

UNIVERSITE MOHAMMED V - SOUSSI
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE -RABAT-

ANNEE: 2013

THESE N°:169

**REGARD EVALUATIF SUR LES PROGRAMMES
PEDAGOGIQUES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE DE RABAT**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le :

PAR

Mme. Basma AIADI

Née le 04 mai 1985 à Nador

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES: Pédagogie – Programmes – Evaluation – Etudiants –
Faculté de Médecine et de pharmacie de Rabat.

JURY

Mme. N. HAJJAJ Professeur de Rhumatologie		PRESIDENTE
Mr. M. AHALLAT Professeur de Chirurgie Générale		RAPPORTEUR
Mr. M. ADNAOUI Professeur de Médecine Interne	}	JUGES
Mr. M. JIDDANE Professeur d'Anatomie		
Mr. Y. NOUINY Professeur d'Urologie		
Mr. Y. BJIJOU Professeur d'Anatomie		

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا

إننا أنت العليم الحكيم

سورة البقرة: الآية 32

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمَ

17 JUIN 2013



UNIVERSITE MOHAMMED V- SOUISSI
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI

ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur Mohamed ADNAOUI
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et estudiantines
Professeur Mohammed AHALLAT
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Jamal TAOUFIK
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Jamal TAOUFIK
Secrétaire Général : Mr. El Hassane AHALLAT

PROFESSEURS :

Mai et Octobre 1981

Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih
Pr. TAOBANE Hamid*

Chirurgie Cardio-Vasculaire
Chirurgie Thoracique

Mai et Novembre 1982

Pr. ABROUQ Ali*
Pr. BENSOUHA Mohamed
Pr. BENOSMAN Abdellatif
Pr. LAHBABI Naïma

Oto-Rhino-Laryngologie
Anatomie
Chirurgie Thoracique
Physiologie

Novembre 1983

Pr. BELLAKHDAR Fouad
Pr. HAJJAJ Najia ép. HASSOUNI

Neurochirurgie
Rhumatologie

Décembre 1984

Pr. EL GUEDDARI Brahim El Khalil
Pr. MAAOUNI Abdelaziz
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
Pr. SETTAF Abdellatif

Radiothérapie
Médecine Interne
Anesthésie -Réanimation
Chirurgie

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENJELLOUN Halima
Pr. BENSALD Younes
Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa
Pr. IRAQI Ghali

Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Neurologie
Pneumo-phtisiologie

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. AJANA Ali
Pr. CHAHED OUAZZANI Houria
Pr. EL YAACOUBI Moradh
Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah
Pr. LACHKAR Hassan
Pr. YAHYAOUI Mohamed

Radiologie
Gastro-Entérologie
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Neurologie

Décembre 1988

Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib
Pr. DAFIRI Rachida
Pr. HERMAS Mohamed
Pr. TOLOUNE Farida*

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie
Traumatologie Orthopédie
Médecine Interne

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

Pr. ADNAOUI Mohamed
Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali*
Pr. CHAD Bouziane
Pr. CHKOFF Rachid
Pr. HACHIM Mohammed*
Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. MANSOURI Fatima
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda
Pr. TAZI Saoud Anas

Médecine Interne
Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Pathologie Chirurgicale
Médecine-Interne
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Neurologie
Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia
Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENABDELLAH Chahrazad
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif
Pr. BENSOUDA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZZAD Rachid
Pr. CHABRAOUI Layachi
Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chirurgie Générale
Hématologie
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Pharmacologie
Histologie Embryologie

Pr. JANATI Idrissi Mohamed*
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal

Chirurgie Générale
Pédiatrie
Pharmacologie
Chimie thérapeutique

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOUADA Adil
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. DAOUDI Rajae
Pr. DEHAYNI Mohamed*
Pr. EL OUAHABI Abdessamad
Pr. FELLAT Rokaya
Pr. GHAFIR Driss*
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. OUZZANI TAIBI Med Charaf Eddine
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie
Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale
Microbiologie

Mars 1994

Pr. AGNAOU Lahcen
Pr. BENCHERIFA Fatiha
Pr. BENJAAFAR Noureddine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid
Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. EL AOUAD Rajae
Pr. EL BARDOUNI Ahmed
Pr. EL HASSANI My Rachid
Pr. EL IDRISSE Lamghari Abdennaceur
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. HADRI Larbi*
Pr. HASSAM Badredine
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. JELTHI Ahmed
Pr. MAHFOUD Mustapha
Pr. MOUDENE Ahmed*
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Ophtalmologie
Ophtalmologie
Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Gynécologie Obstétrique
Immunologie
Traumato-Orthopédie
Radiologie
Médecine Interne
Chirurgie Générale
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie – Orthopédie
Traumatologie- Orthopédie
Gynécologie – Obstétrique
Dermatologie

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. ABDELHAK M'barek
Pr. BELAIDI Halima
Pr. BRAHMI Rida Slimane
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHAMI Ilham
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. EL ABBADI Najia
Pr. HANINE Ahmed*
Pr. JALIL Abdelouahed
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Urologie
Chirurgie – Pédiatrique
Neurologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Gynécologie – Obstétrique
Traumatologie – Orthopédie
Radiologie
Ophtalmologie
Neurochirurgie
Radiologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. BEDDOUCHE Amoqrane*
Pr. CHAARI Jilali*
Pr. DIMOU M'barek*
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
Pr. EL MESNAOUI Abbes
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. FERHATI Driss
Pr. HASSOUNI Fadil
Pr. HDA Abdelhamid*
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. IBRAHIMY Wafaa
Pr. MANSOURI Aziz
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Urologie
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Gynécologie Obstétrique
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Cardiologie
Urologie
Ophtalmologie
Radiothérapie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Décembre 1996

Pr. AMIL Touriya*
Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. MAHFOUDI M'barek*

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Radiologie

Pr. MOHAMMADINE EL Hamid
Pr. MOHAMMADI Mohamed
Pr. MOULINE Soumaya
Pr. OUADGHIRI Mohamed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumo-phtisiologie
Traumatologie-Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BEN AMAR Abdesselem
Pr. BEN SLIMANE Lounis
Pr. BIROUK Nazha
Pr. CHAOUIR Souad*
Pr. DERRAZ Said
Pr. ERREIMI Naima
Pr. FELLAT Nadia
Pr. GUEDDARI Fatima Zohra
Pr. HAIMEUR Charki*
Pr. KADDOURI Nouredine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. NAZI M'barek*
Pr. OUAHABI Hamid*
Pr. TAOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique
Chirurgie Générale
Urologie
Neurologie
Radiologie
Neurochirurgie
Pédiatrie
Cardiologie
Radiologie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Cardiologie
Neurologie
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

Pr. AFIFI RAJAA
Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. EZZAITOUNI Fatima
Pr. LAZRAK Khalid *

Gastro-Entérologie
Neurologie
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Néphrologie
Traumatologie Orthopédie

Pr. BENKIRANE Majid*
Pr. KHATOURI ALI*
Pr. LABRAIMI Ahmed*

Hématologie
Cardiologie
Anatomie Pathologique

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUMAR Hassan
Pr. BENCHERIF My Zahid
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Pédiatrie

Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHAOUI Zineb
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. EL OTMANY Azzedine
Pr. HAMMANI Lahcen
Pr. ISMAILI Mohamed Hatim
Pr. ISMAILI Hassane*
Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Pneumo-phtisiologie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Chirurgie Générale
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AIT OURHROUI Mohamed
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. BENCHEKROUN Nabihha
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL IDGHIRI Hassan
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. HSSAIDA Rachid*
Pr. LAHLOU Abdou
Pr. MAFTAH Mohamed*
Pr. MAHASSINI Najat
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
Pr. NASSIH Mohamed*
Pr. ROUIMI Abdelhadi

Neurologie
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Ophtalmologie
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie
Oto-Rhino-Laryngologie
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anesthésie-Réanimation
Traumatologie Orthopédie
Neurochirurgie
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale
Neurologie

Décembre 2001

Pr. ABABOU Adil
Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BELMEKKI Mohammed
Pr. BENABDELJLIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane

Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Ophtalmologie
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie

Pr. BENNANI Rajae
 Pr. BENOUACHANE Thami
 Pr. BENYOUSSEF Khalil
 Pr. BERRADA Rachid
 Pr. BEZZA Ahmed*
 Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
 Pr. BOUHOUCHE Rachida
 Pr. BOUMDIN El Hassane*
 Pr. CHAT Latifa
 Pr. CHELLAOUI Mounia
 Pr. DAALI Mustapha*
 Pr. DRISSE Sidi Mourad*
 Pr. EL HIJRI Ahmed
 Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
 Pr. EL MADHI Tarik
 Pr. EL MOUSSAIF Hamid
 Pr. EL OUNANI Mohamed
 Pr. ETTAIR Said
 Pr. GAZZAZ Miloudi*
 Pr. GOURINDA Hassan
 Pr. HRORA Abdelmalek
 Pr. KABBAJ Saad
 Pr. KABIRI EL Hassane*
 Pr. LAMRANI Moulay Omar
 Pr. LEKEHAL Brahim
 Pr. MAHASSIN Fattouma*
 Pr. MEDARHRI Jalil
 Pr. MIKDAME Mohammed*
 Pr. MOHSINE Raouf
 Pr. NOUINI Yassine
 Pr. SABBAH Farid
 Pr. SEFIANI Yasser
 Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Cardiologie
 Pédiatrie
 Dermatologie
 Gynécologie Obstétrique
 Rhumatologie
 Anatomie
 Cardiologie
 Radiologie
 Radiologie
 Radiologie
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Anesthésie-Réanimation
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie-Pédiatrique
 Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie-Pédiatrique
 Chirurgie Générale
 Anesthésie-Réanimation
 Chirurgie Thoracique
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Médecine Interne
 Chirurgie Générale
 Hématologie Clinique
 Chirurgie Générale
 Urologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Pédiatrie

Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
 Pr. AMEUR Ahmed *
 Pr. AMRI Rachida
 Pr. AOURARH Aziz*
 Pr. BAMOU Youssef *
 Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
 Pr. BENZEKRI Laila
 Pr. BENZZOUBEIR Nadia*
 Pr. BERNOUSSI Zakiya

Anatomie Pathologique
 Urologie
 Cardiologie
 Gastro-Entérologie
 Biochimie-Chimie
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Dermatologie
 Gastro-Entérologie
 Anatomie Pathologique

Pr. BICHRA Mohamed Zakariya
Pr. CHOHO Abdelkrim *
Pr. CHKIRATE Bouchra
Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
Pr. EL BARNOUSSI Leila
Pr. EL HAOURI Mohamed *
Pr. EL MANSARI Omar*
Pr. ES-SADEL Abdelhamid
Pr. FILALI ADIB Abdelhai
Pr. HADDOUR Leila
Pr. HAJJI Zakia
Pr. IKEN Ali
Pr. ISMAEL Farid
Pr. JAAFAR Abdeloihab*
Pr. KRIOUILE Yamina
Pr. LAGHMARI Mina
Pr. MABROUK Hfid*
Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*
Pr. NAITLHO Abdelhamid*
Pr. OUJILAL Abdelilah
Pr. RACHID Khalid *
Pr. RAISS Mohamed
Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
Pr. RHOU Hakima
Pr. SIAH Samir *
Pr. THIMOU Amal
Pr. ZENTAR Aziz*

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
Pr. AMRANI Mariam
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
Pr. BENKIRANE Ahmed*
Pr. BOUGHALEM Mohamed*
Pr. BOULAADAS Malik
Pr. BOURAZZA Ahmed*
Pr. CHAGAR Belkacem*
Pr. CHERRADI Nadia
Pr. EL FENNI Jamal*
Pr. EL HANCHI ZAKI
Pr. EL KHORASSANI Mohamed
Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
Pr. HACHI Hafid

Psychiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Chirurgie Pédiatrique
Gynécologie Obstétrique
Dermatologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Ophtalmologie
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Traumatologie Orthopédie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Traumatologie Orthopédie
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Médecine Interne
Oto-Rhino-Laryngologie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Générale
Pneumophtisiologie
Néphrologie
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Cardiologie
Chirurgie Générale

Pr. JABOUIRIK Fatima
Pr. KARMANE Abdelouahed
Pr. KHABOUZE Samira
Pr. KHARMAZ Mohamed
Pr. LEZREK Mohammed*
Pr. MOUGHIL Said
Pr. SASSENOU ISMAIL*
Pr. TARIB Abdelilah*
Pr. TIJAMI Fouad
Pr. ZARZUR Jamila

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
Pr. ALAOUI Ahmed Essaid
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. AZIZ Nouredine*
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina
Pr. BENHALIMA Hanane
Pr. BENHARBIT Mohamed
Pr. BENYASS Aatif
Pr. BERNOUSSI Abdelghani
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed
Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. EL HAMZAOUI Sakina
Pr. HAJJI Leila
Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. KARIM Abdelouahed
Pr. KENDOSSI Mohamed*
Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. NIAMANE Radouane*
Pr. RAGALA Abdelhak
Pr. SBIHI Souad
Pr. TNACHERI OUAZZANI Btissam
Pr. ZERAIDI Najia

Pédiatrie
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Traumatologie Orthopédie
Urologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Gastro-Entérologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Rhumatologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
Ophtalmologie
Cardiologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Biophysique
Microbiologie
Cardiologie
Pédiatrie
Radiologie
Ophtalmologie
Cardiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Rhumatologie
Gynécologie Obstétrique
Histo-Embryologie Cytogénétique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique

Décembre 2005

Pr. CHANI Mohamed

Anesthésie Réanimation

Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. AKJOUJ Said*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BIYI Abdelhamid*
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
Pr. BOULAHYA Abdellatif*
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal
Pr. ESSAMRI Wafaa
Pr. FELLAT Ibtissam
Pr. FAROUDY Mamoun
Pr. GHADOUANE Mohammed*
Pr. HARMOUCHE Hicham
Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
Pr. IDRIS LAHLOU Amine
Pr. JROUNDI Laila
Pr. KARMOUNI Tariq
Pr. KILI Amina
Pr. KISRA Hassan
Pr. KISRA Mounir
Pr. LAATIRIS Abdelkader*
Pr. LMIMOUNI Badreddine*
Pr. MANSOURI Hamid*
Pr. OUANASS Abderrazzak
Pr. SAFI Soumaya*
Pr. SEKKAT Fatima Zahra
Pr. SOUALHI Mouna
Pr. TELLAL Saida*
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Rhumatologie
Radiologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio – Vasculaire
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Gastro-entérologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Urologie
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie – Pédiatrique
Pharmacie Galénique
Parasitologie
Radiothérapie
Psychiatrie
Endocrinologie
Psychiatrie
Pneumo – Phtisiologie
Biochimie
Pneumo – Phtisiologie

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. ACHOUR Abdessamad*
Pr. AIT HOUSSA Mahdi*
Pr. AMHAJJI Larbi*
Pr. AMMAR Haddou
Pr. AOUI Sarra
Pr. BAITE Abdelouahed*

Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Chirurgie générale
Chirurgie cardio vasculaire
Traumatologie orthopédie
ORL
Parasitologie
Anesthésie réanimation

Pr. BALOUCH Lhousaine*
 Pr. BENZIANE Hamid*
 Pr. BOUTIMZIANE Nourdine
 Pr. CHARKAOUI Naoual*
 Pr. EHIRCHIOU Abdelkader*
 Pr. ELABSI Mohamed
 Pr. EL BEKKALI Youssef*
 Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
 Pr. EL OMARI Fatima
 Pr. GANA Rachid
 Pr. GHARIB Noureddine
 Pr. HADADI Khalid*
 Pr. ICHOU Mohamed*
 Pr. ISMAILI Nadia
 Pr. KEBDANI Tayeb
 Pr. LALAOUI SALIM Jaafar*
 Pr. LOUZI Lhoussain*
 Pr. MADANI Naoufel
 Pr. MAHI Mohamed*
 Pr. MARC Karima
 Pr. MASRAR Azlarab
 Pr. MOUSSAOUI Abdelmajid
 Pr. MOUTAJ Redouane *
 Pr. MRABET Mustapha*
 hygiène
 Pr. MRANI Saad*
 Pr. OUZZIF Ez zohra*
 Pr. RABHI Monsef*
 Pr. RADOUANE Bouchaib*
 Pr. SEFFAR Myriame
 Pr. SEKHSOKH Yessine*
 Pr. SIFAT Hassan*
 Pr. TABERKANET Mustafa*
 Pr. TACHFOUTI Samira
 Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
 Pr. TANANE Mansour*
 Pr. TLIGUI Houssain
 Pr. TOUATI Zakia

Biochimie-chimie
 Pharmacie clinique
 Ophtalmologie
 Pharmacie galénique
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Chirurgie cardio vasculaire
 Anesthésie réanimation
 Psychiatrie
 Neuro chirurgie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Radiothérapie
 Oncologie médicale
 Dermatologie
 Radiothérapie
 Anesthésie réanimation
 Microbiologie
 Réanimation médicale
 Radiologie
 Pneumo phtisiologie
 Hématologique
 Anesthésier réanimation
 Parasitologie
 Médecine préventive santé publique et
 Virologie
 Biochimie-chimie
 Médecine interne
 Radiologie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Radiothérapie
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Ophtalmologie
 Chirurgie générale
 Traumatologie orthopédie
 Parasitologie
 Cardiologie

Décembre 2008

Pr ZOUBIR Mohamed*
 Pr TAHIRI My El Hassan*

PROFESSEURS AGREGES :

Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*	Médecine interne
Pr. AGDR Aomar*	Pédiatrie
Pr. AIT ALI Abdelmounaim*	Chirurgie Générale
Pr. AIT BENHADDOU El hachmia	Neurologie
Pr. AKHADDAR Ali*	Neuro-chirurgie
Pr. ALLALI Nazik	Radiologie
Pr. AMAHZOUNE Brahim*	Chirurgie Cardio-vasculaire
Pr. AMINE Bouchra	Rhumatologie
Pr. AZENDOUR Hicham*	Anesthésie Réanimation
Pr. BELYAMANI Lahcen*	Anesthésie Réanimation
Pr. BJIJOU Younes	Anatomie
Pr. BOUHSAIN Sanae*	Biochimie-chimie
Pr. BOUI Mohammed*	Dermatologie
Pr. BOUNAIM Ahmed*	Chirurgie Générale
Pr. BOUSSOUGA Mostapha*	Traumatologie orthopédique
Pr. CHAKOUR Mohammed *	Hématologie biologique
Pr. CHTATA Hassan Toufik*	Chirurgie vasculaire périphérique
Pr. DOGHMI Kamal*	Hématologie clinique
Pr. EL MALKI Hadj Omar	Chirurgie Générale
Pr. EL OUENNASS Mostapha*	Microbiologie
Pr. ENNIBI Khalid*	Médecine interne
Pr. FATHI Khalid	Gynécologie obstétrique
Pr. HASSIKOU Hasna *	Rhumatologie
Pr. KABBAJ Nawal	Gastro-entérologie
Pr. KABIRI Meryem	Pédiatrie
Pr. KADI Said *	Traumatologie orthopédique
Pr. KARBOUBI Lamya	Pédiatrie
Pr. L'KASSIMI Hachemi*	Microbiologie
Pr. LAMSAOURI Jamal*	Chimie Thérapeutique
Pr. MARMADE Lahcen	Chirurgie Cardio-vasculaire
Pr. MESKINI Toufik	Pédiatrie
Pr. MESSAOUDI Nezha *	Hématologie biologique
Pr. MSSROURI Rahal	Chirurgie Générale
Pr. NASSAR Ittimade	Radiologie
Pr. OUKERRAJ Latifa	Cardiologie
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *	Pneumo-phtisiologie
Pr. ZOUHAIR Said*	Microbiologie

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
Pr. AMEZIANE Taoufiq*
Pr. BELAGUID Abdelaziz
Pr. BOUAITY Brahim*
Pr. CHADLI Mariama*
Pr. CHEMSI Mohamed*
Pr. CHERRADI Ghizlan
Pr. DAMI Abdellah*
Pr. DARBI Abdellatif*
Pr. DENDANE Mohammed Anouar
Pr. EL HAFIDI Naima
Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
Pr. EL MAZOUZ Samir
Pr. EL SAYEGH Hachem
Pr. ERRABIH Ikram
Pr. LAMALMI Najat
Pr. LEZREK Mounir
Pr. MALIH Mohamed*
Pr. MOSADIK Ahlam
Pr. MOUJAHID Mountassir*
Pr. NAZIH Mouna*
Pr. RAISSOUNI Zakaria*
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Anesthésie réanimation
Médecine interne
Physiologie
ORL
Microbiologie
Médecine aéronautique
Cardiologie
Biochimie chimie
Radiologie
Chirurgie pédiatrique
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie plastique et réparatrice
Urologie
Gastro entérologie
Anatomie pathologique
Ophtalmologie
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie générale
Hématologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie pathologique

Mai 2012

Pr. Abdelouahed AMRANI
Pr. ABOUELALAA Khalil*
Pr. Ahmed JAHID
Pr. BELAIZI Mohamed*
Pr. BENCHEBBA Drissi*
Pr. DRISSI Mohamed*
Pr. EL KHATTABI Abdessadek*
Pr. EL OUAZZANI Hanane*
Pr. MEHSSANI Jamal*
Pr. Mouna EL ALAOUI MHAMDI
Pr. Mounir ER-RAJI
Pr. RAISSOUNI Maha*

Chirurgie Pédiatrique
Anesthésie Réanimation
Anatomie Pathologique
Psychiatrie
Traumatologie Orthopédique
Anesthésie Réanimation
Médecine Interne
Pneumophtisiologie
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Chirurgie Pédiatrique
Cardiologie

ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES
PROFESSEURS

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia	Biochimie
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootchnie
Pr. FAOUZI Moulay El Abbes	Pharmacologie
Pr. HAMZAOUI Laila	Biophysique
Pr. HMAMOUCHE Mohamed	Chimie Organique
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biotechnologie
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
Pr. REDHA Ahlam	Biochimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique

Enseignants Militaires

Mise à jour le 02/05/2013



Dédicaces

A la mémoire de mon père

Je n'oublierai jamais l'expression de bonheur que tu avais au visage au moment où j'ai été acceptée à cette faculté.

Même si tu nous as quitté avant de voir ce rêve se réaliser, j'espère qu'aujourd'hui, de là où tu reposes, tu me regardes avec fierté puisque j'ai accomplie la promesse que je t'avais faite lors de mes derniers instants avec toi.

Aujourd'hui encore, je te promets de continuer de l'avant et de ne jamais me lasser d'être à la hauteur de tes attentes.

Je te remercie pour m'avoir appris à prendre des décisions dans la vie...

de m'avoir appris à compter sur moi et d'avoir confiance en moi

Que Dieu le tout puissant garde ton âme en paix

A ma chère maman

En plus d'être une source intarissable de tendresse d'Amour et de dévouement, tu as toujours été pour moi, ainsi que pour tous les membres de notre petite famille, l'énergie qui rayonne notre vie et maintien en nous l'envie d'aller constamment en avant.

Je te remercie pour ton soutien continu et pour les durs moments que je t'ai fait subir tu as toujours su me supporter.

Ta prière et ta bénédiction m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études.

Que ce modeste travail soit un début de mes récompenses envers toi .

Puisse ALLAH m'aider pour rendre un peu soit-il de ce que tu m'as donné.

Puisse ALLAH t'accorder santé, bonheur et longue vie.

A mon cher et tendre époux Fouad

Je remercie Dieu d'avoir créée, spécialement pour moi, une âme sœur qui soit si amoureuse, généreuse et compréhensive

Tu m'as accompagné tout au long du chemin, tu m'a épaulé, encouragé et essuyé les larmes.

Ta présence dans ma vie, est une source de bonheur, de rassurance et d'espoir.

Je t'assure que sans ton aide, tes conseils et tes encouragements ce travail n'aurait vu le jour.

Je te remercie pour tous les bons moments que tu as su me faire vivre

Que Dieu le tout puissant qui nous a réunis sur terre, vous préserve santé et vous offre réussite et prospérité.

A mon futur enfant

Même avant que tu sois né, tu as été un bon fils, tu m'as accompagné et m'a donné la force d'accomplir ce travail

Je souhaite t'accueillir bientôt dans mes bras,

Que Dieu te procure santé, longue vie et bonheur éternel.

A

Mes chers amis et confrères :

Mes amies et consœurs :

Pendant notre cursus médical vous étiez toujours là pour me reconforter et me soutenir dans les moments les plus durs.

Merci, chers amis pour ce joli parcours que nous avons réalisé ensemble. Je saisis cette occasion pour vous exprimer mon profond respect et vous souhaiter le bonheur, la joie et tout le succès du monde.

A tous ceux qui me sont chers et que j'ai involontairement omis de citer.

A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

*A TOUS MES MAÎTRES DE L'ENSEIGNEMENT PRIMAIRE, DE
L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE, ET DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR,*

En témoignage de mon affection et respect

Remerciements

A notre maitre et présidente de jury

MADAME LE PROFESSEUR

Najia HAJJAJ HASSOUNI

Professeur de rhumatologie

Doyen honoraire de la faculté de médecine et de

pharmacie de Rabat 2003-2013

Je vous remercie madame, de nous avoir honorés en présidant ce jury. Durant tout Mon passage à la faculté ainsi qu'au stage de rhumatologie qui fut l'un des plus instructifs de ma formation, j'ai été impressionnée par votre sérieux, votre compétence et votre grand sens d'humanité

Votre dévouement au travail, votre modestie et votre gentillesse imposent le respect et représentent le model que nous serons toujours heureux de suivre. Mais au-delà de tous les mots de remerciements que nous vous adressons, nous voudrions louer en vous votre amabilité, votre courtoisie et votre générosité. Ce fut très agréable de travailler avec vous pendant cette période.

Puisse ce travail être à la hauteur de la confiance que vous nous avez accordée.

À notre maître et rapporteur de thèse

Monsieur

AHALLAT Mohammed

Professeur de chirurgie viscérale

Je tiens à vous remercier dans un premier temps de m'avoir accordé votre confiance et honoré en m'octroyant un sujet de thèse aussi intéressant et enrichissant.

Vous resterez toujours, ce brillant professeur s'exprimant avec aisance et qui est très généreux dans la transmission de son savoir aux étudiants.

Nous voudrions être dignes de la confiance que vous nous avez accordée et vous prions, chère Maître, de trouver ici le témoignage de notre sincère reconnaissance et profonde gratitude.

A

NOTRE MAITRE ET JUGE DE THÈSE

MONSIEUR ADNAOUI Mohamed

Professeur de médecine interne

Doyen de la faculté de

médecine et de pharmacie de Rabat

C'est pour nous un grand honneur que vous acceptez de siéger parmi cet honorable jury.

Vos qualités humaines et professionnelles jointes à votre compétence et votre disponibilité seront pour nous un exemple à suivre dans l'exercice de notre profession.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre reconnaissance et notre grand estime.

A notre maître et juge de thèse

Monsieur JIDANE Mohamed

Professeur d'anatomie

*Vous nous avez honoré d'accepter avec grande sympathie de siéger parmi
notre jury de thèse.*

*Votre sérieux, votre compétence et votre sens du devoir nous ont
énormément marqués.*

*Veillez trouver ici l'expression de notre grand respect et nos vifs
remerciements.*

A notre maître et juge de thèse

Monsieur NOVINI Yassine

Professeur d'urologie

Vous nous faites l'honneur d'accepter avec une très grande amabilité de siéger parmi notre jury de thèse.

Votre compétence et votre sens du devoir nous ont énormément marqués.

Veillez trouver ici l'expression de notre grand respect et nos vifs remerciements.

A notre maître et juge de thèse

Mr BJIJOU Younes

Professeur d'anatomie

Nous sommes particulièrement touchés par la spontanéité et la gentillesse avec laquelle vous avez bien voulu accepter de juger ce travail.

Nous Vous remercions pour ce grand honneur que vous nous faites.

Veillez accepter, cher maître, ce travail avec toute notre estime et haute vénération.



Sommaire

I-INTRODUCTION	1
II-PRESENTATION DE LA FACULTE	4
2-1 HISTORIQUE.....	5
2-1-1 Les études médicales au Maroc avant l'indépendance	5
2-1-2 Projet de création d'une faculté de médecine	5
2-1-3 Inauguration de la FMPR.....	6
2-1-4 Les dates phares de la vie de la FMPR	9
2-2 EDIFICIE DE LA FMPR.....	11
III- MISSION ET OBJECTIFS INSTITUTIONNELS	13
3-1 EXPOSE DE LA MISSION ET DES OBJECTIFS.....	14
3-2 FORMULATION DE LA MISSION ET DES OBJECTIFS	17
3-3 AUTONOMIE DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DES ENSEIGNANTS	18
3-4 OBJECTIFS PEDAGOGIQUES SPECIFIQUES	19
IV-PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT	21
4-1 MODÈLES DE PROGRAMMES ET MÉTHODES D'ENSEIGNEMENT	22
4-1-1 Modèles de programmes.....	22
4-1-2- Méthodes d'enseignement.....	24
4-1-2-1 Le cours magistral	24
A- Définition	24
B- Le CM à la FMPR	24
C- propositions	25
D-Quand le Cours Magistral ?	26
4-1-2-2 travaux dirigés	27
A- définition	27
B- les TD à la FMPR	28
C- Remarques	28
4-1-2-3 Les travaux pratiques	29
A- Définition	29

B- Les TP à la FMPR	30
C- Remarques	31
4-1-2-4 Les cours intégrés aux stages	32
A- Définition	32
B- Les CI à la FMPR :	32
a-Sémiologie	32
b-Pédiatrie.....	33
c-Ophthalmologie-ORL	33
C- Remarques.....	33
4-2 BASES SCIENTIFIQUES DE LA FORMATION	36
4-2-1 La médecine fondée sur les preuves : « Evidence-Based Medicine : EBM ».....	36
4-2-2 L'EBM appliquée à la démarche pédagogique.....	38
4-2-3 Contexte de la FMPR	40
4-3 SCIENCES BIOMEDICALES FONDAMENTALES.....	42
4-4 SCIENCES COMPORTEMENTALES, SOCIALES ET ETHIQUE MEDICALE	43
4-5 FORMATION EN SCIENCES CLINIQUES.....	45
LES STAGES DE LA FMPR	45
4-5-1 Le 1 ^{er} stage : stage de soins infirmiers	47
4-5-2 Stage de 3 ^{ème} année	47
4-5-3 stages de 4 ^{ème} et 5 ^{ème} années	48
4-5-4 stages de 6 ^{ème} année ou externat à plein temps	49
4-5-5 Stage de 7 ^{ème} année ou stage interné	50
4-5-6 Propositions.....	51
4-6 STRUCTURE COMPOSITION ET DUREE DU PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT	52
4-6-1 La première année du premier cycle	53
4-6-2 La deuxième année du premier cycle	54
4-6-3 Troisième AM; 1 ^{ère} année du deuxième cycle	56
4-6-4 Quatrième AM; 2 ^{ème} année du deuxième cycle	58

4-6-5 Cinquième AM; 3ème année du deuxième cycle	60
4-6-6 Sixième AM; 4ème année du deuxième cycle	61
4-6-7 Septième AM ; stage interné de périphérie	62
4-6-8 Remarques et propositions	62
4-7 PLANIFICATION ET MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME	65
4-7-1 La commission pédagogique.....	66
4-7-2 La Commission des programmes	67
4-7-3 Remarques et propositions	68
4-8 LIEN ENTRE ENSEIGNEMENT DE BASE ET LA PRATIQUE MÉDICALE	69
V- EVALUATION DES ETUDIANTS	73
5.1 MÉTHODES D'ÉVALUATION.....	75
5-1-1 Aperçu des différentes méthodes33	77
5-1-1-1 QR	77
5-1-1-2 QROC	78
5-1-1-3 QCM	78
5-1-1-4 Résolutions de problème, cas cliniques34	79
5-1-1-5 Epreuves de travaux pratiques	81
5-1-1-6 Examen Clinique Objectif Structuré (E.C.O.S.)	81
5-1-1-7 Exemples de nouvelles méthodes d'évaluation en formation médicale	81
5-1-2 Remarques et propositions.....	82
5-2 LIEN ENTRE L'APPRENTISSAGE ET L'ÉVALUATION	85
VI POLITIQUE PEDAGOGIQUE	88
6-1-QUELLE POLITIQUE GENERALE DE FORMATION EST ADOPTEE A LA FMPR	89
6-2 APPROCHE PAR OBJECTIFS OU APPROCHE PAR COMPETENCES ?....	90
6-2-1 L'approche par objectifs	91
6-2-2 L'approche par compétences.....	93
6-2-3 quel approche est adopté à la FMPR ?.....	96
VII- LES ETUDIANTS	98

7-1 POLITIQUE D'ADMISSION ET SELECTION	99
7-1-1 conditions d'accès à la FMPR section médecine	100
7-1-1-1 candidats	100
7-1-1-2 Procédure de sélection.....	100
7-1-2 Remarques et propositions.....	100
7-1-3 conditions d'accès à la FMPR section pharmacie.....	101
7-1-3-1 candidats	101
7-1-3-2 Procédure de sélection	102
7-2 EFFECTIFS.....	102
7-2-1 les étudiants de la section médecine	103
7-2-1-1 Evolution de l'effectif des étudiants	103
A- L'effectif global	103
B- Les nouveaux inscrits.....	103
C- Évolution des effectifs des étudiants en médecine au Maroc	106
7-2-1-2 Les lauréats.....	110
7-2-1-3 Durée moyenne des études en médecine et probabilité de réussite	111
7-2-2 Les étudiants section pharmacie.....	112
7-2-2-1 Evolution de l'effectif des étudiants en pharmacie.....	112
7-2-2-2 Evolution de l'effectif des lauréats en pharmacie	113
7-2-3 Les étudiants du 3ième cycle	114
7-2-3-1 L'internat.....	114
7-2-3-2 Le résidanat.....	114
7-3 SOUTIEN ET ORIENTATION DES ETUDIANTS.....	117
7-3-1 Tutorat et aide pédagogique	117
7-3-2 Aide personnelle et financière	118
7-3-3 Services socioculturels et de santé	119
7-4 REPRESENTATION DES ETUDIANTS	120
7-4-1 Représentation des étudiants au sein des comités d'établissement	121
7-4-2 Participation des étudiants à la vie de la faculté	122
VIII- FORMATION MEDICALE CONTINUE : FMC	124

8-1 HISTORIQUE.....	125
8-2 POURQUOI LA FMC ?	126
8-3 LE FONCTIONNEMENT DE LA FMC A LA FMPR :	126
8-3-1 Formations non diplômantes.....	127
8-3-2 Formations structurées assurées par la FMPR.....	127
IX-LES RESSOURCES HUMAINES.....	129
9-1-CORPS ENSEIGNANT	130
9-1-1 Marocanisation du corps enseignant :	130
9-1-2 Evolution du corps enseignant.....	131
9-1-3 Recrutement des enseignants	132
9-1-3-1 réglementation	133
9-1-3-2 Recrutement de Professeurs Assistants à la FMPR.....	133
9-1-4 taux d'encadrement pédagogique.....	134
9-1-5 La politique du personnel et perfectionnement professionnel	137
9-1-5-1 La formation en pédagogie médicale:	138
9-1-5-2 Recherche en pédagogie.....	139
X- RESSOURCES EDUCATIONNELLES ET PEDAGOGIQUES.....	140
10-1-RESSOURCES EDUCATIONNELLES	141
10-1-1-locaux.....	141
10-1-1-1 Locaux d'enseignement	141
10-1-1-2 Locaux de formation et de recherche	142
10-1-2 Sites de formation clinique.....	142
10-2 RESSOURCES PEDAGOGIQUES.....	145
10-2-1 Bibliothèque centrale.....	145
10-3 TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION ET DE COMMUNICATION.....	146
10-4 COOPERATION INTERNATIONALE	148
10-4-2-1 Les étudiants étrangers.....	149
10-4-2-2 Les enseignants-chercheurs étrangers	151
10-4-2-3 Les conventions de coopération et de partenariat	151
10-4-2-4 remarques et propositions	151

XI-EVALUATION DE L'ENSEIGNEMENT	154
11-1 MECANISMES D'EVALUATION DU PROGRAMME.....	158
11-2 CONSULTATION DES ENSEIGNANTS ET DES ETUDIANTS.....	159
11-3 PERFORMANCES DES ETUDIANTS	160
11-4 PARTICPATION DES PARTENAIRES	161
XII- GESTION ET ADMINISTRATION	162
12-1 STRUCTURES ADMINISTRATIVES ET PEDAGOGIQUES	163
12-1-1 La structuration administrative.....	164
12-1-1-1 Décanat : Doyen et Vice Doyens	164
12-1-1-2 les Services administratifs supports.....	167
12-1-1-3 Structures Consultatives et Décisionnelles	168
A- Le Conseil de la Faculté	168
B- La commission scientifique.....	169
C- Les commissions partenaires.....	169
D- Les commissions prestataires.....	170
E- Les commissions spécifiques	171
12-1-2 Organisation pédagogique et de recherche	172
12-1-2-1- Structures pédagogiques.....	172
A- Les unités de pédagogie et de recherche (UPR)	172
B- Les départements	173
12-1-2-2 Structures de la recherche.....	173
12-2 LIEN AVEC LE SECTEUR DE LA SANTÉ.....	174
XIII- Conclusion	176
ANNEXES	179
RESUME	184
BIBLIOGRAPHIE	188

ABREVIATIONS

AM	: année médecine
CIC	: centre d'informatique et de communication
CIDMEF	: Conférence Internationale des Doyens des Facultés de Médecine d'Expression Française
E.C.O.S	: Examens Cliniques Objectifs Structurés
EBM	: Evidence Based Medicine (médecine basé sur les preuves)
FMC	: Formation Médicale Continue
FMPR	: Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat
LCME	: Liaison Committee on Medical Education
MA	: Maître Assistant.
MCA	: Maitre Conférencier Agrégé
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PA	: Professeur Assistants
PES	: Professeur d'Enseignement Supérieur
QCM	: Question à Choix Multiples
QR	: Question Rédactionnelles
QROC	: Question à Réponses Ouvertes et Courtes
RP	: Résolution de Problèmes
SMSM	: Société Marocaine des sciences Médicales
TD	: Travaux Dirigés
TP	: Travaux Pratiques
UPR	: Unité de Pédagogie et de Recherche
WMFE	: World Federation for Medical Education



La faculté de médecine et de pharmacie de rabat est le premier établissement d'enseignement supérieur qui fut dédié à la formation médicale à l'ère du Maroc moderne.

Cette année (2012/2013) la faculté boucle ses cinquante ans d'existence dans un contexte particulier imposant, aujourd'hui plus que jamais, qu'on s'arrête sur son bilan.

Ceci est dû à plusieurs raisons, d'abord, la mondialisation et l'informatisation levant toute frontière devant la circulation de l'information scientifique et des populations aussi bien enseignante qu'estudiante permettant ainsi un échange totale et libre du savoir médical.

L'installation sur le territoire marocain de plusieurs facultés de médecine étatiques, dont certains verront le jour dans quelques années, la haute probabilité d'éclosion d'écoles de médecine privées, créeraient un terrain de compétitivité entre les différents établissements et pousserait chacune d'elles à vouloir se dépasser.

La ferme volonté de la politique de santé marocaine d'augmenter la production des facultés de médecine pour atteindre à l'horizon 2020 le seuil de 3300 médecins formés par an, permettant au Maroc de s'approcher des normes régionales quant à la disponibilité et la distribution du personnel médical sur le territoire.

En fin devant la diminution drastique du recrutement du personnel enseignant et administratif qui risque de conduire à une pénurie de personnel qualifié et induire ainsi une crise de gestion. des mesures rationnelles doivent être prises dès maintenant.

Notre travail vient faire un éclairage sur les différents aspects notamment, pédagogique et de gestion de notre faculté, en essayant de réaliser une évaluation de point de vue d'un étudiant des programmes, des méthodes d'enseignements et d'évaluation, de la formation continue et des ressources mobilisés ,aussi bien humaines que matérielles.

Espérant ainsi diagnostiquer systématiquement les points forts et les faiblesses pouvant aider à construire une vision future fondée sur la réalité vécue.

Les références pour jeter un regard évaluatif rationnel sur l'aspect pédagogique d'une faculté de médecine sont représentées par ceux des organismes tels :

- LCME (Liaison Committee on Medical Education)
- CIDMEF (Conférence Internationale des Doyens des Facultés de Médecine d'Expression Française)
- WFME (World Federation for Medical Education)

Nous nous sommes référés aux normes de cette dernière.



*II-Présentation
de la faculté*

2-1 HISTORIQUE

2-1-1 Les études médicales au Maroc avant l'indépendance

Le protectorat avait laissé dans le domaine de la santé publique un réseau de dispensaire et quelques hôpitaux susceptibles d'accueillir les futurs étudiants¹.

En attendant l'ouverture d'une faculté de médecine, l'enseignement médical au Maroc fut dispensé par une « Ecole d'Application de la Médecine », dirigée par le doyen de la faculté de médecine, elle accueillit les étudiants marocains inscrits dans des facultés étrangères agréées, pour accomplir au Maroc leur 5ème et 6ème année d'études et revenir ensuite passer leur cliniques et soutenir leurs thèses dans leurs facultés d'origine^{2,3}.

2-1-2 Projet de création d'une faculté de médecine

Dès l'indépendance en 1956, le roi Mohamed V souhaita, en gardant des relations privilégiées avec la France, la marocanisation progressive des cadres administratifs et le développement des formations universitaires.

En 1957, le 21 décembre, feu Sa majesté le roi Mohammed V décida de franchir le pas vers la promotion de l'enseignement supérieur au Maroc, ainsi, il ordonna la création de la première université qui était alors dénommée « université de Rabat » par le Dahir 1-58- 390 du 15 muharram 1379 (21 juillet 1959)⁴ pour comprendre au tout début:

- la faculté « Echaria »
- la faculté des sciences juridiques économiques et sociales
- la faculté des lettres
- la faculté des sciences mathématiques, physiques et naturelles

-la faculté de médecine et de pharmacie

Dans le domaine de la médecine, les autorités demandèrent en 1958, au docteur Abdelmalek Faraj, d'explorer en France les possibilités pour créer la première faculté de médecine qui serait installée à Rabat, la capitale disposant d'un hôpital important¹.

Docteur Faraj commença ses démarches dans les facultés du sud de la France et à Paris dans le but d'obtenir les meilleures assurances et un soutien fort.

2-1-3 Inauguration de la FMPR

La Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat, est instituée par le Dahir 1.58.390 du 15 Moharrem 1379 (21.7.59) et créée par le dahir 1.62.227 du 11 Joumada 1382 (9.11.62).

Le Dahir 1-62-277 du 11 Joumada II 1382 (9 novembre 1962) modifiant les Articles 23 et 24 du Dahir 1-58-390 du 15 muharram 1379 vient enfin concrétiser le projet de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat et définir la vocation de celle-ci : « *tout ce qui concerne l'enseignement supérieur et la recherche dans le domaine des sciences médicales et pharmaceutiques* » ainsi que les diplômes préparées par cette faculté :

- Diplôme de docteur en médecine.
- Diplôme de pharmacien.

Le 16 octobre 1962, la faculté de **médecine** de Rabat fut inaugurée officiellement par Feu Sa Majesté Le Roi Hassan II, en présence des hauts fonctionnaires de l'Etat et de nombreuses personnalités marocaines et étrangères de l'enseignement et de la Santé Publique, où il a prononcé son discours:

«Nous ouvrons avec bénédiction de Dieu la faculté de médecine qui doit combler un vide longtemps éprouvé... qui assumera son rôle dans le domaine pour lequel elle a été instituée, qui formera des cadres excellents aptes à accomplir leur mission au sein de la société, soit par la voie des organismes gouvernementaux ,soit dans le secteur privé...Nous n'avons pas institué cette faculté par vanité, mais nous l'avons créée parce que nous en avons senti le besoin pressant et parce que nous croyons en l'extrême utilité de son existence et la l'importance primordiale du rôle qu'elle va jouer afin de couronner notre enseignement... »⁵

La faculté de médecine de Rabat fut provisoirement installée dans les locaux d'une Ecole Normale d'instituteurs dans le quartier des orangers, près des remparts, en plein centre ville. Le docteur Faraj, alors Secrétaire Générale de l'Institut d'hygiène et Ministre de la Santé, avait été nommé Doyen de cette jeune faculté ouverte en novembre de l'année universitaire 1962-1963¹.



**Figure 1 : Feu sa majesté HASSAN II avec des personnalités universitaires et politiques
le jour de l'inauguration de la FMPR⁶**



**Figure 2 : le discours de Feu sa majesté HASSAN II à l'occasion
de l'inauguration de la FMPR⁶**

2-1-4 Les dates phares de la vie de la FMPR

○1962, le 16 Octobre : inauguration de la FMPR par feu sa majesté le roi Hassan II

○1967 : début de marocanisation du corps professoral, qui était initialement composé de professeurs français chargés d'enseignement, d'encadrement de stage mais aussi de formation d'enseignants marocains de qualité.

○1967 : Le premier concours d'agrégation a eu lieu le 11 et 12 décembre, les premiers professeurs marocains agrégés sont Pr Tounsi A., Pr Berbich A., Pr Lazrak A. et Pr MESOUAK A.

○1969 : la première promotion de lauréats a vu le jour, ils étaient au nombre de 22 médecins, dont 7 médecins femmes.

○1970 : après quelques années de recul, un besoin s'est fait sentir pour la mise en œuvre de la 1ère réforme médicale visant l'adéquation de la formation avec les priorités nationales en matière de santé.

○1979 : l'accès à la faculté est devenu limité par un nombre de postes fixé chaque année par arrêté ministériel.

○1986 : ouverture de la section pharmacie, volet indispensable de la formation scientifique dans le domaine de la santé, sans lequel ne peut se concevoir une avancée dans la médecine ni la recherche médicale.

○1996 : l'entrée en vigueur d'une nouvelle réglementation régissant le résidanat, qui a ouvert de nouvelles perspectives pour diversifier la formation et la recherche scientifique et médicale au sein de notre faculté.

○2008 : instauration d'une nouvelle politique des études médicales visant la formation de 3300 médecins par an à l'horizon 2020.

○2012 le 16 octobre la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat fête son jubilé d'or, ornant ses 50 ans d'existence.

○La faculté a connu depuis sa création le passage de plusieurs doyens.

Tableau 1 : les doyens honoraires de la FMPR

La période	Doyen
1962-1969	Dr ABDELMALEK FARAJ
1969-1974	Dr ABDELLATIF BERBIH
1974-1981	Dr BAHIR LAZRAK
1981-1989	Dr TAIEB HKILI
1989-1997	Dr MOHAMMED TAHER ALAOUI
1997-2003	Dr ABDELMAJID BELMAHI
Depuis 2003	Dr NAJIA HAJJAJ HASSOUNI

2-2 EDIFCIE DE LA FMPR

En 1962 les premiers cours de médecine furent dispensés au niveau de l'établissement initialement construit au quartier les Orangers.

En 1967 le besoin de se rapprocher en distance du centre hospitalier a fait que le nouveau local s'installe au niveau de l'hôpital Avicenne.

A partir de 1979 la faculté rejoint finalement son adresse actuelle à Madinat Al Irfan.

Le local actuel de la Faculté de Médecine de Rabat s'étend sur une superficie de neuf hectares, sa surface construite est de 39312 m². Elle comprend des locaux pour l'administration, des amphithéâtres, des salles de cours, des laboratoires, ainsi que des équipements Sportifs et Divers.



Figure 3 : Ancien local de la FMPR⁶

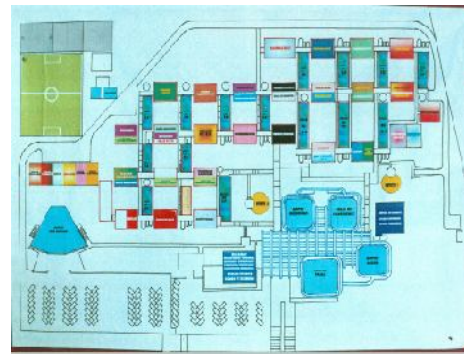


Figure 4 et 5 : image satellite et plan de la FMPR^{6,7}



Figure 6 : Entrée du local actuel de la FMPR



*III- Mission et
objectifs
institutionnels*

Normes de base

L'école de médecine doit définir sa mission et ses objectifs et les porter à la connaissance de tous les intéressés. L'exposé de la mission et des objectifs doit décrire la démarche pédagogique retenue en vue de la formation de médecins qualifiés, justifiant des connaissances médicales de base et des capacités requises pour poursuivre leur formation dans une des spécialités de la discipline et conscients du rôle qui incombe aux médecins dans le système de santé.

Normes de qualité

La mission et les objectifs devraient tenir compte des responsabilités sociales des médecins, des besoins de la recherche, de la participation des communautés et de la nécessité de préparer les étudiants à une éventuelle formation postuniversitaire.

3-1 EXPOSE DE LA MISSION ET DES OBJECTIFS.

LA mission est un énoncé général des responsabilités confiées à la faculté de médecine et de pharmacie par les instances supérieures : (université, ministère de l'enseignement supérieur). On y décrit deux éléments fondamentaux⁸

1-la référence à la responsabilité sociale

2-la référence à des valeurs universelles

Les objectifs institutionnels⁹ : découlent de la mission et décrivent la réponse de la faculté à la mission que la société lui a confiée. Ils définissent les objectifs généraux (résultats escomptés) que la faculté veut atteindre dans ses

fonctions d'éducation, de recherche et de prestation de service. A la lumière de ces définitions nous allons analyser l'état des lieux pour notre faculté⁸.

Selon l'article 1 du règlement intérieur, actualisé en juin 2010 sur proposition du conseil de la faculté, « *la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat a pour **mission** de dispenser l'enseignement supérieur en formation initiale et en formation continue et de mener tous les travaux de recherche dans la champ disciplinaire relevant des sciences de la santé , notamment dans le domaine de la médecine et de la pharmacie et dans les domaines connexe et cela conformément au décret n°2-04-89 du juin 2004 article 11*¹⁰.

Selon l'article 4 du même règlement: **les objectifs généraux** de la faculté sont « *la formation de professionnels de santé (docteurs en médecine, médecins spécialistes, enseignants_ chercheurs, docteurs en pharmacie, pharmaciens spécialistes) habilités à prendre soins de la santé individuelle et collective des individus qui se confient à eux ou que la collectivité leur confie. Ses lauréats doivent démontrer des compétences théoriques, pratiques et de communication leur permettant d'assurer les soins médicaux de première ligne et de manière générale de sauvegarder, restituer et promouvoir la santé telle qu'elle est définie par l' OMS. »*

Selon l'article 5 : La Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat, en faisant des problèmes de santé une priorité, en adaptant les normes de base de la Fédération Mondiale de l'Education Médicale et les recommandations de la Conférence Internationale des Doyens et des Facultés de Médecine d'Expression Française et en souscrivant à une politique d'assurance qualité faisant appel

notamment à l'auto-évaluation et à l'évaluation externe, s'engage à assumer pleinement sa **responsabilité sociale**.

Selon l'article 7 : La Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat assure la préparation et la délivrance de diplômes selon la liste établie par le décret n° 2-04-89 du 18 Rabii II 1425 (7 juin 2004) fixant la vocation des établissements universitaires, les cycles des études supérieures ainsi que les diplômes nationaux correspondants.

Selon l'article 8 : En outre, les deux sections (médecine et pharmacie) ont pour mission commune de :

- dispenser une formation continue (conférences, séminaires, colloques, congrès...)
- assurer des activités de recherche
- contribuer à l'éducation sanitaire et à la promotion de la santé de la collectivité.

Selon l'article 9 : La Faculté de Médecine et de Pharmacie peut également avoir pour mission, soit directement soit en collaboration avec d'autres institutions, la formation d'autres cadres professionnels de santé.

La faculté a réussi dans sa dernière révision du règlement intérieur à bien définir sa mission et ses objectifs, après des années de vide dans ce sens, elle apparaît dans ce document consciente de son contrat social puisqu'elle s'engage à assumer sa responsabilité sociale en faisant des problèmes de santé une priorité.

Nous remarquons, cependant, que les missions précisées ainsi que les objectifs institutionnels considèrent les problèmes de santé de manière générale sans préciser leur adéquation avec le contexte sanitaire de notre pays. En effet les problèmes de santé varient d'un pays à l'autre. Certaines pathologies existantes dans certains pays n'existent pas ou peu sous nos climats. Il est plus logique de s'intéresser aux problèmes de santé les plus fréquents, c'est ainsi que la faculté remplira sa fonction sociale.

La démarche pédagogique retenue pour atteindre les objectifs dessinés reste vague, ouvrant la porte à plusieurs interprétations et de là à plusieurs directions possibles dans la formation, selon la compétence et la compréhension de tout un chacun de ces objectifs alors que le contexte international actuel impose une connaissance précise des finalités, afin d'assurer une meilleure réponse aux besoins de la société en matière de santé « si l'on ne sait pas où on va on se perd ». Ce qui implique que la formulation de la mission doit comporter les méthodes d'enseignement retenues pour l'atteinte des objectifs. Ces méthodes doivent faire une large place à la médecine factuelle, à la résolution de problèmes à l'analyse critique et à la mise en situation réelle.

3-2 FORMULATION DE LA MISSION ET DES OBJECTIFS

▪ Normes de base

La mission et les objectifs de l'école de médecine doivent être définis par les principales parties prenantes.

▪ Normes de qualité

La formulation de la mission et des objectifs devrait s'appuyer sur la contribution d'un large éventail de partenaires.

Malgré sa disponibilité, le règlement intérieur, seul document permettant de faire connaître les missions et objectifs de la faculté, est rarement consulté par les étudiants ainsi que les enseignants, ce qui les rend insensibles à ces notions si importantes. En effet la participation des enseignants à la rédaction et à la diffusion de cette mission constitue une norme de qualité.

Il est crucial que toute la communauté de la FMPR s'approprié et prenne conscience de la signification et de la portée de l'énoncé de la mission de notre faculté. Certes la formule actuelle fut rédigée après mobilisation de certains de nos enseignants soucieux de son importance, mais les étudiants, les administrations chargées de l'enseignement, les autorités sanitaires et les organisations professionnelles devraient être au moins consultés avant la rédaction de ce document, qui serait mis à leur disposition une fois prêt.

3-3 AUTONOMIE DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DES ENSEIGNANTS

Normes de base

L'administration et le corps enseignant de l'école de médecine doivent assumer la responsabilité de la politique éducative suivie et disposer à ce titre d'une marge de manœuvre suffisante pour concevoir le programme d'enseignement et affecter les ressources nécessaires à sa mise en œuvre.

Normes de qualité

Tous les membres de l'équipe enseignante devraient être associés à l'élaboration du programme d'enseignement. Les ressources devraient être réparties en fonction des besoins pédagogiques.

L'exercice de l'autonomie : rappelons que la loi n° 1-00¹⁰ donne à l'université une autonomie pédagogique et financière lui permettant une grande liberté pour ses choix académiques, de recherche et de gestion financière. La faculté exerce son autonomie dans ce cadre général.

L'administration et le corps enseignant de la faculté de médecine doivent assumer la responsabilité de la politique éducative suivie et disposer à ce titre d'une marge de manœuvre suffisante pour concevoir le programme d'enseignement et affecter les ressources nécessaires à sa mise en œuvre. Cette autonomie pédagogique est un acquis essentiel mais malheureusement mal exploité. En effet selon cette loi le régime des études et des examens, peut être élaboré par la faculté et proposé au conseil de l'université qui le proposera au conseil national de l'enseignement supérieur. Or la faculté continue à utiliser un régime dépassé aussi bien sur le plan pédagogique que juridique. Ce régime peut ainsi être indépendant d'une éventuelle réforme des études médicales qui tarde à venir.

3-4 OBJECTIFS PEDAGOGIQUES SPECIFIQUES

Normes de base

L'école de médecine doit définir les compétences dont les diplômés doivent justifier pour être à même de poursuivre leur formation et de remplir leur futur rôle de médecin.

Normes de qualité

Le lien entre les compétences que les étudiants doivent acquérir avant leur diplôme et celles qui nécessitent une formation de troisième cycle doit être précisé. Les aptitudes des diplômés devraient être évaluées et les informations

obtenues prises en compte dans l'élaboration et la révision du programme d'enseignement.

On entend par **objectifs pédagogiques spécifiques** les compétences que les étudiants doivent acquérir avant de passer leur diplôme⁸.

Pour la FMPR, ces compétences ne sont pas formulées de manière explicite, qui permettrait une évaluation rationnelle de ses lauréats, le profil exact des médecins à former par notre faculté n'est pas très précis. L'analyse des besoins de la société/communauté est la première étape dans l'ingénierie de formation en sciences de la santé. Cette analyse n'ayant jamais été faite de manière systématique dans notre pays, il serait alors judicieux de commencer par cette tâche avant toute élaboration ou révision du programme d'enseignement, les décideurs pédagogiques des établissements de l'enseignement des sciences de la santé ont la lourde responsabilité d'imaginer le profil pertinent voulu à la lumière de cette analyse.

Par ailleurs la faculté précise qu'elle prépare des diplômes de spécialité en médecine et en pharmacie mais ne fait pas le lien entre la formation initiale qu'elle prodigue et la formation spécialisée, en effet, c'est ce lien qui permet d'introduire des éléments pas nécessairement utiles au médecin généraliste, mais indispensable pour un étudiant qui désire préparer un diplôme de 3^{ème} cycle dans des champs disciplinaires différents. En fait, la précision de ce lien fait partie des normes de qualité.



*IV-Programme
d'enseignement*

4-1 MODÈLES DE PROGRAMMES ET MÉTHODES D'ENSEIGNEMENT

Normes de base

L'école de médecine doit définir les modèles qui servent de référence à l'élaboration de son programme d'enseignement ainsi que les méthodes pédagogiques utilisées.

Normes de qualité

Le programme d'enseignement et les méthodes pédagogiques devraient être conçus de sorte que les étudiants puissent assumer la responsabilité de leur propre formation et soient préparés au processus d'apprentissage autodirigé qu'ils vont devoir poursuivre pendant toute leur carrière

4-1-1 Modèles de programmes.

La faculté doit préciser quel modèle a-t-elle choisie :

- Enseignement intégré par système (système nerveux ; système cardiovasculaire ; système locomoteur...)
- Enseignement par discipline : anatomie pathologique, chirurgie viscérale, gastro-entérologie; physiologie, cardiologie, chirurgie cardiovasculaire.
- Approche par problème : ici il ne s'agit pas d'une discipline ou d'un système particulier mais d'un problème général de santé : exemple : " les céphalées "comme motif fréquent de consultation en médecine générale, qui doit l'enseigner ? (ORL, neurologie, ophtalmologie, psychiatrie..), ceci s'applique à plusieurs autres exemples tel : Le problème de douleur abdominal ; la perte de conscience.

Certaines facultés utilisent plusieurs approches parallèlement, selon le niveau d'étude ou le champ disciplinaire, le tableau ci-après résume le modèle curriculaire adopté à la faculté de médecine de Genève:

Tableau2 : le modèle curriculaire adopté à la faculté de médecine de Genève¹¹

Enseignement intégré par discipline	Module A de 1^{ère} année
Enseignement intégré par système	Module B de 1^{ère} année
Approche par problème	Module B de 1^{ère} année
Enseignement intégré par problème	2^{ème} et 3^{ème} année
Apprentissage par la pratique clinique et communautaire*	Fin 3^{ème} année
Enseignement basé sur les cas cliniques et la résolution du problème (petits groupes) intégrant l'apprentissage théorique et pratique	4^{ème} et 5^{ème} année
Apprentissage au cours des Stages – Apprentissage dans le milieu clinique	4^{ème} et 6^{ème} année

*exploration du réseau du système de santé local

L'analyse de notre curriculum nous permet de conclure que le modèle de notre faculté utilise lui aussi plusieurs de ces approches, mais il consacre pratiquement peu ou pas de place à l'enseignement par petits groupes et à l'apprentissage par résolution de problèmes.

Ce modèle semble être reproduit par tradition depuis la constitution de la faculté et parfois emprunté aux écoles de médecine francophones, en particulier françaises, sans qu'il n'y est, de manière évidente, une préoccupation et une réflexion pédagogique préalable à ce sujet. En effet nous avons suivi les modèles des autres écoles mais nous n'avons pas introduit les innovations pédagogiques modernes qui les accompagnent ceci traduit probablement le manque de formation en architecture pédagogique.

4-1-2- Méthodes d'enseignement

4-1-2-1 Le cours magistral :

A- Définition :

Cours dont le contenu et la forme dépendent entièrement du maître sans l'implication des étudiants. Enseigné généralement par un professeur des universités ou par un maître de conférences dans un amphithéâtre, dont la durée varie entre une et deux heures^{13, 14}.

B- Le CM à la FMPR :

La majorité des cours à la FMPR sont dispensés sous forme de cours magistraux, d'une durée de 2 h chacun, projetés sous forme de présentation power point pour la plupart, en document Word, ou sur rétroprojecteur qui est encore utilisé par certains professeurs. Le support de cours est rarement fournit aux étudiants avant la séance, sauf des exceptions.

Depuis quelques années les cours commencent par un exposé des objectifs de chaque cours, grâce à un effort de la direction de la FMPR.

Peu de professeurs commencent par poser le problème sous forme de cas cliniques ou mise en situation, la majorité consacre cette partie aux rappels.

Le cours se déroule sous forme de conférence où seul le maître dispense et délivre l'information, l'interaction est quasiment absente, sauf exceptions (notamment en 1^{er} cycle), il n'y a pas d'évaluation en fin de cours permettant de vérifier l'assimilation par l'étudiant des points principaux de la séance.

La passivité qu'éprouvent les étudiants et le manque d'intérêt à cette méthode d'enseignement se traduisent clairement par le taux d'absentéisme aux amphithéâtres augmentant au cours des années, qui est évident à observer ; les places qui sont archipleines en 1^{ère} année se résument à une rangée d'une trentaine d'étudiants en 5^{ème} année, les étudiants préfèrent passer -pendant ce temps là-à d'autres activités et récupérer les cours une fois terminés pour les apprendre chez soit, ceci au lieu de pousser les enseignants à se demander sur l'efficacité de leurs méthodes, inspire à certains d'entre eux, de créer des méthodes de sanction aux absents du cours.

C- propositions:

L'enseignement supérieur ne peut plus rester classique actuellement, car les données sont devenues accessibles à tous et partout, le plus efficace serait d'enseigner la façon d'explorer ces données et de les critiquer, les cours magistraux maintiendraient les étudiants dans un état de passivité, *«Il faut se préparer à une mutation de l'Enseignement supérieur, où le rapport direct entre l'enseignant et l'étudiant sera privilégié dans le cadre de petits groupes de projets ou d'expériences»*, confirme Vincent Berger, le président de l'université Paris-Diderot¹⁵. *«Si l'on remet en cause le principe d'une personne délivrant*

son savoir, debout devant une classe durant un temps donné, on peut mieux réfléchir à comment l'on devrait organiser une classe pour qu'elle soit efficace »¹⁵

«Les outils numériques ouvrent des possibilités de pédagogie à distance» et donnent «à chacun l'accès à une quantité énorme de connaissances, partout et à chaque instant¹⁶, l'étudiant est devenu un surfeur-cliqueur-zappeur», explique Vincent Calvez, professeur de management à l'ESSCA. «Il faut se demander ce qu'on peut faire dans la classe que l'on ne peut pas faire ailleurs»

D-Quand le Cours Magistral ?

Les grands groupes, qui se caractérisent par un enseignement magistral, peuvent être tout aussi efficaces que les plus petits groupes en ce qui a trait à la **présentation des principes et des termes de base** aux étudiants. Certaines études ont démontré qu'ils peuvent être tout aussi efficaces que les petits groupes lorsque les objectifs sont d'apprendre et de comprendre une information factuelle et lorsque des méthodes d'évaluation traditionnelles sont employées pour évaluer l'apprentissage. Ils ne sont cependant pas aussi efficaces si l'objectif est de permettre aux étudiants de développer de plus fortes compétences cognitives, telles que l'analyse, la synthèse et la mise en application¹⁷.

Tableau 3 : Quand Convient-il de Donner un Cours Magistral?¹⁷

Le cours magistral convient quand il s'agit de:	Le cours magistral ne convient pas quand il s'agit de :
Disséminer des informations rapidement à un grand auditoire	Présenter des informations compliquées, détaillées ou théoriques
Présenter des informations nouvelles avant d'utiliser d'autres médias ou d'autres activités (par exemple: une courte présentation avant de passer une cassette vidéo)	Traiter des informations concernant les sentiments et les attitudes
Fournir une vue d'ensemble d'un sujet	Donner une formation en compétences psycho-motrices (où l'on apprend en faisant)
Eveiller de l'intérêt sur un sujet	Enseigner des compétences cognitives (par exemple: la synthèse et l'évaluation)

4-1-2-2 travaux dirigés :

A- définition :

Les Travaux dirigés sont une forme d'enseignement qui permet d'appliquer les connaissances apprises pendant les cours théoriques ou d'introduire des notions nouvelles. Les étudiants travaillent individuellement sur des exercices d'application ou de découverte, en présence du professeur, qui intervient pour aider et pour corriger les exercices. Les travaux dirigés se font dans un groupe d'effectif réduit, pour que le professeur puisse aider plus facilement les étudiants et adapter ses interventions à leurs difficultés¹⁴.

B- les TD à la FMPR :

Les séances de TD à la faculté, sont organisées les après-midi, en une durée de 1h30 à 2h, dans des salles dédiées à cet effet, par nombre de 50 étudiants en moyenne, avec la présence d'un superviseur. On y procède à la résolution d'exercices déjà préparés par les étudiants chez eux, ou à la découverte de nouvelles notions (ex : radiologie) ou à l'approfondissement de quelques informations déjà vues aux cours (ex: biologie)

*Les matières concernées :

première année	biologie	biophysique	chimie- biochimie	informatique	Histo- embryologie
	6h	15 h	8h	6h	12h
deuxième année	histologie- embryologie	microbiologie		troisième année	radiologie
	4h	6h			10h
sixième année	nutrition	informatique	Urgentologie	éthique	
	16h	14h	12 h	4h	

C- Remarques :

Cette méthode d'enseignement comporte plusieurs avantages, d'abord les étudiants se retrouvent en groupes fermés ce qui leur permet de discuter de travailler en collaboration, ils disposent généralement d'un support de TD, qui leur permet d'étudier le contenu avant la séance, de rassembler les questions qu'ils pourraient discuter avec les assistants et enfin de clarifier des ambiguïtés qu'ils ont trouvé dans les cours. Ces séances permettent également d'habituer les

étudiants à l'étude des documents et à la réflexion active sur des problèmes posés pour en arriver à des solutions.

Cependant, le nombre important d'étudiants par séance altère le degré de bénéfice de chacun de cette méthode d'enseignement, leur qualité peut être diminuée également par le décalage dans le temps qui existe parfois entre les travaux dirigés et les enseignements théoriques correspondants. Par ailleurs, le nombre réduit de séances de TD qui sont programmées oblige à choisir quelques volets seulement du programme à être étudié de cette manière.

Il est à noter également, que le contenu des exercices ne favorise pas le raisonnement critique plus que la simple application des cours, ainsi la formation à la recherche est presque absente dans ces TD.

4-1-2-3 Les travaux pratiques :

A- Définition :

Les travaux pratiques, souvent abrégés en TP, constituent un type d'enseignement fondé sur l'apprentissage pratique avec en particulier la réalisation d'expériences permettant de vérifier et compléter les connaissances dispensées dans les cours théoriques.

Les travaux pratiques concernent généralement les sciences expérimentales. Contrairement aux autres types de cours qui se passent exclusivement à l'oral ou à l'écrit, les séances de travaux pratiques nécessitent souvent un matériel spécifique (verrerie et produits chimiques, circuits électriques, ordinateurs...). La salle de classe, de type laboratoire, affectée à ces travaux est généralement appelée Salle de travaux pratiques ou salle de TP.

Les travaux pratiques sont une mise en application (et une mesure de la maîtrise par les étudiants) de la méthode scientifique, basée sur la pose d'hypothèse, la conception d'un protocole expérimental, l'expérimentation, l'interprétation des résultats et le raffinement des hypothèses initiales¹⁸.

Les travaux pratiques permettent de mettre en évidence les transferts et les techniques mis en œuvre dans les ateliers d'application et d'adapter les supports pédagogiques en fonction des techniques étudiées¹⁹.

B- Les TP à la FMPR :

Ils se déroulent aux laboratoires consacrés à cet effet, qui sont au nombre de 29 au total, équipés par du matériel logistique (des microscopes, des ordinateurs, différents matériaux d'expérimentation, des tables à dissections...) et des produits et préparations organiques (des squelettes, des tissus fixés, des organismes vivants, des milieux de culture...etc.)

Les séances durent au minimum 2h, plusieurs assistants sont présents, les étudiants s'organisent en petits groupes, en binôme ou individuellement.

Les séances sont préparées à l'avance par l'étudiant, à la fin de la séance un compte rendu est généralement demandé comportant des résultats d'expériences, des dessins basés sur l'observation, ou parfois des évaluations des acquis de la séance.

□ Les matières concernées :

1ère année de médecine	anatomie	biologie	Histo-embryologie	Biochimie	biophysique
	16h	6h	22h	12h	10h

2ème année de médecine	anatomie	biochimie	histologie	physiologie	microbiologie
	20 h	12h	18h	14h	8h

3ème année de médecine	Parasitologie		anatomopathologie	hématologie
	10h		8h	10h

C- Remarques :

C'est la méthode de formation la plus appréciée par la majorité des étudiants, où ils se sentent actifs, et manipulent par eux même leur apprentissage, tout en ayant la possibilité de discuter de près avec leur enseignants, ils apprennent à suivre les étapes pour arriver aux bons résultats, ils utilisent des instruments et des appareils qu'ils auraient à proximité dans leur pratique futur, et ils s'entraînent à appliquer ce qu'ils ont appris en théorie.

Quelques points de faiblesses sont, néanmoins, présents : le volume horaire consacré ne permet pas d'aborder beaucoup de chapitres, notamment en anatomie où la totalité du corps est rarement étudiée au complet, il est à noter également que la dissection ne se pratique plus depuis plusieurs années.

Certains étudiants, ne prenant pas au sérieux ces séances, ramènent des comptes rendus préalablement rédigés, d'où la nécessité d'un suivi plus proche des différentes étapes par le personnel assistant, et aussi d'une sensibilisation plus concrète aux objectifs de ce type d'enseignement.

Il est tout autant important de signaler que les conditions d'hygiène et de sécurité de l'étudiant et des encadrants au cours de ces TP sont parfois minimales voir absentes.

4-1-2-4 Les cours intégrés aux stages :

A- Définition :

Ce sont des cours dispensés aux groupes d'étudiants sur le terrain de stage, visant à mettre en pratique les acquis théoriques directement au contact des patients.

B- Les CI à la FMPR :

Les cours intégrés aux stages sont adoptés à la faculté pour l'enseignement de la sémiologie en 3^{ème} année, la pédiatrie en 4^{ème} année, l'ORL et l'ophtalmologie en 5^{ème} année.

Le groupe d'étudiants comporte entre 30 et 50 étudiants en moyenne, la durée du cours est de 1h, dispensés par des professeurs spécialisés chacun selon le sous-module enseigné.

a- Sémiologie :

Sémiologie chirurgicale	chirurgie générale	traumatologie	urologie	vasculaire
	14h	12h	12 h	06 h

Sémiologie médicale	Cardiologie	gastro-entérologie	endocrinologie	hématologie
	9h	9h	7h	7h
	Néphrologie	neurologie	pneumologie	psychiatrie
	8h	9h	9h	7 h

b-Pédiatrie : 50 h

c-Ophthalmologie-ORL : 41h

C- Remarques

Les étudiants expriment leur satisfaction quant à l'intégration des cours théoriques aux stages en ce qui concerne l'ORL et l'ophtalmologie et après quelques difficultés initiales liées notamment au volume des cours, l'intégration des enseignements en pédiatrie est mieux acceptée par le corps enseignant et les étudiants.

Pour l'étude de la sémiologie, les cours se déroulent au niveau d'un service de chirurgie pour la sémiologie chirurgicale, de médecine pour la sémiologie médicale, toutes les spécialités confondues, un support de cours est disponible au début du module dans le but de connaître le contenu au préalable afin d'être discuté pendant la séance.

La sémiologie est enseignée par la description orale, par la projection des images et des photos et parfois des professeurs font des démonstrations sur de vrais malades ou assimilation sur un des étudiants.

Nous notons qu'il n'existe pas de sous-module dédié à l'examen clinique du corps appareil par appareil ou région par région.

Une seule des sémiologies coïncide avec le stage en cours, et permet la pratique des acquisitions théoriques ; pour les autres ce sont les professeurs qui se déplacent au service, ce décalage rend le but des cours intégrés difficile à atteindre, malgré quelques efforts de certains enseignants qui essaient par exemple de faire une visite en fin du module au service concerné.

Ceci se manifeste clairement pour la sémiologie cardiologique, qui reste très modestement formatrice en étant enseignée de cette manière.

Pour la pédiatrie, cette méthode a fait ses preuves, les étudiants se trouvant tout au long de la période des cours sur le terrain de stage, au contact des enfants et leurs pathologies, ceci reste difficile pour la néonatalogie, où le passage n'est pas systématique, mais on a programmé pour chaque groupe une séance pour compenser ce manque.

L'enseignement de l'ORL et d'ophtalmologie est mieux conçu et pédagogiquement plus approprié, car ils se déroulent en plus petits groupes, au contact des malades, et à un stade où l'étudiant a mûrit et peut appliquer avec autonomie ce qu'il a reçu en théorie.

Une difficulté soulevée quant à l'intégration des enseignements théoriques durant un stage : c'est qu'ils empiètent sur le temps de contact avec les malades et s'il n'y a pas de coordination entre les enseignants, des activités pédagogiques peuvent être ratés au niveau du service, tel les visites au lit des malades et la réalisation de certains gestes médicaux.

Cette façon d'enseigner (CI) nous semble une excellente méthode d'apprentissage à laquelle il faudrait prêter plus d'attention. Elle doit être régulièrement évaluée pour être améliorée et étendue aux autres disciplines.

De façon générale, nous constatons que les méthodes utilisées à la FMPR sont relativement diversifiées, mais déséquilibrées quant au volume horaire consacré à chacune d'elles; en effet nous constatons une véritable hégémonie du cours magistral, or, le rendement pédagogique de cette méthode est faible par rapport à d'autres méthodes d'enseignement non encore introduites à la faculté tel que : la simulation, le jeu de rôle, les patients standardisés, la vidéo ...etc.

Le tableau suivant représente l'apport et le rendement de chaque méthode dans les domaines des connaissances, gestes pratique, gestes cliniques et comportement. On y constate que le stage en milieux hospitalier, le stage chez le praticien et la simulation remplissent, de manière optimale les objectifs d'apprentissage.

Il est à signaler qu'au cours du mandat décanal du Pr. N.HAJJAJ HASSOUNI, un engagement est établi pour introduire l'enseignement par simulation avec conception d'une plateforme dédiée à cette forme d'enseignement.

Tableau 4 méthodes d'enseignements utilisées dans le programme des études médicales faculté de médecine de Genève¹¹

Year	Methods	Knowledge	Practical skills	Clinical skills	Attitudes
1 st	Plenary lectures	X			
	Self-directed learning	X			X
2 nd , 3 rd	PBL (small groups)	X	X		X
	Laboratory practices	X	X	X	
	Interactive learning in clinical skills (contact with patients, MD's, and nurses, Standardised patients, role play, video)	X	X	X	X
	Discussion forum (25-50 students) in various formats: interactive discussion between students and faculty on difficult subjects	X			X
	Ambulatory experience in private practice	X	X	X	X
	Study of a public health problem (2-5 students) Immersion in the Community	X	X		X
	Plenary lectures	X			
4 th , 5 th	Clinical vignettes (small groups)	X			X
	Clinical clerkship activities	X	X	X	X
	Case presentation	X		X	X
	Lectures	X			
6 th		X	X	X	X

4-2 BASES SCIENTIFIQUES DE LA FORMATION

Normes de base

L'école de médecine doit inculquer aux étudiants, par le biais de son programme d'enseignement, les grands principes de la méthode scientifique et de la médecine factuelle et les former notamment au raisonnement analytique et critique.

Normes de qualité

Le programme d'enseignement devrait comporter un volet d'initiation à la réflexion scientifique et aux méthodes de recherche.

4-2-1 La médecine fondée sur les preuves : « Evidence-Based Medicine : EBM »

Comme le décrit Sackett²¹ dans l'article du BMJ de 1996 : « *La médecine fondée sur les preuves consiste à utiliser de manière rigoureuse, explicite et judicieuse les preuves actuelles les plus pertinentes lors de la prise de décisions concernant les soins à prodiguer à chaque patient. Sa pratique implique que l'on conjugue l'expertise clinique individuelle avec les meilleures preuves cliniques externes obtenues actuellement par la recherche systématique. Par expertise clinique individuelle on entend la capacité et le jugement que chaque clinicien acquiert par son expérience et sa pratique clinique.* »^{21, 22}

L'EBM consiste donc à fonder les décisions cliniques sur les connaissances théoriques et sur les preuves scientifiques, tout en tenant compte des préférences des patients.

L'EBM se fait selon quatre étapes :

- 1 - la formulation du problème médical en une question claire et précise.
- 2 - la recherche dans la littérature des articles les plus pertinents en rapport avec la question posée.
- 3 - l'évaluation de la fiabilité et de l'applicabilité des conclusions extraites des articles retenus, la pertinence clinique.
- 4 - l'intégration des conclusions retenues pour répondre à la question initiale posée.

L'EBM combine

- ☐ Les preuves (les données de la recherche)
- ☐ La connaissance du médecin (l'expérience clinique)
- ☐ Le choix du patient (ses préférences)

En effet, l'EBM est fondée sur :

- ☐ **les données de la recherche:** le clinicien doit consulter la littérature scientifique originale pour résoudre les problèmes cliniques et proposer une prise en charge optimale au patient.
- ☐ **l'expérience clinique:** la connaissance du médecin, son expérience clinique doit se fonder sur une analyse systématique des observations cliniques, de manière reproductible et non biaisée, en évitant toute interprétation intuitive de l'information.
- ☐ **les préférences du patient** et de son entourage.

La décision médicale se prend en prenant en compte ces trois paramètres.

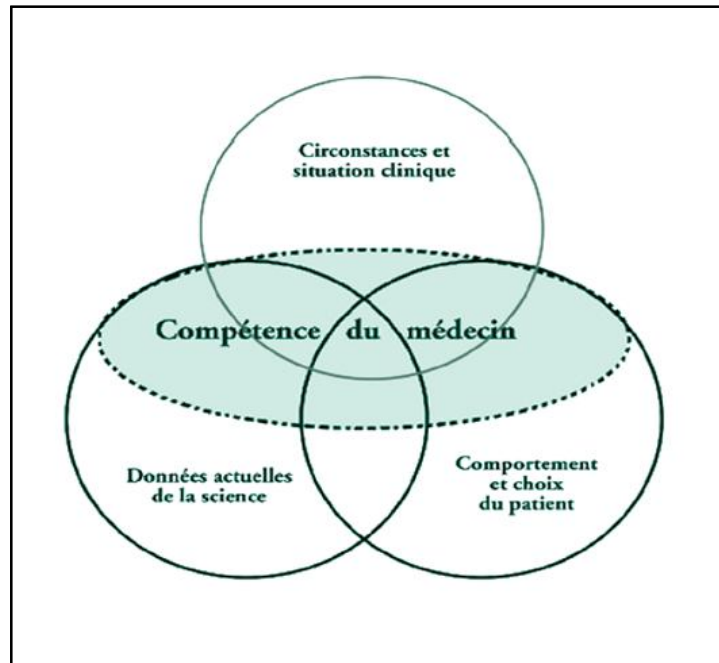


Figure 7 : Représentation graphique de Evidence-Based Medicine d'après Hayens²³

4-2-2 L'EBM appliquée à la démarche pédagogique²⁴

Pour certains formateurs, l'enseignement de la médecine basée sur les données probantes se résume à l'enseignement de l'analyse critique de la littérature médicale, selon une vision beaucoup plus large de la contribution du concept de médecine basée sur les données probantes à la formation des professionnels de la santé : elle facilite l'acquisition du raisonnement clinique et la prise de décision dans des situations complexes. En conséquence, ce concept est de nature à contribuer à la structuration de la démarche pédagogique menant à la maîtrise des compétences essentielles au clinicien.

L'évaluation et l'utilisation judicieuse des connaissances biomédicales nécessitent une habileté dont aucun médecin ne peut prétendre se passer. Elle supporte ce qui est à la base même de l'expertise médicale, à savoir le

raisonnement clinique, auxquels s'ajoutent la capacité de **recueillir l'histoire clinique** du patient et **les habiletés cliniques** (sémiologie, examen physique).

L'enseignant doit développer des interventions facilitantes et appropriées :

- présenter des connaissances rigoureuses aux étudiants, comme bases de leur savoir biomédical : questionner les critères de rigueur, développer l'«*evidence mindness*» :
- donner les clés qui permettront aux étudiants d'évaluer les connaissances produites pour mettre à jour leur « base de données » (leurs connaissances antérieures), au fur et à mesure.
- développer le réflexe de remise en question des connaissances sur lesquelles le médecin base son raisonnement.

L'accès à l'information n'est pas la seule façon d'amener les étudiants à entrer dans une médecine basée sur les données probantes. Les situations d'incertitude ou de complexité requièrent une approche particulière que les données actuelles de la science ne peuvent pas toujours régler.

En effet l'apprentissage doit faire le lien entre la science et la pratique et associer à la connaissance formelle, issue des résultats de la recherche, les savoirs pratiques, acquis dans des situations authentiques, au contact des patients dans un contexte de soins donné²⁵.

L'apprentissage a pour finalité l'acquisition des compétences nécessaires à la prise en charge des problèmes de santé dans le champ d'activité concerné. La **mise en situation authentique** permet le développement de la performance nécessaire.

Par ailleurs, les compétences à développer ne concernent pas seulement l'expertise clinique, mais **aussi l'empathie, l'aptitude à la communication, le développement personnel**, permettant de proposer un modèle pour la sélection, la formation et la progression des étudiants, en particulier en médecine générale²⁶

Il peut paraître difficile d'appliquer la médecine basée sur les données probantes à tous les contextes d'enseignement. Les conditions favorables ne sont pas toujours réunies pour cette nouvelle approche pédagogique et quelques pré-requis sont indispensables :

1.intégrer les concepts dans les différentes activités d'apprentissage :

- dans les premiers cycles : approche par problème, cours magistraux
- dans les activités d'apprentissage du raisonnement clinique
- lors des activités de supervision clinique, directe (au lit du malade) ou indirecte, et lors des discussions de cas
- en formation médicale continue
- en situation d'interaction avec les collègues et les consultants.

2. Assurer la formation des enseignants

3. Fournir aux milieux d'apprentissage des accès aux ressources scientifiques

4-2-3 Contexte de la FMPR :

L'enseignement à la FMPR offre certainement une base de connaissances scientifiques assez riche à ses étudiants ,la faculté a également déployé des

efforts importants pour faciliter l'accès des étudiants aux données de la littérature médicale à travers des ressources accessibles sur les rangs de sa bibliothèque (revues , publications, livres ...) mais aussi à travers l'accès qu'elle offre aux utilisateurs de sa médiathèque aux bases de données électroniques incluant les articles les plus pertinents : Pubmed, Hinari ,sciences directes...etc.

Cependant, rares sont les cours ou les situations d'apprentissage où l'on a recours à la méthode scientifique tel qu'elle est décrite ci-dessus, l'analyse critique des données scientifiques ne fait pas partie des habilités enseignés aux étudiants, le raisonnement clinique est modestement intégré au contenu ainsi qu'aux méthodes d'enseignements, la mise en situation authentique se limite aux terrains de stages , qui eux même sont dans des conditions différentes de celles où se passera la pratique des futurs médecins, et finalement même les compétences d'empathie, de communication et de respect des décisions des malades ne font pas l'objet d'une véritable attention dans le contenu des programmes.

Il est évident, que l'application de la méthode scientifique à notre pédagogie nécessitera beaucoup d'efforts de la part de l'équipe de formation à notre faculté, ceci passera par une reformulation des objectifs des programmes, une adaptation de leur contenu, tout en faisant attention à l'intégration des différentes méthodes d'enseignement permettant d'atteindre ce type de raisonnement et avant tout par une formation adéquate du corps enseignant.

4-3 SCIENCES BIOMEDICALES FONDAMENTALES

Normes de base

L'école de médecine doit recenser et intégrer à son programme d'enseignement les composantes des sciences biomédicales fondamentales qui présentent un intérêt particulier pour la compréhension des connaissances, concepts et méthodes scientifiques indispensables à la maîtrise et à la pratique des disciplines cliniques.

Normes de qualité

L'enseignement des sciences biomédicales devrait être adapté en fonction de l'état des connaissances scientifiques, technologiques et cliniques et des besoins sanitaire de la société.

Concernant l'enseignement des sciences fondamentales, les cours sont conçus de telle manière qu'on parte d'abord d'une échelle de l'atome en étudiant ses composantes et sa structure en chimie et en biophysique puis à l'échelle de la molécule : en biochimie , biologie moléculaire ; puis l'organisation de ces molécules en particules ou cellules: la biologie cellulaire, la bactériologie, ce qui permettra ensuite de passer à l'étude des tissus et organes (histologie, anatomie) et enfin des systèmes dans leur fonctionnement normale (physiologie) et pathologique en physiopathologie.

Nous remarquons que le volume horaire et les notions enseignées en sciences fondamentales pendant le premier cycle sont suffisants, cependant, leur contenu accuse d'un retard par rapport à l'état d'avancement de la science en ce qui concerne, par exemple, les techniques et les moyens d'investigations en biologie moléculaire (techniques d'étude de l'ADN), en radiologie : les bases de

fonctionnement des nouvelles techniques d'imagerie médicale tel le PET-scanner, l'imagerie par résonance magnétique...etc.

Il faut noter également une redondance dans le contenu de certaines matières telle la biochimie, dont certains chapitres seront revus en sémiologie puis pathologie endocrinienne, l'hématologie qui est étudiée en 84 h au total, avec des notions qui sont vues en immuno-histologie, qui se répèteront en sémiologie et en hématologie clinique.

L'anatomopathologie est enseignée sur 81h réparties sur 2 années (anatomopathologie générale en 3^{ème} année, spéciale en 5^{ème} année en plus des TP), ce volume est estimé excessif pour un futur généraliste ou spécialiste (en dehors de l'anatomopathologiste) qui n'aura pas besoin de tous ces détails, d'autant plus que chaque cours de pathologie commence par un rappel anatomopathologique de la maladie concernée.

4-4 SCIENCES COMPORTEMENTALES, SOCIALES ET ETHIQUE MEDICALE

Normes de base

L' école de médecine doit recenser et intégrer à son programme d' enseignement les éléments des sciences du comportement, des sciences sociales, de l' éthique médicale et de la médecine légale qui peuvent faciliter l' acquisition des aptitudes nécessaires à la communication, à la prise de décisions cliniques et au respect de l' éthique.

Normes de qualité

Les aspects des sciences du comportement, des sciences sociales et de l'éthique médicale intégrées aux programmes d'enseignement de la médecine devraient être adaptés en fonction des progrès scientifiques de la médecine, des facteurs démographiques et culturels ainsi que des besoins sanitaires de la société.

Pour ce qui est de l'enseignement de **la médecine sociale** : elle occupe suffisamment de temps d'enseignement, cependant, ses heures sont réparties entre la 1^{ère} année (30h d'initiation à la médecine sociale) et la 5^{ème} année , où l'on reçoit tout le reste des notions en 80 h , ce qui constitue un écart important entre les 2 années, menant ainsi à l'oubli et donc à la nécessité de répétitions , en outre la majorité des notions doivent être accumulées en 2 semestres, rendant leur assimilation difficile surtout avec la charge du programme de la 5^{ème} année.

Pour l'enseignement de **la psychologie médicale**, qui est à la base de la relation médecin malade et qui aide le médecin à s'adapter aux demandes de soins qui lui sont destinées, elle ne s'étale que sur 30 h en 2^{ème} année d'études, ceci n'aide pas les futurs médecins à s'imprégner des principes du comportement correcte vis-à-vis des malades, et à acquérir les compétences requises pour agir dans les différentes situations de la pratique médicale (soutien psychologique des malades ,annonce de maladies graves, de décès...)

L'enseignement de **l'éthique**, est nettement insuffisant pour un métier, toujours relié à la noblesse et la sagesse, il n'est étudié qu'en 8 h au total, l'enseignement des droits de l'homme, des déclarations mondiales en éthique

médicale (de Helsinki, de Genève...etc) font défaut, les quelques cours programmés sont enseignés d'une manière qui ne suscite pas de discussions ni de réflexion philosophique. Il n'existe pas de module consacré à l'étude des sciences humaines, histoire de la médecine ni à l'enseignement de la culture sociale des marocains.

4-5 FORMATION EN SCIENCES CLINIQUES.

Normes de base

L' école de médecine doit veiller à ce que les étudiants puissent acquérir au contact des patients des connaissances et des aptitudes cliniques suffisantes pour être à même d' assumer, une fois diplômés, des responsabilités cliniques appropriées.

Normes de qualité

Les étudiants en médecine devraient être en contact avec les malades dès les tout premiers stades de leur cycle d'études, l'objectif étant de les amener progressivement à participer à la prise en charge des patients. Les différents volets de la formation clinique devraient être structurés en fonction de chacune des étapes du programme.

LES STAGES DE LA FMPR :

Les stages hospitaliers sont effectués à partir de la fin de la 2^{ème} année, pendant les matinées, et en plein temps pour la 6^{ème} et 7^{ème} année des études médicales, ceci constitue pratiquement la moitié de la durée d'études médicales à la faculté ; cette répartition démontre de l'importance accordée à cet habilité par les instances de la faculté, cependant cet avantage n'est pas exploité d'une

manière appropriée, à cause du manque de sérieux de certains étudiants et enseignants. Ainsi la validation de quelques stages se limite à la seule présence des étudiants sans prise en compte de l'acquisition des objectifs.

Depuis quelques années les externes sont tenus à respecter un « carnet de stage » élaboré par chaque département clinique sous la supervision de l'équipe décanale du Pr N.HAJJAJ HASSOUNI, cette initiative a permis une véritable orientation aussi bien des enseignants que des étudiants dans la formation clinique.

Les stages sont effectués dans les hôpitaux universitaires (CHU), donc, dans une structure de soins de niveau tertiaire, certes le personnel médical y est plus disponible et l'esprit pédagogique y est dominant, cependant, les malades y arrivent souvent déjà étiquetés, empêchant l'externe de mener une véritable démarche diagnostique.

Les conduites à tenir appliquées sont différentes de celles des structures de soins de santé de base qui s'inscrivent dans le cadre des politiques sanitaires du pays, la prise en charge du malade est effectuée en dehors de son contexte socioéconomique et de sa famille.

Il n'existe pas de stage chez le généraliste malgré ses objectifs qui sont multiples : appréhender les conditions de l'exercice de la médecine générale en structure ambulatoire, appréhender les notions d'éthique, de droit et de responsabilité médicale en médecine générale privée et comprendre les modalités de gestion d'une structure ambulatoire.

Pendant tout leurs parcours les étudiants ne reçoivent aucune notion sur le coût des prestations, et les dépenses qui en découlent, aboutissant ainsi à des futurs médecins non inscrits dans l'économie de santé.

4-5-1 Le 1^{er} stage : stage de soins infirmiers

C'est le premier contact des étudiants avec les malades, les symptômes, les structures de soins et les professionnels de la santé.

Il est effectué en fin de 2^{ème} année, l'étudiant y apprend les règles d'hygiène ainsi que les gestes élémentaires dans la prise en charge médicale: (prise de tension artérielle, prélèvements sanguins, urinaires et autres, mise en places de sondes, soins de plaies, sutures...)

L'étudiant se fait guider par un carnet de stage qui détermine ses objectifs, il est pris en charge par le personnel paramédical du service sous la supervision d'un référent nommé par la faculté.

Malgré sa courte durée, ce stage se doit d'être très formateur, car les bases qui y sont apprises peuvent ne plus avoir l'occasion de se reproduire pendant les années qui suivent.

4-5-2 Stage de 3^{ème} année :

Se déroule en 2 périodes de 3 mois chacune, l'une en service de chirurgie, l'autre en service de médecine. Le but de ces stages est d'initier les externes à l'anamnèse, à l'examen des malades, à la rédaction d'observation, et à pratiquer de la sémiologie. L'externe doit développer des habilités cliniques, lui permettant de réaliser certains gestes.

Remarque : l'étudiant en phase d'apprentissage de sémiologie passe une durée longue en une seule spécialité, donc n'aura pas l'occasion d'acquérir plusieurs sémiologies, en effet, certains étudiants dont le stage de chirurgie se déroule dans un service de chirurgie viscérale, sont répartis en médecine dans des services spécialisés en gastroentérologie; or les deux services sont de fort recrutement de maladies du système digestif, l'étudiant n'a plus l'occasion alors de faire les examens et voir la symptomatologie des autres appareils: examens neurologique, examen de la sphère ORL, examen cardio-pulmonaire...etc.

4-5-3 stages de 4^{ème} et 5^{ème} années :

Ils comportent des stages élémentaires (pédiatrie et gynécologie) d'une durée de 3 mois, d'autres de courte durée (40 jours en moyenne) parmi eux certains sont obligatoires: centre de santé, cardiologie, pneumologie, ORL-ophtalmologie, psychiatrie.

D'autres optionnels en fonction de la répartition: rhumatologie, radiologie, pédiatrie-chirurgicale, urologie, néphrologie, endocrinologie et dermatologie.

Pendant ces stages l'étudiant apprend les conduites à tenir pratiques de chaque spécialité, il approfondit ses connaissances théoriques sur quelques pathologies et surtout s'habitue à effectuer certains gestes et demander des examens complémentaires propres à chaque spécialité.

Cependant la courte durée de ces stages laisse souvent les étudiants sur leur faim et ne leur permet pas de réaliser tous les objectifs qui leur sont exigés.

Certaines spécialités ne font pas partie du parcours du futur généraliste du fait de la répartition, malgré leur importance dans sa pratique future (telle la dermatologie et l'endocrinologie)

Les périodes de stage ne coïncident généralement pas avec les modules enseignés, de telles façons que parfois, la pratique peut précéder la théorie dans une spécialité donnée.

Le Stage de santé publique dure seulement un mois pendant tout le parcours, alors qu'il est l'endroit le plus adapté à l'exercice de la médecine générale dans sa version communautaire.

4-5-4 stages de 6^{ème} année ou externat à plein temps :

L'étudiant devient plus autonome, il a acquis les notions nécessaires de pathologie qu'il doit pratiquer pendant cette année, il assume la responsabilité de prise en charge complète de ses malades et commence la prescription.

Les stages sont :

Stage plein temps	chirurgie	médecine	pédiatrie	Gynécologie	réanimation	traumatologie / urgences
durée	2 mois	2mois	2mois	2mois	1mois	1mois

Remarques:

C'est un stage qui est sensé combler les lacunes que les étudiants ont pu connaître dans leurs parcours, pourtant certains passent en 6^{ème} année par les mêmes services qu'en 3^{ème} année.

Le passage par le service des urgences n'étant pas obligatoire, empêche un grand nombre d'étudiants de se confronter à ce contexte particulier de prise en

charge, qui est riche en apprentissages de reflexes et habilités cliniques indispensables au futur médecin, qu'il soit généraliste ou spécialiste.

4-5-5 Stage de 7^{ème} année ou stage interné :

Stage plein temps	Médecine	Chirurgie	Pédiatrie	Gynéco-obstétrique	Santé publique
Durée	2 mois	2 mois	2 mois	2 mois	2 mois

C'est l'année où se produit un sevrage avec le CHU, les internes de périphérie exercent au niveau des hôpitaux provinciaux, centres de santé, centres de diagnostic. Ils effectuent des gardes aux urgences où ils sont directement responsables de l'accueil et la prise en charge des malades, ils acquièrent les conduites à tenir et s'habituent à la prescription thérapeutique.

Au niveau des services, ils découvrent la version réelle de la médecine, qui est exercée en périphérie, celle-ci s'avère nettement en retard par rapport aux nouveautés médicales et parfois même différente de ce qu'ils viennent d'apprendre au CHU.

On peut reprocher également à ces stages le fait qu'ils échappent à tout control pédagogique par la faculté rendant ainsi difficile de cerner les acquis qu'ils transmettent aux futurs médecins.

4-5-6 Propositions

Plusieurs propositions peuvent être faites pour améliorer l'efficacité des stages et leur vécu par les étudiants :

- ✓ La généralisation de rédaction, de présentation et de contrôle des objectifs de stages et de leur mise en application sérieuse par les enseignants, avec l'utilisation efficace du carnet de stage.
- ✓ Après une large et une solide formation en sémiologie comme il a été mentionné précédemment l'étudiant devrait être intégré d'emblée dans l'équipe de soins, avec une responsabilité croissante à mesure qu'il progresse dans sa formation, plutôt que de limiter la formation clinique des 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} années au domaine de l'examen clinique et la rédaction d'observation.
- ✓ L'évaluation des étudiants dans les stages doit être systématique, même pour les stages courts. Cette évaluation ne devrait pas être que terminale, en effet l'évaluation formative individuelle en cours de stage et la correction systématique des observations rédigées par le stagiaire, sont des moyens pour mesurer non seulement les connaissances mémorisées, mais la capacité de l'étudiant à les appliquer, de même que les capacités psychomotrices et relationnelles acquises au contact des malades.

N.B. : ceci s'applique d'une manière très réussite dans certains services tels:

- la rhumatologie où l'on organise des mini-cliniques permettant aussi bien de vérifier l'assimilation par les étudiants des objectifs du stage passé que de les habituer à ce type d'évaluation auquel il auront affaire en 7^{ème} année.

-la pédiatrie, où les étudiants sont périodiquement évalués pour contrôler leurs acquisitions et encourager leurs motivations.

- ✓ Planifier une période de stage optionnel : cela va permettre à chaque étudiant de définir lui-même ses propres besoins d'apprentissage en stage et de choisir un site de stage lui permettant de combler ses propres lacunes.
- ✓ La sensibilisation des étudiants aux problèmes d'éthique médicale doit être une préoccupation des enseignants à l'occasion des discussions de cas cliniques ou de prise de décisions concernant certains malades, la faculté devra proposer aux enseignants un canevas de sujets à traiter.

4-6 STRUCTURE COMPOSITION ET DUREE DU PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT

Normes de base

L'école de médecine doit définir le contenu, la portée et l'enchaînement des cours et des éléments du programme, le dosage des matières principales et optionnelles, la place à accorder dans l'enseignement de la médecine à la promotion de la santé, à la médecine préventive et à la réadaptation et les liens entre médecine classique et pratiques médicales non conventionnelles, traditionnelles ou parallèles.

Normes de qualité

Les sciences fondamentales et cliniques devraient être intégrées au programme d'enseignement.

D'après le livre des programmes rédigé par la dernière équipe décanale à la faculté²⁷:

Le premier cycle des études médicales comporte l'enseignement des sciences fondamentales. Il a pour objectif l'acquisition par l'étudiant de notions de bases en sciences morphologiques comme l'anatomie, l'histo-embryologie, en sciences biologiques (biologie cellulaire, cytogénétique, et biologie moléculaire), en sciences physiques, chimiques et biochimiques.

Ces notions fondamentales sont nécessaires pour la compréhension des grands mécanismes physiologiques qui permettent le fonctionnement harmonieux du corps humain. Elles sont, par conséquent, nécessaires à la compréhension du passage de l'état normal à l'état pathologique, que constitue la physiopathologie. La connaissance de cette dernière est indispensable pour comprendre les différentes maladies qui feront l'objet du second cycle. Par ailleurs ce cycle comprend également un enseignement de médecine sociale et d'informatique et prévoit la mise en place notamment d'enseignements de sciences humaines.

4-6-1 La première année du premier cycle :

Elle est consacrée aux sciences fondamentales de base. L'anatomie, la biologie, la biophysique, l'histo-embryologie, la Chimie-Biochimie. S'y ajoutent la connaissance des priorités de la Médecine sociale. (Concepts fondamentaux de la médecine sociale, aperçue sur les grands problèmes de santé dans le monde, le système de santé au Maroc, épidémiologie générale).

Tableau 3 : programme de 1^{ère} AM

Modules	Méthodes d'enseignement volume horaire				Méthodes d'évaluation				
	C.M	T.P	T.D	C.I	Q.C.M	QROC	QR	R.P	Autres
premier semestre									
méthodologie d'apprentissage	04		–	–	–	–	–	–	–
Anatomie I	40	8	–	–	–	–	X	–	–
Biologie	60	6	6	–	–	X	X	–	–
biophysique I	30	5	7,5	–	–	X	–	X	–
Médecine sociale	30	–	–	–	–	X	–	X	–
chimie biochimie I	40	6	4	–	–	X	X	–	–
deuxième semestre									
Histo-embryologie	65	22	–	–	–	X	X	–	–
biophysique II	30	5	7,5	–	–	X	–	X	–
chimie biochimie II	30	6	4	–	–	X	X	–	–
Anatomie II	40	8	–	–	–	–	X	–	–
Informatique	4		12						
Ethique	2					Séminaire fin 6 ^{ème} année			

4-6-2 La deuxième année du premier cycle :

La 2^{ème} année de médecine, clôturée le premier cycle des études médicales dont le principal objectif est de constituer une solide assise à la compréhension de la structure histo-anatomique et de la fonction du corps humain aussi bien au plan biochimique que physiologique.

Ceci se base sur l'enseignement de quatre matières précliniques que sont l'anatomie, l'histologie embryologie cytogénétique, la biochimie et la physiologie. Toutes ces disciplines ont su s'adapter au progrès technologiques et l'intégrer aux items enseignés afin de préparer l'étudiant à entrer de plein pied dans les mécanismes physiopathologiques qui sous tendent la maladie, d'en comprendre les manifestations cliniques et de se préparer à mieux cerner les méthodes d'exploration qui sont devenues de plus en plus sophistiquées.

Le module de microbiologie et d'immunologie introduit non seulement la pathologie infectieuse (bactérienne, parasitaire et virologique) mais met aussi les jalons fondamentaux des réactions immunologiques cellulaires, humorales et non spécifiques très souvent incriminées dans les pathologies les plus diverses dont l'enseignement est programmé au cours du deuxième cycle des études médicales.

Enfin, on ne peut actuellement soigner un patient sans prendre en considération sa dimension psychologique à chaque étape de sa prise en charge, depuis la première consultation jusqu'à son éventuelle hospitalisation, l'éthique et la déontologie devant être au centre des agissements du médecin. Ce sont ses aspects que traite le module de psychologie médicale.

Tableau 4 : programme de 2^{ème} AM

Modules	Méthodes d'enseignement volume horaire				Méthodes d'évaluation				
	C.M	T.P	T.D	C.I	Q.C. M	QRO C	Q R	R. P	Autres
premier semestre									
Anatomie III	36	8	_	_	_	X	X	_	Oral(TP)
biochimie III	32	12	_	_	_	X		_	_
Histo-embryologie	26	18	4	_	_	X	X		_
Physiologie I	60	14		_	_	X	_		_
deuxième semestre									
Anatomie IV	50	12	_	_	_	X	X	_	Oral(TP)
Microbio-immunologie	56/30	8	6	_	_	X	X		_
Physiologiell	50	_	_	_	_	X	X	_	TP
Psychologie médicale	30		_			X	X	_	_
Ethique	2					_	_	_	_

4-6-3 Troisième AM; 1^{ère} année du deuxième cycle:

La troisième année des études médicales représente la première année du deuxième cycle. Elle comporte des modules de séméiologie médicale et chirurgicale qui sont destinés à l'étude des signes et des symptômes cliniques dont le groupement en syndromes permet l'abord des principales pathologies médicales et chirurgicales. Les mécanismes physiopathologiques, permettant la compréhension de certains états pathologiques, sont enseignés dans le module de médecine expérimentale.

A coté de l'étude clinique, l'enseignement comporte des modules introduisant les examens complémentaires tels que la parasitologie, les maladies infectieuses, l'anatomie pathologique, l'hématologie et la radiologie. Ces modules sont indispensables pour compléter la connaissance des maladies et guider les indications des investigations para cliniques.

Une initiation aux traitements des maladies est réalisée par l'introduction de la Pharmacologie générale.

Tableau 5 : programme 3^{ème} AM

Modules	Méthodes d'enseignement volume horaire				Méthodes d'évaluation				
	C.M	T.P	T.D	C.I	Q.C.M	QROC	QR	R.P	Autres
premier semestre									
Sémiologie I	-	-	-	X			X		
Médecine expérimentale	20	-	-	-	-	X	X	-	-
Parasitologie	36	10	-	-	X		-		-
Pharmacologie	40	-	-	-	-		-	X	-
Radiologie	38	-	10	-	-	X	-	-	-
deuxième semestre									
Sémiologie II	-	-	-	X			X		
Anapath générale	26	8	-	-	-	X	X	-	-
Hématologie	20	10	-	-	X	X		-	-
Maladies infectieuses	27	-	-	-	-	-	X	-	-
Dermatologie	30	-	-	-	-	-	X		-

4-6-4 Quatrième AM; 2^{ème} année du deuxième cycle :

La quatrième année de médecine ou deuxième année du deuxième cycle comporte un enseignement théorique et pratique.

L'ensemble des modules est enseigné sous forme de cours magistraux à la faculté.

Au cours de cette année sont étudiés huit modules traitant des pathologies de l'appareil respiratoire, de l'appareil locomoteur, du système nerveux, de l'appareil digestif, de l'appareil cardio-vasculaire, de la génétique et l'hématologie clinique, la cancérologie et les maladies de système.

Tableau 6 : programme de 4^{ème} AM

Modules	Méthodes d'enseignement volume horaire				Méthodes d'évaluation				
	C.M	T. P	T. D	C. I	Q.C.M	QRO C	Q R	R. P	Autre s
premier semestre									
Pathologie de l'appareil respiratoire	35	-	-				X		
Pathologie de l'appareil locomoteur	53	-	-	-	-	X	X	x	-
Génétique	28		-	-	-		X	x	-
Neurologie et neurochirurgie	51	-	-	-			X		-
deuxième semestre									
Pathologie de l'appareil digestif	44	-	-				X		
Hématologie, oncologie et maladies de système	54		-	-	-		X	-	-
Pathologie de l'appareil cardiovasculaire	32		-	-			X	-	-
Pédiatrie chirurgicale	33	-	-	-	X	-	X	-	-
Pédiatrie médicale				50	x		X		X

4-6-5 Cinquième AM; 3ème année du deuxième cycle :

C'est la dernière année d'enseignement théorique en médecine, au cours de cette année est enseignée la synthèse thérapeutique et la cour de réanimation et médecine d'urgences qui met l'accent sur le rôle du médecin généraliste en situation d'urgence. Avec les cours de médecine sociale, de psychiatrie, et enfin la médecine légale et la médecine de travail.

Tableau 7 : programme de 5^{ème} AM

Modules	Méthodes d'enseignement volume horaire				Méthodes d'évaluation				
	C.M	T.P	T.D	C.I	Q.C. M	QRO C	Q R	R. P	Autre s
premier semestre									
Gynécoobstétrique	60						X		
Méd.sociale I	40				X	X			
Anapath spéciale I	25						X		
Med légale et Med de travail	55						X		
Psychiatrie	42						X		
deuxième semestre									
Anapath spéciale II	30						X		
Endocrinologie	26						X		
Appareil urinaire	39						X		
Urg et réanimation	19						X		
Méd.sociale II	40				X	X		X	
Synthèse thérapeutique	50					X			
ORL et ophtalmo	41			X					

4-6-6 Sixième AM; 4ème année du deuxième cycle :

Elle correspond à une année de stages cliniques, au sein du CHU. Les stages cliniques s'effectuent dans les services auxquels sont affectés les étudiants, avec un stage en service de médecine, un autre en chirurgie, un troisième en gynécologie et un quatrième en pédiatrie.

Tableau 8 : programme de 6^{ème} AM

Modules	Méthodes d'enseignement volume horaire				Méthodes d'évaluation				
	C.M	T.P	T.D	C.I	Q.C.M	QROC	QR	R.P	Autres
premier semestre									
Nutrition et Sciences de l'alimentation			16		Présences obligatoire et contrôlé aux enseignements et/ou séminaires comptabilisée dans la validation du stage en cours Evaluation de fin d'enseignement et /ou de séminaire				
Informatique			14						
Méthodologie de la rédaction de la thèse			4 séminaires						
deuxième semestre									
Urgentologie			12		Présences obligatoire et contrôlé aux enseignements et/ou séminaires comptabilisée dans la validation du stage en cours Evaluation de fin d'enseignement et /ou de séminaire				
Ethique			4séminaires						

4-6-7 Septième AM ; stage interné de périphérie

L'étudiant ne peut commencer son stage interné qu'après avoir validé les stages de 6^{ème} année et réussis à tous ses modules.

Les stages internés de la 7ème année sont effectués dans les formations hospitalières périphériques et les centres de santé et des différentes provinces médicales du royaume, avec un stage en médecine, en chirurgie, en pédiatrie, et en gynécologie, et en parallèle des gardes aux urgences, en plus des 2 mois effectués dans un centre de santé publique. Trois sessions d'examens cliniques sont organisées durant cette année universitaire, et se composent de deux épreuves, écrite et orale.

4-6-8 Remarques et propositions :

➤ Le volume global de l'enseignement théorique est pléthorique, la lecture des contenus des cours indique clairement le caractère exhaustif des leçons ainsi que les nombreuses occasions de chevauchements et de redondances.

➤ Les modules à la faculté sont certes multidisciplinaires , dispensés par des spécialistes compétents dans leurs domaines, mais, ce système d'étude vertical, étudiant d'abord les sciences fondamentaux, puis la sémiologie, et enfin la pathologie et sa thérapeutique , cède la place à des répétitions , aux oublis, et à la désintégration du savoir, ceci en surchargeant un programme qui aurai pu s'étendre sur beaucoup plus de pathologies et outils qui serviront au futur médecin dans son futur contexte d'exercice.

➤ Les modules ne sont pas équilibrés quant au volume horaire, mais ils ont le même poids dans les évaluations et le passage en année supérieure

➤ Le programme de **la pédiatrie et de la gynécologie**, est intégré aux stages, sans étude de sémiologie préalable, ceci n'altère pas la qualité d'enseignements et d'acquisition de ces modules.

➤ **La radiologie** : est enseignée en travaux dirigés, par des images projetées au tableau, en demandant à l'étudiant de retenir les différents aspects, en dehors de tout contexte pathologique, et sans même avoir contact avec de vrais clichés .quant à l'échographie, principal outil radiologique du médecin généraliste, on l'enseigne sous forme de descriptions vagues en supposant que l'étudiant pourra les imaginer sans jamais avoir eu contact avec une sonde d'échographie. Sur le plan contenu, la grande partie des cours est consacrée à la radiographie standard, à la tomodynamométrie et à l'IRM ainsi que quelques autres méthodes spécifiques à chaque spécialité, les aspects des radiologies les plus récentes sur le plan mondial ne sont même pas mentionnés.

➤ **L'urgentologie** : discipline vitale au futur généraliste surtout ceux qui seront affectés dans les hôpitaux provinciaux, est étudiée seulement en 19h, associé à la réanimation en plus de 12h de TD en 6^{ème} année sous forme d'enseignement théorique, sans mise en situation ni exercice sur mannequin, même le massage cardiaque externe, n'est pas pratiqué par les étudiants, sachant que le passage par le stage aux urgences n'est pas obligatoire avant la 7^{ème} année.

➤ **La gériatrie** : ne fait pas partie du programme, les pathologies de cette tranche d'âge sont apprises sous les chapitre des maladies de chaque spécialité, sans prise en compte de la spécificité de cette population qui n'est pas loin d'être et de devenir majoritaire parmi les demandeurs de soins, surtout dans le contexte actuelle de changement de la pyramide d'âge au Maroc et d'augmentation de l'espérance de vie des marocains.

➤ Les autres modules en sciences cliniques sont enseignées en modules isolés, par des spécialistes, qui se focalisent sur des pathologies hyperspécialisées vus au CHU, en survolant parfois des motifs courants de consultations (tel les infections simples, les crises d'hystérie, les somatisations...) oubliant quelques cadres nosologiques qui ne font explicitement partie d'aucune spécialité exacte;

➤ **L'informatique** est enseignée en cours et en TD, les notions qui occupent la majorité du volume horaire, sont les bases de la matière, qui sont actuellement connus par tous les jeunes, tandis que l'informatique médicale et celle dont aura besoin le médecin dans sa pratique et pour la gestion de son cabinet, sont seulement étayés en 2 h de TD.

➤ **L'anglais médical** ne figure pas dans le contenu du programme, et **la méthodologie de rédaction de la thèse** est dispensée dans un séminaire de 4 h, ce qui permet seulement une initiation en matière de préparation de la thèse.

Eu égard à toutes ces remarques et commentaires nous **proposons** de :

-Travailler pour une réduction significative du volume global du programme, avec sinon une égalité entre les modules de spécialité, au moins un équilibre à redéfinir entre les programmes logiques des disciplines (médicales, chirurgicales, biocliniques, de santé publique).

-Œuvrer pour une approche transversale dans notre offre de formation, en intégrant par exemple comme on le fait en gynécologie et en pédiatrie, les données sémiologiques et anatomopathologiques au cours de pathologie pour éviter les redondances et dégager un volume horaire pour introduire de nouveaux modules considérés comme une norme de base dans l'enseignement universitaire.

-Introduire un module consacré à la technologie de l'informatique et de communication en santé, à la méthodologie de la recherche, à la rédaction médicale, à la lecture critique d'un article et aux éléments bio statistiques de la médecine basée sur l'évidence ; la plupart des facultés de médecine y compris les nationales ont déjà adopté une partie ou la totalité de ces objectifs . Notre faculté et notre université dispose des compétences nécessaires pour instaurer cet enseignement.

4-7 PLANIFICATION ET MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Normes de base

Le comité chargé du programme d'enseignement doit se voir confier les responsabilités et l'autorité nécessaires à la mise en œuvre du programme d'enseignement, aux fins de la réalisation des objectifs de l'école.

Normes de qualité

Le comité chargé du programme d'enseignement devrait disposer de ressources suffisantes pour planifier et mettre en œuvre les méthodes d'enseignement et d'apprentissage, évaluer les étudiants et les cours et renouveler le programme. Les enseignants, les étudiants et les autres partenaires de l'école devraient être représentés au sein du comité.

A la FMPR, il existe deux comités chargés des programmes dont les fonctions se chevauchent : la **commission pédagogique** et la **commission des programmes** :

4-7-1 La commission pédagogique

Selon **l'Article 60** du règlement intérieur⁶ : La commission pédagogique a une mission double et complémentaire : assurer la **promotion de la pédagogie** au sein de la Faculté et assurer **l'animation pédagogique**. Elle a donc pour rôles essentiels :

1. L'information pédagogique,
2. La formation pédagogique générale et spéciale,
3. Le conseil et l'assistance pédagogiques,
4. Le conseil et l'appui pour l'optimisation des ressources humaines, matérielles et financières associées à l'enseignement,
5. La recherche et l'innovation pédagogique.

Ainsi, la commission pédagogique :

- Propose au Conseil de Faculté toute recommandation ou mesure pour le développement de la formation au sein de la Faculté :
- Propose les mesures propres à améliorer l'insertion professionnelle des diplômés ;
- Propose toute réforme de méthode de formation assurée au sein de la Faculté et toute mesure de nature pédagogique visant à améliorer la qualité de la formation
- Propose les orientations en matière de documentation destinée à la formation ;

- Propose des critères de qualité et des normes pédagogiques à respecter en matière de formation initiale ou continue au sein de la Faculté ;
- Etudie les demandes de soutien aux nouvelles formations ;
- Soumet au Conseil de Faculté le plan d'action pédagogique en matière de formation initiale et de formation continue au sein de la Faculté ;
- Présente, à la fin de chaque année universitaire, au Conseil de Faculté et à la Présidence de l'Université un bilan des activités pédagogiques relatives aux formations initiales et continues au sein de la Faculté, sur la base des rapports d'activités des différentes structures de formation et de recherche de la Faculté.

4-7-2 La Commission des programmes :

Article 76 : Elle a pour mandat :

- l'élaboration des objectifs généraux des programmes et des stages ;
- leur actualisation régulière (révision des programmes, introduction de nouveaux programmes, nouveaux systèmes de formation...)
- le contrôle de la cohérence du contenu des cours ;
- le contrôle de la cohérence des stages ;

Ces mesures seront prises en tenant compte de :

- l'évolution et l'actualisation régulière des connaissances à l'échelle internationale ;
- les orientations nationales dans le domaine des sciences de la santé ;
- les recommandations de la commission pédagogique et de la commission d'évaluation.

4-7-3 Remarques et propositions :

On constate que l'autorité des deux commissions n'est pas bien définie ni l'une par rapport à l'autre ,ni par rapports aux autres structures pédagogiques ; par exemple les récentes révisions du programme étaient faites par la commission pédagogique sur proposition des chefs des différents UPR, de cette manière chaque UPR tend à favoriser sa discipline ,ceci aura comme conséquence un programme long, hyperspécialisé et lieu de redondances .or il fallait inverser la donne : c'est la commission chargée des programmes qui doit définir les objectifs, le contenu et la manière de mise en œuvre du programme, permettant ainsi de respecter le cadre général et la planification prévu du curriculum.

Les étudiants ne participent pas aux travaux de la commission bien que des représentants sont officiellement nommés parmi ses membres, ceci est du à une sous-estimation de leur participation dans la prise de décisions, mais aussi à la mauvaise circulation de l'information parmi les étudiants quant au rôle important qui incombe à cette commission.

Il serait plus efficace de fournir toutes les ressources nécessaires et suffisantes pour le bon fonctionnement de la commission, dont la mission constitue le fondement sur lequel devrait se construire la pédagogie à la FMPR.

4-8 LIEN ENTRE ENSEIGNEMENT DE BASE ET LA PRATIQUE MEDICALE :

Normes de base

Des liens doivent être mises en place, au plan opérationnel, entre l'enseignement dispensé par l'école de médecine et les étapes suivantes de la formation théorique ou pratique que suivent les étudiants après l'obtention de leur diplôme.

Normes de qualité

Le comité chargé du programme doit consulter les acteurs des secteurs dans lesquels les futurs diplômés seront appelés à travailler et modifier le programme d'enseignement à la lumière des informations recueillies auprès de la communauté et de la société en général.

Les jeunes médecins généralistes, après un long parcours à la faculté finissent, pour certains, affectés dans des structures de soin de santé de base dans différentes zones du pays, d'autres ouvriront leur propres cabinets dans des emplacements proches de la population la plus défavorisée de leurs villes.

Au début de leur carrière, ils sont confrontés à plusieurs problèmes faisant de leur exercice une tâche lourde et les poussant à fuir vers d'autres trajets telle la spécialisation :

D'abord une incapacité à s'adapter au système d'offre de soins sollicité aux niveau des centres de santé et ESSB, vu leur formation qui s'est déroulé au niveau des CHU, ainsi ils trouvent des difficultés à être le gérant , qui est censé coopérer avec les cadres paramédicaux travaillant sous sa direction, ils sont

bloqués face aux procédures administratives que nécessite le travail dans un régime conçu pour la santé publique, ils ont même des difficultés pour communiquer avec les autres niveaux de l'échelle de structure d'offre de soins .

Pour ceux qui ouvrent leur propre cabinet, ils se retrouvent en manque de connaissances quant aux moyens logistiques et économiques pour bien réussir la gestion de leur projet.

Secondairement, le médecin qui a reçu beaucoup de connaissances scientifiques, physiopathologiques et thérapeutiques, se retrouve restreint devant des pathologies quotidiennement rencontrés, auxquels on avait consacré peu voir pas de temps dans ses cours, alors que d'autres pathologies plus détaillées et largement enseignées, ne seront que rarement vus et sont ensuite adressés a des spécialistes par défaut de moyens de les suivre et les traiter.

Il est également constaté que nos médecins expriment une Insuffisance en rapport avec l'abord humain et psychologique des malades due à la faible connaissance de la société marocaine, des habitudes sociales et des comportements socioculturels des populations , le malade étant considéré et traité auparavant comme une maladie, sans support psychologique, sans histoire personnelle, sans contexte socioculturel, ils expriment aussi une incapacité à intégrer le facteur coût dans la pratique médicale, malgré leur conscience des conséquences subites par le malade et la société.

On outre, les possibilités de carrière en médecine générale font défaut dans le secteur public : la seule possibilité de promotion est la spécialisation.

Selon une enquête de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) réalisée auprès des jeunes généralistes en France: les étudiants sont perdus, ils disent aller « totalement dans le brouillard » en choisissant la médecine générale²⁸. En effet, la médecine générale est appréhendée comme une médecine pour laquelle il faut tout savoir sur tout, où il faut en permanence être au point sur les dernières recommandations dans toutes les spécialités, le tout avec un risque non négligeable d'erreurs liées aux facteurs humains, et en gagnant moins bien sa vie que les confrères spécialistes. Ainsi, « l'hyperspécialisation » n'est plus vraiment considérée comme une « hyper compétence », mais plutôt comme une sécurité dont le risque associé n'est que l'ennui et la routinisation.

La situation est un peu meilleure pour les lauréats qui suivront la voie de la spécialisation, du moins à court terme, car ils continueront leur formation au même CHU, ils ont déjà reçu un enseignement assez spécialisé pendant la formation initiale qui les a préparé à la formation du 3^{ème} cycle, ils apprennent à s'autoformer à travers les articles et travaux qu'ils sont amenés à préparer pendant leur cursus de résidanat, le contact avec les malades fait parti de leur vécu quotidien, malgré que la qualité de ce contact reste celle qu'ils ont acquis dans le tronc commun.

Le problème essentiel qui pèse sur leur formation est l'ambiguïté de l'avenir de leur exercice, en effet à la fin de leurs parcours, une fois spécialistes, il se pose la question de leur affectation : certes celle ci répond aux besoins de la société dans les différentes régions du pays, mais elle doit aussi être conçue de telle manière d'arranger les 2 parties, car actuellement le choix des spécialités est devenu parfois conditionné par les possibilités d'affectation plutôt que par

l'intérêt à la spécialité elle même, ainsi les mieux classés choisissent le bénévolat, quelque soit la spécialité qui lui correspond.

Il serait judicieux que la faculté mène une profonde réflexion sur ce problème, en collaboration avec le ministère de la santé, en essayant de respecter au maximum les provenances des médecins et leurs choix d'installation, sinon de préciser les possibilités d'affectations à laquelle s'attendra le futur spécialiste dès le début de son cursus, avec des offres d'avantages et moyens de motivation à ceux les affectations seront les plus éloignées.

Dans ce contexte, il importe que la faculté, et ses instances défendent l'intérêt de ses lauréats, en imposant un minimum de conditions favorables pour l'exercice ainsi que le niveau basique de qualité de vie dans les régions où ils seront affectés, ceci à travers des relations et collaborations de la faculté avec les différents secteurs.

Il est important aussi que la faculté soit responsable de ses étudiants en cours de spécialisation devant la décision du CHU, et participe à l'élaboration de leur système d'examen et d'avancement.

Le rôle de la faculté de médecine ne devrait il pas être réduit à celui d'une simple usine à médecins, sans intérêt pour leurs futures conditions de pratique professionnelle. L'interface entre la formation médicale et la pratique médicale doit être reconnue et assumée.



*V- Evaluation
des étudiants*

Evaluer l'acquisition des compétences des futurs médecins généralistes est un problème complexe qui nécessite la prise en compte de nombreux facteurs, réglementaires, institutionnels, pédagogiques²⁹.

L'évaluation est un processus en trois étapes :

- **recueillir** des données,
- **analyser** ces données,
- porter un **jugement** de valeur (ou appréciation) à partir de l'analyse des données.

C'est un *"processus par lequel des informations sont obtenues au sujet des connaissances (sils) et des capacités (potentiels) d'une personne, [...] ce processus de recueil d'informations vise à fournir une rétroaction significative à la personne évaluée et à fournir des données utiles à la communauté dans laquelle elle vit"*³⁰.

Dans la définition de Gardner, la double finalité de l'évaluation est bien

Explicitée : l'une destinée aux apprenants et aux enseignants (formative), l'autre destinée aux institutions (certification).

Evaluation formative : *"Lorsque l'évaluation vise à renseigner les étudiants et les formateurs sur la qualité des apprentissages réalisés, afin que les uns et les autres ajustent respectivement, en cours de route, leurs stratégies d'apprentissage et d'enseignement, il s'agit d'une évaluation formative, généralement assimilée à la fonction pédagogique De l'évaluation"*³¹. Il s'agit bien d'une évaluation à visée "diagnostique" pour permettre aux apprenants de "réguler" leurs apprentissages et aux enseignants de "réguler" leurs enseignements³².

Certification : *"Lorsque cette évaluation conditionne l'octroi du permis d'exercice professionnel, elle est dénommée certification"* (12). Il s'agit là d'une évaluation à visée "pronostique" pour déterminer si un apprenant a acquis les compétences nécessaires (suffisantes ?) à son futur exercice professionnel.

La note, quant à elle, est une valeur numérique (8 sur 20, 80 %,...) ou encore une cote (lettre ou symbole) qui traduit l'appréciation quantitative et/ou qualitative portée, selon un barème, sur les apprentissages et le travail d'un étudiant.

Pour bien évaluer, il faut un système d'évaluation cohérent, avec objectifs et méthode ; que les modalités de cette évaluation soient connus bien en amont, que les objectifs pédagogiques et les compétences importantes à acquérir soient rédigés, que les modalités soient particulièrement soignées « souvent, on passe (très) peu de temps à poser les questions et beaucoup à corriger, il faudrait le contraire ».

5.1 MÉTHODES D'ÉVALUATION.

Normes de base

L'école de médecine doit définir et communiquer ses méthodes d'évaluation des étudiants, y compris les critères applicables à l'obtention du diplôme.

Normes de qualité

La fiabilité et la validité des méthodes d'évaluation devraient être confirmées et mesurées et de nouvelles méthodes d'évaluation élaborées.

Depuis l'accès des étudiants à la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat, le passage d'une année à l'année suivante est conditionné par "la validation" des modules, chaque module est noté sur 20 et la réussite du module implique une note supérieure ou égale à 10/20.

À l'exception de la 2^{ème} année, les étudiants ont chaque année le droit d'avoir une matière en crédit.

Il existe différentes méthodes pour évaluer les connaissances des étudiants, celles qui sont adoptés à la FMPR sont (voir tableaux 4 ; 5 ; 6 ; 7) :

- les questions rédactionnelles QR
- les questions à réponse ouvertes et courtes QROC
- les questions à choix multiples QCM
- la résolution de problèmes RP

Il existe d'autres méthodes spécifiques à certaines matières telles les épreuves orales, les épreuves de TP et les dessins d'anatomie.

Les méthodes les plus utilisées pour évaluer les connaissances aux examens à la FMPR sont les QR 35 /70 fois, suivi par les QROC à raison de 22/70, les QCM et la résolution de problèmes sont minoritaires 6/70 et 7/70

Pour la 7^{ème} année, les examens se déroulent d'une manière différente (évaluation certificative) mettant les internes en situation réelle, ce sont les **Examens Cliniques Objectifs Structurés (E.C.O.S.)**

5-1-1 Aperçu des différentes méthodes³³ :

5-1-1-1 QR :

- **Avantages:**

Elles permettent de juger la capacité de l'étudiant à ordonner ses idées, faire un plan, développer des arguments, et de faire preuve de sa maîtrise de la langue.

Selon le niveau de réflexion on peut distinguer les questions où :

- répondre nécessite une réflexion originale,
- répondre nécessite une réflexion mais suit un plan convenu.
- répondre se limite à restituer une partie de cours sans faire appel à la réflexion.

Ces distinctions s'appliquent plus aux questions aux réponses longues qu'à celles aux réponses courtes (quelques lignes à une page) qui nécessitent peu de construction.

- **Inconvénients :**

Ces épreuves peuvent manquer de validité: portant sur une partie de l'enseignement, elles incitent les étudiants à gérer les impasses.

Elles manquent d'objectivité. Pour les enseignants rédiger une question sans ambiguïté est plus ou moins aisé. La correction est longue si le nombre de copies est important.

L'établissement d'une grille de correction est indispensable dans un concours, et souvent dans un examen, pour augmenter l'objectivité de la correction.

Pour les étudiants : plus une question est complexe, plus il est possible de faire preuve d'originalité.

Un style médiocre, une écriture difficile à déchiffrer, nuisent à la qualité de la copie même si le fond est correct.

5-1-1-2 QROC :

- **Avantages :**

Une question précise appelle une réponse courte de correction rapide et simple.

Exemple :

- *Question : Quelle est la quantité d'alcool pur, exprimée en grammes, contenue dans un demi-litre de vin à 10° ? - Réponse : 40 g*

- **Inconvénients**

Rédiger une QROC sans ambiguïté est une difficulté majeure.

5-1-1-3 QCM :

- **Structure**

Un libellé est suivi d'une question dont on choisit la ou les bonnes réponse(s) parmi 3, 4 ou 5 propositions (rarement plus). A côté de la ou des bonne(s) réponse(s) il faut des leurres crédibles.

- **Avantages**

- Facilité de correction et possible automatisation ont fait le succès des QCM.

- Possibilité de balayer tout le champ d'un enseignement.

- La correction d'une QCM est fiable et objective, et il y a aisément possibilité de faire des études statistiques sur les résultats.

- **Inconvénients :**

- * *Exercice artificiel* : l'exercice est artificiel, l'offre d'un choix de réponses ne fait pas appel à la réflexion spontanée.

- * *Mauvaise utilisation* :

- Simple, la méthode est pénalisée par sa mauvaise utilisation.

- Il est difficile de rédiger des QCM sans ambiguïté, comportant toutes les données nécessaires, avec de vrais leurres.

- On attache à tort aux QCM la notion de rapidité de réponses, ce qui ne permet de tester que la mémoire ou des automatismes. Il est possible d'exposer un problème difficile et de poser une QCM nécessitant plusieurs minutes de réflexion.

Les QCM simplistes sont des QCM bâclées.

5-1-1-4 Résolutions de problème, cas cliniques³⁴ :

Analyse de cas cliniques^{35, 36}[Patients Management Problem (PMP)

Squential Management Problem (S M P); Modified Essay Question (MEQ)]

Dossier clinique sous forme papier ou sous forme numérique) dont les informations sont fournies de manière séquentielle, linéaire ou bien algorithmique, à la demande de l'étudiant, après chacune de ses réponses (ouvertes ou fermées). La démarche employée par l'étudiant est comparée à celle d'un expert ou d'un groupe de référence et l'appréciation est formulée à l'aide de scores plus ou moins combinés.

- **avantage:**

Permettent de mesurer une compétence générale à raisonner adéquatement devant un problème clinique.

- **Inconvénients**^{37, 38, 39} :

-**L'effet d'indice** : si l'on présente une sélection limitée de réponses possibles, le candidat peut reconnaître la bonne réponse plutôt que la générer, ce qui dénature la tâche de résolution de problème.

-**La diversité des cheminements du raisonnement** : Le développement des grilles de correction consistait habituellement à demander à un groupe d'experts (panel de référence) de décider, par consensus, quels étaient les cheminements acceptables pour le problème concerné.

L'expérience a cependant montré qu'il est difficile d'atteindre un tel consensus, ce qui a conduit à une remise en question de l'utilisation de cheminements fixes par les experts^{1 1}.

- La spécificité de contenu (ou de cas)**

La recherche a montré avec régularité que la performance dans un problème clinique prédit très mal la performance dans un autre problème,

5-1-1-5 Epreuves de travaux pratiques

- **Avantages**

Ces épreuves sont les plus en cohérence avec des objectifs opérationnels : on observe la technique de réalisation, l'aisance, le résultat. Elles sont d'autant plus valides qu'elles correspondent à un exercice futur.

- **Inconvénients**

Elles nécessitent du temps, des locaux, du matériel, des enseignants.

5-1-1-6 Examen Clinique Objectif Structuré (E.C.O.S.)

L'E.C.O.S organise une épreuve comme un parcours où les étudiants se présentent à plusieurs stations successives, chacune dédiée à une activité, interrogatoire, réalisation d'un examen clinique ou d'un geste technique, interprétation d'examen, etc.

Cette technique est très intéressante mais a les inconvénients de nécessiter de nombreux enseignants, de prendre du temps et de subjectivité. Certains candidats sont pénalisés par leur émotivité et leur timidité alors que d'autres tirent leur épingle du jeu grâce à leur aisance.

Des facteurs tenant aux examinateurs (disponibilité, rigueur, humeur, fatigue, problèmes personnels) influencent les conditions de l'épreuve.

5-1-1-7 Exemples de nouvelles méthodes d'évaluation en formation médicale:

-**Le test de concordance de script⁴⁰ (TCS):**Un problème clinique est soumis à l'étudiant qui doit interpréter des données et prendre des décisions. Des hypothèses d'interprétation ou de décisions lui sont fournies en même temps que

des informations nouvelles lui sont communiquées. L'étudiant doit indiquer à l'aide d'une échelle l'importance du crédit ou du discrédit que l'information nouvelle apporte à l'hypothèse.

-Portfolio⁴¹ : Collections organisées de matériel permettant d'obtenir des informations sur les apprentissages effectués et sur les compétences développées par un étudiant au cours d'une période plus ou moins longue d'apprentissage. Elles contiennent :

-Une compilation de scripts de problèmes complets ou de certains événements (échecs, incidents,...),

-Des notes d'analyse bibliographique critique, des résumés d'entretiens avec des personnes ressources ou de discussions collégiales, des descriptions de projets en cours, des « journaux de bord » d'activités professionnelles, des vidéoclips d'entretiens avec des patients ou de tâches procédurales....

-Une analyse réflexive développée à partir de cet échantillon de problèmes et de cette banque documentaire.

5-1-2 Remarques et propositions

Nous remarquons que les méthodes utilisés majoritairement à notre faculté (QR, QROC, QCM) gagnent en terme de validité mais sont insuffisantes quant à leurs pertinence, nous constatons également qu'elles favorisent un apprentissage des connaissances de façon à être récitées lors des examens, les étudiants insistent ainsi ,sur la mémorisation , allant jusqu'au copiage des pages de cours ,pour ne plus avoir à réfléchir le jour de l'examen , car aussi ces méthodes nécessitent beaucoup de temps pour répondre (surtout les QR) ,ne laissant même pas le temps de raisonner à l'étudiant .il est connu également que

cette dernière méthode invite certains à faire des impasses ,laissant au coin des parties importantes du programme.

Les étudiants sont par contre satisfaits des modules auxquels ils sont exposés à des cas cliniques, à condition, que les énoncés soient correctement formulés, sans omissions de données. Quant aux examens cliniques, la méthode est jugée convenable pour cette catégorie d'évaluation, sauf qu'il aurait été plus bénéfique de familiariser les étudiants pendant leurs années d'études avec ces examens, comme le font certains services.

Les méthodes qui favorisent le raisonnement cliniques sont minoritaires à la faculté, malgré qu'on soit à une ère où l'information n'est pas précieuse en elle même, mais c'est la manière de l'utiliser qui importe et distingue un médecin compétent d'un autre ;

Il serait également intéressant de favoriser l'autoformation, et de juger la capacité du futur médecin à s'octroyer les meilleurs et les plus crédibles des données scientifiques, ceci lui permettra de maîtriser sa formation continue à long terme.

Pour le passage d'une année à l'autre il est inconcevable de refaire tous les modules d'une année alors que l'échec a été connu dans un ou deux modules , d'autant plus que chacun d'eux est totalement indépendant de l'autre et que le but de l'évaluation suivie à la faculté est d'estimer si l'étudiant est compétent dans chaque matière a part entière.

Quelques propositions peuvent être dégagées concernant les systèmes d'évaluation³² :

- ✓ **Développer** un dispositif d'évaluation en ayant à l'esprit les conséquences prévisibles de ces procédures sur les apprentissages des étudiants
- ✓ **Délimiter** ce qui doit être évalué en raison de sa pertinence et de son importance par rapport aux compétences visées plutôt qu'en raison de sa facilité à être mesuré
- ✓ **Sélectionner** des modalités d'évaluation qui renseignent valablement sur le niveau de performance réellement attendu des étudiants : Certaines procédures de recueil d'informations sont adaptées pour évaluer des comportements novices ; elles peuvent en revanche se révéler impropres à apprécier des comportements experts.
- ✓ **Exposer** les étudiants à un nombre et à une variété suffisants de situations d'évaluation
- ✓ **Développer** des dispositifs d'évaluation utilisant des méthodes et des instruments que l'on maîtrise, dont on connaît les forces et les limites, compatibles avec les allocations en ressources du programme de formation (coûts humains et financiers) et acceptés par les acteurs concernés (les étudiants et les enseignants)
- ✓ **Rendre** explicite aux étudiants, dès le début de la séquence d'enseignement et d'apprentissage, la nature des tâches d'évaluation et les critères qui seront pris en compte pour la correction et/ou pour la détermination de la réussite

5-2 LIEN ENTRE L'APPRENTISSAGE ET L'ÉVALUATION

Normes de base

Les principes, méthodes et pratiques d'évaluation doivent être entièrement compatibles avec les objectifs pédagogiques visés et promouvoir l'acquisition de connaissances.

Normes de qualité

Le nombre et la nature des examens devraient être ajustés en fonction des évaluations des diverses composantes du programme d'études afin d'encourager l'apprentissage intégré. Il convient par ailleurs d'éviter que les étudiants aient à assimiler des quantités excessives d'informations et que le programme soit trop lourd.

Les contenus et les modalités des épreuves (à condition qu'ils soient connus) **constituent les objectifs de fait** d'un enseignement, d'une formation. Il est indispensable qu'il y ait une forte cohérence entre les objectifs avancés et les épreuves, en cas de discordance, pour les étudiants, réussir les épreuves devient l'unique objectif.

Les contenus et les modalités des épreuves déterminent les modalités d'apprentissage. L'objectif des étudiants étant de satisfaire aux épreuves, ils adoptent naturellement les stratégies qu'ils estiment les plus efficaces et les plus efficientes pour réussir. En cas de discordances entre les modalités d'une formation et celles de préparation des épreuves, les étudiants privilégient la préparation des épreuves.

Lorsque les épreuves et l'enseignement ne correspondent pas aux besoins, l'apprentissage des étudiants s'effectue en marge de la formation ou devient autodidacte. Un minimum d'énergie est mis en œuvre pour satisfaire aux examens³³.

Les modalités des contrôles des connaissances constituent un indicateur objectif et simple de l'évaluation d'un enseignement.

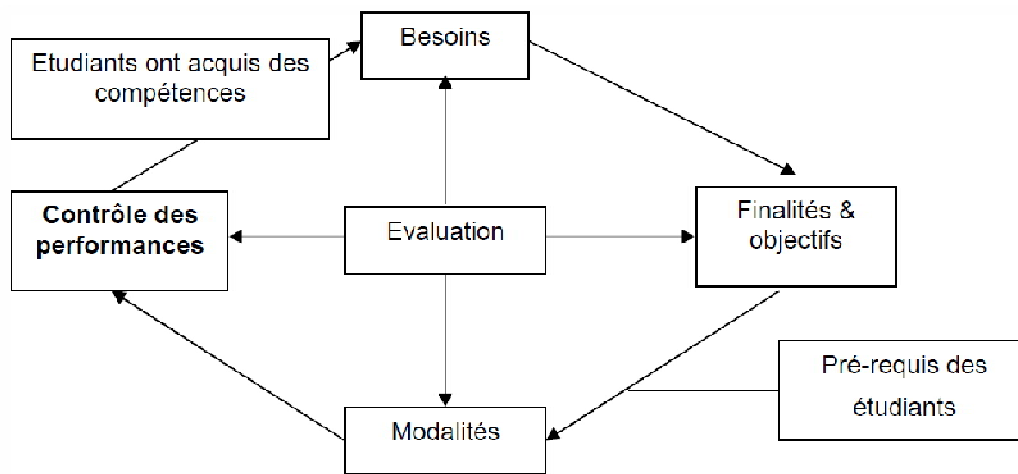


Figure 8 : Lien entre l'évaluation et l'apprentissage³³

De fait, l'évaluation doit être tenue pour centrale dans la dynamique enseignement-apprentissage. Elle conditionne, par exemple, fortement les orientations des apprentissages.

On sait à cet égard que l'intention avec laquelle on apprend et la nature du traitement de l'information que l'on développe pour ce faire déterminent puissamment la qualité, la profondeur et le caractère réutilisable des

apprentissages, en d'autres termes, à partir d'un même corpus d'informations, on n'effectue pas du tout les mêmes apprentissages si l'on apprend dans le but d'être capable de réciter ces informations ou si l'on apprend dans le but d'être capable de les réutiliser pour comprendre, expliquer et résoudre un problème.

De ce fait, les éléments pris en compte à l'étape de l'évaluation par les professeurs envoient aux étudiants des messages puissants concernant les aspects à privilégier dans leurs apprentissages.

L'évaluation influence également fortement la motivation d'un étudiant à apprendre^{42, 43} en lui fournissant des informations qui participent à son sentiment de compétence par rapport aux tâches d'apprentissage proposées. En l'aidant à en percevoir la valeur et à identifier le degré de contrôle qu'il possède à leur égard, elle peut favoriser l'engagement et la persévérance de l'étudiant.



*VI politique
pédagogique :*

Normes de base :

L'école de médecine doit définir une politique pédagogique qu'elle mettra en application lors de la planification de l'enseignement de la médecine et de l'élaboration des méthodes d'enseignement.

Normes de qualité :

Des mesures devraient être prises afin de faciliter la consultation de pédagogues confirmé set de démontrer l'intérêt que présente cette démarche pour le perfectionnement du personnel enseignant et l'avancement des recherches sur l'enseignement de la médecine.

6-1-QUELLE POLITIQUE GENERALE DE FORMATION EST ADOPTEE A LA FMPR

Chaque faculté de médecine qui souhaiterait atteindre les normes de base de l'éducation médicale doit nécessairement avoir une politique franche dans sa démarche pédagogique, qu'elle prendra en compte lors de la planification de son enseignement, et de l'élaboration des méthodes de cet enseignement⁸.

A la FMPR, la politique pédagogique a connu une évolution qui a répondu aux attributions des différents responsables pédagogiques qui y sont passé, mais à l'heure actuelle quelle politique suit elle ? Est-elle clairement définie ? Et comment s'applique-t-elle à son enseignement ?

6-2 APPROCHE PAR OBJECTIFS OU APPROCHE PAR COMPETENCES ?

L'éducation médicale a vécu d'importants changements au début du 20^{ème} siècle. D'une formation plus ou moins aléatoire basée principalement sur le compagnonnage, l'on est passé à la création de systèmes d'écoles de médecine affiliées à des hôpitaux.

La formation très variable qui dépendait d'un seul maître est devenue plus standardisée. L'accent était progressivement mis sur le contenu scientifique qui devait être acquis dans des laboratoires et dans les milieux hospitaliers.

Plusieurs programmes de formation médicale se sont adaptés à l'approche par objectifs lors de la révision de leur curriculum⁴⁵. Pour tous, l'attrait principal de cette approche était l'obligation de clarifier les intentions et de spécifier les performances désirées⁴⁶, cette approche a parfois conduit à l'élaboration de catalogues d'objectifs spécifiques excessivement détaillés, en exposant au risque du morcellement des apprentissages, au détriment d'une construction de représentations plus globales et plus signifiantes.

De fait, la prise de conscience des limites d'une telle approche soulève des questions relatives notamment à la fragmentation des domaines de compétences et, corollairement, au degré de spécificité convenable à trouver lors de la formulation des objectifs⁴⁷.

De nombreux facteurs, issus de courants multiples mais convergents, ont contribué à faire émerger le concept de compétences dans la formation médicale; on peut évoquer l'explosion des connaissances médicales, le développement des sciences de l'apprentissage et de leurs applications en

éducation mais aussi les modifications des conditions de la pratique médicale ainsi que de nouvelles attentes sociales en faveur d'une meilleure formation médicale.

Le modèle du médecin compétent s'est peu à peu substitué à celui de médecin exclusivement savant.

6-2-1 L'approche par objectifs :

La notion d'objectifs pédagogiques s'est développée, à partir des années 1950 et surtout 1960, pour répondre à la nécessité d'introduire davantage de rigueur dans les dispositifs de formation.

Dans un contexte marqué par la double augmentation exponentielle des savoirs et du nombre d'étudiants à former, il s'agissait de formaliser le contrat didactique entre les enseignants et les étudiants et d'énoncer clairement ce que ces derniers devaient apprendre.

Les objectifs d'apprentissage précisent donc des changements durables et désirables chez l'étudiant et qui surviennent pendant ou à l'issue d'une situation pédagogique⁴⁸ et ils infèrent, plus ou moins explicitement, les activités qui permettent d'y parvenir.

➤ Implications pédagogiques :

L'ensemble des objectifs (buts, objectifs généraux ou spécifiques) a pour but de faciliter à la fois la planification des activités d'enseignement et d'apprentissage, les apprentissages des étudiants ainsi que l'évaluation des apprentissages, des enseignements et des dispositifs de formation.

➤ **Avantages et limites de l'approche par objectifs:**

L'avantage principal de l'approche par objectifs est d'avoir formulé et formalisé la nécessité d'explicitier de façon précise les finalités d'un dispositif de formation. Cette exigence facilite la démarche globale de planification pédagogique et se révèle essentielle à la cohérence interne des programmes qui sont élaborés, en favorisant la congruence entre les objectifs visés et les activités éducatives proposées⁴⁹.

L'influence conjointe de l'approche par objectifs et de la perspective docimologique a pour sa part apporté une incontestable rigueur à la démarche évaluative.

Plusieurs limites ou inconvénients ont, en revanche, été peu à peu identifiés. L'un d'entre eux concerne la difficulté à laquelle sont confrontés les enseignants lorsqu'il s'agit de choisir le juste degré de spécificité des objectifs au niveau opérationnel.

La crainte principale de cette approche portait surtout sur le caractère rigide de l'énonciation formelle des objectifs et sur le danger de se concentrer sur des « trivialités » et de perdre ainsi l'occasion d'ouvrir l'esprit vers ce qui est important à enseigner et à apprendre⁵⁰.

De ce fait, un certain nombre de dispositifs d'évaluation n'ont pas échappé au travers d'examiner surtout les objectifs faciles à mesurer plutôt que ceux importants à évaluer^{51, 52}, avec une prépondérance *de facto* de l'évaluation de la maîtrise des faits, des règles, des lois et des principes.

6-2-2 L'approche par compétences

Le courant de réflexion pédagogique exploitant la notion de compétence pour structurer et orienter les dispositifs d'enseignement supérieur dédiés à la formation professionnelle s'est développé à partir de 1980 aux Etats-Unis⁵³. Il a graduellement pris de l'ampleur et s'est rapidement étendu aux milieux européens, notamment anglo-saxons, ces dernières années⁵⁴.

L'émergence du concept de compétence et le développement progressif de l'approche par compétences en formation universitaire constituent une réponse à la préoccupation d'apporter une solution aux problèmes et aux limites identifiés dans le cadre de l'approche par objectifs.

La compétence est une intégration des habiletés, des connaissances et des capacités nécessaires à l'accomplissement d'une tâche spécifique⁴⁷, Tardif⁵⁵ propose de considérer qu'« une compétence est un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations »⁵⁶.

Il en souligne :

- a) le caractère intégrateur (chaque compétence fait appel à une multitude de ressources de nature variée) ;
- b) le caractère combinatoire (chaque compétence s'appuie sur une combinaison différenciée de ressources, ce qui permet de résoudre différents problèmes de la même famille de situations concernée) ;

- c) le caractère développemental (les aptitudes sont des compétences en développement et chaque compétence se développe tout au long de la vie) ;
- d) le caractère contextuel (chaque compétence est mise en œuvre à partir de contextes particuliers qui orientent l'action) et enfin :
- e) son caractère évolutif (chaque compétence est conçue afin d'intégrer de nouvelles ressources et de nouvelles situations sans pour autant être dénaturée).

➤ **implications pédagogiques :**

Scallon énonce comme un principe que « c'est dans l'action que les compétences peuvent être développées et inférées »⁵⁷. Dès lors, en accord avec les orientations conceptuelles de la perspective de l'enseignement et de l'apprentissage contextualisés, les dispositifs de formation dédiés au développement de compétences doivent privilégier la confrontation des étudiants à des tâches en lien avec des situations-problèmes les plus authentiques possibles.

L'une des caractéristiques inhérentes à la notion d'authenticité est que ces situations problèmes reproduisent les caractéristiques des problèmes auxquels seront confrontés les étudiants dans leur contexte d'application de leurs apprentissages.

En accord également avec les apports théoriques concernant le transfert des apprentissages, il est essentiel que les étudiants chez lesquels on vise la construction de compétences soient exposés à de nombreuses occasions d'application des compétences en construction (recontextualisations multiples)⁵⁸

➤ **l'évaluation :**

Gagné insiste à cet égard pour que l'évaluation soit en accord avec les objectifs de formation, y compris ceux exprimés sous forme de compétences¹¹. Selon lui, «...*si nous voulons que les étudiants soient des penseurs critiques et des personnes capables de solutionner des problèmes, alors, il faut les confronter avec des situations où ils ont à faire face à ces problèmes ...*».

Dans cette approche, il est exclu que les problèmes puissent être résolus par de simples rappels des connaissances⁵⁹.

➤ **Apports et limites de l'approche par compétences :**

Même si des preuves sont encore à consolider par des travaux de recherche, beaucoup d'arguments conduisent à penser que des dispositifs de formation professionnelle centrés sur l'approche par compétences sont de nature à stimuler et soutenir la motivation des étudiants au cours de leur cheminement dans le dispositif de formation, en favorisant notamment leur perception adéquate de la valeur des activités et de la viabilité de leurs ressources internes⁶⁰.

En rendant nécessaire l'élaboration d'un modèle explicite de l'apprentissage d'une compétence, cette approche est également de nature à faciliter les interventions de rétroaction (*feedback*) des enseignants, ainsi que leur pertinence ; de la même manière, cette exigence est de nature à faciliter l'exploitation de la fonction de modèle de rôle explicite en tant que modalité d'intervention pédagogique, particulièrement en contexte de stages⁶¹.

En contrepartie, il ne faut pas sous-estimer certaines limites, au moins temporaires, liées aux difficultés et aux exigences de l'implantation d'un programme se référant à l'approche par compétences comme le souligne

Tardif⁵⁸, «dans la plupart des programmes de formation axés sur le développement de compétences et pour la majorité des compétences ciblées, il n'existe aucun modèle cognitif de l'apprentissage ».

6-2-3 quel approche est adopté à la FMPR ?

Après avoir étudié les 2 approches et en comparant les principes sur lesquels se base chacune d'elles à ceux adoptés à la faculté, on constate que le contenu des programmes qui sont enseignés depuis des années, les méthodes de dispenser ces enseignements et la manière d'évaluer les apprentissages des étudiants, s'inscrivent tous, même si implicitement, dans une politique de formation qui est plutôt adhérente à l'approche par objectifs .

Ceci ne constitue pas en lui-même un inconvénient, si ce n'est parce que l'enseignement de la médecine et des sciences de la santé en général doit suivre les changements mondiaux dans le domaine, d'autant plus que notre faculté ne cesse d'investir des efforts pour atteindre un niveau de qualité mondialement reconnu.

Aussi, est-il possible que cette approche permette à la faculté de faire de ses étudiants de futurs médecins s'inscrivant sous les nouvelles normes de médecin généraliste idéale, sachant que celui-ci est défini en terme de compétences : "Un bon enseignement est certes un enseignement adapté aux objectifs mais il faut également s'assurer qu'il permet de les atteindre"

Il est à noter que la FMPR a confié à la commission pédagogique la planification de sa politique de formation, celle-ci est composée d'un groupe de nos enseignants les plus intéressés à la pédagogie, cependant, les principes de

pédagogie font appel en outre des médecins ayant effectué des recherches sur l'enseignement de la médecine, à des psychologues scolaires, sociologues, etc.

C'est pour cela que la faculté devrait faciliter la consultation de pédagogues confirmés et démontrer l'intérêt que présente cette démarche en investissant le perfectionnement du personnel enseignant et l'avancement des recherches sur l'enseignement de la médecine.



VII- Les étudiants

7-1 POLITIQUE D'ADMISSION ET SELECTION

Normes de base

L'école de médecine doit se doter d'une politique d'admission claire décrivant avec précision le processus de sélection des étudiants.

Normes de qualité

La politique d'admission devrait être réexaminée périodiquement, à la lumière de données professionnelles ou sociales pertinentes, conformément aux responsabilités sociales de l'établissement et aux besoins sanitaires des communautés et de la société. Le lien entre le processus de sélection, le contenu du programme d'enseignement et les qualifications dont doivent justifier les diplômés doit être souligné.

La sélection des étudiants en médecine constitue un exercice de grande envergure, contentieux et dont les enjeux sont élevés. La sélection sert généralement pour deux objectifs distincts : le premier est de réduire le nombre élevé de candidats d'ailleurs qualifiés et capables de remplir le nombre de places disponibles, et le second est d'inscrire les étudiants qui seront les plus susceptibles de réussir dans ce qui est considéré comme un programme rigoureux, et à la suite de devenir des membres compétents du corps médical ⁶².

Bien que la plupart des facultés de médecine du monde utilisent des critères différents pour l'admission, ces critères sont généralement basés sur une combinaison de la réussite scolaire, d'une épreuve écrite et parfois d'un entretien⁶³.

7-1-1 conditions d'accès à la FMPR section médecine

7-1-1-1 candidats :

La FMPR à l'instar d'autres facultés de médecine marocaines, recrute ses étudiants sur une base purement cognitive. L'accès à la Faculté de Médecine est ouvert sur concours aux titulaires du Baccalauréat Scientifique (série Sciences Expérimentales ou Mathématiques), présélectionnés selon leurs notes obtenues au baccalauréat. Les candidats titulaires d'un baccalauréat étranger, doivent communiquer à la faculté, dès réception de leurs résultats, les notes obtenues aux épreuves du baccalauréat et leurs coefficients.

7-1-1-2 Procédure de sélection

Une présélection a lieu sur la base de la moyenne générale des notes obtenues au baccalauréat. Seuls les candidats retenus sur la base de la présélection sont autorisés à se présenter aux épreuves écrites du concours.

Le concours comporte les épreuves suivantes : Sciences naturelles, Chimie, Physique et Mathématiques. Chaque épreuve dure 30 min et est notée de 0 à 20.

7-1-2 Remarques et propositions

L'existence d'un quota et d'une sélection à l'entrée de la FMPR est un acquis important destiné à éviter tous les problèmes inhérents à une admission ouverte en première année avec un numerus clausus appliqué après la première ou la deuxième année.

Une étude menée à la faculté de médecine de Fès (qui adopte les mêmes critères de sélection et la même procédure que notre faculté) intéressant l'impacte du mode de sélection des étudiants en médecine sur l'évolution des

études médicales, nous montre que les critères actuellement utilisés sont insuffisants pour rendre compte des performances réalisées par les étudiants en médecine⁶⁴, ce qui nous amène à nous interroger sur les effets probables sur ces performances de facteurs non cognitifs notamment des facteurs psychologiques, sociaux, pédagogiques mais aussi de l'effet propre de l'enseignement médical lui-même.

Pour être crédible, la méthode de sélection doit être fiable, à l'intérieur et entre les cohortes successives de requérants. Elle devrait également permettre de prévoir le rendement éventuel du médecin potentiel qui est sélectionné, c'est à dire à une validité prédictive⁶⁵.

7-1-3 conditions d'accès à la FMPR section pharmacie

7-1-3-1 candidats :

L'accès à la FMPR «section Pharmacie» est ouvert sur concours aux candidats :

- Titulaires d'un Certificat Universitaire d'Etudes Spécialisées, Option :
Biologie,
Géologie ou du DEUG Sciences de la vie
- Diplôme reconnu équivalent de l'année en cours.

7-1-3-2 Procédure de sélection :

– Une réinscription plus une présélection sur la base de la moyenne générale des notes obtenues au (C.U.E.S ou DEUG) notamment, en physique, chimie, biologie, mathématiques et biochimie.

– Seuls les candidats retenus sur la base de la présélection sont autorisés à se présenter aux épreuves écrites du concours.

– Les résultats de la présélection sont affichés à la faculté et une convocation individuelle est adressée aux intéressés pour se présenter au concours.

Le nombre de places ouvertes aux deux concours est fixé annuellement par note ministérielle.

7-2 EFFECTIFS

Normes de base

La taille et la composition des effectifs admis doivent être déterminées en fonction de la capacité de l'école de médecine à assurer sa mission à tous les étapes du cycle de formation théorique et pratique.

Normes de qualité

La taille et la composition des effectifs admis devraient être définies en concertation avec les principaux partenaires concernés et ajustées périodiquement en fonction des besoins de la communauté et de la société.

7-2-1 les étudiants de la section médecine :

7-2-1-1 Evolution de l'effectif des étudiants :

A- L'effectif global :

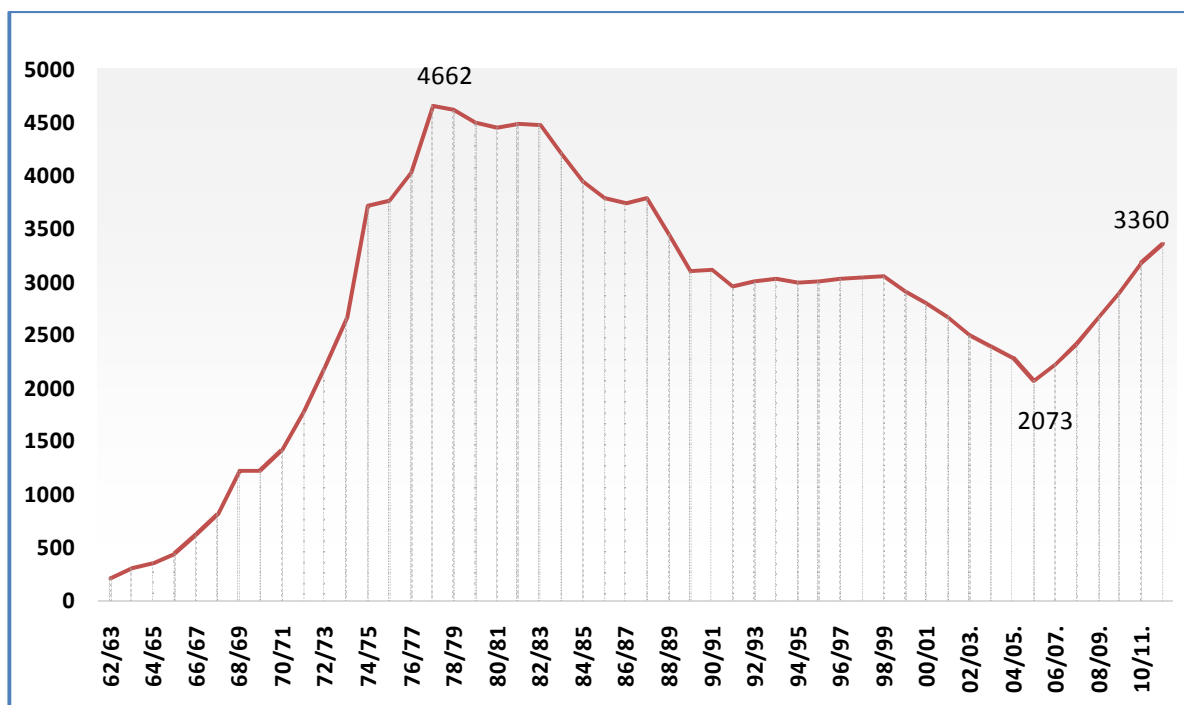


Figure 9 : Evolution de l'effectif des étudiants section médecine

L'évolution de l'effectif global des étudiants en médecine laisse apparaître un accroissement de l'effectif passant de 220 étudiants inscrits à la faculté en 1962 à 4662 inscrits en 1977/1978 pour atteindre 2073 étudiants en 2005 /2006 et enfin 3360 étudiants en 2011/2012, avec un total cumulé de 23217 étudiants qui ont transités par la faculté et 13188 lauréats.

B- Les nouveaux inscrits

Depuis 1962 le nombre des étudiants admis en 1^{ère} année de médecine a connu une évolution variable en rapport avec des rénovations des locaux de la

faculté ou la création de nouvelles facultés de médecine, à partir de 1979 ce nombre est fixé chaque année par un arrêté ministériel.



Le Doyen Faraj(x) entouré par les étudiants de la première promotion au cours de la deuxième année (1963)

Figure 10 : le doyen Faraj entouré de la première promotion⁶

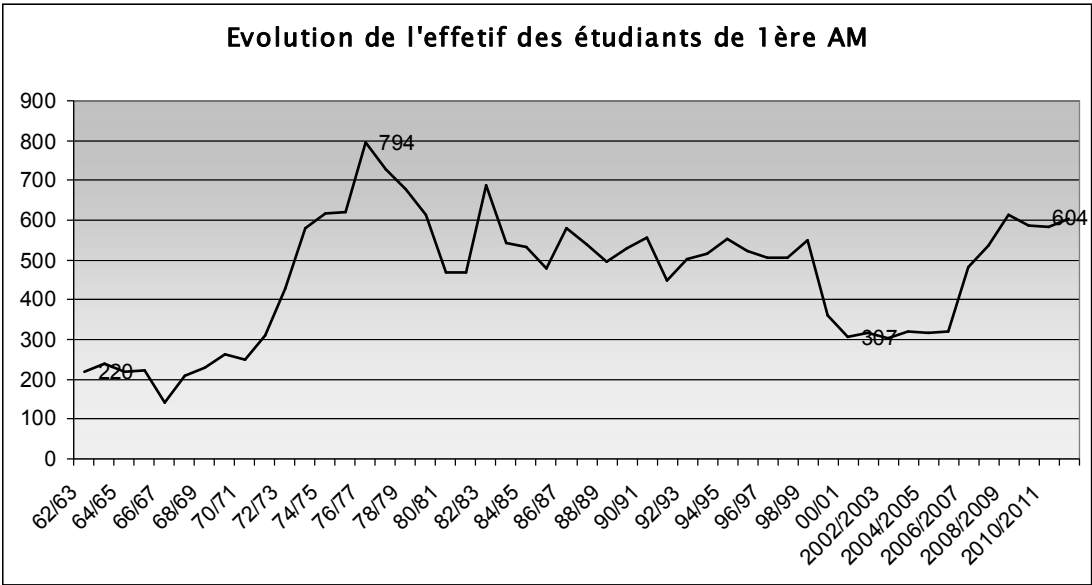


Figure 11 : Evolution de l'effectif des nouveaux inscrits

L'année de sa création, en octobre 1962, la FMPR comptait 220 étudiants, l'évolution de cet effectif est resté presque stable jusqu'à l'année 70/71.

L'effectif a connu ensuite un accroissement rapide au début des années 70 passant de 248 étudiants en 1970 à 794 en 1976/1977, en rapport avec la construction de nouveaux locaux dans le quartier Souissi de Rabat avec nombreux amphithéâtres et des laboratoires, à cette époque les études se faisaient par alternance, les étudiants étant divisés en groupes ayant le cours le matin et l'autre l'après-midi ; ensuite l'évolution des admis en 1ère AM a connu une inclinaison qui pourrait être justifiée par la création de la faculté de médecine et de pharmacie de casa en 1975.

Depuis lors jusqu'en 1997 le nombre est resté oscillant autour de 550 étudiants admis par an.

En 1998/1999 cet effectif est diminué presque de moitié en rapport avec l'ouverture de la faculté de médecine de Fès en 1999 qui reçoit les étudiants de la région de l'oriental, Taza Al-Hoceima, Fès-Boulemane et Meknès-Tafilalt relevant auparavant de la faculté de Rabat.

Enfin à partir de 2008, la faculté a augmenté son nombre d'admis en 1ère année, suite à l'initiation de l'objectif de formation de 3300 médecins à l'horizon 2020.

C- Évolution des effectifs des étudiants en médecine au Maroc

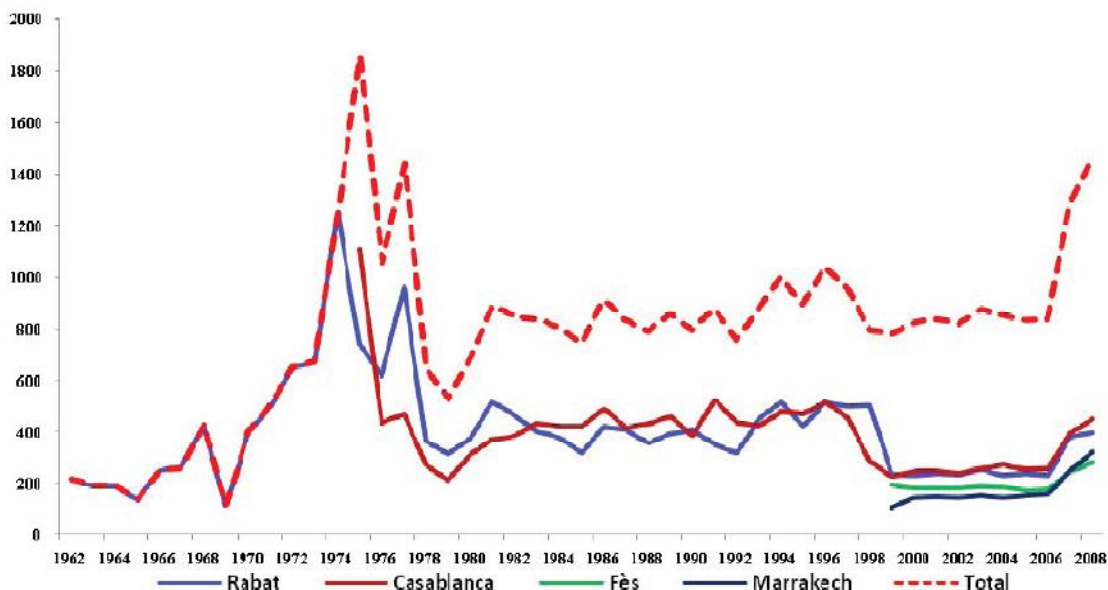


Figure 12 : Évolution des effectifs des étudiants en médecine au Maroc⁶⁶

Il ressort de la figure12 que les inscriptions annuelles ont varié entre un minimum de 115 (en 1969) et un maximum de 1253 (en 1974) à la faculté de Rabat et entre 215 (en 1979) et 1111 (en 1975) à Casablanca. Pour ce qui est des deux facultés de Fès et Marrakech, les inscriptions y varient respectivement dans une fourchette allant de 177 à 284 pour la première et de 111 à 323 pour la deuxième. La taille des effectifs admis est décidée par les pouvoirs publics, elle a augmenté ces dernières années suite à la décision gouvernementale de 3300 à l'horizon 2020

D- La féminisation des études médicales :

○ Histoire de la féminisation des études médicale :

La féminisation de la médecine a été un long chemin et n'a pas tout de suite suscité l'approbation de tous, loin de là. Nombreux sont ceux qui, comme le Docteur Fiessinger en 1900, ont douté de la capacité des femmes à exercer un métier initialement réservé aux hommes :

«La femme doctoresse est une de ces herbes folles qui ont envahi la flore de la société moderne, très innocemment, elle s'est imaginé qu'ouvrir des livres et disséquer des cadavres allait lui créer un cerveau nouveau...Je dis que par sa forme d'intelligence, une femme est incapable de soigner les malades.... »⁶⁷

Peu à peu les femmes ont réussi, à force de persévérance, à montrer qu'elles aussi pouvaient devenir médecin et que leurs différences apportaient une complémentarité utile à l'exercice de leurs confrères, comme l'exprime Albert Thomas en 1930 :

« L'accès des femmes à la carrière médicale est une conquête du féminisme qu'il faut souligner non seulement dans un sentiment de justice, mais aussi en considération de son utilité sociale. L'histoire des femmes médecins nous prouve que dans l'exercice de la profession médicale qui exige à la fois subtilité dans le jugement, de l'adresse manuelle, de la patience, de la douceur, ceci soutenu par un inlassable dévouement, la femme trouve le meilleur emploi des qualités particulières à son sexe, pour le plus grand bien de l'humanité souffrante »⁶⁸

○ Evolution des étudiants de sexe féminin à la FMPR :

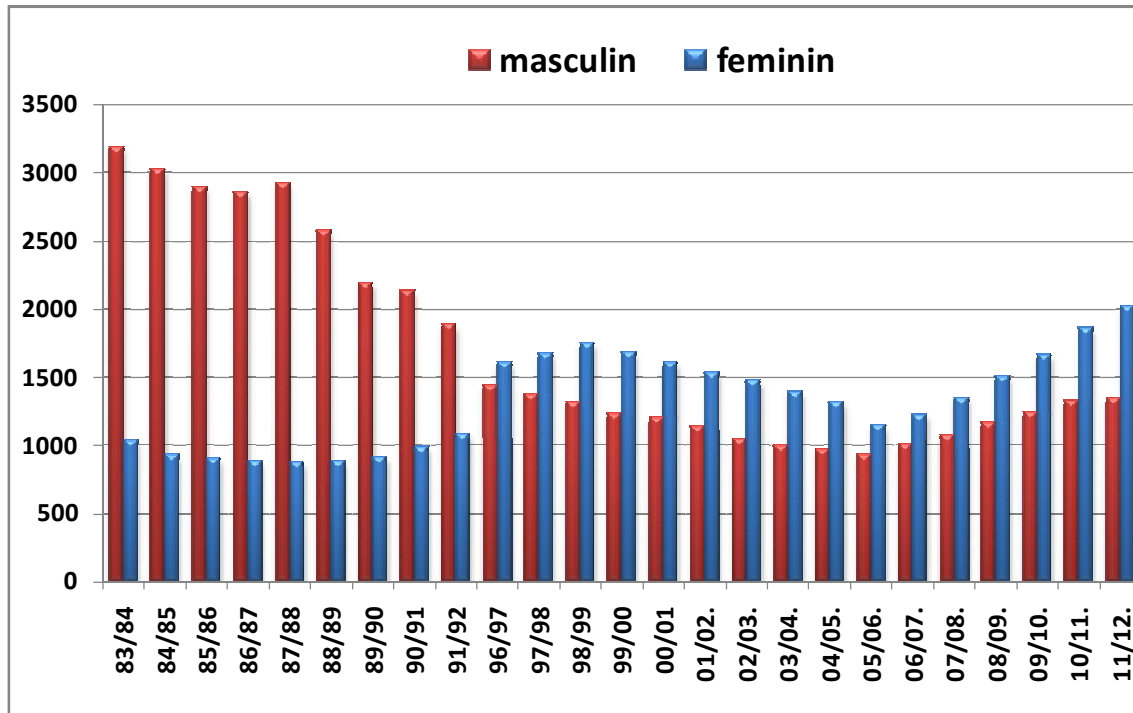


Figure 13: Evolution des effectifs étudiants en fonction du sexe

L'analyse de l'évolution de l'effectif des étudiants en médecine de sexe féminin et masculin à la FMPR montre que l'effectif des étudiants hommes dépassait celui des femmes pendant les trois premières décennies, puis la situation s'est inversée au début des années 90.

En 1962 les femmes ne représentaient que 15% des étudiants en médecine, en 1983 on comptait 25% de femmes, après les années 90 le sexe ratio a commencé à s'inverser, allant de 35% des étudiants de sexe féminin en 1989 jusqu'à 60% en 2011.

En comparaison avec l'évolution démographique des étudiants en médecine en France, on remarque une évolution parallèle concernant la féminisation des études médicale :

En 1955, les femmes ne représentaient que 16% des étudiants en médecine En France. En 1971, lors de la mise en place du *numerus clausus*, on observe une augmentation de la féminisation des étudiants. En 1985, on compte 37,4% de femmes, et en 2000 elles sont 55,6% et majoritaires dans les trois cycles des études.

En 2005, 60% des internes de médecine générale sont des femmes, ainsi que actuellement presque deux tiers des étudiants de PCEM1⁶⁹.

E- Evolution de l'âge des étudiants :

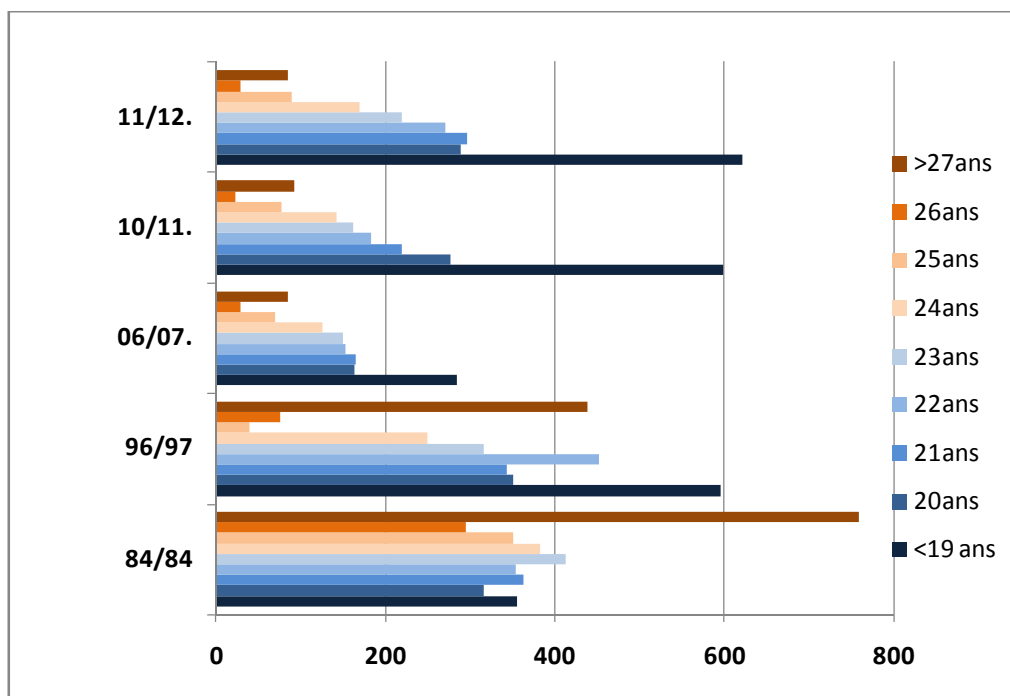


Figure 14 : Evolution des étudiants en médecine en fonction de la tranche d'âge

L'analyse de l'histogramme montre que l'âge moyen des étudiants en médecine est passé de 23,43 ans en 1984 à 21,22 ans en 2010, actuellement est de l'ordre de 21 ans. Une analyse plus détaillée par tranches d'âge montre une structure de plus en plus jeune d'étudiants en médecine, étant donné que 30% sont âgés de moins de 19 ans et que seulement 3,2% sont âgés de plus de 27ans en 2011/2012 toutes années confondues, alors que les moins de 19ans représentaient 9.9% et les plus de 27ans représentaient 21% en 1984/1985.

Il est à noter que l'âge relativement jeune des nouveaux inscrits à la faculté de médecine et le taux de réussite relativement élevé pendant les 7années de médecine font que la moyenne d'âge soit un peu plus basse par rapport aux décennies passées.

7-2-1-2 Les lauréats

Sept ans après son ouverture la FMPR célèbre la première soutenance de thèse en 1969, le nombre de lauréats était de 22 dont 19 marocains et 3 étrangers, les femmes représentaient 34% des lauréats: 5 marocaines et 2 étrangères.

Au cours des années qui suivent l'évolution de l'effectif des lauréats était marquée par une croissance importante passant de 22 lauréats en 1962/1963 à 628 en 1984/1985 et la prédominance masculine a été inversée vers l'année 1998/1999 où les femmes représentaient 52%, elles représentent 57% des lauréats de l'année 2011/2012.

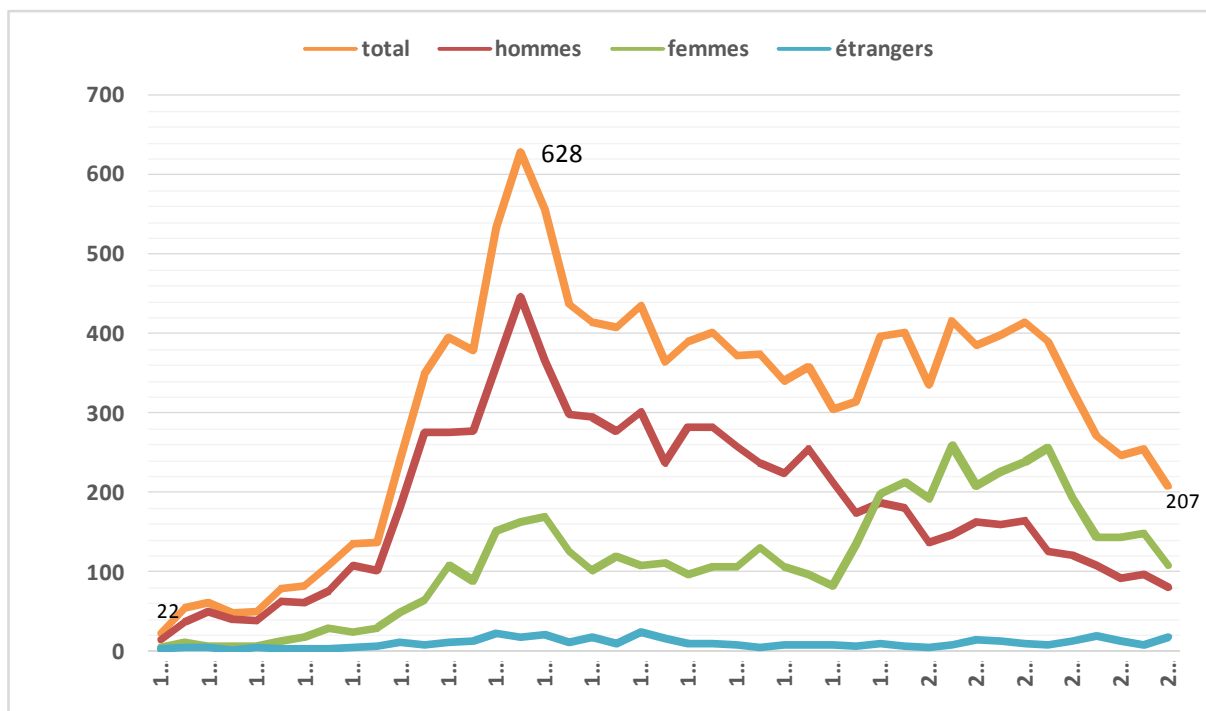


Figure 15 : Evolution de l'effectif des lauréats en médecine

7-2-1-3 Durée moyenne des études en médecine et probabilité de réussite

La durée moyenne des études en médecine se situe aux alentours de 9 ans avec des différences négligeables par sexe. En effet les étudiants de sexe masculin sont ceux qui passent en moyenne plus de temps pour avoir leur diplôme de médecin alors que les étudiantes du sexe féminin ont la durée moyenne des études la plus courte.

Par ailleurs, moins de 5 étudiants sur 100 arrivent à obtenir leur diplôme de médecine en 7 ans. La majorité des étudiants en médecine terminent leurs études entre 8 ans et 12 ans avec des pics à 8 ans et 9 ans. Le taux est de l'ordre de 28% à Rabat. La moyenne nationale est de l'ordre de 28,7%.

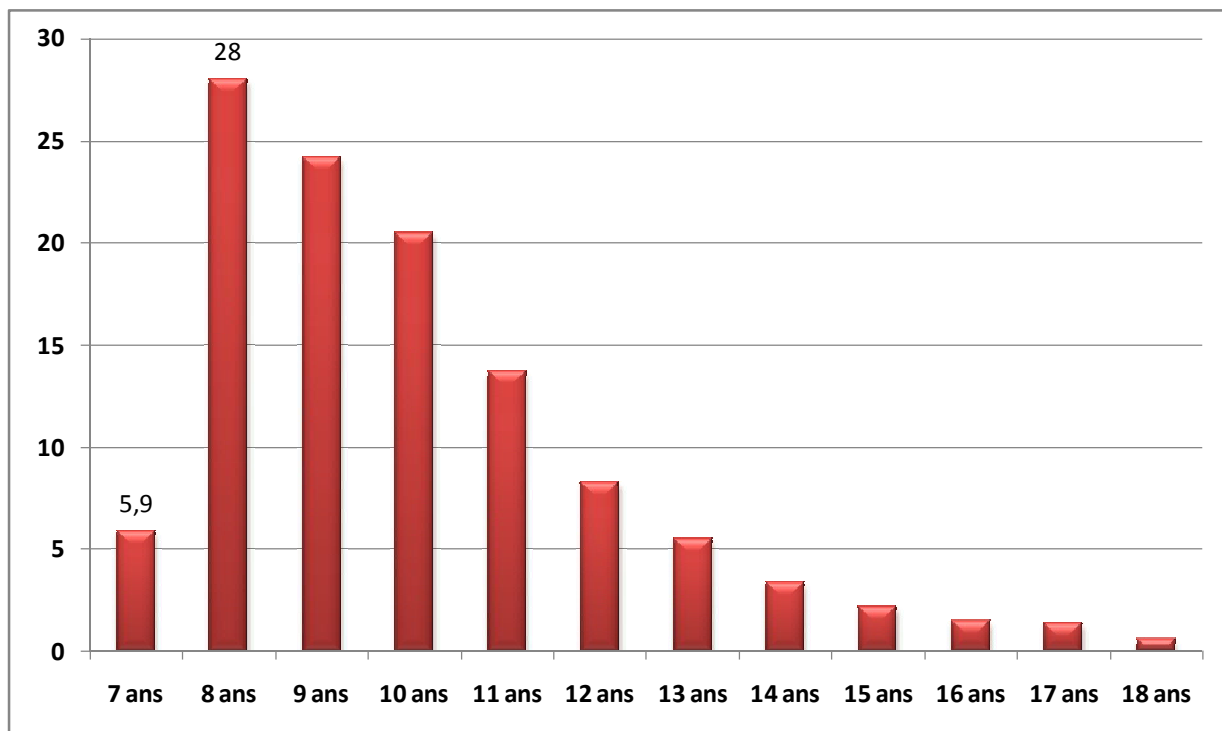


Figure 16 : Probabilités de réussite des études médicales à la FMPR

7-2-2 Les étudiants section pharmacie.

7-2-2-1 Evolution de l'effectif des étudiants en pharmacie

En 16 octobre 1986, la section de pharmacie a été ouverte au sein de la faculté, la première promotion était composé de 92 étudiants dont 36 femmes soit 49%, cet effectif a connu un croissement progressif allant jusqu'à 532 étudiants en 2011/2012 dont 370 femmes.

La prédominance masculine a été inversée vers l'année 1999/2000 avec 53% de femmes, elles représentent en 2011/2012 plus que les 2 tiers des étudiants soit 69%.

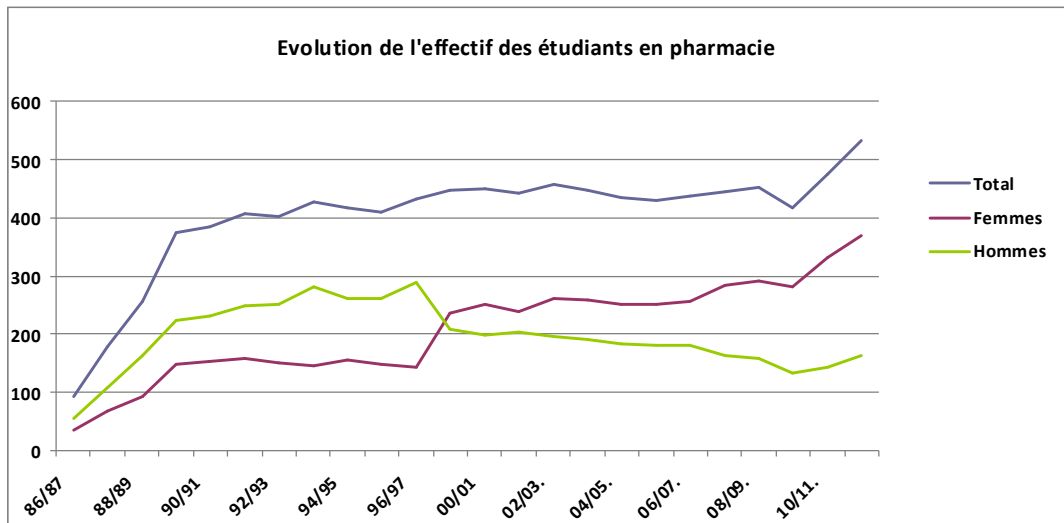


Figure 17 : Evolution de l'effectif des étudiants en pharmacie

7-2-2-2 Evolution de l'effectif des lauréats en pharmacie

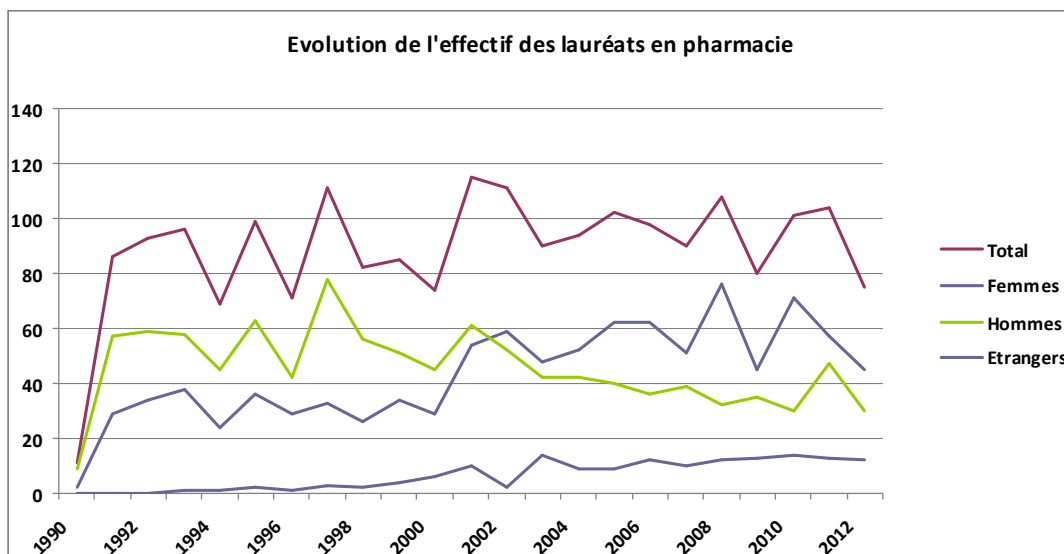


Figure 18 : Evolution de l'effectif des lauréats en pharmacie

A la fin 2012, le nombre cumulé des lauréats de notre établissement s'élève à 2045 pharmaciens dont 49% de sexe féminin et 150 étrangers soit 7.3%.

7-2-3 Les étudiants du 3ième cycle

7-2-3-1 L'internat

Au terme de la 5^o année, l'étudiant peut accéder aux fonctions d'interne par voie d'un concours celui-ci comporte :

- des épreuves d'admissibilité (quatre compositions écrites : anatomie, biologie, pathologie médicale et pathologie chirurgicale)
- des épreuves d'admission définitive comprenant elle deux compositions écrites (urgences médicales et chirurgicales)

Le nombre de postes d'internes à pouvoir est déterminé annuellement par les instances gouvernementales.

L'interne qui a validé deux années d'internat peut accéder directement à un programme de spécialisation et le compléter en quatre à cinq années.

7-2-3-2 Le résidanat

Il comprend le résidanat, pour les sections pharmacie et médecine. Le résidanat dure 4 ans ou 5 ans selon la spécialité.

Deux voies donnent accès aux spécialités :

- Sur titre pour les internes qui ont validé deux années d'internat.
- Sur concours pour les docteurs en médecine.

L'admission à la formation spécialisée comprend deux étapes (décret du 8 août 1995)

- Des épreuves d'admissibilité, avec épreuve de titres et quatre compositions écrites (anatomie, biologie, pathologie médicale, pathologie chirurgicale)
- Des épreuves d'admission définitive comportant deux rédactions dont les sujets varient selon les intentions d'orientation vers la chirurgie, la médecine ou la biologie.

L'admissibilité de candidats étrangers est fixée à 10% des postes disponibles. Les candidats sont soumis aux mêmes exigences que les nationaux.

La faculté offre une formation spécialisée dans 44 spécialités sanctionnées par des diplômes de spécialité qui se répartissent comme suit :

Diplômes de spécialités médicales	28
Diplômes de spécialités chirurgicales	13
Diplôme de spécialités pharmaceutiques et biologiques	3

Chaque diplôme est dirigé par un directeur de diplôme qui est en même temps directeur de l'unité de formation et de recherche de la discipline concernée. La formation est sous la responsabilité du chef de service d'affectation du résident.

Tableau 9: Evolution des effectifs des lauréats spécialistes.

Année	Sp. Médicales	Sp. Chirurgicale	Sp. Pharmaceutiques et Biologies	Total
2000	30	-	4	34
2001	37	39	11	87
2002	54	45	7	106
2003	58	47	5	110
2004	47	53	17	117
2005	67	41	18	126
2006	109	41	15	165
2007	105	58	20	183
2008	102	62	10	174
2009	99	72	20	191
2010	126	29	20	175
2011	113	50	23	186

Quatre ans après l'instauration du résidanat, 34 résidents sont diplômés dont 30 des spécialités médicales et 4 des spécialités biologiques et pharmaceutique, la première promotion des chirurgiens est diplômée dans l'année qui suit au nombre de 39. L'évolution des lauréats spécialistes n'a pas cessé d'augmenter passant de 34 en 2000 à 191 en 2009 et 187 en 2011.

Remarques

Deux problèmes méritent d'être soulevés :

Le nombre de médecins résidents a été multiplié par 10 ces dernières années. La diminution du nombre de lits hospitaliers peut nuire à la qualité de leur formation, notamment dans les spécialités chirurgicales. En effet l'apprentissage de l'acte chirurgical se fait en salle d'opération, mais quand un

nombre important de résidents pratique dans une seule salle d'opération par service, le volume chirurgical du résident se trouve très diminué.

Le droit de remord n'est pas permis dans le choix de la spécialité : il arrive fréquemment qu'un résident se rende compte qu'il a fait un mauvais choix, et souhaite une permutation avec un collègue qui accepte, mais le refus catégorique de la part des responsables est presque la règle. Dans d'autres circonstances c'est l'équipe hospitalière surtout ou le jury d'examen de la fin de première année qui jugent qu'un résident pourrait réussir mieux dans une autre spécialité.

7-3 SOUTIEN ET ORIENTATION DES ETUDIANTS

Normes de base

L'école de médecine doit mettre à la disposition des étudiants des services de soutien et d'orientation.

Normes de qualité

Les services d'orientation devraient s'appuyer sur le suivi des progrès des étudiants et prendre en compte leurs besoins, qu'ils soient d'ordre social ou personnel.

7-3-1 Tutorat et aide pédagogique

Le système de tutorat par les enseignants adopté depuis quelques années à la FMPR apporte un soutien psychologique aux étudiants lors de leur première expérience dans un nouveau monde : la faculté ; un enseignant volontaire prend en charge un groupe d'étudiants, des réunions sont programmées où l'étudiant peut exprimer ses soucis, qu'ils soient d'ordre pédagogique, social ou personnel en demandant ainsi des orientations et des conseils aux tuteurs qui sont beaucoup plus expérimentés.

Mais les rendez-vous sont souvent annulés pour plusieurs raisons: défaut de disponibilité des professeurs, leur manque de motivation, la non satisfaction des étudiants du déroulement de ces rencontres ...

Nous proposons la constitution d'une cellule de soutien qui soit disponible à la faculté de façon régulière, qui assure l'orientation, le suivi et le soutien aux étudiants qui en éprouvent le besoin.

Cette cellule pourra proposer aux étudiants connaissant des échecs scolaires, soit en fin de 1^{ère} année ou à la fin du premier cycle des conseils et des aides scolaires, et parfois des réorientations professionnelles, tout en jouant le rôle d'intermédiaire pour l'accès à d'autres établissements de formations (des passerelles, des équivalences, des facilités d'accès...)

7-3-2 Aide personnelle et financière

Certains étudiants bénéficient d'une bourse octroyée par le Ministère de l'Enseignement Supérieur de la 1^{ère} à la 7^{ème} année, Une commission spécialisée est instituée auprès des provinces et préfetures du Royaume pour décider de l'octroi de ces montants.

A partir de la 3^o année, tous les externes bénéficient d'une bourse accordée par le Ministère de la Santé. Les étudiants militaires sont pris en charge par des services de santé des Forces Armées Royales. Les étudiants étrangers bénéficient de bourses octroyées par le gouvernement de leur pays ou par des organismes internationaux.

Tous les étudiants déplorent le niveau nettement insuffisant des bourses, tant du Ministère de l'Enseignement Supérieur que du Ministère de la Santé Publique, d'ailleurs la somme est restée la même depuis des décennies alors que le niveau de vie ne cesse d'augmenter.

Les étudiants de la FMPR provenant des autres villes que Rabat déposent leurs candidatures au logement des cités universitaires de façon indépendante de la faculté, ce qui les expose au refus ou à la cohabitation avec des étudiants d'autres facultés, parfois moins sérieux, ce qui affecte les conditions de révision et de préparation de leurs examens.

Nous proposons que la FMPR se charge des dépôts de candidature de ses étudiants auprès des cités universitaires, à défaut de pouvoir leur fournir un logement propre qui soit proche de la faculté et du CHU, comme le font d'ailleurs la plupart des grandes écoles.

7-3-3 Services socioculturels et de santé :

La faculté comporte plusieurs locaux consacrés aux activités socioculturelles des étudiants :

- une salle de musique équipée en instruments.
- une salle de sport.
- une salle de prière.

La faculté a connu dernièrement plusieurs travaux qui ont amélioré les conditions des :

- installations sportives
- douches et toilettes
- aires de repos aménagées dans la Faculté

Mais des problèmes de maintenance sont toujours constatés, surtout pour les toilettes qui ne représentent guère le niveau d'hygiène digne d'un établissement de formation à la santé.

Les étudiants se plaignent également de la qualité des aliments, les prix pratiqués et les conditions d'hygiène qui existent à la seule buvette de la FMPR.

Accéder gratuitement aux soins hospitaliers (consultations, tests para cliniques, etc.) doit être un acquis de tous les futur médecins, non par suppléance des chefs de services ou des majors, mais par droit que pourra leur octroyer la faculté.

Une tentative d'assurance étudiant a vu le jour dernièrement par convention avec une société privée, mais on n'a pas assez de recul pour juger cette expérience.

De plus il ne semble pas exister pour les étudiants de politique publiée, facultaire ou hospitalière, de prévention ou de conduite à tenir en cas d'exposition ou de risque de contamination à une maladie transmissible dans le milieu hospitalo-universitaire qu'ils fréquentent.

7-4 REPRESENTATION DES ETUDIANTS

Normes de base

L'école de médecine doit arrêter les mesures applicables à la représentation des étudiants au sein des comités d'établissement et à leur participation à la conception, à la gestion et à l'évaluation des programmes d'études ou à toute autre activité les intéressant directement.

Normes de qualité

La participation des étudiants à la vie de l'école et la création d'organisations d'étudiants devraient être encouragées et facilitées.

7-4-1 Représentation des étudiants au sein des comités d'établissement :

Cette représentation est réglementée par le décret n° 2-01-2328 du 22 Rabii I 1423, 4 juin 2002, la loi 01-00 notamment son article 22 et le BO n°5022 du jeudi 18 juillet 2002¹⁰.

Le conseil de faculté comprend 3 étudiants :

- un représentant élu des étudiants du 1^{er} cycle
- un représentant élu des étudiants du 2^{ème} cycle
- un représentant élu des étudiants du 3^{ème} cycle

Des étudiants sont désignés pour être membres de certaines commissions permanentes :

- la commission pédagogique : Deux représentants des étudiants : un étudiant en médecine de 2^{ème} cycle et un étudiant en pharmacie de 2^{ème} cycle.
- la commission de la vie estudiantine : un représentant des étudiants par cycle en médecine et en pharmacie.
- La commission d'évaluation : Un étudiant en médecine et un étudiant en pharmacie par année d'étude

Théoriquement cette représentation est assez satisfaisante, mais certains points sont à relever :

- le mode de choix des étudiants membres n'est pas clair, à l'exception des 3 membres du conseil de faculté qui sont élus par l'ensemble des étudiants de la faculté.

- le nombre d'étudiants choisis pour la commission d'évaluation n'est jamais conforme à ce qui est fixé au règlement.
- l'information sur le rôle effectué par ces représentants n'est pas bien diffusée à l'ensemble des étudiants de la faculté, ce qui justifie d'ailleurs, le faible taux de participation lors de ces élections.
- parfois les étudiants ne sont pas convoqués à certaines réunions, ou le sont à la dernière minute ce qui les empêche de suivre l'évolutivité des sujets discutés.

Sachant que leur omission est justifiée seulement pour un cas : selon l'**Article 41** du règlement intérieur⁹: Le Conseil de Faculté se réunit en Conseil de discipline, en l'absence de ses membres étudiants, pour statuer sur les cas d'indiscipline des étudiants qui lui sont soumis par le Doyen, après leur examen par la commission des affaires estudiantines.

Malheureusement à l'approche des examens les étudiants pour des raisons évidentes n'assistent pas aux différentes réunions. Quand il s'agira d'élaborer le régime des études et des examens ou de la conception, la gestion et l'évaluation des programmes leur participation est nécessaire et doit être prise en compte dans la planification dans le temps de ces réunions.

7-4-2 Participation des étudiants à la vie de la faculté :

La création d'organisations d'étudiants est encouragée au sein de la faculté, des facilités sont fournies à chaque fois que ces organisations le demandent, parmi ces organisation, une association doit être reconnue représentante des étudiants, dont les membres sont dûment élus par leurs camarades, qui doit être affranchie de tout biais social, religieux ou politique, elle doit avoir le souci de tous les étudiants en ce qui concerne leur formation et leur vie estudiantine.

Au-delà des efforts déjà déployés par la direction de la faculté, celle-ci devrait fournir à cette association un soutien matériel minimal (local, facilité de diffusion et matériel d'information, affichage...). Nous proposons aussi que les membres des commissions soient désignés parmi les représentants de cette association.



*VIII- formation
médicale continue :
FMC*

8-1 HISTORIQUE

A l'époque du protectorat français et espagnol (jusqu'à 1956), la FMC se réduisait à la publication d'un journal, le Maroc Médical (propriété privée d'un groupe de médecins français) et à la tenue de réunions scientifiques. La plupart des médecins du Maroc étaient alors européens. Il existait aussi deux sociétés savantes : la société marocaine de Médecine et d'Hygiène, et la société marocaine de Chirurgie.⁷⁰

Depuis l'indépendance, la Société Marocaine des sciences Médicales (SMSM) remplace les deux Sociétés précédentes et a repris la publication du Maroc Médical en 1970.

Une nouvelle revue intitulée Médecine et Santé du Maroc commence à paraître vers 1980. Depuis cette année, se sont organisées des réunions de FMC et des sociétés spécialisées avec parfois une revue médicale correspondante.

Un conseil d'administration comprenant le bureau de la SMSM et des représentants de toutes les sociétés de spécialité a été mis en place, ayant pour objectifs la planification des actions de la FMC.

Les Sociétés de spécialité se sont organisées avec leurs homologues d'Algérie et de Tunisie, et parfois de Mauritanie et de Libye, en fédération maghrébine de spécialité. Le Maroc fait également partie de l'union des Médecins arabes.

8-2 POURQUOI LA FMC ?

Une estimation est souvent annoncée: 50% des connaissances sont obsolètes en l'espace de 7ans⁷¹.

La FMC permet :

- le perfectionnement des connaissances : transformation ou amélioration des connaissances acquises en formation médicale initiale
- l'acquisition de connaissances nouvelles.

C'est avant tout une obligation déontologique, Selon l'article 11 du code de déontologie médicale: "Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances, il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continues. Tous médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles." (Des dispositions similaires s'appliquent aux pharmaciens)

Mais une caractéristique principale rend cette obligation intéressante, c'est la liberté du praticien pour l'organisation de sa FMC ;

8-3 LE FONCTIONNEMENT DE LA FMC A LA FMPR :

La formation continue est l'une des missions de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat¹⁰.

Selon l'Article 20 du règlement intérieur de la FMPR: L'administration de la Faculté est structurée en huit divisions, dont :

- La Division de la Formation Continue

Parmi les commissions prestataires à la faculté figure **La commission de la**

formation continue, Selon l'Article 81⁹, elle a pour missions en cohérence avec le plan de formation de l'université de :

- assurer la promotion et la coordination de la formation continue,
- définir les besoins prioritaires de la formation continue ;
- définir les moyens à mettre en œuvre pour les satisfaire ;
- encourager les relations avec les partenaires privés pour optimiser la formation continue,
- inciter à la mise en place d'une formation médicale et pharmaceutique continue dans les services hospitalo-universitaires et à la Faculté ;
- fournir au Conseil de Faculté et à l'Université, à la fin de chaque année universitaire, un rapport annuel d'évaluation.

8-3-1 Formations non diplômantes

Ce sont souvent les enseignants chercheurs qui animent et présentent les travaux des réunions scientifiques pour des activités de formation non diplômantes : « il s'agit essentiellement de séminaires ateliers, réunions de consensus, conférences, débats animés par des équipes hospitalières spécialisées, parfois un département, un service ou un laboratoire d'un hôpital et portant beaucoup plus sur des connaissances scientifiques que sur l'acquisition de compétences ou habilités professionnelles ».

8-3-2 Formations structurées assurées par la FMPR

Cette formation continue est organisée sous forme de Certificats / Diplômes universitaires (CU/DU) soumis à l'accréditation de l'université à travers un dossier descriptif. Ils sont régis par un règlement intérieur de

l'université (voir annexes : tableau 14 et 15). Exemples : Echographie, Coeliochirurgie, Microchirurgie, Urgences : ce sont des formations payantes.

Remarques :

- dernièrement un nouveau programme a vu le jour au sein de la faculté (l'année scolaire 2011/2012), qui était destiné aux étudiants en 6^{ème} années médecine, dont le contenu est très intéressant, mais qui n'a pas eu le succès qu'il méritait, malgré sa gratuité, ceci est certainement dû au manque de circulation d'informations.

- il est à noter également que l'étudiant n'est pas sensibilisé lors de sa formation médicale initiale à l'importance de ces FMC, et on ne lui a pas inculqué des bases lui permettant de bien choisir sa formation ultérieurement.

- la faculté, à travers une évaluation approfondie de ses programmes, doit retrouver les points qui nécessiteraient une FMC ultérieure, et coordonner avec le ministère de la santé et les autres partenaires pour les assurer.



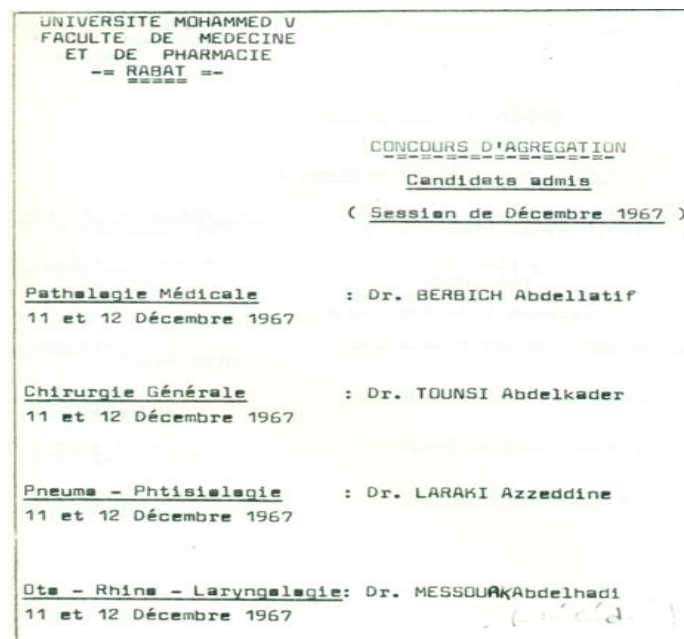
*IX-les ressources
humaines*

9-1-CORPS ENSEIGNANT

9-1-1 Marocanisation du corps enseignant :

Lors des premières années de vie de la FMPR les cours étaient dispensés par des missionnaires qui avaient également en charge les examens. L'encadrement marocain s'étoffa progressivement par la nomination de professeurs agrégés et des maîtres-assistants.

C'est en 1967 que le premier concours d'agrégation a eu lieu le 11 et 12 décembre indiquant le début de marocanisation du corps professoral, les premiers professeurs agrégés marocains sont Pr Tounsi A., Pr Berbich A., Pr Lazrak A. et Pr MESOUAK.A⁶.



UNIVERSITE MOHAMMED V
FACULTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE
-- RABAT --

CONCOURS D'AGREGATION
Candidats admis
(Session de Décembre 1967)

<u>Pathologie Médicale</u> 11 et 12 Décembre 1967	: Dr. BERBICH Abdellatif
<u>Chirurgie Générale</u> 11 et 12 Décembre 1967	: Dr. TOUNSI Abdelkader
<u>Pneuma - Phtisiologie</u> 11 et 12 Décembre 1967	: Dr. LARAKI Azzeddine
<u>Oto - Rhino - Laryngologie</u> 11 et 12 Décembre 1967	: Dr. MESSOUAK Abdelhadi

Figure 19 : Affichage des candidats admis au 1^{er} concours d'agrégation⁶

9-1-2 Evolution du corps enseignant

Depuis la création de la FMPR le nombre d'enseignants n'a pas cessé d'augmenter passant, en 1967, de 4 professeurs agrégés et 9 assistants et plus de 28 vacataires à 688 pour la rentrée universitaire 2012-2013 dont 425(61,7%) civils et 263 militaires sans compter les démissions et départs en retraite anticipée enregistrée ces derniers mois.

Tableau 10 : Evolution des enseignants par catégorie

Année	PES	MCA	PA	MA	Assistant	Vacataire
67/68	-	4	-	-	9	28
72/73	-	30	-	-	36	41
77/78	23	22	-	59	24	76
82/83	55	59	-	131	77	61
87/88	90	77	-	159	76	77
92/93	106	101	-	176	112	62
97/98	156	133	-	190	130	52
02/03	300	81	109	113	59	-
07/08	334	137	189	4	11	-
11/12	406	149	184	1	8	-

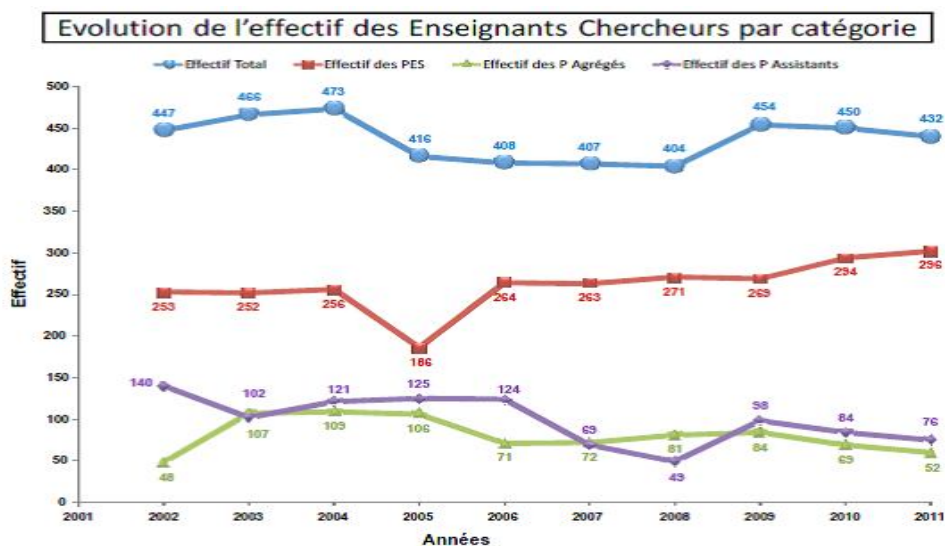


Figure 20 : évolution de l'effectif des enseignants chercheurs par catégorie

L'évolution de l'effectif des enseignants a connu une baisse relative en 2005/2006 d'environ 23 % en rapport avec l'application occasionnelle, par le gouvernement, du système de départ volontaire de la fonction public. Le nombre d'enseignants civils a légèrement diminué ces dernières années, pour rejoindre celui du début des années 2000.

On peut également dégager de ce graphique que le nombre global des PES et des professeurs agrégés est élevé par rapport à celui des maîtres assistants qui est insuffisant.

L'effectif des enseignants semble, dans l'ensemble, pour l'heure actuelle suffisant. Il est vrai que certaines disciplines n'ont pas toujours les effectifs nécessaires, bien que la faculté a considéré ces disciplines comme prioritaires et leur a attribué quelques rares postes disponibles. Mais il serait une erreur de ne pas faire attention aux évolutions qui caractérisent le mouvement des enseignants (retraites anticipées, démissions)

9-1-3 Recrutement des enseignants :

Normes de base

L'école de médecine doit adopter une politique de recrutement définissant le profil demandé, les fonctions afférentes à chaque poste, le nombre d'enseignants requis pour assurer dans de bonnes conditions la mise en œuvre du programme d'études et le nombre de postes d'enseignants de disciplines médicales et non médicales et de postes à temps plein et à temps partiel. Les obligations relatives à chaque poste doivent être clairement indiquées et leur exécution supervisée.

Normes de qualité

La politique de recrutement devrait définir les critères de sélection des enseignants, notamment en ce qui concerne leurs compétences scientifiques, pédagogiques et cliniques au regard de la mission de l'école, et prendre en considération les facteurs économiques et les questions d'importance locale.

9-1-3-1 réglementation :

Le recrutement des enseignants à la faculté est régie par le décret N° 2-96-793 du 11 Chaoual 1417 (19 Fév.1997) portant sur le statut particulier du corps des enseignants-chercheurs de l'enseignement supérieur⁷²:

Selon l'article 12 : - Les professeurs de l'enseignement supérieur sont recrutés dans chaque établissement universitaire, et dans la limite des postes budgétaires à pourvoir, par voie de concours ouvert aux professeurs habilités en exercice dans les établissements universitaires justifiant de l'habilitation universitaire et ayant exercé pendant quatre années au moins en cette qualité.

Les modalités d'organisation du concours prévu à l'alinéa ci-dessus seront fixées par arrêté de l'autorité gouvernementale chargée de l'enseignement supérieur.

9-1-3-2 Recrutement de Professeurs Assistants à la FMPR

Depuis 2001, l'ouverture de postes de Professeurs Assistants à la FMPR s'est faite de manière intermittente et irrégulière (Figure 21). On constate que le nombre de postes de Professeurs Assistants Militaires ouverts et pourvus est similaire à celui des Professeurs Assistants Civils alors que le corps professoral militaire ne représente véritablement que 27,4 % des Enseignants Chercheurs de la FMPR.

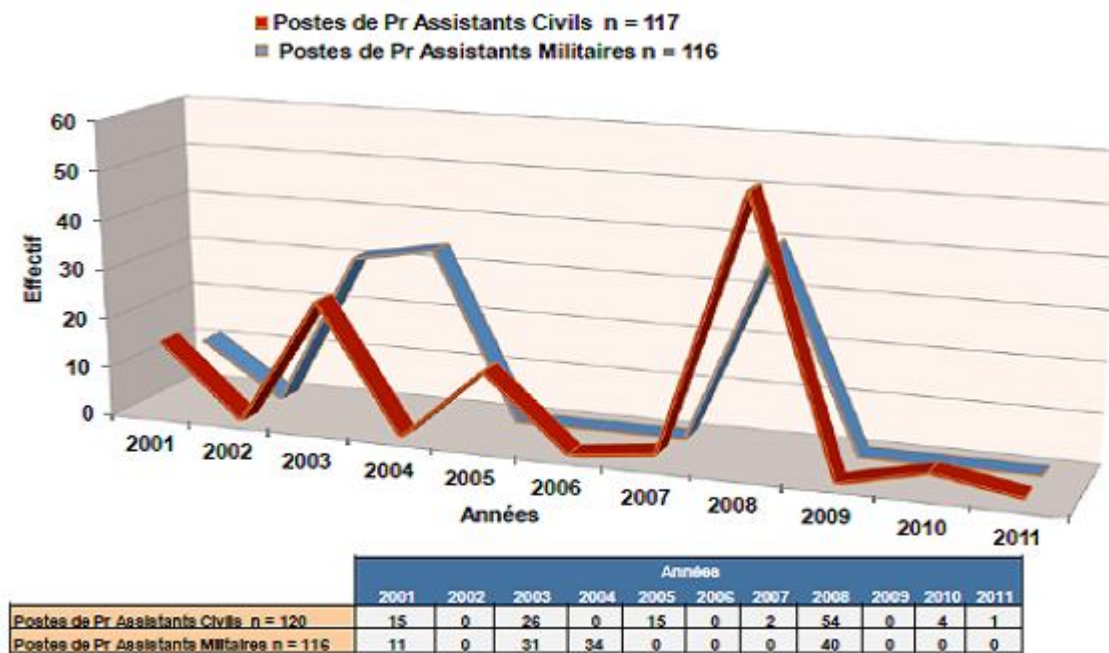


Figure21 : Évolution des PA depuis 2001

Nous remarquons que le recrutement ne suit pas les besoins, il s'adapte plutôt aux postes budgétaires fournis, la pyramide du corps professoral civil et la prévision des départs à la retraite ne peuvent légitimer l'absence actuelle de l'ouverture des postes de Professeurs Assistants.

Le recrutement **régulier** de professeurs assistants est, dans ce cadre, une mesure fondamentale et prudentielle.

9-1-4 taux d'encadrement pédagogique.

Suite à « l'initiative 3300 Médecins », la FMPR a vu l'effectif de ses étudiants croître considérablement. En effet, durant ces 5 dernières années, le nombre d'étudiants en Médecine a doublé

Le taux d'encadrement pédagogique a connu un accroissement progressif passant de 0,77% en 1974/1975 à 21% en 2004/2005 en rapport avec le recrutement de nouveaux professeurs agrégés et les PES, à partir de 2006 on note une diminution de ce taux en rapport avec les départs anticipés et notamment le départ d'un certain nombre de professeurs dans le cadre du système du départ volontaire de la fonction public appliqué durant l'année 2006.

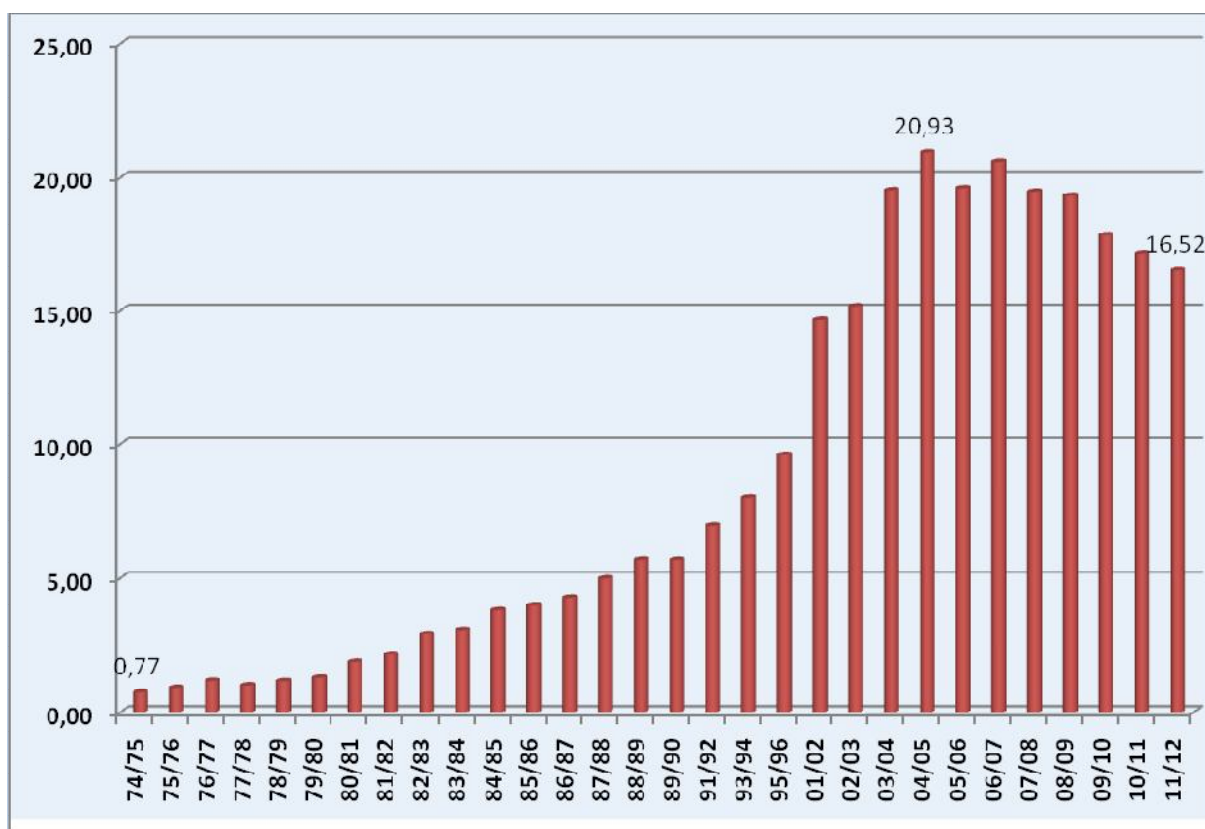


Figure 22 : Evolution du taux d'encadrement pédagogique a la FMPR depuis 1974

Cette croissance a été accompagnée d'une augmentation des étudiants stagiaires. Malgré l'effectif important des étudiants, les stages hospitaliers, pilier essentiel dans la formation du futur médecin, sont assurés au prix d'un effort

considérable fourni par les enseignants chercheurs. Ceci se ressent davantage dans les services garantissant les stages fondamentaux pour la Formation médicale de base (Médecine, Chirurgie, Pédiatrie et Gynécologie Obstétrique).

Les ratios Etudiants/Enseignants varie de 1 à 38 avec une moyenne de 15,9 ± 9,5 (Département des Sciences Médicales : 17±9,2 et département des Sciences Chirurgicales et Médicochirurgicales : 13±9,8).

Tableau 11 : Les ratios Etudiants stagiaires/Enseignants chercheurs

SPECIALITES	Ratios Etudiants/Enseignants
CHIRURGIE PEDIATRIQUE	1
REANIMATION MEDICALE	2
CHIRURGIE THORACIQUE	5,0
TRAUMA-ORTHOPEDIE	5
CHIRURGIE VASCULAIRE	5,6
ANESTH REA	6
OPHTALMOLOGIE	8,9
RADIOLOGIE	9,2
RHUMATOTOLOGIE	12,1
UROLOGIE	15,8
CHIRURGIE GENERALE	15,8
NEPHROLOGIE	15,9
DERMATOLOGIE	16,0
NEUROLOGIE	16,9
CARDIOLOGIE	17,1
NEURO-CHIRURGIE	18,2
MEDECINE	18,6
ENDOCRINOLOGIE	19,4
O.R.L	20,0
PEDIATRIE	20
GYNECOLOGIE- OBSTETRIQUE	22,2
PNEUMO-PHT	24,6
PSYCHIATRIE	29,7
URGENTOLOGIE	34,1
ONCO MEDICALE	38

La norme ciblée dans le cadre du « Programme 3300 médecins » était de 10étudiants/enseignants, il se détache de ce tableau que ce ratio est largement dépassé pour des spécialités dans les 4 Départements que compte la FMPR.

En plus des activités d'enseignement facultaire et hospitalier des étudiants en formation initial, il faut ajouter l'encadrement des thèses, l'enseignement des résidents et les diplômes et certificats universitaire et les doctorants.

La charge de travail globale réelle des Enseignants Chercheurs serait donc sous-estimée et doit être calculée par d'autres indicateurs incluant toutes les taches qui leur incombent.

9-1-5 La politique du personnel et perfectionnement professionnel :

Normes de base

L' école de médecine doit se doter d' une politique du personnel définissant l'équilibre des responsabilités des enseignants en matière d' enseignement, de recherche et de services et garantissant la reconnaissance de leurs mérites. Cette politique doit notamment mettre l'accent sur la participation des enseignants aux activités de recherche et sur les qualifications pédagogiques requises.

Normes de qualité

La politique du personnel devrait promouvoir la formation continue, le perfectionnement et l'évaluation des enseignants. Elle devrait également définir le nombre d'enseignants requis en fonction du nombre d'étudiants inscrits dans chacune des composantes du programme d'enseignement et prévoir la représentation des enseignants au sein des comités et structures concernés.

9-1-5-1 La formation en pédagogie médicale:

C'est une nécessité absolue pour tout enseignant des sciences de la santé. En effet, croire qu'être un chirurgien habile, interniste chevronné ou un génie en pharmacie est suffisante pour transmettre des compétences c'est nier l'existence d'une pédagogie en éducation dans les sciences de la santé. Un éminent professionnel de santé très sollicité par ailleurs pour ses soins, ne comprend pas pourquoi son amphithéâtre est désert, et renvoie la responsabilité à l'étudiant quand les résultats des examens sont en dessous de ses propres attentes. Pire encore, Proposer une formation de base en pédagogie pour ce professionnel n'est pas toujours bien accueillie .Il s'agit pourtant d'un besoin sinon d'un devoir.

Notre faculté consciente de ce besoin de formation en pédagogie par l'initiative de ses doyens a entamé une série de séminaires de formation. La faculté organise aussi un diplôme universitaire de pédagogie. Mais ce sont quelques jeunes enseignants seulement qui se sont inscrits. C'est pourquoi nous proposons de :

- reprenre les séminaires de formation en pédagogie pour tous les enseignants, en commençant par ceux qui n'ont jamais profité de cette formation. Ce séminaire atelier se concentrera sur la clarification du concept de l'objectif, de l'approche par objectif et de l'approche par compétence en pédagogie médicale et leur implication dans les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation.

- Consacrer un deuxième séminaire à l'évaluation des apprentissages, pour clarifier les concepts, les niveaux d'évaluation selon la taxonomie originale (ou modifiée) de Bloom, comment construire un QCM et les autres modalités d'évaluation.

-comment rédiger un référentiel d'apprentissage nécessite une formation destinée à tout le personnel enseignant.

-Veiller à la qualité pédagogique de notre production : cours, photocopiés examen etc. En organisant une évaluation formative régulière pour diagnostiquer les besoins en formation.

9-1-5-2 Recherche en pédagogie

Domaine visiblement négligé par notre communauté d'enseignants : les publications dans les revues dédiées à la pédagogie en général et à la pédagogie médicale en particulier ne sont pas à l'ordre du jour. Même dans nos revues locales des sciences de la santé, il n'y a que très exceptionnellement un article à connotation pédagogique comme cela existe dans d'autres revues étrangères.

Il serait judicieux de :

-Implanter une culture de recherche en pédagogie comme cela a été fait pour la recherche scientifique, en faisant notamment appel à la sensibilisation et à la communication et à la valorisation des publications et communications pédagogiques.

-Prendre un abonnement d'au moins une revue de pédagogie médicale et organiser au sein de la commission pédagogique au moins une séance de bibliographie annuelle consacrée à la production pédagogique internationale, et encourager les unités de pédagogie et de recherche à en faire autant.

-Encourager les enseignants à participer au congrès internationaux de pédagogie médicale en faisant appel aux fonds de mobilité de l'université



*X- Ressources
éducatives et
pédagogiques*

10-1-RESSOURCES EDUCATIONNELLES

Normes de base

L'école de médecine doit disposer de locaux et d'équipements suffisants pour accueillir les enseignants et les étudiants et assurer dans de bonnes conditions la mise en œuvre du programme d'enseignement.

Normes de qualité

Les locaux et équipements devraient être régulièrement agrandis et modernisés au gré de l'évolution des pratiques pédagogiques, en vue de l'amélioration de l'environnement d'apprentissage.

10-1-1-locaux

10-1-1-1 Locaux d'enseignement

La FMPR dispose de locaux et d'équipements suffisants jusqu'à maintenant pour accueillir les enseignants et les étudiants et assurer dans de bonnes conditions la mise en œuvre du programme d'enseignement.

Constituées essentiellement par les amphithéâtres, les salles des séminaires, les salles des travaux dirigés et les salles des travaux pratiques.

En 1983, le nombre d'amphithéâtres était de 5 en plus de 8 salles consacrées aux travaux, confondues, dirigés et pratiques.

En 1988, le nombre est passé à 7 amphithéâtres, 8 salles de TD et 33 salles de TP.

En 2012, les 7 amphithéâtres ont connu des travaux de rénovation importants, améliorants la sonorisation, l'illumination ainsi que l'étanchéité permettant ainsi d'accueillir 2800 étudiants dans de bonnes conditions.

La faculté dispose de 3 salles de séminaires dotées des derniers moyens technologiques de formation, d'une capacité de 216 places, 12 Salles de cours et TD soit 678 places et 29 Salles de TP équipées pour la pratique de 1245 étudiants.

10-1-1-2 Locaux de formation et de recherche

La faculté compte actuellement 17 laboratoires de biologie clinique et des sciences fondamentales pré cliniques. 3 centres de recherche et le centre des études doctorales des sciences de la santé.

Pour améliorer les conditions de travail des étudiants et des chercheurs, plusieurs projets ont été lancés. Le plus important est le chantier de l'aménagement d'un pôle de recherche en biomédicale au sein de la faculté.

10-1-2 Sites de formation clinique

Normes de base

L'école de médecine doit veiller à ce que les étudiants acquièrent une formation clinique adéquate et se doter à cette fin des ressources nécessaires, notamment en ce qui concerne l'accès aux patients et aux établissements de formation clinique.

Normes de qualité

Les établissements de formation clinique devraient être dotés de moyens accrus afin que la formation clinique dispensée réponde effectivement aux besoins des populations des régions qu'ils desservent.

Les lieux de formation clinique, se trouvant hors de la faculté, se sont :

- les services hospitaliers, 109 services répartis dans toutes les formations hospitalières du CHU Ibn Sina de Rabat-Salé : voir tableau ci-dessous
- Les centres de santé pour la pratique des stages du centre de santé en 5^{ème} et 6^{ème} année.
- Les hôpitaux provinciaux du royaume pour la pratique des stages internés de la périphérie en 7^{ème} année.

Hôpital Ibn Sina	Hôpital des spécialités	Hôpital d'enfant Rabat	maternité Souissi
Hôpital Ar-Razi Salé	Hôpital El Ayachi Salé	Institut Nationale d'Oncologie	Hôpital Moulay Youssef
Centre de consultations et de traitements dentaire	Centre nationale de santé reproductrice	Service d'aide médicale urgente	<i>Hôpital militaire de Rabat*</i>

*La gestion de l'hôpital militaire de Rabat est indépendante du CHU

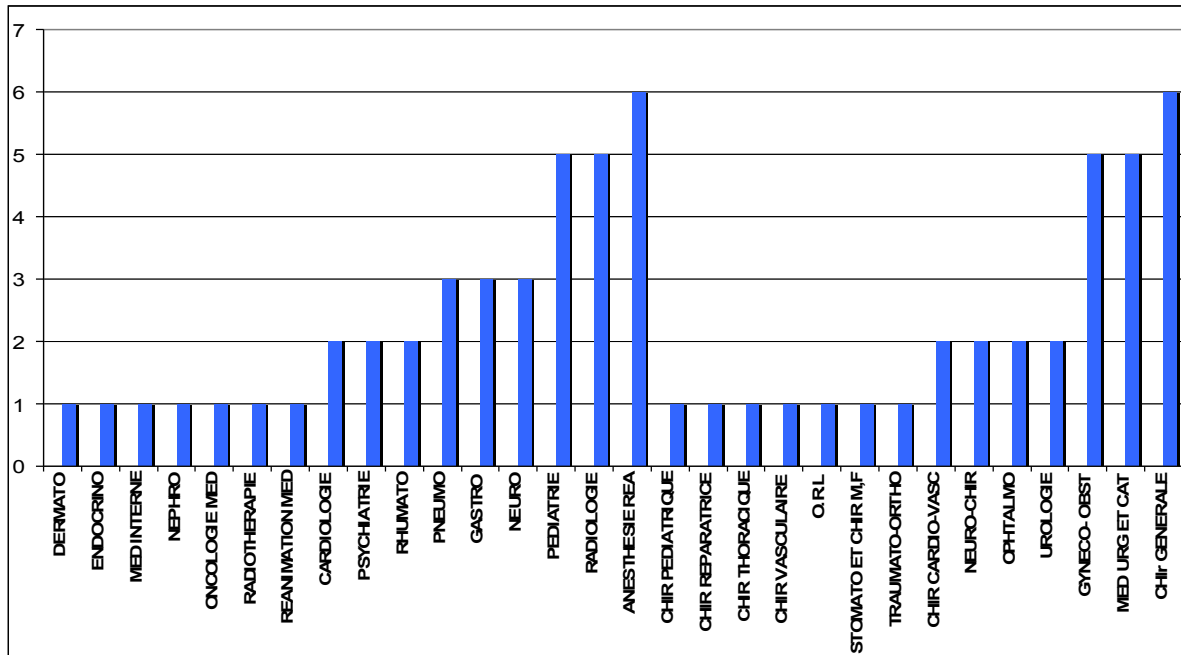


Figure23 : Nombre de Services Cliniques du Par Spécialité du CHU Ibn Sina

Remarques et propositions

Les effectifs importants des étudiants de 2^o cycle (souvent plus de 30 dans un service de 50-60 lits) s'ajoutent à ceux des internes et des résidents : en plus des problèmes de fonctionnement posés aux services de soins, cette forte densité d'étudiants est une contrainte essentielle qui altère la qualité de la formation et l'efficacité des stages.

En outre , les équipements et matériaux dont dispose les structures de soin sont ,pour la plupart , dans un état lamentable ,de qualité et de quantité , ceci oblige le personnel à travailler par un système de dépannage avec le minimum de moyens de bords, l'étudiant, en plus d'apprendre des méthodes et conduites adaptés à ce contexte, se retrouve parfois obligé de s'abstenir d'agir par économie de ces moyens.

Ces locaux de formation devraient faire l'objet d'évaluations régulières visant à s'assurer qu'ils dispensent une formation adaptée et de qualité, complémentaire des programmes de formation médicale.

10-2 RESSOURCES PEDAGOGIQUES

10-2-1 Bibliothèque centrale

C'est un centre de documentation et d'information médicale, son objectif est de faciliter aux étudiants de la faculté l'accès à la documentation et à l'information médicale.

Il met à leur disposition un fond documentaire spécialisé riche et varié composé d'ouvrages, revues, instruments de recherche ainsi qu'une médiathèque moderne pour toutes les recherches en ligne.

Localisée au niveau du grand bâtiment de la faculté, sur une surface de 2000m², elle est composée de 4 unités :

- Unité des enseignants avec une salle pour consultation des ouvrages, traités de l'encyclopédie médico-chirurgicale et les périodiques récents, et une salle d'archives.
- Unité des étudiants avec une salle pour consultation et prêt des ouvrages composée de deux salles de lectures d'une capacité de 300 places assises.
- Unité des thèses avec une salle pour consultation de thèses et une salle d'archivage.
- Centre d'information et de communication comporte une salle multimédia avec plus de 20 postes Internet et une médiathèque.

- Au total, elle contient un fond de 6000 ouvrages, 600 périodiques et 300 documents audiovisuel.

Dernièrement des travaux ont commencé à la faculté pour bâtir un nouveau local de la bibliothèque qui pourra augmenter sa capacité et sa qualité d'accueil.

10-3 TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION ET DE COMMUNICATION

Normes de base

L'école de médecine doit adopter une stratégie axée sur l'évaluation et l'utilisation efficace, dans le cadre du programme d'enseignement, des technologies de l'information et de la communication.

Normes de qualité

Les enseignants et les étudiants devraient avoir la possibilité d'utiliser les technologies de l'information et de la communication dans le cadre de leur apprentissage autodirigé ou pour faciliter l'accès aux informations, la prise en charge des patients et le travail des agents de santé.

La FMPR a consenti un effort planifié considérable d'informatisation de l'institution qui doit être ici souligné.

La faculté dispose d'un site Web sous l'adresse « <http://www.medramo.ac.ma> », un réseau avec une extension pratiquement terminée à l'ensemble des laboratoires, constituant la base d'un intranet facultaire, le tout réparti dans des locaux généralement adéquats et appuyé par un personnel dont le nombre, l'expertise et la disponibilité ont pu être constatée.

Elle a rendu disponible la connexion à tout poste approprié dans la faculté, dans le but de « faciliter aux professeurs et aux étudiants, l'accès aux ressources et aux connaissances scientifiques au niveau planétaire et la messagerie informatique et permettre le développement de micro- applications pour la gestion pédagogique et administrative en plus de la transmission et la réception de démonstrations et de technique médicochirurgicales ».

Elle a constitué à l'étage supérieur de la bibliothèque un centre d'informatique et de communication (CIC), pour la recherche bibliographique, dont le support aux utilisateurs est assuré par un technicien en informatique et deux informaticiens (documentalistes). Ce CIC semble avoir répondu à un bon besoin très réel.

Ils peuvent ainsi accéder instantanément aux ressources médicales et scientifiques nombreuses et à jour disponibles, tout autant que d'utiliser différentes bases ou banques de données en ligne.

Le personnel enseignants-chercheurs très satisfait de cet accès, bénéficie de plus dans un autre local, d'un service d'aide à la réalisation digitale de tableau et d'iconographie devant servir soit à des présentations, soit à des publications.

Le CHU dispose des systèmes performants permettant l'accès aux résultats des examens de laboratoires et aux clichés radiologiques à partir des services hospitaliers.

Cependant, on peut reprocher au site de la faculté, qui constitue son interface avec le monde extérieur, d'être modestement géré, et insuffisamment mis à jour, ainsi toutes les actualités n'y sont pas toujours affichées, et parfois des problèmes d'accessibilité au serveur durent longtemps.

10-4 COOPERATION INTERNATIONALE

Normes de base

L'école de médecine doit adopter une politique régissant la collaboration avec d'autres établissements de formation et le transfert des crédits éducatifs.

Normes de qualité

Des ressources adéquates devraient être prévues afin de faciliter les échanges régionaux et internationaux d'enseignants et d'étudiants.

Le rayonnement des facultés de médecine est dû en grande partie aux relations de coopération universitaire qu'elles entretiennent avec d'autres institutions universitaires et à leur ouverture sur le monde.

Pour cela, la coopération figure parmi les objectifs institutionnels de notre faculté et fait partie des commissions prestataires⁹ sous la dénomination de : **« commission de la coopération et du partenariat »**.

Le but de cette commission est de développer des projets de coopération portant sur les activités d'enseignement, de recherche ou de services

10-4-2-1 Les étudiants étrangers.

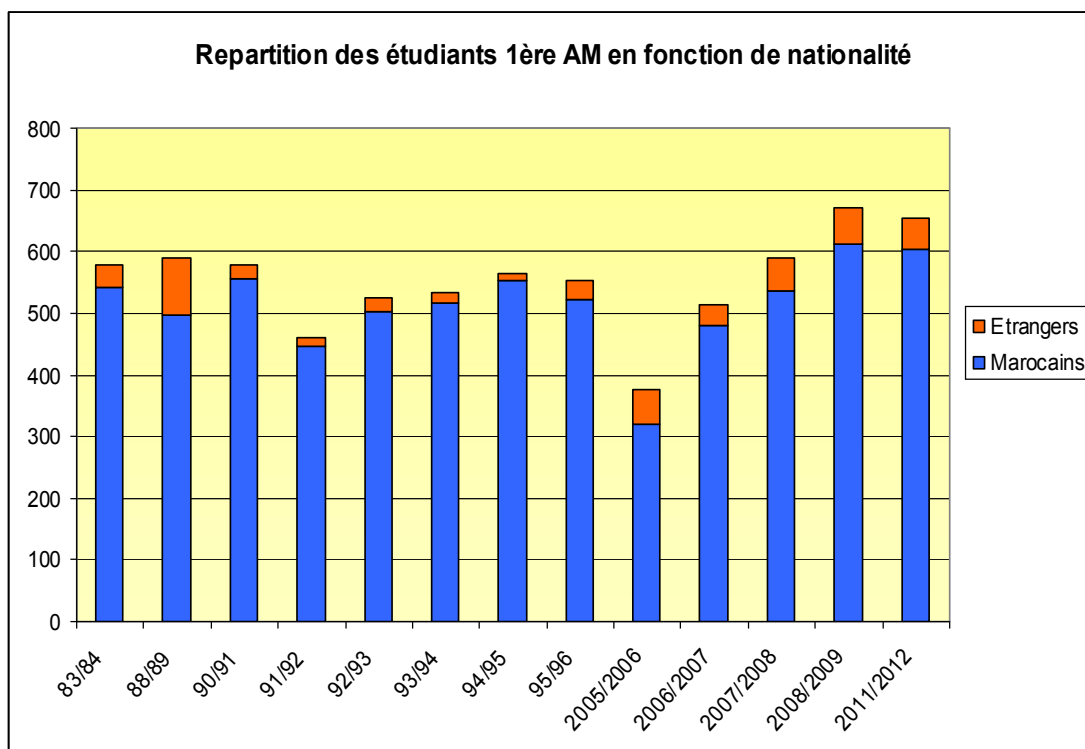


Figure 24 : Évolution des effectifs des étudiants 1^{ère} AM marocains et étrangers

La FMPR ouvre ses portes aux étudiants de toutes nationalités dans le cadre des relations du Maroc avec le reste du monde notamment les pays de l’Afrique et l’Asie.

Les étudiants étrangers représentaient depuis le début des études à la faculté une part non négligeable des inscrits en 1^{ère} AM, leurs taux varient selon les années, mais il oscille généralement autour de 7 %.

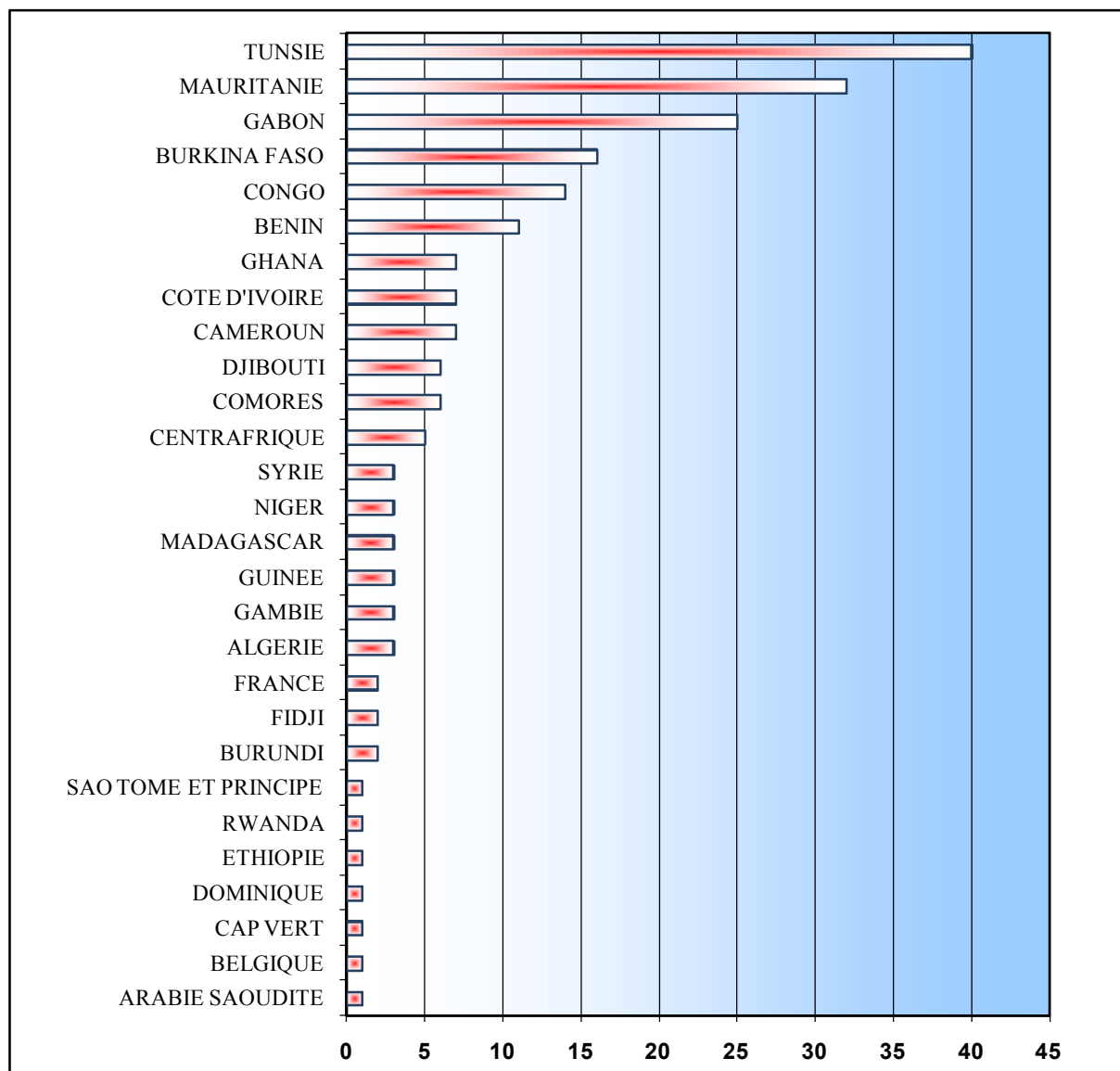


Figure 25; répartition des étudiants étrangers à la FMPR en fonction du pays d'origine.

En 2011/2012 les étudiants d'origine tunisienne et mauritanienne représentent le tiers des étudiants étrangers, ils sont suivies par les étudiants de l'Afrique subsaharienne (GABON, BURKINAFASO, CONGO...)

Les étudiants étrangers peuvent être admis à la FMPR sur autorisation écrite délivrée par le Ministre de l'enseignement supérieur dans la limite du quota qui leur est réservée

10-4-2-2 Les enseignants-chercheurs étrangers.

Depuis la marocanisation du corps enseignant, la FMPR fait appel à des enseignants étrangers surtout dans le cadre de la formation médicale continue.

10-4-2-3 Les conventions de coopération et de partenariat :

Un ensemble de projets et de programme de coopération existent au sein de la faculté dans les domaines de l'enseignement et de la recherche. (**Annexe tableau 12 ; 13**).

Coopération Au niveau individuel: Il existe de nombreuses actions individuelles basées sur :

- Les relations personnelles avec le ou les partenaires.
- Le volontariat de part et d'autre.

10-4-2-4 remarques et propositions :

La faculté connaît depuis quelques années une richesse en termes de conventions aussi bien nationales qu'internationales, toutefois il importe de faire remarquer que cette coopération universitaire a été le plus souvent l'œuvre de vocations personnelles et non d'une politique structurée de la FMPR.

Ce caractère personnel et occasionnel de la coopération inter facultaire est un facteur de fragilité pour l'avenir et ne peut donc garantir la permanence des collaborations et compromet leur efficacité et leur pérennité.

Un autre commentaire qui mérite d'être développé a trait au concept de « coopération ». Certes, il n'y a de véritable coopération que si les actions profitent à tous les concernés des deux côtés. Autrement, il ne s'agirait pas d'assistance et non de coopération. La Faculté consciente de cette notion doit favoriser ces coopérations dans les deux sens : accueillir des étudiants, des stagiaires, des enseignants-chercheurs dans leur structures de formation et encourager par tous les moyens leurs ressortissants à accomplir des stages dans d'autres structures de formation à l'étranger.

Il est incontestable que ces stages leur sont bénéfiques aussi bien sur le plan pédagogique que sur les plan culturel et humain. En effet, la présence de stagiaires étrangers dans les services hospitaliers facilite le brassage et les communications, favorise les relations interservices et inter-facultés, stimule l'émulation et tisse des liens professionnels et amicaux solides.

Il importe également de souligner que la présence d'étudiants étrangers dans une faculté de médecine est une source de richesse pour celle-ci. En plus des avantages pédagogiques, culturels et humains qu'elle procure, cette présence favorise le rayonnement de la faculté partout où ces étudiants exerceront leur profession.

Nul doute que la coopération internationale médicale revêt aujourd'hui une importance primordiale surtout dans le contexte international actuellement peu enclin à l'échange et à la communication.

Propositions :

. Que la FMPR continue à encourager et favoriser les formations « partielles » des résidants au moyen de stages de courte durée dans le cadre de conventions inter-facultés avec des objectifs clairement définis par la Faculté origine et la Faculté d'accueil.

. Que la FMPR favorise les échanges d'enseignants-chercheurs dans le cadre de projets de recherche, l'enseignants-chercheurs séjournant alternativement dans les deux pays, en fonction des besoins de sa recherche.

. Que la FMPR mette tout en œuvre pour faciliter l'accueil des stagiaires étrangers dans ses structures hospitalières et sanitaires pour des stages qui leur donneront la possibilité d'une approche globale des problèmes de santé, d'une prise en charge d'un grand nombre de patients présentant des pathologies diverses, d'acquérir et de développer un savoir-faire technique et diagnostique, de découvrir une autre culture, de prendre conscience de l'inégalité de la répartition des ressources matérielles et de la nécessité de leur usage rationnel.

- La coordination active des programmes entre les écoles de médecine peut contribuer à faciliter le transfert des crédits éducatifs, la faculté devrait s'ouvrir lors de l'élaboration de ses programmes et de son régime d'études sur les expériences des autres facultés de médecine, qu'ils soient nationaux ou mondiaux.

. Que l'université Mohammed V-Souissi, à l'occasion des nouvelles attributions que la nouvelle loi n° 01-00 lui a conféré, augmente le quota des étudiants étrangers et favorise leur inscription à la FMPR selon sa capacité d'accueil.



*XI-Evaluation
de l'enseignement*

L'évaluation de l'enseignement est la pièce maîtresse de la stratégie de changement dans une école de médecine⁷³, elle reste peu répandue dans de nombreux pays francophones⁷⁴. Pourtant les besoins de la population, de la société imposent aux tutelles et aux établissements d'enseignement eux-mêmes de mettre en place des systèmes d'évaluation.

Il existe différentes procédures d'évaluation⁷⁵ : l'évaluation peut être interne (par les responsables de la faculté, par une structure interne *ad hoc*, par l'association des professeurs) ou externe (audit par une organisation, évaluation par une tutelle), elle peut être aussi formative (démarche qualité) ou de résultat (certifiante, « sanctionnante » c'est-à-dire une assurance qualité)

Il faut initier l'évaluation formative continue de l'enseignement en interne et consolider périodiquement en externe (label, certification).

Il existe donc deux niveaux d'évaluation de l'enseignement, dont les maîtres d'ouvrage sont essentiellement différents :

➤ **Le 1^{er} niveau** est celui de l'évaluation formative de l'enseignement :

La faculté est « maître d'ouvrage ». Son engagement se fait au sein d'une structure décanale d'évaluation interne qui est maître d'œuvre (comité d'évaluation interne placée auprès de l'exécutif, ou plus rarement structure prestataire). C'est un processus continu, correspondant à une démarche qualité selon le modèle classique de la « roue de la qualité de Deming ».

L'objectif est d'inscrire l'évaluation dans la stratégie de changement (plan stratégique). Ce comité utilise des méthodes d'évaluation efficaces tenant compte des objectifs de la faculté et de ses performances, avec des moyens dédiés et une politique de communication.

L'impact de l'évaluation interne est mesuré par des bilans réguliers et correspond *in fine* à l'évaluation de l'équipe de direction.

➤ **Le 2^{ème} niveau** est celui de l'évaluation certificative de l'enseignement:

Beaucoup considèrent qu'il sera bientôt indispensable dans toutes les universités du fait de la mondialisation et des échanges. Il s'agit cette fois d'un engagement de la société (évaluation externe). L'évaluation est périodique. L'objectif est de certifier (assurance qualité minimale).

Si la tutelle est maître d'ouvrage, en particulier l'état, il peut exister une délégation avec maîtrise d'œuvre à un organisme international, ou même professionnel. En ce cas la définition du mandat est très importante.

Quelques procédures d'évaluation existantes :

- la certification périodique des facultés de médecine en Amérique du Nord,
- les systèmes nationaux d'évaluation des universités en Europe ou en Afrique en particulier au Maghreb;
- l'opération d'évaluation des programmes des facultés de médecine par la CIDMEF et parfois l'OMS.

➤ **Contexte de la FMPR :**

La FMPR a fait l'objet d'une évaluation externe en 2000 qui était confiée à la CIDMEF

Récemment encore un rapport d'auto-évaluation de la section pharmacie est remis à un organisme d'évaluation externe : CIDPHARMEPH (conférence internationale des doyens des facultés de pharmacie d'expression Française) qui est l'équivalent de la CIDMEF pour les études médicales

Par ailleurs des évaluations internes ont intéressé les stages cliniques de médecine, de chirurgie de gynécologie et de pédiatrie. Ces évaluations ont concerné la qualité de la supervision clinique des étudiants par les encadrants, la qualité de l'exposition clinique, c'est-à-dire la nature et le nombre des maladies que l'étudiant peut voir dans les services cliniques, l'atteinte des objectifs et la satisfaction des étudiants. Il se voit clair que la faculté à travers ses anciens doyens a déjà pris conscience de l'importance de l'évaluation pour rendre cette politique plus efficace et pérenne.

➤ **On propose :**

-D'établir une procédure formelle pour l'auto évaluation des programmes et le suivi du curriculum pour garantir que les problèmes soient systématiquement recensés , examinés et corrigés .Pour cela nous proposons la création d'un comité d'évaluation et d'orientation des enseignements qui fera partie ou non de la commission d'évaluation actuelle ,dont le but est d'analyser tous les rapports des départements et des différentes commissions internes ou d'évaluation extérieures pour décider des politiques et des orientations à prendre en ajustant le programmes et les modalités de sa mise en œuvre.

-d'Institutionnaliser une politique d'auto-évaluation et d'évaluation externe périodique et obligatoire, en l'inscrivant dans le règlement intérieur de la faculté.

11-1 MECANISMES D'ÉVALUATION DU PROGRAMME

Normes de base

L'école de médecine doit mettre en place un mécanisme de suivi et d'évaluation du programme d'enseignement qui permette de suivre le déroulement du programme et les progrès des étudiants et garantisse que les problèmes seront recensés et examinés.

Normes de qualité

L'évaluation du programme d'enseignement devrait tenir compte du contexte dans lequel s'inscrit le processus pédagogique, des composantes spécifiques du programme et des résultats obtenus.

L'évaluation des programmes des études médicales est devenue une obligation pour les facultés de médecine, elle doit vérifier l'adéquation entre les besoins de la société, les objectifs de formation, les moyens utilisés et les ressources disponibles, elle doit aussi permettre de s'assurer qu'au terme de la formation les étudiants ont atteint les objectifs de formation⁷³, l'évaluation constitue ainsi une composante essentielle pour toute planification systématique d'un programme de formation⁷⁴.

L'évaluation du programme d'études porte sur les trois cycles de la formation, mais principalement sur le 1^{er} et 2^{ème} cycle (tronc commun)

L'évaluation porte sur tous les aspects de la formation médicale : connaissances théoriques et pratiques, habiletés cliniques, attitudes et comportements, notamment la maîtrise de la relation médecin-malade et la préoccupation éthique. La démarche doit ainsi tenter de vérifier si, au terme de ses études, le nouveau médecin a atteint les objectifs de formation visés.

L'évaluation de type sommatif a pour but de certifier lors de visites d'agrément, le produit fini d'un programme. L'évaluation de type formatif, proposée par Scriven⁷⁵ vise à promouvoir l'amélioration du programme en déterminant son utilité sociale. Elle s'attache davantage à réviser les divers processus des activités de formation et conduit à statuer sur les mérites.

11-2 CONSULTATION DES ENSEIGNANTS ET DES ETUDIANTS

Normes de base

Les enseignants et les étudiants doivent être systématiquement consultés et leurs réactions analysées et prises en compte.

Normes de qualité

Les enseignants et les étudiants devraient prendre une part active à la planification du suivi et de l'évaluation du programme d'enseignement et aux efforts visant à intégrer les résultats de l'exercice d'évaluation à la conception et à la révision du programme.

Ceci suppose d'abord une culture d'évaluation qui doit être acceptée et encouragée par ces enseignants, pour cela une formation des formateurs s'avère indispensable, et aidera à faciliter et améliorer les résultats de cette procédure.

Il est essentiel que les étudiants aussi participent à l'auto-analyse et ce de deux façons : d'abord en participant aux travaux des commission ,ensuite et surtout en produisant un rapport d'évaluation qui leur soit propre et qui porte sur les aspects qui les touchent de plus près ,comme le programme , les méthodes pédagogiques ,les examens et d'autres moyens d'évaluation ,leur participation à chacune des structures de la faculté ,la vie étudiante etc⁷³ .

Cette participation des étudiants ne saurait se limiter à la seule obligation de répondre à quelques questionnaires d'appréciation. Être responsable c'est ici se sentir partenaire en concertation avec les instances facultaires de la commission ou du groupe de travail responsable de la mise en œuvre du projet.

Les étudiants se sentiront davantage responsables s'ils sont en mesure de constater que le dispositif d'évaluation a produit des changements ou qu'il est essentiel à une démarche de contrôle de qualité dont ils doivent se tenir informés.

11-3 PERFORMANCES DES ETUDIANTS

Normes de base

Les performances des étudiants doivent être analysées à la lumière du programme d'enseignement, de la mission et des objectifs de l'école de médecine.

Normes de qualité

Les données relatives aux performances des étudiants devraient être analysées à la lumière du milieu d'origine des étudiants, des conditions et des critères d'admission et devraient être transmises pour information aux comités chargés de la sélection des étudiants, de la planification du programme et de l'orientation des étudiants.

L'évaluation des performances doit prendre en considération:

- la durée moyenne des études, les notes, les taux de réussite et d'échec aux examens, les taux d'abandon en cours d'études.

- les rapports des étudiants sur le déroulement des cours, ainsi que le temps que les étudiants consacrent aux domaines qui les intéressent particulièrement.

L'exigence d'efficacité et de pertinence d'une telle évaluation nous amène d'emblée à considérer les compétences acquises des étudiants en fin de curriculum et à les comparer avec les objectifs fixés par la faculté.

L'évaluation se veut ainsi centrée en priorité sur les enseignements en rapport avec les champs de compétences déficitaires des étudiants.

Mais ce concept de dépistage des déficits d'un programme d'enseignement s'apparente à celui de l'éducation basée sur les compétences qui n'a pas encore sa place dans notre programme, et pourrait par analogie s'appeler évaluation basée sur les compétences.

11-4 PARTICIPATION DES PARTENAIRES

On entend par partenaires:

- les administrations chargées de l'éducation et de la santé (ministère de l'enseignement supérieur, ministère de la santé, l'université...)
- les représentants de la communauté
- les organisations professionnelles et les enseignants du troisième cycle.

Les résultats de l'évaluation devraient être transmis à ces partenaires, et les avis qu'ils exprimeront seront pris en charge pour une éventuelle amélioration du curriculum et de manière globale de la politique d'enseignement.



*XII- Gestion
et administration*

12-1 STRUCTURES ADMINISTRATIVES ET PEDAGOGIQUES :

Normes de base

Les fonctions et attributions des responsables pédagogiques de l'école de médecine doivent être clairement énoncées.

Normes de qualité

Les performances des responsables pédagogiques devraient être évaluées à intervalles réguliers, à la lumière de la mission et des objectifs de l'école.

L'organigramme général de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat est représenté par la figure suivant. Il a d'abord le mérite d'exister et d'être visible depuis environ deux ans pour comprendre les instances de prise de décision et le circuit de la circulation de l'information et de situer les niveaux de responsabilités.

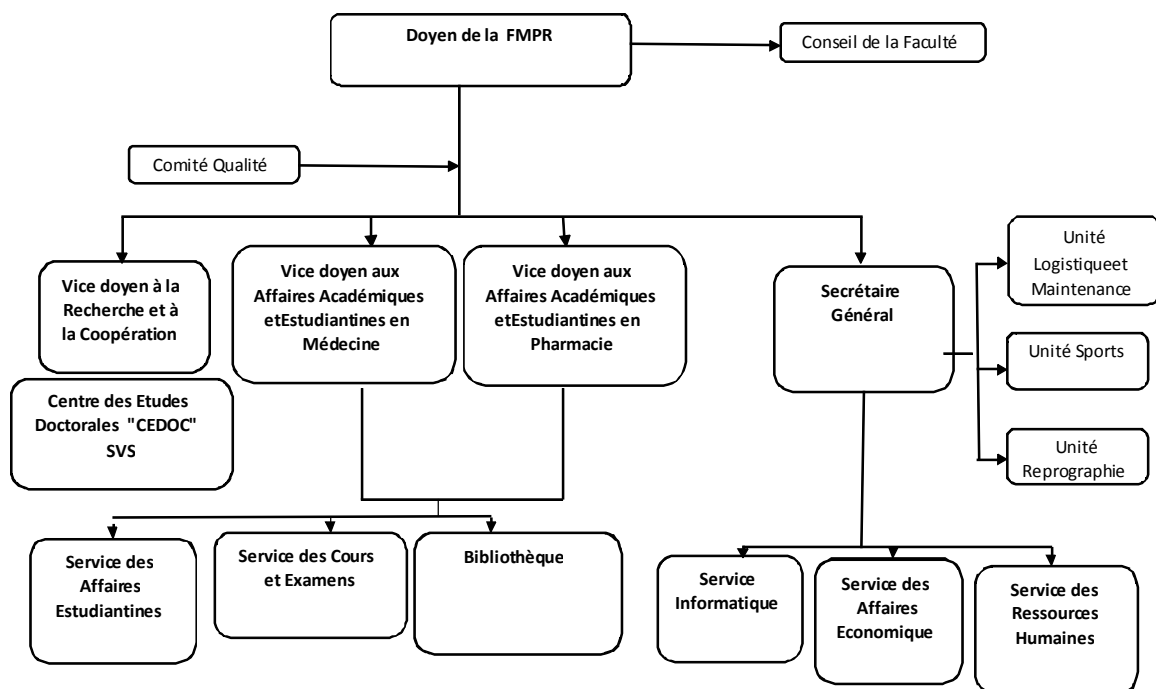


Figure 26 : la structuration administrative de la FMPR

12-1-1 La structuration administrative

L'administration de la FMPR est composée de 3 entités distinctes mais complémentaires : le décanat, les services administratifs supports et les structures Consultatives et Décisionnelles.

12-1-1-1 Décanat : Doyen et Vice Doyens

Les établissements universitaires sont créés par décret. Ils sont gérés par un conseil d'établissement. La composition en Doyen (ou Directeur) et Vice-Doyens (ou Directeurs adjoints) des facultés (ou écoles ou instituts) ainsi que le mode de désignation et leurs rôles respectifs sont détaillés dans les articles 20 et

21 du Dahir n° 1.00.199 du 15 Safar 1421 (19 mai 2000) portant promulgation de la loi n°01.00 portant organisation de l'enseignement supérieur.

Il est notamment précisé que le rôle du Doyen est de :

- Assurer le fonctionnement de l'établissement universitaire et coordonner l'ensemble de ses activités ;
- Présider le conseil de l'établissement et en arrêter l'ordre du jour dans les conditions fixées par le règlement intérieur du conseil de l'établissement ;
- Gérer l'ensemble des personnels affectés à l'établissement ;
- Veiller au bon déroulement des enseignements et des contrôles de connaissances et prendre toutes mesures appropriées à cette fin ;
- Négocier les accords et conventions de coopération qui sont soumis à l'approbation du conseil de l'université ;
- Veiller, sous la supervision du président de l'université, au respect de la législation et de la réglementation en vigueur et du règlement intérieur dans l'enceinte de l'établissement et prendre toutes les mesures que les circonstances exigent conformément à la législation en vigueur ;

Le Doyen de la FMPR est assisté de trois Vice Doyens et d'un Secrétaire Général, nommés par le Président de l'Université, sur proposition du Doyen (Loi 01.00, article 20). Les articles 12 à 18 du Règlement intérieur de la FMPR précisent :

Le Vice Doyen aux Affaires Académiques et aux Affaires Estudiantines dirige, sous le contrôle du Doyen :

- les activités des Affaires Académiques ;
- les activités des Affaires Estudiantines ;

Le Vice Doyen à la Recherche et la Coopération dirige, sous le contrôle du Doyen :

- les activités de la Recherche ;
- les activités de la Formation Continue ;
- les activités de la Coopération et du Partenariat ;
- les activités de la Communication.

Le Vice Doyen à la Pharmacie dirige, sous le contrôle du Doyen, les Affaires Spécifiques à la Pharmacie. Il est en charge des affaires particulières à la pharmacie. Il est en relation étroite avec les Vice Doyens précités quant aux attributions dont ils ont la charge et qui sont communes à la Médecine et à la Pharmacie.

Le nombre de Vice Doyens pourra être porté à quatre ou plus en fonction des besoins et des activités de la Faculté.

Le Secrétaire Général dirige, sous le contrôle du Doyen et en relation avec les Vice Doyens, la Division des Ressources Humaines et des Affaires Financières. Il assure, sous la supervision du Doyen, la coordination entre l'ensemble des services administratifs de la Faculté.

L'ensemble des activités dirigées par les Vice Doyens correspondants ou le Secrétaire Général sont communs aux sections Médecine et Pharmacie.

12-1-1-2 les Services administratifs supports

Normes de base

Les agents administratifs de l'école de médecine doit avoir les compétences requises pour appuyer la mise en œuvre du programme d'enseignement et des autres activités et garantir la bonne gestion et la répartition équitable des ressources.

Normes de qualité

La direction de l'école doit se doter d'un programme d'assurance de la qualité et se soumettre à des évaluations régulières.

Les structures administratives veillent à garantir et faciliter le fonctionnement administratif et logistique de la Faculté dans sa mission d'enseignement et de recherche. L'administration de la Faculté est structurée en huit divisions :

- La Division des Affaires Académiques ;
- La Division des Affaires Estudiantines ;
- La Division de la Recherche ;
- La Division de la Formation Continue ;
- La Division de la Coopération et du Partenariat ;
- La Division de la Communication ;
- La Division des Affaires Spécifiques à la Pharmacie ;
- La Division des Affaires Administratives et Financières

Chaque Division est sous la responsabilité d'un Vice Doyen ou du Secrétaire Général et s'appuie sur les services et bureaux administratifs qui en permettent le fonctionnement. Les services et bureaux qui composent les divisions sont précisés par les articles 19 à 23 du Règlement intérieur de la FMPR.

Chaque service est dirigé par un Chef de service nommé par le Doyen, parmi les titulaires d'un diplôme de deuxième cycle de l'enseignement supérieur et/ou parmi ceux justifiant d'une expérience et d'une compétence en gestion administrative.

12-1-1-3 Structures Consultatives et Décisionnelles

Les principales structures Consultatives et Décisionnelles sont :

- Le conseil de la faculté
- La commission scientifique
- Les commissions permanentes
- Les commissions prestataires
- Les commissions spécifiques

A- Le Conseil de la Faculté

Le Conseil de Faculté comprend des membres de droit, des représentants élus des personnels enseignants et des personnels administratifs et techniques, des représentants élus des étudiants, ainsi que des membres désignés parmi des personnalités extérieures (Loi 01.00, article 22).

Sa composition, le mode de désignation ou d'élection de ses membres, ainsi que les modalités de son fonctionnement sont fixés par le décret n° 2-01-2328 du 22 Rabii I 1423, 4 juin 2002, la loi 01-00 notamment son article 22.

B- La commission scientifique

La composition, le rôle et les conditions de fonctionnement de la commission scientifique sont clairement détaillés dans le Règlement intérieur de la FMR notamment dans les articles 42 à 53 dans le respect du décret n°2-01-2329 du 22 Rabii I 1423, 4 juin 2002 conformément à l'article 23 de la loi 01.00.

C- Les commissions partenaires

Le Règlement intérieur (articles 54 à 59) de la FMPR précise que le Conseil de Faculté participe à la mise en place des commissions permanentes suivantes (loi 01.00, article 22) selon des critères d'efficacité:

1. Commission pédagogique
2. Commission de la recherche
3. Commission de la vie étudiante
4. Commission du suivi budgétaire
5. Commission d'évaluation

Il précise également que :

- Chaque commission est présidée par le Doyen qui est secondé par le Vice Doyen dont les attributions relèvent de la dite commission. Pour ses activités régulières, chaque commission est coordonnée par un coordinateur nommé par le doyen parmi ses membres.

- Chaque commission se réunit au moins trois fois par année universitaire sur convocation du Doyen ou du Vice Doyen ou à la demande du tiers de ses membres.
- A la fin de chaque année universitaire, le Doyen procède à la révision de la composition de chaque commission selon les besoins.
- Chaque commission tient à jour les PV de ses réunions et présente à la fin de chaque année universitaire un rapport sur ses travaux au Conseil de Faculté.
- Chaque commission peut faire appel pour consultation à toute personne dont elle juge la présence utile.

La composition, les rôles et les conditions de fonctionnement des commissions permanentes sont décrits dans le Règlement intérieur de la FMR notamment dans les articles 60 à 74 dans le respect du décret n°2-01-2329 du 22 Rabii I 1423, 4 juin 2002 conformément à l'article 22 de la loi 01.00.

D- Les commissions prestataires

Les commissions prestataires définies par le RI de la FMPR (article 75) sont les suivantes :

- Commission des programmes
- Commission de la coopération et du partenariat
- Commission de la formation continue.
- Commission de la communication

La composition, les rôles et les conditions de fonctionnement des commissions prestataires sont décrits dans le Règlement intérieur de la FMR notamment dans les articles 76 à 84 dans le respect du décret n°2-01-2329 du 22 Rabii I 1423, 4 juin 2002 conformément à l'article 22 de la loi 01.00

E- Les commissions spécifiques

De part la spécificité de la FMPR, deux commissions particulières relatives aux fonctions et rôles dans la recherche clinique et médicale et les activités hospitalières sont prévues par le RI de la FMPR (articles 88-89). Il s'agit du Comité d'Ethique pour la Recherche Biomédicale (CERB) et la Commission hospitalo-facultaire

- **Le Comité d'Ethique pour la Recherche Biomédicale (CERB)** est une institution indépendante commune à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat et à la Faculté de Médecine Dentaire de Rabat dans l'attente de la mise en place d'un comité d'éthique national.

- **La Commission Hospitalo-facultaire** a pour mission de :

- faciliter les relations Faculté-CHU
- veiller au déroulement normal des stages et à leur qualité.
- élaborer une convention entre le CHU et la faculté après visa du Président de l'Université/ou en concertation avec l'université.
- étudier tout projet établi dans l'intérêt des 2 institutions.

Elle est constituée :

- Du côté de la faculté et de l'université : du Doyen, des vices Doyens et du vice Président chargé de la recherche Scientifique, de la Coopération et du Partenariat
- Du côté du CHU : du Directeur et de tout membre jugé utile à l'action à implanter.
- Il pourra être fait appel des 2 côtés à toute personne qualifiée en fonction du problème à étudier à l'ordre du jour.

12-1-2 Organisation pédagogique et de recherche

Il s'agit notamment des unités pédagogiques et de recherche (UPR) regroupées en départements pour la pédagogie et les unités, laboratoires et centres de recherche et de l'école doctorale pour ce qui est de la recherche.

La présentation de l'organisation de la recherche sera particulièrement détaillée dans le chapitre 10 relatif à la recherche.

12-1-2-1- Structures pédagogiques

A- Les unités de pédagogie et de recherche (UPR):

Les unités de pédagogie et de recherche sont des structures d'enseignement et de recherché de la Faculté qui correspondent à des disciplines et des champs d'étude et de recherche spécifiques.

La Faculté de Médecine et de Pharmacie comprend des unités de pédagogie et de recherche dans les domaines suivants : médecine et spécialités médicales ; chirurgie et spécialités chirurgicales ; pharmacie et spécialités pharmaceutiques ; biologie et spécialités biologiques ; sciences fondamentales. Chaque UPR est représentée par un Directeur.

La composition et les attributions des UPR ainsi que les modalités de nomination des Directeurs des UPR sont détaillés dans le Règlement intérieur de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat dans les articles 90 à 105. La liste des UPR disponibles à la faculté (annexes tableau)

B- Les départements⁷⁷

Il existe au sein de la Faculté quatre départements: le département des sciences cliniques médicales, le département des sciences cliniques chirurgicales et médico-chirurgicales, le département des sciences précliniques et le département des sciences des médicaments (voir liste en annexe).

12-1-2-2 Structures de la recherche :

Le règlement intérieur de la faculté (*Article 125*) précise, que la recherche est organisée dans de structures de recherche qui peuvent être :

- L'UPR,
- Le Centre de recherche,
- Le laboratoire de recherche,
- Le service médical de recherche,
- L'équipe de recherche.

On peut leur associer aussi Le Centre d'Etudes Doctorales des sciences de la vie et de la santé (CEDOC SVS)

12-2 LIEN AVEC LE SECTEUR DE LA SANTÉ

Normes de base

L'école de médecine doit nouer des relations constructives avec le secteur de la santé et les secteurs apparentés de la société et de l'administration publique.

Normes de qualité

La collaboration entre l'école de médecine et les partenaires du secteur de la santé devrait être officialisée.

Les facultés de médecine ont des caractéristiques qui sont souvent exclusives par rapport aux autres facultés de l'université : une formation qui se déroule pour une partie importante dans des établissements de santé et qui, au niveau clinique, des enseignants qui sont aussi des soignants avec une double appartenance hospitalière et universitaire, des relations avec deux ministères de tutelle: ministère de l'enseignement supérieur et celui de la santé .

La faculté doit être en étroite collaboration avec le Ministère de la santé publique, ceci se traduit au niveau de l'organisation administrative de la FMPR par **La Commission Hospitalo-facultaire** dont les fonctions sont décrites dans le chapitre précédant.

Le Ministère de la santé publique, conjointement avec le ministère de l'enseignement supérieur, fixe le nombre de postes d'entrée aux programmes de médecine et de pharmacie, les postes pour l'internat et le résidanat, verse des bourses et des indemnités aux étudiants, internes et résidants, verse le complément de rémunération aux enseignants de la faculté.

De sa part, la faculté doit prendre en compte, dans son enseignement, les besoins de la santé marocaine, qu'elle doit identifier en collaboration avec les services spécialisés du ministère de la santé, elle a la responsabilité également de produire des médecins compétents, capables de gérer et promouvoir la santé dans les différentes structures du système médico-hospitalier public et privé.

La FMPR entretient, en outre, des relations avec des diverses sociétés savantes ainsi qu'avec le conseil national de l'ordre des médecins, l'ordre des pharmaciens, etc.

Elle entretient de bonnes relations avec le réseau des facultés de médecine et de pharmacie du Maroc auxquels elle a délivrée une sélection de ses meilleurs professeurs, et participe à la formation de leurs résidents et professeurs assistants.



XIII- Conclusion

La création de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat fut un événement crucial dans le sort de la santé et du développement au Maroc, pendant ses 50 ans d'existence, la faculté a produit à la société des milliers de médecins et des centaines de pharmaciens, elle a aussi fourni les enseignants qui ont démarré la formation dans d'autres facultés de médecine ayant vu le jour des années plus tard.

La faculté a connu depuis lors une évolution sur plusieurs plans, notamment pédagogique et de gouvernance, qui la rend consciente à l'heure actuelle de sa mission et sa responsabilité sociale.

Cette conscience pourrait être plus efficace par l'engagement effectif de la faculté dans une stratégie de changement qui commencerait d'abord par un éclaircissement de la politique pédagogique qu'elle déciderait de suivre, puis serait il indispensable d'accepter l'évaluation, pièce maîtresse de cette stratégie de changement, qu'il faudrait initier en interne et consolider périodiquement en externe .

Les résultats de cette évaluation seront investis pour préparer le terrain de changement le plus approprié (formation des formateurs, définition et mobilisation des ressources matérielles et humaines nécessaires)

Cette évaluation permettra également une reformulation des programmes et une révision des méthodes d'enseignement et d'évaluation qui s'adapteront aux dernières recommandations de la méthode scientifique afin de répondre, dans le cadre de la politique pédagogique adoptée et en concordance avec la politique sanitaire du pays, aux exigences des médecins praticiens du nouveau siècle. C'est ce médecin que la FMPR doit former si elle prend des options pour figurer en bonne place sur l'échiquier de la santé comme référence d'une institution en progrès.

La question qui se posera alors : faudrait il se limiter seulement à quelques ajustements, ou est ce le temps pour des transformations profondes de la faculté?

En fait ,aucune institution ne peut imaginer qu'il ne lui soit pas indispensable d'organiser des réformes ou mieux d'avoir une dynamique permanente de changement .il s'agit d'un objectif de qualité et de performance.la FMPR au sein de son université , répond bien évidemment à ces mêmes obligations .

Il est temps alors pour une réforme des études médicales dont le succès ne peut se concevoir que s'il a été bâti sur une volonté ferme de ses instances accompagnées par une participation active et concrète aussi bien des étudiants que des enseignants de la faculté.



Tableau12 : liste des institutions (Coopération Nationale) :

– La Faculté des Sciences de Kenitra
– La Société Lever Maroc
– L'Agence pour la promotion et le Développement Economique et Social des Préfectures et Provinces du Nord
– Le C.H.U. de Rabat – Salé
– Le C.N.R.S.T.
– Le C.N.E.S.T.E.N.
– Le Ministère Chargé des Eaux et Forêts
– Le Ministère de la Santé
– Le Secrétariat d'Etat Chargé de l'Environnement
– L'Institut Agronomique et Vétérinaire
– Le Laboratoire Cooper - Maroc, Casablanca
– La Ligue Marocaine de Lutte contre les IST
– La Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès
– La Faculté De Droit – Agdal
Partenariat avec le Ministère de la Santé pour la santé maternelle et infantile (Pédiatrie, gynéco obstétrique)
Convention avec l'association SAHM, association pour la promotion du sport dans les quartiers populaires.
Convention avec l'AMIP (Association Marocaine de l'Industrie de Pharmacie)
Convention de coopération entre la FMPR et le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens
– Partenariat entre le laboratoire de chirurgie expérimentale et l'association des ORL libéraux de Rabat Kenitra et régions.

Tableau13 :liste des institutions (Coopération Internationale) :

– La Faculté de Médecine de Tunis.
– L'Université Montréal - Canada.
– Le 'Réseau Neuro-Méditerranéen', Faculté de Médecine d'Aix Marseille II.
– Le Laboratoire de Toxicologie Clinique du CHU Liège (convention de Recherche Appliquée en Hépatologie).
– L'association 'Douleurs Sans Frontières' Hôpital Lariboisière à Paris.
– L'Université Paris XIII (Phytothérapie).
–la Fédération Mondiale des Sociétés de Neurochirurgie WFNS
–Coopération entre l'Université de Rennes et l'Université Mohammed V Souissi de Rabat :
–Programme ERASMUS
–Projet de coopération avec le CHU de Bordeaux sur le SIDA
–Projet de coopération avec la coopération française pour le volet formation en gériatrie et en oncologie
–Jumelage des services d'ophtalmologie avec la Tunisie
–Projet d'essai clinique et de recherche en neuro-génétique.
–Projet de diplôme de médecine du sport.
–Proposition de coopération avec l'Université de Vienne (Autriche).
–Projet de coopération entre l'Université Mohammed V et l'Université Campus Bio-medico di Roma.
–Coopération Maroc-Italienne (hémopathies lymphoïde et myéloïde –Institut National d'Hygiène)
– Collaboration dans le domaine de l'onco-hématologie.
–Projet de coopération avec l'Université de Vienne: formation dans la recherche et la formation dans les techniques de pédagogie.
–Commission Maroc-Américaine pour les échanges éducatifs et culturels
–Convention entre l'Université Campus Bio-Médico Di Roma et l'Université de Rabat.
–Projet de coopération avec The European School Of Genetic Medicine De L'université De Bologna.
–Projet de finalisation de convention de coopération avec la faculté de Médecine Bruxelles.
– Projet de convention avec la Faculté de Médecine de Strasbourg.
– Convention signée entre l'université Mohammed V Souissi et l'Université Claude Bernard Lyon 1, 2007.

Tableau 14: listes des DU assurés par la FMPR

<u>Arthroscopie Chirurgicale, Resp. Mohamed Saleh BERRADA</u>
<u>Pédagogie Médicale, Resp. Najia Hajjaj HASSOUNI</u>
<u>Perfectionnement en Dermatologie Interventionnelle, Resp. Omar SEDRATI</u>
<u>Perfectionnement en Exploration Fonctionnelles Respiratoire, Resp. M.EL FTOUH</u>
<u>Traumatologie du sport, Resp. Mohamed Saleh BERRADA</u>
<u>Anatomie Viscérale Approfondie, Resp. Mohamed BENSOUDA</u>
<u>Coeliochirurgie, Resp. Saad AL BAROUDI</u>
<u>Cosmétologie et Dermopharmacie, Resp. Yahya BENSOUDA</u>
<u>Fertilité – Stérilité, Resp. Charaf Eddine, OUAZZANI Taibi</u>
<u>Hystérocopie Et Coloscopie, Resp. Charaf Eddine, OUAZZANI Taibi</u>
<u>Neuroanatomie Fonctionnelle, Resp. Mohamed JIDDANE</u>
<u>Pathologie Osseuse, Resp. Fadoua ALLALI</u>
<u>Perfectionnement Chirurgie Valvulaire, Resp. Wajih MAAZOUZI</u>
<u>Perfectionnement en Hématopathologie, Resp. Najia BENKIRANE</u>
<u>Radiobiologie, Resp. Nezha BENRAIS</u>
<u>Pathologie cérébro-vasculaire, Resp. Rachid MOSSEDDAQ</u>
<u>Echographie, Resp. Farida IMANI</u>
<u>Electroencephalographie Clinique, Resp. Réda OUAZZANI</u>
<u>Explorations Electrophysiologiques Neuromusculaires, Resp. R.OUAZZANI</u>
<u>Infections Sexuellement Transmissible / Sida, Resp. N.BENBRAHIM</u>
<u>Assurance qualité du médicament, Resp. Yahya CHERRAH</u>
<u>Biostatistique et Méthodologie de Recherche Clinique, Resp. R.ABOUQAL</u>
<u>Perfectionnement en Médecine du Sport, Resp. Ahmed SBIHI</u>
<u>Proctologie, Resp. Mohammed AHALLAT</u>
<u>Thérapeutique Homeopathique, Resp. Yahya CHERRAH</u>
<u>Echographie en Gynecologie Obstetrique, Resp. Charaf-Eddine OUAZZANI</u>
<u>Maladies Inflammatoires Intestinales, Resp. Houria OUAZZANI</u>
<u>Senologie Oncologie, Resp. Brahim Khalil EL GUEDDARI</u>
<u>Prévention du Cancer du Col, Resp. Rachid BEZAD</u>
<u>Chirurgie Endocrinienne, Resp. Bouziane CHAD</u>
<u>Chirurgie Experimentale Hepatobiliaire, Resp. Abdellatif SETTAF</u>
<u>Toxicologie Clinique, Resp. Rachida SOULAYMANI</u>

Nutrition Clinique et Sciences des Aliments, Resp. Nezha MOUANE
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Resp. Jallal TOUFIQ
Assurance Qualité en Biologie Clinique, Resp. Layachi CHABRAOUI
Addictologie, Resp. Jallal TOUFIQ
Perfectionnement en Hematopathologie, Resp. Najia BENKIRANE
Pharmacie Clinique, Resp. Jamal TAOUFIQ
Controle de Qualité des Médicaments, Resp. Jamal TAOUFIQ
Immunologie Approfondie, Resp. Malika ESSAKALLI

Tableau15 : liste des certificats assurés à la FMPR

<u>Anatomie Spéciale, Resp. Mohamed BOUCHIKHI</u>
<u>Chirurgie du Pied, Resp. Mohamed Salah BERRADA</u>
<u>Douleurs et Soins de Support, Resp. Maati NEJMI</u>
<u>Microchirurgie Générale, Resp. Mohamed BENSOUDA</u>
<u>Orthèses en Pharmacie, Resp. Yahya BENSOUDA</u>
<u>Anesthésie locorégionale des membres par neurostimulation, Resp. A. SBIHI</u>
<u>Dispositifs Médicaux, Resp. Jamal TAOUFIK</u>
<u>Pharmacie Clinique, Resp. Jamal TAOUFIK</u>
Pharmacovigilance, Resp. Rachida SOULAYMANI
Stéréotaxie Cérébrale, Resp. Najia EL ABBADI
Radioprotection, Resp. Malika CHAOUI



RESUME

Titre : Regard évaluatif sur les programmes pédagogiques de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat

Mots clés : pédagogie – programmes – évaluation – étudiants - faculté de médecine et de pharmacie de Rabat

Auteur : AIADI Basma

La faculté de médecine et de pharmacie de Rabat boucle ses cinquante ans d'existence dans un contexte particulier imposant, aujourd'hui plus que jamais, qu'on s'arrête sur son bilan, ceci est dû à plusieurs raisons: la mondialisation de l'information médicale, l'installation sur le territoire marocain de plusieurs facultés de médecine, la ferme volonté de la politique de santé marocaine d'augmenter la production des facultés de médecine, en fin devant la diminution drastique du nombre du personnel enseignant et administratif qui risque de conduire à une pénurie de personnel qualifié et induire ainsi une crise de gestion.

Notre travail vient faire un éclairage sur les différents aspects notamment académiques, et de gestion de notre faculté, en essayant de réaliser une évaluation de point de vue d'un étudiant.

L'évaluation a porté principalement sur les programmes éducationnels: les objectifs institutionnels, la politique pédagogique en formation médicale avec ses différents aspects(objectifs, contenu, méthodologie, évaluation, planification...), l'étudiant en médecine, les ressources du programme éducationnel, l'organisation et l'administration de la FMPR, sans exclure les autres activités de la faculté surtout ceux qui ont des répercussions sur le programme de formation

Espérant ainsi diagnostiquer systématiquement les points forts et les faiblesses pouvant aider à construire une vision future fondée sur la réalité vécue. En exposant succinctement des propositions de solutions, en parallèle avec l'évaluation réalisée, dans le but que notre faculté s'assure, l'exemple de la réforme des études proposée pour la formation des futurs médecins et pharmaciens marocains et ainsi répondre de façon optimale aux besoins de la société.

SUMMARY

Title: Evaluative look to the pedagogical programs of the faculty of medicine and pharmacy of Rabat

Key words: pedagogy- programs- evaluation – students – faculty of medicine and pharmacy of Rabat

Author: AIADI Basma

Faculty of Medicine and Pharmacy of Rabat loop its fifty years of existence in a particular context imposing, more than ever, we stop on its balance sheet, this is due to several reasons: the globalization of medical information, the installation on the Moroccan territory of several medical schools, the commitment of the Moroccan health policy to increase the production of medical schools in the end to the drastic decrease in the number of teaching staff and administrative may lead to a shortage of qualified personnel and thus induce a crisis management.

Our job is to shed light on various aspects including academic, research and management of our faculty, trying to make an assessment of the perspective of a student.

The evaluation focused on educational programs leading to the degree of Doctor of Medicine: institutional objectives, educational policy in medical education with its various aspects (objectives, content, methodology, assessment, planning ...), the student medical, educational program resources, organization and administration of FMPPR, without excluding other faculty activities especially those that affect the training program: continuing medical education and international cooperation.

Hoping to systematically diagnose the strengths and weaknesses can help build a future vision based on the reality. Also outlines proposals for solutions, in conjunction with the assessment made by the teachers, in order that our faculty provides the example of the ongoing reform of the curriculum proposed for the training of future physicians and pharmacists Moroccan and meet optimally the needs of society and updated, as well as academic quality requirements.

ملخص

العنوان: نظرة تقييمية للبرامج التعليمية بكلية الطب والصيدلة بالرباط

الكلمات الأساسية: بيداغوجيا - مقررات - تقييم - طلبة - كلية الطب والصيدلة بالرباط .

من طرف: بسمة عيادي

مرت خمسون سنة على افتتاح كلية الطب والصيدلة بالرباط لذا وجب، أكثر من أي وقت مضى، التوقف على محصول هذه الكلية لمواكبة الظروف الحالية المتمثلة في تقدم وعولمة المعلومات الطبية وكذا التزام وزارة الصحة المغربية بالرفع من عدد خريجي كليات الطب بالإضافة إلى انخفاض حاد في عدد أعضاء هيئة التدريس والإدارة قد يؤدي إلى نقص في الموظفين المؤهلين و أزمة في التسيير .

مهمتنا هي تسليط الضوء على الجوانب المختلفة في كلية الطب بما في ذلك الأكاديمية والبحثية والإدارية، في محاولة لإجراء تقييم من منظور الطالب في الكلية.

ركز التقييم على البرامج التعليمية للحصول على درجة دكتوراه في الطب بما في ذلك الأهداف المؤسسية والسياسة التعليمية في التكوين الطبي مع مختلف جوانبها (الأهداف والمحتوى والمنهجية والتقييم والتخطيط...) وطلبة الكلية وموارد البرنامج التعليمي وتنظيم وإدارة كلية الطب والصيدلة بالرباط، دون استبعاد الأنشطة الأخرى وخاصة تلك التي تؤثر على برامج التكوين والتعليم الطبي المستمر والتعاون الدولي.

نتوخى أولاً، من هذا العمل الوصول إلى تشخيص منهجي لنقاط القوة ونقاط الضعف يساعد على تكوين رؤية مستقبلية تستند إلى الواقع والمعطيات الحالية، ثانياً، تحديد مقترحات لحلول، بالترامن مع التقييم الذي أجراه الأساتذة، من أجل أن نجعل من كلية الطب والصيدلة بالرباط مثال لعملية الإصلاح الجارية على المناهج المقترحة لتكوين أطباء وصيدلة المستقبل للوفاء على النحو الأمثل لاحتياجات المجتمع المتجددة في المجال الصحي، و متطلبات الجودة التعليمية.



- [1] **Hubert UFFHOLTZ :**
Les relations avec le Maroc : la faculté de médecine de Rabat
Université Mohamed V 2002
- [2] **Décret N° 2-59-216 du 12 Safar 1370 (17 Aout 1959)** portant création
de l'école de l'application de médecine de Casablanca
- [3] **Décret n° 2-60-520 du 26 Rejeb 1380 (14 janvier 1961)** modifiant le
décret N° 2-59-216 du 12 Safar 1370 (17 Aout 1959) portant création
de l'école de l'application de médecine de Casablanca
- [4] **décret n°1-58-390 du 15 moharrem 1379 (21 juillet 1959)** portant
création de l'université de Rabat
- [5] **LA VIGIE marocaine** 17 octobre 1962 n°28
Discours de Feu sa majesté le roi Hassan II
- [6] **Archives de la FMPR**
- [7] **Google earth 2008**
- [8] **Conseil d'évaluation "normes de base" approuvé lors de la réunion
de la CIDMEF à Bruxelles Mai 2007** (CIDMEF: conférence
internationale des doyens des facultés de médecine d'expression
française)

- [9] **Règlement intérieur de la Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat 2010**
- [10] **loi 01-00** relative à l'organisation de l'enseignement supérieur promulguée par le dahir n° 1-00-199 du 15 Safar 1421 , 19 Mai 2001.
- [11] **Charles, Carole .V, Jacques.P, Christina.B, JeanMichel.D, JeanDominique .V, Anne.B, Martin.T, Thomas.P**
Auto evaluation report, faculty of medicine; university of Geneva
march 30 2006
- [12] **Charles Boelen**
Organisation mondiale de la Santé. Genève. La Faculté de médecine et le médecin praticien du XXIème siècle. Acte des Journées d'Etudes Internationales. 1998 .OMS)
- [13] **mediadico.com**
- [14] **wikipedia.org**
- [15] **Quentin Blanc** : Le cours magistral pourrait disparaître, le figaro étudiant, Publié le 28/11/2012
- [16] **Salman Khan**, Time Magazine N°162 juillet 2011

- [17] **Centre de pédagogie universitaire - Université d'Ottawa :**
Chapitre 5 -Enseigner à des grands groupes.
www.reproline.jhu.edu/french/6read/6training/lecture.htm
- [18] **Joris Deguet, Guillaume Piolle**
Comment faire un TP ?, Université Joseph Fourier, Grenoble, 2007-2008
- [19] **Kilien Stengel**, Kit pédagogique de l'enseignant chp 1.5 Les travaux pratiques (TP) page 11, Editions Eyrolles, Paris, 2008.
- [20] **normes internationales de la WFME** sur l'amélioration de la qualité de l'enseignement de base de la médecine. (WFME:World Federation for Medical Education)
- [21] **Evidence-Based Medicine, La médecine fondée sur les preuves**, Bibliothèque Interuniversitaire de Santé – Paris – Pôle Médecine / Odontologie formation@biusante.parisdescartes.fr – Janvier 2011
- [22] **Sackett et al.**
BMJ Editorials Evidence based medicine: what it is and what it isn't, BMJ.1996; 312: 71-72

- [23] **Haynes RB, De vereaux PJ, Guyatt GH.**
La compétence du clinicien à l'ère de la médecine fondée sur les niveaux de preuve et de la décision partagée avec les patients. EMB Journal (édition française) 2003 ; 34 ; 5-8.
- [24] **Bernard GAY, Marie-Dominique BEAULIEU,**
La médecine basée sur les données probantes ou médecine fondée sur des niveaux de preuve : de la pratique à l'enseignement, PÉDAGOGIE MÉDICALE – Août 2004 - Volume 5 - Numéro 3, 171-183, article disponible sur le site <http://www.pedagogie-medicale.org>
- [25] **Greenhalgh T, Toon P, Russell J, Wong G, Plumb L, Mac farlane F.** Transferability of principles of evidence based medicine to improve educational quality: systematic review and case study of an online course in primary health care. BMJ 2003; 326: 142-145.
- [26] **Patterson F, Ferguson E, Lane P, Farrel K, Martlew J, Wells A.**
A competency model for general practice: implications for selection, training, and development .BMJ 2000;50: 188-193.
- [27] **Pr N.HAJJAJ HASSOUNI**
Médecine pharmacie : programmes (modules, objectifs, évaluations), faculté de médecine et de pharmacie de Rabat, 2007

- [28] **HARDY-DUBERNET A-C, FAURE Y.**
Le choix d'une vie. Etude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue des épreuves nationales classantes 2005. Etud Result 2006 ; 66.
- [29] **Pierre Le Mauff, Philippe Bail, François Gargot, François Garnier, Hervé Guyot, Charles Honnorat, Jean-François Huez**
L'évaluation des compétences des internes de médecine générale:Aspects théoriques, réflexions pratiques, La Revue Exercer - Mars / Avril 2005 n°73 - 63
- [30] **Gardner H. Gifford BR, O'Connor MC**
Assessment in Context: the Alternative to Standardized Testing. Changing Assessments: Alternative Views of Aptitude, Achievement and Instruction. Boston: Kluwer Academic Publishers 1992:77-121
- [31] **Jouquan J.**
L'évaluation des compétences professionnelles des futurs médecins : une exigence sociale et un enjeu pédagogique. Réanimation et Urgences 1998;7:611-3.
- [32] **Jean JOUQUAN**
L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale, PEDAGOGIE MÉDICALE - Février 2002 - Volume 3 - Numéro 1,38-52

- [33] **André QUINTON,**
Docimologie, Le Centre de Recherches Appliquées en Méthodes éducatives (C.R.A.M.E.), D.U. de Pédagogie – université bordeaux 2 - Mai 2005 www.crame.u-bordeaux2.fr
- [34] **M. W NASR, A. YAZIGI, R. MOUSSA,**
Un problème pédagogique pour initier les étudiants en médecine à l'apprentissage par problèmes, PÉDAGOGIE MÉDICALE - Mai 2004 - Volume 5 – Numéro 2,103-109
- [35] **Holmboe ES, Hawkins RE.**
Methods for evaluating clinical competence of residents in internal medicine: are view. Ann Intern Med 1998;129: 42-4 8.
- [36] **Newble D, Norman G, Van der Vleuten.**
Assessing clinical reasoning. In: Clinical reasoning in the Health Professions. J Higgs and M. Jones (Ed s), Butterworth Heinemann, Oxford: 2000
- [37] **Norman GR, Feightner JW.**
A comparison of behavior on simulated patients and patient management problems. Med Educ, 1981, 55:529-537
- [38] **Newble DI, Hoare J, Baxter A. Patient Management**
Problems: Issues of Validity. Med Educ, 1982,16:137-142.

- [39] **Swanson DB, Norcini JJ, Grosso LJ.**
Assessment of Clinical Competence: Written and Computer-Based Simulations. *Assessment and Evaluation in higher Education*, 1987, 12: 220-246.
- [40] **Charlin B, Roy L, Brailovsky C, Goulet F, vander Vleuten C.**
The Script Concordance test: a tool to assess the reflective clinician. *Teach Learn Med* 2000;12: 189-195.
- [41] **Challis M.**
Portfolio-based learning and assessment in medical education. *Med Teach* 1999; 21: 370-386
- [42] **Tardif J. Motivation scolaire. In :**
Tardif J. Pour un enseignement stratégique. L'apport de la psychologie cognitive. Montréal (QC) : Editions Logiques 1992 :87-152.
- [43] **Viau R.**
La motivation en contexte scolaire. Paris, Bruxelles : De Boeck Université 1996.

- [44] **D-Q. NGUYEN, J-G. BLAIS,**
Approche par objectifs ou approche par compétences ? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique, PÉDAGOGIE MÉDICALE - Novembre 2007 - Volume 8 - Numéro 4,232-51
- [45] **Ferland JJ.**
Les grandes questions de la pédagogie médicale, perspective nord-américaine ; Laval, Canada : Presses de l'Université Laval, 1987.
- [46] **Pugh EW, Lloyd GJ, Mc Intyre N.** Relevance of educational objectives for medical education. BMJ 1975; 3:688-91.
- [47] **Voorhees RA.**
Competency based learning models: a necessary future. In: Voorhees RA (éd): Measuring what matters: competency-based learning models in Higher education. San-Francisco:Jossey-Bass. New directions for institutional research 2001; (110):5-13.
- [48] **Legendre R.**
Dictionnaire actuel de l'éducation. (2^{ème} éd.)
Montréal : Guérin & Paris : ESKA, 1993.

- [49] **De Landsheere V, De Landsheere G.**
Définir les objectifs de l'éducation. (5e éd.) Paris : Presses universitaires de France, 1984.
- [50] **Mc Avoy B.**
How to choose and use educational objectives. Med Teach 1985; 7: 27-35.
- [51] **Williams RG, Osbourne CE.**
Medical teachers' perspectives on development and use of objectives. Med Educ 1982; 16:68-71
- [52] **Huba ME, Freed JE.**
Learner-centered assessment on college campuses, shifting the focus from teaching to learning. USA: Allyn & Bacon, 2000
- [53] **Ewell PT.**
Assessing Educational Outcomes. New directions for Institutional Research, n°47. San-Francisco: Jossey-Bass, 1985.
- [54] **Tillema H, Kessels W, Meijers F.**
Competencies as a building block for intergrating assessment with instruction in vocational education a case from the Netherlands. Assessment. & Evaluation in Higher Education 2000; 25:265-78.

- [55] **Ketele J-M.**
Objectifs terminaux d'intégration et transfert des connaissances. In :
Hivon R. (Ed). L'évaluation des apprentissages : réflexions, nouvelles
tendances et formation. Sherbrooke : Editions de CRP, 1993 : 15-25
- [56] **Tardif J.**
L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de
développement. Montréal (QC) : Chenelière Éducation, 2006.
- [57] **Scallon G.**
L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétence.
Québec : Éditions du Renouveau pédagogique, 2004
- [58] **Tardif J.**
Le transfert des apprentissages. Montréal (PQ): Les Editions Logiques,
1999.
- [59] **Wiggins G.**
Educative assessment. Designing assessments to inform and improve
student performance. San Francisco (CA): Jossey-Bass, 1998.
- [60] **Tardif J.**
Pour un enseignement stratégique. L'apport de la psychologie
cognitive. Montréal (QC) : Les Editions Logiques, 1992.

- [61] **Chamberland M, Hivon R.**
La motivation en contexte scolaire. Paris, Bruxelles : De Boeck Université 1996.
- [62] **Wilkinson D, Zhang J, Byrne GJ, et al.**
Medical school selection criteria and the prediction of academic performance Evidence leading to change in policy and practice at the University of Queensland. Med J Aust 2008; 188:349-54.
- [63] **Groves MA, Gordon J, Ryan G.**
Entry tests for graduate medical programs: Is it time to rethink? Med J Aust 2007; 186 (3): 120-3.
- [64] **KHOULALI MOHAMED,**
IMPACT DU MODE DE SELECTION DES ETUDIANTS EN MEDECINE SUR L'EVOLUTION DES ETUDES MEDICALES A LA FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE FES;
THESE LA FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE FES Année 2011 Thèse N° 027/11
- [65] **Nicholson, S.**
Commentary: The benefits of aptitude testing for selecting medical students. BMJ 2005; 331:559-60.

- [66] **Service des Etudes et de l'Information Sanitaire (SEIS), Ministère de la Santé, santé,**
LA DEMOGRAPHIE MEDICALE ET PARAMEDICALE A
L'HORIZON 2025 page 37- 2009
- [67] **FIESSINGER C.**
L'inaptitude médicale des femmes. La médecine moderne, 1990, N°11
- [68] **JEAN PAUL II**
Rome, septembre 1981
- [69] **Bénédicte LOISELET-DOULCET**
LA FEMINISATION DE LA MEDECINE GENERALE, ETUDE DU
DEVENIR DE 6 PROMOTIONS DE PCEM2 DE LA FACULTE DE
BREST DE 1990 A 1995.Thèse, FACULTE DE MEDECINE DE
BREST le 27 octobre 2008
- [70] **Pr. Pierre POTVIN,**
Rapport de La visite de la commission externe d'évaluation de la
CIDMEF, du 20 au 23 du mois de novembre 2000
- [71] **conseil national de la formation médicale continue des praticiens hospitaliers,**
L'OBLIGATION DE FORMATION MEDICALE CONTINUE (FMC)
EN FRANCE, juin 2005

- [72] **B. O. F. N° 4458 DU 20-2-1997 PAGE 170, DECRET N° 2-96-793 DU 11 CHAOUAL 1417 (19 FEVRIER 1997) PORTANT STATUT PARTICULIER DU CORPS DES ENSEIGNANTS CHERCHEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR**
- [73] **P.POTVIN, T.NAWAR,**
Politique et méthodologie d'évaluation des facultés de médecine et des programmes d'études médicales, XVIe journées universitaires francophones de pédagogie médicale de Cotonou, 5et8 Avril 2005
- [74] **Koumaré AK, Barrier JH, Normand S.**
Enquête sur la pratique institutionnelle de l'évaluation de l'enseignement dans les Facultés de médecine francophones, XVe Journées. Universitaires Francophones de Pédagogie Médicale, Nancy 22-25 avril 2003 Disponible sur : <http://www.cidmef.u-bordeaux2.fr/>
- [75] **Groupe de travail EVALENS de la Conférence internationale des doyens et des facultés de médecine d'expression française (CIDMEF),**
L'évaluation de l'enseignement : pour quelles décisions ? PÉDAGOGIE MÉDICALE - Novembre 2006 - Volume 7 - Numéro 4,238-47

- [76] **J. É. DES MARCHAIS, A. ROTHMAN,**
Évaluation externe et formative de programme, étapes de la méthode,
PÉDAGOGIE MÉDICALE - Novembre 2001 - Volume 2 - Numéro
4,213-221
- [77] **Règlement intérieur de la faculté de médecine et de pharmacie de
Rabat**, article 106 à article 110, page19, à consulter sur le site de la
faculté rubrique Présentation : www.medramo.ac.ma)

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.
- Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.
- Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.
- Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.
- Les médecins seront mes frères.
- Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.
- Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.
- Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.
- Je m'y engage librement et sur mon honneur.

قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- < بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية .
- < وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه .
- < وأن أمارس مهنتي بواجب من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي في الأول .
- < وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي .
- < وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب .
- < وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي .
- < وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي .
- < وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها .
- < وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطرق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد .
- < بكل هذا أتعهد عن كامل اختياري ومقسما بشري في .

والله على ما أقول شهيد .

نظرة تقييمية للبرامج التعليمية بكلية الطب والصيدلة بالرباط

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرف

السيدة: بسمة عيادي

المزودة في: 04 ماي 1985 بالناظور

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: بيداغوجيا - مقررات - تقييم - طلبة - كلية الطب والصيدلة بالرباط .

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

السيدة: ناجية حجاج

أستاذة في أمراض الرثية

مشرف

السيد: محمد أحلات

أستاذ في الجراحة العامة

السيد: محمد عدناوي

أستاذ في الطب الباطني

السيد: محمد جيدان

أستاذ في علم التشريح

أعضاء

السيد: ياسين النويني

أستاذ في جراحة المسالك البولية

السيد: يونس بجيجو

أستاذ في علم التشريح