

Une vision OMS des facultés de médecine à travers le monde

Jean-Jacques GUILBERT*

Résumé La lecture d'un rapport, analysant des données collectées lors de la préparation de la dernière édition du « Répertoire des facultés de médecine » publié par l'OMS, amène l'auteur à faire ressortir que la situation mondiale, telle qu'elle est décrite par les institutions elles mêmes, a paru suffisamment inquiétante aux enquêteurs pour les amener à faire de nombreux commentaires intéressants, questionneurs et dubitatifs. Leur diagnostic n'est pas nouveau. Les représentants des états-membres ont voté, le plus souvent à l'unanimité, des résolutions pour y remédier dont ils n'ont pas ensuite toujours assuré la mise en application. Le secrétariat de l'OMS n'a pas le pouvoir de les y forcer. Son directeur général n'est pas le gendarme du monde de la santé. Dans les limites de sa constitution l'OMS fait ce qu'elle peut et le plus souvent ce qu'elle doit.

Mots clés buts ; sélection ; étudiants ; programme ; évaluation ; responsabilité sociale ; secrétariat de l'OMS.

Summary After reading a report, which analyses data collected on the occasion of the preparation of the latest edition of the "World Directory of medical schools, the author wished to show that the situation, as described by the institutions themselves, appeared sufficiently alarming to the reporters that they made many interesting and questioning comments. Their diagnosis is not new. The "distinguished representatives" of the Member States have voted, often unanimously, many Resolutions which they have not always enforced. The WHO Secretariat does not have the vested power to force them to do so. Its Director General is not the world policeman for health. Within the limits of its Constitution WHO does what it can do and most often what it should do.

Key words aims; selection; students; programme; evaluation; social responsibility; WHO's secretariat.

Pédagogie Médicale 2004 ; 5. : 167-170

Le lecteur francophone de cette revue qui n'aurait pas eu l'occasion de lire « *A View of the World's Medical Schools* » a ainsi évité une raison supplémentaire de se sentir déprimé par l'évolution de notre planète. Un résumé de cette enquête lui permettra de se faire quand même une idée de la situation des facultés de médecine à travers le monde.

Le document précité rapporte les résultats d'une analyse de données, collectées de 1996 à 1998 par un questionnaire (de 250 questions) auprès de 1657 facultés de médecine dans 159 pays et par un autre questionnaire adressé aux ministères de la santé de ces pays dans le cadre de la mise à jour de la 7^e et dernière édition (2000) du

« Répertoire des facultés de médecine » périodiquement publié par l'OMS depuis plusieurs décennies.

En plus de l'**analyse** des données, le document est éclairé par des **commentaires** roboratifs suscitant la réflexion et posant de prégnantes questions. Ces commentaires contiennent de multiples « pourquoi ? », centrés sur la problématique d'une responsabilité sociale que les facultés de médecine auraient à l'égard des communautés qu'elles sont supposées servir. C'est un questionnement auquel, malheureusement, des lecteurs universitaires « traditionnalistes » peuvent d'autant moins répondre qu'ils ne se sont, semble-t-il, jamais ou rarement interrogés si on en juge par leurs actions.

*Professeur (ret.) ; M. D. ; Ph. D. (educ) - Consultant - POLIGER/Hôpitaux Universitaires - 35 rue des bains - CH 1205 Genève
Tél. : +41 22 809 8215 - mailto:guilbert.j-j@hcuge.ch

Buts des institutions

L'analyse montre que 80 % des répondants disent que leur institution a un exposé de ses buts (mission, mandat). La région européenne a le score le plus bas (65 %). Les buts sont exprimés dans 85 % des cas sous forme de « services rendus », de « programmes de recherche » et parfois du « rôle des diplômés ». Il faut noter que, sauf erreur, une tentative sérieuse de définition du profil professionnel du médecin n'a été publiée pour la première fois, en Hollande, qu'en 1994.

Le commentaire fait ressortir que nombreuses sont les facultés de médecine dont les buts ne semblent pas être en cohérence avec des activités répondant à la demande des communautés qu'elles sont supposées servir. Il existerait un « *manque de relation significative entre l'exposé des buts et un engagement objectif vis à vis des problèmes prioritaires de santé de la population, une responsabilité sociale ou un soutien à des problèmes de recherche susceptibles d'être au bénéfice de la majorité de la population* ». Seulement 10 % des budgets seraient alloués pour la recherche à des enquêtes sur les problèmes majeurs affectant la santé de 90 % de la population mondiale. « *Les facultés de médecine sont-elles de plus en plus coupées non seulement des réalités auxquelles font face leurs propres populations mais aussi d'un système de valeurs basé sur des principes de qualité et d'équité ? Pourquoi sont-elles le plus souvent orientées vers des solutions technologiques concernant les maladies ?* ».

Sélection des étudiants

L'analyse montre que classiquement la sélection est basée sur l'obtention d'un diplôme du niveau secondaire, sur un examen sélectif et/ou plus rarement sur une entrevue. Le rôle de la communauté dans le processus de sélection est rare (22,2 %). Il est encore le plus rare en région européenne (12,4 %).

Le commentaire indique que cette rareté est en contradiction avec les exposés des buts des facultés, qui pour la plupart insistent sur l'importance du rôle de la communauté dans le processus de sélection. Et de poser la question : « *Ne serait-il pas raisonnable de s'attendre à ce que les contribuables (le budget des facultés de médecine étant couvert à 70 % par des contributions publiques) aient leur mot à dire ?* ». Question courageuse !

Programme des études

Le commentaire introductif qui précède l'analyse des données concernant ce domaine paraîtra peut-être surprenant à certains lecteurs. Il présuppose que « *théoriquement, les facultés de médecine ont pour dessein de répondre aux besoins de santé de la population* ». Surprenant ce « théorique-ment », non ? Il pose aussi la non moins surprenante question : « *est-ce que le programme donne l'occasion aux diplômés d'acquérir des compétences pertinentes par rapport aux problèmes prioritaires de vrais individus et de vraies populations* » (priorities of real people and real communities).

L'analyse indique que « *la plupart des facultés offrent un programme standardisé* (phase préclinique qui précède la phase clinique, enseignement principalement par conférences magistrales, par disciplines séparées et travaux pratiques, stages dans des hôpitaux tertiaires), *dont la qualité varie probablement* ». La « probabilité de la variation de la qualité » des programmes d'études est dévoilée au décours de l'analyse concernant les méthodes d'enseignement.

Plus de 90 % des institutions disent avoir défini des objectifs. La région européenne a le score le moins élevé. Il n'est pas précisé dans le rapport s'il s'agit d'objectifs d'enseignement ou d'objectifs d'apprentissage mais le lecteur averti connaît la réponse.

Près de 40 % des institutions conservent un enseignement par **disciplines** séparées.

« *L'enseignement par conférences magistrales prédomine* » (en moyenne plus de 40 % du temps d'enseignement) malgré sa douteuse efficacité bien connue, autrement que pour aider l'étudiant à répéter la vulgate locale lors des examens. L'approche dite « enseignement intégré » serait utilisée par plus de 50 % des institutions et cela à divers degrés allant d'un peu à beaucoup, sans préciser non plus de quoi il s'agit concrètement.

L'approche par **problèmes** (APP ou ARP) serait « *utilisée tout au long de la phase préclinique et de la phase clinique* » par moins de 30 % des institutions. L'Asie du sud-est et l'Europe ont un score encore plus bas.

L'enquête ne dit rien sur les dérives éventuelles dans la mise en œuvre de l'approche par problèmes. Le lecteur averti sait qu'une dérive fréquente est que, contrairement à l'idée originale de l'APP, ce ne sont pas les étudiants qui, en fonction d'un problème (choisi par les enseignants ou identifié en milieu professionnel par des étudiants), définissent leurs objectifs d'apprentissage, mais que ce sont les enseignants qui le font (objectifs d'enseignement). Il en résulte que les étudiants se contentent d'apprendre la

théorie correspondante sachant qu'elle sera à la base de l'examen. Concernant cette dérive « classique », un vice-doyen chargé de la formation me confiait récemment que « *Malheureusement c'est comme cela pratiquement depuis le début. Originellement les dossiers remis aux étudiants ne contenaient pas les objectifs. Le stress des examens a fait qu'ils ont fini par obtenir les dossiers des tuteurs qui contenaient les-dits objectifs et qui ensuite ont circulé en sous-main. On a donc fini par mettre les objectifs dans les dossiers des étudiants* ».

L'orientation vers les problèmes de santé de l'**individu** occupe 6,5 fois plus d'heures d'enseignement que les problèmes de santé de la **population** (médecine générale, médecine communautaire, épidémiologie, etc.) et moins de 10 % du temps d'enseignement. Moins de 2 % des institutions incluent une formation pratique en gériatrie alors que la population âgée augmente.

L'analyse montre « *un faible intérêt pour les initiatives du domaine de la santé publique basées sur des facteurs orientés vers les besoins de la communauté (population) et qui ont un impact sur la durée et sur la qualité de vie* ». On pourrait espérer que cet intérêt se manifeste à l'occasion de cours dont les titres « culture », « philosophie » ou « social » permettraient à l'étudiant de ne pas être confiné au domaine bio-mécanique. Malheureusement, ces sujets sont traités au cours de conférences magistrales avec un impact quasiment nul.

Le commentaire fait remarquer qu'« *il n'y a pas de mérite à bien enseigner quelque chose hors propos (effectivement pourquoi chercher à automatiser un piège à souris si le but est d'attraper un éléphant) et réciproquement il n'y a aucun avantage à mal enseigner quelque chose de pertinent* » (malheureusement c'est trop souvent le cas).

Evaluation de la performance des diplômés

Là, cher lecteur, on entre dans le vague et l'ambigu. L'analyse des données indique que « *virtuellement toutes les facultés de médecine utilisent « certains standards » (étalons de qualité) pour évaluer la performance des étudiants* ». « *La plupart des institutions utilisent un mélange d'épreuves écrites, pratiques, orales et d'épreuves d'observation en milieu professionnel* ». Des épreuves écrites sont utilisées dans 96 % des cas pour évaluer les « connaissances » et entre 61 et 73 % pour évaluer le « raisonnement ». Les « attitudes et l'aptitude à communiquer » seraient évaluées par des épreuves en milieu professionnel.

Le commentaire suggère que « *en théorie, une évaluation objective (unbiased) de la « capacité » d'un étudiant à se comporter en médecin « compétent » devrait être une indication raisonnable de l'efficacité d'une faculté de médecine. Cependant un tel type d'évaluation ne se rencontre pas nécessairement* » (?) « *Les critères utilisés peuvent ou non correspondre à des compétences reliées à des problèmes de santé importants* ». C'est grave, docteur ?

Le commentaire ose même laisser entendre qu'« *il y a un problème majeur* ». « *Il n'y a pas d'étalon (yardstick) pour évaluer la compétence médicale... Il y a besoin de « mieux (?) définir les attributs et qualités requises de la part d'un médecin... pour affronter les problèmes de santé importants* », sinon les institutions risquent de ne pas bien former les étudiants et même de ne pas s'en rendre compte, comme aurait dit le sublime R.F. Mager.

Le mot « validité » (degré avec lequel un instrument mesure ce qu'il a pour objet de mesurer) n'apparaît nulle part, ni dans l'analyse des données ni dans les commentaires. C'est pourtant bien de cela qu'il s'agit, mais c'est un sujet qui fâche.

Commentaire

Il est clair que l'analyse des données mentionnées dans cet excellent rapport ne permettait pas, selon le commentaire, de répondre aux questions suivantes : « *quel nombre de facultés peut être jugé comme « satisfaisant ? » ; « chaque pays devrait-il avoir une faculté de médecine ? » ; « quelles sont les « meilleures » facultés de médecine ? » ; « au lieu d'augmenter le nombre de facultés de médecine, un pays ne devrait-il pas plutôt ouvrir d'autres institutions de formation permettant d'améliorer la qualité des soins à la population ? »*. Ce silence ne me semble pas trop grave.

En revanche, comme il est dit que le but de l'enquête était plutôt de « *collecter des données de base permettant d'estimer dans quelle mesure les facultés de médecine remplissent leur rôle en réponse aux besoins de santé des individus et des collectivités* », le lecteur réalisera que le flou artistique qui entoure le domaine de l'évaluation des compétences professionnelles risque de ne pas permettre de savoir si le but de l'enquête avait une chance d'être atteint.

Le commentaire demande, sans malheureusement pouvoir y répondre : « *considérant que ces facultés sont coûteuses à créer, à entretenir et à améliorer, répondent-elles à leur mission et la société en a-t-elle pour son argent ?* ».

Le rapport ne permet pas non plus « de faire un rapport entre le nombre et la distribution des facultés de médecine d'une part et le niveau général de santé des populations concernées ». Cela est plus grave.

Lorsque, le 7 décembre 1999, l'Institut de médecine (des États-Unis) avait informé le Président Clinton, que « 98 000 américains perdent la vie chaque année suite à **des erreurs médicales évitables** », il avait superbement répondu « *Nous avons le meilleur système de soins de santé du monde, les meilleurs professionnels pour dispenser ces soins* ». Même si le nombre de morts précité aurait dû permettre au Président des États-Unis d'avoir un doute, il avait peut-être raison comme il avait peut-être tort. **En vérité personne n'en sait rien en raison du niveau douteux de validité des épreuves conduisant au diplôme de médecin**². Et ne pas savoir cela est important, grave, sérieux et tragique.

Mais alors, que fait l'OMS ? Eh bien, l'OMS fait ce qu'elle peut et le plus souvent ce qu'elle doit

Les fonctionnaires du secrétariat de l'OMS « fonctionnent », les colloques « colloquent », les experts « conseillent » et chacun va, entre deux voyages en mission, de réunion de comité en réunion de groupe de travail, suivis de conférences avec publication d'épais rapports et ensuite les assemblées générales accumulent résolutions sur résolutions comme si dire égalait faire.

Premier problème : les états-membres mettent ou **ne mettent pas** en application les résolutions que leurs représentants ont votées. Exemple : le rapport analysé dans cet article présente, dans ses commentaires, d'excellentes recommandations visant la qualité des soins par l'amélioration des compétences professionnelles des professionnels de la santé. Or, ces recommandations sont en ligne directe avec une résolution (Résolution A 29/15) présentée il y a plus d'un quart de siècle par Tamas Fülöp et adoptée officiellement en mai 1976 par l'Assemblée générale. Sa mise en application par les états-

membres n'a guère suivi. Le secrétariat de l'OMS n'a pas le pouvoir de les y forcer.

Deuxième problème : il est admirable que le budget alimenté grâce aux contributions des pays les plus riches soit distribué aux pays les plus pauvres. Mais, si la corruption s'en mêle au niveau local, le secrétariat de l'OMS n'a aucun moyen constitutionnel d'y remédier. Son directeur général n'est pas le gendarme du monde de la santé. Un journaliste suisse³ me rétorqua que « *si vraiment seule une petite partie des sommes distribuées par les organisations internationales arrive jusqu'aux hôpitaux et aux patients du tiers-monde parce que l'argent a fini dans les poches de ministres et de fonctionnaires, alors il faut prier ces organisations d'utiliser d'autres canaux pour promouvoir la santé dans les pays pauvres, sinon il ne s'agit plus d'aide mais de complicité* ». Ce point de vue, de la part d'un professionnel réputé, montre combien le rôle du secrétariat et la constitution de l'OMS sont mal connus.

Références

1. Boelen Ch, Boyer MH. *A View of the World's Medical Schools. Defining new roles. 2001 [On-line]. Disponible sur : www.network.unimaas.nl/miscellaneous/index.htm*
2. Guilbert JJ. « *Nous avons les meilleurs médecins du monde* » *C'est peut-être vrai mais pourriez vous le prouver ? Pédagogie Médicale. Novembre 2002 ; 3 : 210-211.*
3. Guilbert JJ. *Les accusations du bon Dr Beat. A propos d'un documentaire de Temps Présent, Tribune, Médecine & Hygiène 2004, n° 2481, 987.*