



Examen de l'enseignement médical dans la Région de la Méditerranée orientale : enjeux, priorités et cadre d'action

Résumé d'orientation

1. Le renforcement des systèmes de santé pour la couverture sanitaire universelle est l'une des cinq priorités stratégiques approuvées par le Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale pour les activités de l'OMS avec les États Membres dans la Région de la Méditerranée orientale 2012-2016. Le développement des ressources humaines constitue l'élément central de tout système de santé et dispenser un enseignement médical de qualité est essentiel pour permettre aux futurs médecins d'assumer différents rôles, en tant que dispensateurs de services, universitaires, chercheurs, administrateurs, dirigeants et bâtisseurs du système de santé. Le nombre de médecins et la densité de médecins par habitants ont augmenté de manière significative dans la majorité des pays de la Région entre 1990 et 2013. Par ailleurs, on a assisté à une augmentation rapide, en particulier depuis 1990, du nombre de facultés de médecine, tandis que le nombre d'écoles de médecine privées a doublé depuis 2000. Le défi principal a été de garantir la qualité de l'enseignement médical.
2. L'OMS a effectué un examen détaillé de la situation concernant l'enseignement médical de premier cycle universitaire dans le but d'identifier les enjeux auxquels est confronté l'enseignement médical dans la Région, d'identifier les priorités et d'élaborer un cadre d'action. Sur les 297 facultés de médecine contactées, 157 (53 %) ont répondu à une enquête, y compris au moins 20 % des facultés de médecine de chaque pays. Près de 75 % des personnes interrogées étaient des doyens ou des directeurs de département. L'enquête a été accompagnée d'un examen approfondi de la littérature et d'entretiens avec les principaux informateurs.
3. Les résultats de l'examen ont indiqué que plus de la moitié des facultés de médecine sont enregistrées auprès du ministère de l'Enseignement supérieur et le reste auprès du ministère de la Santé ou du conseil médical. Plus de 70 % des facultés sont financées par le secteur public et 60 % font l'objet d'une forme quelconque d'accréditation. De grands défis ayant trait à la gouvernance ont été identifiés dans les domaines suivants : réglementation, évaluation des besoins, accréditation, responsabilité sociale, répartition des facultés de médecine et migration des diplômés. De nombreuses facultés de médecine proposent plusieurs programmes d'études et la plupart d'entre elles proposent des programmes d'études traditionnels et fondés sur des disciplines, ou intégrés et fondés sur un système. Les principaux défis ont été identifiés au niveau de la méthodologie d'enseignement, de l'élaboration du programme d'études et de sa pertinence. Concernant l'évaluation des étudiants et du programme, la plupart des facultés de médecine n'étaient pas en mesure de fournir un document écrit stipulant les règles en vigueur en matière d'évaluation des étudiants et continuent de se baser sur la méthode visant à tester la mémoire des étudiants plutôt que de tester les fonctions cognitives telles que l'intégration et l'application des connaissances, la résolution de problèmes et la réflexion critique. Les principaux défis concernent les méthodes, la formation et la qualité. Les principaux critères de promotion du corps professoral sont les années d'expérience pratique, les activités de recherche et les publications. Plus de 65 % des facultés de médecine ont indiqué qu'un programme de développement du corps professoral était inexistant ou très peu développé. Dans le domaine du recrutement et du développement du corps enseignant, les principaux défis sont les suivants : disponibilité ; ratio étudiants-professeurs, critères de recrutement et activités de développement. Dans la plupart des pays, les facultés de médecine ne sont pas suffisamment bien équipées pour offrir un environnement favorable et des ressources d'apprentissage, et les principaux défis concernent la disponibilité de ressources éducatives pour soutenir un enseignement centré sur l'étudiant et une formation en compétences cliniques.

4. La formation médicale est l'effort de toute une vie et comprend un continuum d'études supérieures (premier, deuxième et troisième cycles universitaire) et de formation continue. Le présent document porte essentiellement sur l'enseignement médical de premier cycle mais souligne également l'importance de l'enseignement médical de troisième cycle et la formation médicale continue, qui font également l'objet d'une étude par l'OMS dans la Région. Le cadre d'action proposé identifie les priorités stratégiques et présente les actions à court et à long terme pour les pays et pour le soutien de l'OMS sur la voie d'une réforme de l'enseignement médical. Les pays sont encouragés à agir d'urgence par les moyens suivants : mise en place d'un comité d'orientation réunissant plusieurs parties prenantes pour guider la réforme de l'enseignement médical dans le pays ; création ou renforcement de départements de l'enseignement médical au sein des facultés de médecine ; élaboration et mise en œuvre de programmes de leadership à l'intention des doyens de facultés de médecine ; examen de la situation actuelle concernant l'accréditation des facultés de médecine et renforcement des organes d'accréditation nationaux indépendants ; et élaboration de plans d'action nationaux fondés sur le cadre d'action régional. Le Comité régional est invité à examiner les éléments de preuve présentés permettant de justifier une réforme et à approuver le cadre d'action régional en vue de renforcer l'enseignement médical de premier cycle dans la Région.

1. Introduction

5. Le renforcement des systèmes de santé pour la couverture sanitaire universelle est l'une des cinq priorités stratégiques approuvées par le Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale pour les activités de l'OMS avec les États Membres dans la Région de la Méditerranée orientale 2012-2016 (1). Le développement de personnels de santé équilibrés, motivés, correctement gérés et répartis et possédant une palette de compétences appropriées figure parmi les sept priorités identifiées par les États Membres pour le renforcement des systèmes de santé (2). La production de professionnels de la santé, en particulier les médecins, au nombre nécessaire et répondant aux normes de qualité requises est essentiel pour tout système de santé performant. Les médecins assument plusieurs rôles en tant que dispensateurs de services, universitaires, chercheurs, administrateurs, dirigeants et bâtisseurs du système de santé.

6. L'OMS a une longue expérience de l'investissement dans le développement des ressources humaines dans la Région, y compris l'enseignement médical, et a fourni un appui significatif dans ce domaine. Dans les années 1950 et 1960, l'Organisation a appuyé la mise en place de départements de la santé publique dans les facultés de médecine. Ces départements ont facilité l'introduction de changements dans la manière d'enseigner et de pratiquer la médecine en rendant l'enseignement médical plus adapté aux besoins sanitaires de la communauté. À la fin des années 1970 et au début des années 1980, l'OMS a apporté un soutien aux pays pour la mise en place de centres de développement pédagogique dans les facultés de médecine. Celles-ci ont joué un rôle important dans l'élaboration des programmes d'études et l'amélioration des compétences du corps professoral. Ces vingt dernières années, la collaboration avec les États Membres a évolué vers d'autres priorités mais il est devenu manifeste que l'enseignement médical ne parvenait pas toujours à rester en phase avec les développements rapides survenant dans l'ensemble de la Région.

7. En 2006, sept pays de la Région ont été classés comme pays en crise pour ce qui est des ressources humaines pour la santé (3). Néanmoins, l'ensemble des trois groupes de pays de la Région sont confrontés à des défis considérables, mais ont également des opportunités à saisir, en matière d'enseignement médical¹ sur le plan de la gouvernance, de l'entrée en fonctions, de la phase active et de la cessation des fonctions :

Gouvernance : absence de stratégies nationales pour les personnels de santé ; coordination insuffisante entre plusieurs parties prenantes ; capacités réglementaires et gestionnaires insuffisantes ; gestion inadéquate de la formation des professionnels de la santé.

¹ Les pays de la Région sont répartis en trois groupes selon les résultats en matière de santé dans la population, les performances du système de santé et le niveau des dépenses de santé. Groupe 1 : Arabie saoudite, Bahreïn, Émirats arabes unis, Koweït, Oman et Qatar. Groupe 2 : Égypte, République islamique d'Iran, Jordanie, Liban, Libye, Maroc, Palestine, République arabe syrienne et Tunisie. Groupe 3 : Afghanistan, Djibouti, Pakistan, Somalie, Soudan et Yémen.

Entrée en fonctions : production inégale et inappropriée d'agents de santé ; contraintes au niveau du recrutement sous la forme de sous-emploi et de chômage ; et haute dépendance au personnel expatrié avec des disparités en termes de conditions d'emploi (groupe 1).

Personnels actifs : pénurie générale de médecins, de personnels infirmiers, de sages-femmes et de personnel paramédical ; déséquilibre géographique de l'ensemble des cadres ; faible fidélisation dans les zones rurales ; réglementation faible pour les médecins, personnels infirmiers, sages-femmes et personnel paramédical ; et faible performance et motivation des agents de santé.

Cessation des fonctions : gestion inappropriée des migrations des personnels malgré la pénurie d'agents de santé dans les pays fournisseurs ; forte rotation d'agents expatriés dans les pays receveurs et manque de coordination régionale en matière de mobilité des agents de santé ; et dans certains pays, vieillissement des personnels de santé et absence d'une stratégie de renouvellement des personnels.

Tableau 1. Densité des médecins dans la Région de la Méditerranée orientale (pour 1000 habitants 1990–2013)

Groupe de pays	1990	2013
Groupe 1	10,8–19,0	19,5–34,5
Groupe 2	2,2–6,8	6,1–24,5
Groupe 3	1,4–2,5	0,3–3,7

8. Le nombre de médecins et la densité des médecins ont considérablement augmenté dans la Région entre 1990 et 2013, à l'exception des pays du groupe 3 (Tableau 1), grâce à l'augmentation constante du nombre de facultés de médecine. Au cours des 60 dernières années, on a assisté à une multiplication par 17 des facultés de médecine, passant de 18 en 1950 à 300 aujourd'hui, la majorité de ces facultés ayant ouvert après 1980 (4).

9. Parmi les grands défis qui ont influé sur l'enseignement médical dans la Région on compte l'évolution de la charge de la maladie, la privatisation en augmentation rapide des soins de santé, les attentes accrues des patients et des communautés, l'instabilité politique et les conflits. La plupart des facultés continuent d'utiliser des approches traditionnelles dont les caractéristiques sont les suivantes : des programmes d'études centrés sur l'enseignant, fondés sur la discipline et non intégrés qui sont axés sur les connaissances factuelles et la mémoire plutôt que sur la réflexion critique et le raisonnement clinique. La formation clinique est principalement effectuée dans des hôpitaux tertiaires avec une exposition moindre à la communauté et aux structures de soins de santé primaires. Par ailleurs, de nombreux pays ne disposent pas de programmes d'accréditation ou de système d'assurance qualité fiables.

10. Compte tenu de cette situation, ces deux dernières années, l'OMS a entrepris un examen complet de la situation concernant l'enseignement médical de premier cycle. L'objectif de l'examen était d'identifier les difficultés rencontrées par l'enseignement médical dans la Région, d'identifier les priorités et d'élaborer un cadre d'action. Le présent document fait la synthèse des résultats de l'examen et propose un cadre d'action. La formation médicale est l'effort de toute une vie et comprend un continuum d'études supérieures (premier, deuxième et troisième cycles universitaires) et de formation continue. Le présent document porte essentiellement sur l'enseignement médical de premier cycle mais souligne également l'importance de l'enseignement médical de troisième cycle et la formation médicale continue, qui font également l'objet d'une étude par l'OMS dans la Région.

11. Le Comité régional est invité à examiner les éléments de preuve présentés permettant de justifier une réforme et à approuver le cadre d'action régional en vue de renforcer l'enseignement médical de premier cycle dans la Région.

2. Examen de l'enseignement médical de premier cycle universitaire

2.1 Objectifs de l'examen

12. En 2014, l'OMS a lancé l'Étude sur l'enseignement médical dans la Région de la Méditerranée orientale qui visait à élaborer des stratégies éclairées par des données probantes en vue de la réforme de l'enseignement médical dans la Région, de la même manière que l'a réalisé l'enquête mondiale sur les facultés de médecine en 1998-2001 (5). Les objectifs spécifiques de l'étude étaient les suivants :

- cartographier les facultés de médecine en termes de nombre de facultés, de leur répartition, de nombre d'inscrits et de diplômés par an, de répartition par sexe, de programmes de formation et d'appropriation ;
- passer en revue les différentes composantes des programmes d'études médicales adoptées par les institutions médicales ;
- identifier les produits et les réalisations de l'enseignement médical en termes de qualité des diplômés ;
- identifier les défis et les priorités de l'enseignement médical et recommander des solutions pour les aborder.

Tableau 2. Enquête sur l'enseignement médical dans la Région de la Méditerranée orientale : taux de réponse des facultés de médecine

Pays	Nombre de facultés de médecine contactées	Nombre de facultés de médecine ayant répondu	Taux de réponse (%)
Groupe 1	46	33	71,7
Groupe 2	119	64	53,8
Groupe 3	132	60	45,5
Total	297	157	52,9

2.2 Approches et méthodes

13. Un cadre analytique décrivant la manière dont les différentes variables contextuelles et de système influent sur les politiques et la qualité de l'enseignement médical a été utilisé comme point de départ de l'élaboration d'instruments d'enquête (6). L'étude a utilisé plusieurs méthodes de collecte des données. La recherche documentaire a permis d'identifier des articles publiés en ligne et dans des revues régionales non indexées. Les données sur l'enseignement médical ont été collectées par le biais d'un questionnaire en ligne exhaustif couvrant des aspects liés à la gouvernance, à la responsabilisation sociale, à l'élaboration des programmes d'études, à la sélection et à l'évaluation des étudiants, à l'évaluation des programmes, à l'accréditation et aux ressources pédagogiques. Enfin, des entretiens approfondis avec les principaux informateurs ont permis d'obtenir des informations qualitatives supplémentaires.

14. On estime qu'il existe actuellement dans la Région plus de 750 institutions dédiées aux professions de la santé dont plus de 300 sont des départements, des facultés ou des écoles de médecine (7). Sur les 297 facultés de médecine contactées, un total de 157 (53 %) a répondu au questionnaire en ligne (Tableau 2). Au moins 20 % des facultés de médecine de chacun des 22 pays de la Région ont répondu à la demande. Dix pays avaient un taux de réponse de 100 %. Près de 75 % des répondants étaient soit des doyens (52 %), soit des chefs de département (22 %).

2.3 Synthèse des principales constatations

15. Les principales constatations de l'étude sont présentées dans le cadre des six grands domaines suivants relatifs à l'enseignement médical de premier cycle : a) aperçu des facultés de médecine ; b) gouvernance, responsabilité sociale et accréditation ; c) élaboration des programmes d'études ; d) sélection et évaluation des étudiants, évaluation des programmes ; e) recrutement, développement et évaluation du corps professoral ; et f) environnement favorable et ressources d'apprentissage.

a) Facultés de médecine : aperçu de la situation

16. Ces 60 dernières années, et plus particulièrement depuis les années 1990, on a assisté à une augmentation constante du nombre de nouvelles facultés de médecine dans l'ensemble des trois groupes de pays. Le nombre d'écoles de médecine privées a doublé depuis 2000 (Figure 1).

17. Plus de la moitié des facultés de médecine décernent des diplômes de premier cycle en médecine et en chirurgie (en effet, plus de 55 % décernent un *Bachelor of Medicine*, *Bachelor of Surgery* et 16 % décernent un *Medicinae Baccalaureus*, *Baccalaureus Chirurgiae*) et 29 % d'entre elles décernent un diplôme de Docteur en médecine. La durée moyenne du programme d'études proposé est de $6,2 \pm 1,0$ années. La durée moyenne de la phase préparatoire est de $1,0 \pm 0,7$ année, celle des études précliniques est de $2,3 \pm 0,7$ années, celle des études cliniques est de $2,5 \pm 0,6$ années, et celle de l'internat est de $1,0 \pm 0,4$ année.

b) Gouvernance, responsabilité sociale et accréditation des facultés de médecine

18. Plus de 50 % des facultés de médecine sont enregistrées auprès du ministère de l'Enseignement supérieur, 33 % auprès du ministère de la Santé et le reste auprès du conseil médical. L'octroi de licence aux nouvelles facultés de médecine n'est pas fondé sur une évaluation des besoins et nécessite une réglementation plus rigoureuse. Le secteur de la santé publique continue de jouer un rôle majeur dans le financement de l'enseignement médical dans la Région. Plus de 70 % des facultés de médecine reçoivent un soutien financier de la part du secteur public.

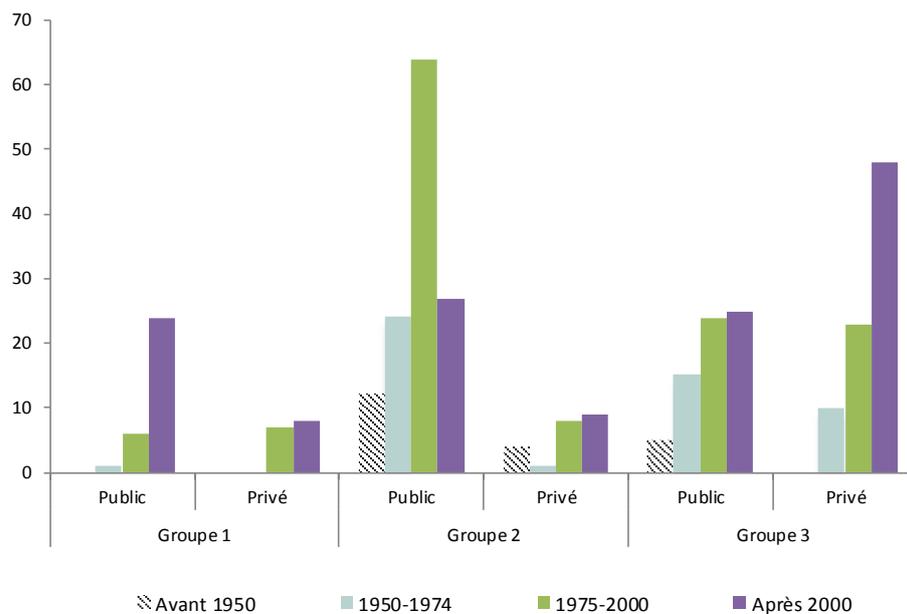


Figure 1. Augmentation du nombre d'écoles de médecine publiques et privées dans la Région de la Méditerranée orientale 1950-2014

19. Ces dix dernières années, plusieurs facultés de médecine des pays des groupes 2 et 3 ont augmenté le nombre annuel de nouveaux étudiants qui, en moyenne (\pm E.T.), est de 303 (\pm 311) et 241 (\pm 267) respectivement. Le nombre de diplômés est nettement plus important dans les pays du groupe 2 que ceux du groupe 3. En moyenne, il y a 100 étudiantes de plus que d'étudiants dans chacune des facultés de médecine de la Région (Tableau 3) et la différence est plus marquée dans les pays du groupe 3. L'entrée dans la vie active d'un plus grand nombre de diplômées est une tendance positive car les gouvernements cherchent à atteindre les groupes de populations vulnérables et les communautés mal desservies ; toutefois les responsables de l'élaboration des politiques devront considérer les conditions de travail et de sécurité dans les zones rurales et reculées.

20. La mesure de la responsabilité sociale des facultés de médecine n'a pas révélé de différences majeures dans les trois groupes de pays (Tableau 4). Les énoncés de mission, élaborées par les facultés de médecine pour exprimer leur engagement à produire des médecins diplômés répondant aux besoins de la communauté, ne reflètent pas les pratiques réelles que l'on observe dans ces facultés. Des efforts importants sont actuellement déployés dans la Région pour faire progresser la responsabilité sociale².

21. Près de 60 % des facultés de médecine ont indiqué avoir une forme quelconque d'accréditation, octroyée par un organisme d'accréditation national ou international. Les principaux domaines pour lesquelles l'accréditation a eu une influence positive sont les suivants : l'élaboration du programme d'études (73 %), le développement du corps professoral (77 %), le travail d'équipe (51 %), une meilleure reconnaissance de la faculté (67 %) et un bénéfice financier (23 %).

Tableau 3. Nombre annuel de nouveaux étudiants, production et répartition par sexe des diplômés en médecine

Groupes de pays	Nombre annuel de nouveaux étudiants (2014)	Nombre moyen de diplômés (2013)	Étudiants	Étudiantes
Groupe 1	157 \pm 162	75 \pm 30	386 \pm 314	370 \pm 259
Groupe 2	303 \pm 311	277 \pm 122	739 \pm 828	796 \pm 889
Groupe 3	241 \pm 267	102 \pm 123	368 \pm 275	568 \pm 777
Tous les pays	247 \pm 280	151 \pm 142	519 \pm 595	617 \pm 768

Tableau 4. Niveau de conformité avec les mesures de responsabilité sociale indiquées par les facultés de médecine

Groupes de pays	Communautés autour des facultés de médecine, ayant fait l'objet d'une enquête, et retour d'informations fourni sur la responsabilité sociale	Vision et mission inspirées du concept de responsabilité sociale	Engagement à collaborer en partenariat étroit avec d'autres parties prenantes du secteur de la santé	Les facultés de médecine recrutent et soutiennent les étudiants en médecine qui reflètent la diversité sociale
Groupe 1	2,5	3,4	3,5	3,5
Groupe 2	2,9	3,3	3,4	3,2
Groupe 3	2,5	3,0	3,2	3,1

(Échelle de Likert en cinq points : 1 = niveau de conformité le plus faible et 5 = niveau de conformité le plus élevé)

² Il s'agit par exemple du Groupe sur la responsabilité sociale de l'Association de l'enseignement médical dans la Région de la Méditerranée orientale.

Principaux défis

- La réglementation relative à l'ouverture de nouvelles facultés de médecine est insuffisante et on note une absence de lignes directrices complètes fondées sur une évaluation des besoins.
- La privatisation de l'enseignement médical dans la plupart des pays est rapide et ne fait l'objet d'aucune réglementation.
- Les organismes indépendants d'accréditation font défaut dans de nombreux pays et 40 % des facultés de médecine ne sont pas accréditées.
- Le concept de responsabilité sociale ne figure pas dans les énoncés de mission et les responsables en matière d'éducation manquent de connaissances à ce sujet.
- Il existe des variations sensibles dans la répartition des facultés de médecine entre les pays et en leur sein.
- Les migrations de médecins des pays des groupes 2 et 3 vers les pays du groupes 1 et les pays en dehors de la Région sont élevées.

c) Élaboration des programmes d'études

22. Plus de 200 réponses provenant de près de 150 facultés de médecine indiquaient que beaucoup d'entre elles proposaient plus d'un parcours d'études. Sur celle-ci, 26 % des facultés de médecine proposent un programme d'études traditionnel fondé sur les disciplines, 28 % proposent un programme d'études intégré fondé sur un système et 15 % proposent un programme d'études centré sur la résolution de problèmes, axé sur les communautés et hybride. Sur la base des six éléments du modèle d'examen des programmes d'études bien reconnu intitulé « SPICES » (8), la plupart des facultés de médecine ont obtenu un score moyen sur l'échelle en dix points (Tableau 5). Tous les pays ont obtenu un score faible pour ce qui est de la disponibilité de cours optionnels dans les programmes d'études des facultés de médecine. Les écoles de médecine privées ont indiqué des scores plus élevés pour les six éléments que les facultés de médecine publiques.

23. D'autres matières, désormais largement acceptées comme essentielles à un professionnel de santé entièrement compétent dans le domaine de l'enseignement médical, tels que le développement du leadership, l'éthique médicale, les compétences en communication, la médecine factuelle et la sécurité des patients, n'étaient pas suffisamment couvertes dans les programmes d'études. Soixante pour cent (60 %) des facultés de médecine ont indiqué procéder à une révision de leurs programmes d'études tous les cinq ans, en comparaison avec les 40 % qui révisent leurs programmes à intervalles réguliers ou ne procèdent à aucune révision.

Tableau 5. Intégration du modèle SPICES aux programmes d'études des facultés de médecine (n=116)

Groupe de pays	Centré sur l'étudiant ou centré sur le professeur	Fondé sur la résolution de problèmes ou fondé sur les sujets	Intégré ou fondés sur les disciplines	À base communautaire ou axé sur l'hôpital	Cours facultatifs ou programme standard	Systématique ou opportuniste
Groupe 1 (n=23)	6,9	6,7	8,0	5,0	4,1	6,3
Groupe 2 (n=44)	4,4	4,6	4,8	4,9	3,8	4,8
Groupe 3 (n=49)	5,5	5,2	5,5	5,5	3,9	5,6
Tous les pays	5,4	5,3	5,8	5,1	4,0	5,5

Échelle en dix points 10 : 1 = le plus faible and 10 = le plus élevé

24. Dans les pays des groupes 2 et 3, les facultés de médecine les plus anciennes continuent de suivre les approches les plus traditionnelles. Les principales raisons expliquant la persistance d'un apprentissage centré sur le professeur sont notamment les suivantes : une résistance du corps professoral, en particulier dans les sciences médicales ; et les ressources supplémentaires nécessaires pour construire des salles de travaux dirigés pour des petits groupes d'étudiants, pour un soutien aux bibliothèques et pour le recrutement de davantage de professeurs. Parmi les autres facteurs figurent également le risque d'échec perçu en cas d'adoption de nouvelles approches, la perception que le programme d'études existant confère des diplômes à des médecins considérés comme « sûrs » et le manque de hauts responsables dans le domaine de l'éducation.

Principaux défis

- De nombreuses facultés de médecine continuent d'adopter un programme d'études traditionnel caractérisé par une approche centrée sur le professeur, fondée sur les disciplines et axée sur l'hôpital.
- L'enseignement didactique est la méthode dominante d'enseignement et des méthodes novatrices telles que l'apprentissage fondé sur la résolution de problèmes, l'esprit d'équipe et à base communautaire ne sont pas correctement appliquées dans la plupart des facultés de médecine.
- Les énoncés de missions, lorsqu'ils existent, n'offrent pas d'orientations pour l'élaboration, la mise en œuvre et le développement des programmes d'études.
- Des matières telles que la médecine factuelle, l'éthique médicale, la méthodologie de recherche et la sécurité des patients ne sont pas suffisamment abordées.
- La révision et la mise à jour est irrégulière et on note une absence de participation des étudiants à l'élaboration des programmes d'études dans un grand nombre de facultés de médecine.

d) Évaluation des étudiants

25. Près de 85 % des facultés de médecine ont indiqué avoir une politique claire en matière d'évaluation des étudiants, toutefois, seules huit facultés en ont fourni la preuve écrite. L'évaluation était fortement alignée sur les compétences des diplômés dans 49 % des facultés de médecine, modérément dans 37 % et légèrement ou pas du tout dans 14 % d'entre elles. Le manque de politique d'évaluation écrite remet en cause l'existence d'objectifs d'apprentissage et de compétences clairement définis, les méthodes adoptées par les facultés pour évaluer les résultats ainsi que les procédures qui sont claires et transparentes pour les évaluateurs et les étudiants.

26. Plus de 90 % des facultés de médecine utilisent des questionnaires à choix multiples (QCM) avec la possibilité de choisir une seule réponse en tant que méthode de test écrit, dans les phases cliniques et précliniques. Néanmoins, les dissertations sont toujours utilisées par 40 % des facultés de médecine en tant qu'outil de test écrit et dans le domaine de l'évaluation clinique, des méthodes telles que l'évaluation des cas sont également largement utilisées. Il a été prouvé que ces méthodes d'évaluation des connaissances sont peu fiables. Dans l'ensemble, l'évaluation des connaissances des étudiants continue de reposer sur la mémoire plutôt que de tester les fonctions cognitives telles que l'intégration, l'application des connaissances, les compétences en matière de résolution de problèmes, et le raisonnement critique.

27. Plus de 70 % des facultés de médecine ont indiqué s'appuyer sur les notes des étudiants dans les différentes activités du programme d'études, notamment les cours et les sessions cliniques pour l'évaluation des programmes, alors que 75 % ont mentionné la participation du corps professoral à l'évaluation des programmes. L'évaluation extérieure des programmes n'est toujours pas entièrement développée ni appliquée.

Principaux défis

- Plusieurs écoles de médecine n'ont pas de politique d'évaluation des connaissances des étudiants qui soit bien alignée sur les objectifs d'apprentissage et les compétences des diplômés.
- Les méthodes à fiabilité et validité avérées, telles que les QCM vrai ou faux, les dissertations et les cas pour l'évaluation des compétences cliniques, sont utilisées par la majorité des facultés de médecine.
- Le corps professoral manque de formation en ce qui concerne les principes d'évaluation et la manière de rédiger des éléments d'évaluation de haute qualité; et par ailleurs plusieurs facultés de médecine n'ont pas de banques d'évaluation.
- On ne procède pas régulièrement à la vérification de la fiabilité, de la validité et de l'acceptabilité des évaluations des étudiants.

Tableau 6. Programme de promotion et de développement du corps professoral (n=126)

Critères de promotion		Développement	
Années d'expérience pratique	91 %	non disponible	10 %
Articles de recherche	95 %	Programme spécial	33 %
Expérience dans l'enseignement	83 %	Programme régulier mais faible	23 %
Services communautaires	53 %	Programme régulier	34 %
Soins des patients	33 %		

e) Corps professoral : recrutement, développement, évaluation et soutien

28. Les principaux critères utilisés pour la promotion et le développement du corps professoral sont illustrés dans le tableau 6. Parmi les principales matières couvertes dans le cadre des programmes de développement du corps professoral figurent l'évaluation des étudiants (88 %), les principes de l'enseignement et de l'apprentissage (83 %), l'enseignement des compétences cliniques (72 %) et l'élaboration des programmes d'études (71 %).

29. La plupart des programmes de développement du corps professoral sont ponctuels et ne sont pas fondés sur une évaluation des besoins. Il est par conséquent nécessaire de renforcer le leadership et la gestion en matière de développement pédagogique, de conception de programmes et de capacité du corps professoral à couvrir les compétences dans leur rôle en tant qu'éducateurs dans le domaine des sciences médicales. En effet, le corps professoral a de nombreux rôles en tant qu'enseignant, évaluateurs, mentors des étudiants, chargés de l'élaboration des programmes d'études, prestataires de services de santé, chercheurs et collaborateurs avec d'autres secteurs. Des programmes de développement du corps professoral solides sont absolument nécessaires.

30. Le ratio étudiants-professeurs est compris entre 8 et 30 par faculté pour les sciences fondamentales et entre 4 et 10 pour les sciences cliniques dans les pays du groupe 3. Il existe une grave pénurie de professeurs dans les départements des sciences médicales fondamentales due à une émigration à l'étranger, principalement des pays du groupe 3 vers les pays du groupe 1. La faible rémunération dans les pays sources dans les départements de sciences médicales fondamentales constitue un facteur important d'émigration. Le meilleur ratio observé dans les sciences cliniques peut être attribué au recrutement de professeurs à temps partiel, en plus du personnel à temps plein dans les hôpitaux d'enseignement. Le manque de formation des professeurs à temps partiel limite leur implication dans des domaines relatifs à l'élaboration des programmes d'études et à l'évaluation.

Principaux défis

- Il existe une grave pénurie de professeurs dans les pays du groupe 3, en particulier dans les sciences médicales fondamentales.
- Le recrutement de professeurs dépend des qualifications professionnelles et de résultats de recherche, et exclut des critères tels que les compétences pédagogiques, la gestion et les services communautaires.
- Le personnel à temps partiel n'est pas bien intégré aux activités pédagogiques et d'élaboration des programmes d'études.
- Les activités de développement du corps professoral ne sont pas menées de manière exhaustive et ne sont fondées ni sur une évaluation des besoins ni sur des domaines tels que le leadership en matière d'éducation.

f) Environnement favorable et ressources d'apprentissage

31. Des conditions d'apprentissage favorables ont un impact sur la réussite des étudiants et influe sur la nature et les raisons de l'apprentissage ainsi que le déroulement de celui-ci. L'analyse de l'environnement favorable et des ressources d'apprentissage indique que les facultés de médecine dans la plupart des pays sont mal équipées en termes d'infrastructures telles que des laboratoires de compétences, des centres de simulation clinique, des installations dédiées aux évaluations et des salles de travaux dirigés en petits groupes (Figure 2).

32. Quarante et un pour cent (41 %) des personnes ayant répondu à l'enquête ont indiqué qu'il n'existait pas d'hôpital universitaire distinct. On compte parmi les sites alternatifs de la formation clinique des centres de soins de santé primaires urbains (85 %) et des hôpitaux de district (65 %). Les zones rurales, les centres consacrés aux services familiaux et les structures communautaires n'étaient pas généralement utilisés à des fins de formation.

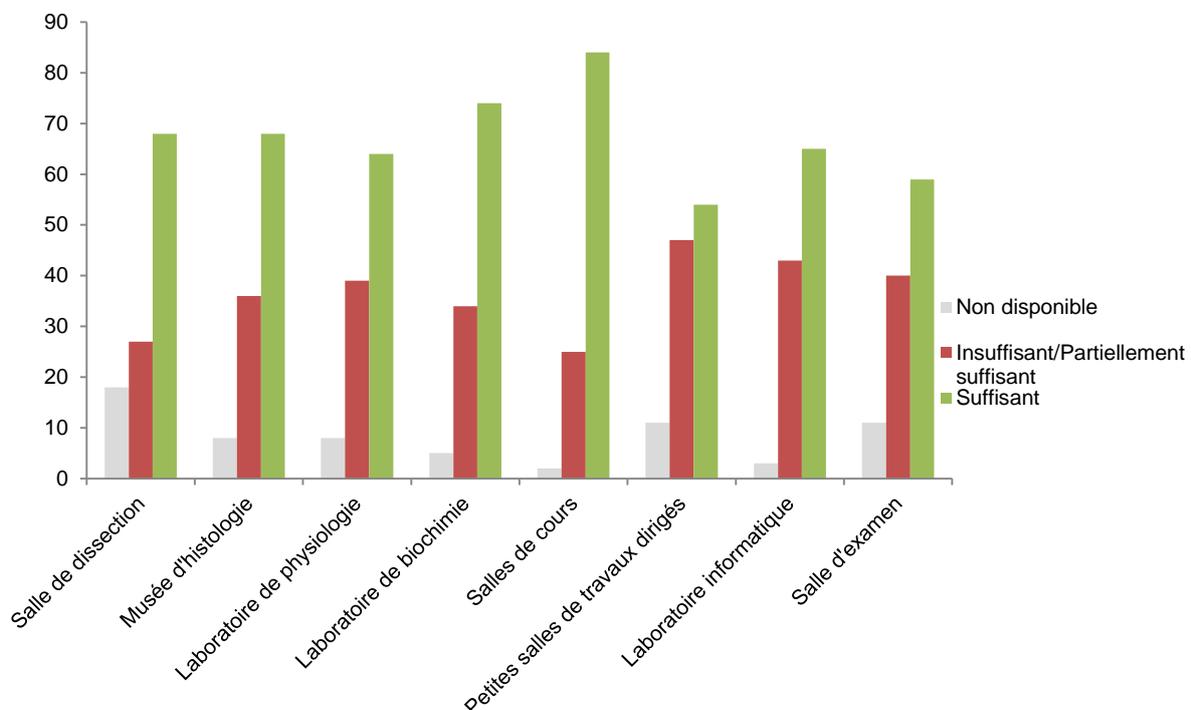


Fig. 2. Environnement favorable et ressources d'apprentissage standard et avancées (n=113)

33. Les installations qui encouragent l'apprentissage centré sur l'étudiant tel que les travaux dirigés en petits groupes sont largement insuffisantes en comparaison avec la disponibilité des ressources permettant de financer l'apprentissage didactique tel que les salles de cours. De nombreuses facultés de médecine, en particulier dans les pays du groupe 3, ne disposent pas de laboratoires de compétences et de centres de simulation.

34. Plusieurs facultés de médecine ont désormais créé des services ou des départements consacrés à l'enseignement médical. Néanmoins, la plupart n'emploient pas de professeurs de médecine à temps plein. Les unités sont limitées à la gestion des examens, à la planification des activités du programme d'étude et à l'organisation de programmes de développement à intervalles irréguliers. Des départements universitaires spécialisés dans le domaine de l'enseignement médical n'existent que dans peu de facultés de médecine. Les raisons expliquant le manque d'unités fonctionnant bien sont le manque de d'informations sur l'importance de celles-ci pour ce qui est d'enrichir le programme d'études et le processus pédagogique ainsi que le manque de ressources et de structures.

Principaux défis

Les ressources pédagogiques sont insuffisantes, en particulier les structures en appui à l'enseignement centré sur l'étudiant et à la formation en compétences cliniques.

Plusieurs facultés de médecine ne disposent pas d'hôpital universitaire distinct et l'accent mis sur la formation clinique est en baisse.

Des méthodes avancées d'enseignement et d'évaluation cliniques ne sont pas suffisamment disponibles et/ou utilisées par de nombreuses facultés de médecine.

La plupart des facultés de médecine n'utilisent pas de manière optimale les structures non-hospitalières, notamment les soins de santé primaires et les sites à base communautaire.

3. Formation médicale continue et enseignement médical de troisième cycle universitaire

35. Dans la plupart des pays de la Région, les médecins continuent d'exercer jusqu'à la retraite en ne participant à aucune activité de formation médicale continue (FMC). La FMC vise à améliorer la performance des professionnels de la santé et répond aux évolutions en matière de pratique médicale et aux attentes grandissantes des consommateurs et du public en matière de prestation de soins de santé (9). Neuf pays ont indiqué disposer d'organismes de réglementation de la FMC ; il s'agit de quatre pays du groupe 1, trois pays du groupe 2 et deux pays du groupe 3. Sur l'ensemble de ces organismes de réglementation, cinq sont affiliés au ministère de la Santé. Leurs rôles et fonctions sont les suivants : la promotion, l'élaboration de normes, l'accréditation ainsi que le suivi et l'évaluation des activités de FMC.

36. Six pays ont indiqué avoir en place des normes visant à garantir la qualité de la FMC proposée aux prestataires, leur fournir une accréditation et dialoguer avec les organismes internationaux d'accréditation ayant des points de vue plus proches. Trois pays ont indiqué utiliser le système de FMC pour la recertification et le renouvellement des autorisations d'exercer. Les critères actuellement utilisés pour une recertification sont les heures-crédits et l'intervalle de durée. Sept pays utilisent le système d'heures-crédits pour accorder une recertification, alors qu'un intervalle de 3 à 5 ans est requis pour un renouvellement d'une autorisation d'exercer. Entre 15 et 30 heures-crédits sont requises annuellement pour une recertification.

37. Les institutions affiliées auprès du ministère de la Santé, les universités et les associations de professionnels médicaux sont les principaux prestataires de FMC. Néanmoins, on compte également les institutions privées, les entreprises pharmaceutiques, les hôpitaux militaires et les associations internationales.

38. Les études médicales de troisième cycle universitaire comprennent une formation après le diplôme de médecine de base et il s'agit d'une formation professionnelle aboutissant à un poste de membre ou d'associé auprès des conseils nationaux, ou d'une formation universitaire aboutissant à un diplôme scientifique (diplômes de niveau bac+5 en sciences, en philosophie ; doctorat). La présente section est consacrée à la formation professionnelle. Seize pays ont déclaré s'être dotés d'un conseil national et dix pays ont indiqué avoir d'autres institutions offrant des programmes de troisième cycle. Tous les conseils nationaux sont impliqués dans la certification et la formation structurée.

39. L'ensemble des seize pays proposent des programmes d'études médicales de troisième cycle dans la plupart des spécialités générales et de nombreux pays proposent également des sous-spécialités avec de fortes variations d'un pays à l'autre, allant de 60 à 20 sous-spécialités. Plusieurs pays du groupe 3 rencontrent des difficultés pour engager les diplômés qualifiés, notamment le Soudan (33 %), le Pakistan (30 %), le Yémen (29 %) et la Somalie (5 %). La formation de troisième cycle en médecine familiale attire moins de 10 % des diplômés dans la plupart des pays des groupes 2 et 3, et entre 10 % et 50 % des diplômés des pays du groupe 1 (Tableau 7).

40. Le Conseil arabe des spécialités médicales (Arab Board for Medical Specializations) a été créé en 1978 en tant qu'initiative de l'OMS. Il a contribué à la production de diplômés de haute qualité en médecine, diplômant des spécialistes en tant que dispensateurs de soins de santé, formateurs et dirigeants ; et a permis d'encourager la création de programmes nationaux similaires. Avec la constitution de conseils nationaux, le Conseil arabe est désormais utilisé pour les certifications secondaires des diplômés souhaitant obtenir une double qualification. Cette situation a entraîné un chevauchement des ressources et nécessite un réexamen.

Tableau 7. Situation des départements de médecine familiale et des diplômés

Pays	Nombre de facultés de médecine disposant de départements de médecine familiale	Diplômés choisissant la médecine familiale (%)	Nombre de diplômés en médecine familiale par an
Groupe 1	1–22	10–50	10–120
Groupe 2	0 – 6	0–10	0–240
Groupe 3	0–7	1– 10	0–10

Principaux défis

Formation médicale continue

- Les responsables de l'élaboration des politiques et les professionnels n'ont pas conscience de l'importance des programmes de FMC qui sont menés de manière isolée, et la réglementation n'est pas liée à l'acquisition de compétences, à l'évolution des carrières et à la promotion, à la recertification et au renouvellement de l'autorisation d'exercer.
- Plusieurs pays ne disposent pas de normes pour les programmes ou l'accréditation des prestataires.

Enseignement médical de troisième cycle

- La demande pour certaines spécialités (par exemple la cardiologie, la chirurgie et la gynécologie etc.) n'est pas alignée sur les besoins des pays (à savoir la médecine familiale, la santé publique et la médecine d'urgence).
- L'accent est mis sur les processus des programmes d'étude pour effectuer les rotations attribuées, en suivant une approche opportuniste plutôt qu'une approche systématique pour l'acquisition de compétences et d'acquis d'apprentissage.
- L'évaluation des connaissances se concentre sur la démonstration que l'apprenant a acquis des connaissances spécifiques plutôt que des compétences, un comportement et une attitude professionnels.

4. Priorités pour le renforcement de l'enseignement médical de premier cycle universitaire dans la Région de la Méditerranée orientale

41. Sur la base de l'analyse de l'examen effectué, sept priorités stratégiques sont proposées afin de relever les défis dans les différents domaines de l'enseignement médical de premier cycle universitaire. Il est important de garder à l'esprit que bien que dans le présent document l'accent soit mis sur l'enseignement médical, la mise en œuvre de ces stratégies prioritaires nécessitera l'engagement de la faculté de médecine dans son intégralité en tant qu'institution, mobilisant ainsi ses capacités en matière de recherche et de prestation de services.

Gouvernance, responsabilité sociale et accréditation

- **Priorité stratégique 1 :** Renforcer les capacités réglementaires des institutions gouvernementales et instaurer des normes et des lignes directrices régissant les modalités d'ouverture d'écoles de médecine.
- **Priorité stratégique 2 :** Établir/renforcer les organismes d'accréditation nationaux indépendants qui disposent du mandat et des ressources permettant de garantir une gouvernance de qualité des écoles de médecine, notamment la responsabilité sociale en tant qu'élément essentiel des normes nationales d'accréditation.

Élaboration des programmes d'étude, évaluation des étudiants et évaluation des programmes

- **Priorité stratégique 3 :** Encourager les facultés à mettre en place des unités d'enseignement médical ou des centres de développement pédagogique afin de réviser régulièrement les programmes d'étude et de fournir un soutien au développement du corps professoral.
- **Priorité stratégique 4 :** Renforcer les capacités des responsables en matière d'éducation pour diriger la réforme des programmes d'étude qui aboutira à l'élaboration de programmes d'étude centrés sur l'étudiant, communautaires, fondés sur les compétences et intégrés.
- **Priorité stratégique 5 :** Élaborer des critères de sélection des étudiants qui soient fondés sur le mérite, et mettre sur pied des systèmes valides et fiables d'évaluation des étudiants et du programme.

Développement du corps professoral et environnement favorable

- **Priorité stratégique 6 :** Attirer et fidéliser des professeurs compétents, en particulier dans les disciplines telles que les sciences médicales fondamentales et la santé publique, en adoptant des politiques de recrutement fondées sur le mérite et de promotion du personnel.
- **Priorité stratégique 7 :** Veiller à la disponibilité des ressources pédagogiques suffisantes afin de promouvoir l'enseignement centré sur l'étudiant, une formation clinique renforcée et une utilisation accrue des sites de soins de santé primaires et autres sites communautaires.

42. Parmi les priorités stratégiques susmentionnées, plusieurs s'inscrivent dans le cadre du renforcement institutionnel et sont ainsi particulièrement pertinentes pour le développement durable d'agents de santé répondant aux besoins nationaux. Par conséquent, ces priorités stratégiques pourraient également revêtir un intérêt particulier pour les autorités nationales dans le cadre de leurs efforts visant à mettre en place un système répondant aux besoins futurs, mais aussi pour les partenaires de développement, particulièrement l'OMS, dont le mandat est de fournir des conseils aux États Membres sur des questions ayant trait aux politiques en matière de santé.

5. Cadre de réforme de l'enseignement médical de premier cycle universitaire dans la Région de la Méditerranée orientale

43. La présente étude approfondie qui a été menée a permis d'élaborer un cadre d'action pour la réforme de l'enseignement médical de premier cycle dans la Région. Pour chacune des priorités stratégiques, le cadre (annexe 1) propose un ensemble de mesures à court terme (de 6 à 12 mois) et à moyen terme (de 13 à 24 mois) à mettre en œuvre par les pays dans les différents domaines de l'enseignement médical. L'étude détermine également le rôle de l'OMS et de ses partenaires, en particulier la Fédération mondiale pour l'enseignement de la médecine, pour ce qui est de fournir un soutien technique. Chaque pays devra adapter le cadre d'action régional sur la base de son niveau de développement et de l'évaluation des besoins.

44. Afin de lancer le processus de réforme dans l'ensemble des pays, les cinq points suivants sont considérés comme prioritaires :

1. Constituer un comité d'orientation réunissant plusieurs parties prenantes dirigé par le ministère de l'Enseignement supérieur ou le ministère de la Santé pour orienter la réforme de l'enseignement médical dans le pays.
2. Mettre en place ou renforcer les départements consacrés à l'enseignement médical au sein des facultés de médecine afin de fournir la contribution technique nécessaire en vue de la révision des programmes d'études, de l'évaluation des étudiants, de l'évaluation du programme et du développement du corps professoral.
3. Élaborer et mettre en œuvre des programmes exécutifs en vue de renforcer les capacités de leadership des doyens des facultés de médecine dans le domaine de l'enseignement médical, y compris la responsabilité sociale.
4. Examiner la situation actuelle concernant l'accréditation des facultés de médecine et créer ou renforcer les organismes d'accréditation nationaux indépendants qui disposent du mandat et des ressources pour garantir la qualité de l'enseignement médical.
5. Élaborer un plan d'action au niveau national fondé sur le cadre d'action régional en vue de la réforme de l'enseignement médical à court et moyen terme.

6. Conclusion

45. Au cours des dernières décennies, des progrès ont été accomplis en ce qui concerne l'enseignement médical dans la Région. L'augmentation de la densité de médecins par habitant et du nombre de facultés de médecine ainsi que les efforts pour accréditer ces facultés constituent des étapes importantes sur la voie de l'amélioration de la qualité de l'enseignement médical. Cependant, il reste de nombreux défis à surmonter et de nouveaux enjeux apparaissent à mesure que la Région se développe.

46. L'enquête sur l'enseignement médical dans la Région de la Méditerranée orientale a été l'occasion de passer en revue l'enseignement médical de premier cycle universitaire dans la Région. En effet, elle a fourni une évaluation de base de la situation qui non seulement est utile mais pourra également servir de référence au cours des années à venir. Un cadre d'action régional a été proposé ; il identifie les priorités stratégiques et présente les mesures à court et long terme pour les pays et pour le soutien de l'OMS en vue de la réforme de l'enseignement médical. Les pays sont encouragés à prendre d'urgence les mesures suivantes : constituer un comité d'orientation réunissant plusieurs parties prenantes afin de guider la réforme de l'enseignement médical dans le pays ; établir ou renforcer les départements consacrés à l'enseignement médical dans les facultés de médecine ; élaborer et mettre en œuvre des programmes de leadership à l'intention des doyens des facultés de médecine ; examiner la situation actuelle en ce qui concerne l'accréditation des écoles de médecine et renforcer les organismes d'accréditation nationaux indépendants ; et élaborer des plans d'action nationaux sur la base du cadre d'action régional.

47. Il incombe aux responsables politiques et de l'enseignement des pays de réformer l'enseignement médical. L'OMS et ses partenaires sont engagés à soutenir les États Membres dans la mise en œuvre de cette réforme. Le Comité régional est invité à examiner les données factuelles justifiant une réforme présentées et à approuver le cadre d'action régional en vue de renforcer l'enseignement médical dans la Région.

Références

1. L'avenir de la santé dans la Région OMS de la Méditerranée orientale : renforcer le rôle de l'OMS. Le Caire, Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranées orientale, 2012. Disponible à l'adresse suivante : http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2012_FR_748.pdf. Consulté le 20 septembre 2015.
2. Renforcement des systèmes de santé dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale : difficultés, priorités et options pour les actions futures. Résolution du Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, cinquante-neuvième session (EM/RC59/R.3), 2012. Disponible à l'adresse suivante : http://applications.emro.who.int/docs/RC_Resolutions_2012_3_14699_FR.pdf?ua=1. Consulté le 20 septembre 2015.
3. Rapport sur la santé dans le monde 2006 – travailler ensemble pour la santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/whr/2006/fr/>. Consulté le 20 septembre 2015.
4. Boelen C, Boyer MH. A view of the world's medical schools: defining new roles. International Association of Medical Colleges; 2001 (<http://www.iaomc.org/WHOReptMedSchools.pdf>. Consulté le 2 septembre 2013).
5. Abdulla ME, Suliman AR. Tour d'horizon des facultés de médecine dans la Région de la Méditerranée orientale de l'Organisation mondiale de la Santé. Revue de Santé de la Méditerranée orientale, 2013, 19(12):1020-1025. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.emro.who.int/emhj-vol-19-2013/12/overview-of-medical-schools-in-the-eastern-mediterranean-region-of-the-world-health-organization.html>. Consulté le 20 septembre 2015.
6. Seefeldt M. The students' role in evaluation. In: Al Alwan I, Magzoub ME, Elzubeir M. International handbook of medical education: a guide for students. London: Sage Publications; 2013 pp 279-282.
7. Report on the regional consultation on accreditation of health professions education, Tunis, Tunisia 22–25 November 2011. Cairo: World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2012 (document no. WHO-EM/HRH/629/E).
8. Harden RM, Sowden S, Dunn WR. Educational strategies in curriculum development: the SPICES model. Med educ. 1984;18(4):284–297.
9. Harden R. A new vision for distant learning and continuing medical education. J cont med educ. 2005; 25:43-51.

Annexe 1. Cadre d'action pour la réforme de l'enseignement médical de premier cycle dans la Région de la Méditerranée orientale

Priorités	Actions proposées à mener par les États Membres		Soutien technique de l'OMS
	Court terme (6–12 mois)	Moyen terme (13–24 mois)	
Gouvernance, responsabilité sociale et accréditation			
Priorité stratégique 1 : Renforcer les capacités réglementaires des institutions gouvernementales et instaurer des normes et des lignes directrices régissant les modalités d'ouverture de nouvelles facultés de médecine	Réviser et adapter les normes et lignes directrices nationales concernant l'ouverture de nouvelles facultés de médecine, sur la base des orientations régionales élaborées par la Fédération mondiale pour l'enseignement de la médecine et l'OMS	Créer/Reinforcer les moyens réglementaires des institutions gouvernementales en mettant à disposition des ressources afin que les nouvelles et les anciennes facultés de médecine respectent les normes requises en matière d'enseignement médical	Élaborer des normes et des lignes directrices régissant les modalités d'ouverture de facultés de médecine sur la base des normes internationales et des besoins régionaux, en collaboration avec la Fédération mondiale pour l'enseignement de la médecine
Priorité stratégique 2 : Établir/renforcer les organismes d'accréditation nationaux indépendants qui disposent du mandat et des ressources permettant de garantir une gouvernance de qualité des facultés de médecine, notamment la responsabilité sociale en tant qu'élément essentiel	Élaborer des normes nationales pour l'enseignement médical fondées sur le guide d'accréditation régional et intégrer le concept de responsabilité sociale à ces normes Mener des activités de formation sur la responsabilité sociale à l'intention de doyens et de responsables de la santé	Renforcer les organismes d'accréditation nationaux en effectuant des demandes d'accréditation auprès des organismes internationaux (Fédération mondiale pour l'enseignement de la médecine) Appliquer les normes de responsabilité sociale en renforçant les partenariats entre les facultés de médecine et les dispensateurs de services de santé	Produire guide sur les normes régionales et renforcer les capacités des pays en matière de mise au point d'un système d'accréditation de l'enseignement médical Collaborer avec les réseaux régionaux et internationaux afin de promouvoir la responsabilité sociale ; organiser des séminaires-ateliers et développer d'autres moyens d'assistance sur le concept de responsabilité sociale à l'intention des responsables de l'enseignement
Élaboration des programmes d'études, évaluation des étudiants, évaluation des programmes			
Priorité stratégique 3 : Encourager les facultés à mettre en place des unités d'enseignement médical ou des centres de développement pédagogique afin de réviser régulièrement les programmes d'études et de fournir un soutien au développement du corps professoral	Annoncer une politique des institutions gouvernementales pour la création d'unités consacrées à l'enseignement médical dans les facultés de médecine Mettre à disposition des ressources en vue d'élaborer et de développer les programmes d'amélioration du corps professoral	Établir des unités d'enseignement médical disposant de suffisamment de ressources et qui proposent des activités liées à l'enseignement médical telles que la révision des programmes d'études et les programmes de développement du corps professoral	Établir un mandat et produire un guide pour la création d'unités d'enseignement médical
Priorité stratégique 4 : Renforcer les capacités des responsables en matière d'éducation pour diriger la réforme des programmes d'études qui aboutira à l'élaboration de programmes d'études centrés sur l'étudiant, communautaires, fondés sur les compétences et intégrés	Renforcer les capacités des responsables de l'enseignement afin de réviser et de réformer les programmes d'études en proposant des cours structurés	Examiner et suivre la mise en œuvre des réformes afin de veiller à ce que les programmes d'études soient : contextuels, fondés sur les compétences, intégrés et centrés sur l'étudiant Évaluer les pratiques actuelles de réforme des programmes d'études en effectuant des études d'évaluation des processus et des résultats	Organiser des séminaires-ateliers et produire un guide pour l'élaboration des programmes d'études et pour l'évaluation de l'impact des différentes approches en termes de programmes d'études Partager les expériences réussies en matière de réforme des programmes d'études dans la Région et ailleurs

Priorités	Actions proposées à mener par les États Membres		Soutien technique de l'OMS
	Court terme (6–12 mois)	Moyen terme (13–24 mois)	
Priorité stratégique 5 : Élaborer des critères de sélection des étudiants fondés sur le mérite, et mettre sur pied des systèmes valides et fiables d'évaluation des étudiants et du programme	<p>Évaluer les pratiques actuelles, identifier les lacunes et élaborer des critères de sélection des étudiants reposant sur des bases factuelles, réalisables et fiables</p> <p>Évaluer les pratiques actuelles en matière d'évaluation des étudiants, identifier les lacunes et les priorités</p> <p>Élaborer des politiques et des réglementations pour l'évaluation des étudiants approuvées par les organismes nationaux de réglementation et d'accréditation</p>	<p>Suivre l'efficacité, la fiabilité, la validité et l'impact pédagogique des critères de sélection des étudiants, et procéder à des mises à jour en fonction de l'expérience de mise en œuvre</p> <p>Inclure l'évaluation des étudiants aux programmes d'études, et s'assurer que celle-ci est correctement alignée sur l'enseignement ainsi que les stratégies et résultats d'apprentissage</p> <p>Créer une banque comprenant des items d'évaluation de haut niveau à partager entre les facultés de médecine</p>	<p>Élaborer un guide pratique sur l'évaluation, la révision et la mise à jour des critères de sélection des étudiants</p> <p>Mettre au point un guide/outil régional pour l'élaboration d'un système exhaustif d'évaluation des étudiants et des programmes; et pour la constitution de banques d'évaluation nationales</p>
Développement du corps professoral et environnement favorable			
Priorité stratégique 6 : Attirer et fidéliser des professeurs compétents, en particulier dans les disciplines telles que les sciences médicales fondamentales et la santé publique, en adoptant des politiques de recrutement fondées sur le mérite et de promotion du personnel	<p>Examiner l'ensemble des salaires et des incitations existants pour les professeurs de sciences fondamentales et de santé publique et les comparer aux tendances des marchés régional et international</p> <p>Passer en revue les critères actuels pour le recrutement et la promotion des professeurs et élaborer des politiques fondées sur le mérite en consultation avec la commission de la fonction publique</p>	<p>Obtenir une approbation afin de mobiliser des fonds supplémentaires, mettre en œuvre un nouveau dispositif, et suivre les tendances nationales en matière de fidélisation du corps professoral</p> <p>Approuver et appliquer les critères fondés sur le mérite et les politiques en matière de promotion et de recrutement du personnel</p>	<p>Effectuer une comparaison des salaires et des mesures incitatives pour les professeurs de sciences et de santé publique et diffuser les informations</p> <p>Organiser un forum régional sur la migration et la gestion des médecins, conformément au Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé</p>
Priorité stratégique 7 : Veiller à la disponibilité de ressources pédagogiques suffisantes afin de promouvoir l'enseignement centré sur l'étudiant, une formation clinique renforcée et une utilisation accrue des sites de soins de santé primaires et autres sites communautaires	<p>Inclure dans les normes une liste d'exigences minimales pour les ressources pédagogiques lors des renouvellements d'autorisation des facultés de médecine existantes ou de l'ouverture de nouvelles facultés de médecine</p>	<p>Suivre la mise en œuvre et mettre à jour la liste d'exigences essentielles pour faire face aux avancées en matière d'enseignement et de prestation de services de santé</p>	<p>Fournir une liste d'exigences essentielles minimales et optimales pour les ressources pédagogiques afin que les facultés de médecine soient socialement responsables et fondées sur les compétences</p>
	<p>Institutionnaliser les partenariats entre les établissements d'enseignement et de santé pour l'utilisation de sites de santé/sanitaires non-hospitaliers en vue de la formation et des soins de santé</p>	<p>Évaluer l'impact des partenariats entre les dispensateurs de soins de santé et les facultés de médecine sur l'amélioration de l'enseignement et des services de santé</p>	<p>Diffuser les études de cas des expériences réussies de collaboration entre les formateurs et les prestataires</p>