



WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

WHO/EDUC/91.200
DISTR. : GENERAL(E)
ORIGINAL : ANGLAIS

CHANGER L'EDUCATION MEDICALE

Un programme d'action

Organisation mondiale de la Santé
Division du Développement des Ressources humaines
pour la Santé
Genève, Suisse
1992

This document is not a formal publication of the World Health Organization (WHO), and all rights are reserved by the Organization. The document may, however, be freely reviewed, abstracted, reproduced and translated, in part or in whole, but not for sale nor for use in conjunction with commercial purposes.

The views expressed in documents by named authors are solely the responsibility of those authors.

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation. S'il peut être commenté, résumé, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, il ne saurait cependant l'être pour la vente ou à des fins commerciales.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

CHANGER L'EDUCATION MEDICALE

Un programme d'action

Présentation succincte

Les trois composantes du programme d'action :

- Fixer des normes de qualité pour l'éducation médicale et mettre au point des instruments de mesure.
- Elaborer et mettre en oeuvre des stratégies de changement pour améliorer la pertinence sociale et l'efficacité de l'éducation médicale.
- Suivre les changements dans l'éducation médicale à l'aide d'une surveillance mondiale.

Principales caractéristiques du programme d'action :

- Proposer une approche systémique dans l'organisation du changement.
- Offrir des options de recherche/action dans la mise en oeuvre des stratégies de changement.
- Renforcer la collaboration internationale par la voie du partenariat.

Table des matières

	Page
▪ Pourquoi changer l'éducation médicale ?	1
▪ En quoi consiste le programme d'action ?	4
Composante I. Normes de qualité et instruments de mesure	5
Composante II. Stratégies de changement	9
A. Les stratégies possibles de changement	9
B. La sélection d'une stratégie de changement	18
C. L'élaboration d'une stratégie de changement	19
Composante III. Surveillance mondiale	20
▪ Pourquoi un programme d'action mondial ?	21
▪ Partenariat dans l'action	22
▪ Plan provisoire d'interventions pour changer l'éducation médicale.	25

"Le programme d'action pour changer l'éducation médicale" est une initiative visant à organiser de façon systématique et coordonnée une série d'activités devant conduire à adapter l'éducation médicale aux besoins actuels et futurs de la société. Ce faisant, le programme d'action devrait contribuer également à mieux comprendre la dynamique du changement au sein des institutions de formation, ainsi que les interrelations entre ces institutions et les communautés qu'elles entendent servir.

Le programme d'action comptera sur la mobilisation d'un large éventail de compétences et de ressources partout dans le monde pour améliorer la pertinence sociale et l'efficacité de la formation des médecins praticiens, dans un souci de justice sociale et de rigueur scientifique.^{1,2}

POURQUOI CHANGER L'EDUCATION MEDICALE ?

De sérieuses améliorations restent à apporter à la majorité des systèmes de santé pour garantir l'égalité d'accès aux prestations de santé ainsi qu'une protection optimale contre les causes évitables de souffrance et de décès. On observe plus que jamais, dans les pays riches comme dans les pays les plus pauvres, l'exigence d'une meilleure utilisation des ressources existantes, en même temps qu'une demande de ressources additionnelles.

*Perspectives
de
changement
dans le
système de
santé*

Parallèlement, on note le souci de trouver des modèles nouveaux de prestation qui puissent mieux satisfaire les demandes nouvelles et croissantes des usagers, en tenant compte d'un nouveau partage de responsabilités entre professions de santé et usagers, entre les professions de santé elles-mêmes, et enfin entre le secteur de la santé et les autres secteurs du développement.

En somme, la quête vers ce que l'OMS appelle la "santé pour tous" est, reconnaissons-le, encore loin d'être à son terme.^{3, 4}

¹ OMS, Série de Rapports techniques, No. 717, 1985 Besoins en personnel en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000 sur la base des soins de santé primaires : Rapport d'un comité d'experts de l'OMS.

² Résolution WHA40.14 (1987).

³ Alma-Ata 1978 : Les soins de santé primaires. Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1978 (Série "Santé pour tous", No. 1).

⁴ Riga : la réaffirmation d'Alma-Ata : déclaration réitérant et renforçant l'engagement en faveur de la santé pour tous en l'an 2000 et au-delà adopté à une réunion de l'OMS : d'Alma-Ata à l'an 2000 : situation à la mi-parcours et perspective, Riga, URSS, 22-25 mars 1988, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1988 (document non publié WHO/SHS/88.2).

Le rôle dominant que le corps médical exerçait autrefois dans l'orientation de politiques et le fonctionnement des systèmes de santé s'érode et avec lui son image sociale, entraînant probablement avec lui une dégradation de l'image de l'ensemble des professions de santé. Quant aux usagers, leur exigence accrue est due à leur meilleure information sur les questions de santé. Elle s'exprime maintenant un peu partout grâce au processus démocratique qui fait qu'aucun groupe professionnel n'est désormais à l'abri de l'opinion publique et de la critique.⁵

*Image
actuelle
et l'avenir
de la
profession
médicale*

Un malaise existe qui tient, entre autres causes, au manque de réponse efficace de la part des professions médicales et de santé, à des défis tels que l'égalité d'accès aux soins, l'humanisation des soins de santé, l'intégration des soins en un tout cohérent pour l'utilisateur, une participation accrue des usagers à la décision, la promotion de modes de vie saine, l'évaluation des avancées technologiques, la maîtrise des coûts, la prise en compte des besoins de la société dans son ensemble, la protection de l'environnement, etc.

Une ère nouvelle s'annonce avec la recherche d'un nouveau paradigme de l'action de santé qui intégrerait toutes ces aspirations, et par rapport auquel la profession de santé devra se situer clairement, en tant qu'agent concepteur et opérateur. Plus que probablement, des changements profonds affecteront à l'avenir la pratique médicale ayant des implications importantes sur le plan politique, social et économique, et auxquels bien entendu devra s'associer l'éducation médicale.

Le médecin praticien de demain devra être en mesure de répondre plus efficacement aux besoins de santé des individus et des communautés et, pour cela, de posséder des aptitudes nouvelles, et avoir les moyens de les appliquer.

On attendra, entre autres, à ce qu'il :

- dispense des soins de qualité en intégrant efficacement une action préventive, curative et réhabilitatrice;
- propose des soins à des individus tout en comprenant et en agissant sur les besoins plus larges de la famille, de la communauté et de la société à laquelle appartiennent ces individus;
- communique mieux avec les usagers et les responsables publics, en vue de promouvoir des modes de vie saine;
- décide plus judicieusement de l'usage des technologies nouvelles et autres fruits de la science en tenant compte des impératifs éthiques et économiques liés à leur emploi;
- utilise mieux et davantage les techniques d'information et de gestion pour la planification et l'exécution d'un travail d'équipe, entre professionnels de santé et entre ceux-ci et d'autres cadres ayant un pouvoir sur la santé.

⁵ Willis, D. ed. "The changing character of the medical profession". *The Milbank Quarterly*, 66, Supplement 2, 1988.

Sachant que les changements apportés à l'éducation médicale n'auront d'effet sur les prestations de santé qu'après une période de 10 à 15 ans, on ne peut qu'inviter instamment les pouvoirs publics, les facultés de médecine et les associations professionnelles à veiller à ce que la prochaine génération de médecins possède ces aptitudes indispensables pour répondre aux exigences futures de la société.

Tout en reconnaissant que le système éducatif doit être capable d'anticipation et de prévoir une formation en conséquence, une action de réforme qui serait limitée à celui-ci ne nous donnerait pas pour autant le praticien souhaité. A quoi servirait-il, en effet, de former un médecin d'un type nouveau sans la garantie qu'il puisse, une fois formé, pratiquer une médecine d'un type nouveau? Un effort conjugué de réaménagement de la pratique médicale est donc indispensable, auquel d'ailleurs, les écoles de médecine et les universités ne devraient pas être étrangères.⁶

*Des défis
pour
l'enseigne-
ment
supérieur*

En effet, en tardant à prendre des initiatives sur la réorientation pressante de la pratique et de la formation médicale, le risque existe de voir des éléments extérieurs au monde universitaire et au corps médical prendre la tête du mouvement et imposer des changements, arguant de surcroît que la santé est trop importante pour être entièrement laissée aux mains des professions de santé.

Le but du "Programme d'action" présenté dans ce document est de proposer des approches susceptibles d'enclencher et de soutenir des changements profonds dans la formation de base du médecin.

On sait les formidables forces conflictuelles en présence lorsqu'il s'agit de produire tout changement institutionnel de taille. On sait aussi la gabegie d'énergie dans des affrontements de tendances en ce domaine. Aussi le "Programme d'action" envisage-t-il d'instituer un large dialogue, et de rechercher un consensus entre toutes les parties concernées sur la nature des changements à entreprendre, qu'ils affectent le système de santé ou l'éducation médicale, et de les associer à l'élaboration de stratégies pour réaliser ces changements.

⁶ Bok, D. Beyond the ivory tower: social responsibilities of the modern universities. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1982.

EN QUOI CONSISTE LE PROGRAMME D'ACTION ?

Le programme d'action comprend trois composantes :

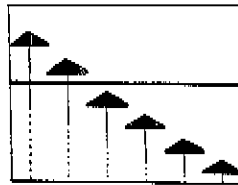
- 1) normes de qualité et instruments de mesure;
- 2) stratégies de changement;
- 3) surveillance mondiale.

*Le processus
de
changement.*

On pourrait établir une analogie entre l'ensemble cohérent de ces trois composantes et l'effort requis pour changer des comportements individuels. D'abord, cela suppose la prise de conscience de la nécessité d'un changement, ensuite, l'aide à ceux qui décident de changer effectivement leur comportement et enfin, la création d'une solidarité parmi ceux qui se sont engagés dans une dynamique similaire de changement.

Notons que sous l'égide de l'Organisation mondiale de la Santé, par son Siège et ses Bureaux Régionaux, de nombreuses réunions ont été organisées, quantité de missions ont été confiées à des consultants et une multitude de bourses d'études ont été accordées depuis plus de deux décades pour soutenir l'effort des États Membres et des facultés de médecine à réorienter l'éducation médicale vers davantage de pertinence sociale.

Le moment est maintenant venu pour l'Organisation mondiale de la Santé de tirer leçon de cette somme d'expériences afin que soient proposées des normes de qualité de l'éducation médicale et surtout soient élaborées des stratégies d'action susceptibles de satisfaire ces normes.



COMPOSANTE I.

NORMES DE QUALITE ET INSTRUMENTS DE MESURE

L'élaboration de normes de qualité pour l'éducation médicale est une condition préalable à l'application des deux autres composantes. Il faut, en effet, définir "l'éducation médicale de qualité" pour orienter les stratégies d'intervention et en assurer la surveillance. On suppose que si les pays et les institutions de formation étaient en mesure de mesurer de façon aussi objective que possible la portée des changements de l'éducation médicale, ils en accepteraient plus volontiers le principe.

L'arbre se juge à ses fruits. De même, la qualité des diplômés reflètera-t-elle l'idée qu'une école de médecine se fait de son mandat social et la façon avec laquelle l'honore.

Bien que l'on conçoive que les caractéristiques d'une faculté de médecine varient suivant le contexte local, on souhaiterait néanmoins que toute faculté de médecine, soucieuse de relever efficacement les défis de la santé, accepte de se reconnaître dans un nouveau mandat dont les quatre traits essentiels seraient:

- A. La participation active à l'amélioration du système de prestation de soins.
- B. Le souci de pertinence des objectifs de formation vis-à-vis des besoins prioritaires de santé.
- C. L'application de processus efficaces d'apprentissage à tous les niveaux de la formation médicale.
- D. L'engagement ferme de l'assurance de qualité des soins et l'évaluation des technologies.

Un nouveau mandat pour la faculté de médecine

Certes, dans le cadre de sa fonction de formation, la faculté est préoccupée par les points B et C de l'encadré ci-dessus, qui représentent déjà à eux seuls un effort d'envergure. Or, selon le **nouveau mandat**, deux domaines de responsabilités sont également proposés, et que certaines facultés, du reste, assument déjà dans une certaine mesure, les points A et D, prenant en sandwich les fonctions de formation et sur lesquelles ils auront une influence déterminante.

Le point A se situant en amont invite la faculté de médecine à être partie prenante dans la préparation du terrain sur lequel les futurs médecins praticiens vont évoluer. Tandis que le point D, en aval des fonctions de formation, propose que le produit fini fasse l'objet d'un suivi, ou du moins que la qualité des services de santé devienne objet systématique d'études et d'action.

En proposant que les valeurs, qui fournissent le cadre du nouveau mandat, servent de références à une échelle de qualité pour l'éducation médicale, on cherche à placer celle-ci en consonance avec l'évolution du système de soins et de la pratique médicale. En d'autres termes, l'immersion sociale d'une faculté de médecine devient une donnée fondamentale pour garantir la qualité de l'éducation médicale.

Cette proposition est justifiée par le fait couramment observé que toute réforme, même importante, des études médicales, si elle n'est pas accompagnée par des mesures de réforme de la pratique médicale, n'a guère d'impact. De ce fait, l'éducation médicale devrait être définie comme une science et un art de préparer les futurs médecins praticiens à fonctionner au mieux dans la société, incluant des activités tendant à influencer les circonstances et les conditions dans lesquels ils pratiqueront leur profession. Autrement dit, l'éducateur tient une part de responsabilité dans la qualité de son produit.

Certes, ces domaines nouveaux de responsabilité, la faculté ne peut que les partager avec d'autres organes et institutions du secteur public et du secteur privé, l'invitant donc à créer de nouveaux rapports de collaboration en dehors du monde académique. Outre que ce nouveau mandat permettrait à la faculté d'améliorer la pertinence sociale et l'approche pédagogique de l'éducation médicale, il lui donnerait également une opportunité de tenir une place plus importante sur l'échiquier de la santé.

*la recherche
de
références
objectives*

La recherche de normes universelles pour juger de la qualité de l'éducation médicale ne doit en aucun cas s'opposer à une tolérance pour des variations locales. En effet, il n'est pas souhaitable que les programmes des études médicales et les examens qui les sanctionnent soient uniformes partout dans le monde car c'est à chaque pays que revient en fin de compte de fixer le contenu de l'éducation et les conditions d'exercice médicale, en fonction des exigences précises de son environnement.⁷

Découlant de ces valeurs générales inscrites dans le nouveau mandat, des indicateurs et des critères de qualité seront définis. En disposant d'instruments de mesure, le sujet de l'évaluation de la qualité de l'éducation sera traité avec davantage d'objectivité. L'intérêt de ces instruments est qu'ils éclaireraient les autorités nationales et les responsables des facultés de médecine elles-mêmes sur la nature des décisions à prendre pour améliorer l'éducation médicale et son impact sur la communauté. Décisions de caractère politique, administratif et financier pour les premiers; de caractère pédagogique, technique, gestionnaire et logistique pour les seconds.⁸

⁷ Bandaranayake, R.C. "Implementation change in medical education in developing countries." *Medical Teacher*, 11 (1): 39-46 (1989).

⁸ Boelen, C. A call for systematic action for changing medical education: reaction of working partners. *Medical Teacher*, Vol. 12, No. 2, 1990.

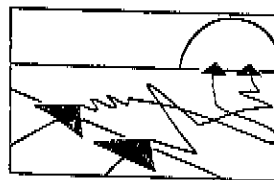
Afin d'être réellement utile et acceptable aux yeux des décideurs politiques comme aux responsables de programmes de formation et aux représentants de la profession, une liste d'indicateurs sera établie à l'issue d'une large consultation. Elle restera susceptible de révision, tant il est vrai qu'une recherche continue dans le champ de la qualité de l'éducation médicale est indispensable.⁹

Bien qu'il appartienne à chaque pays, et parfois à chaque école de médecine, de choisir les indicateurs qui répondent le mieux à ses objectifs, il est à espérer que l'on évoluera néanmoins vers un consensus sur un corps d'indicateurs applicables universellement et qu'en tout état de cause, l'évaluation de la qualité de l'éducation médicale deviendra à terme un dispositif institutionnalisé dans chaque faculté de médecine.

⁹ Boelen C. et al, Towards the assessment of quality in medical education, WHO/HRH/92.7, WHO, Geneva, 1992.

COMPOSANTE II.

STRATEGIES DE CHANGEMENT



Les raisons pour lesquelles il faut changer l'éducation médicale et la nature même de ce changement commencent à être bien analysées. Reste maintenant à étudier méthodiquement comment opérer le changement.

En raison de la complexité du processus de réforme de l'éducation médicale et de la diversité des facteurs susceptibles de l'influencer selon les particularités du contexte politique et socio-culturel, on peut affirmer qu'il n'existe pas de stratégie unique de changement qui puisse convenir à toutes les situations.

Plusieurs stratégies sont proposées ci-après. Elles ne sont pas mutuellement exclusives. En fait, le choix d'une stratégie donnée est indicateur du point d'entrée par lequel on désire s'engager dans le long processus de changement qui finira à terme par intégrer les particularités de la plupart des autres stratégies proposées. Le choix dépendra essentiellement des conditions locales et des atouts du moment pour lancer l'effort de réforme.

Examinons maintenant les points suivants:

Comment induire le changement?

- A. Les stratégies possibles de changement;
- B. La sélection d'une stratégie de changement;
- C. L'élaboration d'une stratégie de changement.

A. LES STRATEGIES POSSIBLES DE CHANGEMENT

1. L'optimisation des ressources humaines pour la santé.
2. La recherche d'un consensus national.
3. L'initiative de l'université.
4. La perspective communautaire.
5. La prise en charge d'un problème majeur de santé publique.
6. La pédagogie de résolution de problèmes.
7. Le recours à l'informatique et aux techniques de communication.
8. La formation médicale continue.
9. La création d'une filière expérimentale de formation.

Les stratégies de changement peuvent être rangées dans différentes catégories telles que : l'analyse globale des personnels de santé (stratégies 1 et 2); l'action intersectorielle pour la santé (stratégies 3 et 4); les questions liées à la profession médicale (stratégies 5 et 8); le recours à de nouvelles méthodes et techniques (stratégies 6, 7 et 9). Il va sans dire que de nombreux autres points d'entrée au processus de changement sont possibles. La liste ci-dessus est proposée à titre illustratif.

Analysons maintenant les principales caractéristiques de chaque stratégie.

1. L'optimisation des ressources humaines pour la santé

Dans les pays où l'infrastructure sanitaire est particulièrement précaire, la réorientation et le renforcement de l'éducation médicale, passe souvent par un projet beaucoup plus vaste d'optimisation de l'ensemble des ressources humaines pour la santé, tant au niveau de la formation que de l'organisation de la pratique professionnelle.

Dans ce contexte particulier, la démarche d'optimisation des ressources humaines répond à une séquence en trois temps :

1. Poser un diagnostic rapide de la situation des personnels de santé dans l'ensemble ou une partie du pays.
2. Prendre des mesures qui auront un impact à court terme sur la formation et l'utilisation des personnels de la santé.
3. Engager des projets pour des changements plus fondamentaux et plus durables, en particulier une réforme des institutions de formation et des services de santé.

Le but de cette démarche est de créer au niveau de l'administration sanitaire une dynamique propre à lancer et soutenir le développement des ressources humaines pour la santé. En profitant des résultats rapidement et facilement obtenus par des actions à court terme on compte engager une action plus globale et à long terme visant alors à modifier les institutions.¹⁰

¹⁰ Boelen, C. L'optimisation des ressources humaines pour la santé, par la méthode DIREICD, document en préparation, OMS, Genève, 1992.

C'est dans ce cadre global que la stratégie de changement de l'éducation médicale se placerait. Lié au développement plus large de l'ensemble des personnels de santé, elle ferait figure de promoteur du développement sanitaire d'un pays ou d'une région et justifierait pleinement sa raison d'être sur le plan politique et social.

Cette stratégie peut être avancée par une administration sanitaire en invitant la faculté de médecine à se joindre à son projet. Alternativement, la faculté de médecine peut elle-même prendre l'initiative et, ce faisant, elle affiche d'emblée son souci d'améliorer l'ensemble des conditions des professions de santé, dont la profession médicale.

2. La recherche d'un consensus national

Ici, la réorientation des études de médecine et de la pratique médicale est portée au grand jour et fait l'objet d'un débat public. Des représentants du monde politique, des professions de santé, de l'administration sanitaire, des organismes des sécurité sociale, des universités et des usagers sont invités à exprimer leur opinion sur la profession médicale et sur ce qu'ils en attendent. Cette large consultation pourrait être couverte par les médias qui en feraient un événement national.

Le but de ces débats est d'obtenir un consensus général sur le rôle futur du médecin dans la société. Ce serait également l'occasion de définir les responsabilités qui incombent au système éducatif pour que le futur médecin puisse effectivement acquérir les compétences requises et ensuite les exercer.

La décision d'ouvrir un débat public devrait être prise à la condition que toutes les parties concernées conviennent de son utilité. Au préalable, elles devront s'accorder sur le principe qu'un changement est souhaitable dans la formation et dans la pratique médicale et qu'une révision de leur position respective est envisageable sans mésestimer pour autant que des controverses pourront apparaître.

Il s'agira de maîtriser les énergies libérées par l'événement déclenchant que constituerait le débat public, d'étudier les points de vue des différentes parties en cause, d'arriver à accepter un ensemble de principes devant guider le changement dans l'éducation et la pratique médicale. A partir de là, il conviendra de préparer un projet spécifiant la nature des changements recommandés, les moyens de les réaliser et un système de soutien.

3. L'initiative de l'université

Il se peut qu'une université souhaite orienter une plus grande fraction de ses activités de recherche et d'éducation vers les priorités et les préoccupations de santé de la communauté au sein de laquelle elle est implantée. Plusieurs facultés ou départements, y compris la faculté de médecine, pourraient unir leurs efforts dans des programmes de santé pour le bénéfice d'une communauté locale ou de la société en général.

Une telle initiative, pour être menée effectivement, devrait viser à :

- recenser un problème prioritaire de santé dans la communauté et avec la communauté;
- coordonner l'action de différentes facultés ou départements de l'université désireux de s'associer à réduire ce problème;
- collaborer avec des acteurs clés de la communauté dans la réalisation coordonnée d'un programme de santé à l'encontre de ce problème.

Cette stratégie vise à créer un climat entraînant les universités à être plus socialement engagées, par exemple, par l'expérimentation de modèles de prestations de soins de santé en s'appuyant davantage sur les principes de l'approche intersectorielle, en impliquant de façon plus responsable les usagers et en usant de pratiques éprouvées de gestion sanitaire.

La gageure de cette stratégie réside dans la capacité de l'université et de la faculté de médecine de répondre de façon cohérente et responsable aux défis sociaux, et de négocier efficacement un plan commun d'interventions avec la communauté dans laquelle elle est immergée.

Par la nature même de cette initiative, l'université et la faculté de médecine seraient en mesure de se faire une meilleure opinion sur la pertinence de leurs programmes de formation et de saisir l'opportunité de mesures correctrices à prendre.

4. La perspective communautaire

L'une des finalités de l'éducation est servir la société. Aussi l'éducation des professionnels de la santé devrait-elle également être évaluée en fin de compte sur sa capacité à améliorer l'état de santé des individus et de la collectivité. Cette stratégie consiste à inviter les institutions de formation à participer dans la planification, la mise en oeuvre et l'évaluation de programmes de santé dirigés vers des groupes de population exposés à des risques particuliers.

En matière d'administration des soins de santé, la faculté de médecine, comme le médecin praticien répond essentiellement à la demande de service formulée par des individus, et ce faisant, elle s'intéresse principalement au numérateur d'une fraction dont le dénominateur serait représenté par la population générale à laquelle ces individus appartiennent.

Suivant les termes du nouveau mandat proposé à la faculté de médecine, on attend, par contre, que celle-ci comprenne et agisse également sur les problèmes de santé affectant l'ensemble d'une population. Par une vision communautaire, on est amené à faire un inventaire des principaux problèmes de santé dans une communauté, à en identifier les facteurs responsables, à analyser leur interrelation et à envisager une action globale, dans le but d'améliorer la qualité de la vie d'une population et de chacun des individus qui la constitue.

Des enseignants et chercheurs confirmés pourraient être intéressés à coordonner un programme national, régional ou local d'interventions contre un problème de santé donné. L'approche communautaire et la multidisciplinarité que suppose cette stratégie exigent que les enseignants et les chercheurs acquièrent des compétences nouvelles leur permettant de mettre sur pied des programmes de santé communautaire en partenariat avec les services de santé, les autorités locales et les professions de santé, en particulier pour entreprendre une analyse épidémiologique et gérer un programme de santé.

Cette approche entend mettre davantage l'accent sur la santé plutôt que sur la maladie, sur la prévention et la promotion de la santé, sur le travail en équipe de santé, sur l'usage de l'ensemble des services de santé, en dehors de l'hôpital.¹¹

Ce faisant, la faculté de médecine s'offre des occasions uniques pour évaluer la pertinence de ses programmes de formation par rapport aux besoins de la communauté et leur impact social.

¹¹ OMS, Série de Rapports techniques, No. 746 (L'apprentissage en milieu professionnel pour la formation du personnel de santé : rapport d'un groupe d'étude de l'OMS), 1987.

5. La prise en charge d'un problème majeur de santé publique

Une école de médecine peut prendre l'initiative de jouer un rôle important dans le développement sanitaire en décidant d'entreprendre une approche coordonnée d'étude et d'action sur un problème de santé, reconnu menaçant ou préoccupant par l'opinion publique, par exemple, le SIDA, le paludisme, la gastro-entérite, l'alcoolisme, l'abus des drogues, les accidents de la route, etc. On peut penser que l'engagement concret et soutenu d'une école de médecine dans la lutte contre un problème de santé prioritaire peut déclencher un réflexe d'autocritique sur l'efficacité de son intervention, qu'elle soit directe, ou indirecte par le biais de ses diplômés.

La stratégie proposée consiste donc à susciter cette prise de conscience et à transformer progressivement celle-ci en une volonté et un mouvement de réforme visant à adapter non seulement les programmes de formation, mais aussi ceux de recherche et de service pour la résolution de problèmes de santé prioritaires dans la société. A cette fin, les enseignants et les chercheurs qui ne sont pas nécessairement les mieux placés pour gérer des programmes de santé publique, pourraient apprendre à le faire en partageant des responsabilités avec d'autres spécialistes et groupes plus aguerris.

Finalement, on peut espérer que des questions aussi fondamentales que : la quête de pertinence dans la formation et la recherche, la couverture sanitaire, l'utilisation appropriée des ressources et des technologies, etc., puissent devenir des préoccupations pour la faculté de médecine, et qu'une réforme de l'éducation médicale s'en suive.

Les décideurs politiques ainsi que les communautés locales pourraient proposer des incitatifs matériels et financiers aux facultés de médecine (et à leurs unités/départements) disposés à s'investir dans des activités destinées à satisfaire les intérêts d'une population confrontée à une situation sanitaire critique. Notons que, chemin faisant, cette stratégie devrait confluer avec la stratégie précédente " La perspective communautaire".

6. La pédagogie de résolution de problèmes.

Le programme d'études, le processus d'apprentissage et le milieu éducatif devraient préparer le futur praticien à faire davantage preuve d'un esprit critique, à avoir le sens de l'initiative, à prendre des décisions rationnelles et pertinentes au contexte socio-économique dans lequel il évolue. Aussi, très tôt dans son apprentissage, devrait-il être exposé à analyser des problèmes auxquels il sera confronté plus tard en s'appuyant sur des informations qu'il devrait de surcroît avoir la liberté de rechercher par lui-même.

En passant d'une formation modelée sur le traditionnel découpage vertical par disciplines, vers une formation organisée autour de problèmes de santé, la faculté de médecine se place dans une situation où elle peut mieux apprécier la nature des réformes à faire pour améliorer la pertinence de la formation par rapport aux réalités de la pratique médicale.^{12 13} De plus, la pédagogie de résolution de problèmes est une intéressante innovation pédagogique qui offre, en effet, la possibilité de rendre l'étudiant plus actif dans son apprentissage.

Cependant, le véritable enjeu réside dans la corrélation qui sera établie entre, d'une part, cette innovation et, d'autre part, l'identification des problèmes de santé prioritaires affligeant la communauté, l'idée que l'on se fait du rôle futur du praticien, et l'implication de la faculté elle-même à résoudre ces problèmes de santé.

Cette stratégie mettra particulièrement en évidence le rôle des spécialistes de pédagogie et des sciences de l'éducation dans la réforme de l'éducation médicale, sachant que la formation des enseignants aux nouvelles méthodes pédagogiques peut en constituer le facteur déclenchant, à condition, certes, que la nécessité d'une ouverture plus grande de la faculté de médecine sur le monde extérieur soit prise en compte.

¹² Barrows, H. S., & Tamblyn, R. M. Problem-based learning: an approach to medical education. New York, Springer, 1980.

¹³ Barrows, H. S. "Inquiry: the pedagogical importance of a skill central to clinical practice. Medical Education, 24:3-5 (1990).

7. Le recours à l'informatique et aux techniques de communication

Cette stratégie est fondée sur l'hypothèse qu'une faculté de médecine qui aurait accès de façon continue à une banque de données reflétant l'état de santé d'une population qu'elle a coutume de déservir serait encouragée à mieux analyser les problèmes de santé dans cette population et à contribuer à les résoudre.

On peut supposer que l'informatique puisse lui offrir ce service et que d'autres partenaires puissent également en jouir. Ainsi, en permettant à des planificateurs sanitaires, épidémiologistes, praticiens, formateurs, chercheurs, étudiants en médecine, autorités locales, organisations bénévoles, usagers, etc., de s'alimenter à une même source de données, des relations nouvelles pourraient s'établir entre eux et des interrogations nouvelles se poseraient, en l'occurrence, sur la meilleure façon de former les médecins.

En permettant de mieux évaluer des besoins de santé et de prendre de meilleures décisions concernant la répartition des rôles et des ressources, l'usage de l'informatique appliquée à la santé publique permettrait à la faculté de médecine de s'aventurer au dehors de sa sphère habituelle d'actions curatives en milieu hospitalier pour découvrir des aires de responsabilités nouvelles en matière de recherche, de service et de formation qui seraient plus conformes aux véritables exigences du système de santé.

Prenant conscience que de nombreux partenaires peuvent avoir accès aux mêmes informations de santé, les responsables de la formation médicale ainsi que de la gestion des services de santé réaliseraient l'avantage qu'il y aurait à mieux coordonner des actions de santé dans une communauté et la nécessité de certaines réformes. La décision d'une réforme de l'éducation médicale pourrait en résulter.

8. La formation médicale continue

Une faculté de médecine est véritablement engagée dans la formation médicale continue lorsqu'elle cherche à satisfaire les besoins de cette formation en tenant compte des souhaits des apprenants, des besoins de santé de la population et de l'évolution du système des prestations de soins de santé.

Les objectifs de la formation continue devraient tendre non seulement à aider les praticiens à acquérir des connaissances scientifiques et à maîtriser des technologies nouvelles, mais aussi à faire évoluer leur pratique en harmonie avec une politique de santé dont certains objectifs pourraient être l'assurance de qualité, l'éthique, l'égalité d'accès aux services de santé, l'usage approprié de technologies, la maîtrise des coûts de santé, etc.

Il est essentiel que les objectifs de la formation continue soient fixés après consultation des praticiens, des gestionnaires de la santé et de représentants des usagers.

La participation dans le processus de planification, de mise en oeuvre et d'évaluation des programmes de formation médicale continue peut constituer un point de départ d'une stratégie de changement de l'éducation médicale de base. En étant mieux en mesure de juger de la pertinence et de l'impact de la formation en cours sur la qualité des prestations de santé, la faculté peut en effet identifier les correctifs à apporter et à entreprendre éventuellement une réforme fondamentale.

9. La création d'une filière expérimentale de formation.

Selon cette stratégie, un programme de formation novateur est proposé auprès d'un groupe d'étudiants volontaires et est conduit en parallèle au programme existant, comme une expérience scientifique. Cela suppose que l'on s'accorde sur des indicateurs et des critères pour comparer l'évolution et les résultats des deux filières.

Les spécificités de la nouvelle filière peuvent être par exemple : une plus grande orientation vers les besoins de la communauté, l'application d'une pédagogie de résolution de problèmes, une formation multiprofessionnelle et un partenariat étroit entre l'institution de formation et le système de santé.¹⁴

Pour juger de la qualité respective des deux filières, on pourrait tenir compte, par exemple, du niveau de compétence des étudiants à la sortie, du degré de satisfaction des étudiants et des enseignants, du choix de carrière des nouveaux diplômés, de la contribution de la faculté au développement sanitaire de la communauté.

La faisabilité de cette stratégie dépendra de la disposition des moyens techniques, humains et financiers pour conduire une filière parallèle, de la capacité à mener une expérimentation dans toute sa rigueur, et de la volonté de tirer les leçons de l'expérience pour les appliquer éventuellement pourrait tenir à changer l'éducation médicale dans son ensemble.

¹⁴ Kantrowitz, M. & Kaufman, A. et al. Filières nouvelles adoptées par certains établissements de formation des personnels de santé : approche expérimentale des méthodes pédagogiques en fonction des besoins en matière de santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1987 (OMS publication offset N° 101).

B. LA SÉLECTION D'UNE STRATÉGIE DE CHANGEMENT

... un
point
d'entrée
seulement!

La liste des stratégies qui vient d'être présentée est loin d'être exhaustive. Ces stratégies peuvent être adaptées et bien d'autres peuvent être conçues.

Il est important que l'approche choisie soit compatible à l'environnement socioculturel et politique.

Il faut rappeler que, quelle que soit la stratégie sélectionnée pour amorcer le changement, il ne s'agit jamais que d'un point d'entrée dans le processus de changement et que les caractéristiques des autres stratégies seront incorporées en fin de compte, suivant un rythme et une séquence propres aux conditions du milieu.

Une étude comparée des avantages et contraintes de chaque stratégie aidera au choix. Il existe des facteurs internes et externes à la faculté de médecine, susceptibles d'influer sur le choix de telle ou telle stratégie, et qu'il est donc important d'identifier.

Parmi les facteurs externes à la faculté, on peut citer, entre autres :

- la politique générale du pays (réformes imposées par la situation socio-économique, pressions politiques, etc.);
- la politique de santé (degré d'orientation sociale, conscience d'un besoin de changement, etc.);
- la politique d'éducation (facteurs démographiques, taux d'alphabétisation et niveaux d'instruction, degré et type d'autonomie des universités, etc.);
- la relation entre la formation et l'emploi (orientation sociale des établissements de formation, nouvelles perspectives d'emploi, etc.);
- l'existence ou le risque de crises (exigences nouvelles de différentes couches de la population, etc.);
- les groupes de pression (forces au sein de la communauté, parrainage, relations internationales, etc.).

Parmi les facteurs internes aux facultés, on peut citer, entre autres :

- le rôle de la direction (commissions, personnalités, etc.);
- le rôle des enseignants (groupes de pression, présence de personnalités politisées, jeu des réseaux, etc.);
- le rôle des étudiants (groupes de pression, etc.);
- certains agents de changement (existence de compétences particulières, etc.);
- les occasions (existence de ressources spéciales, certaines conjonctures particulièrement favorables, etc.).

Assez souvent, le recours à un expert étranger, invité à titre de consultant peut jouer un rôle enzymatique non négligeable dans la prise de décisions en faveur du changement et le choix d'une stratégie.

C. L'ELABORATION D'UNE STRATEGIE DE CHANGEMENT

L'élaboration et la mise en oeuvre de stratégies de changement devraient être considérées de la même façon que pour des projets de recherche/action.

*Des
protocoles
pour passer
à l'action*

Des protocoles devraient être élaborés définissant les principales caractéristiques de chaque stratégie et leurs différentes conditions d'application afin que les principaux artisans de la réforme de l'éducation médicale jugent de sa faisabilité en étant pleinement conscients des exigences et des contraintes du projet.

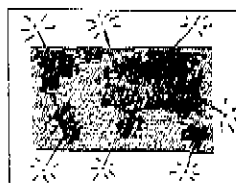
Des protocoles-types par stratégie pourraient éventuellement être conçus pour servir de guide, en ce qu'ils indiqueraient une séquence d'activités à promouvoir, l'opportunité de faire intervenir des forces externes ou internes à la faculté, et des indicateurs qui serviraient de balises pour mesurer l'état d'avancement de la réforme et de son impact.¹⁵

En somme, il conviendra d'adopter une approche rigoureuse permettant une planification, une surveillance et une évaluation méthodique du projet de changement, couvrant une période allant de 4 à 6 ans. De plus, une comparaison de l'évolution des stratégies de changement à différents endroits et en différents lieux sera un corollaire intéressant de cette approche.

¹⁵ Mennin, S. & Kaufman, A. "The change process and medical education". *Medical Teacher*, 11 (1): 9-16 (1989).

COMPOSANTE III

SURVEILLANCE MONDIALE



Une surveillance attentive des efforts accomplis et des succès remportés dans le monde pour modifier l'éducation médicale et améliorer la santé des populations sera établie.

Cette surveillance mondiale poursuit plusieurs objectifs :

*La surveillance
comme un
service*

- Premièrement, elle constituera une sorte de répertoire des innovations réussies et pertinentes avec des valeurs et des normes agréées.
- Deuxièmement, elle soutiendra les pays, les institutions et les individus engagés dans un processus de changement en les informant de l'évolution de diverses stratégies mises en oeuvre.
- Troisièmement, elle invitera des groupes appliquant des stratégies analogues à communiquer et créera ainsi entre eux un lien de solidarité.
- Quatrièmement, les organismes de coopération pour le développement auront une vue synoptique de ce qui est accompli dans le monde, de ce qui reste à faire et qui mérite leur soutien.
- Cinquièmement, elle permettra de mesurer les progrès accomplis dans le monde et constituera un instrument utile de gestion du "programme d'action" pour le changement de l'éducation médicale.

L'établissement d'une carte mondiale des progrès accomplis pour chacune des stratégies, et sa mise à jour, en référence à des indicateurs reflétant la "qualité de l'éducation médicale" donnera de la crédibilité au Programme d'Action. Des données deviennent disponibles, autorisant des comparaisons entre différentes époques et différents endroits et apporteront les bases d'une analyse objective sur la faisabilité des diverses stratégies expérimentées.

Une unité centrale devrait être chargée d'enregistrer, d'analyser et de restituer des informations afin que la situation mondiale en matière d'éducation médicale soit périodiquement mise à jour, tout en contrôlant la validité de cette information. Des comptes rendus périodiques sur support informatique ou autre pourraient être disponibles. La faisabilité et la rentabilité d'un pareil système mondial de surveillance demandera à être examiné.

POURQUOI UN PROGRAMME D'ACTION MONDIAL ?

L'amélioration de la qualité de l'éducation médicale bénéficie d'un regain d'attention depuis la Deuxième Guerre mondiale, alors que le rapport d'Abraham Flexner, publié en 1910 servait encore de référence indiscutable.

Depuis, avec l'échange rapide d'informations scientifiques et le rôle joué par l'OMS pour promouvoir une formation de qualité des professionnels de la santé, l'éducation médicale a progressivement gagné son statut de discipline scientifique, et est finalement devenu un sujet de préoccupation au niveau international.

Au cours des années 1980, un vaste mouvement de réflexion sur la situation et l'avenir de l'éducation médicale a gagné les pays, les universités, les éducateurs, les associations professionnelles et les organisations internationales. Une prise de conscience universelle d'un besoin de réforme de l'éducation médicale est apparue en souhaitant qu'elle contribue davantage à améliorer l'équité et la qualité des soins.¹⁶ Un plan cohérent et mondial d'action pour concrétiser cette réforme apparaît maintenant comme une nécessité. La Déclaration d'Edimbourg, adoptée lors de la Conférence mondiale sur l'éducation médicale en 1988, en est un témoignage supplémentaire.¹⁷

Un programme d'action d'envergure mondiale se justifie du fait des similitudes d'objectifs de changement à travers le monde, et du souci de développer un "esprit de corps" parmi les forces politiques et techniques engagées dans le processus de changement.¹⁸

Les droits de l'homme et la "quête de la santé pour tous" sont des valeurs universelles. Les efforts pour réorienter les systèmes sanitaires, sociaux et éducatifs en conséquence sont amplement justifiés. Aussi, la réforme de l'éducation médicale et toutes les implications corollaires visant à une meilleure utilisation des médecins et des professionnels de la santé méritent-elles également une coordination mondiale.

¹⁶ Boelen, C. Quels changements pour une éducation médicale appropriée. Communication faite aux Neuvièmes Journées de Pédagogie médicale, organisées par la Conférence Internationale de Doyens de Facultés de médecine d'Expression française, 31 mai 1991, Université Catholique de Louvain, Bruxelles, Belgique.

¹⁷ Fédération mondiale pour l'Enseignement de la Médecine. Rapport de la Conférence mondiale sur l'éducation médicale, Edimbourg, 7-12 août 1988.

¹⁸ "Strategies for developing innovative programs in international medical education: Proceedings of the International Invitational Conference", United Nations, New York, July 14-15, 1988. Academic Medicine, 64 (5): Supplement (1989).

PARTENARIAT DANS L'ACTION

La mise en oeuvre des trois composantes (1) Normes de qualité et instruments de mesure; (2) Stratégies de changement; et (3) Surveillance mondiale, ne sera possible que dans le cadre d'un très large partenariat.*

Les orientations

Du point de vue de sa composante I (Normes de qualité et instruments de mesure) et III (Surveillance mondiale) le Programme d'Action nécessitera la consultation et coopération d'experts versés dans l'éducation médicale et ses domaines connexes afin de baliser et évaluer le changement de l'éducation médicale dans le monde.

Utilisation de l'expertise existante

Pays ou facultés de médecine pourront solliciter des conseils techniques dans les différentes phases de la sélection d'une stratégie de changement, de la rédaction d'un protocole pour adapter une stratégie à la situation locale, et de sa mise en oeuvre.

Des documents méthodologiques devraient être rédigés à l'intention des responsables des réformes pour traduire en conseils pratiques et en termes opérationnels concrets des concepts quelquefois restés vagues tels que, par exemple, l'orientation de l'éducation médicale vers les besoins de la communauté, la pédagogie de résolution de problèmes, la formation multiprofessionnelle, l'action intersectorielle pour la santé, la recherche/action en médecine communautaire et l'assurance de la qualité dans la pratique médicale. Des rapports d'activités et des études de cas sur les diverses stratégies de changement seront également publiés.

Négociation de contrats

Un contrat pourrait être négocié sur la base d'un échange de bons procédés avec les écoles ou pays désireux d'apporter des changements suivant les termes du "nouveau mandat" pour une faculté de médecine tel que décrit dans ce document.

Tandis que des organismes de financement apporteraient un appui en matière de formation du personnel, de transfert de technologie, de fourniture d'équipements essentiels, de services de consultants et d'échange d'informations, les pays ou écoles bénéficiant de cette assistance contribueraient en échange à accroître la somme de connaissances et d'expériences dans l'application de stratégies de changement.

(*) Voir aussi à la page 28 "Profil du partenariat".

Il est prévu qu'un échantillon mondial d'une trentaine d'écoles représentatives de différents contextes socio-économiques soit constitué.

Les critères pour figurer dans cet échantillon et bénéficier de tels contrats sont:

- une volonté politique déclarée pour conduire un changement fondamental de l'éducation médicale,
- l'existence de cadres motivés, disponibles et compétents pour conduire une action soutenue pour le changement,
- la mise à disposition de ressources propres, matérielles et techniques au sein de l'institution ou du pays,
- la capacité de mobiliser le cas échéant, des ressources additionnelles en dehors de l'institution du pays,
- le caractère de reproductibilité du projet de recherche/action pour la communauté internationale.

Un protocole de recherche/action comprendrait les indications nécessaires pour décider des activités à entreprendre, d'un calendrier de travail, de la gestion du projet et des résultats à en attendre, tandis que le pays ou l'école exercerait un contrôle sur l'exécution du contrat. Cependant, le recours à des consultants en planification et évaluation est envisageable.

A tous les niveaux de sa structure, l'Organisation mondiale de la Santé pourrait participer à la coordination de la mise en oeuvre des stratégies.

Organismes de soutien et de financement

Un soutien international est essentiel au succès d'une initiative mondiale en faveur de la réforme de l'éducation médicale.

Le concours d'organismes de soutien et de financement doit être recherché. Ceux-ci pourront décider d'apporter leur contribution à telle ou telle partie du Programme d'Action suivant les spécificités de leur mission.

L'Organisation mondiale de la Santé, comprenant le Siège de l'OMS, les Bureaux Régionaux de l'OMS, les centres collaborateurs de l'OMS et les organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OMS, fait appel à la collaboration de programmes nationaux d'assistance bilatérale, d'organisations non gouvernementales, d'organisations et associations internationales, de fondations, d'institutions nationales, de groupes d'experts et d'individus pour lancer, mettre en oeuvre et suivre les activités du programme d'action pour changer l'éducation médicale, conformément à son mandat, qui est d'élever au niveau le plus élevé possible la santé de chaque individu et de chaque communauté.

*

Pour toute information, veuillez vous adresser au :

Dr Charles Boelen
Médecin Chef
Développement par l'Éducation des Ressources humaines pour la Santé
Division du Développement des Ressources humaines pour la Santé.
Organisation mondiale de la Santé
Avenue Appia
1211 Genève 27, Suisse

Tel : (022) 791.25.10 Télégramme : UNISANTE GBNEVE
Télex : 415 416 Fax : 791.07.46.

ANNEXE

PLAN PROVISOIRE D'INTERVENTION

pour

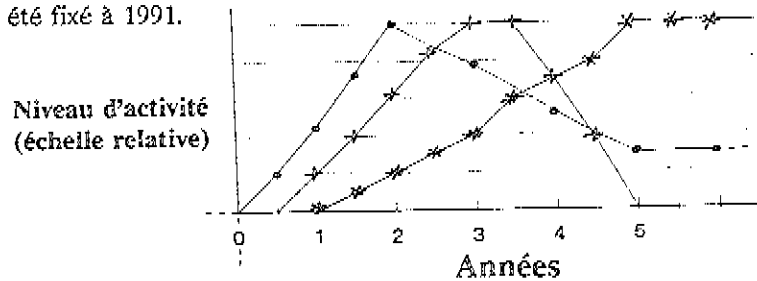
CHANGER L'EDUCATION MEDICALE

- | | | |
|----|--------------------------|-------|
| 1. | Projections sur cinq ans | p. 26 |
| 2. | Prévisions budgétaires | p. 27 |
| 3. | Profil de partenariat | p. 28 |

Projections sur cinq ans

Le Programme d'Action s'étale sur une période de cinq ans au cours de laquelle seront fournis des efforts intensifs dans les domaines de la promotion, de la méthodologie et de la recherche/action.

L'année un a été fixé à 1991.



—○— : Promotion —□— : Méthodologie —*— : Recherche/action

Les activités suivantes sont notamment prévues :

PROMOTION :

- sensibilisation et information au sein de fora internationaux;
- production et diffusion de documents sur le "Programme d'Action" : brochures, vidéos, affiches, etc.;
- publication de rapports de situation;
- collecte de fonds;
- contrats avec des centres collaborateurs de l'OMS, des ONG et des groupes spécialisés.

METHODOLOGIE :

- conception, expérimentation et validation d'instruments de mesure pour évaluer la qualité de l'éducation médicale;
- conception de protocoles pour la mise en oeuvre des stratégies de changement;
- publication de documents méthodologiques, d'études de cas, d'articles et de rapports de situation;
- conception, expérimentation et création d'un système de surveillance du changement dans l'éducation médicale.

RECHERCHE/ACTION :

- contrats avec un échantillon de pays/institutions expérimentant des stratégies de changement;
- appui technique aux pays/institutions mettant en oeuvre des stratégies;
- réunions d'experts pour faire le point sur les problèmes rencontrés dans la mise en oeuvre des stratégies, évaluer les progrès accomplis et donner des avis sur les mesures correctives à prendre.

PREVISIONS BUDGETAIRES

Les prévisions suivantes qui concernent les activités de promotion, de méthodologie et de recherche/action (voir la page 26 des projections sur cinq ans) et des réunions internationales ont été établies sur la base de données en notre possession en décembre 1990.

PROMOTION

On estime à un montant de US \$100 000 le budget nécessaire pour l'exécution des activités figurant sous cette rubrique.

METHODOLOGIE

On estime qu'un montant de US \$150.000 sera nécessaire au cours de la période 1992-1995 pour les services contractuels et les publications.

RECHERCHE/ACTION

Le "Programme d'Action" devrait permettre d'appuyer des projets dans une trentaine d'écoles de médecine réparties dans le monde, en partenariat avec les bureaux régionaux de l'OMS, à raison d'US \$100 000 (dollars américains) par école, pendant la période 1992-1995, comme gage de soutien à l'effort d'expérimentation d'une stratégie de changement.

Chaque projet couvrirait une période de quatre à cinq ans, suivi compris.

Le total des crédits nécessaires pour les activités de recherche/action se monterait à US \$3 000 000, ces fonds étant avant tout utilisés à des fins de planification et d'évaluation.

REUNIONS INTERNATIONALES

Il est prévu d'organiser, au cours de la période 1991-1995, plusieurs réunions internationales en collaboration avec les bureaux régionaux et des centres collaborateurs de l'OMS. On estime à US \$250 000 le montant nécessaire à cette fin.

TOTAL

Le total du budget proposé pour le "Programme d'Action" se monte à US \$3 500 000.

PROFIL DE PARTENARIAT

Le but du tableau ci-après est de recueillir des renseignements sur les engagements des partenaires intéressés de collaborer à la conception et à la mise en oeuvre des projets prévus par le "Programme d'Action", ou encore de les parrainer ou de leur apporter un appui financier.

PROJET	CONCEPTION	MISE EN OEUVRE	PARRAINAGES (*)
1. Normes et instruments de mesure pour déterminer la qualité de l'éducation médicale			
11. Revue de la littérature			
12. Indicateurs de qualité de l'éducation médicale et instruments de mesure			
13. Mise à l'essai des instruments de mesure			
14. Autres			
2. Promotion du Programme d'Action			
21. Production de documents imprimés et audiovisuels (brochures, affiches, vidéos)			
22. Collecte de fonds			
23. Autres			
3. Stratégies de changement			
31. Conception de protocoles pour la mise en oeuvre des stratégies			
32. Choix des stratégies			
33. Protocole spécifique appliqué à chaque stratégie			
330. Optimisation des ressources humaines pour la santé			
331. Recherche d'un consensus national			
332. Initiative de l'université			
333. Perspective communautaire			
334. Prise en charge d'un problème majeur de santé publique			
335. Pédagogie de résolution de problèmes			
336. Recours à l'informatique et aux techniques de communication			
337. Formation médicale continue			
338. Création d'une filière expérimentale			
339. Autres			

(*) y compris financier

PROJET	CONCEPTION	MISE EN OEUVRE	PARRAINAGE (*)
4. Recherche/Action dans une trentaine d'écoles de médecine/pays			
41. Conditions à remplir pour bénéficier du statut de projets de recherche/action			
42. Appui technique aux écoles de médecine/pays exécutant des projets de recherche/action			
43. Autres			
5. Publications			
51. Stratégies de changement de l'éducation médicale			
52. Publications de nature méthodologique (voir stratégies spécifiques)			
53. Etudes de cas			
54. Rapports de situation			
55. Autres			
6. Réunions/Rencontres			
61. Pour présenter le Programme d'Action			
62. Pour coordonner l'action des partenaires			
63. Groupe d'étude de l'OMS sur la pédagogie de résolution de problèmes (1992)			
64. Pour faire le point de la situation et préciser les orientations futures			
65. Autres			
7. Surveillance du changement			
71. Pour établir une banque de données (voir aussi le No. 54)			
72. Pour établir des réseaux			
73.			

Bureaux Régionaux de l'OMS

- Afrique :** Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, B.P. 6, Brazzaville, Congo.
Télégramme : UNISANTE BRAZZAVILLE. Téléex : 5217. Fax : 242 83 18 79. Tél. 242 83 38 60.
- Amériques :** WHO Regional Office for the Americas - Pan American Sanitary Bureau, 525, 23rd street, N.W., Washington, D.C. 20037, USA.
Telegram OPSANPAN WASHINGTON. Téléex: 248338. Fax: 1 202 223 5971.
- Méditerranée orientale :** Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de la Méditerranée orientale, B.P. 1517, Alexandrie 21511, Egypte.
Télégramme : UNISANTE ALEXANDRIA. Téléex : 54028. Fax : 20 3 483 8916. Tél. 20 3 482 0223.
- Europe :** Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe, 8, Scherfigsvej, DK-2100 Kobenhavn 0, Danemark.
Télégramme : UNISANTE COPENHAGEN. Téléex : 15438. Fax : 45 31 18 11 20. Tél. 45 31 29 01 11.
- Asie du Sud-Est :** WHO Regional Office for South-East Asia, World Health House, Indraprastha Estate, Mahatma Gandhi Road, New Delhi-110002, Inde.
Telegram: WHO NEW DELHI. Téléex: 3165095. Fax 91 11 331 8607. Tél. 91 11 331 7804.
- Pacifique occidental :** WHO Regional Office for the Western Pacific, P.O. Box 2932, Manila 1099, Philippines.
Telegram: UNISANTE MANILA. Téléex 27652. Fax 63 2 521 1036. Tel. 63 2 521 8421.

Centres collaborateurs de l'OMS dans le domaine de l'Éducation médicale

- WHO Collaborating Centre for Integrated Health Service Training and Development. Center for Health Sciences, Ben Gurion University of the Negev, P.O. Box 2053, Beersheva, Israel.
- WHO Collaborating Centre for Human Resources Development, Faculty of Health Sciences, McMaster University, 1200 Main Street West, Hamilton, Ontario L8N 3Z5, Canada.
- WHO Collaborating Centre for Health Manpower Development, Faculty of Medicine, University of Limburg, P.O. Box 616, 6200MD Maastricht, The Netherlands.
- WHO Collaborating Centre for Research in Health Manpower Development, Faculty of Health Sciences, University of Ilorin, P.O. Box 1515, Ilorin, Nigeria.
- WHO Collaborating Centre for Medical Education, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand.
- WHO Collaborating Centre for Dissemination of Community-Oriented, Problem-Based, Medical Education, School of Medicine, University of New Mexico, Box 517, Albuquerque, New Mexico 87131, USA.
- WHO Collaborating Centre for Health Manpower Development, Faculty of Medicine, Suez Canal University, Ismailia, Egypt.
- Centre collaborateur de l'OMS pour les personnels de santé, Département de pédagogie des sciences de la santé, Université Paris-Nord, 74 rue Marcel Cachin, 93012 Bobigny, France.

ONG en relations officielles avec l'OMS dans le domaine de l'Éducation médicale

- Network of Community-Oriented Educational Institutions for Health Sciences.
University of Limburg, P.O. Box 616, 6200MD Maastricht, The Netherlands.
- World Federation for Medical Education
Central Office, International Medical Education, University of Edinburgh,
Teviot Place, Edinburgh EH8 9AG, Scotland, United Kingdom,
et ces six associations régionales pour l'Afrique, les Amériques, la Méditerranée orientale, l'Europe, l'Asie du Sud-Est et le Pacifique occidental.
- International Federation of Medical Students' Associations,
Verlengde Groenenstraat 19, NL-6525 EG Nijmegen, Pays-Bas.
- World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA).
70, Jolimont Street, Jolimont, VIC 3002, Australie.
- Conférence internationale des Doyens des Facultés de Médecine d'Expression Française,
2 bis, Boulevard Tonnelé, B.P. 3223, 37032 Tours Cedex, France.