

## **Gérer le partenariat clinique avec les universités : leçons tirées de l'expérience internationale**

*par*

Stephen Davies et Tom Smith

Addenbrooke's NHS trust et British Medical Association,  
Royaume-Uni

*Les échanges de vues entre les directeurs d'organisations cliniques universitaires de différents pays ont montré que les facteurs fondamentaux du partenariat entre universités et systèmes de santé sont remarquablement homogènes d'un pays à l'autre. On constate actuellement une dynamique visant à aller au-delà de l'analyse des problèmes communs et à élaborer des stratégies appelées à réussir sur la base de l'expérience internationale. Le présent document récapitule certaines des conclusions qui se sont dégagées lorsque des directeurs d'hôpitaux universitaires, de systèmes de santé, d'écoles professionnelles de santé et d'universités se sont réunis pour tirer les leçons de l'expérience internationale et mettre au point des stratégies susceptibles d'être couronnées de succès. La conclusion à laquelle ils sont parvenus est que ces organisations doivent articuler le rôle unique qui est le leur dans les systèmes de santé nationaux, communiquer leurs valeurs de base et redéfinir le contrat social avec leurs communautés nationales et locales.*

## Introduction

La complexité des relations entre les écoles d'enseignement clinique, leurs universités de tutelle et les prestataires de soins de santé font depuis longtemps l'objet de débats dans chaque système national (Commonwealth Fund, 2003 ; Lozon et Fox, 2002 ; Smith, 2001). Lorsque ces débats ont abordé les comparaisons internationales on a vu soulever une question récurrente à savoir que les éléments fondamentaux du partenariat entre université et soins de santé sont remarquablement semblables d'un pays à l'autre (Davies, 2002; Smith and Whitchurch, 2002). À la base de ce phénomène on trouve la mondialisation croissante de la recherche biomédicale, de l'enseignement clinique voire des soins de santé eux-mêmes (Owen, 1998). En dépit de ces forces mondiales, les centres cliniques universitaires restent ancrés dans les communautés locales qu'ils servent et considèrent parfois qu'il importe de mettre l'accent sur leur contribution à ces dernières (AAMC, 1998). Ces forces paradoxales ont abouti à la constatation que les universités et leurs partenaires cliniques doivent « penser mondialement et agir localement ».

Les directeurs de ces centres, désormais suffisamment au fait des tensions auxquelles donne lieu l'établissement de partenariats veulent poursuivre le débat en l'élargissant au-delà des frontières nationales. On constate une dynamique visant à dépasser l'étude des problèmes communs et à rechercher des stratégies susceptibles d'être couronnées de succès à partir des expériences internationales. Le présent document récapitule certaines des conclusions qui se sont dégagées lorsque les directeurs d'hôpitaux universitaires, de centres de santé, d'écoles cliniques et d'universités se sont réunis pour mettre au point un programme prospectif et stratégique\*.

\* En novembre 2002, plus de 50 participants provenant de 15 pays se sont réunis pour étudier les principaux problèmes d'organisation à l'interface entre services de santé, enseignement et recherché. Le Programme de l'OCDE sur la gestion des établissements d'enseignement supérieur (IMHE) a organisé cette réunion. En tant que forum international ouvert à des directeurs d'institutions et à des décideurs, l'IMHE s'intéresse depuis longtemps à cette question et s'efforce de promouvoir l'échange d'informations et de compétences entre les pays membres. L'Association européenne de gestion des systèmes de santé (EHMA) et le Nuffield Trust for Research and Policy Studies in Health Services du Royaume-Uni ont aidé l'IMHE à organiser cette réunion. Grâce à l'aide conjointe de ces trois organisations, il a été possible de rassembler des personnalités de grande compétence. Les participants provenant d'Amérique du Nord, d'Australie et d'Europe étaient des spécialistes de diverses disciplines et regroupaient des universitaires, des cliniciens et des administrateurs. Nombre des participants assumaient ces fonctions, preuve du système de valeurs des institutions de santé universitaires. La réunion a fait suite à une réunion similaire tenue en août 2002, qui était la première réunion internationale chargée d'étudier cette question.

## Vue générale des principaux problèmes que pose le partenariat université-milieus clinique

On a demandé à des participants provenant de 15 pays d'échanger par écrit leurs points de vue particuliers sur les questions d'organisation qu'ils considèrent fondamentales sur le plan du partenariat entre universités et systèmes de santé. Ils l'ont fait avant de tenir un séminaire, afin que les diverses contributions échappent à la dynamique de groupe. L'analyse des réponses met en lumière des questions qui sont « les mêmes mais pourtant différentes » : il existe des problèmes sous-jacents qui sont communs et se présentent de façon différente en fonction des aspects spécifiques du contexte national.

**L'interface entre les services de santé et les universités** a été présentée comme constituant un point de transformation critique et l'interface entre le présent et le futur des soins de santé. L'idéal est que la recherche fournisse des informations à l'éducation et à la pratique clinique. Les centres cliniques universitaires ont essentiellement une culture d'enquête, de réflexion et d'innovation et parviennent à intégrer les éléments de la « mission tripartite » (soins cliniques, éducation et recherche). Dans la pratique, on assiste peut-être à une lente séparation de ces objectifs, en raison de l'existence de structures d'innovation différentes et insuffisamment intégrées dans le domaine des services, de l'enseignement et de la recherche. Les participants ont mis en évidence une série de problèmes concernant l'avenir des hôpitaux universitaires et des facultés de médecine. Au centre de ces problèmes on trouve la notion du « contrat social » entre les organisations universitaires de santé et les sociétés qui les appuient et qu'ils desservent. On a le sentiment que les problèmes qui préoccupent les directeurs des institutions n'ont qu'un faible impact politique à quoi s'ajoute la préoccupation de constater que les hôpitaux universitaires et les facultés de médecine ne réforment peut-être pas leurs activités en fonction des nouvelles attentes.

Un **défi fondamental** que doivent relever la plupart des pays tient à ce que les politiques de santé et d'éducation sont élaborées séparément. Cette situation n'est pas propice à la mise en place d'un partenariat universités-milieus cliniques et soulève de graves obstacles à toute activité inter-organisations. Ce point de vue a été démontré à propos du Royaume-Uni, pays où divers ministères et agences gouvernementales poursuivent tout un éventail d'objectifs, allant de la prestation des soins de santé au perfectionnement du personnel sur le plan de l'innovation et du transfert de technologies. Il n'existe cependant aucune vue centrale de ces objectifs et il appartient à chacun des centres universitaires de santé de les intégrer au niveau institutionnel. Tâche rendue d'autant plus difficile par la fragmentation des systèmes de santé et la réticence à chercher des modèles radicaux d'administration.

Il existe toutefois quelques exceptions. Un exemple est fourni par le Centre médical universitaire de l'Université d'Amsterdam. L'hôpital universitaire et la faculté de médecine y fonctionnent depuis huit ans en tant qu'organisation intégrée. Ce modèle a permis de rapprocher étroitement les soins cliniques et la recherche en laboratoire et en clinique, ainsi que l'enseignement de l'informatique médicale et la médecine traditionnelle. Lorsqu'on a procédé à cette intégration, on s'est particulièrement efforcé de doter les soins de santé primaire et la santé publique d'une composante de pratique, pour faire en sorte qu'enseignement et recherche soient le complément l'un de l'autre. En ce qui concerne la zone géographique couverte par l'hôpital, les médecins généralistes et les services de santé publics ont été également intégrés dans le Centre universitaire médical. Ce modèle est désormais adopté dans la quasi-totalité des Pays-Bas : sur huit écoles de médecine, sept ont fusionné avec leurs hôpitaux affiliés.

Se pose alors la question de savoir pourquoi les nouveaux modèles d'organisation se sont si peu développés dans d'autres pays ? Certains pensent que le financement de la recherche concernant la science clinique et les services de santé perd de l'importance au regard du financement de la science fondamentale. Au Royaume-Uni, the Academy of Medical Science a attiré l'attention sur l'infléchissement systématique en faveur de la science fondamentale en ce qui concerne les structures de carrière, le financement et d'autres mesures incitatives. Ce qui veut dire que le modèle du centre clinique universitaire en tant que lieu de recherche appliquée et translationnelle a perdu de son importance dans la pratique, bien que constituant une solution idéale que beaucoup préconisent.

D'autres changements intervenus dans le contexte extérieur ont exercé des pressions sur les modèles existants. L'enseignement a été élargi au-delà des programmes officiels à un système d'apprentissage permanent. Il sera de plus en plus décentralisé et l'université devra élargir l'éventail de ses partenaires cliniciens pour englober tous les organismes prestataires de services. Les soins tertiaires seront encore plus centralisés, afin d'accroître l'utilisation d'équipements de haute technologie et le recours à des services d'experts. Les hôpitaux universitaires devront desservir des zones plus larges et être davantage en mesure de faire face aux pressions de la concurrence internationale.

Un autre thème récurrent est la complexité du financement des organismes cliniques universitaires, avec les conséquences qui en résultent sur le plan de la transparence et de la responsabilisation. Les financements provenant de sources différentes sont combinés sur le plan local afin de parvenir aux résultats de la mission tripartite, qui sont, en termes d'économie, des produits conjoints. Les systèmes nationaux, qu'ils soient fondés sur les lois du marché ou centralisés, n'ont pas pleinement pris en compte ces

résultats ni mis en place les structures incitatives appropriées pour faciliter l'équilibre des résultats répondant aux buts de la société. Tel semble être le cas tant pour les systèmes fondés sur le jeu du marché que pour les systèmes de gestion des performances.

On a généralement fait valoir qu'il y avait une réticence à **accorder aux centres cliniques universitaires une identité et un rôle unique**. Ces centres contribuent de façon particulière à l'amélioration de la qualité des services de soins de santé, à l'intégration des systèmes de prestations de services, à la gestion des connaissances, à l'innovation et à la création de richesse. Toutefois, politiques et décideurs n'ont pas toujours reconnu cette contribution. Il faut dire que les hommes politiques ne se soucient que des opinions du public et les centres cliniques universitaires doivent eux-mêmes se demander pourquoi les problèmes qui les préoccupent en tant qu'institutions ont si peu d'importance auprès du public.

Les difficultés que l'on rencontre quand il s'agit d'influer sur le contexte extérieur et de faire face à l'indifférence des pouvoirs publics ont abouti à une crise de confiance chez le personnel des centres cliniques universitaires. On constate une incertitude quant aux objectifs de l'organisation, son identité, et l'avenir de l'hôpital universitaire.

Les directeurs des centres universitaires reconnaissent qu'ils doivent établir de meilleures relations avec d'autres institutions des systèmes locaux de santé. Il est nécessaire de mettre **davantage systématiquement l'accent sur le partenariat**. Pour revenir à l'exemple précédent, il apparaît qu'il s'agit là du facteur essentiel du succès du centre médical d'Amsterdam, qui est doté d'une identité interne clairement spécifiée du point de vue politique et qui a en outre pour mandat de lier la recherche, l'éducation et les services, tâche qui lui incombe en tant que centre d'excellence. Son succès a été étayé par la mise en place d'un réseau de partenaires universitaires sur le plan des soins primaires et par une approche stratégique visant une conception d'organisation.

Le centre clinique universitaire de l'avenir sera couronné de succès s'il est établi à partir d'un **partenariat nettement établi et géré conformément à des valeurs partagées**. Il attirera des conceptions nouvelles, par exemple humanités médicales et recherche sur les opérations, et parviendra à un degré d'excellence dans la science biomédicale. L'enseignement, l'apprentissage et le perfectionnement du personnel ne devraient pas y être éclipsés par des priorités concernant la recherche et les services. Il reposera sur un système de valeurs solides, multidisciplinaire, et sur des systèmes grâce auxquels les résultats des recherches sur la gestion des cliniques et les services de santé se traduiront par des améliorations dans la santé publique. Les centres universitaires doivent devenir des parties intégrantes de réseaux plus larges

de services, d'enseignement et de recherche, reliant les soins primaires et les services communautaires.

Certains participants ont souligné les exigences culturelles en faveur de cette conception, et notamment la nécessité d'adopter une vision non linéaire des partenariats universités-milieus cliniques. La capacité de travailler en surmontant les clivages est fondamentale pour les missions sociales visant à lier la connaissance scientifique et la pratique et à inculquer chez les futurs cliniciens un esprit critique. Des recherches effectuées en Suède ont montré que la séparation structurelle entre les secteurs avait eu un impact culturel important. Toutefois, nombreux sont ceux qui ne voient pas d'un bon œil le changement structurel, préférant souligner la nécessité de créer un environnement propice à l'innovation et à l'apprentissage (Smith, 2002).

## **Mise au point de stratégies à partir des expériences internationales**

Le séminaire a été l'occasion d'un début de réflexions sur les stratégies visant à orienter les partenariats universités-milieus cliniques, à partir des expériences internationales, tout en ayant à l'esprit les lacunes des études comparatives (Klein, 1991).

### ***Définir la nature particulière de l'hôpital universitaire***

Les hôpitaux universitaires se définissent par leur complexité, par l'intensité des travaux d'enseignement et de recherche, par l'éventail des services, et par leurs dispositifs de financement complexes. Lorsque l'on débat des organismes cliniques universitaires, il faut mettre l'accent non plus sur les hôpitaux et l'université mais sur les systèmes de santé. Des réseaux seront nécessaires si l'on veut tenir tous les objectifs de la mission tripartite : recherche, enseignement et soins. Les hôpitaux universitaires doivent viser tout particulièrement à communiquer leurs contributions à la société dans toutes leurs dimensions.

### ***Mesure des performances des centres cliniques universitaires***

Déterminer des indicateurs-clés de performance des différents éléments de la mission tripartite est une tâche difficile, quoique réalisable. Toutefois, se limiter à le faire présente un danger qui vient de ce que le recours à de tels indicateurs de performance risque en fait de saper l'intégration des activités, qui est l'essence même du centre clinique universitaire. Le défi à relever consiste à mettre au point des indicateurs de performance qui mesurent réellement le succès de l'intégration de la mission tripartite et la valeur ajoutée qui en résulte. Il s'agira, par exemple, de mesurer l'efficacité des interactions entre chercheurs cliniciens et chercheurs en science

fondamentale, ou l'efficacité pédagogique des stages en clinique. Les systèmes de gestion des performances peuvent avoir des effets pervers, ce qui est un sujet majeur de préoccupation pour les dirigeants des centres cliniques universitaires.

### **Maintenir l'enseignement sur un pied d'égalité**

Le centre universitaire doit dépasser sa mission qui a de tout temps été essentiellement médicale et adopter dans une approche de l'éducation plus multidisciplinaire. Certes, l'enseignement multiprofessionnel continuera peut-être à soulever le scepticisme, vu le peu d'éléments de preuve dont on dispose, mais il est devenu un impératif d'ordre politique. Les centres de santé universitaires n'ont pas tous les mêmes priorités ni les mêmes atouts. Certains sont forts sur le plan de la science fondamentale, d'autres sur celui de la recherche concernant les services de santé ou la formation multiprofessionnelle. On a besoin d'universitaires gestionnaires ainsi que d'universitaires cliniciens. Il faudra des structures administratives et une direction efficaces pour surmonter la tendance à faire de l'enseignement le « parent pauvre » du centre universitaire.

### **Mettre en place des réseaux de services, d'éducation et de recherche**

On constate une tendance internationale en faveur de la décentralisation et de services axés sur les soins primaires. Cette tendance se traduit par une délégation de pouvoirs et de ressources aux autorités responsables de populations très réduites. Il en résulte un problème pour les centres de santé universitaires qui devront peut-être avoir à faire à de nombreuses autorités et auront à procéder à une vaste planification pour obtenir des services plus spécialisés. La mise en place de réseaux sera la réponse essentielle à ce problème ainsi qu'à de nouvelles données par exemple les nouvelles conceptions concernant l'éducation des cliniciens. Les conditions requises pour le succès des réseaux sont entre autres la communication, la direction, le financement, des modèles d'organisation et une informatique adéquate.

### **Gouvernance et responsabilités satisfaisantes**

Il est tentant de croire que les problèmes de gouvernance peuvent être résolus par un ensemble particulier d'arrangements organisationnels, par exemple la propriété des installations cliniques par l'école de médecine. Toutefois, l'élément fondamental d'une bonne gouvernance réside dans la poursuite d'un dialogue dans un esprit d'efforts conjoints, plutôt que dans une structure donnée. De cette manière, les tensions inhérentes à toutes relations peuvent être utilisées pour générer une dynamique positive. De bonnes relations entre les personnalités de premier plan et la volonté de résoudre les problèmes sans délai seront aussi des facteurs essentiels du succès de cette opération conjointe. Des structures et des mécanismes clairement définis visant à établir des liaisons seront, sinon suffisants, du

moins indispensables. Pour que les deux parties mènent à bien les missions qui sont les leurs, il faut à la fois une confiance mutuelle entre le prestataire de soins de santé et l'université ainsi que des accords spécifiant par écrit les rôles et les responsabilités. L'innovation des centres cliniques universitaires au niveau proprement local peut s'avérer plus influente que des initiatives prises à l'échelon central.

### ***Faire face au problème du perfectionnement professionnel***

Maintenir un personnel clinique suffisamment compétent est un problème qui est devenu mondial, vu que dans de nombreux pays l'offre de cliniciens est insuffisante, tandis qu'elle est excédentaire dans d'autres. Le défi que pose l'augmentation du nombre de cliniciens soulève de nombreuses questions pour les centres cliniques universitaires. Il est vraisemblable que les réponses des pouvoirs publics seront, entre autres, une action en faveur d'une plus grande flexibilité des effectifs et la dévolution à ces derniers de rôles nouveaux relevant d'un enseignement multiprofessionnel, une exigence concernant l'élargissement de l'accès de la formation et le raccourcissement des programmes correspondants ; et l'accréditation des étrangers. Ces pressions peuvent s'avérer gênantes pour les universités qui ont de tout temps dispensé un enseignement avant certification auprès du General Medical Council dans le but de parvenir à de hauts niveaux d'excellence universitaire. Les pouvoirs publics peuvent se sentir frustrés devant ce qu'ils considèrent être l'inflexibilité et l'élitisme des universités, alors qu'ils cherchent de nouvelles solutions pour fournir aux cliniques du personnel. Dans ce domaine, on considère qu'il sera peut-être indispensable que les universités adoptent sans tarder une nouvelle position mais cette évolution risque d'être lourde de divisions idéologiques qui n'ont pas encore été clairement exprimées.

## **Conclusions**

Il est important de ne pas perdre de vue le fait que les centres de santé universitaires sont, à tous égards, des institutions remarquablement performantes. Ils ont prouvé qu'ils étaient durables et ils ont transformé la vie de millions de personnes. Le danger est que les décideurs ne parviennent pas à reconnaître leur contribution spéciale et il incombe aux centres universitaires de bien faire voir cette situation. Ces derniers doivent en outre faire connaître leurs valeurs fondamentales et redéfinir le contrat social qui les lie à leurs communautés nationale et locale.

Le défi que doivent relever les centres cliniques universitaires consiste à redéfinir le rôle unique qui est le leur dans les systèmes nationaux de santé. Dans ces derniers interviennent de nombreux acteurs, dont beaucoup ne comprennent pas ce que font les centres universitaires ou n'apprécient guère



leur contribution à des objectifs communs. Les universités doivent évoluer afin de répondre aux nouvelles attentes de la société. Il faut introduire l'innovation dans l'éducation préclinique et la recherche doit être axée sur des problèmes qui influent sur la qualité des prestations des services de santé.

Faire en sorte qu'une base de connaissances en développement rapide ait une influence sur la pratique, préparer les professionnels à la pratique dans des environnements de plus en plus complexes, et améliorer la prestation de services sont des objectifs que visent tous les centres cliniques universitaires des différents pays. La réalisation de ces objectifs sera facilitée par un dialogue international entre les directeurs d'institutions visant à établir des relations solides entre recherche, services et pratique. Ce qui donnera la possibilité de comparer des modèles de gouvernance et de direction ainsi que de déterminer les incitations susceptibles d'encourager l'action aux interfaces de la mission tripartite. Des indicateurs de performance qui mesurent cette activité à ces points de rencontre sont indispensables, et notamment les indicateurs permettant de mesurer le passage de la recherche à une pratique améliorée.

Les centres cliniques universitaires ne doivent pas se lamenter de leur peu d'impact politique, mais doivent ouvrir directement un débat public. Les patients et le public peuvent être les plus grands alliés des centres de santé universitaires si le débat est proprement engagé. Une représentation collective réelle est indispensable et elle peut même être multinationale, notamment dans le contexte de l'Union européenne.

Les problèmes qui se posent dans les différents contextes nationaux sont communs et deviennent chaque jour plus apparents. Dans les divers pays, les directeurs des centres cliniques universitaires retrouvent les mêmes problèmes et arrivent à des solutions similaires. Parmi les domaines possibles de collaboration internationale on peut citer : la définition des avantages que les centres cliniques universitaires apportent à la société ; la mesure des performances ; des stratégies d'aide à la recherche en clinique ; l'éducation et la formation multidisciplinaires ; la direction dans les centres de santé universitaires. Il s'agit là toutefois d'un dialogue qui vient à peine d'être ouvert et qui doit être poursuivi.

Les auteurs :

Stephen Davies  
 Director of Information and Planning  
 Addenbrooke's NHS Trust  
 Hills Road  
 Cambridge CB2 2QQ  
 Royaume-Uni  
 E-mail :  
 Stephen.Davies@addenbrookes.nhs.uk

Tom Smith  
 Senior Policy Analyst  
 British Medical Association  
 BMA House  
 Tavistock Square  
 London WC1H 9JP  
 United Kingdom  
 E-mail :  
 ts271@cam.ac.uk

## Références

- AAMC (1998), *Meeting the Needs of Communities, How Medical Schools and Teaching Hospitals Ensure Access to Clinical Services*, Association of American Medical Colleges, Washington DC.
- COMMONWEALTH FUND (2003), *Envisioning the Future of Academic Health Centres*, The Commonwealth Fund, New York.
- DAVIES, S. (2002), *Ideology and Identity. A Comparative Study of Academic Health Organisations in the UK and USA*, The Nuffield Trust, Londres.
- KLEIN, R. (1991), « Risks and Benefits of Comparative Studies: Notes from Another Shore », *The Milbank Quarterly*, 69, n° 2, pp. 275-89.
- LOZON, J.C. et R.M. FOX (2002), « Academic Health Sciences Centres Laid Bare », *Healthcare Papers* 2, n° 3, pp. 10-36.
- OWEN, J.W. (1998), « The Globalization of Health Care », in E.R. Rubin (dir. pub.) *Mission Management. A New Synthesis*, Washington DC: Association of Academic Health Centers, pp. 387-407.
- SMITH, T. (2001), *University Clinical Partnership. A New Framework for Nhs/University Relations*, Nuffield Trust Series, Londres : The Stationery Office.
- SMITH, T. (2002), *What Happened to Clinical Research? A Cultural Perspective on Global and Local Tensions in Relating Scientific Understanding to Clinical Development*, University of Lund, Suède.
- SMITH, T. et C. WHITCHURCH (2002), « L'avenir de la mission tripartite : réexaminer la relation entre les universités, les écoles de médecine et les systèmes de santé ». *Politiques et gestion de l'enseignement supérieur*, vol. 14, n° 2.

# Renseignements destinés aux personnes désirant soumettre un article

La revue est publiée en français et en anglais et les articles doivent être rédigés dans une de ces deux langues. Les auteurs sont priés de ne soumettre que des articles qui n'ont pas déjà été publiés.

## **Processus de sélection et critères utilisés**

Les articles devant paraître dans la revue sont sélectionnés par le rédacteur en chef et soumis à des arbitres.

La revue est d'abord destinée à ceux qui sont concernés par l'administration et la gestion des établissements d'enseignement supérieur. C'est pourquoi les articles doivent s'intéresser à des questions en rapport avec des travaux appliqués et la politique de direction de l'enseignement supérieur. Les contributions devront cependant aller au-delà d'une simple description de ce qui existe ou d'une prescription de ce qui devrait être ; de tels articles peuvent cependant être acceptés s'ils permettent des généralisations dans des contextes différents de celui dans lequel ils ont été écrits. Bien que les articles consacrés à l'élaboration de théories en soi aient normalement leur place dans des revues plus spécifiquement universitaires, les contributions resituant les pratiques dans une approche théorique seront prises en considération.

Les autres critères se réfèrent à la clarté de l'expression et de la pensée. *Les titres des articles doivent être aussi brefs que possible.*

## **Présentation matérielle**

\*\* Il est préférable de transmettre les articles sous forme électronique. Les auteurs sont priés de soumettre leurs articles en **trois exemplaires**, s'il s'agit d'une présentation sur papier.

*Longueur* : en règle générale, les articles ne dépasseront pas 15 pages (en simple interligne), figures et références incluses.

*La première page* : avant le texte principal, la première page devra porter, selon l'ordre suivant, le titre de l'article et le nom, l'établissement et le pays de l'auteur (des auteurs).

*Résumé* : le texte principal sera précédé d'un résumé de l'ordre de 100 à 200 mots décrivant le contenu de l'article.

*Citations* : les longues citations seront présentées en simple interligne avec un retrait de sept espaces.

*Notes* : les auteurs sont priés de *ne pas utiliser* des notes de bas de pages et d'incorporer toute référence explicative dans le texte lui-même. Les notes jugées indispensables seront regroupées en fin de texte.

*Tableaux et illustrations* : toutes les statistiques sous forme de tableau devront être précédées du terme centré « Tableau ». Chaque illustration non tabulaire s'intitulera « graphique ». Les sources seront toujours citées.

*Références dans le texte* : Jones et Little (1986) ou Jones *et al.* (1988) pour un ouvrage écrit par plus de trois auteurs. Cependant, il conviendra de citer les noms de tous les auteurs dans la liste des références qui apparaîtra à la fin de l'article.

*Références à la fin de l'article* : les références sous forme de liste alphabétique par nom d'auteur apparaîtront dans la section « Références ». Exemples de références :

- Pour les périodiques : DUKE, C. (2000), « Au-delà de la "destratification hiérarchique" – processus, structure et frontières », *Gestion de l'enseignement supérieur*, vol. 12. n° 1, pp. 7-27.
- Pour les livres : DE WIT, H. et J. KNIGHT (dirs. pub.) (1999), *Qualité et internationalisation de l'enseignement supérieur*, OCDE, Paris.

## **La lettre de transmission**

La lettre accompagnant l'article soumis devra fournir une adresse complète et un numéro de téléphone. Si l'article a été rédigé par plusieurs auteurs, l'un d'entre eux sera désigné comme chargé de liaison pour les échanges de correspondance.

## **Exemplaires de la revue à titre gracieux**

Chaque auteur recevra, à titre gracieux et dans la langue originale, deux exemplaires du numéro de la revue où figure son article.

# Questionnaire sur la qualité des publications de l'OCDE

Nous voudrions savoir si nos publications répondent à vos souhaits en matière de présentation et de contenu éditorial. Nous souhaiterions recueillir vos réactions et commentaires pour d'éventuelles améliorations. Merci de prendre quelques minutes pour compléter ce questionnaire. Les réponses sont échelonnées de 1 à 5 (1 = médiocre, 5 = excellent).

Faxez ou postez votre réponse avant le 31 décembre 2004 et vous serez inscrit automatiquement sur la liste des gagnants potentiels à l'abonnement d'un an au magazine *L'Observateur de l'OCDE*®.

## A. Présentation et mise en pages

---

### 1. Que pensez-vous de la présentation et de la mise en pages du point de vue :

|                                   | Médiocre |   | Convenable |   | Excellent |
|-----------------------------------|----------|---|------------|---|-----------|
| Lisibilité (caractères, ou fonte) | 1        | 2 | 3          | 4 | 5         |
| Structure du livre                | 1        | 2 | 3          | 4 | 5         |
| Tableaux statistiques             | 1        | 2 | 3          | 4 | 5         |
| Graphiques                        | 1        | 2 | 3          | 4 | 5         |

## B. Impression et reliure

---

### 2. Que pensez-vous de la qualité de l'édition imprimée ?

|   |                          |   |   |   |   |
|---|--------------------------|---|---|---|---|
| Qualité de l'impression                   | 1                        | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Qualité du papier                         | 1                        | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Type de reliure                           | 1                        | 2 | 3 | 4 | 5 |
| J'utilise surtout la version électronique | <input type="checkbox"/> |   |   |   |   |

### 3. Quel type de support préférez-vous pour les publications en général ?

Livre  CD  Livre électronique (PDF) via Internet  Combinaison de supports

## C. Contenu

---

### 4. Considérez-vous le contenu de cette publication précis et à jour ? (notez de 1 à 5)

1 2 3 4 5

### 5. Les titres de chapitres, têtes et sous-titres sont-ils ?

Clairs Oui  Non   
Significatifs Oui  Non

### 6. Comment évaluez-vous le style de la publication (langue, syntaxe, grammaire) ? (notez de 1 à 5)

1 2 3 4 5

## D. En général

---

### 7. Avez-vous d'autres commentaires à ajouter sur la publication ?

.....  
.....  
.....

### Dites-nous qui vous êtes :

Nom : ..... E-mail : .....  
Fax : .....

### A quelle catégorie appartenez-vous ?

Organisations intergouvernementales  Organisations non gouvernementales  Travailleur indépendant   
Étudiant  Universitaire  Fonctionnaire  Politicien  Secteur privé

**Nous vous remercions d'avoir complété le questionnaire. Vous pouvez faxer vos réponses au (33-1) 49 10 42 81 ou les envoyer par courrier à l'adresse suivante :**

Questionnaire qualité PAC/PROD, Division des publications de l'OCDE  
23, rue du Dôme – 92100 Boulogne-Billancourt – France.

**Titre :** Politiques et gestion de l'enseignement supérieur – Volume 16, n° 2

**ISBN :** ISSN 1682-346X

**Code OCDE (version imprimée) :** 89 2004 02 2

\* Nota bene : Cette offre ne concerne pas le personnel de l'OCDE.

## Table des matières

|  |     |
|--|-----|
| <b>L'enseignement et la recherche : quelques questions fondamentales</b>   |     |
| <i>Maurice Kogan</i> .....   | 9   |
| <b>La relation enseignement-recherche</b>  |     |
| <i>Mary Henkel</i> .....   | 21  |
| <b>Technologies de l'information et de la communication : un outil performant qui ouvre des perspectives à l'apprentissage</b> |     |
| <i>Olivier Debande et Eugenia Kazamaki Ottersten</i> .....   | 37  |
| <b>Gérer le partenariat clinique avec les universités : leçons tirées de l'expérience internationale</b>                       |     |
| <i>Stephen Davies et Tom Smith</i> .....   | 71  |
| <b>Capacité d'adaptation générale dans l'enseignement supérieur : programme de réforme</b>                                     |     |
| <i>William G. Tierney</i> .....  | 81  |
| <b>Incitations et transparence : le contexte canadien</b>  |     |
| <i>Michelle Gauthier</i> .....   | 105 |
| <b>Satisfaction des étudiants dans l'enseignement supérieur en Turquie</b>   |     |
| <i>Ceyhan Aldemir et Yaprak Gülcan</i> .....   | 121 |





Extrait de :  
**Higher Education Management and Policy**

Accéder à cette revue :

<https://doi.org/10.1787/17269822>

**Merci de citer cet article comme suit :**

Smith, Tom et Stephen Davies (2004), « Gérer le partenariat clinique avec les universités : Leçons tirées de l'expérience internationale », *Higher Education Management and Policy*, vol. 16/2.

DOI: <https://doi.org/10.1787/hemp-v16-art16-fr>

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à [rights@oecd.org](mailto:rights@oecd.org). Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) [info@copyright.com](mailto:info@copyright.com) ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) [contact@cfcopies.com](mailto:contact@cfcopies.com).