

# L'éducation médicale vue par un expert international en santé publique \*

*Medical education analyzed by an international expert in public health*

Charles BOELEN<sup>1</sup>

**Résumé** **Propos :** Chargé du développement des personnels de santé pendant une trentaine d'années au sein de l'Organisation Mondiale de la Santé, l'auteur observe que l'impact de l'éducation médicale et des institutions de formation est lié à leur capacité à anticiper et répondre aux besoins et attentes du public et à contribuer à l'évolution du système de santé vers davantage de qualité, d'équité et d'efficacité. L'expérience d'autres pays permet de mieux identifier les défis à relever et les améliorations à apporter dans son propre contexte. **Exégèse :** Une meilleure concertation entre institutions de formation et instances de santé publique permet un consensus sur le produit fini de l'éducation et une action coordonnée pour son utilisation optimale dans le système national de santé. A cette fin, une analyse critique des responsabilités et des prérogatives de chacun est indispensable. **Conclusions :** La synergie entre éducation médicale et santé publique peut conduire à une meilleure adéquation de la formation et de la recherche aux besoins actuels et aux perspectives d'avenir, l'utilisation plus pertinente des personnels formés, l'investissement dans de nouveaux champs d'expérimentation tels que l'organisation des services de santé, la mobilisation efficace autour de priorités sanitaires et sociales.

**Mots clés** Education médicale ; responsabilité sociale ; personnels de santé ; santé publique ; système de santé.

**Abstract** **Purpose:** Being in charge of health personnel development for thirty years in the World Health Organization, the author notices that the impact of medical education and educational institutions is linked to their capacity to respond to people's needs and expectations and to contribute to the evolution of the health system towards greater quality, equity and efficiency. International experience is helpful to identify challenges and needs for improvement in one's own context. **Exegesis:** Collaboration between educational institutions and public health authorities may result in a consensus on the outcome of education and its optimal use in the national health system. Hence, there is a need for a critical review of everyone's responsibilities and prerogatives. **Conclusion:** A synergy between medical education and public health may lead to a better fit of education and research to present needs and future development, a more relevant use of trained personnel, the opening of new fields of investigation experiment such as health service organization and efficient mobilization around health and social priorities.

**Key Words** Medical education; social accountability; health personnel; public health; health system.

*Pédagogie Médicale 2007;8:44-50*

---

\* Texte élaboré à partir de conférence prononcée lors du 1<sup>er</sup> Congrès de la Société internationale francophone d'éducation médicale (SIFEM) – Beyrouth (Liban), 1<sup>er</sup> et 2 juin 2006.

1- Consultant international en systèmes et personnels de santé. Ancien coordonnateur du programme de l'OMS des ressources humaines pour la santé. [Mailto:boelen.charles@wanadoo.fr](mailto:boelen.charles@wanadoo.fr)

### **En guise de préambule**

Dans les caricatures qui suivent (figure 1), évitons de nous retrouver dans le profil de l'expert trop sûr de lui, revêtu de l'habit de maître, se revendiquant d'une institution prestigieuse, prompt à donner des leçons, index pontifiant, et trouvant l'essentiel de ses références dans la théorie. En revanche, devant la complexité des enjeux de santé publique et les difficultés de transformation du système de santé, soyons modestes et soucieux d'apprendre des autres. Reconnaissons ensemble les besoins prioritaires des citoyens et des populations, pratiquons un dialogue franc et transparent et fondons nos propositions sur des valeurs d'humanisme et une analyse critique de la réalité. Expert des villes et expert des champs !

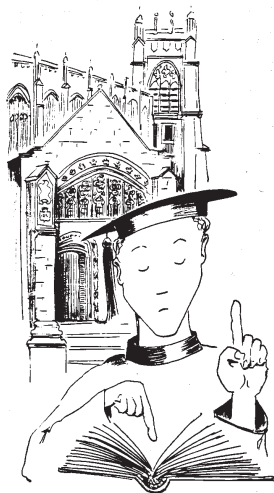
Quant à l'expérience internationale, c'est sans conteste un atout car toute expérience de l'étranger, quel que soit son contexte socio-économique, est source d'inspiration. Comparons et examinons les démarches expérimentées ici et là dans le monde, qui tendent de répondre aux mêmes préoccupations de qualité, d'équité, de pertinence et de coût-efficacité dans la prestation de services de santé. Et appliquons sans honte, en les adaptant à notre milieu, les leçons apprises.

D'abord, convenons d'une définition pour « santé publique » et pour « éducation médicale ». Pour la santé

publique, référons-nous à une enquête conduite par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1998 auprès d'une centaine d'experts pour délimiter le champ de la santé publique<sup>1</sup>. Contrastant avec des clichés restreignant trop souvent la santé publique à quelque administration sanitaire ou campagne de prévention, les experts reconnurent à la « santé publique » neuf fonctions allant de la surveillance de la situation sanitaire aux soins des populations vulnérables et à risque élevé, en passant, entre autres, par : la protection de l'environnement, la promotion de la santé, le contrôle des maladies transmissibles et la législation sanitaire. En somme, ils définissent la santé publique comme un ensemble coordonné de mesures garantissant la santé du public. C'est cette vision globale que nous retiendrons. Ceci dit, cette définition constitue plutôt un idéal car peu de pays organisent la santé de leur public avec un niveau optimal de coordination.

Quant à l'éducation médicale, donnons-lui aussi son véritable sens. Plus qu'un corps de méthodes et de techniques pédagogiques appliquées à l'enseignement et à l'apprentissage de la médecine, elle devrait être une véritable stratégie de santé. Sa mission serait bien assumée si elle accomplissait son œuvre de formation avec cette double préoccupation : s'inspirer, en amont, des besoins de santé de la société et des personnes et anticiper, en aval, les conditions de pratique pour les futurs diplômés<sup>2</sup>. Adoptons cette vision pour l'éducation médicale. Présomons aussi qu'elle

**Figure 1 :  
Expert des villes et expert des champs**



## Conférence

---

est partagée par la santé publique, ce qui devrait amener cette dernière à oser cette question : quel est donc l'impact de l'éducation médicale sur la santé ?

Il est illusoire de vouloir établir une relation causale directe entre la nature de l'éducation médicale et la santé des citoyens, au même titre que l'on ne peut pas rendre l'éducation donnée à des enfants, seule responsable du comportement des futurs adultes. Cependant, il est légitime de s'interroger sur l'influence que l'éducation médicale peut éventuellement exercer sur un choix de carrières qui soit plus conforme aux besoins du public, une meilleure répartition géographique des personnels de santé, une amélioration de la couverture sanitaire, une utilisation efficace des ressources de santé, un engagement dans la formation continue, le travail en réseaux et en équipes d'action sanitaire et sociale. En somme, on peut souhaiter que l'éducation médicale soit davantage évaluée à l'aune d'effets, directs ou indirects, sur la santé.

Par une vision de système et une meilleure compréhension du contexte général, l'institution de formation serait mieux à même de comprendre ce qui influence l'éducation et ce que celle-ci peut influencer. Ainsi, par exemple, une faculté de médecine qui serait une simple usine à fabriquer des médecins pour l'exportation alors que le pays hôte en manque cruellement, en particulier pour les populations défavorisées, pourrait démontrer une méconnaissance de son rôle dans le système de santé. On peut dire qu'elle exercerait alors un impact négatif sur la santé publique. En revanche, une faculté qui orienterait activement sa formation vers la médecine générale, par exemple, sachant les besoins de cette discipline, et collaborerait avec les autorités sanitaires pour que des encouragements soient donnés aux jeunes diplômés à s'installer dans des régions rurales à faible démographie médicale, exercerait une influence positive sur la santé publique.

### *Pour la santé publique, l'éducation médicale : ça compte !*

Pour la santé publique, l'éducation médicale est d'une grande importance pour au moins deux raisons : d'abord, pour les cadres qu'elle forme ; ensuite, pour le potentiel des institutions de formation.

#### **Education médicale, génératrice de cadres**

De toute évidence, les professions de santé, produits des facultés et des écoles, sont la ressource essentielle de tout système de santé, sur le double plan qualitatif et quantitatif.

Sur le plan qualitatif, la santé publique attend que les cadres formés qu'on lui propose soient en mesure de mieux répondre aux exigences de santé, tant sur le plan individuel que collectif : soigner les malades, certes, mais aussi prévenir les risques de maladie, d'accident et de handicap et promouvoir des habitudes de vie conduisant à la santé et au bien-être. En bref, la santé publique souhaiterait davantage s'associer à des professionnels de la santé qu'à des techniciens de la maladie. Trop souvent, on note un manque de concertation et de recherche de consensus entre ministère de la santé publique et ministère de l'enseignement supérieur s'agissant de définir un profil de médecin aux aptitudes explicites, dont le pays aurait besoin dans les prochaines décennies.

Est-ce cela qui a motivé cet étudiant en médecine malien à poser publiquement cette question au cours d'une conférence donnée à Bamako dans un amphithéâtre rempli d'étudiants, d'enseignants et de quelques doyens de facultés de médecine d'Afrique francophone : « Mais, au fond, ne pourrait-on pas devenir médecin sans passer par la faculté ? ». Plus tard, la conférence terminée, il me confia qu'il écrivait un livre intitulé : « Devenir médecin, ce n'est pas sorcier ! ». Derrière l'ironie, ce garçon intelligent s'interrogeait sur l'adéquation de l'institution de formation aux exigences de la nation.

Mais dans cette affaire, l'administration de santé publique n'est pas innocente. En effet, on peut s'étonner de sa réticence à rendre plus explicites et à justifier les besoins à long terme en matière de ressources humaines pour la santé. Qui la retient d'être l'avocate militante d'une vision globale des services de santé auprès des principaux partenaires ? Quel contrat de collaboration propose-t-elle à l'Université au niveau institutionnel le plus élevé pour tirer avantage de son potentiel de formation et de recherche ? Quelle initiative prend-elle pour libérer l'Université de ses carcans administratifs qui laissent trop souvent à l'écart des initiatives de santé publique ?

Quant au plan quantitatif, les demandes ne sont pas moins conséquentes.

L'OMS, dans son rapport annuel 2006 consacré spécifiquement aux ressources humaines pour la santé, reconnaît que ce secteur est en crise et évoque trois causes : d'abord, le manque de production conduisant à une diminution du ratio personnels de santé/population ; ensuite, un exode des personnels de santé, des pays pauvres vers les pays riches et également des campagnes vers les centres urbains ; enfin, un sous-investissement dans les programmes de ressources humaines du fait du gel des bud-

gets publics et d'une montée en puissance de l'économie libérale<sup>3</sup>.

On peut constater que la plupart des pays souffrent d'une certaine désaffection pour les professions de santé, comme en témoignent le manque général d'infirmières ou de sages-femmes, le déficit de certaines disciplines liées aux soins à la personne, la désertion de certaines spécialités médicales, ou encore la pénurie de personnels de santé qualifiés permettant de mener à bien une politique de soins de santé primaires, notamment des médecins généralistes. Ces phénomènes s'observent dans les pays industrialisés comme dans les pays émergents, autant par défaut d'anticipation que par exode vers des carrières plus attractives.

A l'échelle mondiale, le déficit quantitatif des professions de santé est impressionnant, particulièrement dans les pays les plus démunis. Pour en juger, considérons les objectifs du millénaire pour le développement (OMD), que les Nations Unies ont proposé d'atteindre d'ici l'an 2015, et surtout ceux qui relèvent du domaine de la santé. Ces objectifs prévoient, par exemple, que la couverture vaccinale contre la rougeole, grave maladie chez l'enfant en milieu défavorisé, atteindrait 80 % ou encore que 95 % des parturientes seraient assistées pendant la grossesse et l'accouchement par un personnel de santé qualifié<sup>4</sup>. Dans certains pays, ces objectifs seront difficiles à atteindre : au Népal, par exemple, en 2005, 18 % des parturientes seulement pouvaient prétendre à cette assistance<sup>5</sup>.

D'une façon générale, on estime que pour atteindre les OMD, les pays devront disposer de 2,5 personnels de santé par 1000 habitants. Or, 75 % des pays, soit un total de 2,5 milliards de personnes, se situent sous ce

seuil. Uniquement pour l'Afrique subsaharienne, il faudrait tripler le nombre de personnels de santé<sup>6</sup>.

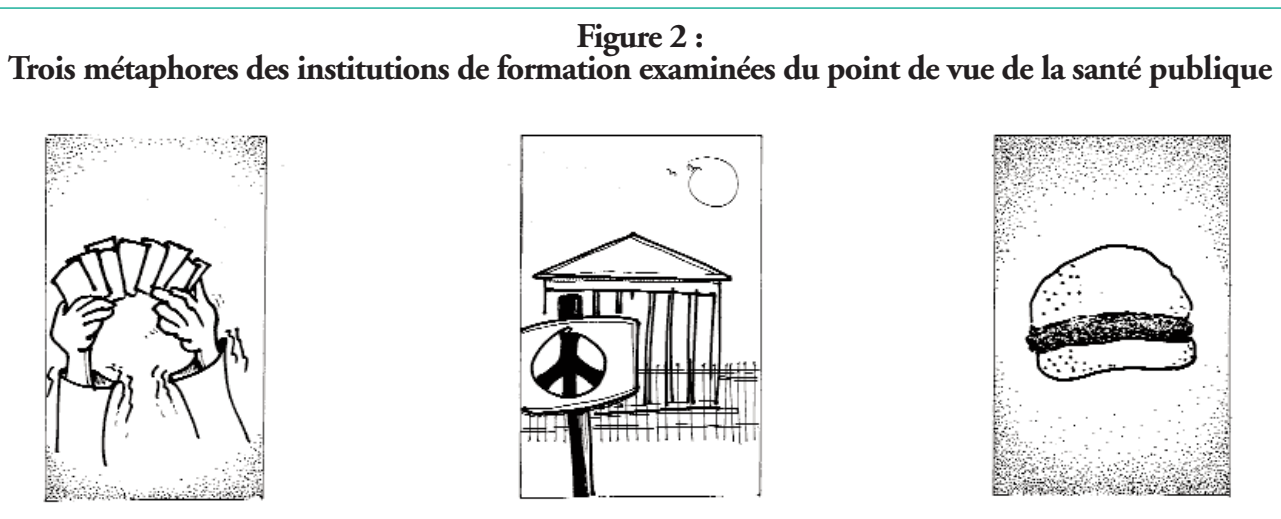
### Potentiel des institutions de formation

Ces institutions forment des personnels de santé, certes, mais elles ont d'autres atouts pour la santé publique : elles font de la recherche scientifique et excellent dans certaines prestations de services. Notons cependant qu'en matière de recherche, l'essentiel de l'effort se porte sur les maladies affectant les populations de l'hémisphère nord, tandis que la recherche en santé publique reste le parent pauvre. Par ailleurs, on a estimé qu'à l'échelle mondiale, 10 % des budgets de recherche seulement étaient destinés à résoudre 90 % des problèmes de santé<sup>7</sup>.

La santé publique souhaiterait que les institutions académiques, facultés de médecine notamment, s'investissent davantage dans la recherche sur le fonctionnement des systèmes de santé, sur l'intégration de la médecine et de la santé collective, sur l'efficacité des réseaux de soins, sur l'amélioration de la couverture sanitaire, sur l'éducation du public et sur la prévention. En somme, la santé publique attend que les priorités de recherche reflètent davantage ce qu'elle considère être les priorités sanitaires.

Le potentiel scientifique des institutions de formation devrait être davantage utilisé pour une analyse rigoureuse de la situation sanitaire et une recherche sur l'efficacité des stratégies d'intervention. Aussi, la santé publique peut-elle se sentir frustrée de ne pas pouvoir en bénéficier suffisamment. L'idée que peut se faire la santé publique des institutions détentrices de cette expertise pourrait être illustrée par les trois caricatures suivantes (*Figure 2*).

D'abord, la santé publique peut penser que l'institution a



## Conférence

beaucoup de cartes en main pour faire avancer la santé du public, mais comme un joueur qui serait atteint de parkinsonisme, elle éprouve des difficultés à abattre ses atouts et laisse ainsi passer ses chances de gagner la partie. Aussi, elle pourrait aussi être tentée de comparer l'institution académique à une centrale nucléaire en ce sens que l'une comme l'autre ne pratiquent que rarement des journées « portes ouvertes » qui permettraient à chacun de mieux comprendre comment fonctionne l'institution, moins pour la contrôler que pour lui offrir des occasions d'échange et de collaboration avec le reste de la société. Enfin, l'image du hamburger évoque une éducation médicale comme voudrait la voir la santé publique, c'est-à-dire comprise dans son contexte et reliée d'une part, aux besoins de société et d'autre part, aux exigences de pratique professionnelle, alors que la plupart des écoles et des facultés la réduiraient à un programme de formation isolé du contexte, un peu comme un hamburger qui se réduirait à la partie centrale de la viande hachée sans entourage de mie de pain, donc dénaturé.

Le trait de ces caricatures est délibérément forcé tant il est vrai, d'une part, que toute institution de formation ne se retrouve pas dans les situations esquissées et, d'autre part, que l'administration de la santé publique n'est pas un modèle de référence quand elle manque de vision systémique et collabore chichement avec le monde académique.

### *Lisibilité et coordination des stratégies*

Santé publique et éducation médicale peuvent prétendre mener une stratégie d'action, définie comme un ensemble coordonné d'interventions pour atteindre un but donné. Soit ! Encore faut-il que ces stratégies soient coordonnées entre elles et pour cela articulées autour d'un même principe fondateur : l'intérêt général. Faute de quoi, la place est prise par la défense d'intérêts particuliers, l'égoïsme ou l'aveuglement administratif.

Des exemples existent respectivement, de par le monde, de bonne coordination et d'absence de coordination entre la santé publique et l'éducation médicale. Parmi les bons exemples, citons le Royaume-Uni, le Québec et l'Iran. Au Royaume-Uni, par exemple, le *General Medical Council* (GMC), qui régit les questions relatives à la pratique et à l'éducation médicales, a publié le document « *Tomorrow's doctors* », régulièrement mis à jour, dans lequel sont déclinées les aptitudes que les médecins britanniques devraient posséder. Ce document, élaboré conjointement par des autorités sanitaires et académiques, sert de référence à

l'actualisation du programme des études médicales et à l'évaluation des facultés<sup>8</sup>.

Au Québec, chaque faculté de médecine se voit attribuer un territoire et une population vis-à-vis de laquelle elle est invitée à exercer une responsabilité de service. Ce découpage lie la faculté de médecine à son environnement proche et l'encourage à adapter ses fonctions d'éducation, de recherche et de service aux besoins spécifiques de la région. Cette notion de responsabilité sociale est bien illustrée par la faculté de médecine de Sherbrooke, qui outre sa liaison privilégiée avec le territoire des Cantons de l'Est, s'investit également à développer l'éducation médicale dans la province voisine du Nouveau Brunswick pour pallier une sous-médicalisation des minorités francophones de cette province<sup>9</sup>.

Quant à l'Iran, prenant au mot l'invitation de l'OMS à mieux coordonner éducation médicale et organisation des services de santé, il a décidé de créer, dès 1985, un unique ministère de la santé et de l'éducation médicale, avec un dispositif original qui confère à la même personne la direction de la faculté de médecine et l'organisation de la santé publique dans un territoire<sup>10</sup>.

Dans d'autres pays, des progrès de coordination restent à faire. Au Tchad, par exemple, qui s'est doté en 1990 de sa première et seule faculté de médecine, il s'est avéré un manque de synergie entre le ministère de l'enseignement supérieur et le ministère de la santé publique, au point que ce dernier a tenu à organiser une année de formation supplémentaire pour les jeunes diplômés avant leur affectation dans des districts de santé, les jugeant inaptes à assumer cette fonction.

En France, en 2003, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie n'a pas associé les facultés de médecine dans l'élaboration de son rapport, alors que celui-ci prévoyait des réaménagements importants dans l'organisation des services de santé et des fonctions nouvelles pour les futurs médecins<sup>11</sup>.

Bien qu'une plus grande coordination entre institutions responsables de l'éducation médicale et de la santé publique soit nécessaire dans la plupart des pays, il faut néanmoins louer les efforts faits par les uns et les autres, quelquefois à titre individuel, y compris dans les pays cités, pour améliorer la cohérence et la pertinence des pratiques.

### *Influences réciproques entre santé publique et éducation médicale*

#### **La santé publique peut inspirer l'éducation médicale**

Pour pouvoir prétendre répondre de façon optimale aux

besoins de santé prioritaires des citoyens et de la société, l'éducation médicale a besoin du concours de la santé publique. En effet, celle-ci a pour mission de promouvoir des valeurs de qualité, d'équité, de pertinence et de coût-efficacité, servant de fondements à l'organisation des soins et auxquelles les futurs diplômés ne pourront pas être insensibles. De plus, les stratégies d'application pour tendre vers ces valeurs devront être intégrées par ces mêmes diplômés : intégration des services sanitaires et sociaux centrés sur la personne, synergie entre santé individuelle et santé de la population, partenariat entre différents acteurs de santé, toutes mesures conduisant à influencer les modes de pratique<sup>12</sup>.

La santé publique peut aussi aider l'éducation médicale à mieux définir son objet, en particulier la nature du produit fini de la formation. Un profil de poste de médecin, inspiré par une analyse de l'évolution du système de santé et des besoins de la personne et de la société, est un outil essentiel pour assurer la pertinence de l'éducation médicale. Le « médecin cinq étoiles » proposé par l'OMS est un exemple de pareil profil<sup>13</sup>. Pour réaliser un tel projet éducatif, la santé publique peut mettre à disposition des institutions de formation un éventail de terrains d'apprentissage plus représentatif du futur cadre de travail, alors que le milieu hospitalier reste souvent un lieu de stage privilégié, quelquefois exclusif, pour l'éducation médicale. En revanche, une diversité de lieux de stage peut être offerte aux apprenants pour une vision plus équilibrée de la réalité, tels que centres de santé, dispensaires, structures d'action préventive et sociale, cabinets de médecins généralistes, hôpitaux cantonaux ou de district, services de soins ambulatoires et d'urgence, etc.

### **L'éducation médicale peut inspirer la santé publique**

Gageons que l'institution de formation est soucieuse de la bonne utilisation des personnels formés. Pourtant, il n'est pas rare de constater que des personnels de santé bien formés à assumer certaines fonctions importantes de santé publique ne trouvent pas d'occasions de les pratiquer, une fois affectés à leur poste de travail, notamment dans les domaines de la surveillance épidémiologique, la prévention, le travail en réseaux ou en équipes, l'organisation de soins de santé primaires intégrés ou la recherche, et cela pour des raisons diverses : le manque d'imagination quant à la perspective de nouvelles carrières, l'absence d'incitatifs pour assumer de nouvelles fonctions, la surcharge de travail, le cloisonnement administratif et les lourdeurs bureaucratiques.

Citons le cas où l'institution de formation pourrait être plus sérieusement préoccupée par une utilisation appro-

priée de ses diplômés. Ainsi, à Madagascar, il nous est apparu, en parlant avec des médecins généralistes travaillant en milieu rural, que la plupart de leurs patients présentaient des symptômes de paludisme, de chikungunya ou de dengue. En même temps, à quelques mètres de leur cabinet de consultation, en bordure de la principale route du village, on pouvait voir un impressionnant amoncellement de détritiques avec des gîtes tout indiqués pour la prolifération de moustiques. La corrélation entre les plaintes des patients et les ordures était évidente et il eût suffi d'une simple mesure d'assainissement pour protéger la santé publique mais nos généralistes attendaient depuis plusieurs semaines qu'intervînt le responsable local du bureau d'hygiène. En vain !

Ne peut-on pas imaginer que ces médecins, par ailleurs bien formés au cours de leurs études médicales à la salubrité de l'environnement, soient chargés de promouvoir et contrôler des mesures de protection aussi élémentaires ? La faculté de médecine ne peut-elle pas prendre l'initiative de négocier avec le ministère de la santé pour que soient confiées à leurs futurs diplômés de telles responsabilités, avec la condition d'une formation appropriée et d'une compensation financière adaptée ? Alors que l'on est tenu de porter assistance à personne en danger, pourquoi ne serait-on pas tenu à porter assistance à communauté en danger ? Pourquoi la faculté de médecine ne ferait-elle pas sien ce principe ? Des médecins généralistes pour la maladie, c'est bien, mais des généralistes pour la santé, c'est mieux !

Une autre opportunité importante pour influencer la santé publique est celle d'un partenariat que l'institution de formation établirait avec d'autres acteurs de la santé dans le cadre d'un programme de santé prioritaire. Le cas de la faculté de médecine de l'Université de l'Illinois, à Rockford, aux Etats-Unis, est éloquent en la matière. En effet, cette faculté vient de se doter d'un centre de lutte contre les disparités dans le domaine de la santé. Cette décision a été motivée par le fait que 15 % des citoyens noirs et hispaniques de l'Etat de l'Illinois étaient dépourvus d'assurance-santé, du fait de leur pauvreté, et que 20 % d'entre eux ne souhaitaient pas consulter un service de santé administré par un blanc, par manque de confiance ou crainte de discrimination. A travers ses activités de formation, de recherche et de services, la faculté entend tisser une collaboration étroite avec le pouvoir politique, l'administration sanitaire, les services de santé hospitaliers et ambulatoires, les services sociaux et les différentes associations d'action sanitaire et sociale. En prenant l'initiative d'un tel rassemblement, elle crée une dynamique de santé

# Conférence

publique en faveur d'une valeur emblématique en matière de santé, à savoir la justice sociale et l'équité, et expérimentation des méthodes pour piloter, évaluer et pérenniser le projet. De plus, elle offre un environnement d'apprentissage exemplaire à ses futurs diplômés, avec l'appui d'équipes d'enseignants et de chercheurs.

## Conclusion

Éducation médicale et santé publique sont interdépendantes dans leur quête à donner un sens à leur action : mieux servir autrui. Chacune gagnera en excellence par la collaboration et la synergie.

### La santé publique

Elle pourrait s'assurer d'une meilleure adéquation des personnels formés en entretenant un dialogue suivi avec l'institution de formation quant aux objectifs de formation, au nombre de personnels à former et aux territoires à desser-

vir en priorité. En accueillant dans ses structures, y compris au sein de populations défavorisées, étudiants et instructeurs, elle profiterait de ressources humaines appréciables. En outre, elle bénéficierait des conseils scientifiques dans la conception de ses différents travaux de recherche et d'enquêtes. Enfin, elle trouverait un partenaire de qualité pour promouvoir les grandes causes de santé publique.

### L'éducation médicale

En étant en prise directe avec les grands défis de la santé publique, elle évaluerait plus précisément l'effet de son action et la réorienterait au besoin, notamment en matière de formation. De nouveaux champs d'investigation s'ouvriraient aux chercheurs, en particulier pour une action plus globale et intégrée. Enfin, en considérant l'impact de son action sur la santé publique parmi les mesures d'excellence, elle se préparerait à une évolution, que certains estiment inéluctable, de l'évaluation et de l'accréditation des institutions de formation.

## Références

1. Bettcher DW, Sapirie S, Goon EHT. *Essential public health functions: results of the international Delphi study*. *World Health Stat Q* 1998;51:44.
2. Boelen C. *Il y a peut-être un avenir pour la pédagogie médicale...* *Pédagogie Médicale* 2005;6:8-14.
3. OMS. *Le rapport sur la santé dans le monde 2006 : Travailler ensemble pour la santé*. Genève : OMS, 2006 [On-line] Disponible sur : [http://www.who.int/whr/2006/whr06\\_overview\\_fr.pdf](http://www.who.int/whr/2006/whr06_overview_fr.pdf)
4. Organisation des Nations Unies. *Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)*. ONU 2006 [On-line] Disponible sur : <http://www.un.org/french/millenniumgoals/>
5. WHO, *Human resources and health systems in response to people's priority health needs. A WHO consultation, Dr Charles Boelen, Kathmandu, Nepal, 13-23 September 2005. Rapport disponible au WHO Regional Office for South-East Asia: pandeyh@searo.who.int*
6. *Global Health Workforce Alliance 2006* [On-line] Disponible sur : <http://www.ghwa.org/ghwa/background.htm>
7. *Global Forum for Health Research. The 10/90 report on health research 2000*, Geneva: Global Forum for Health Research, 2000 [On-line] Disponible sur : [http://www.globalforumhealth.org/Site/000\\_\\_Home.php](http://www.globalforumhealth.org/Site/000__Home.php)
8. *General Medical Council. Tomorrow's doctors: Recommendations on Undergraduate Medical Education*. London: GMC, 2003. [On-line]. Disponible sur : <http://www.gmcuk.org/education/undergraduate/tomdoc.pdf>
9. *Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke. Grandir et innover pour une société en santé, Plan stratégique 2005-2009*. Sherbrooke (QC): Université de Sherbrooke, 2005 [On-line] Disponible sur : <http://www.usherbrooke.ca/medecine/>
10. Marandi AR. *Integrating medical education and health services. The Iranian experience*. *Med Educ* 1996;30:4-8.
11. *Rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie*. Paris 2004 [On-line] Disponible sur : <http://www.assurancemaladie.sante.gouv.fr/pdf/rapport.pdf>
12. Boelen C. *Vers l'unité pour la santé. Défi et opportunités des partenariats pour le développement de la santé*. Document de travail. Genève: OMS 2002 [On-line]. Disponible sur : [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_EIP\\_OSD\\_2000.9\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_EIP_OSD_2000.9_fre.pdf)
13. OMS. *Médecins pour la santé. Une stratégie mondiale de l'OMS pour la réorientation de l'enseignement de la médecine et de la pratique médicale en faveur de la santé pour tous*. Genève : OMS (ref : WHO/HRH/96.1), 1996.