutions évoquées ci-dessus, le champ de la formation des professionnels de la médecine buccodentaire est, de par le monde, en pleine mutation. Prenant en compte les nouvelles attentes sociétales formulées auprès des professionnels de la santé, de nouvelles approches didactiques et pédagogiques, s'inscrivant notamment dans le cadre de l'approche par compétences, s'efforcent de redéfinir les objets d'enseignement et d'apprentissage à prendre en compte dans le cadre des programmes concernés. En lien avec un tel projet, elles invitent notamment à décloisonner les disciplines et à mieux articuler les savoirs théoriques et les savoirs pratiques.

Il s'agit en réalité d'une part, d'achever l'opérationnalisation des recommandations formulées dans les rapports Flexner¹⁰ et Gies¹¹, publiés en

⁸ Folscheid D. La médecine comme praxis : un impératif éthique fondamental. *Laval théologique Philos* 1996;52(2):499–509

⁹ Consensus mondial sur la Responsabilité sociale des facultés de médecine. 2010 [On-line] Disponible sur : <http://healthsocialaccountability.sites.olt.ubc.ca/files/2011/06/11-06-03-gcsa-french-pdf-style.pdf>

¹⁰ Flexner A. *Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching*. In: *Carnegie Bulletin*. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910

¹¹ Gies W. *Dental Education in the U.S. and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. In: *Dental Education in the US and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1926

Amérique du Nord dès le début du siècle dernier et qui ont exercé une influence considérable sur tous les programmes de formation médicale dans les pays occidentaux. Ils recommandaient en effet déjà l'intégration des sciences fondamentales et des sciences cliniques dans les enseignements dès le début des cursus, ainsi que le recours parcimonieux aux cours magistraux au profit de l'utilisation de méthodes actives en pédagogie. Force est d'admettre qu'on en avait surtout retenu, de façon réductrice, la nécessité de renforcer la dimension scientifique de la formation. Ceci avait en effet conduit à mettre en place, de façon assez générale, des architectures curriculaires de nature dichotomique, au sein desquels l'enseignement et l'apprentissage des sciences fondamentales, réduites par ailleurs aux seules sciences bio-cliniques, précédaient l'enseignement et l'apprentissage des sciences cliniques, dans le cadre d'unités d'enseignement organisées autour de cours disciplinaires relativement cloisonnés. De tels dispositifs laissaient ainsi quasi exclusivement à l'étudiant la responsabilité de construire une articulation entre les différents champs d'apprentissage.

Il s'agit d'autre part, d'aller au-delà des préconisations de ces rapports, en les réactualisant de façon résolument contemporaine, à la faveur des nouveaux cadres conceptuels qui ont été développés pour mieux rendre compte de la dimension systémique et complexe des problèmes de santé, de la nature réelle de l'expertise professionnelle et de la manière dont elle se construit.

Au plan des principes, ces perspectives font référence aux concepts d'écosystème, de complexité, aux notions de causalités circulaires, d'interdépendance¹², ou encore aux différentes dimensions de l'agir professionnel. En lien avec la compréhension que ce dernier est notamment situé (dans un environnement physique, professionnel et social déterminé) et incarné (car impliquant une interaction entre des corps physiques et un environnement, grâce à de multiples perceptions sensorielles), ces nouvelles approches pédago-

giques s'adosent également à la notion de pratique réflexive ainsi qu'à la perspective socio-constructiviste de l'apprentissage.

Au plan opérationnel, ces perspectives impliquent que les dispositifs curriculaires soient planifiés et mis en œuvre dans le cadre d'une collaboration professorale interdisciplinaire, favorisant l'engagement collégial d'enseignants formés à ces approches et qui mutualisent leurs expertises, en acceptant que les compétences aient un pouvoir de gérance sur les champs de savoirs purement disciplinaires. Elles invitent à mettre en place des dispositifs pédagogiques contextualisés, favorisant l'engagement actif des étudiants ainsi qu'une implication stratégique des formateurs, dans le cadre d'une supervision formative explicite, à partir de situations d'enseignement et d'apprentissage significatives.

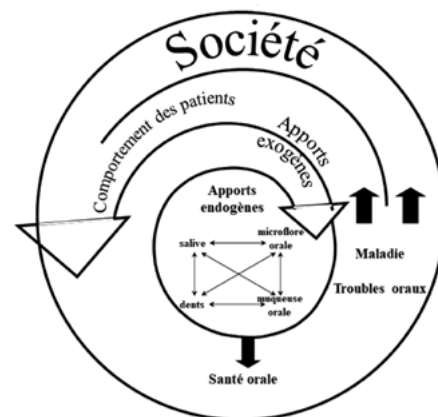


Figure 1: Le patient et la complexité¹³

La formation en Sciences dentaires en Fédération Wallonie-Bruxelles confrontée à un contexte spécifique en cours de reconfiguration

Constats : des dispositions réglementaires récentes fortement structurantes

En Fédération Wallonie-Bruxelles, l'exercice de la profession de dentiste exige d'avoir suivi une

¹² Morin E, Atias C, Le Moigne JL. Science et conscience de la complexité. Aix en Provence: Librairie de l'Université, 1984

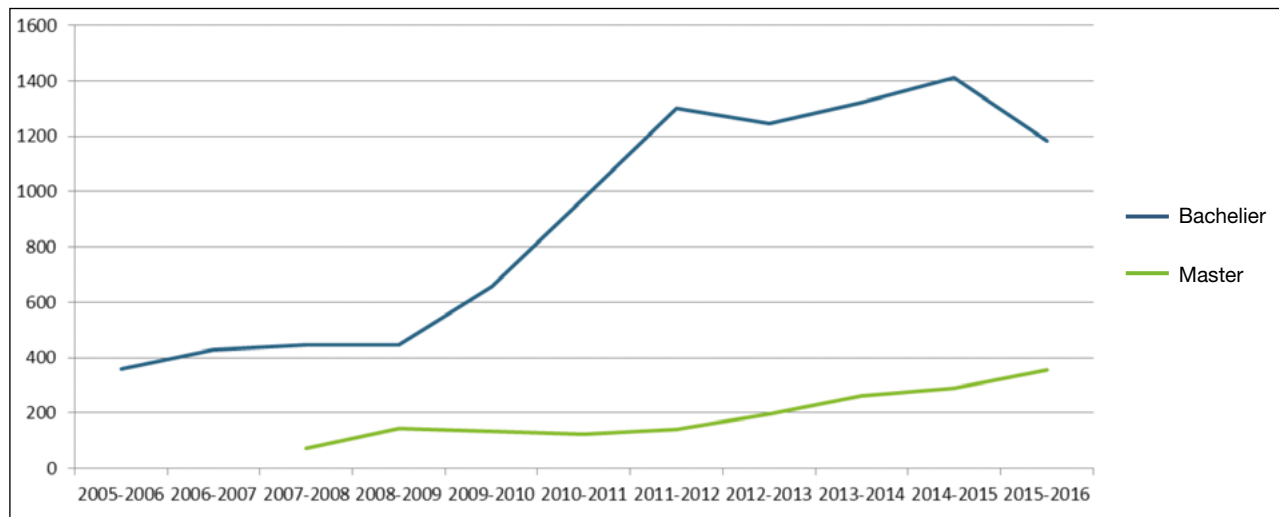
¹³ Eriksen HM, Dimitrov V, Rohlin M, Petersson K, Svensäter G. The oral ecosystem: implications for education. *Eur J Dent Educ* 2006;10(4):192-6.

formation initiale dont la durée varie entre six ans pour un praticien généraliste, huit ans pour un spécialiste en parodontologie ou neuf ans pour un spécialiste en orthodontie. Le grade obtenu est un master de spécialisation. Ainsi, en Fédération Wallonie-Bruxelles, il est obligatoire d'avoir validé au minimum 360 crédits européens transférables (ECTS) pour entrer sur le marché du travail.

Les universités de la Fédération Wallonie-Bruxelles organisent en outre des programmes de formation continue octroyant des certificats universitaires (Dentisterie conservatrice et endodontie, Dentisterie pédiatrique, Prothèse dentaire).

Au cours des dix à quinze dernières années, les études de Sciences dentaires ont été marquées par une évolution fulgurante du nombre d'étudiants inscrits. La figure 2 illustre que cette évolution connaît son paroxysme en 2014-2015, lorsque le nombre d'inscrits dans les trois années de bachelier (toutes universités confondues) atteint le total de 1 411 étudiants. Cette année-là, les trois universités totalisaient 763 inscrits en première année de Sciences dentaires¹⁴.

Figure 2 : évolution du nombre d'inscrits en bachelier et en master de Sciences dentaires



Pour faire face à cette situation, le Gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles a adopté successivement deux mesures décrétales. La première mesure s'est concentrée sur l'afflux d'étudiants étrangers (et, plus particulièrement, d'étudiants français) dans les études de Sciences dentaires et de Médecine. Le 16 juin 2006 a marqué l'entrée en vigueur du décret «régulant le nombre d'étudiants dans certains cursus de premier cycle de l'enseignement supérieur» (dit «décret non-résidents»). Cette mesure, entrée en application pour les Sciences dentaires à partir de l'année académique 2012-2013, limite à un quota de 30 % le nombre d'étudiants de première génération tenus pour non-résidents en Belgique (tels que définis à l'article 1 du décret). Pour illustrer les effets de cette mesure, les figures

3 et 4 montrent la répartition du nombre d'étudiants par nationalité pour l'année de référence 2014-2015. Le lecteur constatera une augmentation significative de la proportion d'étudiants non-résidents, et plus spécifiquement d'étudiants français, au niveau du master (dont l'accès n'est pas régulé par le décret de 2006).

¹⁴ Remarque. La notion d'«années d'étude» a été supprimée au profit de la notion de «blocs», par le décret du 7 novembre 2013 définissant le paysage de l'enseignement supérieur. Dans les pages qui suivent, nous privilégierons un comput par cycle de formation (bachelier, master). Lorsque l'analyse le nécessitera, nous recourrons à l'expression «B1» ou «bloc 1» pour désigner le programme d'étude de 60 ECTS qui amorce le bloc de bachelier.

Figure 3 : nationalité des promotions entrantes en première année du bachelier en Sciences dentaires (2014-2015, total pour les trois universités)¹⁵

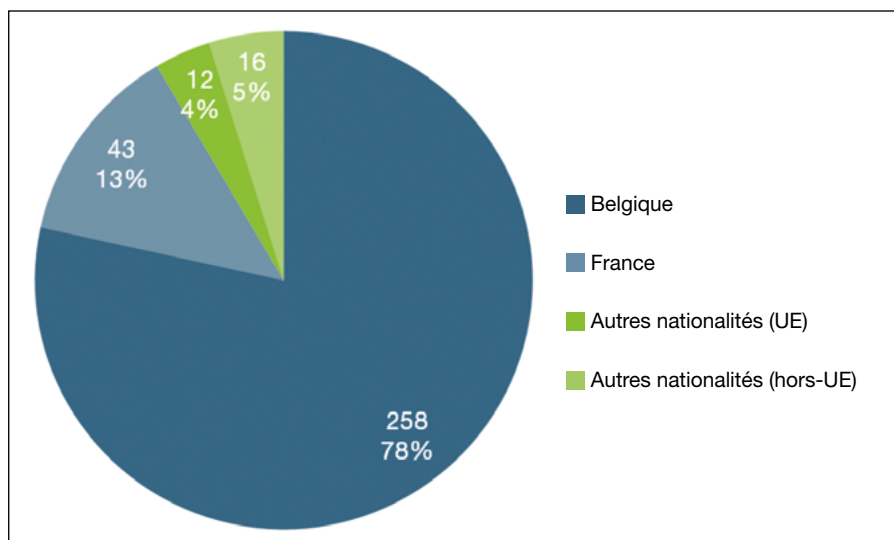
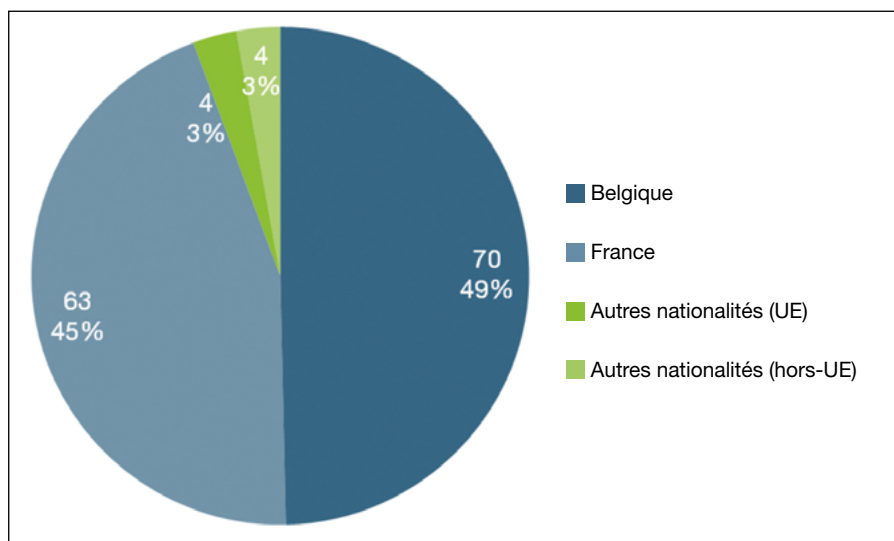


Figure 4 : nationalité des promotions entrantes en première année du master en Sciences dentaires (2014-2015, total pour les trois universités)¹⁶



Malgré un taux de réussite faible en début de bachelier (figure 5), le nombre de diplômés en

Sciences dentaires a lui aussi connu une forte augmentation entre 2008 et 2014 (cf. fig. 6).

¹⁵ Source : données fournies par les établissements.

¹⁶ Source : données fournies par les établissements.

Figure 5 : pourcentage de réussite (y compris partielle) en première année de bachelier (uniquement étudiants de 1^{re} génération) et en dernière année de master (tous profils confondus) de Sciences dentaires ¹⁷

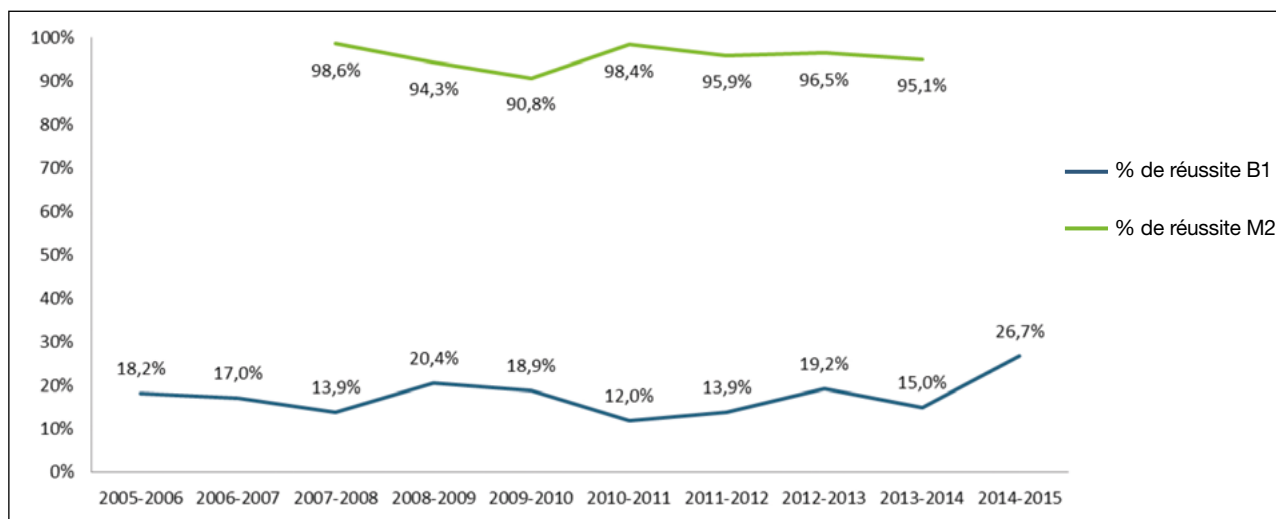
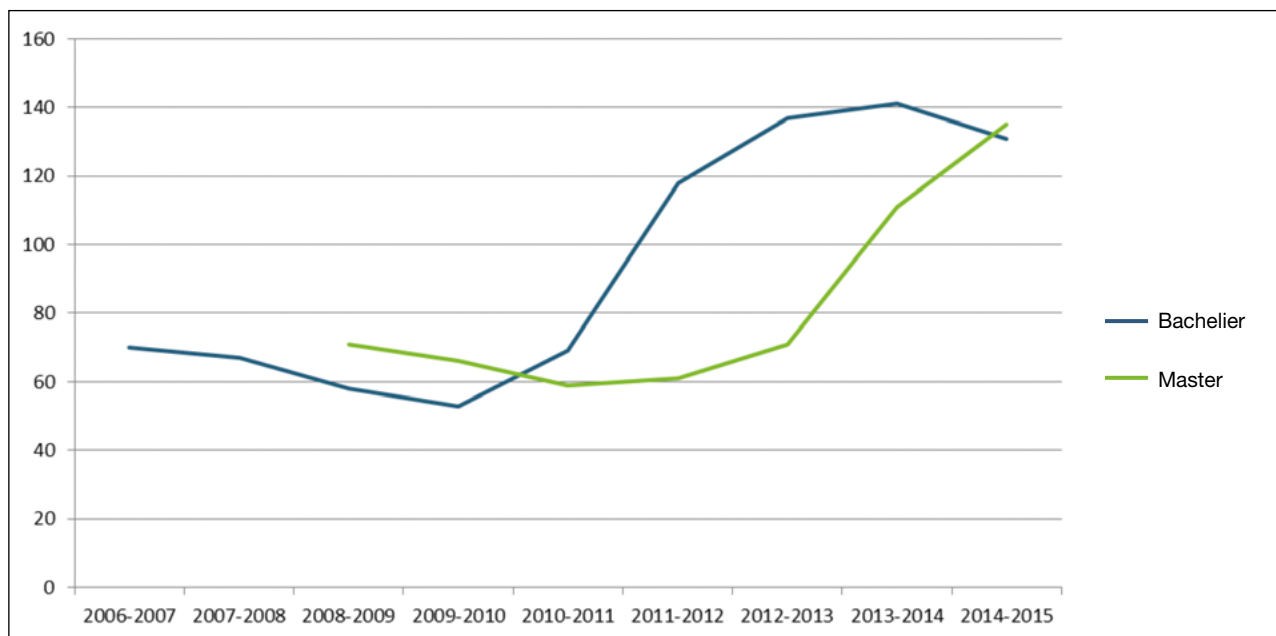


Figure 6 : évolution du nombre de diplômés en bachelier et en master de Sciences dentaires¹⁸



Or, cette croissance se heurte à une contrainte légale forte : pour pouvoir exercer la profession de dentiste en Belgique, chaque diplômé en Sciences

dentaires doit également obtenir un visa, dont le nombre est contingenté.

¹⁷ Source : données fournies par les établissements.

¹⁸ Source : données fournies par les établissements.

Le quota est établi par arrêté royal¹⁹, sur la base des propositions émises périodiquement par la Commission de planification du SPF Santé publique (i.e. le Service public fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement). À titre d'illustration, le quota avancé par la Commission de planification s'établit à 228 pour la période 2022-2024 (avis rendu le 17 avril 2018)²⁰, dont 141 pour la Communauté flamande et 87 pour la Fédération Wallonie-Bruxelles. Sur les 228 postes proposés, la commission propose d'en réserver 200 aux dentistes généralistes « afin de veiller à garantir la plus large accessibilité aux soins dentaires à la population belge²¹ ». La commission prévoit également une probable diminution du quota global dans les prochaines années, suite à la création de la profession d'hygiéniste buccodentaire²².

Pour répondre à ce contingentement fédéral (qui concerne également les études de médecine), le Nord et le Sud du pays ont opté pour deux approches différentes : d'une part, la Communauté flamande soumet depuis 1997 l'accès aux études de médecine et de Sciences dentaires à un examen d'entrée²³. De son côté, la Fédération Wallonie-Bruxelles (i.e. la Communauté française), compte tenu de la pénurie prévue du nombre de médecins en Belgique, s'était refusée à cette limitation jusqu'à la rentrée 2017-2018. Il est à

noter que le nombre de dentistes n'est pas appelé à tomber en pénurie dans les prochaines années ; le SPF Santé publique pointe plutôt du doigt une répartition inégale sur le territoire²⁴.

Le 29 mars 2017 marque l'entrée en vigueur d'un nouveau décret « relatif aux études de sciences médicales et dentaires ». Ce décret autorise notamment le Gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles à organiser un examen d'entrée et d'accès aux études de premier cycle en Sciences dentaires. Cet examen, précise le texte, sera organisé soit de manière centralisée soit, sur décision du Gouvernement, au sein de chaque institution universitaire. La première édition de cet examen s'est tenue à la rentrée 2017-2018 (c'est-à-dire l'année académique durant laquelle s'est tenue la présente évaluation AEQES). Les modalités d'organisation de l'examen sont marquées par les éléments suivants :

- Le candidat indique dès son inscription à l'épreuve son choix de filière (Sciences médicales ou Sciences dentaires).
- L'examen est organisé sous la forme d'une épreuve écrite portant sur huit matières, réparties en deux volets : (1) connaissance et compréhension des matières scientifiques ; (2) communication et analyse critique de l'information. Pour réussir l'examen d'entrée et d'accès, le candidat doit obtenir une moyenne d'au moins 10/20 pour chacune des parties, avec un minimum de 8/20 pour chaque matière composant les deux parties de l'examen.
- L'examen a lieu en deux sessions (la première en juillet et la seconde en septembre).
- Le jury est composé de deux représentants de chacune des cinq universités de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

¹⁹ Cf. Arrêté royal du 19 août 2011 relatif à la planification de l'offre de l'art dentaire.

²⁰ Commission de planification du SPF Santé publique, « Avis formel 2018-02 de la Commission de planification – Offre médicale », disponible sur : <http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/hwf-avis-concernant-le-contingentement-des-dentistes-fixation-quota-2023> (consulté le 18 mai 2018). « Cet avis [...] est donné dans le cadre du contingentement des dentistes AR du 25 avril 2007 ; il fixe les quotas pour la Belgique pour l'année 2023 et, simultanément, il conseille les communautés pour l'établissement des sous-quotas. »

²¹ Op. cit., p. 4.

²² Arrêté royal du 28 mars 2018 relatif à la profession d'hygiéniste buccodentaire (publié au Moniteur belge ; le 30 mars 2018 ; Numac : 2018011469. » Disponible sur : <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2018/03/28/2018011469/moniteur> (consulté le 8 octobre 2018).

²³ Decreet van 24 juli 1996 houdende wijziging van het decreet van 12 juni 1991 betreffende de universiteiten in de Vlaamse Gemeenschap (M.B.19/09/1996). Disponible via : <https://codex.vlaanderen.be/> (consulté le 8 juin 2018).

²⁴ « La Commission de planification a également réalisé une cartographie des dentistes actifs par arrondissement. Elle attire l'attention des Communautés sur la répartition inégale des praticiens sur le territoire. » (Commission de planification du SPF Santé publique, « Avis formel 2018-02 de la Commission de planification – Offre médicale », p. 4, disponible sur : <http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/hwf-avis-concernant-le-contingentement-des-dentistes-fixation-quota-2023> (consulté le 18 mai 2018)).

La mise en œuvre de l'examen d'entrée a suscité la rédaction de deux avis de la part de l'Académie de recherche et d'enseignement supérieur (ARES) fournis avant la première²⁵ et la deuxième²⁶ édition de l'examen d'entrée.

L'entrée en vigueur du décret « examen d'entrée et d'accès » n'annule pas pour autant l'application du décret « non-résidents » dans les études de Sciences dentaires. Le tableau 1 présente les résultats de cette première édition de l'examen d'entrée et d'accès. Le taux de réussite des candidats dentistes (10,23 %) confirme très précisément les projections établies par le cabinet du Ministre de l'enseignement supérieur (sc. 10 %).

Statut	Nombre de candidats	Nombre de réussites	% de réussite
Résident	363	42	11,57 %
Non-résident	116	7	6,03 %
Total dentisterie	479	49	10,23 %

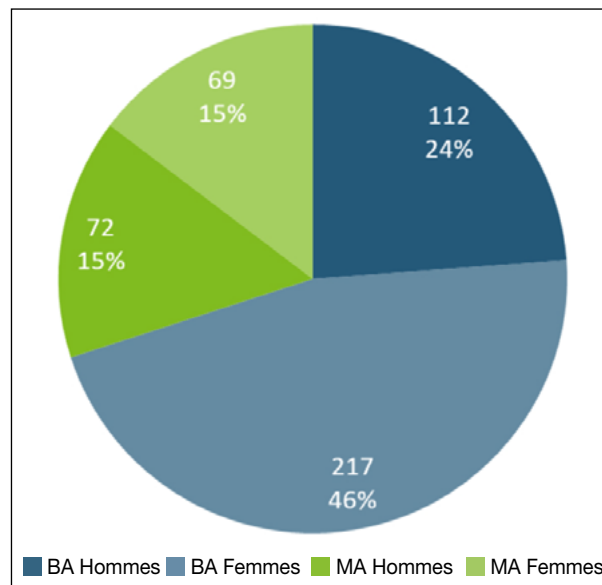
Tableau 1 : résultats de l'examen d'entrée et d'accès aux études de Sciences dentaires (2017-2018)²⁷

Le choix des étudiants ayant réussi l'examen a mené à la répartition suivante entre les trois universités : 22 étudiants à l'UCL, 14 à l'ULiège et 11 à l'ULB pour la rentrée 2017-2018 (soit un total de 47 étudiants inscrits dans les trois universités de la Fédération Wallonie-Bruxelles).

Les éléments de contexte présentés dans cette portion se sont concentrés sur le succès des études de Sciences dentaires et sur les mesures qui en ont découlé. Un autre élément remarquable pour cerner la formation en Sciences dentaires en Fédération Wallonie-Bruxelles concerne la propor-

tion d'hommes et de femmes inscrits dans ce cursus. Il est en effet étonnant de constater que près de deux tiers des étudiants de bachelier (BA) sont des femmes, tandis que cette proportion se rapporte à 50-50 au niveau du master (MA) (cf. fig. 7, toutes universités confondues).

Figure 7 : répartition par sexe des promotions entrantes en première année du master en Sciences dentaires (2014-2015, total pour les trois universités)²⁸



Analyse : des enjeux à maîtriser et des conséquences à examiner

Les évolutions récentes des dispositions réglementaires qui encadrent les études pour la formation en Sciences dentaires au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles, telles qu'elles viennent d'être rappelées, résultent en réalité de deux logiques de nature différente.

La première s'intègre dans un courant international puisqu'elle correspond à la réforme du paysage de l'enseignement supérieur en Fédération Wallonie-Bruxelles, instituée par le décret du 7 novembre 2013 (dit décret « Paysage »), en lien avec la construction de l'Espace européen de l'enseignement supérieur,

²⁵ Avis de l'ARES n°25/2016 du 13 décembre 2016. Disponible sur : <https://drive.google.com/file/d/0B7QhBMps24YsaXZlaEM4MHhdhXm/view> (consulté le 8 juin 2018).

²⁶ À paraître.

²⁷ Source : ARES, «Le nombre de lauréats à l'examen d'entrée en sciences médicales et dentaires porté à 696», mis en ligne le 21 septembre 2017 sur : <https://www.ares-ac.be/fr/actualites/340-le-nombre-de-laureats-a-l-examen-d-entree-en-sciences-medicales-et-dentaires-porte-a-696> (consulté le 21 septembre 2017).

²⁸ Source : données fournies par les établissements.

dont la transposition en Fédération Wallonie-Bruxelles avait débuté dès 2004 par l'adoption du décret du 31 mars 2004 (dit décret «Bologne»). Ces évolutions visent à mettre le cadre légal des formations professionnelles en Fédération Wallonie-Bruxelles en conformité avec les dispositions européennes respectivement énoncées dans les directives 2005/36/CE et 2013/55/UE (cf. annexes 2 et 3), transposées dans le droit belge, respectivement par les arrêtés royaux du 5 juillet 2012 (2012024268)²⁹ et du 27 juin 2016 (2016024113)³⁰.

La seconde résulte d'arbitrages politiques nationaux, entre les échelons fédéral et communautaire belges, concernant les modalités de l'accès aux études en sciences médicales et dentaires, dans un contexte général de massification de l'enseignement supérieur. Cet accès est désormais subordonné, depuis le décret du 29 mars 2017, au succès à un examen d'entrée sélectif, qui a introduit *de facto* un contingentement drastique du nombre d'étudiants admis dans les filières concernées.

Une telle situation crée un contexte tout à fait inédit, marqué par de multiples incertitudes, susceptible de conduire à des prises de décisions politiques ou institutionnelles de nature à influencer durablement et en profondeur l'offre de formation dans ce champ professionnel. Des mesures adaptatives risquent en effet de devoir être prises, ne serait-ce que pour pérenniser la viabilité des programmes de formation, au regard des nouvelles données de leur contexte, des variations de leurs ressources liées à l'instabilité du nombre d'inscrits et des nouveaux processus à mettre en œuvre. Dès lors, les extraits des programmes concernés, analysés notamment en termes de profils, de caractéristiques et de compétences des professionnels diplômés qui en sont issus, pourraient être profondément transformés.

²⁹ <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2012/07/05/2012024268/moniteur> (consulté le 8 octobre 2018).

³⁰ <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2016/06/27/2016024113/moniteur> (consulté le 8 octobre 2018).

La mise en place de l'examen d'entrée aux études de Sciences dentaires est une source potentielle de bouleversements majeurs, à la fois quantitatifs et qualitatifs, concernant les promotions d'étudiants entrants

Depuis l'année académique 2017-2018, l'accès aux études de premier cycle en Sciences dentaires (bachelier) – tout comme celui aux études de premier cycle en sciences médicales – est conditionné par la réussite à un examen d'entrée. Un tel examen a été imposé par le gouvernement fédéral, compétent pour l'octroi des attestations par l'Institut National d'assurance Maladie-Invalidité (INAMI) permettant l'exercice professionnel des médecins et des dentistes. Il vise à limiter le nombre d'étudiants admis dans le cursus, en faisant l'hypothèse, plus ou moins hasardeuse, que le nombre de diplômés en fin de deuxième cycle (master) devrait approximativement coïncider avec le quota prédéterminé.

Les premières conséquences d'une telle disposition concernant les promotions entrantes sont d'ordre quantitatif.

De fait, la première session de l'examen, organisée au titre de l'année académique 2017-2018, s'est révélée très sélective avec un taux de réussite de 10,23 % (49/479), soit un nombre de lauréats légèrement inférieur au quota de numéros Inami que le gouvernement fédéral a prévu de délivrer dans cinq ans, lorsque cette cohorte d'étudiants sera diplômée.

Au niveau de chacune des universités, la réduction de l'effectif des promotions de première année de bachelier par rapport aux années précédentes est spectaculaire : 15 contre 161 pour l'Université de Liège, 23 contre 97 pour l'Université catholique de Louvain, 11 contre 124 pour l'Université libre de Bruxelles. En outre, en faisant le choix d'un examen plutôt que d'un concours assorti d'un *numerus clausus*, qui aurait permis de prédéterminer le nombre de lauréats et d'établir ainsi une adéquation entre le quota d'entrée et celui de sortie, la nouvelle procédure d'admission crée les conditions d'une fluctuation imprévisible du nombre d'étudiants d'une année sur l'autre. En effet, les candidats doivent annoncer préalablement à l'examen à la fois la filière (médicale ou dentaire) et l'université

qu'ils choisiraient en cas de succès. Dès lors que d'éventuels facteurs corrélatifs entre le succès des étudiants à l'examen et les choix qu'ils formulent *a priori* demeurent, pour le moment, totalement spéculatifs, les établissements sont dans l'incertitude complète quant au nombre d'étudiants qu'ils auront à accueillir à chaque rentrée. Même si, comme cela a été rappelé plus haut, le taux de réussite des candidats dentistes s'est révélé en 2017 très proche des projections effectuées par le cabinet du Ministère de l'enseignement supérieur, rien ne garantit qu'il en soit ainsi chaque année. On ne peut même pas exclure le risque théorique que telle année, une université donnée ne soit choisie par aucun des étudiants admis.

Une telle situation est obligatoirement de nature à créer, mécaniquement, des variations soudaines, irrégulières et imprédictibles des ressources et dotations financières disponibles pour les établissements. Elle est également incompatible avec une gestion pédagogique adéquate des programmes. Celle-ci exige en effet une planification organisationnelle suffisamment anticipée des différents dispositifs pédagogiques à mettre en œuvre et des ressources enseignantes à mobiliser, à la fois pour des raisons logistiques et pour des raisons liées à la motivation des personnes concernées (comment, par exemple, solliciter l'implication engagée et la persévérance de maîtres de stages pour la supervision des activités cliniques, avec le risque qu'ils puissent être surchargés certaines années et se retrouver sans étudiant à superviser l'année suivante ?). Pour ces différentes raisons, le comité estime que la nouvelle situation créée par la mise en place de l'examen d'entrée aux études dentaires, dans les conditions actuelles, est de nature à menacer, à brève échéance, la viabilité d'au moins un des programmes parmi les trois constituant actuellement l'offre de formation en Sciences dentaires, sans être à ce stade en mesure de prédire lequel des trois serait le plus vulnérable.

Recommandation 1 : Sans remettre en cause le principe d'une épreuve d'entrée conditionnant l'accès aux études en sciences

dentaires, le comité d'évaluation recommande au Gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles, en lien avec les trois universités et avec toutes les parties prenantes concernées, de faire évoluer ce dispositif ou de le compléter par des mesures visant à réguler et à stabiliser le nombre d'étudiants admis chaque année à entreprendre ces études, en supprimant la dimension aléatoire de cet effectif et de sa répartition au sein de chacune des trois universités.

Dans cette perspective, une transformation de l'examen en concours assorti d'un *numerus clausus* pourrait, par exemple, être envisagée comme l'une des hypothèses possibles.

Les autres conséquences d'une telle disposition concernant les promotions entrantes sont d'ordre qualitatif.

Même si elles sont en parties spéculatives, on peut analyser ces conséquences à partir d'un examen critique des domaines de connaissance qui font l'objet d'une évaluation dans le cadre de l'examen d'entrée.

La première partie de cet examen est décrite comme étant relative à la connaissance et à la compréhension de matières scientifiques explicitement désignées (chimie, biologie, physique, mathématiques). Ce choix s'adosse sur la conception, assez communément partagée mais qui est aujourd'hui de plus en plus questionnée, qu'au motif que la médecine revendique désormais un adossement des pratiques sur une épistémologie scientifique, la maîtrise d'un corpus de savoirs scientifiques pourrait être un critère légitime pour organiser la sélection des futurs étudiants en sciences médicales et en Sciences dentaires.

En tout état de cause, le choix effectué renforce l'idée que les savoirs dotés de cette légitimité seraient exclusivement ceux des sciences inscrites dans la rationalité logico-mathématique, positiviste ou expérimentale, au détriment des sciences inscrites dans d'autres paradigmes scientifiques, notamment les sciences humaines et sociales. Il est probable que depuis de nombreuses années,

une proportion importante des étudiants qui s'inscrivent en première année des études en Sciences dentaires en Belgique soit issue d'une filière d'études secondaires privilégiant les matières scientifiques. En l'occurrence, les orientations relatives au contenu de la première partie des épreuves de l'examen d'entrée risquent fort de renforcer cette situation; il pourrait en résulter une certaine univocité du profil académique et cognitif des étudiants admis, interprétable comme une évolution dommageable, car source d'une uniformité appauvrissante, alors qu'un éclectisme plus équilibré serait souhaitable.

Aux yeux du comité, cependant, les orientations du contenu de la deuxième partie de l'examen d'entrée sont encore davantage problématiques. Cette partie, qui « concerne la dimension humaniste de la pratique médicale et dentaire », est dédiée à l'évaluation de connaissances en lien avec le champ de la communication et de l'analyse critique de l'information, en explorant quatre domaines : « 1) les capacités de raisonnement, d'analyse, d'intégration, de synthèse, d'argumentation, de critique et de conceptualisation; 2) les capacités à communiquer et à percevoir les situations de conflit ou potentiellement conflictuelles; 3) la capacité à percevoir la dimension éthique des décisions à prendre et de leurs conséquences pour les individus et la société; 4) la capacité à faire preuve d'empathie, de compassion, d'équité et de respect ». Il est très significatif de relever que les responsables de l'examen stipulent que « le choix a été fait que cette deuxième partie de l'examen puisse être passée sans préparation spécifique³¹. »

Un tel énoncé soulève plusieurs questions importantes.

D'une part, en indiquant cela, les responsables expriment en effet, implicitement mais très clairement, une conception selon laquelle les capacités évaluées seraient des attributs généraux ou des dispositions personnelles des étudiants, de nature

plus ou moins constitutionnelle puisque ne relevant pas d'une formation ni d'apprentissages spécifiques. Sauf à admettre qu'elles seraient innées, force est alors de remarquer que l'on accepte de sélectionner des étudiants à partir de l'objectivation – bien sommaire par ailleurs – de capacités construites de façon informelle, c'est-à-dire, en réalité, à la faveur d'apprentissages sociaux ou domestiques. Il est alors plus que vraisemblable que l'examen d'entrée contribue à sélectionner des étudiants issus de milieux socioprofessionnels et culturels particuliers, globalement plus favorisés, au sein desquels ces capacités sont transmises en tant qu'habitus. Il est possible de voir dans une telle hypothèse une contradiction avec l'une des intentions exprimées dans le décret Paysage, en l'occurrence celle de remédier à des taux d'accès, de participation et de diplomation en enseignement supérieur plus faibles chez les jeunes de conditions socioéconomiques et culturelles moins favorisées.

D'autre part, en s'efforçant ainsi d'identifier ceux qui seraient déjà dotés, en quelque sorte, de qualités personnelles considérées comme des aptitudes « humanistes » souhaitables pour qu'ils deviennent effectivement les « bons » dentistes attendus par la société, la deuxième partie de l'examen d'entrée participe d'une forme de paradoxe qu'il y a à exiger des étudiants sélectionnés qu'ils démontrent, avant même d'entrer dans les études, des qualités qui devraient être attendues d'eux à l'issue de la formation, en tant que résultats des apprentissages qu'ils y feront grâce aux activités du programme, en lien avec un corpus de savoirs spécifiques adéquats. Même si l'on assortissait une telle conception de la précision, en l'état seulement implicite, qu'il s'agirait simplement de présager la probabilité du développement de ces qualités, une telle « naturalisation » des capacités non strictement bio-scientifiques ou techniques des futurs professionnels banalise fortement l'exigence qu'elles devraient faire l'objet d'activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation dédiées et explicites. À cet égard, le comité a d'ailleurs pu observer qu'en l'état, de telles activités étaient quasi-absentes dans les programmes évalués, étant le plus souvent simplement déléguées aux aléas d'un compagnonnage traditionnel informel, en lien

³¹ Source : ARES, « Tout savoir sur l'examen d'entrée » (<https://www.ares-ac.be/fr/etudes-superieures/en-pratique/conditions-d-acces/exmd/tout-savoir-sur-l-examen-d-entree>) (consulté le 4 septembre 2018).

avec des modèles de rôle implicites dans le cadre des activités de stage.

Recommandation 2a : Sans remettre en cause le principe d'une épreuve d'entrée conditionnant l'accès aux études en Sciences dentaires, le comité d'évaluation recommande au Gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles, en lien avec les trois universités et avec toutes les parties prenantes concernées :

- de mettre en place des études de suivi du dispositif récemment instauré, visant à documenter si des profils particuliers d'étudiants, liés à la nature de leur parcours scolaire antérieur, étaient respectivement favorisés ou défavorisés ;
- sans attendre le résultat de ces études, d'initier une réflexion visant à faire évoluer le contenu et les méthodes de l'épreuve d'entrée conditionnant l'accès aux études en Sciences dentaires, de manière à élargir le répertoire des attributs, aptitudes ou capacités évalués chez les candidats, de manière à favoriser un recrutement plus éclectique des étudiants au regard de leur profil académique et personnel.

Recommandation 2b : Sans remettre en cause le principe d'une épreuve d'entrée conditionnant l'accès aux études en Sciences dentaires, le comité d'évaluation recommande au Gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles, en lien avec les trois universités et avec toutes les parties prenantes concernées :

- de mettre en place des études de suivi du dispositif récemment instauré, visant à documenter d'éventuelles conséquences discriminantes des épreuves à l'égard de certaines catégories d'étudiants, notamment de ceux issus de milieux socio-économiques ou culturels moins favorisés ;
- sans attendre le résultat de ces études, d'initier une réflexion visant à faire évoluer le contenu et les méthodes de l'épreuve d'entrée conditionnant l'accès aux études en Sciences dentaires, de manière à anticiper et prévenir des discriminations liées à l'origine socioéconomique ou culturelle des étudiants.

Recommandation 2c : Dans cette double perspective, il serait souhaitable que l'examen d'entrée actuellement en vigueur évolue vers un dispositif :

- recourant à des épreuves aux formats multiples et variés ;
- recourant, pour la vérification des apprentissages académiques, à des épreuves qui n'explorent pas exclusivement les matières dites scientifiques (chimie, biologie, physique, mathématiques) mais aussi les autres matières étudiés au cours des études secondaires ;
- recourant, pour la vérification des attributs, aptitudes et capacités dites « non académiques », à un panel d'épreuves sélectionnées au regard de ce qui est actuellement documenté dans la littérature scientifique en éducation médicale.

Quelques repères conceptuels et méthodologiques en lien avec des cadres internationaux

La sélection des étudiants pour les programmes de formation des professionnels de la santé.

La déclaration de consensus et les recommandations de la Conférence d'Ottawa³²

D'une façon générale, au-delà de la diversité de leurs formats et de leurs modalités, les dispositifs de sélection des étudiants en médecine poursuivent, de par le monde, trois objectifs :

- 1) vérifier qu'on laisse s'engager dans des études longues, réputées exigeantes en termes d'efforts académiques à fournir, des étudiants suffisamment outillés pour y réussir.

³² Prideaux D, Roberts C, Eva K, Centeno A, Mccrorie P, Mcmanus C et al. Assessment for selection for the health care professions and specialty training: Consensus statement and recommendations from the Ottawa 2010 Conference. Med Teach 2011;33(3):215-23.

À cet égard, la littérature fait habituellement référence à la nécessité de mesurer des aptitudes dites cognitives et il est désormais largement démontré que les résultats académiques antérieurs, par exemple ceux documentés lors des dernières années des études secondaires, ont une capacité prédictive très robuste de la réussite aux études.

2) identifier des étudiants qui seraient dotés de qualités personnelles considérées comme des aptitudes souhaitables pour qu'ils deviennent effectivement les « bons » médecins attendus par la société.

On fait alors communément référence à des aptitudes qualifiées de non cognitives, ou parfois à des qualités dites humanistes, en désignant par-là, par exemple, l'intégrité, l'intelligence émotionnelle, l'altruisme, l'aptitude au questionnement éthique, ou encore la capacité à travailler en collaboration.

3) élargir l'accès aux études médicales à des étudiants issus d'origines sociales ou culturelles diversifiées, représentatifs de toutes les communautés dont les professionnels de santé ont à prendre soin, avec le souci de minimiser la très forte sélection sociale observée à l'issue des dispositifs de formation les plus élitistes.

De nombreuses tensions parcourent ces différentes intentions. Ainsi, la distinction des aptitudes personnelles selon qu'elles seraient cognitives ou non cognitives est ambiguë et en partie réductrice. En l'occurrence, la perspective pédagogique invite à considérer qu'elles devraient relever d'un apprentissage plutôt que de dispositions constitutionnelles plus ou moins « innées ». Pour sa part, la préoccupation d'élargir l'accès aux études médicales à des étudiants issus de groupes ou communautés qui y sont peu représentés implique de fonder les décisions d'admission sur la base de combinaisons complexes de critères tels que le mérite, l'équité ou la responsabilité. Les approches nécessaires comportent des choix de valeurs sociales et politiques, qui devraient dès lors faire l'objet de débats et de choix démocratiquement argumentés.

En lien avec une telle perspective, le consortium international connu sous la dénomination de Conférence d'Ottawa, qui se préoccupe spécifiquement des aspects liés à l'évaluation des professionnels de la santé dans le cadre des curriculums de formation, a publié les résultats d'une conférence de consensus, qui comporte notamment sept recommandations :

1) Les comités d'admission et tous ceux qui exercent une responsabilité à l'égard de la sélection des étudiants devraient clarifier les principes directeurs, les finalités, les objets et les critères du processus de sélection, de manière à utiliser des dispositifs appropriés, au service de processus de décision transparents.

2) Une approche intégrative devrait appliquer le principe d'un alignement des dispositifs de sélection par rapport à la formation des étudiants à sélectionner.

3) L'accent devrait être mis sur le recours à des approches méthodologiques multiples, en matière de collecte, d'analyse et d'interprétation des données, au moyen d'un répertoire varié d'épreuves de sélection.

4) Il serait nécessaire que les cadres conceptuels sous-jacents aux procédures de sélections soient développés dans une approche interdisciplinaire, qui prenne en compte des considérations d'ordre à la fois scientifique et politique.

5) Il est urgent que les méthodes de mesure employées s'adossent à des modèles sophistiqués, qui s'efforcent de satisfaire à la fois la meilleure validité prédictive et la meilleure fidélité.

6) Au regard du principe de responsabilité sociale des universités, il est nécessaire que toutes les parties prenantes socialement légitimes soient associées à la définition des principes d'une sélection adéquate des étudiants, en reconnaissant que ces principes relèvent aussi de préoccupations politiques (non universelles).

7) Des activités de sensibilisation ciblées, associées à des programmes de formation,

devraient être des stratégies prioritaires pour les institutions de formation des professionnels de la santé, dans la perspective de leur mission d'ouverture de l'accès des étudiants à leurs programmes de formation.

Conseils pratiques

Outre les recommandations générales résumées ci-dessus, le document de consensus de la Conférence d'Ottawa rapporte un état des lieux critique de plusieurs types d'épreuves utilisées lors de la sélection des étudiants pour les études de santé.

Concernant la prise en compte des aptitudes dites «non académiques», parfois aussi dénommées «habiletés non cognitives», il y est rappelé que les mini-entrevues multiples (*multiple mini-interview* – MMI) constituent la méthode dont les qualités de fidélité et de validité prédictive sont les mieux documentées.

Inspirées des examens cliniques objectifs structurés (ECOS), les MMI consistent en une séquence de brèves entrevues ou mises en situation, présentées dans différentes «stations» constituant un circuit. L'intention est de repérer un ensemble éclectique d'attributs personnels favorables à la réussite des étudiants et au développement par ces derniers de capacités sociales en lien avec le professionnalisme.

De nombreuses études se sont attachées à identifier les qualités que devraient réunir des épreuves de type MMI pour satisfaire l'exigence de justice sociale, tout en favorisant la diversité et l'inclusion culturelles.

Une synthèse pragmatique des résultats de ces études a été publiée sous la forme de 12 conseils pratiques³³. Sont notamment mis en exergue : la nécessité de respecter un processus d'élaboration participatif, garantissant une représentativité adéquate des

différentes parties prenantes; l'importance de soumettre les différentes stations à un processus de revue critique par les pairs; l'intérêt de former adéquatement les examinateurs; la prudence à avoir à l'égard des messages implicites contenus dans certaines stations, sources de biais et de discriminations vis-à-vis de certaines catégories de candidats; l'importance d'inscrire le développement de ces épreuves dans une démarche d'amélioration continue de la qualité; l'intérêt d'explicitier de façon transparente les décisions de sélection, en fournissant aux étudiants une rétroaction sur leurs performances; la nécessité de ne pas considérer les MMI comme une panacée.

Des interprétations contingentes des recommandations du processus de Bologne et du décret Paysage ont conduit à des orientations didactiques et pédagogiques réductrices des curriculums en Sciences dentaires

Le décret Paysage correspond à la transposition dans le droit de la Fédération Wallonie-Bruxelles des orientations et dispositions de l'Espace Européen de l'enseignement supérieur. Il en reprend les finalités et les principes fondateurs (améliorer la visibilité des programmes européens, encourager la mobilité des étudiants et des enseignants, promouvoir l'apprentissage tout au long de la vie, favoriser l'équité sociale pour l'accession aux études supérieures), en organisant l'enseignement supérieur en trois cycles (bachelier, master, doctorat), en instaurant un système de reconnaissance et de transfert des crédits (*European Credit Transfer System* – ECTS) et d'équivalence des diplômes, en publiant des cadres de certifications/qualifications et en instituant l'obligation que les programmes soient régulés dans le cadre d'une démarche d'assurance-qualité.

Rejoignant en cela de nombreux constats effectués dans plusieurs pays européens lors des transpositions nationales respectives du processus de Bologne dans les filières médicales, le comité a pu observer que la mise en œuvre du décret

³³ Eva K, Macala C & Fleming B. *Twelve tips for constructing a multiple mini-interview*. Med Teach 2018 DOI: 10.1080/0142159X.2018.1429586.

Paysage par les composantes universitaires visitées était parfois excessivement préoccupée par ses dimensions organisationnelles. Ainsi des considérations essentiellement opératoires semblent avoir surtout été prises en compte, en étant d'ailleurs souvent perçues comme des obstacles et des contraintes, au détriment des orientations conceptuelles des nouveaux cadres, que rien n'interdisait pourtant d'interpréter avec inventivité.

Une telle situation semble avoir entraîné, en effet, une uniformisation assez réductrice des trois curriculums, dont les conséquences sont analysées dans la deuxième partie de ce rapport. À ce stade, on se limitera donc à énoncer les écueils généraux auxquels expose cette situation.

Ainsi, parce qu'il est parfois compris dans une logique purement arithmétique, le système des ECTS a souvent été dénoncé comme contraignant à des regroupements d'unités d'enseignement sans grande cohérence pédagogique, uniquement pour satisfaire l'exigence que les attributions de crédits soient comptabilisées en multiples de 5, ou encore comme conduisant à malmener la pertinence des parcours des étudiants, en obligeant à en admettre certains dans des programmes, alors qu'ils n'en maîtrisaient pas les prérequis d'apprentissage.

De la même manière, la nécessité de formuler désormais les finalités du programme en référence à des acquis d'apprentissage (*learning outcomes*) a souvent été comprise davantage comme une contrainte formelle de réécriture de documents didactiques et administratifs, plutôt que comme une opportunité à exploiter pour repenser les objets d'enseignement et d'apprentissage dans une conception résolument plus professionnalisante du curriculum, par exemple en lien avec une évolution vers une authentique approche par compétences.

D'une façon générale, plusieurs orientations du décret Paysage – qui reprennent celles du processus de Bologne, – comme celles visant à faciliter la « démocratisation » des études ou à organiser la flexibilité des parcours, semblent perçues par les responsables des programmes

et par les enseignants comme des causes potentielles d'amointrissement du niveau exigé des apprentissages exigés des étudiants.

Le comité ne méconnaît nullement toutes les difficultés induites par la nécessité de procéder à une implantation opérationnelle des orientations du décret Paysage, dans un contexte alors marqué par des effectifs extrêmement importants des promotions d'étudiants concernées. De telles difficultés ont pu justifier une interprétation en partie réductrice des nouvelles dispositions à mettre en œuvre, réduite à des dimensions opératoires, purement organisationnelles ou administratives, en contribuant de ce fait à cristalliser certaines frustrations.

Pendant, au moment précis où, par ailleurs, en raison de la décision politique visant à instaurer un examen d'entrée aux études dentaires sélectif, s'installe durablement une réduction très importante du nombre d'étudiants admis, il serait paradoxal que les prescriptions du décret Paysage soient en quelque sorte instrumentalisées comme constituant des conditions défavorables pour des révisions curriculaires et pédagogiques innovantes et d'envergure. Pour le dire autrement : les contraintes liées à l'effectif très excessif des promotions précédentes au regard des ressources enseignantes et didactiques disponibles dans les établissements ont pu constituer un argument en faveur d'une certaine forme d'immobilisme pédagogique – et ce, non sans quelque légitimité. Il serait regrettable que les contraintes administratives qui sont aujourd'hui projetées sur le décret Paysage constituent aujourd'hui un nouveau prétexte pour justifier le maintien d'une forme de statu quo du programme. À cet égard, il convient de continuer à déconstruire plusieurs mythes qui ont pu être projetés sur le processus de Bologne³⁴ et qui pourraient l'être sur le décret Paysage :

- 1) l'organisation en deux cycles (bachelier-master) préconisée par le processus de Bologne n'est pas une recommandation rétrograde, qui inviterait à conserver une orientation dite

³⁴ Patricio M, Harden RM. *The Bologna Process - A global vision for the future of medical education*. Med Teach 2010;32(4):305–15.

« flexnérienne » des programmes (enseignement et apprentissage des sciences fondamentales en bachelier, précédent l'enseignement et l'apprentissage des sciences cliniques en master). Les préconisations du processus de Bologne sont parfaitement compatibles avec l'implantation de curriculums intégrés, répondant par exemple à des organisations « en spirale ». De tels programmes se proposent d'articuler d'emblée les apprentissages liés aux différents champs disciplinaires, qu'ils se rapportent aux sciences fondamentales ou aux sciences cliniques, en planifiant leur approfondissement itératif tout au long du curriculum, par une exposition des étudiants à des situations-problèmes caractérisées par des niveaux de complexité croissante; ils invitent par ailleurs à ouvrir les sciences fondamentales et les sciences cliniques beaucoup plus radicalement vers les sciences humaines et sociales.

- 2) Le processus de Bologne n'implique nullement une standardisation et une uniformité des curriculums dans toutes les facultés en Europe ou *a fortiori* dans un même État. Il n'implique pas non plus une durée invariable des différents cycles d'études. L'existence de différences même significatives dans l'organisation curriculaire d'une faculté à l'autre n'interdit ainsi nullement le transfert d'un étudiant de l'une à l'autre entre les deux cycles;
- 3) Énoncer que : « la formation de base de praticien de l'art dentaire ne doit pas comprendre, au total, moins de cinq années d'études, et pas moins 5.000 heures de formation théorique et pratique à temps plein » (quota qui peut en outre être exprimé en équivalents de crédits ECTS), et qu'elle doit par ailleurs être organisée dans le cadre de deux cycles, ces dispositions :
 - n'implique : (1) ni un clivage du curriculum en deux parties, (2) ni le fait que la première partie devrait être dédiée aux sciences précliniques et la seconde aux sciences cliniques, (3) ni que ces deux parties correspondent nécessairement, respectivement, au programme de bachelier et à celui de master, chacune de ces dichotomies pouvant en réalité être discutée;
 - ne fait pas obstacle, en conséquence, à des architectures curriculaires qui intègrent

les sciences fondamentales et les sciences cliniques dès le début du cursus jusqu'à son terme.

Recommandation 3a : Le comité d'évaluation recommande aux universités et à leurs composantes en Sciences dentaires, dans le cadre des projets innovants de révision curriculaire qu'elles pourraient être amenées à conduire, de ne pas se contraindre par une interprétation trop réductrice de la transposition dans le droit de la Fédération Wallonie-Bruxelles des orientations et dispositions de l'Espace Européen de l'enseignement supérieur (décret Paysage).

Recommandation 3b : Le comité d'évaluation encourage les universités et leurs composantes en Sciences dentaires, dans le cadre des projets innovants de révision curriculaire qu'elles pourraient être amenées à conduire, à réfléchir à des architectures curriculaires intégrant de façon systématique et dès le début les sciences fondamentales, élargies aux sciences humaines et sociales, et les sciences cliniques.

Recommandation 3c : Le comité d'évaluation encourage les universités et leurs composantes en Sciences dentaires, en lien avec leurs autorités de tutelle, à exploiter, dans le cadre des projets innovants de révision curriculaire qu'elles pourraient être amenées à conduire, toute la flexibilité que permettent les dispositions du processus de Bologne :

- le grade de master pourrait ainsi être octroyé à l'issue de la sixième année additionnelle actuelle, puisque c'est la validation de cette année qui conditionne le droit d'exercice de la médecine dentaire générale.
- des masters complémentaires spécialisés peuvent par ailleurs continuer à être organisés, de manière à reconnaître l'exercice d'une spécialisation en médecine dentaire (orthodontie ou parodontologie) ou à sanctionner par un diplôme des compétences de recherche en odontologie.

Partie 2 : Analyse transversale des programmes de formation en sciences dentaires en Fédération Wallonie-Bruxelles

Perspective générale

Les deux universités du site bruxellois (l'Université catholique de Louvain et Université libre de Bruxelles) ressortent d'un statut d'institution privée tandis que l'Université de Liège est une institution publique. Au-delà de cette distinction, le comité a pu percevoir que les trois universités se distinguaient par des représentations et des attributs identitaires spécifiques, liés à leurs histoires, à leurs valeurs et à leurs cultures respectives. Parfaitement insérées dans chacune de leurs universités, les sections dentaires en charge des trois programmes examinés partagent naturellement les particularismes de leurs institutions de tutelle. Pour autant, même s'ils présentent des caractéristiques distinctives, les trois programmes concernés présentent plusieurs points communs. Les unes et les autres seront analysés plus spécifiquement dans les sections qui suivent.

D'emblée, on mettra en exergue que les trois composantes partagent ces traits généraux communs :

- une installation dans un campus universitaire de santé, sous l'égide d'une Faculté de médecine, à proximité des principaux milieux de pratique clinique affiliés, ce qui crée un environnement *a priori* favorable, d'une part pour les commodités usuelles qui facilitent les différentes activités de la vie académique et estudiantine, d'autre part au regard des potentialités que cela pourrait offrir dans la perspective d'un développement de la formation interprofessionnelle en santé ;
- un accès à des ressources institutionnelles en pédagogie universitaire ou en démarche qualité, universitaires ou facultaires, propres à constituer des soutiens efficaces et pérennes, notamment pour l'ingénierie des formations et la formation professorale, dans la perspective de projets de développements adaptatifs ou innovants qui pourraient être portés par les responsables et les équipes ;
- une culture d'implication institutionnelle réso-

lue des équipes pédagogiques et cliniques dans leurs différentes missions, associée à une conscience explicite des enjeux transformationnels à venir, dans un contexte social, sociétal et économique en pleine mutation ;

- parallèlement, une certaine vulnérabilité de ces équipes pédagogiques, et notamment de celles impliquées dans la supervision clinique des étudiants, avec une dépendance financière trop univoque par rapport aux institutions hospitalières, liée au statut mono-appartenant hospitalier d'une grande majorité des enseignants cliniciens.

En s'adossant dans chacune des universités sur une conception relativement classique de la formation, et en recourant notamment à des architectures curriculaires conventionnelles organisées en deux phases (préclinique et clinique), autour des entités disciplinaires, et nonobstant les pistes d'amélioration qui peuvent être identifiées et qui sont exposées plus loin, les trois programmes :

- offrent globalement une formation en médecine dentaire de qualité, qui prépare les professionnels concernés à l'exercice d'une médecine buccodentaire répondant aux normes requises en matière de prestation des soins de santé orale, tels qu'ils sont habituellement offerts aux populations de l'espace européen depuis ces quarante dernières années.
- sont conformes aux dispositions du cadre réglementaire de la Fédération Wallonie-Bruxelles, ce qui est facteur d'harmonisation des programmes.

Gouvernance, gestion de la qualité et pilotage des programmes

Politique de gouvernance des établissements

Dans les trois universités, la composante des Sciences dentaires est intégrée à la Faculté de médecine et se trouve sous l'autorité directe du décanat et des services centraux. Pour autant, cette similarité formelle de la gouvernance recouvre probablement des différences quant à la manière dont elle est exercée d'un établissement à l'autre, dont rendent d'ailleurs compte des terminologies différentes pour désigner la composante dentaire. À l'Université catholique de

Louvain, la composante dentaire est dénommée École de médecine dentaire et de stomatologie, ce qui traduit sans doute une autonomie de fait, par le biais d'une délégation assez large des responsabilités au président de l'École. À l'Université libre de Bruxelles, l'autonomie déléguée à la section dentaire n'est identifiée qu'au travers de deux commissions dédiées (commission des programmes en Sciences dentaires et commission des stages en Sciences dentaires) et d'un collège spécifique (collège d'enseignement des Sciences dentaires), ce qui traduit probablement une gouvernance plus centralisée et plus hiérarchique. La situation est probablement intermédiaire à l'Université de Liège, où la filière dentaire est administrée sous l'égide du conseil de faculté par un Département des Sciences dentaires, qui dispose d'un conseil et d'un bureau exécutif propres.

Dans les trois cas, les modalités retenues semblent donner satisfaction aux parties prenantes, dès lors qu'elles sont perçues comme étant en phase avec les cultures institutionnelles respectives précédemment évoquées. Cependant, le comité observe que, sans exiger explicitement que les formations en Sciences dentaires soient dispensées dans des facultés distinctes des facultés de médecine – ce qui, néanmoins, tend à devenir la règle dans les pays européens-, la directive 2005/36/CE du parlement européen et du conseil du 7 septembre 2005, relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, stipule dans son article 22 que tous les États membres devraient reconnaître la profession de praticien de l'art dentaire en tant que profession spécifique et distincte de celle du médecin, spécialisé ou non en odontostomatologie.

Ainsi, le maintien d'une subordination des composantes dentaires par rapport aux facultés de médecine pourrait être questionné à terme, la légitimité d'un tel système n'étant viable que si une réelle autonomie est concédée aux filières dentaires, par l'intermédiaire d'une large délégation opérationnelle. En l'état, le comité a pu observer que, dans les trois établissements, cette délégation de la gestion administrative, scientifique et pédagogique devait composer avec des organigrammes de gouvernance un peu

compliqués (existence de multiples structures, départements, commissions, etc.), état de fait qui pourrait rendre cette autonomie vulnérable. Aux yeux du comité, une telle situation est par ailleurs susceptible de compliquer le développement de projets innovants qui seraient portés par la composante dentaire, au regard d'une réflexion propre sur l'évolution scientifique, technique, professionnelle ou sociétale des métiers de la dentisterie, à la fois pour les aspects liés à l'accompagnement logistique et pédagogique des réformes à mettre en place et pour ceux liés aux ressources nécessaires, par exemple pour le recrutement d'enseignants-chercheurs que le projet exigerait.

En tout état de cause, une réelle prudence devrait être de mise, à un moment où la disproportion désormais importante entre l'effectif des étudiants en médecine et celui des étudiants en Sciences dentaires pourrait pénaliser les composantes dentaires, notamment en termes d'allocations des ressources.

Recommandation 4 : Sans nécessairement remettre en cause le principe d'une gouvernance intégrée des filières dentaires au sein d'une faculté unique de médecine et de médecine dentaire, à condition qu'il existe un agrément exprès des différentes parties prenantes pour pérenniser un tel dispositif, le comité recommande fortement qu'une autonomie opérationnelle plus significative soit octroyée aux composantes dentaires, dans le cadre d'une délégation de la gestion administrative, financière, scientifique et pédagogique, en lien avec un organigramme approprié des instances.

Gestion de la qualité et pilotage des programmes

Les trois universités de tutelle des programmes de Sciences dentaires examinés ont développé depuis de nombreuses années une politique de gestion de la qualité très solide, en y consacrant des ressources importantes, par le biais de structures internes dédiées. Ainsi, l'Université catholique de Louvain dispose de l'organe interne

de gestion de la qualité dénommé «Qualité de l'offre des programmes académiques (QOPA)», l'Université libre de Bruxelles de «l'Observatoire qualité» et l'Université de Liège du «Service de management et d'accompagnement de la qualité (SMAQ)». Ces structures sont très disponibles; elles proposent et développent, sur demande, de nombreux outils qui sont mis à la disposition des facultés et des programmes.

Force est cependant de constater que les responsables facultaires et de programmes sollicitent et exploitent de telles ressources de manière très variable. D'une façon générale, la synergie entre les structures en charge de la démarche qualité et les structures de soutien en pédagogie universitaire apparaît très insuffisante. Une telle situation semble notamment en lien avec des cultures professionnelles différentes dans le milieu des enseignants et dans celui de la démarche qualité, le premier percevant le second comme faisant la part trop belle à la logique techniciste et managériale. Il en résulte une certaine incompréhension – voire une forme de circonspection – à l'égard de ce que la démarche qualité pourrait apporter à l'action pédagogique. Des situations contrastées sont observées d'un établissement à l'autre. Ainsi, à l'Université libre de Bruxelles, parce que la Faculté de médecine disposait de ressources pédagogiques internes clairement identifiées, qui avaient permis de résoudre avec satisfaction plusieurs dysfonctionnements organisationnels (comme par exemple une articulation insuffisante des cours et des stages), le besoin de solliciter tant les ressources institutionnelle en pédagogie universitaire (PRAC-TICE) que les ressources en démarche qualité a été peu perçu et il y a été jusqu'à récemment peu fait appel. À l'inverse, les enseignants de la composante dentaire de l'Université de Liège ont identifié depuis plus longtemps le parti complémentaire qu'ils pouvaient tirer des structures ressources de l'université que constituent l'Institut de formation et de recherche en enseignement supérieur (IFRES) ou le SMAQ, pour développer des remédiations à des situations qu'ils avaient du mal à analyser ou pour accompagner des expérimentations. À l'Université catholique de Louvain, ce sont des dysfonctionnements rapportés par des enquêtes

auprès d'étudiants qui avaient conduit à solliciter l'organe de démarche qualité.

Bonne pratique :

À l'Université catholique de Louvain, la démarche-qualité a été initiée dès 2010-2011 en réponse à des plaintes récurrentes et convergentes, qui avaient été formulées à cette époque par les étudiants et recueillies dans le cadre d'enquêtes; elles concernaient l'organisation des stages, dont souffrait la qualité de leur supervision clinique. La démarche a permis d'introduire une série d'actions correctives concrètes, par exemple la mise en place d'un comité d'encadrement des stages. De telles initiatives ont peu à peu accredité la pertinence des ressources que constituent les organes de gestion de la qualité, même si elles restent globalement sous-exploitées.

Faisant ces constats, le comité ne souhaite nullement stigmatiser telle institution ou tel responsable de programme mais cherche à illustrer certains des multiples déterminants contextuels qui s'avèrent, selon les cas, de nature à faciliter ou compliquer l'évolution des pratiques d'enseignement et le pilotage des programmes. Ainsi, globalement, le pilotage exploitant la documentation d'indicateurs (autant qualitatifs que quantitatifs) reste une culture à construire. Les stratégies de régulation des programmes se limitent surtout à des ajustements réguliers d'ordre technique ou à l'accompagnement d'innovations pédagogiques liées à des initiatives individuelles, fondées sur le volontariat, dans le cadre d'un soutien à des expérimentations qui restent souvent ponctuelles.

Recommandation 5a : À titre de processus régulier de régulation des programmes, à court et moyen terme, notamment pour identifier des dysfonctionnements appelant des solutions rapides, le comité recommande de recourir de façon plus systématique à un pilotage exploitant des indicateurs judicieux que sont en mesure de fournir les structures de démarche qualité.

Recommandation 5b : Pour le développement, l'évaluation et la régulation d'innovations pédagogiques à plus long terme, le comité recommande le recours méthodique à des ressources clairement identifiées en pédagogie universitaire, qu'elles soient internes au programme, ou disponibles à l'échelon facultaire ou universitaire.

Recommandation 5c : Afin d'éviter que les innovations pédagogiques restent ponctuelles, contingentes, liés à des démarches individuelles sources d'épuisement, le comité recommande que de telles initiatives s'inscrivent en lien avec des cadres conceptuels structurants permettant d'assurer la pertinence et la cohérence du curriculum (se reporter aux sections correspondantes, plus loin). Pour ce faire il invite les établissements à mutualiser et coordonner l'action respective des structures ressources en pédagogie universitaire et en démarche qualité, au service d'une politique institutionnelle de développement professoral, au sens du concept anglo-saxon de *faculty development* (cf. encadré ci-dessous).

Quelques repères conceptuels et méthodologiques en lien avec des cadres internationaux

Le développement professoral (*faculty development*) dans institutions de formation des professionnels de la santé.

La notion de développement professoral (*faculty development*) s'est développée de façon significative et méthodique dans le milieu de l'enseignement supérieur à partir des années 1970, en faisant référence à toute activité planifiée

dans le but d'améliorer la capacité d'un membre d'une institution académique à mieux faire face aux différents rôles professionnels qu'il est amené à assurer dans le cadre d'une carrière, simultanément ou successivement, dans les domaines pédagogique, administratif, clinique ou scientifique. Il s'agissait en l'occurrence de reconnaître que la seule maîtrise des contenus disciplinaires préparait très imparfaitement aux différents rôles concernés, et tout particulièrement à la fonction enseignante.

Par rapport à cette dernière, dans le champ de la formation des professionnels de la santé, des cadres conceptuels ont ainsi été développés pour mieux rendre compte des différents rôles de l'enseignant, qui ne devraient plus se limiter à la fonction réductrice de transmetteur de savoirs savants. Le modèle de Harden³⁵ identifie ainsi douze rôles explicites pour l'enseignant clinicien, organisées autour de six grandes fonctions (pourvoyeur d'informations, concepteur de ressources, planificateur, évaluateur, facilitateur des apprentissages, modèle de rôle), dans un continuum allant de l'expertise de contenu à la fonction de modèle de rôle professionnel.

Une revue générale portant sur le développement professoral a été publiée sous la forme d'un guide de l'Association for Medical Education in Europe (AMEE)³⁶. Elle propose un état des lieux critique, présenté sous forme didactique, des cadres conceptuels mobilisés, des standards et des recommandations disponibles.

³⁵ Harden R & Crosby J. *The good teacher is more than a lecturer: the twelve roles of the teacher*. AMEE Guide n° 20. Med Teach 2000;22:334-7.

³⁶ McLean M, Cilliers F & van Wyk JM. *Faculty Development: Yesterday, Today and Tomorrow*. AMEE Guide n°36. Med Teach 2008;30(6):555-84). Version française : McLean M, Cilliers F & van Wyk JM. Développement professoral : hier, aujourd'hui et demain. Guide AMEE n°36. Pédagogie Médicale 2014; 15(3): 183-237.

Ce guide résume ainsi les principes généraux pour une bonne pratique en développement professoral : employer des stratégies efficaces de gestion du changement ; utiliser des pratiques pédagogiques qui ont fait leurs preuves ; utiliser des pratiques socialement responsables.

Il retient plusieurs messages clés :

- Le développement professoral n'est pas un luxe mais un besoin impératif pour chaque milieu de formation médicale.
- Un développement professoral de qualité nécessite la mise en place d'un département ou d'une unité spécialisée en éducation médicale, qui soit composé de responsables crédibles, développant des programmes et prônant des modèles de rôles pédagogiques.
- Le développement professoral a besoin d'être systématique : ceci suppose une planification, une implantation et une évaluation.
- Le développement professoral doit produire des résultats réalistes qui doivent être documentés.
- Le développement professoral devrait être envisagé de façon à répondre à différents niveaux de besoins : les besoins individuels, ceux des disciplines et ceux de l'établissement.
- Les différentes activités proposées dans les programmes de développement professoral devraient encourager un apprentissage expérientiel et une démarche réflexive (en sollicitant par exemple l'évaluation par les pairs ou en recommandant l'usage du portfolio d'enseignement).
- Le développement professoral devrait s'efforcer de développer des collaborations entre les différentes disciplines médicales et, dans la mesure du possible, entre différentes professions.

La pertinence des programmes

La pertinence d'un programme résulte d'une définition judicieuse de ses finalités, au regard des effets et des résultats escomptés de ses

différentes composantes, en lien avec les objets de formation qui leur sont respectivement attribués. Au-delà des différences formelles de leur formulation dans les documents académiques respectifs ou dans ceux élaborés aux fins de la présente campagne d'évaluation, les finalités et les objectifs, ainsi que l'organisation générale des trois programmes s'avèrent étonnamment assez comparables, notamment pour ce qui concerne la première partie correspondant aux trois années du bachelier, les particularités étant plutôt observées en programme de master.

Il semble possible de dégager plusieurs pistes d'optimisation de la pertinence générale des trois programmes à partir d'une mise en perspective au regard de cinq points : l'architecture générale des curriculums ; le recours à un référentiel de compétences pour expliciter les finalités du programme ; l'exploitation des potentialités offertes par les terrains de stages ; la problématique de la formation à la recherche ; la problématique de la formation à l'interprofessionnalité.

L'architecture générale des curriculums

La similarité de l'architecture générale des trois curriculums est assez remarquable. Ceci semble résulter d'un souci scrupuleux de mise en concordance des trois programmes avec les mesures d'application (décret Paysage), à laquelle se sont astreints de façon assez disciplinée les responsables des trois facultés, mais qui en a privilégié les aspects administratifs, organisationnels et logistiques, plutôt que les aspects principiels, en occultant la flexibilité qu'ils autorisaient. De façon à privilégier la standardisation des cursus, censée à la fois favoriser la mobilité des étudiants et permettre le respect du principe de capitalisation, les programmes ont donc été pensés en deux parties, correspondant strictement aux deux premiers cycles du processus de Bologne (bachelier et master), dont les durées respectives ont été interprétées comme devant être uniformément et invariablement de trois et deux années, respectivement (cf. commentaires supra).

Il en résulte trois curriculums répondant globalement à une architecture de type « flexnérien », tel qu'il est devenu habituel de désigner les programmes qui organisent la formation en deux

parties, respectivement dédiées à l'enseignement et à l'apprentissage des sciences fondamentales et des sciences cliniques, dans le cadre d'unités disciplinaires. En l'occurrence, les trois premières années, octroyant le grade de bachelier, pendant lesquelles les étudiants ne sont pas en contact avec les patients, sont dédiées à des sciences fondamentales, pour l'essentiel réduites aux sciences biologiques, ainsi qu'à l'acquisition de la maîtrise gestuelle sur des mannequins dans le cadre de dispositifs de simulation. Leur validation est obligatoire pour accéder aux enseignements des deux dernières années qui sont dédiées à l'enseignement et à l'apprentissage des sciences cliniques, auprès des patients, essentiellement dans le cadre d'une pratique supervisée en stages, cette deuxième partie octroyant le grade de master.

Les dispositifs pédagogiques dédiés aux sciences fondamentales durant le bachelier font essentiellement appel à des méthodes transmissives : conférences magistrales, mise à disposition de ressources didactiques sous forme de syllabus plus ou moins actualisés ou accessibles sur un espace numérique (Moodle). À cela, s'ajoutent des exercices pratiques exécutés sur des reproductions d'organe en matière plastique et des activités organisées autour de cas cliniques, présentées de manière relativement décontextualisée, hors du champ professionnel.

L'organisation des activités académiques du programme est essentiellement fondée autour des entités disciplinaires, qui restent compartimentées, au détriment d'une contextualisation de leurs contenus respectifs à l'activité clinique, qui arrive trop tard pour une intégration adéquate.

Ainsi, la conjonction d'une culture académique classique et d'un cadre administratif interprété de façon réductrice et contraignante semble avoir consolidé des curriculums centrés sur la maîtrise des savoirs disciplinaires et renforcé le cloisonnement entre théorie et pratique, en pérennisant simultanément une organisation du curriculum autour d'entités disciplinaires, alors même que les déclarations d'intention des responsables des programmes laissent entendre une prise de conscience de la nécessité qu'il y aurait d'évoluer vers une meilleure intégration des apprentissages.

Recommandation 6 : Le comité d'évaluation recommande aux universités et à leurs composantes en Sciences dentaires, dans le cadre des projets innovants de révision curriculaire qu'elles pourraient être amenées à conduire, de réfléchir à des architectures curriculaires qui favorisent le décloisonnement disciplinaire et l'intégration précoce des sciences fondamentales et des sciences cliniques, par exemple en s'inspirant du modèle de curriculum « en spirale³⁷ » (cf. supra).

Le recours à un référentiel de compétences pour expliciter les finalités du programme

Le constat rapporté dans la section qui précède a quelque chose d'un peu insolite, alors même que simultanément, le concept de compétence et son opérationnalisation au travers d'un référentiel de compétences sont régulièrement évoqués par les responsables de programme, dans la perspective d'une révision curriculaire visant à favoriser à la fois une meilleure intégration des apprentissages et une meilleure articulation entre théorie et pratique, et que certaines expériences exploratoires ou même plus abouties ont été conduites dans les trois universités.

On relève ainsi qu'à l'Université catholique de Louvain, un référentiel d'acquis d'apprentissage et un référentiel de formation ont été élaborés, dans le cadre d'un projet institutionnel intitulé AALLO (Acquis d'Apprentissage Louvain *Learning Outcomes*) s'appuyant sur une enquête à laquelle ont participé des praticiens libéraux – ce qui semblait témoigner de la compréhension que la caractérisation des compétences visées nécessitait une analyse des pratiques professionnelles réelles, en lien avec les acteurs professionnels de terrain. Pourtant, la transposition opérationnelle de ce travail dans le dispositif curriculaire semble buter sur plusieurs obstacles. La nature de ces derniers n'est pas aisée à analyser et il faut sans doute se garder d'interprétations trop univoques.

³⁷ Harden R & Stamper N. *What is a spiral curriculum?* Med Teach 1999;21:2 :141-3.

On peut cependant suspecter que le processus n'a pas suffisamment impliqué toutes les parties prenantes du programme, et qu'il est resté trop confiné aux seuls responsables du programme au moment de son application opérationnelle : les étudiants connaissent très mal et utilisent très peu le référentiel et il n'est pas non plus certain que tous les enseignants aient une perception claire de son utilité.

À l'Université libre de Bruxelles, un référentiel de compétences pour le master est disponible. Il a été élaboré par un comité académique restreint à partir d'une transposition du cadre de référence canadien CanMEDS, en explicitant, outre les compétences cliniques, sept compétences dites « transversales ». Sur cette base, l'élaboration du référentiel de compétences semble avoir surtout consisté en un exercice d'écriture un peu formel.

En outre, plusieurs malentendus conceptuels concernant la notion de compétences semblent subsister. Ainsi, à l'Université de Liège, un chantier d'élaboration de référentiels de compétences a été ouvert : il comporte d'ores et déjà un référentiel de compétences dit « pratique », qui semble mal connu des étudiants, tandis qu'un référentiel de compétences dit « théorique » était en cours d'élaboration au moment de la visite du comité (en novembre 2017), ce qui pourrait être interprété comme antinomique avec la fonction même du recours au concept de compétences pour expliciter les finalités d'un programme, celle-ci visant en principe précisément à articuler théorie et pratique. De la même manière, la persistance, dans le cadre du projet de l'Université catholique de Louvain, de certaines dénominations telles que « compétences théoriques » ou « compétences disciplinaires » peut sans doute être interprétée comme un indicateur de la difficulté qu'il y a s'inscrire dans un réel changement de paradigme ; elle illustre le poids de la conception académique traditionnelle au profit d'une organisation disciplinaire des programmes et d'une séparation théorie/pratique.

Enfin, dans aucun des trois programmes, ce référentiel n'a été exploité pour remodeler l'architecture curriculaire, qui reste organisée autour des enseignements disciplinaires, ce qui témoigne sans doute la difficulté de s'approprier et

d'opérationnaliser des cadres élaborés dans d'autres contextes, sans un travail conceptuel collégial approfondi préalable, adossé à des méthodes d'ingénierie des compétences. En effet, si l'on confie à un référentiel de compétences la fonction de désigner l'objet des activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation – c'est à dire d'énoncer explicitement ce qui est à enseigner et à apprendre, et donc ce qui sera évalué –, alors, en tant que tel, ce référentiel a également vocation à structurer les programmes de formation qui se réclament d'une approche par compétences et qui cherchent à favoriser la formation de professionnels répondant à un profil professionnel largement partagé. En ce sens, un référentiel de compétences résulte à la fois d'une démarche d'analyse des besoins de formation et d'un travail de traduction didactique, qui consiste à traduire une logique professionnelle en logique éducative, au regard de cadres conceptuels appropriés qui permettent d'argumenter les choix à faire^{38,39}.

Recommandation 7 : Le comité recommande aux responsables des programmes de formation en Sciences dentaires, dès lors qu'ils ont fait le choix d'explicitier les finalités du programme sous la forme d'un référentiel de compétences, de recourir à des approches méthodiques explicites en ingénierie des compétences et d'exploiter opérationnellement ce référentiel pour remodeler l'architecture des curriculums concernés.

L'exploitation des potentialités offertes par les terrains de stages

Deux options contrastées ont été mises en œuvre concernant l'organisation de l'offre de stages.

³⁸ Parent F & Jouquan J. Comment élaborer et analyser un référentiel de compétences en santé. Une clarification conceptuelle et méthodologique critique de l'approche par compétences. Louvain-la-Neuve : De Boeck Université, 2015.

³⁹ Barbier JM. Ingénierie et formation : détermination d'objectifs, élaboration de projets, évaluation d'action, évaluation de transfert. Dans : Encyclopédie de la formation, JM Barbier, E Bourgeois, G Chapelle, JC Ruano-Borbalan (Eds.). Paris : Presses universitaires de France, 2009 : 455-92.

À l'Université catholique de Louvain comme à l'Université de Liège, l'organisation des stages est quasi-exclusivement hospitalo-centrée autour des services de l'entité hospitalo-universitaire académique, le caractère centralisé des stages étant notamment analysé comme une garantie de la qualité de la supervision clinique.

À l'inverse, à l'Université libre de Bruxelles, on observe une diversité originale de l'offre de terrains de stage, qui complète ceux de la plateforme de l'hôpital académique Erasme par un important réseau territorial de stages dans les hôpitaux affiliés.

Dans un cas comme dans l'autre, en lien avec la conception classique des curriculums que partagent les trois établissements, et notamment la conviction générale que l'enseignement et l'apprentissage des sciences fondamentales devrait précéder l'enseignement et l'apprentissage des sciences cliniques, les stages sont essentiellement considérés comme des terrains d'application et comme des milieux de localisation des ressources didactiques nécessaires à l'apprentissage des habiletés techniques de la dentisterie. Dans un cas, il semble surtout s'être agi de mieux les circonscrire pour mieux les contrôler, au nom d'une conception un peu pyramidale de la qualité des stages, au risque pourtant d'affaiblir celle-ci en sur-sollicitant les ressources concernées dans le contexte d'une inflation de l'effectif des étudiants. Dans un autre cas, il semble s'être surtout agi de préserver la capacité d'accueil en stage compte tenu de cette même contrainte, en élargissant l'assise géographique et institutionnelle des lieux d'accueil.

D'une façon générale, le comité considère que l'offre de stages sous-exploite l'opportunité qu'elle pourrait constituer pour exposer les étudiants à des situations professionnelles plus variées et plus représentatives des différents contextes de l'exercice professionnel et des pratiques professionnelles concernées, en prenant plus adéquatement en compte la pluralité des dimensions professionnelles, scientifiques mais aussi sociales et sociétales de ces pratiques.

Bonne pratique :

L'Université libre de Bruxelles a développé un riche réseau territorial d'hôpitaux affiliés qui sont autant de terrains de stage, permettant d'accueillir les étudiants dans une grande variété de milieux professionnels et, de les confronter à des contextes sociaux et à des populations très variés. Bien qu'il soit limité aux établissements hospitaliers, cet ancrage territorial des terrains de stage constitue en effet aujourd'hui un élément important dans une perspective d'ouverture du programme à la pluralité des dimensions professionnelles, sociales et sociétales.

Ainsi, dans une perspective d'évolution plus aboutie vers une approche par compétences, à partir d'une identification et d'une analyse plus systématique de ces situations professionnelles, des milieux de stages plus variés pourraient être reconnus; ils permettraient d'exposer les étudiants à différents rôles professionnels, qui seraient mis en concordance avec les capacités spécifiques à développer, dans le cadre de différents dispositifs pédagogiques appropriés. La cartographie des stages pourrait en quelque sorte soutenir la structuration du curriculum, y compris, dans une perspective ambitieuse, dès la période de bachelier.

Recommandation 8 : Le comité d'évaluation recommande aux universités et à leurs composantes en Sciences dentaires, dans le cadre des projets innovants de révision curriculaire qu'elles pourraient être amenées à conduire, de redéfinir l'offre de terrains de stage au regard de plusieurs considérations structurantes :

- envisager un parcours de stage tout au long du programme, depuis le début du programme de bachelier (au-delà de la simple fonction de stage « d'initiation ») jusqu'à la fin du programme de master, en cohérence avec une intégration précoce des sciences fondamentales et des sciences cliniques;

- sélectionner les terrains de stage en priorité au regard de leur pertinence pour contextualiser et structurer la formation, en lien avec les rôles et les contextes professionnels auxquels il convient de préparer les futurs praticiens ;
- réfléchir à l'offre de stage en lien avec la capacité de soutenir la structuration du curriculum, au-delà de la nécessité de proposer une capacité d'accueil quantitativement adaptée à l'effectif des étudiants.

La problématique de la formation à la recherche

Dans une conception qui demeure élitiste, plusieurs responsables ou enseignants impliqués dans les programmes examinés continuent à estimer que la professionnalisation des études serait un obstacle au maintien de l'excellence académique. C'est notamment le cas concernant la formation à la recherche, dont plusieurs responsables continuent à penser qu'elle ne devrait, par nature, concerner qu'une minorité d'étudiants, qu'il faudrait en conséquence continuer à « trier sur le volet », dans le cadre d'un processus de sélection implicite, comme c'est par exemple le cas à l'Université de Liège à la fin du programme de master.

Il existe par ailleurs une certaine ambiguïté à l'égard de deux préoccupations qui devraient être mieux distinguées : d'une part, celle de sensibiliser les étudiants à la dimension scientifique de la pratique de la médecine dentaire – en lien notamment avec la perspective de l'*evidence-based medicine* – et d'autre part, celle de former les étudiants au métier de chercheur. Même si l'on peut admettre qu'il existe un lien entre les deux, voire un continuum, il est judicieux de reconnaître, dans la perspective d'une construction de compétences, que les deux projets nécessitent de réfléchir à des capacités spécifiques et à des niveaux de développement respectivement différents.

Parallèlement, les enseignants invoquent souvent l'argument selon lequel l'engagement des étudiants dans une formation à la recherche ne serait ni souhaitable ni possible tant qu'ils n'ont pas acquis un certain niveau de « maturité ».

Ils interprètent cependant cette dernière quasi univoquement comme synonyme d'une quantité minimale de savoirs savants à maîtriser, en sous-estimant le fait qu'une telle maturité recouvre tout autant des processus à expliciter et des capacités à construire, dans les domaines cognitifs, opératifs, mais aussi sociaux ou psychoaffectifs, dont le développement pourrait être accompagné beaucoup plus tôt, dès le début du cursus, à condition que des dispositifs pédagogiques dédiés soient systématiquement planifiés.

Bonne pratique :

L'Université de Liège a développé des activités de recherche translationnelle et clinique à certains égards exemplaires, à partir desquelles pourraient être modélisée une authentique formation à la recherche pour tous les étudiants, dans une perspective qui s'affranchirait du modèle élitiste habituel.

À cet égard, les enseignants pourraient exploiter pédagogiquement avec profit les analogies entre le raisonnement scientifique et le raisonnement clinique (cf. tableau 2), ce qui permettrait de contextualiser authentiquement la formation à la recherche tout au long du curriculum, plutôt que d'en faire, *de facto*, une activité optionnelle, élitiste ou externalisée par rapport au programme.

Formation scientifique	Formation clinique
1. Observer	1. Observer
2. Comprendre le problème	2. Comprendre le problème
3. Cerner le problème et le critiquer	3. Cerner le problème et le critiquer
4. Formuler des hypothèses (modèles scientifiques)	4. Comparer avec les procédures normales de soins
5. Mettre en équations	5. Modifier
6. Tester les hypothèses à travers l'expérimentation	6. Planifier le traitement
7. Modifier les hypothèses, voire le modèle	7. Evaluer et améliorer le plan de traitement
8. Evaluer et critiquer les résultats finaux	8. Mettre en œuvre le traitement
	9. Evaluer et critiquer les résultats du traitement

Tableau 2 : La culture scientifique appliquée à la pratique clinique⁴⁰

Au total, à force d'être différée à un moment ultérieur du cursus au motif que les étudiants ne disposeraient pas d'une maturité suffisante, la formation à la recherche reste souvent très contingente voire occultée, à la fois en termes de dispositifs pédagogiques qui y sont explicitement dédiés et en termes de nombre d'étudiants concernés.

Recommandation 9 : Le comité d'évaluation invite les responsables des programmes de formation en Sciences dentaires :

- à se départir d'une conception implicitement élitiste de la formation à la recherche, qui considère que celle-ci ne devrait concerner qu'une très faible minorité d'étudiants ;
- à envisager que la capacité de participer à un travail de recherche devrait être un objectif de formation qui concerne l'ensemble des étudiants de chaque promotion ;

- à considérer que la formation visant à préparer les étudiants à participer à un travail de recherche devrait commencer dès le début du cursus, en développant des capacités à la fois épistémologiques et méthodologiques, en lien avec des problématiques fondamentales ou cliniques.

La problématique de la formation à l'interprofessionnalité

Bien qu'une grande partie des enseignements théoriques des sciences fondamentales du programme de bachelier s'adressent à la fois aux étudiants en médecine et aux étudiants en Sciences dentaires, et en dépit de l'intégration de la formation en dentisterie dans les trois facultés de médecine, et de la mutualisation de fait des deux campus respectifs, peu de situations d'apprentissage visant à aborder la problématique de l'interprofessionnalité sont exploitées et proposées aux deux catégories d'étudiants. Les étudiants en Sciences dentaires rapportent au contraire régulièrement une frustration, liée au caractère trop « médical » des enseignements dont la pertinence des contenus biocliniques n'est pas toujours bien identifiée, et à la perception que leurs besoins spécifiques d'apprentissage, en lien avec leurs futures pratiques professionnelles, ne sont pas suffisamment pris en compte.

Au cours du programme de master, il semble que les étudiants en médecine dentaire n'aient quasiment aucun contact avec leurs collègues médecins dans le cadre d'un dispositif de formation, ce point étant à nouveau commun aux trois universités, indépendamment de contraintes spécifiques (comme par exemple, l'éloignement du campus clinique dentaire par rapport à la Faculté de médecine à l'Université de Liège).

D'autres opportunités semblent par ailleurs exploitées d'une manière problématique. Ainsi en est-il de la formation sur le même site, à l'Université catholique de Louvain, des dentistes et des stomatologues. Plusieurs témoignages recueillis par le comité semblent accréditer l'idée que ces derniers développeraient à l'égard des premiers des stratégies visant à un protectionnisme corpo-

⁴⁰ Plasschaert AJ, Poort HW. Curriculum revision at the Nijmegen Dental School. Ned Tijdschr Tandheelkd. 1977;85(15):19-25.

ratiste de leur champ de compétences, limitant ainsi significativement le développement de l'autonomie professionnelle des dentistes. Même si une telle suspicion n'était pas avérée⁴¹, elle témoigne en tout état de cause au minimum d'une forme d'occasion manquée, qui illustre la difficulté à penser judicieusement la problématique de la formation à l'interprofessionnalité en santé, alors même que des cadres conceptuels ont pourtant été développés à cet égard^{42,43}.

Recommandation 10 : Le comité d'évaluation invite les responsables des programmes de formation en Sciences dentaires :

- à réfléchir à la problématique de l'interprofessionnalité comme l'un des enjeux majeurs de la formation des professionnels de médecine dentaire, en lien avec l'exigence de responsabilité sociale des institutions de formation en santé;
- à exploiter les diverses opportunités de formation qu'offre à cet égard les campus de santé, en lien avec les cadres conceptuels et méthodologiques disponibles.
- à développer des partenariats avec les hautes écoles pour mieux articuler la formation des personnels auxiliaires buccodentaires avec celles des autres professionnels en Sciences dentaires.

La cohérence interne des programmes

La notion de cohérence interne d'un programme fait globalement référence au concept d'alignement pédagogique⁴⁴. Ce dernier rend compte de la

capacité du programme à atteindre ses objectifs, au regard de ses finalités générales, grâce à la mise en œuvre congruente de dispositifs et d'activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation adéquats par rapport aux résultats attendus des apprentissages. Ainsi, si les résultats attendus du programme sont formulés en termes de compétences professionnelles visées et non plus de savoirs à maîtriser, il convient de vérifier que les différentes ressources nécessaires à la construction de ces compétences aient été traitées en tant qu'objet d'enseignement et d'apprentissage dans l'une ou l'autre des unités du programme, incluant les stages, et que les évaluations effectuées apportent une garantie raisonnable de la transférabilité des apprentissages documentés, c'est-à-dire du fait que les étudiants soient capables de les mobiliser adéquatement en situation professionnelle.

D'une manière générale, le comité a constaté plusieurs faiblesses des programmes par rapport à ce principe d'alignement, plus ou moins conséquents, qui peuvent être analysés selon les rubriques qui suivent.

Les acquis d'apprentissage

Comme cela a déjà été exprimé dans la section précédente, les chantiers visant à énoncer les acquis d'apprentissage des programmes sous forme de compétences et à élaborer, pour ce faire, des référentiels de compétences restent en grande partie inachevés.

Aucun des trois programmes évalués ne mentionne à cet égard les orientations méthodologiques de la démarche qu'il a entreprise, même quand ils revendiquent, comme c'est le cas pour l'Université libre de Bruxelles, un adossement à un référentiel existant, en l'occurrence le cadre CanMEDS. Aucun ne fait explicitement référence à la conception de la compétence sur laquelle il s'adosse, de sorte que plusieurs énoncés sont en fait plus proches d'habiletés (*skills*) que de véritables compétences. De fait, les prémisses méthodologiques sont fortement influencées par la structure traditionnelle du programme. À l'Université de Liège, le référentiel de compétences n'est en fait qu'une table de spécification

⁴¹ Cf. droit de réponse émis par l'établissement sur son rapport d'évaluation. Disponible en ligne : http://aeqes.be/rapports_evaluation.cfm (consulté le 19/09/2018).

⁴² Hean S, Craddock D, Hammick M & Hammick M. *Theoretical insights into interprofessional education*: AMEE Guide No. 62. *Med Teach* 2012;34:2, e78-e101.

⁴³ Davis JM, Janczukowicz J, Stewart J, Quinn B, Feldman CA. *Interprofessional education in dental education: An international perspective*. *Eur J Dent Educ* 2018;22(Suppl. 1):10-6.

⁴⁴ Biggs J. *Enhancing teaching through constructive alignment*. *Higher Education* 1996;32(3):347-64.

d'objectifs pédagogiques opératoires, destinée à valider les stages cliniques. À l'Université libre de Bruxelles, le référentiel élaboré a fait l'objet d'un tableau de renvois aux contenus de cours disciplinaires, tels qu'ils étaient antérieurement dispensés et continuent de l'être, sans que des dispositifs spécifiquement dédiés à chacune des capacités ou compétences recensées soient mis en œuvre. À l'Université catholique de Louvain, il a déjà été mentionné que le référentiel d'acquis d'apprentissage et le référentiel de formation élaborés dans le cadre du projet institutionnel AALLO n'ont pas été systématiquement exploités pour orienter l'architecture du dispositif curriculaire.

D'une façon générale, les dispositifs curriculaires et pédagogiques restent surtout consacrés à la dimension bioclinique de l'exercice de la médecine dentaire, et même à sa dimension technico-opératoire, qui est valorisée comme une image de marque spécifique de la profession. Les dimensions communicationnelles, relationnelles et éthiques de l'exercice ne sont réellement travaillées dans aucun dispositif pédagogique spécifique et sont reléguées aux aléas de l'apprentissage informel en stage. Les savoirs des sciences humaines et sociales semblent présentés aux étudiants dans le cadre de dispositifs décontextualisés et transmissifs et il n'est pas certain qu'ils soient authentiquement réinvestis dans le cadre de la formation clinique en stage. Des dimensions importantes de l'exercice professionnel, comme par exemple celles liées à la gestion administrative et comptable ou à la coordination des personnes et des équipes, ne sont quasiment jamais abordées.

Bonne pratique :

En lien avec des partenariats internationaux qu'elle a développés, notamment dans le cadre du consortium G3 auquel elle participe conjointement avec les universités de Montréal et de Genève, l'Université libre de Bruxelles développe une réflexion particulièrement originale et innovante, visant à exploiter la ressource que constituent les savoirs expérientiels du patient. Dans le cadre du mouvement du « patient partenaire », elle a ainsi recruté un patient expert.

L'expertise dont il est question concerne la vie avec le problème de santé, qui a vocation de soutenir des développements à la fois dans les champs de la clinique, de l'enseignement et de la recherche. La composante en Sciences dentaires de la Faculté de médecine devrait profiter très prochainement d'une telle approche, dont les premières retombées sont expérimentées actuellement dans les programmes de formation en médecine.

Bonne pratique :

L'Université catholique de Louvain a développé des activités de supervision clinique remarquables et a ouvert sa formation à la problématique de la prise en charge bucco-dentaire de personnes et de populations vulnérables, thèmes qui pourraient être approfondis, en tant qu'objets de pratique, de recherche et d'enseignement. Elle possède par ailleurs une filière de formation en stomatologie qui est une ressource originale.

Quelques repères conceptuels et méthodologiques en lien avec des cadres internationaux

« *The Graduating European Dentist: A New Undergraduate Curriculum* »
édité par l'Association for Dental Education in Europe (ADEE)⁴⁵.

Avec le cadre intitulé « Le médecin dentiste diplômé en Europe », l'ADEE propose une série de documents, censée refléter une pratique académique optimale pour la formation initiale en médecine bucco-dentaire européenne.

⁴⁵ Ce cadre a été publié sous la forme de huit articles regroupés dans un numéro spécial dédié du journal *European Journal of Dental Education* : Eur J Dent Educ 2017;21(Suppl. 1).

Elle met l'accent sur des orientations particulières du programme comme la sécurité du patient, le travail en équipe et une pratique de soins centrée sur le patient. À cela s'ajoute une plus grande attention sur un enseignement d'excellence, sur la satisfaction de l'étudiant ainsi que sa préparation et le soutien qui lui est dû. Des lignes directrices concernant les méthodes d'enseignement-apprentissage et d'évaluation (mesure des résultats de l'éducation) sont aussi fournies. Ce nouveau format devrait être plus accessible aux éducateurs, aux institutions, aux sociétés savantes et aux organismes de réglementation dans l'ensemble du secteur.

Les objectifs visés sont :

- La conception d'un programme des études dont les « résultats attendus des apprentissages » (*learning outcomes*) soient explicites.
- L'encouragement à utiliser l'exemplarité de programmes d'études existants ou de programmes mis à jour publiés par des sociétés et des organisations de spécialistes, comme socle à partir duquel un programme local pourra être développé et formulé.
- La description précise des méthodes d'apprentissage et des méthodes d'évaluation.
- La mise à jour des méthodes de l'assurance de la qualité de la formation initiale et de la formation continue.

Ces objectifs reflètent une pratique moderne de l'éducation de la médecine buccodentaire et ils sont applicables à quatre domaines dont la forme est plus claire et plus utile pour les éducateurs :

I. Professionnalisme. Des lacunes dans ce domaine sont souvent à l'origine de mécontentement, d'inquiétude et de plainte de la part du patient et il convient de mettre l'accent sur l'importance de l'intégration de ces valeurs dès le début du curriculum.

II. Pratique clinique efficace et sans danger pour les patients. Les enseignants en médecine buccodentaire doivent également être mis au défi de s'assurer que les étudiants soient compétents dans les procédures opératoires de base et qu'ils soient sans danger pour les patients lorsqu'ils commencent à les soigner.

III. Pratique de soins centrée sur les patients. Le degré avec lequel un dentiste peut évaluer et différencier les émotions des patients affectera sans aucun doute la qualité et la précision des informations recueillies lors de l'anamnèse. Cette prise en charge est de ce fait considérée comme une compétence très importante pour tout professionnel de santé. De plus, la capacité à prendre en compte les besoins sociaux, culturels et linguistiques du patient (compétence culturelle) est nécessaire pour que le praticien soit capable d'élaborer un plan de traitement dans une perspective de soins centrés sur le patient, la satisfaction de ce dernier étant une condition favorable pour une participation active à son traitement.

IV. La médecine dentaire et la société

Le programme de formation initiale doit refléter l'importance des principes suivants :

- tenir compte d'un contexte plus élargi que celui de la pratique individuelle ;
- prendre une part active à une pratique efficace et intégrée dans la société ;
- prôner la santé orale en général et des changements de système indispensables ;

et offrir aux étudiants la possibilité de s'engager hors les murs de son environnement habituel pour son apprentissage. Pour comprendre les populations et leur santé, les jeunes diplômés doivent être capables de saisir les tendances et les variations démographiques en termes de santé orale et générale, et en terme de société. Ces implications sont fondamentales pour préparer les futurs diplômés à prodiguer leurs soins à leurs patients.

Les domaines et les aires de compétences qui les définissent forment un socle sur lequel les jeunes diplômés s'appuieront pour bâtir une confiance en eux-mêmes et acquérir les compétences d'un praticien indépendant qui acceptera combien il est important de consolider son développement personnel continu pendant toute sa carrière.



Enfin, ce cadre rédigé par l'ADEE liste toute une série de méthodes d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation des compétences, argumentées sur des bases récentes et solides, pour surmonter certains des obstacles rencontrés dans les programmes de formation initiale traditionnels. Ces méthodes ont été précisément sélectionnées en fonction des compétences spécifiques aux quatre domaines.

Recommandation 11 : Le comité d'évaluation recommande aux responsables des programmes de formation en Sciences dentaires, dès lors qu'ils ont fait le choix d'inscrire leur programme dans le cadre d'une approche par compétences, d'identifier des acquis d'apprentissage qui rendent compte plus adéquatement de l'ensemble des dimensions, des finalités et des valeurs de l'exercice professionnel en médecine dentaire, en lien avec les cadres développés par des organisations européennes représentatives, comme par exemple «Le médecin dentiste diplômé en Europe» de l'*Association for Dental Education in Europe*.

Dispositifs pédagogiques, activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation, et agencement général du programme

Dans les trois universités, d'une manière générale, les expérimentations de dispositifs innovants en pédagogie active résultent davantage d'initiatives individuelles, souvent développées dans le cadre d'enseignements optionnels, que d'un développement curriculaire concerté et accompagné. Globalement, la plupart des dispositifs pédagogiques, si l'on excepte les ateliers de simulation et les stages, restent organisés sur un mode transmissif. Les étudiants n'ont par exemple que très peu d'occasions de partager des activités en petits groupes ou de produire des travaux collectifs.

Les activités de stage compensent partiellement de tels déficits. Pour opportunes qu'elles soient, les interactions pédagogiques que permet, dans ce cadre, l'exercice du compagnonnage ne sauraient cependant suffire et dispenser d'une révision des dispositifs pédagogiques hors stage, en faveur de formats plus actifs et plus participatifs. Par ailleurs, le compagnonnage au cours des stages reste souvent informel et implicite. En raison d'un curriculum construit de manière conventionnelle, cet accès aux stages cliniques est en outre tardif, à partir seulement de la quatrième année. Par ailleurs, les deux modes d'intervention pédagogique proprement spécifiques aux stages cliniques, que sont la supervision formative et l'exercice du modèle de rôle, n'y sont pas mis en œuvre de façon explicite et systématique, là encore sauf initiative individuelle. La supervision semble privilégier le plus souvent la fourniture d'une rétroaction procédurale sur l'acte de soins et son résultat, au regard d'une conformité de la tâche par rapport à des standards, au détriment d'une dimension réflexive centrée sur l'apprentissage et les processus sous-jacents. La fonction clinique de la supervision, centrée sur l'acte de soins, la qualité de son résultat et la sécurité avec laquelle il est exercé, est ainsi le plus souvent privilégiée par rapport à sa fonction pédagogique.

Quelques repères conceptuels et méthodologiques en lien avec des cadres internationaux

La supervision formative

Le concept de supervision formative désigne la fourniture d'informations, d'une rétroaction et d'une guidance concernant le développement personnel, le développement professionnel et le développement cognitif d'un étudiant dans le contexte de la prise en charge d'un patient par un professionnel de santé.

La supervision formative d'un étudiant vise à concilier deux objectifs : a) assurer l'efficacité et la sécurité des tâches de soins dispensés au patient (finalité médicale); b) faciliter l'apprentissage de l'étudiant à partir de cette tâche professionnelle (finalité pédagogique).

La perspective de la supervision formative invite ainsi à considérer que l'accompagnement efficace des étudiants en stage, en lien avec le rôle de facilitateur des apprentissages, requiert de la part des maîtres de stage des compétences particulières qui vont au-delà de ses compétences de clinicien. Elle insiste notamment sur le fait que la rétroaction fournie doit utiliser des stratégies visant à optimiser la tâche clinique en tant qu'expérience d'apprentissage. Cela implique notamment pour le superviseur qu'il soit à la fois capable de reconnaître des déficits d'apprentissage chez les étudiants, d'en identifier la ou les causes et de proposer des pistes pour une remédiation.

Or, les recherches montrent que de nombreux superviseurs cliniciens sont démunis en ressources pédagogiques adéquates leur permettant de conduire une telle démarche. Ils privilégient alors la rétroaction sur la tâche de soins, délaissant la rétroaction sur la tâche d'apprentissage, pour laquelle ils se sentent souvent dans une zone d'inconfort.

Deux modalités de supervision sont couramment employées dans le cadre de la formation en contexte de stage. La supervision est dite « directe » lorsque la rétroaction fournie à l'étudiant succède à une phase d'observation directe de l'étudiant dans sa tâche clinique. La supervision est dite « indirecte » lorsque l'interaction avec l'étudiant est développée à partir de la présentation que fait ce dernier de la situation clinique, dans le cadre d'un entretien ou à partir de diverses traces (dossier du patient, par exemple) sans que l'enseignant clinicien l'ait personnellement observé.

Plusieurs guides disponibles^{46,47} fournissent des repères conceptuels et proposent des recommandations pragmatiques pour guider les superviseurs dans l'une et l'autre de ces situations, au regard de plusieurs difficultés d'apprentissage, comme notamment celles qui concernent le raisonnement clinique.

Les dispositifs d'évaluation des apprentissages sont assez comparables dans les trois universités.

Au cours des trois premières années de bachelier, les examens liés aux enseignements théoriques vérifient essentiellement la maîtrise de savoirs déclaratifs, dans le cadre d'épreuves décontextualisées, même si certains exercices d'application sont aussi utilisés. Les apprentissages effectués au cours des activités de simulation sont appréciés au regard de l'acquisition et de la maîtrise des habiletés pratiques.

Au cours des deux dernières années cliniques de master, l'évaluation des actes cliniques se déroule tout au long de l'année, à la faveur des tâches qui sont

⁴⁶ Kilminster S, Cottrell D, Grant J, Jolly B. AMEE Guide No. 27: *Effective educational and clinical supervision*. *Med Teach* 2007;29:2-19.

⁴⁷ Audétat MC, Laurin S, Dory V, Charlin B, Nendaz MR. *Diagnosis and management of clinical reasoning difficulties: part I. Clinical reasoning supervision and educational diagnosis*. *Med Teach* 2017;39:792-6. Audétat MC, Laurin S, Dory V, Charlin B, Nendaz MR. *Diagnosis and management of clinical reasoning difficulties: Part II Clinical reasoning difficulties: Management and remediation strategies*. *Med Teach* 2017;39:797-801.

confiées aux étudiants. Dans les trois universités, malgré l'utilisation de grilles d'appréciation critériée, les critères et les indicateurs pris en compte pour l'évaluation des apprentissages cliniques ne sont pas toujours suffisamment explicites pour les étudiants qui, par exemple, ne comprennent pas toujours certaines décisions finales d'ajournement. Ces difficultés semblent surtout liées à un déficit de l'évaluation formative qui, par contre coup, fait apparaître l'évaluation comme trop exclusivement centrée sur sa fonction sommative (celle qui conditionne le succès ou l'échec à l'issue de la séquence de stages) et en partie arbitraire. L'accent est en outre parfois trop tangiblement mis sur le critère quantitatif de l'inventaire des actes et tâches à effectuer.

L'évaluation en stage des capacités communicationnelles et relationnelles des étudiants partage les mêmes difficultés, liées à l'absence de rétroaction spécifique dans le cadre d'une supervision formative explicite, aggravées par le fait que les capacités concernées ne font en règle l'objet d'aucune activité formelle d'enseignement et d'apprentissage dédiée, et que le recours au modèle de rôle en la matière, comme cela a déjà été signalé, reste informel et très aléatoire.

D'une manière générale, les trois programmes examinés se présentent sous la forme d'un agenda d'activités d'enseignement (conférences magistrales, séances de travaux pratiques ou dirigés, activités recourant à la simulation, activités cliniques en stage, examens, etc.), auquel est annexé un calendrier hebdomadaire, mensuel ou trimestriel de ces activités. L'ensemble est organisé autour d'entités disciplinaires indépendantes les unes des autres. La juxtaposition non véritablement coordonnée des différentes unités d'enseignement conduit à une somme d'activités nombreuses, responsable d'une forte surcharge de travail que le comité a observé à la lecture des emplois du temps hebdomadaire. L'actualisation se limite à des retouches pour répondre aux doléances des étudiants sans changer la structure du programme d'études.

De la même manière, la conception et l'élaboration des dispositifs d'évaluation des apprentissages est laissée à la discrétion de chaque équipe d'en-

seignants. Les différentes ressources individuelles des étudiants qui résultent de leurs apprentissages sont évaluées isolément. À aucun moment, des tâches d'évaluation intégratives, interdisciplinaires et contextualisées à des situations professionnelles complexes, ne sont sollicitées de la part des étudiants dans le cadre des dispositifs d'évaluation sommative. L'idée qui prévaut est que le tout est strictement égal à la somme des parties, ce qui conduit, par exemple, dans le cadre d'une conception docimologique pas toujours bien comprise, à établir une note finale de stage en réalisant une moyenne arithmétique de toutes les notes de stage obtenues pendant l'année.

Bonne pratique :

À l'Université de Liège, des « examens cliniques objectifs et structurés » (ECOS) ont été mis en place en fin de master depuis l'année 2015-16, en collaboration avec l'Université Paris Descartes, l'Université Paris Diderot, et l'IFRES, au travers d'un projet pédagogique innovant financé par la France (initiative d'excellence).

Au total, les trois programmes répondent indiscutablement à une structure de type « approche-cours », nettement moins favorable à la cohérence interne du curriculum et à l'intégration des apprentissages que ne le serait une structure de type « approche-programme » (cf. encadré infra), confirmant de facto le constat déjà rapporté que leur évolution vers une approche par compétences n'était encore pour le moment qu'un chantier en construction.

Quelques repères conceptuels et méthodologiques en lien avec des cadres internationaux

L'approche-programme^{48,49}

L'« approche-programme » est une démarche de planification qui consiste à organiser de manière intégrée les différents dispositifs pédagogiques qui sont mis en œuvre au sein d'un curriculum, en prenant en compte leurs contributions respectives aux finalités du programme, dans une perspective de complémentarité.

Il s'agit d'éviter à la fois les redondances inutiles (objectifs qui sont traités dans plusieurs dispositifs pédagogiques, sans mise en lien et en comportant parfois des contradictions) et les « scotomes » (objectifs qui ne sont traités dans aucun des dispositifs pédagogiques).

Une telle approche est axée sur la cohérence systémique du programme de formation et favorise le décroisement des disciplines, en vue de l'intégration des apprentissages.

Elle s'oppose à l'« approche-cours » où les différentes séquences d'activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation se succèdent, sans relation explicite les unes avec les autres.

La disponibilité d'un référentiel de compétences, notamment s'il a été élaboré en lien avec un modèle intégrateur de l'approche par compétences, facilite la planification des dispositifs pédagogiques selon une approche-programme, qui se confond alors avec une approche par compétences.

Recommandation 12 : Le comité d'évaluation recommande aux responsables des programmes de formation en sciences dentaires, dès lors que les acquis d'apprentissage identifiés sont énoncés dans le cadre d'un référentiel de compétences, d'exploiter ce référentiel pour structurer les dispositifs curriculaires et les dispositifs pédagogiques d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation dans la perspective d'une approche-programme, avec le souci de répondre au principe de l'alignement pédagogique.

L'efficacité et l'équité des programmes

Les ressources humaines

La question de l'adéquation des ressources humaines par rapport aux nouvelles exigences des programmes de formation, qui s'efforcent de prendre en compte les développements récents en pédagogie universitaire appliquée à la formation professionnelle, est cruciale et se pose dans un contexte particulièrement problématique, traversé par de fortes tensions.

D'une part, un contexte international fortement compétitif, qui tend à instrumentaliser les démarches de comparaison (*benchmarking*) et de classement (*ranking*), (sur-)valorise la production scientifique des équipes universitaires, mesurée essentiellement à l'aune d'indicateurs qualitatifs bibliométriques. De l'autre, les nouvelles orientations en formation professionnelle, marquées notamment par une évolution vers l'approche par compétences et le recours aux méthodes actives en pédagogie, sollicitent de nouveaux rôles de la part des enseignants au-delà de celui de simple fournisseur de ressources didactiques (planificateur, superviseur, évaluateur, modèle de rôle).

Dans ces conditions, les responsables universitaires des trois programmes évalués sont fortement encouragés à privilégier le profil de chercheur pour le recrutement et la promotion des membres académiques affectés à la composante en Sciences dentaires, menaçant du même coup la capacité des filières à développer des travaux

⁴⁸ Prégent R, Bernard H et Kozanitis A. Enseigner à l'université dans une approche-programme. Montréal : Presses internationales Polytechnique, 2009.

⁴⁹ Parent F & Jouquan J. Comment élaborer et évaluer un référentiel de compétences en santé ? Une clarification conceptuelle et méthodologique de l'approche par compétences. Louvain la Neuve : De Boeck, 2015:302.

de révision curriculaire en profondeur, dès lors notamment que les plus jeunes enseignants-chercheurs sont à la fois ceux qui portent opérationnellement les activités de recherche et ceux qui sont en plus grande proximité auprès des étudiants pour les tâches cliniques et les tâches d'enseignement.

Par ailleurs, comme cela a déjà été évoqué, le comité a pu observer que, dans les trois universités, une grande majorité des personnes ressources impliqués dans les enseignements, et notamment dans la supervision des étudiants en stage, étaient rémunérés exclusivement par les hôpitaux en raison d'un déficit en emplois correspondant à des statuts universitaires. Une telle situation est de nature à aggraver les tensions évoquées précédemment, les acteurs concernés étant de fait amenés à privilégier leur engagement dans le soin.

Ainsi, pour éviter que ces différentes orientations et tensions ne constituent à terme des injonctions paradoxales, sources d'épuisement des personnes et d'échec des projets innovants consommateurs en ressources, il convient de les développer résolument en lien avec un cadre conceptuel académique approprié, permettant de penser judicieusement l'articulation recherche-pratique-formation. À cet égard, le comité considère qu'il serait pertinent de tirer profit de la perspective du *Scholarship of Teaching and Learning* (SoTL), qui permet de ne plus opposer l'engagement en recherche et l'implication pédagogique, en montrant comment cette dernière, sous certaines conditions, peut être très favorablement valorisée comme une production savante en tant que telle. En lien avec ce cadre, de nouveaux critères et indicateurs permettant de justifier le recrutement, la promotion, ainsi que le développement professoral, pourraient être dégagés, de manière à créer les conditions d'une synergie favorisant le développement et la valorisation de l'expertise académique, tant dans le domaine de l'implication pédagogique que dans celui de la recherche.

Le comité a pu observer que chacune des trois universités dispose à cet égard de structures ressources institutionnelles performantes, tant dans le champ de la pédagogie universitaire

(l'IFRES à l'Université de Liège, PRAC-TICE à l'Université libre de Bruxelles, Louvain Learning Lab (LLL) à l'Université catholique de Louvain) que dans celui de la démarche qualité (QOPA à l'Université catholique de Louvain, Observatoire qualité à l'Université libre de Bruxelles et SMAQ à l'Université de Liège). Ces structures sont très disponibles et, sous réserve d'être mobilisées en synergie, elles seraient en mesure d'apporter un soutien très efficient à une telle politique, en lien avec un projet de développement professoral, comme cela a déjà été mentionné.

Recommandation 13 : Pour soutenir adéquatement les projets innovants de révision curriculaire qu'elles pourraient être amenées à conduire, le comité d'évaluation encourage les universités et leurs composantes en Sciences dentaires à réfléchir à une politique de recrutement et de promotion des enseignants-chercheurs en lien avec des cadres conceptuels permettant de penser judicieusement l'articulation « recherche-pratique-formation », dans des termes qui ne mettent pas en concurrence les différents rôles attendus des membres de l'équipe enseignante.

Dans cette perspective, il recommande notamment d'élaborer des critères et des indicateurs de l'engagement pédagogique en s'adossant à la perspective du *Scholarship of Teaching and Learning* (SoTL)

Quelques repères conceptuels et méthodologiques en lien avec des cadres internationaux

La perspective du *Scholarship of Teaching and Learning* (SoTL)

La perspective du *Scholarship of Teaching and Learning* (SoTL) a été proposée et développée à partir des années 1990⁵⁰ pour sortir du

⁵⁰ Boyer EL, 1990, *Scholarship reconsidered : Priorities of the professoriate. The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. San Francisco : Jossey Bass.

cloisonnement inadapté des activités d'enseignement et des activités de recherche des enseignants-chercheurs. Une telle dichotomie conduisait souvent, de facto, à dévaloriser les premières au profit des secondes, notamment en raison de la commodité qu'il y avait à documenter et évaluer à la fois la quantité et la qualité de la production scientifique, et en raison du prestige octroyé à celle-ci et de sa valorisation par la publication, notamment en lien avec l'essor de la bibliométrie.

Le courant du SoTL invite à considérer que les unes et les autres, sous certaines conditions, peuvent être considérées comme des démarches méthodiques et systématiques qui contribuent à la construction de savoirs, dans un continuum de la connaissance.

Il importe pour ce faire de concevoir l'engagement dans l'enseignement au regard d'un cadre qui permette de bien distinguer, respectivement, une activité qui ressort de la simple prestation de service (par exemple, dispenser un cours magistral) et une autre qui contribue à la production d'un corpus de pratiques dotées à la fois d'une robustesse et d'une portée générale⁵¹. Dans cette optique, on peut ainsi distinguer trois niveaux :

1. Bien enseigner (*Good teaching*), ce qui implique par exemple de :

- consacrer du temps à la tâche d'enseignement ;
- fournir rapidement de la rétroaction aux étudiants ;
- organiser des contacts entre enseignants et étudiants ;
- organiser la coopération entre étudiants ;

- créer les conditions d'un apprentissage « actif » (apprentissage en profondeur et signifiant – *deep and meaningful learning*) ;
- formuler des attentes élevées ;
- respecter les différentes manières d'apprendre.

2. Enseigner de manière « savante » (*Scholarly teaching*), ce qui exige notamment de :

- planifier explicitement les activités d'enseignement et d'apprentissage ;
- adosser ses choix pédagogiques à des cadres conceptuels et à des données issues de la recherche en éducation ;
- participer à des conférences ou ateliers dédiés à l'enseignement et à l'apprentissage ;
- partager avec des collègues ses réflexions sur les activités d'enseignement et d'apprentissage ;
- lire et exploiter la littérature en pédagogie universitaire et en éducation médicale.

3. Contribuer au développement du savoir sur l'enseignement et l'apprentissage dans son champ (*Scholarship of teaching and learning-SoTL*), ce qui suppose de :

- répondre à des appels d'offres de travaux financés concernant l'enseignement et l'apprentissage ;
- présenter des contributions à des ateliers, séminaires ou conférences en pédagogie universitaire et en éducation médicale ;
- publier des articles en pédagogie universitaire et en éducation médicale ;
- documenter l'impact d'interventions pédagogiques ;
- évaluer méthodiquement et systématiquement l'impact des innovations pédagogiques implantées.

En lien avec cette perspective, des modèles taxonomiques appropriés ont été développés pour favoriser la prise en compte des activités d'enseignement en fonction de leur valeur, par exemple dans le cadre du recrutement et de la promotion des enseignants, au même

⁵¹ Vajoczki S, Savage P, Martin L, Borin P, Kustra E. Good teachers, scholarly teachers and teachers engaged in scholarship of teaching and learning. A Case Study from McMaster University, Hamilton, Canada. *The Canadian Journal for the Scholarship of Teaching and Learning* 2011;2(1).

titre que leur production scientifique⁵², en allant au-delà du simple dénombrement quantitatif des heures de prestation. Ces modèles considèrent par exemple différents domaines d'activités (enseignement, développement de programmes, conseil et supervision pédagogique, leadership pédagogique ou responsabilité administrative, évaluation des apprentissages des étudiants), dont la dimension académique et l'excellence peuvent être documentées à l'aide d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs.

Les ressources matérielles

Chaque université dispose de ressources financières et matérielles suffisantes pour dispenser une formation de qualité. Les trois universités bénéficient chacune de l'atout que constitue un campus géographiquement concentré : les lieux d'enseignement, de stages précliniques et de stages cliniques, sont regroupés sur un même endroit. À l'Université de Liège, cependant, le site hospitalier dentaire est éloigné du reste du CHU, ce qui peut expliquer le peu d'usage que font les étudiants de la bibliothèque. En l'occurrence, les usages sont en train de se modifier compte tenu de la disponibilité des ressources bibliographiques sous forme numérique. Les trois universités ont amorcé une réflexion pour optimiser les potentialités de l'espace numérique de travail, qui restent pour l'instant sous-exploitées dans les différents dispositifs pédagogiques. Il en est de même pour certaines technologies de soins récentes, telles que la conception et fabrication des prothèses et des orthèses assistées par ordinateur (CFAO).

D'une façon générale, les locaux sont peu adaptés aux méthodes pédagogiques faisant appel aux activités de groupe. Certaines opérations immobilières en cours, comme sur le site de l'Uni-

versité libre de Bruxelles, ainsi que la baisse importante du nombre d'étudiants pourraient être des opportunités à saisir à cet égard. La mise à disposition d'un nombre suffisant de salles modulables permettant des travaux en petits groupes faciliterait l'évolution vers des dispositifs pédagogiques plus participatifs dans la perspective de projets de révision curriculaire.

Même si les espaces cliniques sont globalement de qualité et confortables, des aménagements ou des dispositions visant à mettre ces espaces en conformité avec certains standards, comme ceux visant à prévenir les complications nosocomiales, devraient être envisagés (par exemple : aménagement de sas entre l'espace des instruments décontaminés et leur passage vers l'étape de stérilisation ou prise en charge par les établissements de l'entretien des uniformes de travail clinique).

L'admission, le suivi et le soutien des étudiants

L'impact de la mise en œuvre de l'examen d'entrée conditionnant l'accès aux études médicales et dentaires sur les caractéristiques des étudiants admis, et le risque que plusieurs de ses dispositions défavorisent certaines catégories d'étudiants ont déjà été commentés dans la première partie de ce rapport. Le comité considère qu'il s'agit sans doute de la menace la plus sérieuse concernant l'équité pour l'accès aux programmes de formation en Sciences dentaires.

En cours de programme, diverses mesures, de type « coaching pédagogique », ont été mises en place par les trois universités pour accompagner les étudiants en difficulté. Ces mesures restent cependant ponctuelles, assez généralement limitées à la première année du programme de bachelier. Le fait que les taux d'abandon ou de redoublement après la première année des études soit faible dans les trois universités ne doit pas conduire à occulter que de nombreux facteurs sont susceptibles de fragiliser certains étudiants tout au long du cursus. La surcharge de l'emploi du temps en raison de l'accumulation d'activités académiques mal coordonnées constitue l'un d'entre eux. Le comité a pu observer que tel était

⁵² Simpson D, Fincher RM, Hafler JP, Irby DM, Richards BF, Rosenfeld GC, Viggiano TR. *Advancing educators and education by defining the components and evidence associated with educational leadership. Med Educ* 2007;41:1002-1009.

parfois le cas en troisième année de bachelier, période de la formation qui semble être la plus surchargée, ou encore en master, certains étudiants éprouvant parfois des difficultés à concilier les activités de stages avec leurs autres contraintes, notamment en période d'examen.

La baisse significative du nombre d'étudiants devrait être saisie comme une opportunité à ces différents égards, en favorisant le développement d'activités de soutien pédagogique. Le comité souligne en l'occurrence que celles-ci ne devraient pas seulement être considérées comme des activités de remédiation pour les seuls étudiants identifiés comme étant en difficulté mais qu'elles devraient être intégrées à l'ensemble des dispositifs de formation en tant que dimension intrinsèque de l'activité enseignante, notamment au travers d'une exploitation plus explicite et plus systématique de la supervision formative, comme cela a été argumenté précédemment.

Recommandation 14 : Le comité recommande aux responsables de programme, en lien avec les ressources en pédagogie universitaire auxquelles ils ont accès, de développer les mesures d'accompagnement et de soutien pédagogique comme une modalité régulière intégrée à l'ensemble des dispositifs de formation, tout au long du curriculum et pour tous les étudiants, dans le cadre d'une généralisation du principe de supervision formative.

Partie 3 : Eléments de proposition pour une réforme en profondeur de l'offre de formation en sciences dentaires en Fédération Wallonie-Bruxelles

Comme cela a déjà été analysé dans la première partie de ce rapport, le contexte de l'offre de formation en Sciences dentaires en Fédération Wallonie-Bruxelles a été profondément modifié en raison d'évolutions récentes des dispositions réglementaires qui sont de deux ordres : les unes résultent de l'adaptation du cadre légal des formations professionnelles, pour le mettre en conformité avec les dispositions européennes, qui visaient elles-mêmes à opérationnaliser le processus de Bologne; les autres concernent la régulation de l'accès aux études en sciences médicales et dentaires, désormais subordonné au succès à un examen d'entrée sélectif.

Sans maîtriser toutes les données constitutives de la situation, notamment celles en lien avec un contexte politique qu'il ne lui incombe pas d'analyser et qu'il n'appréhende que très imparfaitement, le comité considère qu'un tel contexte pourrait constituer une opportunité privilégiée à saisir pour entreprendre des initiatives à la fois structurantes et innovantes, visant à réorganiser et optimiser l'offre de formation.

En lien avec cette problématique, en intégrant les analyses effectués dans les deux parties précédentes, la présente section identifie ainsi deux écueils à éviter et formule des éléments pour une réforme en profondeur de l'offre de formation en Sciences dentaires, en suggérant en l'occurrence l'hypothèse ambitieuse d'une mutualisation des trois programmes de formation en Sciences dentaires en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Un double écueil à éviter

Les différents constats et analyses présentés précédemment dans ce rapport pourraient exposer à deux écueils, liés respectivement aux deux ordres

de changement du contexte rappelés plus haut et à leur cooccurrence chronologique qui constitue une situation inédite, en augmentant l'ampleur des difficultés à affronter par les trois établissements. Ces deux écueils concernent d'une part, la dimension institutionnelle de l'offre de formation et d'autre part, la dimension pédagogique de cette offre.

La dimension institutionnelle de l'offre de formation : éviter la tentation de la restructuration par une décision autoritaire ou par une mise en rivalité des programmes

Le premier écueil est lié à la situation nouvelle qui s'est imposée sans transition, caractérisée en l'occurrence par la réduction drastique du nombre d'étudiants admis en faculté dentaire et par le caractère aléatoire de leur répartition d'une université à l'autre. En conséquence de cela, la viabilité d'au moins un des programmes parmi les trois constituant actuellement l'offre de formation en Sciences dentaires pourrait être menacée à court terme. Une restructuration de cette offre va sans doute s'imposer sans délai, de manière à pallier les problèmes économiques et organisationnels qui ne vont sans doute pas tarder à se démasquer.

La tentation pourrait alors être grande d'appréhender la réponse à apporter au problème de cette restructuration de l'offre de formation dans le cadre d'une démarche autoritaire (fermeture d'un ou deux des programmes, décidée par les autorités de tutelle) ou dans le cadre d'une mise en compétition et en concurrence des trois programmes, en faisant l'hypothèse que le ou les deux les plus vulnérables disparaîtraient d'eux-mêmes. Le comité estime qu'aucune de ces deux options ne serait viable et que l'une et l'autre seraient contre-productives; elles pourraient même être dévastatrices, dans la perspective de la nécessaire coopération qui est à développer entre les différentes filières de santé des trois universités, pour affronter les défis importants que devront relever les institutions de formation des professionnels de la santé au cours des prochaines décennies.

Aucun des trois programmes de sciences dentaires n'a démerité. Aucun d'entre eux ne souffre

de faiblesses rédhibitoires, au point qu'il serait pertinent et responsable d'envisager qu'il soit prioritaire de le supprimer. Symétriquement, aucun d'entre eux ne réunit à lui seul suffisamment de forces et d'atouts permettant qu'il ait vocation à être identifié comme devant être le seul à subsister.

La dimension pédagogique de l'offre de formation : éviter la tentation du statu quo

Le second écueil pourrait être celui d'un certain l'immobilisme pédagogique, lié notamment au caractère conservateur du milieu académique médical, qui conduit souvent ce dernier à instrumentaliser des difficultés momentanées et contingentes pour les transformer en alibi et justifier qu'il est nécessaire de surseoir aux réformes porteuses d'une vision transformationnelle. À cet égard, la projection de certaines difficultés rencontrées lors de l'application du décret Paysage pourrait faire de ce dernier un bouc émissaire bien commode, alors même que la réduction du nombre d'étudiants va créer des conditions beaucoup plus favorables.

Dans le contexte des nouvelles perspectives, épidémiologiques et sociales, professionnelles et éducationnelles, telles qu'elles ont été évoquées dans la première partie de ce rapport, un tel immobilisme fragiliserait en réalité les trois programmes. Ces derniers vont en effet inéluctablement se confronter à l'exigence désormais de plus en plus clairement énoncée de responsabilité sociale des institutions de formation des professionnels de la santé. En conséquence, ces programmes vont devoir satisfaire des standards pédagogiques liés à de nouvelles normes d'accréditation, ne serait-ce que pour garantir la reconnaissance des diplômes et des diplômés par les instances nord-américaines et australiennes tel que cela est prévu à partir de 2023⁵³. Face aux défis à relever, les responsables universitaires et facultaires en charge des trois programmes doivent ainsi se convaincre qu'il faut exploiter pour ce faire le levier pédagogique et en faire résolument un atout.

⁵³ <http://wfme.org/accreditation/ecfmg-2023/> (consulté le 10 octobre 2018).

Une proposition ambitieuse : la mutualisation des programmes des trois filières de formation en Sciences dentaires

Le comité considère que les deux écueils exposés précédemment pourraient et devraient, l'un et l'autre, être évités, à condition de considérer la nouvelle configuration contextuelle comme une opportunité extraordinairement privilégiée, invitant à se saisir du levier pédagogique pour élaborer des solutions pertinentes et originales, en mesure de répondre à la fois aux difficultés qui menacent la viabilité des trois filières et aux défis programmatiques des trois curriculums.

Pour ces différentes raisons, le comité considère que la voie de la mutualisation des trois programmes de filière dentaire pourrait être sérieusement étudiée. Cette hypothèse mériterait en tout cas d'être loyalement examinée, instruite et éventuellement expérimentée sur la base de projets pilotes, dans le cadre d'une mise en projet ambitieuse, associant toutes les parties prenantes concernées, politiques, économiques, sanitaires, professionnelles et bien entendu académiques, dans le cadre d'un leadership judicieux et volontariste qui serait à construire.

Préalablement, plusieurs conditions seraient bien sûr à identifier et à mettre en place.

Le comité n'ignore pas qu'existent des particularités identitaires et des différences organiques institutionnelles majeures, liées à l'histoire et à la culture respectives de chacune des universités, fortement chargées symboliquement, et souvent tenues comme indépassables. Au-delà de telles spécificités, il est par ailleurs vraisemblable qu'aucune des universités n'envisage volontiers de se séparer de l'une de ses filières de formations, chacune d'entre elles percevant une telle hypothèse comme un affaiblissement au regard de la complétude de son offre de formation. L'importance des enjeux pour la filière dentaire de chacune des institutions conduisent cependant le comité à considérer que le moment est venu d'un tel dépassement.

Le statut juridique et les modalités de la gouvernance mutualisée que cela implique seraient à imaginer en fonction des ressources et des contraintes du droit belge. À l'instar de ce qui existe dans de nombreux pays comparables, plusieurs solutions sont sans doute disponibles : groupement d'intérêt public, fédération inter-facultaire, communauté d'établissements, consortium, faculté interuniversitaire multi-site, etc. Sous certaines conditions qui seraient à analyser, une telle démarche de « détachement-mutualisation » des trois programmes pourrait par ailleurs être considérée comme le moyen d'apporter une solution élégante à la problématique de l'autonomie à accorder aux filières dentaires par rapport aux Facultés de médecine.

Concernant le cœur du projet, il s'agirait de penser l'épistémologie de la médecine dentaire en tant que pratique soignante personnalisée, accompagnée de science et instrumentée par de la technique, dont il convient de rendre compte de façon méthodique et systématique en tant que pratique de soins, objet de recherche et finalité de formation, au regard d'exigences sociales et sociétales aujourd'hui reformulées. Un tel projet suppose une démarche créative, éclectique, allant au-delà des stéréotypes répandus, qui considèrent volontiers, selon une certaine tradition universitaire du rapport au savoir d'inspiration humboldtienne⁵⁴, que les savoirs « fondamentaux », délibérément détachés de toute fonction utilitariste *a priori*, sont d'une nature qui les distinguerait des autres et qui en ferait des savoirs d'un ordre supérieur.

Cette perspective conduit habituellement à établir une prééminence de la recherche qualifiée de fondamentale sur la recherche appliquée, les savoirs professionnels étant eux-mêmes volontiers relégués au rang de sous-produits. Cette conception conserve un pouvoir d'influence considérable. Elle inspire une rhétorique au regard

⁵⁴ En référence à la fondation de l'Université de Berlin en 1810 par Wilhelm von Humboldt, qui assigne l'enseignement et la recherche à une seule et même mission centrale mais qui conserve l'attribution à la recherche, et notamment à la recherche fondamentale, d'un prestige symbolique supérieur à celui de la fonction enseignante.

de laquelle l'interrelation recherche-pratique-formation adopte le plus souvent un modèle linéaire, hiérarchique et finalement très cloisonné, au sein d'entités disciplinaires. Les problèmes liés à une telle conception font aujourd'hui l'objet de nombreux commentaires, dont la synthèse dépasserait les limites de ce rapport. Un consensus relativement large considère qu'il conviendrait aujourd'hui de s'en départir, au profit d'une visée décroissant et émancipatrice de la formation en médecine dentaire, soutenue par des organisations appropriées des dispositifs curriculaires et pédagogiques.

Une telle visée justifie en soi la mutualisation des établissements, tant les ressources à solliciter sont plurielles, à la fois interdisciplinaires et interprofessionnelles, tant les chantiers à mettre en œuvre sont exigeants, et tant les champs à explorer et à valoriser sont variés.

Dans une telle perspective, chacun des établissements dispose d'ores et déjà de forces et d'expériences réussies à faire valoir et à partager. À titre d'exemples, purement indicatifs et non exhaustifs des forces respectives, et sans que ceux-ci constituent d'une quelconque manière un jugement péjoratif quant à la façon dont les autres établissements s'en acquittent, on peut relever que :

Bonnes pratiques :

- L'Université libre de Bruxelles a développé un riche réseau territorial d'hôpitaux affiliés qui sont autant de terrains de stage. Ceci pourrait être propice pour explorer l'organisation des soins dans une dimension territoriale et en faire, en tant que tel, un objet de pratique, de recherche et d'enseignement. L'établissement a aussi noué des contacts internationaux prometteurs autour de la problématique émergente du patient-partenaire.
- L'Université catholique de Louvain a développé des activités de supervision clinique remarquées et ouvert sa formation à la problématique de la prise en charge bucco-dentaire de personnes et de populations vulnérables, thèmes qui pourraient être approfondis, en tant qu'objets de pratique, de

recherche et d'enseignement. L'établissement possède par ailleurs une filière de formation en stomatologie qui est une ressource originale.

- L'Université de Liège a développé des activités de recherche translationnelle et clinique à certains égards exemplaires, à partir desquelles pourraient être modélisée une authentique formation à la recherche pour tous les étudiants, dans une perspective qui s'affranchirait du modèle élitiste habituel.
- Les trois établissements sont intégrés à des campus de santé complets, avec des ressources qui permettraient d'approfondir, de modéliser, d'expérimenter et d'évaluer des initiatives autour de la problématique de l'interprofessionnalité, qui devient porteuse aujourd'hui d'enjeux majeurs.
- Enfin, les trois établissements offrent aujourd'hui des masters complémentaires spécialisés ou des certificats universitaires thématiques, qui pourraient devenir fragiles au regard de la situation nouvelle, mais dont la pérennité pourrait être au contraire consolidée à travers ce projet de mutualisation.

Sur le plan méthodologique enfin, en réduisant le nombre d'étudiants admis dans les programmes, l'entrée en vigueur de l'examen d'entrée pourrait offrir une opportunité pour faire évoluer des dispositifs pédagogiques qui restent à ce jour globalement organisés selon une logique transmissive, et qui sollicitent insuffisamment la créativité, la responsabilité et l'autonomie des étudiants face à leur apprentissage. Un recours accru à des approches de pédagogie active, qui se heurtait jusqu'à présent à des contraintes difficiles à surmonter, pourrait créer des conditions plus favorables à la fois au développement de l'esprit critique et de la culture scientifique, au transfert des apprentissages, et à l'intégration des apprentissages issus des différentes disciplines (sciences biocliniques et sciences humaines et sociales). La baisse du nombre d'étudiants pourrait aussi être saisie pour organiser leur contact plus précoce avec les patients. L'exposition des

étudiants à des problématiques de santé dentaire de complexité croissante pourrait être planifiée dans le cadre de curriculums organisés selon une approche-programme, en lien avec une inscription plus radicale dans l'approche par compétences.

Recommandation 15 : Dans le double contexte d'une opérationnalisation du processus de Bologne via la mise en œuvre du décret Paysage et d'une forte réduction des effectifs d'étudiants, la nouvelle configuration constitue une opportunité extraordinairement privilégiée pour se saisir du levier pédagogique et élaborer des révisions curriculaires pertinentes et originales, en mesure de répondre à la fois aux difficultés qui menacent la viabilité des trois filières et aux défis programmatiques des trois curriculums.

Le comité d'évaluation invite les universités et leurs composantes en Sciences dentaires, ainsi que leurs autorités de tutelle, à prendre toute la mesure des enjeux créés par une situation conjoncturelle inédite et à mettre en œuvre une démarche ambitieuse à la hauteur de ces enjeux.

Dans une telle perspective, le comité encourage fortement les parties prenantes à examiner loyalement le principe d'une mutualisation des trois programmes de formation en Sciences dentaires, sous l'égide d'une gouvernance interuniversitaire commune.

Pour ce faire, le comité recommande aux responsables des trois programmes d'identifier de façon systématique leurs forces et faiblesses respectives, au regard de chacune des recommandations formulées dans ce rapport. À partir d'un récapitulatif de ces dernières, quelques pistes sont formulées ci-dessous.

Conclusion

Au terme de l'analyse transversale qu'il a conduite à propos de l'offre de formation en Sciences dentaires au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles, et comme il l'avait déjà explicitement souligné dans les rapports d'évaluation respectifs pour chacun des programmes des trois universités⁵⁵, le comité tient à confirmer que les responsables et les différentes catégories d'enseignants impliqués dans les programmes concernés se sont acquittés de leur mandat social de façon parfaitement responsable. Ils ont mis en place et développé des programmes de formation qui ont permis de former des professionnels compétents, au regard des standards scientifiques et professionnels en vigueur dans l'Espace européen. Ils ont aussi régulé ces programmes dans des conditions parfois difficiles, notamment en raison de contraintes induites par la massification de l'enseignement.

Depuis plusieurs années, conscients d'une évolution de ces standards en lien avec de nouvelles attentes sociétales et avec les évolutions conceptuelles concernant la santé buccodentaire, ils se sont efforcés d'apporter des aménagements appropriés aux programmes. Ils l'ont cependant fait dans le cadre de modèles classiques de dispositifs curriculaires et pédagogiques. Une telle approche montre aujourd'hui plusieurs limites importantes et le moment est probablement venu de s'engager dans des évolutions plus significatives et plus radicales, prenant en compte les nouveaux cadres contemporains en pédagogie universitaire et les nouveaux cadres professionnels en santé buccodentaire.

Le changement de paradigme qu'une telle évolution implique est important et exigeant. Les établissements y sont prêts. Ils ont d'ailleurs commencé à procéder à plusieurs expérimentations originales et, pour ce faire, ont mobilisé de façon très dynamique leurs différentes ressources internes ainsi que les ressources institutionnelles disponibles. Ils auront aussi

besoin d'être encouragés par leurs différentes instances de tutelle, grâce à diverses mesures, incluant si nécessaire des adaptations du cadre réglementaire en vigueur, dans le respect des cadres européens qui autorisent à cet égard une assez large flexibilité.

Sous réserve qu'un tel soutien leur soit apporté, il est même permis de spéculer avec enthousiasme sur l'hypothèse particulièrement stimulante qui consisterait à mutualiser les trois programmes sous l'égide d'une gouvernance commune inter-universitaire. Pour utopique qu'elle puisse aujourd'hui paraître, une telle réponse serait en tout état de cause à la hauteur des défis à relever dans un environnement international en profonde mutation.

⁵⁵ Disponibles en ligne sur le site web de l'AEQES : http://aeqes.be/rapports_evaluation.cfm (consulté le 10 octobre 2018).

Récapitulatif des recommandations

Recommandations	Commentaires (repères, mises en perspective, suggestions d'actions ou de dispositifs à transposer, etc.)	Gouvernement de la FWB	ARES	Universités	Facultés	Composantes dentaires
<p>Recommandation 1</p> <p>Sans remettre en cause le principe d'une épreuve d'entrée conditionnant l'accès aux études en Sciences dentaires, le comité d'évaluation recommande au Gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles, en lien avec les trois universités et avec toutes les parties prenantes concernées, de faire évoluer ce dispositif ou de le compléter par des mesures visant à réguler et à stabiliser le nombre d'étudiants admis chaque année à entreprendre ces études, en supprimant la dimension aléatoire de cet effectif et de sa répartition au sein de chacune des trois universités.</p> <p>Dans cette perspective, une transformation de l'examen en concours assorti d'un <i>numerus clausus</i> pourrait, par exemple, être envisagée comme l'une des hypothèses possibles.</p>	<p>La toute récente annonce de la suppression, à partir de 2020, du <i>numerus clausus</i> qui était annexé à l'examen organisé à l'issue de la première année commune des études de santé (PACES) en France ne saurait être considérée comme un élément définitivement opposable à la suggestion formulée d'en installer un dans le cadre de l'examen d'admission aux études dentaires en Belgique.</p> <p>D'une part, la réforme envisagée en France vise à pallier la pénurie observée et annoncée de médecins, alors qu'il n'y a pas de menace de pénurie de dentistes en Belgique. D'autre part, elle vise à supprimer le gâchis social que constituait l'exclusion des études de santé d'un nombre très important d'étudiants après une et souvent (pour approximativement deux tiers des étudiants) deux années d'études, alors même qu'ils n'étaient pas en situation d'échec académique mais simplement non classés en rang utile.</p>					
<p>Recommandation 2a</p> <p>Sans remettre en cause le principe d'une épreuve d'entrée conditionnant l'accès aux études en sciences dentaires, le comité d'évaluation recommande au Gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles, en lien avec les trois universités et avec toutes les parties prenantes concernées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de mettre en place des études de suivi du dispositif récemment instauré, visant à documenter si des profils particuliers d'étudiants, liés à la nature de leur parcours scolaire antérieur, étaient respectivement favorisés ou défavorisés ; - sans attendre le résultat de ces études, d'initier une réflexion visant à faire évoluer le contenu et les méthodes de l'épreuve d'entrée conditionnant l'accès aux études en Sciences dentaires, de manière à élargir le répertoire des attributs, aptitudes ou capacités évalués chez les candidats, de manière à favoriser un recrutement plus éclectique des étudiants au regard de leur profil académique et personnel. 	<p>Les distinctions entre étudiants « scientifiques » et « non scientifiques », ou « scientifiques » et « littéraires », ainsi que leur catégorisation dans l'une ou l'autre classe à l'issue de tests reliés à des matières et à des savoirs, résultent de constructions sociales peu robustes. Des matières cataloguées comme des humanités (c'est-à-dire, implicitement, comme non scientifiques) en enseignement secondaire sont paradoxalement promues au rang de sciences humaines et sociales en enseignement supérieur.</p>					

Recommandations	Commentaires (repères, mises en perspective, suggestions d'actions ou de dispositifs à transposer, etc.)	Gouvernement de la FWB	ARES	Universités	Facultés	Composantes dentaires
<p>Recommandation 2b</p> <p>Sans remettre en cause le principe d'une épreuve d'entrée conditionnant l'accès aux études en Sciences dentaires, le comité d'évaluation recommande au Gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles, en lien avec les trois universités et avec toutes les parties prenantes concernées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de mettre en place des études de suivi du dispositif récemment instauré, visant à documenter d'éventuelles conséquences discriminantes des épreuves à l'égard de certaines catégories d'étudiants, notamment de ceux issus de milieux socio-économiques ou culturels moins favorisés ; - sans attendre le résultat de ces études, d'initier une réflexion visant à faire évoluer le contenu et les méthodes de l'épreuve d'entrée conditionnant l'accès aux études en Sciences dentaires, de manière à anticiper et prévenir des discriminations liées à l'origine socio-économique ou culturelle des étudiants. 						
<p>Recommandation 2c</p> <p>Dans cette double perspective, il serait souhaitable que l'examen d'entrée actuellement en vigueur évolue vers un dispositif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - recourant à des épreuves aux formats multiples et variés ; - recourant, pour la vérification des apprentissages académiques, à des épreuves qui n'explorent pas exclusivement les matières dites scientifiques (chimie, biologie, physique, mathématiques) mais aussi les autres matières étudiées au cours des études secondaires ; - recourant, pour la vérification des attributs, aptitudes et capacités dites «non académiques», à un panel d'épreuves sélectionnées au regard de ce qui est actuellement documenté dans la littérature scientifique en éducation médicale. 	<p>Les recommandations de la Conférence d'Ottawa (cf. encadré spécifique) sont très préoccupées par les objectifs de non-discrimination sociale ou culturelle des épreuves de sélection pour l'admission aux études de santé.</p>					

Recommandations	Commentaires (repères, mises en perspective, suggestions d'actions ou de dispositifs à transposer, etc.)	Gouvernement de la FWB	ARES	Universités	Facultés	Composantes dentaires
<p>Recommandation 3a</p> <p>Le comité d'évaluation recommande aux universités et à leurs composantes en Sciences dentaires, dans le cadre des projets innovants de révision curriculaire qu'elles pourraient être amenées à conduire, de ne pas se contraindre par une interprétation trop réductrice de la transposition dans le droit de la Fédération Wallonie-Bruxelles des orientations et dispositions de l'espace Européen de l'enseignement supérieur (décret Paysage).</p>	<p>Le processus de Bologne et les différentes transpositions qu'il a inspirées dans les droits nationaux ont trop souvent été compris comme une injonction à la standardisation des curriculums.</p>					
<p>Recommandation 3b</p> <p>Le comité d'évaluation encourage les universités et leurs composantes en Sciences dentaires, dans le cadre des projets innovants de révision curriculaire qu'elles pourraient être amenées à conduire, à réfléchir à des architectures curriculaires intégrant de façon systématique et dès le début les sciences fondamentales, élargies aux sciences humaines et sociales, et les sciences cliniques.</p>	<p>S'inspirer d'expériences d'universités ayant une expérience ancienne d'implantation de dispositifs à visée intégratrice (apprentissage par problèmes, exposition précoce des étudiants aux patients dans le cadre de stages articulés avec les enseignements, etc.).</p>					
<p>Recommandation 3c</p> <p>Le comité d'évaluation encourage les universités et leurs composantes en Sciences dentaires, en lien avec leurs autorités de tutelle, à exploiter, dans le cadre des projets innovants de révision curriculaire qu'elles pourraient être amenées à conduire, toute la flexibilité que permettent les dispositions du processus de Bologne.</p> <ul style="list-style-type: none"> - le grade de master devrait ainsi être octroyé à l'issue de la sixième année additionnelle actuelle, puisque c'est la validation de cette année qui octroie au diplômé le droit d'exercice de la médecine dentaire générale. - des masters complémentaires spécialisés peuvent par ailleurs continuer à être organisés, de manière à reconnaître l'exercice d'une spécialisation en médecine dentaire (orthodontie ou parodontologie) ou à sanctionner par un diplôme des compétences de recherche en odontologie. 	<p>S'affranchir d'une conception purement «quantitative» des cursus de diplomation et notamment de l'exigence d'une correspondance univoque entre une typologie «bachelier/master/doctorat» et une organisation chronologique en «3/5/8» (en référence au nombre d'années cumulées d'études).</p>					

Recommandations	Commentaires (repères, mises en perspective, suggestions d'actions ou de dispositifs à transposer, etc.)	Gouvernement de la FWB	ARES	Universités	Facultés	Composantes dentaires
<p>Recommandation 4</p> <p>Sans nécessairement remettre en cause le principe d'une gouvernance intégrée des filières dentaires au sein d'une faculté unique de médecine et de médecine dentaire, à condition qu'il existe un agrément exprès des différentes parties prenantes pour pérenniser un tel dispositif, le comité recommande fortement qu'une autonomie opérationnelle plus significative soit octroyée aux composantes dentaires, dans le cadre d'une délégation de la gestion administrative, financière, scientifique et pédagogique, en lien avec un organigramme approprié des instances.</p>	<p>Examiner cette recommandation à la lumière de la macro-recommandation 15, qui pourrait conduire à envisager une telle autonomie dans le cadre d'une mutualisation des programmes sous l'égide d'une gouvernance unique interuniversitaire.</p>					
<p>Recommandation 5a</p> <p>À titre de processus régulier de régulation des programmes, à court et moyen terme, notamment pour identifier des dysfonctionnements appelant des solutions rapides, le comité recommande de recourir de façon plus systématique à un pilotage exploitant des indicateurs judicieux que sont en mesure de fournir les structures de démarche qualité.</p>	<p>À l'Université catholique de Louvain, la démarche-qualité a été initiée dès 2010-2011 en réponse à des plaintes récurrentes et convergentes, qui avaient été formulées à cette époque par les étudiants et recueillies dans le cadre d'enquêtes ; elles concernaient l'organisation des stages, dont souffrait la qualité de leur supervision clinique. La démarche a permis d'introduire une série d'actions correctives concrètes, par exemple la mise en place d'un comité d'encadrement des stages. De telles initiatives ont peu à peu accrédité la pertinence des ressources que constituent les organes de gestion de la qualité, même si elles restent globalement sous-exploitées.</p>					
<p>Recommandation 5b</p> <p>Pour le développement, l'évaluation et la régulation d'innovations pédagogiques à plus long terme, le comité recommande le recours méthodique à des ressources clairement identifiées en pédagogie universitaire, qu'elles soient internes au programme, ou disponibles à l'échelon facultaire ou universitaire.</p>						

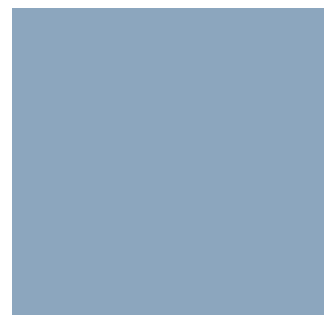
Recommandations	Commentaires (repères, mises en perspective, suggestions d'actions ou de dispositifs à transposer, etc.)	Gouvernement de la FWB	ARES	Universités	Facultés	Composantes dentaires
<p>Recommandation 5c</p> <p>Afin d'éviter que les innovations pédagogiques restent ponctuelles, contingentes, liés à des démarches individuelles sources d'épuisement, le comité recommande que de telles initiatives s'inscrivent en lien avec des cadres conceptuels structurants permettant d'assurer la pertinence et la cohérence du curriculum (se reporter par ailleurs aux sections correspondantes, plus loin). Pour ce faire il invite les établissements à mutualiser et coordonner l'action respective des structures ressources en pédagogie universitaire et en démarche qualité, au service d'une politique institutionnelle de développement professoral, au sens du concept anglo-saxon de <i>faculty development</i> (cf. encadré ci-dessous).</p>	<p>Identifier les spécificités respectives des trois services de pédagogie universitaire et répartir la formation professorale des enseignants sur les trois services dans le cadre d'un programme planifié au service d'un curriculum qui serait mutualisé (cf. recommandation 15).</p>					
<p>Recommandation 6</p> <p>Le comité d'évaluation recommande aux universités et à leurs composantes en Sciences dentaires, dans le cadre des projets innovants de révision curriculaire qu'elles pourraient être amenées à conduire, de réfléchir à des architectures curriculaires qui favorisent le décloisonnement disciplinaire et l'intégration précoce des sciences fondamentales et des sciences cliniques, par exemple en s'inspirant du modèle de curriculum « en spirale » (cf. supra).</p>	<p>Recourir à des dispositifs pédagogiques à visée intégratrice et/ou des travaux collectifs (apprentissage par problèmes, apprentissage par projets, portfolio d'apprentissage et portfolio d'évaluation articulés autour du référentiel de compétences, etc.)</p>					
<p>Recommandation 7</p> <p>Le comité recommande aux responsables des programmes de formation en Sciences dentaires, dès lors qu'ils ont fait le choix d'explicitier les finalités du programme sous la forme d'un référentiel de compétences, de recourir à des approches méthodiques explicites en ingénierie des compétences et d'exploiter opérationnellement ce référentiel pour remodeler l'architecture des curriculums concernés.</p>	<p>L'approche par compétences consiste à traduire à traduire une logique professionnelle en logique éducationnelle. Selon les modèles d'approche par compétences, l'accent est mis sur la dimension située des pratiques professionnelles ou sur les ressources nécessaires à l'exercice professionnel. Des modèles intégratifs cherchent à articuler de façon équilibrée les deux perspectives. Les options alternatives résultent de choix épistémologiques à élaborer de façon démocratique et explicite.</p> <p>Les composantes de Sciences dentaires devraient clairement définir leurs finalités et les perspectives en santé sur lesquelles elles s'appuient (bioclinique, bio-psycho-sociale), dont découlera le choix des orientations et des méthodes pédagogiques utilisées.</p> <p>Structurer le programme en mettant en œuvre une intégration verticale et horizontale robuste tout au long du programme.</p>					

Recommandations	Commentaires (repères, mises en perspective, suggestions d'actions ou de dispositifs à transposer, etc.)	Gouvernement de la FWB	ARES	Universités	Facultés	Composantes dentaires
<p>Recommandation 8</p> <p>Le comité d'évaluation recommande aux universités et à leurs composantes en Sciences dentaires, dans le cadre des projets innovants de révision curriculaire qu'elles pourraient être amenées à conduire, de redéfinir l'offre de terrains de stage au regard de plusieurs considérations structurantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - envisager un parcours de stage tout au long du programme, depuis le début du programme de bachelier (au-delà de la simple fonction de stage « d'initiation ») jusqu'à la fin du programme de master, en cohérence avec une intégration précoce des sciences fondamentales et des sciences cliniques ; - sélectionner les terrains de stage en priorité au regard de leur pertinence pour contextualiser et structurer la formation, en lien avec les rôles et les contextes professionnels auxquels il convient de préparer les futurs praticiens ; - réfléchir à l'offre de stage en lien avec la capacité de soutenir la structuration du curriculum, au-delà de la nécessité de proposer une capacité d'accueil quantitativement adaptée à l'effectif des étudiants. 	<p>L'Université libre de Bruxelles a développé un riche réseau territorial d'hôpitaux affiliés qui sont autant de terrains de stage, permettant d'accueillir les étudiants dans une grande variété de lieux de stages, de les confronter à des contextes, à des milieux et à des populations très variés. Bien qu'il soit limité aux établissements hospitaliers, cet ancrage territorial des terrains de stage constitue en effet aujourd'hui un élément important dans une perspective d'ouverture du programme à la pluralité des dimensions professionnelles, sociales et sociétales</p>					
<p>Recommandation 9</p> <p>Le comité d'évaluation invite les responsables des programmes de formation en Sciences dentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à se départir d'une conception implicitement élitiste de la formation à la recherche, qui considère que celle-ci ne devrait concerner qu'une très faible minorité d'étudiants ; - à envisager que la capacité de participer à un travail de recherche devrait être un objectif de formation qui concerne l'ensemble des étudiants de chaque promotion ; - à considérer que la formation visant à préparer les étudiants à participer à un travail de recherche devrait commencer dès le début du cursus, en développant des capacités à la fois épistémologiques et méthodologiques, en lien avec des problématiques fondamentales ou cliniques. 	<p>L'Université de Liège a développé des activités de recherche translationnelle et clinique à certains égards exemplaires, à partir desquelles pourraient être modélisée une authentique formation à la recherche pour tous les étudiants, dans une perspective qui s'affranchirait du modèle élitiste habituel.</p> <p>Envisager de recruter des personnels étrangers associés et développer des programmes scientifiques à choix obligatoires par le truchement d'échanges ERASMUS</p> <p>Les étudiants de formation initiale devraient être plus investis dans les projets de recherche des diplômés et des équipes de recherche. Ils pourraient présenter des projets pilote dans le cadre de séminaires de recherche.</p>					

Recommandations	Commentaires (repères, mises en perspective, suggestions d'actions ou de dispositifs à transposer, etc.)	Gouvernement de la FWB	ARES	Universités	Facultés	Composantes dentaires
<p>Recommandation 10</p> <p>Le comité d'évaluation invite les responsables des programmes de formation en Sciences dentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à réfléchir à la problématique de l'interprofessionnalité comme l'un des enjeux majeurs de la formation des professionnels de médecine dentaire, en lien avec l'exigence de responsabilité sociale des institutions de formation en santé ; - à exploiter les diverses opportunités de formation qu'offre à cet égard les campus de santé, en lien avec les cadres conceptuels et méthodologiques disponibles. 	<p>Les trois établissements sont intégrés à des campus de santé complets, avec des ressources qui permettraient d'approfondir, de modéliser, d'expérimenter et d'évaluer des initiatives autour de la problématique de l'Interprofessionnalité, qui devient porteuse aujourd'hui d'enjeux majeurs.</p>					
<p>Recommandation 11</p> <p>Le comité d'évaluation recommande aux responsables des programmes de formation en Sciences dentaires, dès lors qu'ils ont fait le choix d'inscrire leur programme dans le cadre d'une approche par compétences, d'identifier des acquis d'apprentissage qui rendent compte plus adéquatement de l'ensemble des dimensions, des finalités et des valeurs de l'exercice professionnel en médecine dentaire, en lien avec les cadres développés par des organisations européennes représentatives, comme par exemple «Le médecin dentiste diplômé en Europe» de l'Association for Dental Education in Europe.</p>	<p>L'Université catholique de Louvain a développé des activités de supervision clinique remarquées et a ouvert sa formation à la problématique de la prise en charge bucco-dentaire de personnes et de populations vulnérables, thèmes qui pourraient être approfondis, en tant qu'objets de pratique, de recherche et d'enseignement. Elle possède par ailleurs une filière de formation en stomatologie qui est une ressource originale.</p> <p>Reconsidérer les prémises épistémologiques et les finalités des programmes en lien avec des cadres reconnus à cet égard (par exemple «<i>The Graduating European Dentist: A New Undergraduate Curriculum</i>» édité par l'Association for Dental Education in Europe (ADEE).</p>					
<p>Recommandation 12</p> <p>Le comité d'évaluation recommande aux responsables des programmes de formation en Sciences dentaires, dès lors que les acquis d'apprentissage identifiés sont énoncés dans le cadre d'un référentiel de compétences, d'exploiter ce référentiel pour structurer les dispositifs curriculaires et les dispositifs pédagogiques d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation dans la perspective d'une approche-programme, avec le souci de répondre au principe de l'alignement pédagogique.</p>	<p>À l'Université de Liège, des « examens cliniques objectifs et structurés » (ECOS) ont été mis en place en fin de Master depuis l'année 2015-16, en collaboration avec l'Université Paris Descartes, l'Université Paris Diderot, et l'IFRES, au travers d'un projet pédagogique innovant financé par la France (initiative d'excellence).</p>					

Recommandations	Commentaires (repères, mises en perspective, suggestions d'actions ou de dispositifs à transposer, etc.)	Gouvernement de la FWB	ARES	Universités	Facultés	Composantes dentaires
<p>Recommandation 13</p> <p>Pour soutenir adéquatement les projets innovants de révision curriculaire qu'elles pourraient être amenées à conduire, le comité d'évaluation encourage les universités et leurs composantes en Sciences dentaires à réfléchir à une politique de recrutement et de promotion des enseignants-chercheurs en lien avec des cadres conceptuels permettant de penser judicieusement l'articulation « recherche-pratique-formation », dans des termes qui ne mettent pas en concurrence les différents rôles attendus des membres de l'équipe enseignante.</p> <p>Dans cette perspective, il recommande notamment d'élaborer des critères et des indicateurs de l'engagement pédagogique en s'adossant à la perspective du <i>Scholarship of Teaching and Learning</i> (SoTL).</p>	Exploiter des modèles taxonomiques appropriés qui ont été développés pour favoriser la prise en compte des activités d'enseignement en fonction de l'investissement qu'elles impliquent, en allant au-delà du simple dénombrement quantitatif des heures de prestation.					
<p>Recommandation 14</p> <p>Le comité recommande aux responsables de programme, en lien avec les ressources en pédagogie universitaire auxquelles ils ont accès, de développer les mesures d'accompagnement et de soutien pédagogique comme une modalité régulière intégrée à l'ensemble des dispositifs de formation, tout au long du curriculum et pour tous les étudiants, dans le cadre d'une généralisation du principe de supervision formative.</p>	L'évaluation formative devrait être favorisée et exploitée systématiquement pour clarifier l'expression des résultats attendus des apprentissages.					
<p>Recommandation 15</p> <p>Dans le double contexte d'une opérationnalisation du processus de Bologne via la mise en œuvre du décret Paysage et d'une forte réduction des effectifs d'étudiants, la nouvelle configuration constitue une opportunité extraordinairement privilégiée pour se saisir du levier pédagogique et élaborer des révisions curriculaires pertinentes et originales, en mesure de répondre à la fois aux difficultés qui menacent la viabilité des trois filières et aux défis programmatiques des trois curriculums.</p> <p>Le comité d'évaluation invite les universités et leurs composantes en Sciences dentaires, ainsi que leurs autorités de tutelle, à prendre toute la mesure des enjeux créés par une situation conjoncturelle inédite et à mettre en œuvre une démarche ambitieuse à la hauteur de ces enjeux.</p> <p>Dans une telle perspective, le comité encourage notamment les parties prenantes à examiner loyalement le principe d'une mutualisation des trois programmes de formation en Sciences dentaires, sous l'égide d'une gouvernance interuniversitaire commune.</p> <p>Pour ce faire, le comité recommande aux responsables des trois programmes d'identifier de façon systématique leurs forces et faiblesses respectives, au regard de chacune des recommandations formulées dans ce rapport. A partir d'un récapitulatif de ces dernières, quelques pistes sont formulées ci-dessous.</p>	Solliciter des ressources externes d'accompagnement de projet.					

Annexes



ANNEXE 1

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



ANNEXE 2

Directive 2005/36/CE

DIRECTIVE 2005/36/CE DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32005L0036&from=FR>

Moniteur belge : Transposition de la directive

Publié le : 2012-08-17

Numac : 2012024268

5 JUILLET 2012. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé en vue de transposer la Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des <qualifications> <professionnelles>

Identifiant européen de la législation

<http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2012/07/05/2012024268/moniteur>

DIRECTIVE 2005/36/CE DU PARLEMENT EUROPEEN ET DU CONSEIL du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles

Considérant que :

Alinéa 22

Tous les Etats membres devraient reconnaître la profession de praticien de l'art dentaire en tant que profession spécifique et distincte de celle du médecin, spécialisé ou non en odontostomatologie. Les États membres devraient s'assurer que la formation du praticien de l'art dentaire lui confère les compétences nécessaires pour l'ensemble des activités de prévention, de diagnostic et de traitement concernant les anomalies et maladies des dents, de la bouche, des mâchoires et des tissus attenants. L'activité professionnelle de praticien de l'art dentaire devrait être exercée par les titulaires d'un titre de formation de praticien de l'art dentaire vise dans la présente directive.

[...]

Section 4 : Praticien de l'art dentaire

Article 34 : Formation de base de praticien de l'art dentaire

1. L'admission à la formation de base de praticien de l'art dentaire suppose la possession d'un diplôme ou certificat donnant accès, pour les études en cause, aux universités, ou aux établissements d'enseignement supérieur d'un niveau reconnu comme équivalent, d'un État membre.

[Modifié par la directive 2013/55/UE, cf. annexe 3]

3. La formation de base de praticien de l'art dentaire donne la garantie que l'intéressé a acquis les connaissances et les compétences suivantes:
- a) connaissance adéquate des sciences sur lesquelles se fonde l'art dentaire, ainsi que bonne compréhension des méthodes scientifiques et notamment des principes de la mesure des fonctions biologiques, de l'appréciation de faits établis scientifiquement et de l'analyse des données;
 - b) connaissance adéquate de la constitution, de la physiologie et du comportement des sujets sains et malades, ainsi que de l'influence du milieu naturel et du milieu social sur l'état de santé de l'être humain, dans la mesure où ces éléments ont un rapport avec l'art dentaire;
 - c) connaissance adéquate de la structure et de la fonction des dents, de la bouche, des mâchoires et des tissus attenants, sains et malades ainsi que de leurs rapports avec l'état de santé général et le bien-être physique et social du patient;
 - d) connaissance adéquate des disciplines et méthodes cliniques qui fournissent un tableau cohérent des anomalies, des lésions et des maladies des dents, de la bouche, des mâchoires et des tissus attenants ainsi que de l'odontologie sous ses aspects préventif, diagnostique et thérapeutique;
 - e) expérience clinique adéquate sous surveillance appropriée.

La formation de base de praticien de l'art dentaire confère les compétences nécessaires pour l'ensemble des activités de prévention, de diagnostic et de traitement concernant les anomalies et les maladies des dents, de la bouche, des mâchoires et des tissus attenants.

Article 35 : Formation de praticien de l'art dentaire spécialiste

1. L'admission à la formation dentaire spécialisée suppose l'accomplissement et la validation de cinq années d'études théoriques et pratiques dans le cadre de la formation visée à l'article 34 ou la possession des documents visés aux articles 23 et 37.
2. La formation dentaire spécialisée comprend un enseignement théorique et pratique dans un centre universitaire, dans un centre de soins, d'enseignement et de recherche ou, le cas échéant, dans un établissement de soins de santé agréé à cet effet par les autorités ou organismes compétents.
La formation dentaire spécialisée s'effectue à temps plein pendant une durée minimale de trois ans et sous le contrôle des autorités ou des organismes compétents. Elle comporte une participation personnelle du praticien de l'art dentaire candidat- spécialiste à l'activité et aux responsabilités de l'établissement en question.
La durée minimale de formation visée au deuxième alinéa peut être modifiée selon la procédure visée à l'article 58, paragraphe 2, en vue de son adaptation au progrès scientifique et technique.
3. Les États membres subordonnent la délivrance d'un titre de formation de praticien de l'art dentaire spécialiste à la possession d'un des titres de formation de praticien de l'art dentaire avec formation de base visés à l'annexe V, point 5.3.2.

[...]

ANNEXE 3

Directive 2013/55/UE

DIRECTIVE 2013/55/UE DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 20 novembre 2013 modifiant la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et le règlement (UE) no 1024/2012 concernant la coopération administrative par l'intermédiaire du système d'information du marché intérieur (« règlement IMI »)

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013L0055&from=FR>

Moniteur belge : Transposition de la directive

Publié le : 2016-07-18

Numac : 2016024113

27 JUIN 2016. - Arrêté royal modifiant la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015, en vue de transposer la Directive 2013/55/UE du Parlement européen et du Conseil du 20 novembre 2013 modifiant la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et le règlement (UE) n° 1024/2012 concernant la coopération administrative par l'intermédiaire du système d'information du marché intérieur (« règlement IMI »)

Identifiant européen de la législation

<http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2016/06/27/2016024113/moniteur>

26) À l'article 34 [de la directive 2005/36/CE], le paragraphe 2 est remplacé par le texte suivant :

2. La formation de base de praticien de l'art dentaire comprend au total au moins cinq années d'études qui peuvent en outre être exprimées en crédits ECTS équivalents et qui représentent au moins 5 000 heures de formation théorique et pratique à temps plein, portant au moins sur le programme figurant à l'annexe V, point 5.3.1, et effectuées dans une université, dans un établissement d'enseignement supérieur d'un niveau reconnu comme équivalent ou sous la surveillance d'une université.



**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