

RALANDISON Dimby Stéphane

**BILAN DES EFFORTS DANS L'AMELIORATION DE LA FORMATION
MEDICALE A MADAGASCAR**

Thèse de Doctorat en Médecine

UNIVERSITE D'ANTANANARIVO
FACULTE DE MEDECINE

Année 2003

N°6813

**« Bilan des efforts dans l'amélioration de la formation
médicale à Madagascar »**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 27 novembre 2003
A Antananarivo

Par

Monsieur RALANDISON Dimby Stéphane
Né le 28 Septembre 1978 à Antananarivo

Pour obtenir le grade de **DOCTEUR EN MEDECINE**
(Diplôme d'Etat)

MEMBRES DU JURY :

Président : Professeur RANJALAHY Rasolofomanana Justin

Juges : Professeur François CANONNE

: Professeur BARRYSSON Andriamahefazafy

Rapporteur : Docteur SAMISON Luc Hervé

UNIVERSITE D'ANTANANARIVO

FACULTE DE MEDECINE

Année Universitaire 2002-2003

I. DIRECTION

A-DOYEN :

M. RAJAONARIVELO Paul

B-VICES-DOYENS :

- Administration et Finances	M. RAMAKAVELO Maurice Philippe
- Appui à la Recherche et Formation continue	M. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa
- Relations Internationales	M. RAKOTOBÉ Pascal
- Relations avec les Institutions et Partenariat	M. RASAMINDRAKOTROKA Andry
- Ressources Humaines et Pédagogie	M. RAMAKAVELO Maurice Philippe
- Scolarité et Appui à la Pédagogie	M. RAKOTOARIMANANA Denis Roland
	M. RANAIVOZANANY Andrianady
- Troisième cycle long, Enseignement post – universitaire, CAMES et Titularisation	M. RABENANTOANDRO Rakotomanantsoa
	M. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa

C-CHEFS DE DEPARTEMENTS

- Biologie	M. RASAMINDRAKOTROKA Andry
- Chirurgie	M. RANAIVOZANANY Andrianady
- Médecine	M. RABENANTOANDRO Rakotomanantsoa
- Mère et Enfant	Mme RAVELOMANANA Noëline
- Santé Publique	M. RANJALAHY Rasolofomanana Justin
- Sciences Fondamentales et Mixtes	Mme RAMIALIHARISOA Angeline
- Tête et cou	Mme. ANDRIANTSOA RASOAVELONORO Violette

II. PRESIDENT DU CONSEIL SCIENTIFIQUE

M. RAJAONARIVELO Paul

III. COLLEGE DES ENSEIGNANTS

A-PRESIDENT

Pr. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa

B-ENSEIGNANTS PERMANENTS

1) PROFESSEURS TITULAIRES D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE RECHERCHE

DEPARTEMENT BIOLOGIE

Immunologie

DEPARTEMENT MEDICINE ET SPECIALITES MEDICALES

- Endocrinologie et métabolisme
- Médecine Légale
- Neuropsychiatrie
- Pneumologie-Phtisiologie
- Néphrologie

- Neurologie

Pr .RASAMINDRAKOTROKA Andry

Pr. RAMAHANDRIDONA Georges
Pr. SOAVELO Pascal
Pr. ANDRIAMBAO Damasy Seth
Pr. ANDRIANARISOA Ange
Pr. RAJAONARIVELO Paul
Pr RABENANTOANDRO Rakotomanantsoa
Pr TEHINDRAZANARIVELO Alain Djacob

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Pédiatrie néonatale

Pr. RANDRIANASOLO Olivier

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Administration et Gestion Sanitaire Santé Publique
RAHANTALALAO Henriette
- Education pour la Santé
- Médecine du travail
- Santé Communautaire
- Santé familiale
Justin
- Santé Publique et Recherche
- Statistiques et Epidémiologie

Pr.RATSIMBAZAFIMAHEFA

Pr.ANDRIAMANALINA Nirina
Pr RAHARIJAONA Vincent Marie
Pr.RANDRIANARIMANANA Dieudonné
Pr.RANJALAHY RASOLOFOMANANA

Pr ANDRIAMAHEFAZAFY Barrysson
Pr RAKOTOMANGA Jean de Dieu Marie

DEPARTEMENT SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES

- Anatomie Pathologique

Nantenaina Soa

- Anesthésie-Réanimation

Pr .GIZY Ratiambahoaka Daniel
Pr RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA

Pr .FIDISON Augustin
Pr .RANDRIAMIARANA Jöel
Pr .RAMIALIHARISOA Angeline

DEPARTEMENT TETE ET COU

- Ophtalmologie Pr .ANDRIANTSOA
RASOAVELONORO Violette
Pr BERNARDIN Prisca
- ORL et Chirurgie Cervico-faciale
- Stomatologie
- Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

Pr .RABENANTOANDRO Casimir
Pr .RAKOTOVAO Joseph Dieudonné
Pr .RAKOTOBÉ Pascal

2) PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE RECHERCHE

DEPARTEMENT BIOLOGIE

- Biochimie

Pr.RANAIVO HARISOA Lala

DEPARTEMENT MEDICINE ET SPECIALITES MEDICALES

- Dermatologie
- Radiothérapie- Oncologie médicale

Pr.RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa
Pr RAFARAMINO RAZAKANDRAINANA
Florine

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Pédiatrie

Pr.RAVELOMANANA RAZAFIARIVAO
Noëline
Pr RAOBIJAONA Solofoniaina Honoré

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Nutrition et Alimentation

Pr.ANDRIANASOLO Roger

DEPARTEMENT TETE ET COU

- Neuro- Chirurgie
- Ophtalmologie

Pr ANDRIAMAMONJY Clément
Pr. RASIKINDRAHONA Erline

3) **MAITRES DE CONFERENCES**

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Obstétrique

M. RAZAKAMANIRAKA Joseph

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Santé publique

M. RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

C-ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

PROFESSEURS EMERITES

Pr.ANDRIAMANANTSARA Lambosoa

Pr.RAKOTO-RATSIMAMANGA

Suzanne U.

Pr.ANDRIANAIVO Paul Armand

Pr.RAKOTOZAFY Georges

Pr. ANDRIANANDRASANA Arthur

Pr. RAMAKAVELO Maurice Philippe

Pr. ANDRIANJATOVO Joseph

Pr. RANDRIAMAMPANDRY

Pr. AUBRY Pierre

Pr. RANDRIAMBOLOLONA Aimée

Pr. KAPISY Jules Flaubert

Pr .RANDRIANARIVO

Pr. MANAMBELONA Justin

Pr.RANDRIARIMANGA Ratsiatery

Honoré Blaise

Pr.RABARIOELINA Lala

Pr.RASOLOFONDRAIBE Aimé

Pr. RABETALIANA Désiré

Pr.RASOLONJATOVO Andriananja

Pr.RADESA François de Sales

Pr.RATOVO Fortunat

Pr.RAHAROLAHY Dhels

Pr.RATSIVALAKA Razafy

Pr. RAJAONA Hyacinthe

Pr. RAZAKASOA Armand Emile

Pr.RAKOTOARIMANANA Denis Roland

Pr.RAZANAMPARANY Marcel

Pr. RAKOTOMANGA Robert

Pr.SCHAFFNER RAZAFINDRAHABA

Marthe

Pr. RAKOTOMANGA Samuel

Pr .ZAFY Albert

D-IN MEMORIAM

Pr.ANDRIANTSEHENO Raphaël

Pr.RAKOTOSON Lucette

Dr.RABEDASY Henri

Pr.RAKOTOVAO Rivo Andriamiadana

Pr.RAJAONERA Frédéric

Pr.RAMAHANDRIARIVELO Johnson

Pr.RALANTOARITSIMBA Zhouder

Pr.RAMANANIRINA Clarisse

Pr.ANDRIAMAMPIHANTONA Emmanuel

Pr.RANDRIAMBOLOLONA Robin

Pr.ANDRIAMASOMANANA Velson

Dr.RAMAROKOTO Razafindramboa

Pr.ANDRIAMIANDRA Aristide

Pr RANDRIAMBOLOLONA Robin

Pr.ANDRIANJATOVO Jeannette

Pr.RANIVOALISON Denys

Pr.MAHAZOASY Ernest

Pr.RATSIFANDRIHAMANANA Bernard

Pr.RAJAONERA Richard

Pr.RAVELOJAONA Hubert

Pr.RAKOTOBÉ Alfred

Pr. RAZAFINTSALAMA Charles

Dr.RAKOTONANAHARY

Pr.RANDRIANONIMANDIMBY Jérôme

Pr RAKOTONIAINA Patrice

Pr.RANDRIANARISOLO Raymond

Pr. RAKOTO RATSIMAMANGA Albert

Pr. RANAIVOARISON Milson Jérôme

IV. ADMINISTRATION

A- SECRETAIRE PRINCIPAL

Mme RASOARIMANALINARIVO Sahondra H.

B- CHEFS DE SERVICE

1- ADMINISTRATION ET FINANCES	M. RANDRIARIMANGA Henri
2- APPUI A LA RECHERCHE ET FORMATION CONTINUE	M. RAZAFINDRAKOTO Willy Robin
3- RELATIONS AVEC LES INSTITUTIONS	M. RAMARISON Elysée
4- RESSOURCES HUMAINES	Mme RAKOTOARIVELO Harimalala F.
5- SCOLARITE ET APPUI A LA PEDAGOGIE	Mme RAZANAJAONA Mariette
6- TROISIEME CYCLE LONG	M. RANDRIANJAFIARIMANANA Charles Bruno

Ho an'i Neny,

A notre Directeur de thèse et Président du jury,

Monsieur le Professeur RANJALAHY Rasolofomanana Justin

Professeur Titulaire d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Santé Publique à la

Faculté de Médecine d'Antananarivo

Directeur du Centre de Formation en Santé Publique et Communautaire de Befelatananana

Merci pour votre disponibilité et vos judicieux conseils. Vous avez toute notre reconnaissance.

A nos Maîtres et Judges de thèse,

Monsieur le Professeur François CANONNE

Vous avez non seulement accepté de juger notre humble travail, mais vous avez également été très présent durant nos longues années d'études. Merci pour tout et soyez assuré de notre profonde gratitude.

Monsieur le Professeur BARRYSSON Andriamahefazafy

Professeur Titulaire d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Santé Publique à la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Recevez notre respectueuse reconnaissance car vous nous avez fait l'honneur de siéger parmi les membres du jury de notre travail.

A notre Rapporteur de thèse,

Monsieur le Docteur SAMISON Luc Hervé

Médecin Spécialiste en Chirurgie Générale

Chef de clinique en Chirurgie Viscérale au CHU HJRA Antananarivo

Malgré vos nombreuses obligations, vous n'avez pas hésité à nous encadrer et à défendre notre travail. Nos vifs et sincères remerciements

Nous adressons nos remerciements les plus respectueux :

A notre Maître et Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo,

Monsieur le Professeur RAJAONARIVELO Paul

A tous nos Maîtres et Enseignants de la Faculté de Médecine d'Antananarivo,

A tous les Médecins et encadreurs de stages hospitaliers,

A tout le personnel administratif et technique de la Faculté de Médecine,

Qui nous ont beaucoup aidé dans notre formation.

Un remerciement particulier à l'endroit de :

Tous les anciens Doyens de la Faculté de Médecine d'Antananarivo :

Monsieur le Professeur ANDRIANJATOVO Joseph

Monsieur le Professeur RAZANAMPARANY Marcel

Monsieur le Professeur RAKOTOARIMANANA Denis Roland

Monsieur le Professeur RAKOTOBE Pascal

Et Monsieur le Professeur RAJAONARIVELO Paul

Aux représentants des Internes de l'Internat Qualifiant :

Monsieur le Docteur SAMISON Luc Hervé

Monsieur le Docteur RAKOTO – RATSIMBA Hery

A l'Association REMEDE Madagascar,

Sans votre généreuse contribution, ce travail n'aurait pu voir le jour.

SOMMAIRE

	Page
Introduction générale	
 <i>Première partie : analyse de la formation médicale à la Faculté de Médecine d' Antananarivo..... 1</i>	
Chapitre I : Historique de la formation médicale à Madagascar	
I) Avant la colonisation.....	1
II) Pendant la colonisation.....	5
III) Après la colonisation.....	19
 Chapitre II : L'enseignement de la Médecine à la faculté de Médecine d'Antananarivo.....	 27
Evolution des objectifs et programme de formation	27
Les moyens et méthodes de formation.....	43
Statistiques	49
 Chapitre III : A propos de quelques innovations dans l'approche de l'enseignement médical francophone.....	 54

*Deuxième partie : efforts entrepris pour une meilleure apprentissage
de la Médecine*

I) Méthodologie.....	69
----------------------	----

II) Résultat des diverses enquêtes

II.1- Résumé des entretiens avec les Doyens de la Faculté de Médecine d'

Antananarivo :

II.1.1- Professeur ANDRIANJATOVO Joseph.....	73
II.1.2- Professeur RAZANAMPARANY Marcel.....	74
II.1.3- Professeur RAKOTOARIMANANA Denis Roland.....	76
II.1.4- Professeur RAKOTOBE Pascal.....	78

II.2- Point de vue de quelques médecins issus de la première promotion de l'Internat Qualifiant à propos de la formation médicale à Madagascar.....	83
--	-----------

II.3- Opinion des médecins diplômés à propos de la Faculté.....	86
--	-----------

II.4- Opinion des étudiants à propos de la Faculté de Médecine... 90	
---	--

Conclusion générale.....	98
---------------------------------	-----------

Annexes

Bibliographie

INTRODUCTION GENERALE

La Médecine a pour objet la prévention, la conservation et le rétablissement de la santé. Exercée sous toutes les formes, elle a évolué avec l'histoire de l'humanité. Considérée comme une pratique plutôt qu'une science, et dont l'exercice est un art plutôt qu'une profession, la Médecine est en perpétuelle évolution, et l'avancée technologique de ces dernières décennies nous amène vers une « Médecine moderne ». Les disciplines médicales se diversifient, certaines techniques deviennent des plus pointues, ... on veut tout savoir, tout avoir, mondialisation oblige !

Devant cette situation, l'élaboration d'un programme de formation médicale n'est guère aisée pour les pays en voie de développement comme Madagascar. Vers quoi doit-on orienter la formation ? Quel type de médecins veut-on former ? Comment doit-on procéder et gérer une formation avec des objectifs fiables pour aboutir à une pratique de qualité ? Et déjà ces objectifs, comment les définir ?

Autant de questions aussi délicates dont la réponse implique la responsabilisation de tous les enseignants, le personnel administratif et les étudiants, tous acteurs dans le processus de changement, ou plutôt dans l'amélioration de notre Faculté.

D'après Steve ABRAHAMSON : « il est plus facile de déménager un cimetière que de réussir une réforme des études médicales »(1), l'entreprise est difficile et le chemin encore long, mais des efforts se font sentir même si « la vitesse de changement doit se calculer en nombres de générations et non pas en nombres d'années »(1).

Ces efforts font l'objet de cette thèse de Doctorat en Médecine intitulée : « Bilan des efforts dans l'amélioration de la formation médicale à Madagascar ». Notre objectif est d'en dégager les points forts et les lacunes, afin de proposer de nouvelles orientations dans l'apprentissage de la Médecine, adaptées au contexte socio-économique de Madagascar.

Notre recherche n'a pas la nature d'un travail portant sur un domaine ou une spécialité médicale. Elle vise à situer dans le temps les événements se rapportant à une formation professionnelle. Aussi son plan sera quelque peu différent du plan classique.

Il comporte deux parties représentant trois méthodes d'approches différentes : une analyse de la formation médicale à la Faculté de Médecine d'Antananarivo à partir d'une étude rétrospective basée sur des textes officiels, ensuite une revue des efforts entrepris pour une meilleure apprentissage de la Médecine par le biais d'entretiens avec les Doyens de ces vingt dernières années et une enquête faite auprès des étudiants actuels.

En raison même du caractère pluridimensionnel de ce travail, et pour plus de clarté, c'est au fur et à mesure du texte que les commentaires¹ seront ajoutés.

¹ Les commentaires sont des corps de texte en caractère gras

**PREMIERE PARTIE : ANALYSE DE LA FORMATION MEDICALE A LA
FACULTE DE MEDECINE D'ANTANANARIVO**

PREMIERE PARTIE : ANALYSE DE LA FORMATION MEDICALE A LA FACULTE DE MEDECINE D'ANTANANARIVO

Chapitre I : HISTOIRE DE LA FORMATION MEDICALE A MADAGASCAR

La formation médicale à Madagascar évolue avec l'histoire de notre pays, marquée surtout par la période d'occupation coloniale. Si notre « jeune » Faculté de Médecine d'Antananarivo n'a même pas quarante ans, l'enseignement de la Médecine moderne, longtemps précédée par une Médecine traditionnelle, remonte au début du XIX^{ème}. Il nous paraît important de retracer ce parcours de la formation médicale, toujours associée à l'histoire de la Médecine hospitalière, afin de bien suivre son évolution. L'avenir étant mieux tracé en connaissance du passé, l'Histoire nous fournira de précieux repères pour évaluer la situation actuelle de la Faculté de Médecine d'Antananarivo.

Aussi, dans cette première partie, nous allons voir l'évolution de la formation médicale et l'organisation du système de santé à Madagascar à travers des documents d'Histoire et des textes officiels des Archives Nationales.

AVANT LA COLONISATION

I.1- Les différentes écoles de formation médicale (2)(3)(4)(5)

A l'époque d'ANDRIANAMPONIMERINA (1789 à 1810), il n'y avait pas de Ministère propre pour la santé publique, l'assistance médicale était confiée à des organismes charitables qui l'assumaient selon leurs propres moyens. Les « ody », dont la connaissance de la recette était considérée comme un don et une bénédiction divine, occupaient une place importante dans l'art de guérir dont le savoir se transmet de génération en génération. Néanmoins, des mesures de Santé Publique étaient en vigueur, entre autres l'enterrement dans des zones isolées des personnes mortes des maladies contagieuses, l'isolement des varioleux dans des trous individuels creusés hors des villages lors d'une épidémie.

En 1838, des médecins de passage à Madagascar tels les Docteurs RAVALINTSALAMA, POWELL, Milhet FANTARABIE, apprenaient à quelques autochtones les premiers soins d'urgence, tout en donnant des soins médicaux.

En effet, vers le milieu du XIX^{ème}, deux français, les Docteurs Milhet FANTARABIE et TOVEL avaient été appelés à Antananarivo pour apporter leurs soins à quelques dignitaires dont Rainimamonjy (frère du Ministre Rainijohary) à qui on a fait une rhinoplastie. Ces deux

médecins firent quelques conférences et plusieurs démonstrations pratiques. Toutefois, cette initiative ne peut être considérée comme déterminante.

Le véritable enseignement médical a été l'œuvre des missions religieuses qui sont revenues après le rétablissement de la liberté de croyance à Madagascar en 1862. Les Missionnaires protestants(anglais et norvégiens) se sont rendus compte que la meilleure façon de surmonter l'obstacle majeur qui gênait leur œuvre était de ruiner l'influence des sorciers et des « ombiasy » en apportant , en même temps que l'instruction générale et l'éducation chrétienne, les bienfaits tangibles d'une science européenne : la Médecine. De là est venue la situation morale enviable des médecins à Madagascar. Plusieurs écoles ont vu le jour mais leurs actions ont été limitées faute de moyens et de temps.

I.1.1- Le Malagasy Medical Missionary College (MMC)

Ce qui devait avoir les conséquences les plus heureuses était l'arrivée, à la fin de 1862, du médecin missionnaire anglais Andrew DAVIDSON. Après sept ans de grande activité dans un dispensaire, DAVIDSON, devenu médecin à la cour royale, créa en 1870 un « COLLEGE MEDICAL MALGACHE », reconnu par le gouvernement de la Reine. C'était la première institution de l'enseignement médical à Madagascar, installée à Analakely et opérationnelle le 24 janvier 1870. Secondé par d'autres collègues dont le Docteur ANDRIANALY et quatre anglais, le Docteur DAVIDSON assurait à lui tout seul tous les enseignements. Il y a formé quelques Malgaches jusqu'à la fermeture de l'Ecole en 1877, suite à son extradition par le Premier Ministre RAINILAIARIVONY pour de raisons inconnues.

I.1.2- Le Norwegian Mission Society (NMS)

Le NMS avait créé une autre institution médicale installée à Andohalo. Un missionnaire norvégien, le médecin BORCHGREVINK, y avait dirigé une équipe avec la collaboration du Docteur DAVIDSON.

I.1.3- L'Ecole Officielle de Médecine

La contribution de ces missionnaires à la santé publique a incité l'état de l'époque à participer à la formation médicale en installant en 1875, à Avaradrova l'Ecole Officielle de Médecine ; c'était un centre plus ou moins spécialisé en chirurgie notamment dans le domaine de l'Obstétrique.

I.1.4- Le Medical Missionary Academy (MMA)

Le départ de DAVIDSON ayant entraîné la fermeture de son Collège Médical, il a fallu attendre près de six ans pour voir l'institution de la Medical Missionary Academy (1886) par les trois Missions protestantes : London Missionary Society, Friends Foreign Mission Association, Norwegian Mission Society. C'était la dernière école de la période pré-coloniale. Installée d'abord à Analakely, elle fut par la suite transférée à Isoavinandriana en août 1891 car les infrastructures y existantes n'étaient plus suffisantes. On y entrait par concours, les études duraient six ans : une année préliminaire (Physique, Chimie, Zoologie, Botanique, Anglais et Latin), un premier cycle de deux ans et un deuxième cycle de trois ans. On y avait formé au total 43 élèves. Un ancien élève de l'Ecole, RALAROSY, devait dans la suite, y être nommé Professeur de matière médicale, de Pharmacologie et de Thérapeutique... Signalons que depuis le 17 septembre 1888, le Résident Général de France assistait aux séances solennelles de collation des grades ; ce qui impliquait une certaine reconnaissance par les autorités françaises des diplômes délivrés. Néanmoins, avec l'occupation française, l'Ecole a dû fermer ses portes.

L'existence de ces écoles n'a pas empêché quelques jeunes malgaches d'aller, depuis cent ans, faire leurs études en Europe : en Angleterre (comme RAJAONAH à Edimbourg) ou en France (tel RASAMIMANANA). Ce dernier, après avoir débuté brillamment à Montpellier où il obtint en 1889 une médaille d'argent au concours de fin de troisième année, entra à l'Ecole de Santé Militaire de Lyon. Il y soutint, en 1891, une brillante thèse sur le « Tanguin ». Après un an de stage au Val-de-grâce, il rentra et fut nommé Médecin de la Cour. Il devait dans la suite enseigner jusqu'à sa mort à l'Ecole Française de Médecine de Tananarive.

I.2- Organisation du système de santé (à l'époque de RANAVALONA II) (2), (4), (5), (6)

Avant l'occupation de Madagascar par les troupes françaises, l'assistance médicale n'existait qu'à Antananarivo : elle était due toute entière à l'initiative des différentes missions anglaises, norvégiennes et françaises qui avaient organisé des hôpitaux et des maisons de secours, où les soins et les médicaments étaient distribués aux malades contre une faible rétribution.

I.2.1- Les premiers centres de santé

- L'Hôpital d'ANALAKELY

Il fut créé par le LMS (London Missionary Society) en 1864 et dirigé par le Docteur DAVIDSON jusqu'à son départ en 1877. Sa mission était de donner des soins et médicaments gratuitement sans distinction de caste ni de religion, de former des médecins, infirmiers et

sage-femmes malgaches. De suite, la formation eut un succès mérité, la clientèle progressa sous l'impulsion des missionnaires. Après le départ de DAVIDSON, des épidémies sévères affligèrent la population au cours des années qui suivirent. Malgré quelques dispensaires et maisons transformés en hôpital par les missions religieuses ou par des particuliers, la réouverture du Dispensaire- Hôpital d'Analakely s'avéra nécessaire. Elle eut lieu en 1881, l'établissement était géré par le MMA (Medical Missionary Academy).

- L'Hôpital de SOAVINANDRIANA

Construit par le MMA en 1891, un enseignement médical y était également dispensé, et l'hôpital d'Analakely ferma ses portes la même année. L'hôpital n'était régi que par un règlement interne.

I.2.2- Rôles du gouvernement malgache

La Santé Publique était confiée au Ministère de l'Intérieur, constituant la 12^{ème} et dernière partie de ses attributions, ceci lors de la création des ministères le 1^{er} Alakarabo 1884 (29 mars). Les problèmes de soins médicaux étaient confiés aux missions religieuses. Le gouvernement royal n'avait donné aucune sanction officielle à leurs œuvres. Il ne couvrait aucune dépense, ne subventionnait aucune mission et ne faisait que tolérer leur propagande humanitaire. Cependant, des mesures de Santé Publique étaient prises dont la publication dans « Ny Gazety Malagasy » d'un article sur l'éducation sanitaire, les maladies endémiques et l'assainissement du milieu .

Nous citerons à titre d'exemples :

- la publication d'un « dinam-pokonolona » accepté par le gouvernement royal sur l'isolement de tout malade atteint de maladies contagieuses telles que variole, lèpre,...
- publication de lois sur l'assainissement
- éducation sur la lutte contre la fièvre (paludisme) à Madagascar , avec l'Epidémiologie, les signes cliniques et les conduites à tenir.

II.2.3- Rôles des expéditions étrangères

En entreprenant ces œuvres sociales, les différentes missions veillaient surtout sur le caractère de propagande religieuse en leur faveur et ne leur donnaient pas par la suite une organisation correspondant au but médical et hygiénique à poursuivre. Ce fut ainsi que dans quelques léproseries créées, les malades n'étaient ni nourris ni internés et pouvaient aller mendier sur les marchés, malgré « le grave danger qu'offrait leur contact avec le reste de la population »...

Pourtant, des mesures d'hygiène rigoureuses et des travaux d'assainissement étaient entrepris par les explorateurs pour diminuer la morbidité et la mortalité des troupes envoyées pour l'expédition (à Nosy Be et à Sainte Marie par exemple).

Aussi, pendant cette période, l'introduction de la Médecine européenne à Madagascar par les missions religieuses avait surtout comme objectif l'évangélisation du pays. Pratiquée au début par les européens seuls, la transmission de leur savoir aux Malgaches devenait par la suite indispensable car leur effectif était trop limité pour avoir de l'influence sur tout le pays. Aucune loi ne régissait une formation médicale à Madagascar, et aucun document relatant d'éventuels objectifs pédagogiques n'a été trouvé. On peut penser que les orientations de cette formation étaient identiques à celles des facultés européennes, à en juger par les contenus des programmes d'enseignement de l'année préparatoire de la Medical Missionary Academy, et aussi l'origine des enseignants. Seulement, l'aspect préventif de la Médecine n'était pas du tout considéré dans sa pratique, celle-ci se résumait en des actes curatifs, et de surcroît spectaculaires, afin de faciliter son acceptation par les Malgaches encore élevés dans une médecine et religion traditionnelles.

II- PENDANT LA COLONIALISATION

C'est à partir de ce moment que Madagascar entra dans la phase la plus déterminante de la formation médicale. Les anglais ayant préparé le terrain, il a été plus facile pour les Français de mettre en place une formation médicale à grande échelle exigée par leur politique coloniale, la santé publique étant une condition sine qua non de l'expansion économique.

II.1- Quelques textes régissant les centres de formation médicale à Madagascar
Cette politique de formation dans le domaine de la santé s'est appuyé sur les textes ci après :

II.1.1- L'Arrêté N° 205 instituant une Ecole de Médecine à Madagascar (voir ANNEXES)

Cet arrêté daté de 1896 institue une école de Médecine à Antananarivo, ayant uniquement pour but de former gratuitement des médecins indigènes. Le concours d'entrée à l'Ecole de Médecine était ouvert aux candidats âgés de 17 à 25 ans, et justifiant d'une connaissance de la langue française. Adoptant le régime de l'externat, les études durent cinq ans et des examens probatoires à la fin de chaque année étaient obligatoires pour le passage en année supérieure. Un triplement amenait à l'exclusion de l'étudiant de l'Ecole.

Des stages hospitaliers obligatoires étaient inclus dans le cursus des études médicales, et tout étudiant n'ayant pas justifié l'accomplissement de ses stages ne pouvait se présenter aux examens de fin d'année.

Dans le courant de l'année, des interrogations cotées des élèves étaient faites. Les points obtenus à la suite de ces interrogations étaient ensuite combinés avec ceux des examens de fin d'année pour déterminer le classement des élèves.

A la fin de la 5^{ème} année, les études étaient sanctionnées d'un diplôme de Docteur en Médecine au titre de Madagascar.

Notons l'existence de dispositions transitoires stipulant la délivrance de Certificats d'équivalence correspondant aux 1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème} examens pour les candidats qui justifient des connaissances en Médecine correspondantes.

II.1.2- Une circulaire signée par le Général GALLIENI en 1897

En février 1897, une circulaire signée par Galliéni prescrivait à tous les médecins du corps d'occupation de donner gratuitement leurs soins, ainsi que les médicaments nécessaires à tous les gens qui viendraient se présenter à leurs consultations...

L'implication directe de cette circulaire se traduisait par la création de **l'Ecole de Médecine et de l'Hôpital d'ANKADINANDRIANA**, inauguré le 16 février 1897 .

II.1.3- Le Décret du 7 mars 1904

Les études sont sanctionnées par le diplôme d'Etat de « Docteur en Médecine au titre de Madagasikara ». _

II.1.4- L'Arrêté du 8 janvier 1916

La durée des études est ramené de cinq à quatre ans (après les mouvements du V.V.S en 1915-1916).

II.1.5- L'Arrêté du 17 janvier 1929

Portant sur l'organisation de l'enseignement de la Stomatologie

II.1.6- L'Arrêté du 20 janvier 1947

Portant création d'une section de Pharmacie dans l'Ecole de Médecine

II.2- L'Ecole de Médecine d'ANKADINANDRIANA

Trois mois à peine après le début de l'ère coloniale, le général GALLIENI signe le décret de création de **l'Ecole de Médecine d'Antananarivo** le 11 décembre 1896, sur la proposition

du Docteur Clavel, Directeur du Service de Santé de Madagasikara. L'ouverture officielle a eu lieu le 6 février 1897 à Ankadinandriana.

II.2.1- Programme et méthodes d'enseignement

Le projet était audacieux mais parfaitement élaboré. Le cycle d'études s'échelonnait sur cinq années, le programme d'études était calqué sur celui de l'Ecole de Médecine de Montpellier. Il s'y ajoutait de la Petite Chirurgie, des techniques de bandages, analogues au programme de l'Externat des Hôpitaux des villes des Facultés françaises.

Par le décret du 7 mars 1904, le diplôme délivré au terme du cycle d'études était celui de *Docteur en Médecine au titre de Madagasikara*. Les praticiens recevaient l'appellation honorifique de « Dokotera » !

II.2.1.a- L'enseignement théorique

L'acculturation du premier contingent d'étudiants, peu familiarisés avec la langue française, ne fut pas aisée au début et ne put être que progressive. Un seul enseignant put faire des cours magistraux en langue malgache : le Docteur RASAMIMANANA. Il était parfaitement bilingue et il fut chargé des cours d'Ostéologie.

Pendant la première année, ses collègues français se contentèrent de faire des démonstrations de travaux pratiques. Cela ne dura qu'une année car en janvier 1898, la connaissance de la langue française devint obligatoire et tous les cours furent professés en français.

Des efforts considérables et méritoires furent faits par les élèves et les professeurs, des interprètes assistaient au cours et traduisaient les passages difficiles. Un militaire, affecté à l'encadrement de l'Ecole, fut aussi chargé d'enseigner le Français. Certains élèves allaient, après les cours à l'Ecole de Médecine, suivre des cours de Français dans différentes écoles de la ville.

Un cas particulier concernait l'enseignement de l'Obstétrique et la Pathologie chirurgicale . Les étudiants de médecine de 4^{ème} année et de 5^{ème} années bénéficiaient de ces cours. Mais l'auditoire comprenait aussi les élèves sage- femmes lorsqu'on traitait de l'accouchement normal, chaque promotion de médecin étant accompagnée d'une promotion de sage- femmes dont le cycle d'études avait duré trois ans.

La Pathologie chirurgicale destinée aux médecins comportait uniquement les affections observées à Madagascar. Il avait donc paru indispensable au corps professoral d'illustrer toutes ces notions théoriques par des observations concrètes auprès des malades hospitalisés ou des consultants des dispensaires.

II.2.1.b- L'enseignement pratique

L'hôpital fut organisé dès la création de l'Ecole et des concours d'Externat et d'Internat furent ouverts et renouvelés chaque fois que des places étaient vacantes.

L'Internat était ouvert aux étudiants ayant au moins trois années d'études. Les internes assuraient la garde à l'hôpital, dans les services de Chirurgie, de Médecine, au dispensaire et même à la dépense. Ils avaient aussi au terme de leurs études une connaissance globale de la fonction et de la gestion d'un hôpital et d'un dispensaire.

Les lauréats des examens de fin d'année des quatre promotions sont retenus pour une tournée d'assistance médicale. En novembre 1901, le médecin de première classe JOURDRAN dirigea une tournée d'assistance médicale et de découverte avec les quatre meilleurs étudiants de 1^{ère}, 2^{ème} et 4^{ème} années, suivant un itinéraire passant par ANALALAVA et MAHAJANGA. Ce fut une grande première, remarquable par sa portée. Le jeune maître conduisait ses disciples au contact des malades, auprès d'une pathologie tropicale méconnue, dans des contrées éloignées de toute assistance médicale. L'intérêt et l'importance de la vie itinérante du médecin tropicaliste étaient démontrés. Tous ces jeunes médecins, à la fin de leurs études, furent volontaires pour cette vie de médecin itinérant...

II.2.2- Le local d'enseignement

L'Ecole ne manquait pas de prestige. Elle était située dans le quartier de la Haute ville, entourant le palais royal, sur le versant tourné vers l'est, et connu sous le nom d'ANKADINANDRIANA. Installé au début dans l'ancienne demeure d'un noble, son aménagement témoignait d'un grand désir de modernité.

En effet, son laboratoire de Parasitologie et de Bactériologie témoignait de sa vocation de Médecine Tropicale. Son laboratoire d'Electricité Médicale et de Radiologie était analogue à celui d'un grand hôpital parisien. Le service de radiographie bénéficiait d'appareils identiques à ceux des Hôpitaux Saint Antoine et de la Charité à Paris. Sa bibliothèque et son musée de pièces anatomiques ne pouvaient que susciter la curiosité de ses étudiants. L'ambition de former des spécialistes et de créer l'hôpital de référence pour toute l'île était évidente.

La création de l'Ecole de Médecine d'ANKADINANDRIANA est un tournant dans l'histoire de la formation médicale à Madagascar. Le contenu de l'enseignement était

bien défini, car le programme était le même que celui de l'Ecole de Médecine de Montpellier.

Ce que nous pouvons remarquer surtout, c'est l'importance donnée à l'enseignement pratique. Non seulement, la pratique médicale a une grande part dans les examens de passage en année supérieure, mais on ne lésinait pas aussi sur les moyens afin que les étudiants puissent profiter au maximum de leurs stages pratiques : laboratoires sophistiqués pour des étudiants limités en nombre, organisation de tournées d'assistance médicale à travers toute l'île,...

Même en absence d'objectifs éducationnels tracés, l'accent mis sur les capacités pratiques et les enseignements théoriques limités aux seuls pathologies rencontrés à Madagascar, comme dans le cas de la Chirurgie, permet de conclure que la formation médicale devait répondre aux besoins de la colonisation. Des indigènes étaient formés pour traiter leurs pairs, car il ne faut pas oublier qu'une population saine est une population productive.

La médecine était aussi un des moyens utilisés par les Français pour asseoir et stabiliser leur régime colonial, comme le reflète cette expression du Général GALLIENI : « Tous les officiers et les administrateurs en général doivent consacrer leur zèle et dévouement à une œuvre éminemment philanthropique, dont l'accomplissement est pour nous un titre à la reconnaissance des indigènes, en même temps qu'un puissant moyen d'action pour le développement de l'influence française à Madagascar ». L'Ecole était entièrement sous l'égide du gouvernement colonial dans ses orientations pédagogiques et administratives.

L'Ecole de Médecine d'Ankadinandriana est donc le début d'un véritable enseignement médical structuré. L'objectif final de l'enseignement médical à servir la colonie n'a pas empêché l'Ecole d'avoir formé des médecins adaptés à leur lieu d'exercice. La notion de PERTINENCE fait ici son apparition.

En effet, le programme de formation était établi pour permettre aux étudiants d'aborder efficacement les problèmes qu'ils rencontreront dans la réalité de leur travail. Comme une vraie étude épidémiologique n'avait jamais été menée auparavant, ces « réalités de leur travail » ne se résumaient peut être qu'aux cas que les médecins rencontraient dans leurs lieux de consultations. Quoiqu'il en soit, la priorité accordée aux pathologies déjà connues existantes à Madagascar était capitale, et la recherche

d'autres pathologies à travers les descentes sur terrain ne pouvait que confirmer la pertinence de la formation.

II.3- L'Ecole de Médecine de BEFELATANANA (ou de TANANARIVE)

Par la suite, les bâtiments d'Ankadinandriana s'avéraient trop petits et convenaient mal quant à leur usage pratique. Une décision de transfert de l'Ecole dans le quartier de Befelatanana devait donc intervenir en 1926 où le premier bâtiment hospitalier fut inauguré le 28 septembre 1928. L'Ecole de Médecine de Befelatanana entra en fonction. L'enseignement de la Stomatologie fut instauré après l'arrêté du 17 janvier 1929. Après une réorganisation du Service Intérieur de l'Ecole, un arrêté portant création d'une section de Pharmacie a été pris le 20 janvier 1947, et l'Ecole est devenue plus tard *Ecole de Médecine et de Pharmacie de BEFELATANANA*.

II.3.1- Programme et méthode d'enseignement

Le niveau exigé à l'entrée était de classe de Sciences Expérimentales pour les Sciences Naturelles, tandis que la Physique et la Chimie était du niveau de la classe de première.

II.3.1.a- L'enseignement théorique (9)

Année préparatoire : outre la dissertation française, on apprenait la Physiologie, la Physique, la Chimie avec travaux pratiques, la Biologie animale et l'Ostéologie-Arthrologie.

Première année : Anatomie, Physiologie, Biochimie médicale, Sémiologie médicale, Sémiologie chirurgicale et Petite chirurgie.

Deuxième année : Anatomie, Dissection, Physiologie du système nerveux, Microbiologie avec cours théoriques et pratiques, Pathologies médicales, Pathologies du nourrisson, Puériculture, Pathologies chirurgicales, Pharmacologie.

Troisième année : Pathologies médicales et chirurgicales, Obstétrique, Gynécologie chirurgicale, Thérapeutique, Pharmacologie (travaux pratiques), Ophtalmologie, Oto- Rhino- Laryngologie, Stomatologie, Sémiologie radiologique.

Quatrième année : Epidémiologie, Nutrition, Hygiène, Pathologies du nouveau- né, Médecine du travail, Médecine légale, éléments de Psychiatrie, Protection maternelle et infantile, Education sanitaire et sociale, Médecine opératoire, Inspection des viandes, Administration du service de santé ; ainsi que les diverses cliniques (médicales, chirurgicales, obstétricales, ORL- Ophtalmologie).

II.3.1.b- Enseignement pratique (9)

Les stages et les cliniques s'effectuaient tous les matins au lit du malade. Il s'agissait d'examiner un malade donné, d'identifier la maladie et de fixer la conduite à tenir (traitement). Il convient de souligner que pendant les stages, les étudiants pouvaient être appelés à seconder les médecins chirurgiens lors d'une intervention chirurgicale.

Avant le déroulement des examens de fin d'études, les étudiants effectuaient des stages de Médecine éducative et sociale dans divers centres : zone de démonstration de la Santé Publique, Centre d'Education maternelle et infantile, division provinciale d'inspection sanitaire scolaire, Institut d'Education sanitaire et de Médecine sociale.

II.3.2- Règlement de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de BEFELATANANA

II.3.2.a- But et organisation

L'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Tananarive avait pour but de former des médecins, des pharmaciens et des sage- femmes, tenus de servir au minimum pendant dix ans dans les cadres de l'assistance médicale de Territoire.

La circonscription de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie comprend le territoire de Madagascar et dépendances et les élèves se recrutaient parmi les jeunes gens qui remplissent les conditions permettant l'accès aux fonction publiques selon les lois françaises.

Du point de vue organisation interne, le régime de l'Ecole était l'internat. Un Directeur avait la haute direction de l'Ecole et il était chargé entre autres de la surveillance et de la discipline générale des élèves, de l'exécution du programme des études,...

Le corps enseignant comprenait des professeurs et des chargés de cours obligatoirement diplômés d'Etat français, possesseurs d'un titre d'enseignement ou hospitalier jugé suffisant ou dont l'expérience, la spécialisation ou la notoriété étaient jugées équivalentes. Les professeurs, assistés au besoin d'un ou plusieurs chargés de cours, étaient titulaires de leurs chaires, à savoir :

- Anatomie et Médecine Opératoire,
- Clinique et Pathologie médicales, Physiologie et Thérapeutique,
- Clinique et Pathologie chirurgicales et Petites chirurgies
- Hygiène, Epidémiologie, Bactériologie et Parasitologie,
- Pharmacie, Pharmacologie et Matière Médicale.

Les enseignements annexes, assurés par des professeurs sans chaire ou des chargés de cours, comprenaient les cours, cliniques et travaux pratiques de : Oto- Rhino- Laryngologie et Ophtalmologie, Médecine Infantile, Stomatologie, Inspection des viandes.

En outre du Directeur de l'Ecole, les cours de l'année préparatoire aux études médicales et pharmaceutiques étaient donnés par des chargés de cours et le Directeur des études.

La discipline était de rigueur à l'Ecole de Médecine et de Pharmacie. En effet, une Commission d'Internat veille à la bonne tenue de l'Internat, à l'alimentation, à l'hygiène générale et à la propreté des élèves ainsi qu'à leur conduite à l'intérieur de l'Ecole. L'entretien matériel, le logement et la surveillance générale des élèves lui étaient aussi confiés.

II.3.2.b- Conseil de perfectionnement

Le Conseil de perfectionnement était un organe créé au sein de l'Ecole pour fixer, à l'ouverture de chaque année, le programme des études :cours, travaux pratiques, stages hospitaliers pour chacune des quatre divisions et pour le cours préparatoire.

Il décidait des matières à inscrire au programme des examens et concours, ainsi que les coefficients à leur appliquer.

Il examinait et décidait des modifications à apporter dans le service intérieur et le règlement de l'école quand l'intérêt des études l'exige.

Côté organisation, le Conseil de perfectionnement était composé :

- d'un Président : le médecin général, directeur des services sanitaires et médicaux,
- des membres : le directeur de l'enseignement, le directeur et le sous- directeur de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie, le directeur de l'Institut Pasteur, et les professeurs de l'Ecole de Médecine.

Les chargés de cours, de même que les anciens directeurs de l'école présents à Madagascar, pouvaient y être convoqués avec voix consultatives.

Le Conseil se réunissait au moins une fois par an pour l'établissement du programme des cours et l'approbation des résultats des examens de fin d'année.

❖ Les élèves en Médecine

Les élèves en médecine étaient recrutés au concours parmi les élèves de la section Médecine du cours préparatoire aux études médicales et pharmaceutiques. Les bacheliers titulaires du diplôme du P.C.B. des Facultés françaises étaient admis sans concours et en surnombre du contingent fixé.

Le concours d'admission portait sur la Langue française (une note inférieure à 10/20 était éliminatoire), la Physique, la Chimie et la Biologie. Il comprenait une épreuve éliminatoire et des épreuves de classement et se déroulait tous les ans au mois de juin . Le Haut Commissaire, sur proposition du Directeur des services sanitaires et médicaux, après avis du Directeur de l'enseignement et du Directeur de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie, fixait le nombre de places.

❖ Etudes

Les études en Médecine duraient quatre ans. Elles comprenaient des cours, des travaux pratiques et des stages hospitaliers, tous obligatoires. Un certificat d'assiduité était délivré deux fois par an par les chefs de service, noté de 0 à 20 indiquant l'assiduité des élèves.

Concernant les *stages hospitaliers*, les élèves devaient arriver quotidiennement à 8 heures, sauf les dimanches et jours fériés. Leur présence à l'hôpital était obligatoire de 8h à 11h 30. Les élèves étaient répartis suivant les besoins dans les différents services de l'hôpital.

A partir de la deuxième année, les élèves faisaient obligatoirement partie des services de garde à l'hôpital .

Le stage à la Maternité était réservé aux élèves de la quatrième année . Ces derniers devaient effectuer six accouchements au minimum. Pendant leur stage à la Maternité, l'accès du Pavillon d'Anatomie et du Service de Chirurgie septique leur était formellement interdit.

Une note de stage hospitalier , cotée de 0 à 20, était attribuée en fin de stage à chaque élève suivant son travail et ses réponses aux interrogations des professeurs et des médecins traitants, chargés de l'enseignement clinique.

Les cours et les travaux pratiques étaient obligatoires. L'appel des élèves se faisait à 14 heures et au début de chaque cours ou travaux pratiques.

Les élèves devaient tenir des cahiers de notes pour chacun des cours et, ces cahiers étaient à présenter aux examinateurs lors des examens de fin d'année.

Tout prêt de cahier d'élève à élève était considéré comme une supercherie et pouvait entraîner une interdiction de prendre part aux examens.

L'Ecole de Médecine et de Pharmacie fermait à 18 heures.

❖ Examens

Les examens de fin d'année portaient sur les matières professées à l'école et permettait aux étudiants le passage dans l'année suivante. Les examens comportaient des épreuves écrites, des épreuves orales et des épreuves pratiques. Les épreuves orales étaient les seules publiques. Les stages hospitaliers étaient notés et comptait dans l'établissement de la moyenne générale.

L'examen de la fin de quatrième année, ou examen de fin d'études, servait d'examen définitif en vue de l'obtention du diplôme provisoire de Médecin de l'Assistance Médicale.

Le choix des premières affectations se faisait par ordre de mérite suivant le classement des élèves. Ces examens comprenaient les épreuves suivantes :

- 1- Une épreuve écrite sur l'Hygiène et la Prophylaxie : 2 heures
- 2- Une épreuve écrite sur l'Epidémiologie : 2 heures
- 3- Une épreuve écrite sur l'Administration : 1 heure
- 4- Une épreuve de clinique médicale comportant deux malades, l'un de Médecine générale, l'autre de spécialité
- 5- Une épreuve de clinique chirurgicale comportant deux malades, l'un de Chirurgie générale, l'autre de spécialité
- 6- Une épreuve de clinique obstétricale comportant l'examen d'une femme enceinte ou ayant récemment accouché et l'examen d'un nouveau-né.

La durée des épreuves clinique était de 2 heures réparties comme suit : ½ heure d'examen par malade, 1 heure pour la rédaction des deux observations qui devaient comporter obligatoirement les indications thérapeutiques .

Les candidats lisaient leurs observations devant le jury et pouvaient ainsi être interrogés sur la Pathologie, la Thérapeutique ou l'Obstétrique.

- 7- Une épreuve pratique de Médecine opératoire et de Petite Chirurgie
- 8- Une épreuve de laboratoire comportant :

- un examen parasitologique des selles,
 - un examen après coloration de pus, de crachats ou d'un liquide pathologique quelconque
 - un examen hématologique se rapportant au paludisme après coloration
 - une identification de puce, moustique ou autre insecte.
- 9- Une épreuve pratique ou orale d'inspection des viandes.
- 10- Une note de stage hospitalier.

II.4- Les médecins de l'A.M.i

Le nombre des étudiants ne cessa d'augmenter chaque année et la plupart des diplômés étaient capables de traiter d'une façon très rationnelle les affections les plus répandues à Madagascar et de donner des conseils utiles d'hygiène et de salubrité aux populations (7). Dès l'issue de concours, ils recevaient gratuitement du matériel médical pour le travail quotidien, sous la forme d'une trousse personnelle contenant des instruments d'Obstétrique, de Petite chirurgie et de quelques flacons de médicaments utiles en urgence (8).

Les étudiants les plus dévoués étaient envoyés en France pour compléter et parfaire leurs études aux frais de la Colonie (7).

Le jeune médecin reçu aux examens de fin d'études avait toute liberté d'ouvrir un dispensaire, voire un petit hôpital et exercer la Médecine libérale. Mais c'était une démarche qui impliquait d'être « dans ses murs », de bénéficier d'un investissement financier, si minime soit-il, et d'y rester toute sa vie pour rentabiliser l'investissement.

Il avait aussi la possibilité d'entrer dans un corps de fonctionnaires rémunérés par le gouvernement de la colonie et envoyés dans n'importe quelle localité de l'île nécessitant la présence de médecins. Cette deuxième solution était offerte par la création du Corps de Médecins de Colonisation par l'arrêté du 15 octobre 1900.(8)

En effet, à cause des réticences des médecins à travailler en dehors d'Antananarivo et qu'on ne pouvait pas contraindre de s'installer ailleurs, l'administration coloniale fut amenée à créer un corps de médecins indigènes qu'elle pouvait affecter en n'importe quel endroit du pays.(7)

Le rôle de ces médecins était complexe :

- ils assuraient les consultations médicales et chirurgicales suivies de distribution gratuites de médicaments aux indigènes, aux enfants des écoles, aux fonctionnaires et aux malades des hôpitaux ;

- ils avaient un rôle éducatif en matière d'hygiène auprès des populations indigènes et immigrées ;
- ils étaient chargés des vaccinations anti-varioliques dès 1900 puis anti- pesteuse à partir de 1934(8). Les séances de vaccination avaient lieu tous les vendredis, jour de marché, de manière à permettre aux habitants des environs venus au marché hebdomadaire pour leurs affaires, de faire vacciner leurs enfants sans nouveau dérangement supplémentaire(7) ;
- ils se chargeaient en particulier de la prophylaxie anti- paludique car la lutte contre le paludisme aura été une priorité pendant des décennies ;
- hygiénistes et cliniciens à la fois, ils rendaient compte de l'état sanitaire à la Direction du Service de Santé par des rapports mensuels.(8)

A partir de 1898, une nouvelle impulsion fut donnée à l'A.M.i par l'arrêté du 15 juin 1898 sur les mesures à prendre pour accroître la population de l'Imerina. Ces mesures étaient de plusieurs sortes. Elles étaient d'abord légales, consistant en la régularisation des mariages et la réglementation sévère des répudiations, ensuite fiscale avec exemption d'impôts aux pères de cinq enfants et de service militaire à tous les pères de famille, et imposition sur les célibataires ne pourvoyant pas à l'existence d'un enfant, suivies ensuite de mesures politiques constituant en une fête annuelle des enfants et dons aux mères de famille les plus nombreuses, enfin médicales avec la création d'hôpitaux, de dispensaires et d'orphelinats dans toutes les provinces, placés sous le contrôle d'un officier du corps de santé et sous la direction d'un médecin malgache et dont l'entretien était assuré par les souscriptions des différents villages.(7)

Enfin, le Médecin de colonisation était un notable qui avait une bonne place dans la hiérarchie sociale: il dirigeait une petite formation médicale, entouré de sage- femmes et d'infirmiers, responsabilité qui lui conférait un rang hiérarchique juste après le sous-gouverneur. De ce fait, il portait un uniforme avec des insignes de grade. Les médecins de colonisation franchissaient des échelons de plus en plus élevés au cours desquels ils occupaient des postes de plus en plus importants. Ils étaient répartis en quatre classes ou échelons : la 4^{ème} classe bénéficie d'une solde annuelle de 1 500 francs, la 2^{ème} et la 1^{ère} classe de 2 100 et 2 500 francs. Leur transport et celui de leur famille pour se rendre dans leur lieu

d'affectation, ainsi que leur logement, étaient assurés par l'Etat. Une trousse d'instruments leur était donnée lors de la nomination.

D'après ces données de l'Histoire, l'Ecole de Médecine de Befelatanana était l'image même du sérieux dans la formation médicale pendant cette période. Comme celui de l'Ecole d'Ankadinandriana, le but était de former des médecins tenus de servir dans les cadres de l'assistance médicale du Territoire.

L'Ecole de Befelatanana disposait déjà d'un organe indépendant de l'Etat, le Conseil de Perfectionnement, chargé de l'élaboration et de l'exécution des programmes des études, ainsi que des règlements internes de l'Ecole.

Une telle indépendance est importante car la vision d'un clinicien, ou du moins d'un scientifique, diffère beaucoup de celle d'un politicien dans l'orientation de la formation. L'envoi en France des étudiants méritants pour parfaire leurs études a constitué par exemple l'ouverture à une carrière universitaire, alors qu' auparavant la carrière était limitée au cadre de l'assistance médicale du Territoire. On peut noter cependant, qu'aucun objectif éducationnel n'était mentionné, et que la pertinence des programmes de formation était quelque peu cachée par la rigueur des méthodes d'apprentissage.

Nous ne disposons pas de paramètres pour mesurer de façon objective l'efficacité des médecins diplômés de Befelatanana à cette époque, mais le contenu de leur formation et l'attention qui leur était accordée ne pouvait que former des médecins capables d'affronter leur carrière professionnelle. Ils y sont préparés, si l'on en juge par le programme basé sur la Santé Publique en 4^{ème} année, leur dernière année d'études.

La discipline était exemplaire, comme en témoigne le contrôle de l'assiduité des étudiants pendant les cours théoriques et pratiques comptant pour les notes de passage en année supérieure. Les examens comportaient des épreuves écrites, des épreuves orales et des épreuves pratiques, et passer l'examen final de la 4^{ème} année reflète la qualité des médecins formés.

En effet, la validation des épreuves de clinique médicale, chirurgicale, gynéco- obstétricale et des épreuves de laboratoire requiert une aptitude pratique certaine, basée sur de solides connaissances théoriques. Le contrôle de l'efficacité des étudiants était probablement rigoureux, étant donné le nombre limité de ces derniers (en moyenne, 18 nouveaux diplômés par an). Les épreuves de Petite Chirurgie et d'examens de laboratoire étaient très pertinents,

vu que les médecins d'antan devaient être avant tout omnipraticiens pour pouvoir diriger une formation médicale à tout endroit de l'île.

Leurs tâches et responsabilités n'étaient pas du tout faciles, mais leurs conditions de travail ne pouvaient que renforcer leurs motivations. Déjà, à la fin de leurs études, des matériels de petite chirurgie leur étaient donnés gratuitement. L'adhésion au corps des fonctionnaires s'effectuait sans problèmes, tout en étant libre de choisir l'exercice libéral. Les médecins fonctionnaires étaient bien rémunérés, avaient une bonne place dans la hiérarchie sociale, juste en dessous des sous- gouverneurs, ... toute une situation enviable qui a fait de la Médecine un art noble, de l'étudiant un jeune envié, et du médecin une personnalité.

III) APRES LA COLONISATION

Cette période est marquée par la coexistence de deux centres de formation médicale avec succession de quatre régimes d'études, mais aussi et surtout par les événements de 1972, un mouvement pour la réforme des études médicales et qui a abouti à la chute de la Première République à Madagascar.

III.1- L'Ecole de Médecine de Tananarive (Befelatanana)

L'Ecole de Médecine de Tananarive continua ses activités jusqu'en 1977, année de sortie de sa dernière promotion, mais aussi de la première promotion des médecins de la Faculté de Médecine d'Antananarivo .

Durant ses 80 années d'existence, cette Ecole a formé 1492 médecins (18 médecins par an en moyenne), 179 ont eu leur Diplôme d'Etat, 12 le Diplôme de l'Université, 29 agrégés dont deux femmes (la formation était exclusivement réservée au sexe masculin jusqu' en 1932). Par ailleurs, un certain nombre d'entre eux sont entrés dans la vie politique de la Nation où on peut remarquer trois ambassadeurs, six sénateurs et dix ministres. Vingt et un ont été élus Députés depuis l'Indépendance jusqu'en 1977.(9)

Les diplômés devaient servir l'Assistance Médicale Indigène pour une durée de dix ans, mais depuis la création en parallèle de l'Ecole Nationale de Médecine, l'étudiant avait la possibilité d'entrer à l'Université.

III.2- L'Ecole Nationale de Médecine (E.N.M)

Celle ci a été créée en 1962 à la suite de l'instauration d l'Université de Madagascar au campus d'AMBOHITSAINA.(2)

L'E.N.M ainsi fondée fut provisoirement installée à l'Institut d'Hygiène Sociale dont l'amphithéâtre servait de salle de cours. L' E.N.M était dirigé par le Recteur jusqu'en 1972, année de fusion des deux écoles après le travaux des Commissions pédagogiques composées d'enseignants et des représentants des étudiants en Médecine d'Ankatso et de Befelatanana, et ce à l'issue des évènements de 1972.

Quatre régimes d'études se sont succédés de 1962 à 1974 :

- de 1962 à 1969 : la première année de Médecine s'effectuait à la Faculté des Sciences de l'Université de Madagascar (année appelée cours préparatoires aux études médicales), puis les étudiants devaient continuer en France (Marseille) ;
- de 1969 à 1972 fut appliqué le régime de certificat avec le début progressif de l'ouverture des autres années d'études sur place ;
- l'année 1973 a été marquée par l'instauration d'un tronc commun aux études médicales, de Pharmacie, de Chirurgie dentaire et de Médecine vétérinaire ;
- l'année 1974 a vu la mise en place d'un cycle complet des études médicales faisant de l'Ecole Nationale de Médecine un établissement de plein exercice la transformant en Faculté de Médecine selon l'arrêté N° 1098 du 18 mai 1974 émanant du Ministère de l'Education Nationale et des Affaires Culturelles. Par un décret du 11 décembre 1979 portant réorganisation de l'Université de Madagascar, la Faculté acquiert son autonomie et devient Etablissement d'Enseignement Supérieur et de Recherches en Sciences de la Santé.

En trente ans, sept Doyens ont dirigé la Faculté, successivement :

- le Professeur RANDRIANARIVO Pierre : 1973- 1974
- le Professeur ANDRIAMIANDRA Aristide : 1974- 1979
- le Professeur ANDRIANJATOVO Joseph : 1980- 1992
- le Professeur RAZANAMPARANY Marcel : 1993- 1995
- le Professeur RAKOTOARIMANANA Denis Rolland : 1995 – 1998
- le Professeur RAKOTOBÉ Pascal : 1998- 2002 (le Professeur RAJAONARIVELO Paul en a assuré l'Intérim à partir de 2000)
- le Professeur RAJAONARIVELO Paul : l'actuel Doyen .

III.3- Réforme de l'enseignement : les évènements de 1972

III.3.1- La situation de dualité (9)

La formation de médecins de deux niveaux différents était à l'origine des revendications estudiantines. D'après l'Association des Etudiants en Médecine et en

Pharmacie (AEDM), le Ministre de l'Enseignement Supérieur de l'époque estimait que les médecins sortants d'Ankatso n'auront pas à exercer dans les régions rurales et côtières, les infrastructures locales n'étant pas adaptées à leur formation, et ce sont les médecins sortants de Befelatanana qui devaient y travailler.

L' AEDM avait aussi remarqué une baisse considérable du niveau requis pour le concours d'entrée à l'Ecole de Médecine de Befelatanana : classe de seconde de l'enseignement secondaire, alors que la sélection des élèves Sage- femmes ou Assistantes sociales se faisait à partir de la classe de première. De même, le concours d'entrée n'était plus national mais concours provincial ; le programme de formation qui était le même que celui des Facultés de Médecine françaises (à l'époque d'ANKADINANDRIANA) a été revu à la baisse et le cursus ne durait plus que quatre ans (9) .

III.2.1- Les différentes revendications

Déjà en **1961**, l'Association des Etudiants en Médecine et Pharmacie avait revendiqué une réforme du programme d'études pour être conforme au programme d'une faculté, comme celui des facultés de Médecine françaises, car :

- le niveau des médecins sortants, qui était le même que celui des médecins français à l'époque d'ANKADINANDRIANA, avait été expressément abaissé car ces jeunes médecins jouaient un grand rôle dans le patriotisme ;
- étant la première école de Médecine instituée dans les colonies françaises, seule ANKADINANDRIANA n'était pas encore transformée en Faculté, contrairement à Hanoï ou Dakar ;
- depuis le transfert à Befelatanana, on avait délibérément allégé le programme des études pour faire la différence avec le niveau des médecins sortants des facultés françaises.

L'association réclamait aussi un niveau d'étude plus élevé des candidats à admettre au concours d'entrée, et une formation médicale unique à Madagascar.

Ces revendications n'ont eu d'effet que lors de leurs manifestations de **décembre 1971 à mai 1972** pendant lesquelles une grande grève estudiantine éclata, dont les principales réclamations étaient :

- une seule école de Médecine à Madagascar
- droit égal pour tous les étudiants malgaches
- droit égal de soins pour le peuple malgache, et par des médecins de diplôme égal.

Ces revendications étaient appuyées par celles des syndicats dont le **SEDODIA** (syndicat des médecins) :

- une seule école de Médecine à Madagascar ;
- même droit pour l'autorisation d'une pratique libérale de la Médecine ;
- même droit dans l'exercice dans les centres hors de l'Etat ;
- même droit devant les malades ;
- appui des revendications des association estudiantines en 1961 et 1972.

Cette grève des étudiants en Médecine allait avoir des conséquences considérables dans l'enseignement et dans la vie du pays tout entier, elle était la goutte d'eau qui a fait déborder le vase d'un pays en soif d'une « vraie indépendance ». Après quelques semaines de grève générale à travers tout le pays, les revendications des étudiants ont abouti à l'unification de la formation médicale à Madagascar, et à l'extinction progressive des corps des médecins de l'Assistance Médicale (dernière promotion en 1977, année de sortie de la première promotion de médecins d'ANKATSO).

Cette troisième période a vu la naissance de la Faculté de Médecine d'Ambohitsaina, en parallèle avec l'Ecole de Médecine de Befelatanana jusqu' en 1977, année de fermeture de cette dernière.

Elle a aussi vu le début de la participation des étudiants à la gestion de la formation : d'abord à travers des revendications pour l'amélioration de la qualité de l'enseignement et l'équité de l'exercice professionnel, puis leur participation dans une Commission Pédagogique après la réforme de 1972.

En effet, devenir médecin, avec le sérieux parcours que nous avons vu dans le chapitre précédent, faisait de Befelatanana un lieu de sélection des élites de la nation, des élites jouant un rôle important dans le patriotisme. En plus, Befelatanana étant la seule école de Médecine à Madagascar, la presque totalité des médecins venait des Hautes Terres, non seulement à cause de cette situation géographique, mais aussi en raison du fait que le niveau de scolarisation y était plus élevé, ce qui influençait la sélection des candidats.

Cette situation constituait un dilemme pour le gouvernement colonial car la formation médicale était un mal nécessaire. La Médecine faisait partie des moteurs de la colonisation, et

supprimer la formation médicale devenait impossible. On cherchait ainsi à «abaisser» la qualité des médecins en diminuant le niveau des étudiants :

- diplôme requis pour la sélection revu à la baisse
- concours d'entrée à l'échelle nationale devenue provinciale, tout en sachant qu'une seconde école de Médecine était déjà instituée à Fianarantsoa mais le niveau de scolarisation local n'a pas permis une suite au projet,
- non transformation de Befelatanana en Faculté ouvrant à une carrière universitaire, contrairement aux autres écoles des ex colonies françaises ; au contraire, on a écourté la durée des études.

Cette situation a eu raison des revendications des étudiants depuis 1961, aggravée par la création en parallèle de l'Ecole Nationale de Médecine en 1962. En effet, les étudiants de l'Ecole Nationale de Médecine (ENM) étaient voués à une carrière universitaire, et destinés à exercer seulement dans les grandes villes, entraînant une situation de dualité entre les deux écoles.

Les premières leçons auraient du être tirées de cette situation :

- une formation en perpétuelle évolution sans planification tend toujours à la dérive. Cette planification passe par la fixation des objectifs, avant de choisir les activités d'apprentissage correspondantes(12). Ce qui n'a pas été le cas puisque la rigueur était axée directement sur la méthode d'enseignement, l'absence d'orientation claire quant au but de l'enseignement a fait de la formation un outil politique ;
- l'objectif d'une formation médicale doit répondre à la raison d'être de la médecine : les malades, dont les problèmes de santé doivent constituer la priorité de la formation. Nous en revenons ainsi à la pertinence : le degré de conformité qui existe entre les programmes de formation d'une part, et les problèmes de santé des populations ainsi que leurs ressources d'autre part(13) (14). Cette absence de préoccupation de pertinence a conduit à la situation de dualité entre l'Ecole Nationale de Médecine et celle de Befelatanana.

Si l'équité dans l'exercice professionnel a été trouvée par l'unification de la formation dans l'ENM devenue Faculté de Médecine en 1974, cette unification eut un effet inverse sur la qualité de l'enseignement. Nous pouvons remarquer que depuis le début de la formation médicale, la planification de l'éducation ne suivait pas de règles bien précises. Nous réitérons que dans un système en perpétuelle évolution, une base fondamentale doit toujours exister et être suivie, et sans verser dans la standardisation de la formation, toute rénovation doit tourner autour. C'est le problème qu'a rencontré la formation médicale malgache lors des événements

de 1972 car, à trop vouloir réformer, on a compliqué les choses, et pire encore, on a fait se dégrader la situation. La réforme ne concernait qu'une facette du système éducatif, en l'occurrence la préparation et la mise en œuvre du programme éducatif, et on a oublié, sinon ignoré le point de départ de toute formation médicale : la détermination des problèmes prioritaires de santé dont doivent être déduits les tâches et les objectifs éducationnels. Si bien que sous le vent d'un socialisme mal interprété, l'enseignement ne cessa de se dégrader, dont les détails seront vus dans le prochain chapitre.

Si nous avons dit dans l'introduction que la formation médicale à Madagascar évolue avec l'histoire du pays, nous pouvons dire en conclusion de cette première partie que l'histoire de notre pays est influencée par celle de la formation médicale. Madagascar fait partie des rares pays, sinon le seul où la formation médicale, à travers ses acteurs, joue un rôle prépondérant dans l'Histoire. Avant, pendant et après la colonisation, la Médecine et la formation médicale ont contribué à asseoir ou à renverser un pouvoir politique. Moyen idéal pour les missions religieuses dans l'évangélisation des Malgaches encore à l'époque des guérisseurs traditionnels, faire bénéficier la population des vertus de la Médecine moderne était aussi un des moyens de pression des Français pour étendre et renforcer leur souveraineté sur tout le territoire. Bien que déviée de ses objectifs réels, elle a pourtant permis aux Malgaches, surtout ceux habitants les grandes villes, d'apprécier les bienfaits de cette pratique noble à travers la qualité des médecins formés et les infrastructures existantes.

Après l'Indépendance, la recherche de réforme de l'enseignement de la Médecine pour un droit égal des Malgaches aux soins, a encore conduit à la chute d'une République. Qu'en est il de ces revendications aujourd'hui ? La formation donnée aux médecins depuis 1972 leur permet-elle d'accomplir les devoirs qu'ils revendiquent, de satisfaire les besoins de la population ?

Une analyse de la formation médicale actuelle dans la deuxième partie nous aidera à répondre à ces questions.

Chapitre II : ENSEIGNEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE D'ANTANANARIVO

L'enseignement de la Médecine à ANKATSO a commencé en 1962 et la Faculté a eu son autonomie et devenu Etablissement d'Enseignement Supérieur et de Recherches en Sciences de la Santé d'après le décret N° 79-351 du 11 décembre 1979 portant réorganisation de l'Université de Madagascar.

Un fait important à mentionner est l'absence de documents écrits disponibles surtout entre ces deux périodes, et même beaucoup plus tard (à titre d'exemple, la Faculté n'a plus dans ses archives le résumé du premier séminaire pédagogique de 1984 !). Les documents écrits exploitables n'apparaissent que vers la fin des années 90, ce qui limite souvent notre travail à des constatations ou des enquêtes faites auprès d'anciens étudiants ou enseignants. Entre autres les interviews que nous a accordés les quatre derniers Doyens de la Faculté de Médecine d'Antananarivo nous donnant un aperçu de leurs objectifs respectifs. Nous détaillerons ces enquêtes dans un autre chapitre.

I- EVOLUTION DES PROGRAMMES DE FORMATION THEORIQUE ET PRATIQUE

Les textes relatant les objectifs éducationnels, ou du moins les orientations de l'enseignement à la Faculté de Médecine font partie des documents les plus introuvables, aussi bien avant qu'après les événements de 1972. On ignore si ces textes sont perdus ou s'ils n'ont jamais existé. En effet, aucune source ne renseigne sur l'existence d'une concertation entre responsables pour l'élaboration d'éventuels objectifs éducationnels, sauf au cours du premier séminaire pédagogique de 1984 dont le résumé reste cependant introuvable. Les vrais documents exploitables traitant des objectifs éducationnels de la Faculté de Médecine ne datent que de 1999, extraits du « Document pédagogique pour la formation de base en Sciences de la Santé » élaboré par la Faculté de Médecine à l'issue d'un séminaire pédagogique de la même année.

En 1961 a été écrit le premier texte relatif aux **programmes d'enseignement à l'Université d'Antananarivo** (10). Ce décret N° 61- 404 portant réforme du régime des études et des examens en vue de Doctorat en Médecine stipulait que les études en vue de diplôme de Docteur en Médecine avaient une durée de six années. Elles pouvaient être poursuivies soit à l'Université de Madagascar, dans la mesure où elles y sont autorisées, soit dans les universités françaises. Le niveau requis pour l'inscription à la Faculté de Médecine était le diplôme de bachelier de l'enseignement du second degré ou le diplôme d'état de Docteur ès Sciences, de Docteur ès Lettres ou de Docteur en Droit, ou le titre d'agrégé de l'enseignement du second degré.

Une mention particulière est faite à l'article 9 stipulant que « la répartition des enseignements entre les six années d'étude, les programmes d'enseignement et les horaires entre les enseignements théorique, dirigé et pratique sont fixés par arrêté du Ministère de l'Education nationale, après avis du conseil de la Fondation nationale de l'enseignement supérieur. »

Notons enfin qu'une disposition transitoire du présent décret mentionne que l'Université de Madagascar ne pouvait être autorisée à organiser en 1961- 1962 que les enseignements de la première année donnés à la Faculté des Sciences et des Techniques (375 heures).

L'année 1963 a vu la sortie d'un décret portant **réforme du régime des études et des examens** en vue de Doctorat en Médecine (11) : d'une durée de six ans, les études commençaient par une année préparatoire sanctionnée par un certificat préparatoire aux études médicales, puis cinq années de Médecine.

L'enseignement théorique devait être assuré par des professeurs, maîtres de conférences agrégés et maîtres de conférences. Selon toujours ce décret, l'enseignement de la Pathologie devrait être donné sous forme *d'enseignement intégré*, à l'occasion d'un problème général, ou à l'occasion de cas cliniques, et faisant appel aux professeurs de toutes les disciplines cliniques ou biologiques intéressées.

En 1969 sortait un arrêté portant organisation des **stages de spécialisation** pouvant être effectués par les médecins diplômés de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Tananarive.

Madagascar ayant adopté le régime Socialiste en 1975, les objectifs généraux de la formation universitaire allait dans ce sens. Ainsi, une loi datée de **1978 portant cadre général du système d'éducation et de formation** mentionnait dans son article premier : « le système d' éducation et de formation des hommes, conformément aux dispositions de la Charte de la Révolution socialiste Malagasy, se donne pour finalité la construction d'une société socialiste moderne décentralisée, harmonieusement équilibrée et techniquement développée ».

Dix ans plus tard, une ordonnance émise dans ce sens a connu quelques modifications : « l'Université a pour objet de contribuer au développement de la recherche, d'assurer la transmission des connaissances scientifiques, techniques et professionnelles de niveau supérieur à tous ceux qui peuvent y prétendre, conformément aux condition d'accès, et de former des cadres conscients des tâches de l'édification de la société socialiste. »(Art.2 de l' Ordonnance N° 88- 016)

Rédigés à Paris, les premiers textes réglementant l'enseignement à la Faculté de Médecine d'Antananarivo étaient très probablement calqués à ceux de l'enseignement français, avec quelques adaptations. En effet, Madagascar venant d'accéder à l'Indépendance et la Faculté à ses tout débuts, il est peu probable que des textes étudiés, basés sur les réalités et besoins du pays en matière de santé aient été disponibles pour l'élaboration des objectifs éducationnels.

Jusqu'ici, seules la préparation et la mise en œuvre du programme éducatif étaient réglementées. L'Université n'avait aucune autonomie car la répartition des enseignements, les programmes d'enseignement théorique, dirigé et pratique étaient fixés par arrêté du Ministère de l'Education nationale. Ce qui constitue un retour en arrière par rapport à l'Ecole de Médecine de Befelatanana où nous avons vu le Conseil de Perfectionnement, un organe autonome responsable des programmes de formation.

Le contenu du programme n'était que la somme des enseignements décidés par chaque responsable de discipline, en fonction de cette répartition fixée par le Ministère. On ignore à partir de quels critères les enseignants orientaient leurs enseignements : en fonction de la fréquence des problèmes de santé que les médecins auront à résoudre ? En fonction de la gravité de certaines affections ? En fonction des urgences médicales ? En fonction de l'intérêt de certaines pathologies pour la recherche ?...

Si les trois derniers critères figurent presque toujours fortuitement dans un programme de formation laissé au propre soin du responsable d'une discipline, il n'est

pas évident que le premier soit considéré comme critère prioritaire, et surtout que les enseignants n'étaient pas tous Malgaches. Les problèmes de santé en France diffèrent beaucoup de ceux rencontrés à Madagascar : les pathologies qui y sont enseignées comme étant les plus fréquentes pourraient être vues sous un autre angle chez nous, et l'inverse pourrait aussi être vraie. Prenons l'exemple des maladies cardio-vasculaires, les affections malignes, les accidents et les suicides qui constituent 75% des causes de mortalité en Europe. Ces pathologies (sauf les maladies cardio-vasculaires) sont du domaine des spécialistes chez nous où les généralistes auront à faire face tout les jours au paludisme, à la rougeole, aux maladies diarrhéiques et infections respiratoires, premières causes de morbidité et mortalité à Madagascar, surtout chez les enfants. Faire face à cette discordance n'est pas aisé car un enseignant non averti aura toujours tendance à valoriser l'intérêt scientifique de sa matière, à centrer l'enseignement sur les contenus disciplinaires plutôt que sur la résolution des problèmes de santé que ses étudiants auront à résoudre devant les réalités de leurs lieux d'exercice. En d'autres termes, l'important n'est pas ce que l'enseignant enseigne, mais ce que l'étudiant sera capable de faire dans son milieu professionnel.

On peut dire que cette période est « vide » d'objectifs, mais « avide » de changements. Mais de quels changements ?

Même sans objectifs clairs, les anciennes écoles avaient au moins comme « leitmotiv » l'évangélisation, puis la colonisation. Après l'Indépendance, sous le vent du changement s'est réveillée cette idée de rénovation, comme la création de l'Ecole Nationale de Médecine. Mais en quoi consistait-elle vraiment, quelle amélioration voulait-t-on apporter par rapport à l'ancienne Ecole de Befelatanana ? Quels types de médecins voulait-on former, à l'origine des revendications des étudiants de Befelatanana ?

On ne faisait que tourner autour d'une discussion sur la manière dont l'information était transmise à l'étudiant, sans analyser à fond ce qui était appris, par qui, avec quelle rapidité, et surtout à quelles fins.

Avec l'avènement du Socialisme, la qualité de la formation médicale a connu une chute libre. Le principe du Socialisme qui est la distribution de la richesse sociale (ici, la santé), telle le retour des biens à la collectivité, la répartition des objets de consommation,...devait centrer la formation médicale sur la collectivité. Ce qui devait nous amener à la notion de pertinence : le degré de conformité qui existe entre le programme de formation et le problème de santé des populations ainsi que leurs ressources. Cette adaptation ne s'est jamais fait sentir, il y avait même une divergence

puisque le programme d'enseignement était calqué sur celui des Facultés françaises. La pertinence des programmes de formation (nous disons bien programme puisqu'il n'y avait pas d'objectifs !) était laissée de côté. On a réformé les méthodes d'apprentissage dont les conséquences désastreuses seront traitées dans le prochain chapitre.

Cette dérive amène à la nécessité de fonder l'enseignement sur la détermination des problèmes prioritaires de santé avant de définir les tâches et les objectifs éducationnels. Ceci constitue la pertinence d'un programme de formation : permettre aux diplômés d'aborder efficacement les problèmes qu'ils rencontreront dans la réalité de leur travail.

Un programme de formation sans objectifs éducationnels clairs est comme une voiture roulant bien mais sans conducteur pour fixer la destinée finale. La notion d'objectifs éducationnels n'a fait l'objet de réelles réflexions que vingt ans plus tard, après que l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) l'ait initié un mouvement en ce sens dans les années 1970.

Le **début des années 90** a été marqué par la définition des grands axes du système éducatif national, et surtout l'établissement du Contrat Pédagogique des enseignants chercheurs, point de départ d'une nouvelle vision de la politique d'enseignement à l'Université. Voici un extrait de ces documents dont certains passages ne concernant pas directement notre sujet ont été supprimés.

I.1- Les six grands axes du système éducatif national
(tiré du Document N° 03. Direction de la programmation. Rectorat de l'Université d'Antananarivo) (18)

La stratégie appliquée dans le secteur de l'éducation de base à l'enseignement supérieur mettra l'accent sur les points suivants :

- Amélioration de la qualité de l'enseignement à tous les niveaux par le renforcement du système d'élaboration des programmes, du système de formation des enseignants, de la production des manuels scolaires, et des services de soutien pédagogique...

- Réorganisation de la formation professionnelle et technique en vue de déboucher sur une formation pratique en liaison avec les problèmes de l'emploi et en concertation avec le monde du travail en général, et les employeurs potentiels en particulier. A cet effet, une structure de coordination technique sera mise en place...
- Maîtrise de la gestion des flux. L'amélioration de la qualité de l'enseignement, la maîtrise de la gestion du système, la mise en place d'une formation post-secondaire efficace sont autant de facteurs qui permettent d'aboutir à une régulation des flux.

I.2- Extrait de « Composantes, évaluation et élaboration des programmes universitaires »

(Ce document provient des Archives du Rectorat de l'université d'Antananarivo, nous avons copié intégralement le document d'origine)

ANALYSE DE LA SITUATION ACTUELLE

Les programmes actuellement en vigueur au sein des Universités ont été largement copiés à partir des programmes français avec quelques adaptations aux spécificités malgaches.

Les programmes sont élaborés par les enseignants de la spécialité qui, généralement cherchent à valoriser leur matière, ce qui aboutit à une surcharge et à des déséquilibres. Dans ce cadre, les objectifs assignés à chaque filière de formation sont perdus de vue. Ce système d'élaboration des programmes explique en partie le faible taux de réussite des étudiants.

OBJECTIFS

L'objectif est d'améliorer la qualité et le rendement de l'enseignement par l'évaluation des programmes de formation, évaluation qui permettra de procéder aux ajustements nécessaires tant au niveau du contenu des programmes qu'au niveau des méthodes pédagogiques.

STRATEGIES

Dans un souci d'efficacité et afin d'éviter des phénomènes de résistance ou de refus, il est souhaitable de procéder à une évaluation interne réalisée par les enseignants nationaux de chaque filière.

Cependant, dans la mesure où ces derniers ne sont pas familiarisés avec ce processus d'évaluation, il apparaît utile que :

- d'une part il puisse être fait appel à une expertise extérieure pour l'organisation des programmes de réflexion, la méthode d'approche de l'évaluation, la documentation nécessaire ;
- d'autre part, un noyau d'enseignants nationaux puissent se rendre à l'extérieur pour s'informer sur l'expérience des universités qui ont procédé à de telles évaluations. Ce noyau d'enseignants pourra animer les séminaires d'une manière plus efficace.

Selon le document de travail intitulé «composantes, évaluation et élaboration des programmes universitaires », nous avons retenu la citation suivante :

« Les programmes sont élaborés par les enseignants de la spécialité qui, généralement cherchent à valoriser leur matière, ce qui aboutit à une surcharge et à des déséquilibres. Dans ce cadre, les objectifs assignés à chaque filière de formation sont perdus de vue. »

Et nous avons procédé à la synthèse des travaux faits par chaque commission en répondant aux trois points suivants :

- 1) analyse de la situation actuelle
- 2) objectifs
- 3) stratégie

En ce qui concerne le premier point :

Etant donné le niveau relativement bas des étudiants entrant à l'Université et les objectifs finaux à atteindre, les enseignants sont objectivement contraints à combler les lacunes.

D'autre part, les infrastructures pédagogiques déficientes et les conditions d'études défavorables entraînent nécessairement des programmes d'appui supplémentaires. Ainsi, il n'est pas toujours vrai d'affirmer que c'est l'enseignant qui cherche à valoriser sa matière. Impliquer le faible taux de réussite des étudiants aux seules fautes des enseignants, c'est mésestimer l'environnement.

Concernant les objectifs :

L'Université dont Madagascar a besoin est- elle une université de prestige ou une université à la carte impliquant une adéquation évolutive du programme en fonction de l'offre et de la demande ?

Les principaux objectifs seraient donc :

- voir le profil en fonction des besoins du pays,
- favoriser l'adéquation formation- recherche- emploi,
- amélioration des niveaux des enseignants et de tout le personnel non enseignant,
- adapter l'enseignement aux besoins des utilisateurs d'une part, et en fonction de l'évolution de la technique d'autre part,
- favoriser le contact permanent entre les utilisateurs et les établissements de l'enseignement supérieur,

- créer un minimum d'infrastructures pour les recherches dans chaque établissement,
- publication des travaux de recherches,
- rectification périodique et systématique des programmes de formation en fonction des besoins du pays,
- tenir compte : des priorités nationales en matière d'éducation/ formation
du marché du travail
des besoins tels qu'ils sont perçus par les formateurs
des souhaits et des attentes du public- cible.

Concernant la stratégie :

Il faudrait :

- évaluer l'adéquation produit final- réalités nationales,
- évaluer la cohérence par matières ou par groupes de matières
- évaluer les cohérences des moyens par rapport aux objectifs définis au préalable,
- évaluer le développement de la technologie en déterminant le nombre d'acquisitions annuelles d'ouvrages scientifiques et de revues périodiques,
- évaluer les produits à l'aide des paramètres suivants :
 - taux moyen de réussite par année
 - taux de déperdition par année
 - taux d'échec et de rendement
 - taux de passage d'une année à l'autre
 - analyse des notes obtenues par les étudiants
 - le nombre de sortants par département, par filière ou par année
- évaluer les volumes horaires.

En conclusion, les travaux que nous avons effectués (avec beaucoup de sérieux et d'abnégation) ne correspondent que par un point parmi les six évoqués par les autorités. Il serait souhaitable d'accélérer les travaux se rapportant aux autres points.

I.3- Contrat pédagogique des enseignants chercheurs (18)

Le Contrat pédagogique permet aux enseignants à l'Université à partir de ces objectifs discutés et définis en leur sein, de proposer aux étudiants, aux parents, aux collectivités et à l'Etat, un projet d'ensemble de l'enseignement avec indicateurs de moyens et de résultats. Ils

négocient ainsi avec les collectivités et avec l'Etat un contrat global de développement de la formation.

...Le Contrat pédagogique est un instrument de prévision, d'action et de suivi. Il dégage les options qui, placées dans la politique globale de la pédagogie et de la recherche au niveau des filières, des établissements et de l'Université, apparaissent ou n'apparaissent pas compatibles ou complémentaires : un thème d'enseignement pourrait être par exemple abordé par plusieurs enseignants de disciplines différentes... Le Contrat pédagogique évite le cloisonnement et vise à orienter rationnellement les efforts...

Dans ce cadre global, et au travers de ses enseignants chercheurs, l'Université détermine la formation qu'elle souhaite dispenser. Elle assure le pilotage des orientations des enseignements. A terme, elle peut bâtir une politique pédagogique et de recherche. Les enseignants gèrent, donc assument directement cette politique. Les décisions ne sont plus issues de décrets mais négociées, « les enseignants ne subiraient plus les conséquences de planifications qu'ils n'ont pas voulues » : loi 78-040 et ses interprétations (démocratisation, décentralisation, malgachisation, etc....).

Dans le ressaisissement de l'Université et la mise en œuvre d'une nouvelle politique éducative, il faut tabler sur le sens des responsabilités des enseignants, la participation des praticiens est incontournable...

Traduits en objectifs, plan d'opération, termes d'évaluation, le Contrat pédagogique permet de clarifier la situation et de ne pas rejeter sur les enseignants la responsabilité des blocages et de ce « gouffre apparent » qu'est l'Université. Loin d'être un carcan, il peut être une aide.

Proposition de contrat pédagogique des enseignants de l'Université d'Antananarivo

L'autorité de l'Université d'Antananarivo repose sur la qualité de ses diplômés, c'est à dire sur sa capacité à remplir sa vocation : former des étudiants ayant assimilé le savoir exigé par les progrès de la Science, de la technique et les changements de la société, et dotés de qualités humaines et intellectuelles leur permettant de s'adapter à toutes situations et de contribuer au développement du pays.

Leur formation doit être reconnue sur le plan régional, national et international. Cet objectif peut être atteint par la combinaison de plusieurs facteurs : qualité des inputs, contenu de l'enseignement et de la recherche, qualité des conditions matérielles (locaux...) et des

supports pédagogiques, encadrement des étudiants...Les enseignants doivent avoir une formation solide et permanente, se consacrer essentiellement à l'enseignement et à la recherche.

Ce début des années 90 a marqué un point dans la gestion de l'enseignement à l'Université d'Antananarivo. En effet, c'est seulement 30 ans après la création de l'Université que des réflexions sur ses « produits finis » sont émises ! Il a fallu 30 ans pour que les enseignants remettent en cause les programmes de formation et leur enseignement.

La pertinence refait surface avec cette recherche de l'adéquation formation-emploi, et on assiste au début du raisonnement par objectifs. Une succession d'idées englobe toutes ces principes et notions, sans lesquelles toute rénovation restera vaine.

L'élaboration d'un programme pertinent doit commencer par l'identification des problèmes de la population, de ses besoins, afin d'en trouver des solutions. Le profil professionnel des étudiants doit répondre à ces besoins de la population, aboutissant à l'adéquation formation-emploi. C'est à partir de ce profil professionnel qu'on élabore les objectifs éducationnels, dont la définition devrait être celle du résultat recherché, et non le résumé ou la description d'un programme. On ne peut planifier un programme de formation qu'après avoir fixé les objectifs, et choisi les activités d'apprentissage correspondantes.

La remise en question des programmes de formation à l'Université a suivi cette hiérarchie d'idée. Cependant, on a l'impression d'être trop centré sur l'élaboration du programme. La détermination des besoins réels, et les méthodes pour y parvenir, sont quelque peu occultées. En effet, ce n'est pas le formalisme dans la définition des objectifs éducationnels qui compte, mais leur pertinence par rapport aux problèmes prioritaires de santé de la population.

Quoi qu'il en soit, la remise en question, l'auto-évaluation est toujours un point positif même si, théoriquement, une évaluation n'est pas fiable sans objectifs préalables pour servir de repères.

L'autre point positif à cette rénovation est le retour à l'autonomie des enseignants dans la gestion de la formation, l'Université détermine la formation qu'elle souhaite

dispenser. Nous avons déjà parlé des avantages de ce principe dans les chapitres précédents. Néanmoins, sans objectifs éducationnels pertinents, cette autonomie aboutit à un conflit de personnalité entre les enseignants qui, généralement cherchent à valoriser leur matière.

Le degré d'ouverture de chaque enseignant à l'innovation, les conflits de personnalité, le temps d'assimilation d'un nouveau principe,...sont autant de facteurs qui pouvait ralentir l'application effective de ces changements, à en juger par le cas de la Faculté de Médecine qui n'a élaboré ses objectifs éducationnels qu'en 1999. Rien n'est acquis à l'avance dans ces changements de mentalité. Steve ABRAHAMSON ne disait t-il pas qu' « il est plus facile de déménager un cimetière que de réussir une réforme des études médicales? » (1) La vitesse de changement doit se calculer en nombre de générations, et non pas en nombre d'années.(1)

I.4- Les objectifs institutionnels de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

La notion d'**objectifs éducationnels** a été instaurée à la faculté de Médecine d'Antananarivo à la suite d'un séminaire pédagogique en **1999**. Un Document pédagogique pour la formation de base en Sciences de la Santé a été publié à l'issue de ce séminaire, incluant les objectifs institutionnels de la faculté de Médecine, ainsi que les objectifs d'apprentissage par année d'études. En voici les extraits.

« La Faculté de Médecine a pour objectifs de former des médecins généralistes de niveau international capables de :

- 1- dispenser des soins curatifs aux malades de toutes catégories et à tous les niveaux des possibilités locales, régionales et nationales et dans ce sens, capables d'effectuer des actes pratiques de Médecine, de Chirurgie et de spécialités sans verser dans la spécialisation ;
- 2- savoir différencier les cas urgents du reste de la morbidité afin de prendre les mesures adéquates pour leur évacuation sanitaire selon la hiérarchisation des établissements ;
- 3- donner des soins de santé à visée préventive et sociale à la population dont ils s'occupent, avec la participation de celle-ci, et selon les moyens mis à leur disposition, et dans ce cas, savoir penser Santé publique, planifier et programmer les actions de santé ;
- 4- gérer les ressources matérielles, humaines, financières disponibles pour réaliser ces actions, et collaborer avec d'autres secteurs dont les activités ont une composante sanitaire ;
- 5- relier un processus pathologique à l'environnement et effectuer des recherches cliniques, biologiques et communautaires pour la protection et pour la promotion de la santé à Madagascar et compte tenu des réalités du pays. »

Des objectifs d'apprentissage par année d'études ont aussi été établis. Pour la Première et la Deuxième année, ces objectifs sont définis en termes de connaissances.

De la troisième à la Cinquième année, sont associés des objectifs en rapport avec les connaissances et les objectifs relatifs aux aptitudes/ habiletés techniques.

Les objectifs d'attitudes ne sont énoncés qu'en Sixième et Septième année, en supplément des deux autres mentionnés ci-dessus. Faire preuve d'empathie, de dévouement et de conscience professionnelle vis à vis de tous les malades et de leur famille constitue un

des objectifs de la Sixième année, et « afficher une volonté de rester éternel » est le dernier objectif d'attitude en Septième année.

Notons que le niveau requis pour la pré-inscription est le diplôme de Baccalauréat scientifiques C et D, et de Baccalauréat littéraire A2 (avec mention et note des matières scientifiques supérieures ou égales à 12/20), le nombre de places a été limité à 350 pendant l'année universitaire 1999- 2000. L'admission en 2^{ème} année se fait par voie de concours depuis 1994. Le numerus clausus est fixé par arrêté du Doyen pour l'année universitaire (il était de 100 pour l'année universitaire 1999- 2000 ,150 pour l'année universitaire 2000-2001). Un seul redoublement est autorisé pour le premier cycle.

Le contenu du programme figure aussi dans le Document pédagogique pour la formation de base en Sciences de la Santé. Le premier cycle des études médicales est presque entièrement consacré à la formation en Sciences fondamentales médicales.

Le deuxième cycle comprend la 3^{ème} à la 6^{ème} année. A partir de la troisième année, le passage en année supérieure est subordonné au succès aux examens de fin d'année universitaire, et aux validations des stages hospitaliers et des travaux pratiques depuis 1999. Le triplement n'est pas autorisé.

La 7^{ème} et la 8^{ème} année constituent le troisième cycle court. A partir de la 7^{ème} année, les enseignements sont organisés uniquement sous forme de stages dans les services cliniques, para-cliniques et de Santé Publique. La fin du cursus pour le diplôme de Doctorat d'Etat en Médecine est marqué par la soutenance de thèse.

Après le Doctorat, une formation de troisième cycle long (Spécialisation) est disponible, dont l'admission se fait par voie de concours.

Suite aux réflexions au sein de l'Université à propos des programmes de formation, la Faculté de Médecine a fait un grand pas en adoptant l'enseignement par objectifs en 1999.

Un premier séminaire pédagogique de la Faculté de Médecine a déjà eu lieu en 1984 mais n'a eu aucune suite, les documents relatant les compte-rendus du séminaire sont même introuvables. Celui de 1999 n'est pas resté lettre morte, car la nouvelle approche a été adoptée, et une brochure (Guide des études) a été élaborée.

A travers les objectifs généraux, la recherche de la pertinence se fait sentir, comme en témoigne le premier objectif : dispenser des soins curatifs aux malades de toutes catégories et à tous les niveaux des possibilités locales, régionales et nationales ... sans verser dans la spécialisation. En d'autres termes, les médecins doivent s'adapter aux réalités locales.

Des objectifs d'apprentissage bien clairs ont été bien définis. Ils doivent permettre aussi bien aux étudiants de se situer pendant ses longues études, qu'aux enseignants de mieux orienter leur formation.

A côté de ces objectifs, un point capital est à mettre en exergue : la limitation du nombre d'étudiants par le biais du concours d'entrée en deuxième année. Nous verrons dans les prochains chapitres que les objectifs éducationnels ne seront atteints sans l'adaptation des activités d'apprentissage aux réalités locales (nombre d'enseignants et leur disponibilité, infrastructures, niveau des étudiants,...).

Cependant, certains points de cette réforme prêtent à discussion. Concernant le premier point, il faut bien définir ces « réalités locales » par des paramètres valides (incidence, prévalence, gravité de la maladie, degré d'incapacité entraînant un impact socio-économique,...) afin de les transformer en objectifs d'apprentissage. En effet, le fait de définir en grand nombre des objectifs spécifiques peut être un effort vain si, ensuite, ils ne servent pas de référence pour leur atteinte .

Concernant les objectifs d'apprentissage, nous pensons que les objectifs d'attitude doivent figurer dès les premiers stages hospitaliers (3^{ème} année). L'éducation doit viser à modifier le comportement des étudiants dans une direction donnée, et les objectifs éducationnels sont les types de comportement que l'école essaye d'inculquer à ses étudiants (« comportement » doit s'entendre au sens large, et englober le penser, le sentir et l'agir). L'étudiant doit être conscient dès le début de sa formation qu'il n'est plus là pour apprendre, mais « apprendre à apprendre ». La formation ne doit plus être

une activité d'enseignement mais d'apprentissage. En effet, « Presque tout ce que devra apprendre n'importe quel professionnel de la santé dans les quarante années ou plus de vie professionnelle qui suivront sa formation initiale le sera par l'auto-apprentissage »(16).

Les activités d'apprentissage ne peuvent pas être indépendants de ces objectifs d'apprentissage. Nous verrons que l'atteinte effective de ces objectifs sera aussi délicate que leur rédaction. Les méthodes et moyens de formation seront revus suivant l'ordre chronologique dans le sous-titre suivant.

II- Les méthodes et moyens de formation

II.1- Texte régissant les méthodes de formation au début de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Un décret datant de 1961 portant réforme du régime des études et des examens en vue de Doctorat en Médecine stipulait dans son article 4 que les enseignements conduisant au diplôme de Docteur en Médecine sont obligatoires. Ils comprennent : un enseignement théorique, un enseignement pratique, un enseignement dirigé et un enseignement clinique. Les enseignements étaient donnés annuellement pendant 40 semaines dans un centre hospitalier et universitaire (les enseignements cliniques se faisait au cours de stages accomplis par les étudiants dans les services hospitaliers), à l'exception de certains enseignements de la première année qui étaient donnés à la Faculté des Sciences et des Techniques. Lors de leurs divers stages, les étudiants étaient associés au service de garde et étaient interrogés par le Chef de service auquel ils étaient attachés. Ils devaient, au cours d'un semestre de la sixième année, participer l'après- midi à des consultations ou à des examens de malade dans les services de spécialités où ils n'ont pas accompli des stages.

L'année **1963** a vu la sortie d'un décret N° 61- 404 portant **réforme du régime des études et des examens** en vue de Doctorat en Médecine (10). Notons que dès la troisième année d'études, la Pédiatrie occupait un semestre, et quatre mois d'Obstétrique en quatrième année. Les étudiants internes ou externes des centres hospitaliers et universitaires avaient un programme de formation particulier.

Un décret N°63- 875 du 24 août **1963** (rédigé à Paris), émanant du Ministère de l'Education nationale et du Ministère de la Santé publique et de la population arrêta**it la répartition des enseignements** entre les six années d'études en vue du diplôme de Docteur en Médecine (11) .

L'année pré- médicale, sans stages hospitaliers, se basait surtout sur la Physique, la Chimie et la Biologie, et ne comportait que des enseignements théoriques, pratiques et dirigés. Elle pouvait se faire soit à la Faculté des Sciences, soit à la Faculté de Médecine.

A partir de la Première année des études médicales, tous les enseignements étaient donnés par la Faculté de Médecine.

En Deuxième année, on consacrait cinq matinées par semaine durant toute l'année universitaire pour la Sémiologie (Médecine générale et Chirurgie générale) et l'enseignement intégré de la pathologie (avec participation des professeurs de Sciences fondamentales) .

A la Troisième année, l'enseignement comportait aussi des travaux en salle et enseignements dirigés, colloques clinico-biologiques et clinico-sociaux, enseignement intégré de la pathologie (avec participation des professeurs en Sciences fondamentales) : cinq matinées par semaine durant toute l'année universitaire.

En Quatrième année, les travaux pratiques et les enseignements dirigés étaient les mêmes que ceux de la Troisième année.

A la dernière année d'étude (Cinquième année), les cours théoriques ne comportait plus que la Thérapeutique, l' Hydrologie et la Médecine sociale. Par contre, des travaux en salle et enseignements dirigés, colloques clinico-biologiques et clinico-sociaux, autopsies, enseignement intégré de la pathologie (avec participation des professeurs en Sciences fondamentales) ou enseignement biologique et stage au laboratoire étaient prévus cinq matinées par semaine. L' après- midi , les étudiants devaient participer aux consultations. Enfin, les étudiants devaient valider des Stages pratiques de six mois au minimum.

L'enseignement pratique, coordonné à l'enseignement théorique, était donné dans les laboratoires. Chaque période de travail pratique donnait lieu à l'attribution d'une note inscrite au livret de l'étudiant.

L'enseignement dirigé s'adressant à des groupes d' environ 25 étudiants consistait en des exercices de révisions et d'approfondissement des connaissances acquises.

II.2- Les méthodes et les moyens de formation actuels

Si les moyens de formation se sont beaucoup dégradés depuis, les méthodes sont à peu près les mêmes que celles mentionnées ci- dessus.

II.2.1- L'enseignement théorique

a- La méthode

L'enseignement théorique est donné sous forme de cours magistraux par des professeurs agrégés (remplacés parfois par leurs assistants) et des maîtres de conférences.

Après le séminaire pédagogique de 1999, les objectifs éducationnels de chaque chapitre (énoncés comme suit : « à la fin du cours , les étudiants doivent être capables de ... ») devaient être mentionnés par les enseignants avant leurs cours, et ils devaient initier les étudiants à une approche participative par le biais de questions- réponses pour une meilleure compréhension des leçons. A noter que l'enseignement intégré de la Pathologie comme mentionné par le décret ci- dessus n'existe plus à la Faculté.

Certains enseignants utilisent des photocopiés pour résumer ou pour donner des explications supplémentaires à leurs cours, ou tout simplement pour rattraper les cours manqués lors des grèves estudiantines quasi- annuelles. Si les étudiants peuvent souvent se procurer de ces photocopiés à des prix abordables, certains enseignants les vendent parfois à des fins commerciales.

L'évaluation des étudiants pour le passage en année supérieure se base surtout sur des questions tirées des cours théoriques, dont certains enseignants mentionnent à l'avance les chapitres susceptibles d'être posés aux examens de fin d'année. Les questions sont formulées sous forme de Questions courtes à réponses ouvertes, dictées aux étudiants lors de la séance d'examen ; les Questions aux choix multiples distribuées sur des papiers imprimés sont plus rares.

Le coefficient de chaque matière change selon l'année d'études. En Première et deuxième années, l'Histo-Cyto-Embryologie et la Physiologie ont le coefficient le plus élevé (coefficient 2). La Sémiologie médicale et chirurgicale ont respectivement le coefficient 6 et 4 en Troisième année. En Quatrième et Cinquième années, toutes les matières ont le même coefficient 1. Enfin, les notes de Thérapeutiques médicales et chirurgicales sont de coefficient 5 et 3 en Sixième année.

L'obtention d'une moyenne générale supérieure ou égale à 10/20 ou après délibération sur les examens écrits permettait de passer en année supérieure. Mais depuis 1999, pour passer en année supérieure, l'étudiant doit avoir validé tous ses stages pratiques en plus de la condition précédente.

b- Les moyens

Les cours magistraux sont dispensés dans quatre amphithéâtres dont deux à Ankatso, un à Antsakaviro et un à Faravohitra. Bien éclairées, les salles sont cependant mal sonorisées à cause de l'insuffisance et de la mauvaise qualité des matériels. Les différentes installations sanitaires sont délabrées et vétustes, et même les toilettes de certains amphithéâtres sont toujours fermées.

Les enseignants disposent d'un micro-crayon depuis 1999, et ils s'aident du tableau noir et d'un rétroprojecteur pour leurs explications.

II.2.2- L'enseignement dirigé

Les enseignements dirigés s'adressent à des groupes de 25 étudiants environ ; ils consistent en des exercices de révisions et d'approfondissement des connaissances acquises. Des exercices peuvent être donnés aux étudiants, ils sont notés mais n'entrent pas dans la moyenne des examens de fin d'année. Des questions d'examens sont cependant tirées de ces enseignements.

A partir de la quatrième année, ces enseignements sont censés être donnés à l'hôpital au cours des stages pratiques, et occupent un volume horaire important dont 40 heures chacune pour la Gynécologie, Santé familiale et IEC –Statistique en 4^{ème} année, 120 heures de Pédiatrie en 5^{ème} année, et 40 heures de Gynécologie en 6^{ème} année. Ces enseignements sont assurés par les médecins du service sous la direction des directeurs pédagogiques.

II.2.3- L'enseignement pratique

Pour la deuxième année, et une partie en troisième année, les enseignements pratiques se déroulent dans des laboratoires. Les étudiants y effectuent des actes pratiques sous la supervision des médecins du service ou des encadreurs de stages. La pratique y est souvent associée à des enseignements dirigés. Faute de matériels ou de réactifs, les séances se résument quelque fois à l'observation des médecins, sinon les étudiants apprennent certains gestes pratiques en les appliquant entre eux. La validation des examens à la fin du stage est nécessaire pour le passage en année supérieure.

A partir de la troisième année, l'enseignement pratique se fait presque exclusivement dans les centres hospitaliers ou les dispensaires sous forme de stages pratiques. Les stagiaires

doivent passer au moins trois heures par jour dans ces centres durant la matinée des jours ouvrables, et participer au tour de garde selon les services où ils travaillent. Leur tâches correspondent aux objectifs relatifs aux aptitudes et habiletés techniques détaillés dans le titre « Objectifs de la formation ». Voici un exemple de ces objectifs de stage des étudiants de 6^{ème} et 7^{ème} année en Service de Gynécologie- Obstétrique.

Tableau 1: *Objectifs de la Gynécologie- Obstétrique pour les étudiants en 6^{ème} et 7^{ème} année*

Gestes techniques	Nombre minimal à effectuer
<i>Accouchements :</i>	
- sommet	15
- siège	1
- gémellaire	1
- délivrance artificielle/ révision utérine	15
<i>Périnéorraphie</i>	5
<i>Curage</i>	5
<i>Insertion :</i>	
- DIU	5
- Norplant	1
- Autres prestations de PF	

Les étudiants sont sous la supervision des encadreurs de stage dont les tâches sont :

- dresser une liste des modules et des sessions qui feront l'objet de topos et de démonstrations pratiques en tenant compte des années d'études, cibles ou groupes d'étudiants à encadrer,
- rédiger les modules et les sessions prévues (avec des objectifs précis d'apprentissage que les stagiaires doivent réaliser),
- établir le calendrier avec durée des sessions (topos et démonstrations pratiques),
- réaliser les topos et les démonstrations pratiques,
- évaluer périodiquement et en fin de stage les connaissances pratiques des étudiants,
- contrôler l'assiduité des stagiaires par une fiche de présence,
- préparer les stagiaires internés aux examens cliniques,
- valider les stages,
- encadrer les activités de recherche des étudiants préparant leur thèse,
- faire un rapport périodique au Directeur pédagogique.

Ces différentes tâches doivent faire l'objet d'un cahier des charges.

Tous les étudiants doivent être évalués et notés à la fin de leur stage dans un service, et la validation de tous les stages est obligatoire aussi bien pour le passage en année

supérieure que pour l'inscription aux examens de clinique et la soutenance de thèse (à l'exception des étudiants admis au concours de l'Internat Qualifiant).

Il nous paraît utile de rappeler que durant douze ans (1981 à 1993), un régime d'externat s'ouvrait aux meilleurs étudiants classés par ordre de mérite aux examens de fin d'année. Les Externes passaient beaucoup plus de temps dans les hôpitaux, n'ayant droit qu'à un mois de congé par an, et participaient d'office aux tours de garde. Ils étaient de ce fait plus en contact avec les enseignants et encadreurs de stage que le reste des étudiants.

III- STATISTIQUES

III.1- Effectif des étudiants

L'effectif des étudiants inscrits à la Faculté de Médecine depuis 1964 a considérablement évolué. De 70 étudiants en Première année au début (1964), leur nombre augmentait chaque année pour atteindre le cap des 3164 étudiants inscrits en Première année en 1981. Leur effectif baissait ensuite depuis les années 1990, jusqu' à 350 en 1999. Il va de soi que l'effectif des autres promotions était sensiblement proportionnel à celui de la Première année ; par exemple, on comptait 2090 étudiants en Deuxième année en 1983.

L'instauration du concours pour le passage en Deuxième année depuis 1993 réduisait considérablement le nombre des étudiants, car le numerus clausus fixé par le Doyen variait de 100 à 200.

Pour plus de détails, nous avons dressé un tableau récapitulatif de ces statistiques dans le chapitre ANNEXES .

III.2- Effectif annuel des médecins issus de la Faculté de Médecine

La première promotion de médecins sortant de la Faculté de Médecine d' Antananarivo en 1977 comptait 19 Docteurs d'Etat en Médecine. Par la suite, leur effectif variait beaucoup, allant de 8 médecins en 1978 à 530 en 1993.

En 25 ans d'existence, la Faculté de Médecine a formé au total 6593 médecins, soit une moyenne de 264 médecins par an. L'ancienne Ecole de Médecine n'en a pas formé le quart en 80 années d'existence!

Pour plus de détails, nous avons dressé un tableau récapitulatif de ces statistiques dans le chapitre ANNEXES .

Les méthodes d'enseignement comme décrétées à Paris à la création de l'Université, sont sensiblement identiques à celles adoptées actuellement. La grande différence réside dans l'effectif des étudiants, et dans la dégradation des moyens d'apprentissage.

Le corps enseignant était majoritairement constitué de Français, aussi l'enseignement intégré de la pathologie, datant de la révolution de l'enseignement médical français de 1958, fut instaurée comme méthode d'apprentissage. Théoriquement, cette méthode présente de nombreux avantages : la discussion part d'un problème réel de santé et pourrait faciliter l'apprentissage de la résolution des problèmes, elle améliore la qualité de l'enseignement et des enseignants grâce à l'émulation, optimise les relations entre départements, et évite les répétitions inutiles. L'enseignement intégré ne peut se faire que si les enseignants ont une grande disponibilité. On ignore si cette méthode était réellement appliquée, mais à notre connaissance, la réponse est négative (étant donné que le cursus menant jusqu'au Doctorat ne fut complet qu'en 1974), du moins d'après certains médecins que nous avons interviewé.

Comme aux débuts de la Faculté, les cours magistraux restent encore les principaux moyens d'enseignement des notions théoriques. Economiques du point de vue temps et moyens, ils s'adaptent à notre faculté où on comptait à une certaine période plus de 3000 étudiants dans une même promotion ! Tout comme l'enseignement intégré, les cours magistraux laissent les étudiants dans une situation passive.

Les travaux pratiques sont d'importance capitale dans une formation médicale, ils font de la Médecine un art. En mettant les étudiants dans une situation active en contact avec les réalités, ils permettent d'apprendre et d'évaluer le comportement (le savoir, le savoir être et le savoir faire), celui que la formation essaie d'inculquer à ses étudiants, à travers ses objectifs éducationnels. Ils permettent à l'étudiant de développer un sentiment de confiance en soi, très important car il réveille la curiosité, et la motivation à se surpasser, donc il l'incite à être plus actif.

D'après A.L. COCHRANE, revu par J-J GUILBERT: « un enseignement doit toujours être présumé inefficace tant que la preuve du contraire n'a pas été apportée ». Il faut se rendre à l'évidence que « la preuve du contraire » n'a pas été apportée !

Non seulement l'enseignement intégré de la pathologie est resté au stade de projet, mais sa réalisation s'avérait très difficile avec le nombre très restreint d'enseignants (et de spécialistes) par rapport aux étudiants (en 1981, la Faculté comptait 5408 étudiants, dont plus de 3000 en première année). En plus, la disponibilité des enseignants était limitée car ils

devait assumer en même temps leur responsabilité hospitalière et l'administration universitaire.

Les cours magistraux étaient les vraies « missions » des enseignants. Mais à l'heure actuelle où l'avancée technologique diversifie les matières, où les spécialités deviennent des plus pointues, il n'est plus possible de tout enseigner et de tout apprendre au cours d'une formation initiale, les cours magistraux ne constituent plus une formation mais une simple information. Le terme « enseignement » doit même être abandonné au profit de « l'apprentissage » au niveau d'une formation universitaire. Le rôle de l'enseignant doit être plus d'encourager le désir d'apprendre que celui de savoir, et l'étudiant ne doit plus apprendre mais « apprendre à apprendre ». On doit s'intéresser plus à l'apprentissage qu'à l'enseignement, moins à ce que l'enseignant présente et plus à ce que l'étudiant apprend. Presque tout ce que devra apprendre n'importe quel professionnel de la santé dans les quarante années ou plus de vie professionnelle qui suivront sa formation initiale le sera par l'auto-apprentissage.(12)(17) Platon disait : « Enseigner n'est pas d'inculquer à l'âme des idées figées et sans vies, c'est l'ensemencer ».

Les travaux pratiques et dirigés censés mettre l'étudiant dans une situation active rencontraient eux aussi un grand obstacle : l'effectif des étudiants. En effet, certains services hospitaliers comptaient plus d'étudiants que de malades, si bien que dans de telles conditions il est impossible de parfaire certains objectifs de stage (s'il y en a !). Prenons l'exemple des objectifs de stage de la 6^{ème} année à propos des accouchements : faire les 15 accouchements avec la présentation du sommet, et eutocique en plus, est quasiment impossible si on divise le nombre de parturientes au nombre d'étudiants.

Les gestes pratiques(observations médicales, soins infirmiers,..) deviennent aussi pénibles pour les malades qui perdent patience. Le manque ou l'absence d'encadrement par des médecins qui ignorent ou qui ne se soucient pas de leurs rôles ne fait qu'aggraver la situation. Les médecins et les malades perdent leur confiance dans les étudiants qui ne sont pas responsabilisés, passifs. Au lieu de stimuler une émulation, la situation favorise le laxisme de la part des étudiants. Les stages pratiques deviennent une démonstration où les étudiants sont spectateurs. L'apprentissage est pourtant un processus dynamique d'interaction , dans lequel le comportement et l'expérience de l'étudiant jouent un rôle capital ; l'étudiant doit non seulement recevoir, mais apporter sa contribution. Cependant, le manque d'encadrement n'est pas la seule faille à ces travaux pratiques.

Une des principales raisons du laxisme et de la négligence des stages hospitaliers de la part des étudiants est liée à l'évaluation. Avant 1999, pour passer en année supérieure, seules comptaient les notes aux examens écrits de fin d'année. Non seulement certaines matières étaient délaissées à cause de leur faible coefficient, mais les stages hospitaliers étaient tout simplement négligés.

Cette dévalorisation s'explique par le fait que les enseignants eux mêmes attachent plus d'importance pour les examens au récit de leurs cours, sans vraiment concentrer les examens sur ce qui doit être appris et retenu pour la pratique de la Médecine.

La discussion sur ces évaluations ne peut se tenir sans qu'aucun objectif éducationnel n'ait été posé. Il est important de préciser que l'évaluation doit commencer par une définition claire et significative des objectifs éducationnels dérivés du profil professionnel, lui même dérivé des problèmes prioritaires de santé. Autrement dit, il n'y pas de succès d'une pédagogie par objectifs sans une adéquation des examens aux objectifs. Nous devons amener un étudiant à se soucier moins des récompenses extérieures que de sa satisfaction personnelle d'avoir atteint une compétence voulue. L'évaluation doit mettre l'étudiant en compétition avec lui-même, pour lutter contre son incompetence, plutôt qu'en compétition avec d'autres étudiants.

Tous ces « maux » de la Faculté de Médecine d'Antananarivo parasitent l'implantation d'un apprentissage fondé sur des objectifs éducationnels en fonction du profil professionnel des médecins qu'elle veut former. L'adoption de ces objectifs éducationnels en 1999 a illustré l'effort dans l'amélioration de la formation : ils doivent permettre aux étudiants de se situer par rapport à ses longues études, et doivent permettre aux enseignants de mieux orienter leur formation en fonction du type de médecin à former. L'instauration du numerus clausus pour le passage en deuxième année a été une bouffée d'oxygène pour une formation déjà étouffée, et l'ouverture du cursus médical au troisième cycle long ne fait qu'améliorer l'encadrement des étudiants par l'intermédiaire des internes de spécialités et les chefs de clinique. De mûres réflexions sur les examens sont nécessaires. En effet d'après G.E. MILLER : « modifier un programme ou des techniques d'enseignement sans changer le système d'évaluation a toutes les chances de mener à rien »(12)

Malgré tout cela, la résistance au changement existe toujours, et il y a bien de chemin à faire entre l'adoption d'une réforme et son application effective. Néanmoins, la volonté de changer est là, nous verrons dans la deuxième partie de cette thèse les facteurs qui ont influencé ce changement.

Chapitre III : A PROPOS DE QUELQUES INNOVATIONS DANS L'APPROCHE DE L'ENSEIGNEMENT MEDICAL FRANCOPHONE

Afin de pouvoir comparer et d'en tirer des leçons, nous croyons nécessaire d'avoir un petit aperçu sur certaines réformes ou innovations de quelques facultés de Médecine francophones, dont Madagascar fait partie. L'analyse d'une formation médicale étrangère étant hasardeuse, nous nous sommes contentés de recueillir un discours résumant la réforme des études médicales françaises datant de plus de quarante ans, des réflexions beaucoup plus récentes sur le contenu des enseignements, et un résumé de l'évaluation d'une faculté. Ces documents nous donneront une idée assez complète des objectifs d'apprentissage, des programmes ainsi que les méthodes et les moyens de formation dans ces facultés francophones.

I- REFORMES DES ETUDES MEDICALES FRANCAISES EN 1958 (4):

Le texte qui suit est tiré de l'allocution de Monsieur le Professeur MORIN, Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marseille lors de l'ouverture de la Journée Médicale de Madagascar dans le Palais de l'Assemblée Nationale, le mercredi 27 février 1963.

D'après la Rédaction des Annales de Madagascar, le texte de cette allocution a été enregistré sur magnétophone, puis transcrit pour l'impression afin de conserver la forme « directe » employée par le Professeur MORIN.

Aussi, pour garder l'intégralité, nous avons copié tout le discours et enlevé ce qui n'est pas directement en rapport avec la formation médicale.

« La réforme de toutes les études, surtout médicales se fait partout dans le monde car penser que les hommes puissent une fois pour toutes acquérir en 10, 12 ou 15 ans les informations et la formation technique qui leur est nécessaire pour le reste de leur vie est une idée périmée.

Nous avons le privilège de rester toute notre vie, des étudiants. D'où l'idée que l'enseignement doit sans doute informer, mais doit avant tout former ..., compte tenu de l'évolution de plus en plus rapide des techniques et précisément des informations nécessaires... »

I.1- La réforme des études médicales

I.1.1- Principes généraux

« Voici les quatre principes généraux de la Réforme :

- *faire cesser la dualité Hôpitaux- Facultés, aussi bien pour les étudiants que pour leurs maîtres. Les mêmes études, les mêmes examens, les mêmes épreuves ouvrent à la fois une responsabilité, voire une carrière, qui sera à la fois universitaire et hospitalière.*
- *assurer l'interpénétration permanente , pendant toutes les études médicales, des Sciences fondamentales de base, et des Sciences cliniques. On ne les enseigne plus uniquement au début, il y a tout le temps des réintroductions des Sciences Fondamentales, à propos des cas cliniques et pathologiques, cela en vertu des impératifs de la Médecine contemporaine.*
- *renouveler les méthodes d'enseignement qui sont vétustes et aboutissent souvent au « bachotage ». L' enseignement n'est pas assez direct, n'est pas assez concret, et n'utilise pas suffisamment (notamment dans son contrôle par les examens) l'idée qu'il faut surtout essayer de former les esprits plutôt que de bourrer les têtes.*
- *favoriser le développement de la recherche médicale»*

I.1.2- Les cycles d'études

Il existe deux cycles pour aboutir au Doctorat en Médecine :

LE PREMIER CYCLE

Le contenu des programmes

Les Sciences fondamentales : 1^{ère} étape

« Leur enseignement est étalé sur les autres premiers semestres en vue de l'examen A (qui remplace l'ancien P.C.B où on enseigne des aspects généraux de Physique, de Chimie, de Biologie et de Mathématiques). Puis vient l'enseignement des Sciences Fondamentales proprement dites sur les deuxième, troisième et quatrième semestres. Cela serait manifestement insuffisant si en réalité il n'y avait des résurgences de ces Sciences Fondamentales au cours des années ultérieures.

La Sémiologie : 2^{ème} étape

Elle est érigée en une étape fondamentale dans la pierre angulaire de la formation clinique des futurs médecins. ... que la Sémiologie soit bien enseignée et qu'elle soit enseignée de façon à apprendre aux étudiants rechercher les symptômes et les signes...

La Pathologie : 3^{ème} étape

La Pathologie prend tout le reste des études médicales ; elle est envisagée et étudiée sous tous ses aspects, uniquement à l'Hôpital. Il n'est plus question de dualité Hôpital- Faculté. Le contact est permanent avec les malades et avec les maîtres...Les examens cliniques sont renforcés ».

L'enseignement

« Il y a réforme dans la répartition des matières, mais réforme aussi des méthodes d'enseignement par diminution du cours magistral. Nos concours d'agrégation, et souvent même nos concours hospitaliers ont transformé nos cours de Médecine en tournoi d'éloquence. Nous devons rester des hommes pratiques, soucieux de l'efficacité beaucoup plus que de l'élégance. On a donc essayé de « rogner » sur le cours magistral.

L'enseignement est plus concret et plus pratique aux laboratoires où les étudiants devront manipuler directement, plus pratique au lit du malade, plus concret en faisant appel aux méthodes d'enseignement moderne audio- visuel à la télévision, aux différents modes de présentation, aux films,...

La grande réforme : enseignements par petits groupes : on diminue le nombre des cours magistraux, mais on divise les étudiants en groupe de trente au maximum qu'on confie à un moniteur sous le contrôle direct du professeur ou du maître de conférences. C'est ce petit groupe d'étudiants que l'on va suivre, dont on va connaître les éléments et que l'on va contrôler non pas par esprit de brimade mais pour améliorer leur travail.

Enfin, il y a une dernière innovation, une formule nouvelle d'enseignement de la Pathologie : « la Pathologie intégrée » ou « enseignement intégré de la Pathologie ». En voici le principe : à propos d'un cas clinique, le professeur qui a disserté de ce cas en informe ses différents collègues : anatomo-pathologiste,

bactériologiste, biologiste,... et leur demande de compléter son enseignement dans chaque discipline... »

Les examens

« L'étudiant en Médecine travaille de plus en plus pour passer des examens. Et on les comprend puisque ces examens se présentent comme des obstacles qui se présentent sur leur route. Il y a pour eux deux sortes de questions : celles qu'on peut demander à l'examen (qui les intéressent) et celles qu'on ne peut pas demander aux examens (qui souvent ne les intéressent pas). Il faut restaurer chez l'étudiant le désir de s'instruire pour s'instruire et non pas pour passer un examen en réformant la mentalité des étudiants. Et faisons notre mea culpa, il faut réformer la mentalité des professeurs. Les uns et les autres doivent faire un effort d'adaptation. Les étudiants ont l'esprit du bachotage, les professeurs doivent se dire qu'au fond, le but d'un examen est le contrôle de ce que sait l'étudiant mais c'est aussi un contrôle qui leur permettra de savoir s'ils ont bien ou s'ils ont mal fait leur enseignement. Un pourcentage très élevé d'échec prouve peut-être que les étudiants ne savent rien, mais prouve également que l'enseignement n'a pas porté, donc il a été mal fait.

Pour améliorer cet état des choses, il faut aider les étudiants, il faut les aider d'abord par des interrogations partielles, par le contrôle de leur scolarité, mais par un contrôle, si je puis dire, librement consenti et dont ils comprennent la nécessité... »

Trente ans après ce discours du Professeur MORIN portant surtout sur les méthodes d'apprentissage, les réflexions sur l'amélioration de l'enseignement sont axées sur le contenu des programmes de formation : les deux exemples qui suivent illustrent ce changement.

II- PRINCIPES POUR UNE REFLEXION SUR LES CONTENUS DE L'ENSEIGNEMENT (1989) (29)

Premier principe :

Les programmes doivent être soumis à une remise en question périodique visant à y introduire les savoirs exigés par les progrès de la Science et les changements de la société (au premier rang desquels l'unification européenne), toute adjonction devant être compensée par des suppressions.

Deuxième principe :

L'éducation doit privilégier tous les enseignements propres à offrir des modes de pensée dotés d'une validité et d'une application générale par rapport aux enseignements proposant des savoirs susceptibles d'être appris de manière aussi efficace (et parfois plus agréable) par d'autres voies...

Troisième principe :

Ouverts, souples, révisables, les programmes sont un cadre non un carcan : ils doivent être de moins en moins contraignants à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie des ordres d'enseignement ; leur élaboration et leur aménagement pratique doivent en appeler à la collaboration des enseignants...

...

Cinquième principe :

Dans le souci d'améliorer le rendement de la transmission du savoir en diversifiant les formes de la communication pédagogique et en s'attachant à la quantité de savoirs réellement assimilés plutôt que la quantité de savoirs théoriquement proposés, on distinguera tant parmi les spécialités qu'au sein de chaque spécialité, ce qui est obligatoire, optionnel ou facultatif et, à côté des cours, on introduira d'autres formes d'enseignement, travaux dirigés et enseignements collectifs regroupant des professeurs de deux ou plusieurs spécialités et pouvant revêtir la forme d'enquête ou d'observations sur le terrain...

...

Septième principe :

La recherche de la cohérence devrait se doubler d'une recherche de l'équilibre et de l'intégration entre les différentes spécialités et en conséquence, entre les différentes formes d'excellence. Il importerait en particulier de concilier l'universalisme inhérent à la pensée scientifique et le relativisme qu'enseigne les Sciences historiques, attentives à la pluralité des modes de vie et des traditions culturelles.

III- DEMARCHE- QUALITE DANS L' ENSEIGNEMENT (Faculté de Médecine de Bordeaux II- 1999) (30)

III.1- Introduction

L'introduction d'une **Démarche Qualité dans l'enseignement** est un des axes stratégiques de l'Université qui a été présenté dans le projet de contrat quadriennal sous la dénomination d'Evaluation de l'enseignement pour reprendre le terme utilisé dans les textes législatifs. **La Qualité** est l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites.

On peut résumer la **Dynamique Qualité** en une boucle permanente comportant trois phases : réalisation d'une action en suivant une procédure- évaluation de la réalisation – modification de la procédure visant à améliorer la qualité.

L'Evaluation de l'enseignement n'est qu'une phase de la Dynamique Qualité qui a pour finalité l'amélioration permanente de l'Enseignement.

Une Démarche Qualité est l'ensemble des procédures visant à améliorer la Qualité, c'est à dire accroître l'efficacité et le rendement des activités et des processus pour apporter des avantages accrus à la fois à l'organisme et à ses clients.

III.2- Cadre législatif et textes émanant du Ministère :

III.2.1- Arrêté du 9 avril 1997 relatif aux diplômes d'études universitaires générales, à la Licence et à la Maîtrise

Titre IV : habilitation et évaluation

Article 23 : pour chaque cursus, est organisé une procédure d'évaluation des enseignements et de la formation. Cette évaluation qui prend en compte l'appréciation des étudiants, se réfère aux objectifs de la formation et des enseignements.

Cette procédure, garantie par une instruction ministérielle, a deux objectifs. Elle permet d'une part à chaque enseignant de prendre connaissance de l'appréciation des étudiants sur les éléments pédagogiques de son enseignement. Cette partie de l'évaluation est destinée à l'intéressé. La procédure permet d'autre part une évaluation de l'organisation des études dans

la formation concernée, suivie pour chaque formation par une commission selon des modalités définies par le conseil d'administration de l'établissement, après avis du conseil des études et de la vie universitaire.

III.2.2- Politique et organisation de la Démarche Qualité dans l'enseignement

Le texte de l'arrêté du 9 avril 1997 fixe seulement deux objectifs :

- permettre à chaque enseignant de prendre connaissance de l'appréciation des étudiants sur les éléments pédagogiques de son enseignement,
- évaluer l'organisation des études dans la formation concernée.

Ces textes donnent un aspect réducteur à la démarche. En considérant l'Evaluation des enseignements comme une phase de la Démarche Qualité dans l'enseignement, il est clair que ces objectifs doivent être inscrits dans le contexte plus vaste de l'amélioration continue de la qualité des enseignements, et par suite de leur promotion.

La Démarche Qualité dans l'enseignement doit favoriser :

- la réflexion sur les enseignements dispensés dans l'Université,
- les innovations pédagogiques,
- les échanges entre les disciplines.

Il y a deux types d'évaluation pour chaque enseignement :

- **les évaluations annuelles** : chaque année, tout enseignement est évalué par ses acteurs, enseignants et étudiants. C'est une évaluation interne de routine. L'évaluation annuelle est une procédure systématique, intégrée à tout enseignement, faisant partie du contrat entre enseignant et étudiant . Elle pourra porter sur toute ou une partie des grands points d'un enseignement : les besoins auxquels il répond, les objectifs qui ont été fixés, les modalités d'enseignements, les contrôles de connaissances;

- **les évaluations quadriennales** : tous les quatre ans, chaque enseignement fait l'objet d'une évaluation externe à l'enseignement (mais interne à l'Université) effectués par une commission d'évaluation constituée d'enseignants et d'étudiants. C'est une démarche qui implique l'Université dans son ensemble.

L'évaluation étant au cœur de cette démarche-qualité, nous allons prendre un exemple de rapport d'évaluation d'une faculté de Médecine francophone.

IV- RAPPORT D'EVALUATION D'UNE FACULTE DE MEDECINE FRANCOPHONE (31)

Sur la demande d'un haut responsable de la Faculté de Médecine d'Antananarivo, à qui nous devons ce document, nous avons le devoir de garder l'anonymat sur le nom de cette Faculté.

IV.1- Recommandation des évaluateurs sur les missions et objectifs institutionnels

V.1.1- Une réforme des études médicales

Les études médicales étant déjà parmi les plus longues qu'offrent les universités, l'augmentation des connaissances et des techniques n'a nul part entraîné une augmentation de la durée des études. Il a fallu plutôt émonder les programmes, les rendre plus efficaces et surtout répartir autrement les enseignements :

- Emonder, c'est, pour le professeur, accepter de ne pas enseigner tout ce qu'il sait et même tout ce qu'il estime être important, mais choisir avec ses collègues ce qu'ensemble ils considèrent essentiel pour un étudiant d'un niveau donné, en conformité avec les objectifs généraux du programme et du cycle...Le cours, destiné à l'étudiant, ne doit plus appartenir au professeur, mais à la Faculté.
- Etre plus efficace, c'est privilégier les méthodes d'apprentissages les plus performantes, au moindre coût ; c'est mettre l'accent sur l'utilisation des connaissances plutôt que sur leur accumulation ; c'est éviter les redondances par l'intégration des enseignements ; c'est accepter l'évaluation formative des étudiants ; c'est tenir compte de l'évaluation de l'enseignement faite par ceux-ci ; en un mot, c'est appliquer les principes de la pédagogie.
- Répartir autrement, c'est pour le professeur, accepter que l'enseignement de sa discipline se limite à ce que tout médecin doit connaître, comprendre, savoir faire à la fin d'un tronc commun, prenant en considération qu'il y aura ensuite un programme d'études obligatoires pour tous les étudiants, au cours duquel il aura l'occasion de donner les enseignements qu'il a dû retrancher et qui seront alors nécessaires à telle ou telle clientèle étudiante. Par exemple, plus d'Anatomie pour les futurs chirurgiens ou radiologistes, plus de Physiologie pour les futurs internistes ou pédiatres...Il n'est plus nécessaire ni souhaitable que les spécialistes aient acquis une formation de généraliste avant de se former en spécialité. Par contre, il est devenu nécessaire que les généralistes soient mieux formés pour faire face à une bonne partie des besoins de la population ; ils ne sauraient se limiter à orienter les malades .

Cette nouvelle façon de concevoir les études médicales ne s'est pas imposée rapidement, car même en Amérique où elle a commencé, il y a encore des enseignants, heureusement parmi les plus âgés, qui pensent encore que le généraliste est celui qui ne s'est pas spécialisé (en France, c'est encore pour plusieurs celui qui n'a pas réussi le concours de l'internat) et que le spécialiste pourrait faire de la Médecine générale s'il ne peut plus exercer sa spécialité. C'est qu'ils n'ont pas réalisé tout ce qu'aujourd'hui on demande de compétence au généraliste.

IV.1.2- Une nouvelle Médecine générale

...Aux yeux de la Commission d'évaluation externe, cette réforme paraît encore plus nécessaire dans les pays en voie de développement où la population est rurale dans une proportion encore plus importante : il s'agit donc plutôt d'un investissement. Le généraliste, dans ces pays, n'est il pas plus laissé à lui même, avec moins de possibilités d'évacuer les malades qui débordent sa compétence ou sa capacité d'intervention? Ne doit il pas être le mieux formé possible, lui qui constitue la charnière entre les médecins de Santé publique et les centres hospitaliers régionaux qui reçoivent des malades pour les soins de deuxième ligne ?

Il est donc nécessaire que, par une réflexion collégiale, tout le corps professoral reconnaisse le rôle essentiel du médecin de première ligne dans le système de santé. Une telle démarche est un préalable à une réforme des études médicales qui se fonde sur les besoins de la population. Une formation de base, celle qui est donnée dans un tronc commun, même avec un certain internat, n'est plus une formation optimale pour les généralistes de demain.

IV.2- Recommandation sur le programme d'étude des 1^{er} et 2^{ème} cycle

Nous avons dit pour haut que le programme des études des 1^{er} et 2^{ème} cycles (ou tronc commun) devrait être considéré comme apportant la formation scientifique et clinique minimale nécessaire à l'admission éventuelle dans un programme spécifique correspondant à l'une ou l'autre des modalités d'exercice de la Médecine non plus à la formation nécessaire pour la Médecine générale. Ceci devrait permettre de limiter la quantité de connaissances à enseigner en deuxième cycle, une partie pouvant être reportée dans un troisième cycle.

L'objectif du tronc commun est de limiter l'enseignement à ce qui est essentiel à la formation de l'étudiant qui va ensuite aborder une formation spécialisée, y compris pour la Médecine générale, d'une durée variable en fonction de la discipline choisie.

D'une manière générale, le premier travail de la Faculté doit être d'établir un consensus sur le contenu de cette formation de base, après avoir défini ses objectifs institutionnels en conformité avec les missions que l'Université lui a confiées. En accord avec certains responsables de la Faculté, les membres du Comité d'évaluation ont constaté :

- qu'il n'y avait pas d'intégration entre les Sciences Fondamentales et Sciences cliniques, les premières constituant le premier cycle et les deuxièmes le deuxième cycle,
- qu'il y avait une intégration insuffisante entre l'enseignement théorique et les travaux pratiques ou les stages correspondant,
- qu'aucune place n'était laissée à l'auto-apprentissage de l'étudiant, étape importante pour la formation scientifique du médecin qui sera perpétuellement confronté au problème de la formation continue qui comporte une bonne part de réflexion personnelle,
- que la place des Sciences humaines à côté des Sciences biologiques est insuffisante dans le premier cycle d'études (Psychosociologie), comme dans le deuxième (Psychiatrie et Médecine Sociale et Préventive),
- que, de manière générale, les objectifs pédagogiques des deux premiers cycles d'études, et a fortiori, de chacun des cours qui les constituent, ne sont pas clairement définis,
- qu'il n'y a aucune évaluation ni des enseignants ni des enseignements,
- qu'il n'y a pas de cours ni de stages optionnels.

IV.2.1- Un comité du programme des premiers et deuxième cycles

Le programme est une entreprise multidisciplinaire ; il ne peut appartenir ou être confié à l'un ou l'autre des responsables de département ou de service, il doit « appartenir » à la Faculté. Il faut instaurer une structure responsable de l'ensemble du programme, un « Comité du programme » responsable :

- de la préparation des objectifs généraux du programme des études des premier et deuxième cycles, en conformité avec les objectifs institutionnels préalablement adoptés,
- de la liste des matières que chaque cycle comprend, avec leur poids respectif, leur place dans le programme (curriculum),
- de la préparation du règlement pédagogique qui régit le programme auquel l'étudiant est inscrit,

- de la vérification, pour chaque cours ou matière, de la conformité des objectifs, des contenus, des méthodes d'apprentissage et des modalités d'évaluation avec les objectifs généraux du programme.

IV.3- Recommandations sur les programmes du 3^{ème} cycle

Dans l'état actuel des choses, les membres de la Commission d'évaluation externe constatent qu'il existe de nombreux programmes de spécialité mais aucun pour la Médecine générale. L'accès à ces programmes de spécialités de troisième cycle se fait après la validation au minimum d'une année de stages internés et la réussite au concours de Résidanat. Aux yeux des évaluateurs externes, il est urgent de modifier ce système en rendant un troisième cycle obligatoires pour tous, y compris la Médecine générale. Dans ces conditions, il paraîtrait opportun de reporter la soutenance de la thèse et l'octroi du diplôme de Médecine à la fin des troisièmes cycles d'études, il faut remettre en question les textes légaux régissant les deux premiers cycles d'études, la thèse et le diplôme. Considérant la Médecine générale comme un troisième cycle à part entière, il importe de créer une Commission de Médecine générale qui devrait définir les objectifs généraux de cette formation particulière, ayant au préalable défini le profil du médecin de première ligne.

IV.3.1- Commission facultaire pour le 3^{ème} cycle

L'absence de formation spécifique post- graduée en Médecine générale fait de ce mode d'exercice un choix forcé, dicté par l'échec au concours de résidanat. Les évaluateurs y voient trois explications :

- la rigidité des textes légaux dissuade toute réforme,
- absence complète d'enseignants de Médecine générale,
- des préjugés de la part des enseignants tous spécialistes.

L'aperçu de ces Facultés francophones nous permet de se situer dans cette amélioration de la formation médicale. Le discours du Professeur MORIN datant de quarante ans reflète encore les réalités actuelles à propos des méthodes d'enseignement. La réforme de l'enseignement français de 1958 proposait déjà la réduction des cours magistraux au profit des enseignements par petits groupes et l'enseignement intégré de la pathologie. Des concepts fondamentaux nous paraît très importante : faire de l'enseignement une formation non une information médicale, réveiller chez l'étudiant le désir de s'instruire pour s'instruire, non s'instruire pour passer un examen, et de reconnaître que les enseignants ont une grande responsabilité dans cette attitude des étudiants.

Nous pouvons remarquer aussi que l'élaboration du programme pour une interpénétration entre les Sciences Fondamentales et la Clinique a toujours été un problème irrésolu jusqu'à nos jours. Les Sciences Fondamentales ne sont enseignées qu'au cours du premier cycle, et les étudiants ne perçoivent pas leur application pratique sans la clinique. L'inverse est valable au cours du deuxième cycle pendant lequel la faculté de déduction des étudiants devant une pathologie n'est plus en éveil.

Bien que très intéressante, cette réforme confirme ce que nous avons dit auparavant : elle ne concernait que les activités d'apprentissage. Notre Faculté a adopté cette réforme sans que l'application soit effective.

La Démarche- Qualité dans l'enseignement (Faculté de Médecine de Bordeaux) est l'une des références de notre Faculté, nous en reparlerons au cours de la seconde partie de notre travail. D'après la boucle permanente de la Dynamique Qualité, nous pouvons voir que la Faculté de Médecine d'Antananarivo n'est qu'à la première étape : réalisation d'une action en suivant une procédure. La procédure en question reste encore à peaufiner car elle doit suivre une succession d'idées : détermination des besoins de la population en matière de santé, déterminer le profil professionnel des médecins pour en déduire les objectifs éducationnels, enfin décrire les activités d'apprentissage. Une évaluation de l'enseignement à partir de paramètres tirés de ces procédures est nécessaire pour l'ajustement ou la réforme de la formation. Un changement doit désormais suivre cette démarche pour ne plus revenir dans des rénovations superficielles, qui, au lieu de transformer et faciliter, ont déformé et compliqué les choses.

Nous n'avons pas le résultat de l'évaluation de notre Faculté par la CIDMEF, mais le présent rapport pourrait bien convenir à Madagascar. Le conditionnel est de rigueur car les besoins de la population, base de toute réforme, pourraient ne pas être les mêmes. Nous pensons que l'importance donnée aux médecins généralistes, les premiers en contact avec la population, est une des images de la pertinence de la formation. Contrairement à ce qui se passe actuellement, on doit renforcer la formation en Médecine générale qui ne doit plus être considérée comme la Médecine de base, pour les médecins n'ayant pas pu se spécialiser. Il n'y a rien de mal à la formation de spécialistes, médecins de derniers recours et enseignants à la fois, mais il faut aussi définir leur profil professionnel en fonction du système de santé et des infrastructures disponibles. Les infrastructures sanitaires de notre pays ne sont pas encore adaptées aux « super-spécialistes » formés dans des services sophistiqués des pays riches. Par exemple, il n'est pas opportun pour un chirurgien-cardiologue d'être formé à la transplantation cardiaque tant que les services de Réanimation, de Biologie, de Chirurgie, ... ne sont pas assez équipés pour recevoir une pareille intervention. La prévention des maladies pouvant amener à cette transplantation devrait être sa première préoccupation. Ses activités de soins doivent être conditionnées par les besoins locaux (par exemple la chirurgie valvulaire, vue la fréquence de l'atteinte cardiaque dans le rhumatisme articulaire aigu).

Le troisième cycle long menant vers l'agrégation où les activités du spécialiste englobant soin- recherche-enseignement conserve tout son intérêt, sous réserve que celui qui en a bénéficié s'appuie sur une connaissance très avancée d'un domaine pour la transformer en activité de soin pratique selon les conditions de travail, et la transmettre aux étudiants de façon à les rendre opérationnels sur leur lieu de travail. Dans tous les cas, ce sont les médecins, quelque soit leur niveau d'étude, qui doivent s'adapter aux réalités locales, non le contraire.

DEUXIEME PARTIE : EFFORTS ENTREPRIS POUR UN MEILLEUR APPRENTISSAGE DE LA MEDECINE

Nous avons vu dans la première partie que les documents écrits relatifs aux objectifs éducationnels datent d'à peine cinq ans, ce qui laisse à réfléchir sur ce qu'étaient les objectifs de la formation avant. Considérant que l'instauration de l'enseignement par objectifs constitue un tournant dans la formation médicale, nous nous demandons pourquoi les dirigeants de notre Faculté n'ont adopté ce système que si tardivement, alors que l'OMS l'a initié dans les années 70, et que les premières réflexions sur le sujet au sein de l'Université datent de 1983. Maintenant qu'on l'a adopté, qu'en est-il de l'évaluation de la Faculté, étant donné que nous avons les objectifs servant de repères. Ces questions sont la raison des travaux de recherche de cette deuxième partie, basés sur des enquêtes et entretiens avec les « acteurs » du changement de la Faculté de Médecine d'Antananarivo. Nous parlerons des points de vue des Doyens successifs sur la formation médicale à Madagascar, et de ceux des médecins sortants et étudiants en Médecine. Au terme de ces enquêtes, nous pouvons dresser un bilan des efforts et des réalisations de la Faculté en matière d'innovation pédagogique.

I- METHODOLOGIE

I.1- A propos des entretiens avec les Doyens de la Faculté de Médecine d'Antananarivo et les médecins de l'Internat Qualifiant

I.1.1- La sélection

De 1962, date de sa création, jusqu'en 1973, la Faculté de Médecine a été dirigée par le Recteur de l'Université. La direction par un Doyen n'a été instaurée qu'en 1973, et depuis, la Faculté de Médecine d'Antananarivo a connu sept Doyens.

Notre enquête ne s'est portée qu'à partir du mandat du Professeur ANDRIANJATOVO (1980- 1992) car, non seulement lui et toutes les personnes qui ont succédé sont encore en activité, mais aussi le cursus médical à Madagascar n'a été complet qu'en 1977, année de sortie de la première promotion de médecins d'Ankatso.

Cependant, nous n'avons pas eu un entretien avec le Doyen actuel car, n'ayant assuré que l'intérim depuis 2001, son élection et sa nomination au poste de Doyen ne datent que vers la fin de 2002, période de rédaction de notre thèse.

En tout, nous avons interviewé quatre Doyens :

- le Professeur ANDRIANJATOVO Joseph : 1980- 1992

- le Professeur RAZANAMPARANY Marcel : 1993- 1995
- le Professeur RAKOTOARIMANANA Denis Roland : 1995 – 1998
- le Professeur RAKOTOBÉ Pascal : 1998- 2002

Pour les médecins spécialistes de l'Internat Qualifiant, nous avons choisi au hasard deux médecins issus de la première promotion. Ayant participé aux deux derniers séminaires pédagogiques concernant les objectifs éducationnels, nous pensons que ces médecins sont une certaine image représentative de la nouvelle génération et futurs dirigeants de la Faculté de Médecine.

I.1.2- Méthode utilisée

Après leur avoir demandé une entrevue quelque jours auparavant, toutes les personnes suscitées ont accepté de nous recevoir, dans leur domicile ou dans leur lieu de travail. Nos interlocuteurs étaient avisés à l'avance du sujet de notre conversation. Les questions étaient identiques pour les Doyens, de même que pour les médecins de l'Internat Qualifiant, avec quelques modifications cependant au décours de l'interview.

Enregistrés sur une dictaphone, les propos de nos interlocuteurs sont ensuite repris et résumés sous- forme de narration. Certains enseignants soucieux du sérieux de notre travail ont demandé de vérifier notre prise de notes, et ils ont accepté leur publication après avoir vu que l'intégralité de l'entretien avait été conservée.

I.1.3- Les sujets de l'entretien

Les questionnaires de base utilisés lors de notre entretien avec les Doyens et les médecins issus de la première promotion de l'Internat Qualifiant sont détaillés dans la partie ANNEXE. Les questions se rapportaient aux orientations pédagogiques de la Faculté et à la pertinence du programme, ainsi que les efforts dans l'amélioration de la formation.

I.2- A propos de l'enquête faite auprès des étudiants en Médecine

I.2.1- Recrutement des étudiants enquêtés

Les étudiants étaient choisis au hasard, mais on s'efforçait de les répartir en quota égal pour chaque promotion, de la première à la huitième année, ainsi que les deux premières années de l'Internat Qualifiant.

Des imprimés contenant les paramètres à étudier étaient distribués aux étudiants. L'objectif de l'enquête, ainsi que les instructions sur les modalités de remplissage du questionnaire étaient inclus sur ces imprimés de 12 pages. Les étudiants étaient prévenus à l'avance de l'anonymat de leurs formulaires, ils devaient seulement mentionner leur année d'études.

I.2.2- Méthode utilisée

Notons au départ que ces enquêtes ont pu être réalisées grâce à l'aide de l'association REMEDE Madagascar (Rassemblement des Etudiants en Médecine et Ex-), qui a bien voulu travailler avec nous, de la rédaction des questionnaires jusqu'au ramassage et dépouillement des formulaires. L'interprétation des résultats a été différente de celle de ladite association car les fins d'utilisation n'étaient pas les mêmes. En effet, les renseignements utiles pour notre travail ne constituent qu'une partie des enquêtes de REMEDE Madagascar.

Distribués durant le courant du mois de mars 2002 , les étudiants disposaient d'une semaine environ pour remplir leur formulaire, le ramassage se faisait dans chaque promotion ou dans les lieux de stages des étudiants. Les caractéristiques de l'étude peuvent être résumées de la façon suivante :

- Lieu : Faculté de Médecine d'Antananarivo.
- Période d'étude : 1^{er} Mars 2002 au 31 Août 2002.
- Population d'étude : étudiants de la Faculté de Médecine (externes, stagiaires internes, internes qualifiants).
- Echantillonnage : 189, avec une moyenne de 20 étudiants par promotion.

Nous nous aidions du logiciel Excel 97 dans le dépouillement et l'analyse statistique des résultats.

I.2.3- Les paramètres étudiés

L'enquête que nous avons réalisée avait pour objectif de recueillir l'opinion des étudiants sur :

- leurs rôles dans la gestion de la Faculté
- les cours et programmes de formation à la Faculté de Médecine
- les enseignements dirigés et les stages hospitaliers
- les méthodes d'évaluations théoriques et pratiques
- l'accessibilité des membres de la direction et des professeurs aux étudiants
- les ressources et installations
- les services de santé

II- RESULTATS DES DIVERSES ENQUETES

II.1- Résumé des entretiens avec les Doyens de la Faculté de Médecine d'

Antananarivo

II.1.1- Entretien avec le Professeur ANDRIANJATOVO Joseph (Doyen de 1980 à 1992)

A une question concernant les **objectifs de la formation médicale** lors de son mandat, le Professeur a dit qu' « *on cherchait l'Excellence dans toutes les domaines, en rapport avec la Santé Publique. Le programme d'enseignement n'était pas défini par la Faculté : le Collège des enseignants décidaient de la répartition des heures, et chaque responsable d'une matière détermine le contenu de son programme* ».

Le Doyen a rappelé que le grand obstacle du **point de vue pédagogique** résidait dans *l'effectif surélevé des étudiants*, lié à la politique de l'enseignement à l'époque. En effet, l'Etat obligeait à recruter beaucoup trop d'étudiants dans les six provinces (à nombre égal dans toutes les provinces). Ainsi, les critères de sélection ne respectaient plus les normes voulues. Les étudiants manquaient également de bonnes volontés, les grèves estudiantines quasi-annuelles ne faisaient que ralentir la progression.

N.B : lors de notre entrevue Professeur ANDRIANJATOVO, les circonstances ne nous permettaient pas de détailler certains sujets. Aussi, nous ne ferons que citer quelques unes des réalisations de ce Doyen quatre fois élu à la tête de la Faculté de Médecine d'Antananarivo :

- instauration de l'Externat en Médecine en 1981,
- la définition des objectifs institutionnels des études médicales,
- la décentralisation à Mahajanga de la Faculté de Médecine,
- l'introduction de nouvelles matières dans le programme de formation médicale, telles que la Psychologie médicale, la Médecine du travail, l'Anglais,...
- la décentralisation des soutenances de thèse dans les cinq autres provinces,
- le premier séminaire pédagogique de la faculté de Médecine à Mahajanga en 1984,
- l'ouverture de la Bibliothèque de Befelatanana, de la médiathèque et la vidéothèque de la Faculté de Médecine au bâtiment du grand Internat de l'ancienne école de Médecine de Befelatanana.

II.1.2- Entretien avec le Professeur RAZANAMPARANY Marcel (Doyen de 1993 à 1995)

A propos du programme d'enseignement à la Faculté, le Doyen nous a répondu qu' « à l'époque, chaque chaire, discipline ou département était sollicité pour élaborer ses objectifs

éducationnels et ses programmes d'enseignement, mais ceci n' a jamais été fait, sauf pour quelques disciplines, cependant encore de façon incomplète. Il fallait donc tout reprendre en commençant par faire l'état des lieux à partir de l'inventaire des pathologies existantes à Madagascar, puis se demander : quel type de médecins doit- on former ? et pour quel type de poste ? »

Pour l'état des lieux, la direction de la Faculté avait demandé dans les années 80 au Département de Statistique sanitaire médicale au sein du Ministère de la Santé, l'élaboration de statistiques classifiant les principales pathologies rencontrées dans chaque région, « et d'en dégager arbitrairement les six ou sept des dix maladies que le médecin généraliste doit connaître à fond, le reste plus rare réservées au domaine du spécialiste ». Ce procédé devait permettre de bâtir le programme d'enseignement, ainsi un programme doit être différent d'un pays à l'autre, adapté selon les régions. C'est d'ailleurs la raison des stages en province où les internes doivent réajuster, adapter leurs acquis selon les réalités locales...

« Tout ceci n'étant pas réalisé, on ne pouvait confier l'élaboration du programme qu'aux Directeurs pédagogiques. Au moins ils pouvaient se baser, comme tout bon pédagogue, sur la statistique des maladies qu'ils ont rencontrées, et évaluer, réajuster et adapter le programme en fonction de l'évolution de la situation. »

On a aussi essayé d'améliorer l'élaboration du programme par des séminaires pédagogiques en 1984, 1994 et 1999, avec la participation des directeurs pédagogiques, assistants et encadreurs de stages, mais sans les médecins de brousse. « Le programme défini est valable pour les médecins « de ville » dans les CHU et CHR, mais non pour ceux d'en dehors car inadapté aux logistiques, personnels, médicaments,... Les possibilités y sont limitées, y compris la possibilité d'évacuations sanitaires, d'où la formation telle la PCIME² à travers laquelle les personnels de la santé (des agents de santé aux médecins) ont leur responsabilités bien définies, même si c'est encore à parfaire. »

Il a réitéré l'importance des données statistiques pour servir de base dans l'élaboration des programmes, et discuter du contenu lors des séminaires à plusieurs niveaux : les responsables des centres de santé pilotes ou « sentinelles », des centres de santé de district, régional et national. « Les programmes ne doivent plus partir d'en haut, sinon on aura toujours les mêmes problèmes : conflits entre spécialités influencés par les dirigeants politiques, les Directeurs pédagogiques qui ne voient que les cas graves dans les

² : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance.

hôpitaux, ... on n'arrive pas à fixer les objectifs exacts car les points de vue sont différents entre chaque spécialité, entre la Santé Publique et la Médecine praticienne ».

Cependant, le Doyen a affirmé que les CHU restent le noyau des centres de formation car on y rencontre les cas graves dont un généraliste doit connaître les symptômes, donc savoir décider une évacuation et la prise en charge en urgence des malades. Néanmoins, il a suggéré que tout étudiant fasse un stage auprès d'un médecin généraliste (comme en France), ne serait-ce que quelques mois pendant leur stage en province pour être en contact avec les pathologies habituelles.

A propos du type de médecin à former, le Doyen reconnaît que la tâche ne sera pas du tout aisée tant que l'état des lieux n'est pas fait, et on en est encore là malheureusement. En effet dit-il, *« ce n'est pas raisonnable de former deux types de médecins: un médecin de « ville » qui dispose de moyens de diagnostics, et celui « de la brousse » qui se débrouille avec les moyens locaux et les seules formations qu'il a eues ».*

Un point important qu'il a souligné lors de notre entretien, c'est la formation de la relève. A l'époque, ils ont fait un inventaire des enseignants et ont constaté que dans une dizaine d'années les trois-quarts seront à la retraite, alors que la relève n'était pas encore assurée. *« Ayant remarqué qu'auparavant, on ne s'est intéressé que des sommets (le cas des professeurs agrégés), il avait demandé la formation des assistants en Médecine. On en avait nommé soixante à répartir dans chaque discipline, compte tenu des champs de stage. La proposition a été transférée au Ministère en suivant les voies hiérarchiques, mais n'a plus eu de suite.... »*

A une dernière question concernant la destinée de notre Faculté si elle doit être un Faculté de prestige qui prône les recherches scientifiques, ou orientée plutôt vers les besoins de la population, le Professeur RAZANAMPARANY a répondu que les deux vont ensemble.

Il n'apprécie pas l'adoption de l'enseignement des pays développés chez nous, et de le définir par l'« Excellence ». Les médecins généralistes doivent être au courant des nouvelles technologies, mais surtout opérationnels et efficaces devant les réalités où ils sont. *« Un médecin formé en Amérique ne pourra pas s'adapter aux conditions de travail à Betroka. Par contre, un médecin malgache se basant sur la clinique s'en sort en Amérique, les examens complémentaires déjà interprétés par des spécialistes ne feront que faciliter sa démarche ».* Il pense qu'on doit cesser cette démagogie sur l'Excellence, instaurée par les

étrangers alors que tous les enseignants à la faculté sont Malgaches. Pour moi, dit-il, *« l'Excellent médecin est d'abord adapté aux réalités du pays tout en étant au courant des nouvelles technologies, et connaître seulement leurs indications pour le moment »*.

II.1.3- Entretien avec le Professeur RAKOTOARIMANANA Denis Rolland
(Doyen de 1995 à 1998)

Notre première question était au sujet des objectifs de la formation médicale lors de son mandat à la tête de la Faculté de Médecine d'Antananarivo. Aussi, le Doyen nous fait savoir que *« l'objectif, prédéterminé et sensiblement les mêmes dans toutes les universités francophones, consiste à former des médecins capables de résoudre les problèmes de santé sur le terrain, et médecins au courant du progrès de la Médecine.*

Ce « problème de santé » est défini par le Ministère de la Santé à partir des études menées par l'OMS¹. Puis, ledit ministère donne des orientations aux responsables de la Faculté pour l'élaboration du programme des études, d'où la prédominance de la formation en Santé Publique. D'autre part, les suggestions des anciens étudiants étaient pris en compte pour corriger le programme.

Le programme d'enseignement était alors confié aux titulaires de chaires indépendants dans leurs décisions, on leur donnait seulement les éléments d'orientation du Ministère de la Santé.

« Peut-être qu'ils orientent le contenu du programme vers l'intérêt scientifique de leurs matières plutôt que vers les besoins de la population, reconnaît le Doyen, mais sans indicateurs valables, on resterait dans l'approximation. Certes, il y a eu un moment où on a aveuglément copié le modèle du programme européen, mais on s'oriente actuellement vers une professionnalisation de l'enseignement ».

En résumé donc, la Faculté n'a pas élaboré un programme spécifique pour Madagascar, et faute de méthodes ou d'indicateurs valables, on ne peut affirmer l'atteinte ou non des objectifs mentionnés au début. C'est la raison de la *collaboration avec la CIDMEF* (Conférence Internationale des Doyens des Facultés de Médecine d'Expression Française) en vue d'une orientation pédagogique : adéquation de la formation avec la demande locale (les problèmes de santé définis par le Ministère) , tout en mettant les étudiants au courant du progrès de la Médecine.

¹ Organisation Mondiale de la Santé

Pour conclure, le Doyen nous a affirmé que « nous sommes sur la bonne voie dans cette adéquation formation- emploi, qu'il faut continuer et ne pas tomber dans le rigorisme de suivre le même programme que les autres. Notre Faculté sert de modèle parmi les Facultés francophones. La relève manque et ceci dépendra de la volonté des jeunes . »

II.1.4- Entretien avec le Professeur RAKOTOBE Pascal (Doyen élu en 1998)

Notre première question était de savoir à quelle demande répondait le programme de formation lors de son mandat. Le Professeur RAKOTOBE nous a répondu qu' « au début, le programme des études médicales découlait de celui des facultés françaises. On a voulu réformer ces programmes par le biais des séminaires pédagogiques en 1984 et en 1994, dont les objectifs étaient de modifier le programme pour être plus assimilable aux étudiants afin d'améliorer leur efficacité. Les séminaires n'ont pas eu d'application puisqu'on était axé surtout sur le volume horaire plutôt que sur le contenu des programmes. »

Lors de son mandat, l'objectif était d'adapter le programme des études au profil de médecins dont Madagascar a besoin, en collaboration avec la CIDMEF pour la remise en question du programme de formation pédagogique. Deux séminaires pédagogiques, où participaient surtout les enseignants et les Internes Qualifiants 1^{ère} promotion, ont été organisés à cet effet. On y a discuté de la réforme du programme axé sur l'enseignement par objectifs, après conscientisation et formation des formateurs pédagogiques, et aussi de l'évaluation de la Faculté.

Cette dernière devait comprendre une évaluation interne, auto- critique au sein de la faculté sur le programme d'enseignement et de recherche, l'organisation administrative, celle ci faite par les enseignants, le personnel administratif, les étudiants.

Poursuivant son propos tenu avant l'évaluation par la CIDMEF, le Doyen indiquait : « Une évaluation externe devrait être réalisée par la CIDMEF à partir d'enquêtes ou de recoupements de l'évaluation interne. C'est seulement après ces évaluations qu'on pourra aboutir à la réforme du programme élaboré par les Directeurs pédagogiques de chaque discipline, selon le profil du médecin décrit par l'ONM et le Ministère de la Santé. La PCIME (Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance) et la MSR (Maternité sans Risque) sont les modèles de cette réforme. Ainsi, le profil d'un médecin idéal sera un généraliste formé selon les besoins du pays, autrement dit celui qui a les connaissances de base du programme adapté aux besoins du pays. »

Le Doyen a expliqué l'intérêt de cette nouvelle approche qui est de ne plus partager les heures. La Direction n'a plus qu'un rôle administratif, elle n'a plus d'influence sur le volume horaire, bien que des enseignants en font partie. Un Bureau pédagogique et un Comité du programme veillent à la bonne marche du programme, et la logique du programme doit primer sur les heures.

Le Professeur RAKOTOBÉ a ensuite expliqué ce qu'il entend par « L'Excellence », son mot d'ordre à la direction de la Faculté. « Un médecin excellent répond aux besoins de son pays d'une part, a toujours soif de connaissances et aime compléter sa formation d'autre part. La Faculté doit mieux diriger la formation mais les médecins ne deviendront bons que par eux mêmes. Dans la motivation à l'Excellence, inculquons aux médecins le goût de faire de la recherche à partir des connaissances de base reçues à la Faculté, et d'apprendre à apprendre.

Nous entrons aujourd'hui dans une nouvelle ère des études médicales par l'instauration de l'Internat, du clinicat qui vont favoriser l'enseignement par petits groupes dans les hôpitaux, et les cours magistraux seront condamnés à disparaître ».

D'après ces entretiens avec les Doyens de la Faculté de Médecine d'Antananarivo, la recherche de solutions aux problèmes de santé de la population a toujours été parmi leurs objectifs. Cependant, l'importance accordée à cet objectif dans l'élaboration du programme de formation a varié, ou plutôt évolué, suivant l'équipe dirigeante de la Faculté.

Durant le mandat du Professeur ANDRIANJATOVO, aucun objectif éducationnel n'a été défini clairement, malgré le séminaire pédagogique de 1984 dont le compte rendu n'est plus disponible. «La recherche de l'Excellence dans tous les domaines, en rapport avec la santé publique » constitue un objectif trop vague, dont l'interprétation peut être très large. Le mot « santé publique » fait néanmoins allusion à la pertinence, bien que les moyens pour y parvenir ne soient pas définis.

En effet, le contenu du programme était laissé au seul soin de chaque enseignant, sans lignes directrices tracées par la Faculté. Les enseignants s'étaient surtout concertés sur le nombre d'heures à consacrer aux différents sujets à traiter, aboutissant à un conflit de personnalités, où le plus influent obtenait le plus d'heures. La distribution de l'horaire ainsi décidée devient une constante, la compétence des diplômés issues de cette distribution reste à vérifier.

Nous n'avons pas de paramètres fiables et valides pour porter un jugement objectif sur la qualité de la formation pendant cette période, mais cette absence d'objectifs éducationnels suivant les besoins réels de la population ne mettait pas la Faculté dans la voie de la pertinence.

Une remise en question de l'efficacité de la formation universitaire a déjà eu lieu en 1983 au sein de l'Université (35) : le produit universitaire est-il utile pour la société ? est-il efficace dans son milieu ? a-t-il évolué dans le sens voulu ? les méthodes pour faire passer les messages sont-elles efficaces ? et comment les évaluer ?

On y a évoqué les obstacles entravant le travail pédagogique des enseignants pour être efficace : l'effectif trop élevé des étudiants, la différence entre les supposés acquis avec le baccalauréat et les connaissances et formation réellement maîtrisées par les étudiants, l'absence de maîtrise de la notion de formation (culture générale, expression, comportement), ...

Nous pouvons remarquer que les réflexions n'ont pas du tout abordé le programme de formation, encore moins le rôle et les responsabilités des enseignants dans la dégradation de la formation. Certes, les problèmes soulevés étaient importants, mais ces problèmes découlent de l'absence d'orientation exacte donnée à la formation universitaire. On pouvait faire une sélection rigoureuse dans le recrutement des étudiants, adopter toutes les méthodes d'enseignement possible, ... mais sans l'adéquation de la formation avec ce que l'étudiant sera sensé capable de faire à la fin de ses études, la réponse à la première question de cette réflexion restera toujours négative (le produit universitaire est- t-il utile pour la société ?). L'emprise de la politique avec le régime socialiste pendant cette période ne permettait pas un recrutement sélectif des étudiants, si bien que malgré les rénovations telles la création de nouveaux centres de documentations, l'effectif trop élevé des étudiants a été un lourd handicap dans l'amélioration de l'enseignement.

L'effort d'amélioration à la recherche de la pertinence a commencé à se matérialiser depuis 1993. L'idée de pertinence a été bien lancée avec cette volonté d'établir l'état des lieux afin de déterminer le type de médecins à former. Malheureusement, la volonté restait au stade de projet car la liste des problèmes prioritaires de santé n'a pu être dressée, faute de collaboration avec le Ministère de la Santé. L'élaboration du programme revenait à nouveau à la charge des enseignants, avec le risque que cela implique. Malgré l'insistance de l'équipe du Professeur RAZANAMPARANY sur la nécessité de la connaissance des problèmes prioritaires de santé pour l'orientation de la formation, la résistance se trouvait au niveau de l'absence de textes légaux régissant l'élaboration des programmes, et surtout à la réticence des

enseignants à renoncer à l'ancienne méthode à laquelle ils étaient formés (cf. discours du Professeur MORIN sur la réforme des études médicales françaises en 1958).

Néanmoins, l'idée était lancée, et les successeurs du Professeur RAZANAMPARANY M. n'avaient qu'à poursuivre l'effort entamé.

Durant le mandat du Professeur RAKOTOARIMANANA D.R., l'effort dans l'amélioration de la formation était au statu quo. Deux points essentiels sont à mentionner durant le mandat de ces deux Doyens successifs : les programmes de formation ne sont plus copiés sur ceux des Facultés françaises, et la formation des relèves pour le corps enseignant. Si le deuxième point est en train de se réaliser avec l'ouverture du troisième cycle long pour la formation de spécialistes, le premier tarde à se concrétiser, ou du moins à se généraliser. L'adoption de la PCIME (Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance), puis de la Maternité Sans Risques a été un grand pas en avant dans la familiarisation des médecins généralistes avec les réalités qu'ils rencontreront dans leurs lieux d'exercice, mais de telles initiatives doivent concerner tous les domaines. Cette focalisation de l'enseignement devra alléger le contenu du programme de chaque département, afin d'optimiser le rendement des étudiants.

Dans cette optique, nous devons bien différencier la Médecine de base de la Médecine Générale, comme le cas de la faculté de Médecine de Sfax dans le rapport d'évaluation. Par exemple, nous ne croyons plus nécessaire d'apprendre à tous les étudiants la Médecine Opératoire (les techniques d'amputation, de désarticulation,...), mais à de niveaux d'enseignements différents, elle devrait intéresser les médecins de première ligne et les chirurgiens. Par contre, la prise en charge des pathologies les plus fréquentes, les secours d'urgence, les urgences médicales,... devraient être l'apanage de tous les médecins, quelque soit leur niveau d'étude ou leur spécialité.

Avec l'avènement du Professeur RAKOTOBE Pascal, la réforme s'est fait sentir à travers l'adoption de l'enseignement par objectifs, et la définition du profil professionnel des médecins après le séminaire pédagogique de 1999.

Les objectifs éducationnels, en rapport avec les problèmes que l'étudiant aura à résoudre devant les réalités de son milieu d'exercice, devaient être mentionnés par tous les enseignants au début de leurs cours. L'initiative est louable car ces objectifs aident les enseignants à mieux cerner leur cours, et aident les étudiants à en tirer ce qui est

essentiel. Mais pour que la formation réponde aux besoins de la population, encore faut-il que ces objectifs soient pertinents, et adoptés par tous les enseignants.

Malgré la situation socio-économique de notre pays, être au courant du progrès de la Médecine figurait parmi les qualités que devraient avoir les médecins Malgaches, selon les Doyens successifs. Sans « balises », cet objectif incitait les enseignants à valoriser leurs matières respectives, au détriment de la pertinence. Le principe énoncé par le Professeur RAKOTOBE P. était le meilleur moyen d'atteindre cet objectif, sans négliger la pertinence : faire de la Faculté un lieu d'apprentissage, non plus d'enseignement. En d'autres termes : inciter les étudiants à apprendre à apprendre. Cet esprit de curiosité permanente constitue la meilleure façon de favoriser la formation continue. « Les étudiants ne deviennent bons que par eux-mêmes », devait-il conclure.

Ainsi, les efforts dans l'amélioration de la formation à la recherche de la pertinence sont effectifs au cours de ces dix dernières années. Malgré une certaine résistance, les dirigeants de la Faculté doivent persévérer dans cette voie. Une leçon est à tirer pour venir à bout de cette pertinence de l'enseignement: changer la mentalité des enseignants par l'intermédiaire de formations pédagogiques adéquates.

II.2- Point de vue de quelques médecins issus de la première promotion de l'Internat Qualifiant à propos de la formation médicale à Madagascar

Notre première question était d'avoir leur point de vue sur **la formation et la méthode d'enseignement** quand ils étaient étudiants. Malgré l'insuffisance en logistique, ils trouvaient complet en général le programme théorique , mais pour respecter le volume horaire perturbé surtout par les grèves, de nombreuses séances de rattrapage étaient nécessaires.

Du côté pratique, il y avait l'Externat où les externes étaient très responsabilisés, bien encadrés, toujours dans les hôpitaux, participant aux tours de garde,...Un des médecins pense que « *l'Externat favorise l'élitisme, un principe qu'il faut garder pour avancer* ». Cependant, ils ont constaté un manque de formation pratique dans certains services spécialisés, tels l'ORL, la Gynécologie Obstétrique, la Pédiatrie, indispensables à tous médecins, au profit des stages de Santé publique. Les heures attribuées à la Santé Publique auraient du être réduites car, les acquis lors de ces stages pourront l'être lors de la pratique une fois en activité. Un de nos interlocuteurs a remarqué la nécessité de conscientisation et de responsabilisation de certains encadreurs de stages.

Concernant la méthode, les cours magistraux dominaient, avec tous leurs inconvénients : manque de rapport étroit entre étudiants- enseignants, absence de traitement de faveur pour ceux qui ont des difficultés d'apprentissage,... et la cause en était surtout l'effectif trop élevé des étudiants.

En résumé donc, il y avait deux types d'étudiants : les externes qui étaient bien encadrés, et les non externes qui étaient un peu écartés. Un des médecins pense que l'élitisme sélectionnait ceux qui vont pouvoir suivre le cursus hospitalo-universitaire. Il préconise l'adaptation du programme avec le type de professionnel qu'on veut former : *« pour ceux qui veulent enseigner, il faut les pousser dans la voie correspondante ; et pour la plupart qui vont exercer dans toutes les régions de l'île, il suffit de les former en bon généraliste capables de gérer sa petite communauté (savoir la prise en charge des maladies endémiques, quand décider d'une évacuation sanitaire, les vaccinations,...), sans devoir faire des recherches, publications, ... »* Actuellement dit-il, la voie académique est tracée pour les élites.

Nous avons ensuite demandé si d'après eux, les objectifs de la Faculté de former des médecins adaptés aux besoins du pays et médecins au courant du progrès de la Médecine, sont atteints ?

Pour l'un des médecins, la formation théorique étant la même à Madagascar que dans les pays développés, les deux objectifs sont plus ou moins atteints car les étudiants effectuent obligatoirement des stages en province, où ils sont faces à d'autres réalités. D'après lui, les stages pratiques constituent la base de la différence de notre enseignement avec celui des autres pays : elles ne sont basées que sur les problèmes qui se posent dans notre pays, selon les besoins des malades qui consultent. Ainsi, des formations pratiques qui ne suivent pas les objectifs requis se répercutent sur les capacités de résolution de problèmes par les étudiants. Pour atteindre les deux objectifs donc, il pense qu'on ne doit pas changer le contenu des cours théoriques, il faut qu'on ait le même programme que les pays étrangers, mais améliorer les stages pratiques.

Pour l'autre médecin, comme la formation est la même pour tous les étudiants, les responsabilités sont partagées devant l'existence de ceux qui peuvent suivre et ceux qui sont « médiocres » : d'une part il faut éliminer les étudiants « parasites » par le biais des évaluations, d'autre part les enseignants doivent mettre à jour leur cours en fonction de l'évolution technologique, améliorer la documentation (bibliothèques, créer ou conseiller des sites Internet pour les étudiants,...)

A propos des **derniers séminaires pédagogiques**, ils nous ont expliqué que les objectifs étaient de : *« penser objectif dans toute activité et trouver les moyens pour y arriver, instaurer une interactivité entre l'auto- apprentissage des étudiants et les cours dispensés par les enseignants, et enfin faire une évaluation de l'enseignement »*. Les objectifs de stage y ont été élaborés par les professeurs agrégés, les spécialistes des CHU et CHR et la première proportion de l'Internat Qualifiant. Les objectifs des cours théoriques n'y ont pas été discutés. D'après l'un de médecins, les objectifs de stage discutés lors de ces séminaires correspondent au profil et au type de personnels que la faculté veut et doit former, et ils décrivent ce que l'étudiant sera amené à et capable de faire devant les problèmes de santé. Un des avis communs de ces médecins, c'est que l'obstacle à l'efficacité des étudiants se trouve surtout dans la qualité des stages hospitaliers, non aux cours théoriques. Ils déplorent l'effectif trop élevé des étudiants, le manque d'encadrement, l'inefficacité des systèmes d'évaluation des étudiants, la durée insuffisante des stages dans des services cliniques au profit des stages de Santé Publique... C'est ce qui différencie la Faculté de l'ancienne Ecole de Médecine axée surtout sur la formation pratique professionnalisante : *« mais cette formation n'est pas l'idéale, même pour un raisonnement « Santé Publique », car l'étudiant formé a une connaissance limitée dans la recherche de diagnostic de certains cas graves ou inhabituels »* Aussi, on doit mélanger l'avantage des formations pratiques et théoriques.

Si le nombre élevé des étudiants dans les terrains de stage est actuellement réduit, la Faculté doit mieux sélectionner les encadreurs, les former par le biais des séminaires pédagogiques, les motiver par des rémunérations à la hauteur de leur tâches, améliorer les terrains de stage pour être dans les normes requises, de même pour les outils pédagogiques,... *«Tout cela nécessite une volonté politique, une autre considération de la santé publique toujours financièrement lésée. »*

II.3- Opinion des médecins diplômés à propos de la Faculté(3)

II.3.1- Points faibles

- **Les stages pourraient aider énormément si les encadreurs étaient motivés et formés pour la préparation des examens cliniques finaux. L'encadrement est nettement insuffisant pour être bénéfique aux étudiants,**
- **Efficacité limitée des stages dans les laboratoires car insuffisance de réactifs et de microscopes,**

- Insuffisance de photocopies venant des enseignants pour la préparation de concours (Internat, DIS, ...) alors que les cours magistraux sont superficiels, incomplets.
- Les enseignants ne suivent pas toujours l'évolution des événements scientifiques.
- Programme de stage mal structuré, programme de cours mal conçus , trop de répétition pour certains cours, trop d'enseignants dans une même année pour certaines disciplines,
- Programme de cours mal défini à l'avance, entraînant un bourrage de crâne (les étudiants semblent tout connaître sans vraiment savoir).
- Difficulté de rédiger des certificats médicaux,
- Ignorance de la technique d'autopsie- constat de décès, contrôle sanitaire des viandes, les codes de Déontologie,
- Peu de connaissances en Statistiques pour la préparation de thèses

II.3.2- Suggestions

- améliorer la qualité des cours afin de permettre aux étudiants de réussir les concours,
- mettre à la disposition des étudiants, dans les bibliothèques, des guides pratiques sur les conduites à tenir et les traitements des principales affections,
- mieux préparer les étudiants aux examens cliniques et à la thèse ,
- élaborer un guide méthodologique (même pour la première année),
- améliorer les matériels pédagogiques,
- une commission pédagogique doit prendre en main la première année avant le début des cours pour expliquer aux étudiants ce qu'ils doivent savoir par exemple sur :
 - les objectifs de la Faculté de Médecine ,
 - les différentes règles et obligations qu'ils doivent respecter pendant leurs études
 - le programme des cours (matières/ enseignants/ heures/ coefficients),
 - le système d'examen pour le concours d'entrée en deuxième année
- cette Commission pédagogique doit réunir les étudiants en 7^{ème} année avant le début des stages et leur expliquer les critères concernant les thèses

- au début de chaque cours, tous les enseignants doivent dispenser une méthodologie qui pourrait guider les étudiants à mieux comprendre et à assimiler leur matière,
- chaque enseignant doit organiser un genre de travaux dirigés pour des types de sujets d'examens, à traiter et à corriger,
- chaque département doit avoir sa commission pédagogique,
- ce département doit définir très clairement à l'avance les programmes des cours, suivant les objectifs fixés.

En conséquence :

- avant la rentrée universitaire, chaque enseignant doit donner à son chef de département les programmes de ses cours pour une année
- la commission pédagogique du département se réunit pour étudier la conformité et l'adéquation des programmes des cours à dispenser suivant le cursus universitaire pour la formation médicale de base concernant ce département. A titre d'exemple : éviter la répétition des cours par d'autres enseignants, les cours devront être complets et concis, les cours ne doivent pas être trop approfondis car destiné aux futurs généralistes, non spécialistes,
- les programmes des stages doivent correspondre et se conformer aux programmes des cours théoriques faits l'année précédente (par exemple, les programmes de stage des étudiants en quatrième année doivent correspondre au programme des cours théoriques de la troisième année),
- ...

Nous avons interrogé quelques médecins issus de la première promotion de l'Internat Qualifiant dans le but d'avoir la nouvelle vision de l'enseignement par les futures dirigeants de la Faculté.

Notre première remarque est l'image que donne l'un d'eux de la Médecine Générale : « *il suffit de les former en bons généralistes capables de gérer sa petite communauté* », et de définir l'élitisme comme étant la capacité de poursuivre ses études de troisième cycle long. S'il « *suffisait* » de former un bon généraliste, toutes les réflexions sur l'amélioration de l'enseignement n'aurait pas eu lieu, car toute la question est là : comment former de bons généralistes, médecins de premiers recours de la

population. Leur formation doit requérir le plus d'attention car ils constituent le pilier de la santé publique, et n'oublions pas que le but d'une formation médicale est de résoudre les problèmes de santé de la population.

Cette insouciance de la pertinence de la formation est toujours à l'origine d'un conflit entre les cliniciens et les spécialistes de santé publique, et la guerre d'influence entre chaque spécialité. Il est vrai qu'on ne perçoit pas l'utilité immédiate des cours de Santé Publique dont les objectifs ne sont pas souvent clairs, la diversité des enseignants donnent une impression disparate à la matière, et surtout le manque, ou le plus souvent l'absence, de stages pratiques. Ce n'est pas que cette discipline ait peu d'importance par rapport aux spécialités cliniques, mais on doit changer de méthodes d'apprentissage pour sa meilleure assimilation. L'évaluation des étudiants en Santé Publique ne doit pas du tout être une citation de cours, mais les capacités de résolution de problèmes réels, d'où l'importance des stages pratiques, aussi bien en clinique qu'en Santé Publique.

Un bon médecin doit savoir concilier la clinique à la santé publique : si la prise en charge immédiate d'un malade est du ressort de la première, la prise en charge à long terme de la maladie est du ressort de la deuxième. La Médecine a pour objet la prévention, la conservation et le rétablissement de la santé, et un bon médecin est celui qui remplit ces obligations, et on peut dire que c'est « un élite ». Ainsi, décrire « un élite » comme celui qui peut suivre ses études de spécialité médicale témoigne d'un mépris à l'endroit des médecins généralistes. Chaque médecin peut être un élite suivant la tâche qu'on lui assigne, un « super-spécialiste » ne peut être qualifié d'élite que s'il remplit ses devoirs : répondre aux besoins de la société, que ce soit au niveau des activités curatives, de la recherche ou de la formation de ses pairs. Former un « élite » sans savoir à quelles fins va à l'encontre de la pertinence et de l'« Excellence » prônée par les dirigeants actuels de la Faculté.

A propos des méthodes d'enseignement, tous les médecins étaient conscients des lacunes au niveau des stages pratiques : délabrement des infrastructures, nécessité de coordination avec les cours théoriques, l'effectif trop élevé des étudiants,...surtout le manque d'encadrement et l'absence de formation pédagogique des encadreurs de stage. Nous avons déjà détaillé l'importance de ces stages pratiques dans l'adaptation des étudiants aux réalités locales, dans l'apprentissage du savoir-être et du savoir-faire.

L'existence des internes de l'Internat Qualifiant et des chefs de clinique devra apporter une nette amélioration dans la qualité de ces stages, étant donné le nombre limité des étudiants actuels. Mais encore faut-il que l'enseignement et l'évaluation des étudiants les rendent opérationnels, et mesurent réellement ce qu'ils sont capables de faire une fois dans leur lieu de travail.

C'est pour cette raison que nous ne sommes pas de l'avis de l'un des médecins sur l'identification du contenu de nos cours théoriques avec celui des pays développés. Il y a tellement de différence entre les problèmes prioritaires de santé suivant les données épidémiologiques, entre les moyens d'investigations, entre les modes de vie et culture,... que certaines de leurs pathologies ne doivent être étudiées qu'à titre d'information, non de formation ; et l'inverse est aussi valable. Cette conception ne fera que surcharger le contenu du programme, sans augmenter le rendement de l'enseignement. L'important n'est pas ce que l'enseignant enseigne, mais ce que l'étudiant apprend. Cette formation pourrait former des élites (dans le sens de la spécialisation), mais elle ne formera pas que de bons médecins.

Une grande responsabilité incombe maintenant aux chefs de cliniques et aux internes qualifiants, dont la connaissance, la conscience et l'adoption de la pertinence sont les garanties d'une amélioration de la formation dans les années à venir.

II.4- Opinion des étudiants à propos de la Faculté de Médecine

II.4.I- Opinion des étudiants à propos des cours et du programme a- Cours théorique

Dans l'ensemble, les cours théoriques dispensés dans les amphithéâtres sont clairs, faciles à suivre et de ce fait, facile à comprendre. En effet, 1% seulement ont répondu négativement, tandis que 66% ont donné une réponse de satisfaction moyenne et 32% ont opté pour une satisfaction plus prononcée (souvent clairs). Les étudiants souhaitent surtout améliorer :

- 1- les explications lors des enseignements (72,4%).
- 2- la qualité des supports didactiques (53,4%). Les supports didactiques évoqués ici font allusions à la sonorisation (qualité du son) et à la visibilité du tableau et des transparents.

D'autres propositions sont aussi à prendre en compte même si elles ne représentent pas celles de la majorité des étudiants :

- les cours doivent correspondre aux stages hospitaliers (45,5%).
- ces cours doivent également être identiques à ceux qui sont dispensés dans les facultés européennes afin d'obtenir une équivalence, mais aussi pour les aider aux différents concours (43,9%).

Quant aux **objectifs éducationnels**, 62 % seulement des étudiants affirment qu'ils sont décrits avant un enseignement magistral.

Selon 51 % des étudiants, les objectifs des différentes disciplines semblent pertinents par rapport aux problèmes de santé publique. Pour le quart des enquêtés, ces objectifs sont souvent pertinents par rapport aux moyens dont disposent les médecins et la population pour résoudre ces problèmes .

b- L'effectif des étudiants

Pour un meilleur apprentissage, l'effectif maximal des étudiants dans chaque promotion doit être inférieur à 200 selon les 89%.

c- Le volume horaire

69 % des étudiants estiment que le volume horaire actuel de l'enseignement théorique est suffisant.

Tableau 2: Pourcentage des étudiants qui trouvent que le volume horaire est suffisant

Années d'étude	Pourcentage
1 ^{er} cycle	84%
2 ^{ème} cycle	73%
3 ^{ème} cycle court	54%
3 ^{ème} cycle long	35%

a- Le contenu du programme et méthodes d'enseignement

Pour améliorer la méthode d'enseignement :

- 86% des étudiants opte pour le système d'apprentissage par résolution de problèmes.
- 74,80% pour l'enseignement par méthode participative afin de faciliter l'assimilation des cours magistraux.

L'enseignement magistral peut être une aide à la préparation du concours d'entrée à l'Internat qualifiant (spécialisation) pour seulement 37% des étudiants. De plus, seuls 18% estiment

que les bases de données (documents fournis, livres, revues...) sont suffisants pour la préparation de ce concours.

Concernant le contenu du programme, certaines matières sont jugées insuffisamment traitées. Pour la validité de cette question, nous n'avons considéré que la réponse des étudiants en 6^{ème} et 7^{ème} année. Voici donc ces matières, citées par ordre de fréquence décroissante :

Pour la 6^{ème} année :

- 1.Neuropsychiatrie
- 2.Pharmacologie
- 3.Anatomie et Neuroanatomie
- 4.Dermatologie
- 5.Gynécologie Obstétrique

Pour la 7^{ème} année :

- 1.Dermatologie
- 2.Pharmacologie
- 3.Pathologie médicale
- 4.Gynécologie Obstétrique
- 5.Endocrinologie

En corrolaire, les matières qui auraient dû être restreintes au profit de ces matières sont par ordre de fréquence décroissante la Santé Publique et la Chirurgie.

Une remarque a aussi été émise à propos de l'Ethique Médicale qui n'est enseignée qu'en 6^{ème} année. D'après 69% des étudiants, cette éthique médicale doit être enseignée dès les premières années à la Faculté car cela les aiderait énormément dans leurs comportements envers leurs aînés et les malades au cours de leur stage hospitalier.

57% des étudiants souhaitent être initiés aux différentes pratiques médicales et techniques de soins infirmiers avant les stages hospitaliers, en l'occurrence les deux premières années afin d'éviter une perte de temps à les apprendre au début de leur stage.

II.4.2- Opinion sur les enseignements dirigés et stages hospitaliers

a- Enseignements et travaux dirigés

La majorité des étudiants (53%) pensent que les TD (travaux dirigés) les aident à comprendre les cours et leurs mises en pratique. Par contre, 79% estiment que les heures attribuées à ces TD ne sont pas suffisantes, jamais suffisantes même pour 35%.

80% estiment également que les matériels utilisés durant ces travaux dirigés ne sont pas suffisants (jamais pour 40%, quelquefois insuffisants pour 40%).

b- Stages hospitaliers

57% des étudiants estiment que l'encadrement est moyen, et 42% estiment même qu'il est mauvais.

Questionnés sur les problèmes rencontrés au cours de ces stages :

- 66,6% ont répété ce manque d'encadrement,
- puis l'effectif trop élevé des étudiants dans un même service,
- et en troisième rang le manque de confiance et de respect de la part des médecins

Des mesures jugées indispensables pour l'amélioration sont avancées par les étudiants :

- 68% souhaitent donc que l'effectif d'étudiants par service, par promotion ne dépasse pas cinq pour permettre un meilleur encadrement.
- Les matériels de travail sont insuffisants dans certains services : tensiomètres, stéthoscopes, thermomètres et gants stériles, savons liquides pour l'asepsie...
- Les salles d'étudiants et les salles de garde nécessitent également de réparations (lits vétustes, absence de toilettes, ...)
- La répétition des stages dans un même service pour un même étudiant à des niveaux d'étude différents doit être évitée par une meilleure répartition des champs de stages,
- Les horaires des stages hospitaliers doivent être uniformisés dans tous les services.
- Il faut motiver les encadreurs de stages.

Si 43% des étudiants sont enclins à dire qu'ils pourraient prendre en charge les pathologies courantes relatives au service à la fin d'un stage, 46% en sont moins sûrs de ces prises en charge.

Dans le même ordre d'idée, 64% des étudiants jugent que les stages faits dans les CHU ne suffisent pas ou peu pour affronter la pratique médicale ultérieure. Ils estiment que certains stages sont trop courts ou inexistantes (46%) ou que les pathologies vues au CHU ne représentent qu'une fraction des pathologies rencontrées en ville ou dans les districts (39,6%).

Ainsi pour pallier à ce manque, ils pensent ultérieurement étoffer leur connaissance dans les centres de santé de base (CSB) lors de leurs stages en santé publique (40,2%) ou dans les ONG (39,1%) ou enfin dans les cliniques privées (37,5%).

II.4.3- Opinion des étudiants sur les examens :

a- A propos des examens théoriques

75% sont pour des examens partiels afin d'alléger la révision des cours à la fin de l'année.

En ce qui concerne les examens de fin d'année, la moitié des étudiants estiment que la période de révision qui sépare la fin du cours et le début des épreuves doit s'étaler sur une période de plus de 20 jours.

Les étudiants s'accordent à dire que les questions posées lors des examens sont relatives aux cours et se rapportent aux objectifs éducationnels énoncés (66 %). Par contre, les conditions optimales durant les épreuves d'examen ne sont pas toujours remplies selon 65 % des étudiants. En effet, la qualité des feuilles est parfois médiocre. Les étudiants ne sont pas autorisés à changer de feuilles soi-disant par insuffisance en nombre de celles-ci et il en est de même pour les brouillons.

En ce qui concerne la validité des examens, elle semble pour 28 % des étudiants discréditée par des fuites de sujets, ou des transferts de notes pour plus de la moitié. 40% ne partagent pas ces opinions.

Les propositions afin d'éradiquer toute ambiguïté sont :

- L'accès aux notes et aux feuilles de copie après la sortie des résultats (ayant réussi ou non).
- Proposer plusieurs questions par matière à tirer au hasard.
- L'annulation de l'épreuve concernée.
- Les sujets ne doivent pas passer par les locaux de la Faculté pour réduire le risque de fuite (exemple : tirage des sujets au duplicopieur).
- L'affichage de la correction avec les barèmes.
- L'étude des réclamations des étudiants par les responsables
- La création d'une commission assermentée par un chef de jury.
- L'augmentation des salaires du personnel administratif.

Il est à signaler que ces problèmes ne se posent pas pour le 3^{ème} cycle long.

b- A propos des examens des stages pratiques

Selon les étudiants, la forme de cette évaluation devrait plutôt être pratiques que théoriques. En effet, 54% jugent que les examens pratiques sont toujours indispensables, et

par opposition, seuls 31% jugent que ces examens doivent toujours se faire par des examens théoriques. Actuellement, il n'y a pas de consensus sur ce mode d'évaluation. Chaque chef de service choisit le type d'examen qui lui convient.

Certains étudiants se plaignent des difficultés concernant la validation de leurs stages hospitaliers et d'après eux, ces difficultés viennent surtout du fait que :

- L'encadrement est manquant (58,20%).
- La validation dépend parfois des caprices de certains enseignants (56,66%).
- L'évaluation ne se porte pas sur les objectifs de stage.

Cette enquête est une première dans l'histoire de la Faculté de Médecine d'Antananarivo car elle illustre l'intérêt des étudiants à s'exprimer sur leur formation et contribuer ainsi à son amélioration. Jusqu'à une date récente, les seuls moyens dont ils disposaient étaient les grèves de revendications sociales. L'enquête a permis de voir qu'ils étaient tous enthousiastes à exprimer leur opinion, en tout anonymat, sur la politique pédagogique de la Faculté.

Cette enquête a été réalisée deux ans après l'adoption de l'enseignement par objectifs, et la majorité des étudiants (62%) estiment que celui-ci a été bien suivi par les enseignants. Cependant, la majorité des étudiants pense que les objectifs énoncés ne reflètent pas la résolution des problèmes réels de santé, et/ou ne s'adaptent pas aux moyens d'investigations locales. Ceci a deux explications : soit que les étudiants ignorent les vrais problèmes de santé prioritaires à Madagascar car leurs stages sont limités aux Centres Hospitalo-Universitaires (CHU), soit que les enseignants passent à côté de la pertinence et tiennent toujours à l'intérêt scientifique de leur discipline. Bien que ces deux explications puissent co-exister, souhaitons que la première soit prédominante car la deuxième témoignerait d'une résistance au changement de mentalité qui constitue un des obstacles le plus difficile à surmonter dans l'amélioration de la formation.

Cependant, l'ignorance des priorités sanitaires de la part des étudiants doit faire réfléchir sur l'extension des milieux de stages en dehors des CHU. Certes, des stages sont organisés dans les centres de santé de base pendant deux mois au cours de la quatrième et de la septième année, mais ceux-ci sont insuffisants. Les CHU ne couvrent que deux composantes des problèmes prioritaires de santé : l'urgence et la

gravité d'une affection, par contre ils ne reflètent pas la prévalence ou l'incidence réelle d'une maladie. Il faut donc améliorer l'apprentissage en milieu professionnel car un programme de formation doit comprendre des activités telles que les étudiants puissent acquérir leurs compétences professionnelles dans des conditions similaires à celles dans lesquelles ils seront amenés à exercer leur profession. Cette théorie est attestée par le souhait de 40% d'étudiants qui souhaitent étoffer leur connaissance dans des centres de santé de base car les CHU ne suffisent pas pour affronter leur pratique médicale ultérieure. Concernant toujours les stages pratiques, les mêmes lacunes amenant au mauvais déroulement de ses stages sont à nouveau dénoncées par les étudiants : manque d'encadrement, manque d'objectivité des examens, infrastructures inadéquates, répartition désordonnées des étudiants dans les terrains de stage, effectif trop élevé des étudiants, ... si bien que plus de la moitié des étudiants ne se sentent pas capables de prendre en charge les principales pathologies qu'ils ont rencontrées dans leur milieu de stage. Cette situation est délicate car les étudiants ne doivent passer qu'une fois dans un service donné pendant toute leur formation. Bien que des améliorations se fassent sentir telles la réduction des effectifs des étudiants et la formation des chefs de clinique et internes qualifiants qui sont voués à l'enseignement, de grands efforts restent à mener telle la formation pédagogique et la responsabilisation de ces encadreurs de stage.

Un dernier point à soulever, non le moindre, réside dans l'évaluation théorique et pratique des étudiants. Nous ne revenons plus sur l'intérêt de l'adaptation des examens aux objectifs, mais l'éventualité d'irrégularités des examens (fuites de sujets, transfert de notes, harcèlement) perturbent la validité de ceux-ci. Tant que ces éventualités dureront, elles bloqueront le processus d'une vraie rénovation pédagogique et porteront atteinte à la crédibilité de l'établissement.

CONCLUSION

L'Histoire de Madagascar a été intimement liée à l'évolution de la formation médicale. Dotée d'une force politique, la formation médicale a permis l'entrée du christianisme, l'expansion coloniale, et le renversement d'un régime. Ses impacts étaient tellement importants que nous nous sommes demandés du devenir de sa vraie raison d'être : la recherche de solutions aux problèmes de santé de la population, sa pertinence.

La qualité d'une formation se juge ainsi par sa pertinence, le degré de conformité qui existe entre les programmes de formation d'une part, et les problèmes de santé des populations ainsi que leurs ressources d'autre part. La mesure de cette pertinence nécessite des paramètres mesurables dont les objectifs éducationnels constituent la base, et un recul d'une dizaine d'année est souhaitable pour mieux objectiver un changement. Ces deux paramètres limitent notre travail car si les objectifs éducationnels mesurables ne datent que de 1999, on n'a pas assez de recul actuellement pour pouvoir les évaluer. Mais d'un autre côté, ces deux paramètres constituent de repère dans l'amélioration de la formation, une ouverture vers l'enseignement par objectifs.

La pertinence d'une formation est l'aboutissement d'un long processus commençant par la détermination des problèmes de santé de la population, afin de déterminer les objectifs éducationnels en fonction du profil professionnel recherché. Les activités d'apprentissage ne sont que des outils pour atteindre les objectifs. Cependant, la recherche d'amélioration de la formation a toujours été centré par ces activités d'apprentissage, si bien qu'à force de tourner, on a creusé le fossé séparant la formation de la pertinence. On se souciait de ce que l'enseignant enseignait, plutôt que des étudiants apprenaient. On use, on abuse, on transforme, et on déforme ! La formation était devenue un outil politique, réveillait des conflits dans la valorisation des spécialités,...et même les méthodes d'enseignement à améliorer ne cessait de se dégrader. La vétusté des moyens de formation, en rapport avec la situation socio- économique du pays, n'a fait qu'empirer la situation.

Tout ceci confirme que tout système en perpétuelle évolution tend toujours à la dérive sans des objectifs fiables, et efficaces de surcroît. La pauvreté est de loin une excuse valable pour expliquer la dégradation d'une formation, c'est la pertinence qu'on a négligé, ou ignoré.

L'adoption de l'enseignement par objectif a constitué une bonne voie vers la recherche de la pertinence. On l'a initié vers le début des années 90 à l'Université d'Antananarivo, mais il n'a été adopté que neuf ans plus tard au sein de la Faculté de Médecine. Actuellement, cet enseignement par objectif est loin d'être adopté par tous les enseignants, à en juger par le résultat de l'évaluation de la Faculté par les étudiants. Cette résistance s'explique par l'absence de détermination exacte des besoins de la population et du profil professionnel des médecins, donnant l'opportunité à certains enseignants de valoriser leur spécialité en fonction de leur jugement personnel.

Des objectifs aussi fiables soient-ils, seront vains sans des activités d'apprentissage adéquates, et beaucoup reste à améliorer sur cette dernière. Si la limitation de l'effectif des étudiants est un des points forts dans l'amélioration de la formation, de grandes réformes doivent être apportées aux examens de passage. L'inadéquation des examens aux objectifs éducationnels constitue une des résistances à l'adoption de la pertinence de la part des étudiants. Un test est sans valeur, aussi fiable objectif soit-il, s'il ne mesure pas les tâches qu'un personnel de santé devra accomplir dans l'exercice de ses fonctions professionnelles.

Au terme de ce bilan, nous pouvons dire que des efforts se font sentir et en train de se concrétiser au cours de ces dix dernières années. Cependant, quand seront nous tous conscients de la pertinence d'un programme de formation ? Comment nous pourrions amener progressivement un étudiant à se soucier moins des récompenses extérieures que de sa satisfaction personnelle d'avoir atteint une compétence voulue ? Quand est-ce que nous admettons que la Faculté n'est plus un lieu d'enseignement mais d'apprentissage ? Que le rôle de l'enseignant est plus d'encourager le désir d'apprendre que de celui de savoir ? Autant de questions à répondre. Néanmoins, la Faculté de Médecine d'Antananarivo est sur la bonne voie dans l'amélioration de sa formation, même si « la vitesse de changement doit se calculer en nombre de générations, et non pas en nombre d'années ».

ANNEXES

I) Effectif des étudiants inscrits à la Faculté de Médecine depuis 1964 :

Année universitaire	1^{ère} année	2^{ème} année	3^{ème} année	4^{ème} année	5^{ème} année	6^{ème} année	7^{ème} année	8^{ème} année
1964- 65	70							
1965- 66	109	36						
1966- 67	128	50						
1967- 68	184	63						
1968- 69	163	58						
1969-70	174	115						
1970-71	266	95	36					
1971- 72	256	121	72	26				
1972- 73	327	204	109	74	18			
1973- 74	471	278	138	78	69	18		
1974- 75	601	335	204	66	77	76	18	
1975- 76	827	385	226	143	68	128	31	
1976- 77								
1977- 78	752	385	349	199	77	106	87	
1978- 79	936	355	368	262	154	134	96	
1979- 80	1584	525	394	297	213	154		178
1980- 81		151	495	369	179	208		211
1981- 82	3164	724	301	424	274	177		344
1982- 83	2272	1502	614	302	281	254		175
1983- 84	973	2090	713	423	221	288		221
1984- 85	750	1690	1113	646	329	201		244
1985- 86	950	1429	987	847	404	311		413
1986- 87	853	864	1197	567	674	370		466
1987- 88	890	697	659	1024	472	670	591	351
1988- 89	814	709	796	472	876	439	551	591
1989- 90	810	592	623	746	418	835	399	551
1990- 91	623	567	624	643	477	428	788	399
1991- 92								
1992- 93	632	456	586	705	394	467		
1993- 94	425	494	611	571	479	394		
1994- 95	659	354	608	501	441	425		
1995- 96	637	275	373	492	404	399		
1996- 97	700	241	373	238	514	340		
1997- 98	626	235	395	370	269	482		
1998- 99	389	197	246	218	319	280		
2000- 01	447	114	156	164	224	246	275	215

II) Taux de réussite aux examens de passage des fins d'années universitaires

Années d'études	1977- 78	1978- 79	1979- 80	1980-81	1981-82	1982-83
	Pourcentage des étudiants admis en année supérieure					
1 ^{ère} année	38,16	49,25	(Service national)	43,51	38,37	47,77
2 ^{ème} année	66,75	78,59	63,51	78,10	62,98	28,96
3 ^{ème} année	65,33	69,55	57,11	71,88	47,29	55,32
4 ^{ème} année	62	82,06	55,56	70,51	37,31	65,90
5 ^{ème} année	97,40	99,35	98,12	98,32	90,18	92,88
6 ^{ème} année	-	97,33	100	98,36	96,07	88,54
TOTAL	55,08	66,82	75,99	60,33	48,87	48,74

Années d'études	1983- 84	1984- 85	1985- 86	1986- 87	1987- 88	1988- 89
	Pourcentage des étudiants admis en année supérieure					
1 ^{ère} année	47,51	23,76	32,42	43,02	49,89	42,38
2 ^{ème} année	41,79	27	44,67	45,53	52,22	60,50
3 ^{ème} année	66,20	49,87	36,13	76,94	32,17	76,50
4 ^{ème} année	61,63	54,55	73,30	80,53	74,61	72,88
5 ^{ème} année	71,37	84,19	86,12	96,32	76,69	91,33
6 ^{ème} année	85,76	83,08	95,82	94,86	88,21	90,66
TOTAL	52,56	42,47				

III) Effectif annuel des médecins sortant de la Faculté de Médecine :

Années	Effectif	Années	Effectif
1977	19	1991	270
1978	8	1992	392
1979	48	1993	530
1980	47	1994	345
1981	134	1995	312
1982	130	1996	249
1983	196	1997	327
1984	189	1998	310
1985	180	1999	378
1986	225	2000	347
1987	178	2001	496
1988	281	2002	305
1989	284		
1990	413		

III) Questionnaires de base utilisés lors de notre entretien avec les Doyens :

1. A quelles demandes (textes, lois, enquêtes ou données épidémiologiques,...) répondent le programme de formation médicale durant votre mandat ?

2. Comment ces demandes ont-elles été analysées ? Si elles n'ont pas été analysées, pourquoi ?
3. Quels sont les objectifs de la formation médicale, et qui participent à leur élaboration ?
4. Que pensez-vous d'une formation médicale continue à Madagascar ?
5. Comparés aux médecins sortants de l'ancienne Ecole de Médecine, comment trouvez-vous ceux issus de la Faculté ?

IV) Questionnaires de base utilisés lors de notre entretien avec les médecins spécialistes de l'Internat Qualifiant:

1. Comment trouvez- vous le programme et la méthode de formation à l'époque où vous étiez encore étudiant ?
2. Selon tous les Doyens, l'objectif de la formation médicale à Madagascar est à peu près de former des médecins adaptés aux réalités du pays et médecins au courant du progrès de la Médecine. Pensez- vous que ces objectifs sont atteints ? Si non, où se trouve l'obstacle ?
3. Vous avez participé aux derniers séminaires pédagogiques où il était question d'objectifs éducationnels :
4. Qui est- ce qui ont discuté de ces objectifs ?
5. Ces objectifs correspondent- ils à la description du profil professionnel et du type de personnel que la Faculté doit et veut former ?
6. Ces objectifs décrivent- ils ce que le diplômé sera capable de faire et sera amené à faire ?
7. facilitent- ils une approche de l'apprentissage fondée sur la résolution du problème ?
8. Ces objectifs incitent- ils les étudiants à « apprendre à apprendre » ?
9. Si vous étiez le Doyen de la Faculté de Médecine, que feriez- vous pour améliorer la formation médicale ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Guilbert J-J. Il est plus facile de déménager un cimetière que de réussir une réforme des études médicales, In : Meducs eds. Paris :1993 :2-3 ;4
2. Razafindrakoto S. Evolution de l'appellation et des missions des services de santé à Madagascar de l'époque pré- coloniale à 1984. Thèse Médecine Antananarivo, 1988 ; N°1471
3. Radaody- R. Les grandes étapes de l'enseignement médical à Madagascar. Antananarivo : Annales malgaches, Université de Madagascar, 1963; I : 25-28
4. Enseignants à la Faculté de Médecine d'Antananarivo. Guide des études 1999- 2000. Antananarivo : Faculté de Médecine d'Antananarivo, 1999 : 3- 10
5. Rabibisoa N- L. Aperçu sur l'évolution de l'enseignement médical à la Faculté de Médecine d'Antananarivo. Thèse Médecine Antananarivo, 1992 ; N° 2795 : 2- 9
6. Razafindrakoto S. Perception de la Médecine hospitalière malgache. Approche historique. Thèse Médecine Antananarivo, 1989 ; N°1778
7. Rasoanasy J. L'assistance médicale indigène. In : L'Express de Madagascar eds. Antananarivo, 2001
8. <http://www.freedokotera> - jf ramiara@laposte.com. La création de l'Ecole de Médecine d'Antananarivo, 2002
9. Ministeran'ny Fahasalamana. Faha 80 taonan'ny Sekoly Befelatanana. Antananarivo :T.P.L,1977
10. Guilbert J- J. Guide pédagogique pour les personnels de santé. Genève : OMS, 1998
11. Bloom B S. Taxonomie des objectifs pédagogiques. Montréal : Education nouvelle , 1970 ; I
12. Mager R F. Comment définir des objectifs pédagogiques. Paris : Gauthier- Villars, 1971
13. Organisation mondiale de la Santé. Considérations sur l'enseignement de la médecine dans les pays en voie de développement. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 1973 ;47
14. Kantrowitz M et al. Filières nouvelles adoptées par certains établissements de formation des personnels de santé. Genève : Organisation mondiale de la santé, 1989 ; 101

15. Chastonay P et al. L'arbre des concepts. In : MEDUCS eds. Paris:1992 ; 1
16. Ministère de l'information. Contrat pédagogique, In : Vaovao, Antananarivo : 1990; 1694 : 6- 7
17. Organisation mondiale de la Santé. L'apprentissage en milieu professionnel pour la formation du personnel de santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 1987; 746
18. Barrows H- S, Tamblyn R- M. Problem- based learning. New York: Springer, 1980
19. Bloom B- S. Taxonomie des objectifs pédagogiques. Montréal : Education nouvelle, 1970; II : 26- 29
20. Enseignants à la Faculté de Médecine d'Antananarivo.Document pédagogique pour la formation de base en Sciences de la Santé. Antananarivo : Faculté de Médecine, 1999
21. Scharf G. Manuel pratique de la formation continue du médecin. Bayonne: Edition Intergraphe, 2000: 89- 91
22. Gosset J. Eléments de pédagogie médicale. Paris : L'Expansion scientifique française , 1999 :16- 18
23. Katz F M, Fülöp T. Personnels de santé : quelques exemples de programmes de formation. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 1981
24. Rogers C R. Liberté pour apprendre. Paris : Dunod, 1992
25. Ferland J- J. Les grande questions de la pédagogie médicale. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 1987
26. Bussigel M et al. Innovation processes in medical education. New York: Praeger, 1988
27. Bourdieu P, Gros F. Principes pour une réflexion sur le contenu de l'enseignement. Paris : Le monde de l'éducation, 1989 : 159
28. Faculté de Médecine Victor Segalen Bordeaux II. Démarche qualité dans l'enseignement. Bordeaux : Faculté de Médecine, 1999 : 3- 12
29. Conférence Internationale des Doyens des facultés de Médecine d'Expression Française. Rapport d'évaluation de la Faculté de Médecine de X. X : 2000 : 9- 92 (sur la demande d'un haut responsable de la Faculté de Médecine d'Antananarivo, nous avons le devoir de garder l'anonymat sur le nom de cette Faculté)
30. Richards R, Fülöp T. Ecoles novatrices pour les personnels de santé. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 1989
31. Charvat J et al. Etude sur la nature et le rôle des examens dans l'enseignement médical. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 1990

32. Katz F M, Snow R. Evaluation des compétences professionnelles des personnels de santé. Guide pour la formation et la supervision. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 1981
33. De Landsheere G. Les tests de connaissances. Bruxelles : Editest, 1999
34. Gilbert J.A.L. Evaluation in medical education. Edmonton: University of Alberta, 1971: 6,
35. Université d'Antananarivo. Efficacité de la formation universitaire. Antananarivo : Université, 1983

VELIRANO

Eo anatrehan'i ZANAHARY, eto anoloan'ireo Mpampianatra ahy, sy ireo mpiarananatra tamiko eto amin'ity toeram- mpampianarana ity ary eto anoloan'ny sarin'i

HIPPOCRATE

Dia manome toky sy mianiana aho, fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy fahamarinana eo ampanatontosana ny raharaha- pitsaboana.

Ho tsaboiko maimaim- poana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy iray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba hahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra an- tranon'olona aho, dia tsy hahita izay zava- miseho ao ny masoko, ka tanako ho ahy samirery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamoaafady na hanamorana famitan- keloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko ny anton- javatra ara- pinoana, ara- pirazanana, ara- pirenena, ara- pirehana ary ara- tsaranga.

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorontoronina aza, ary tsy hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti- manohitra ny lalàn'ny maha- olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo mpampianatra ahy aho, ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.

Ho toavin'ny mpiara- belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko.

Ho rakotry ny henatra sy ho rabirabian'ireo mpitsabo namako kosa raha mivadika amin'izany.

PERMIS D'IMPRIMER

Lu et approuvé

Le président de thèse

Signé : Professeur RANJALAHY Rasolofomanana Justin

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : Professeur RAJAONARIVELO Paul

Name and first name: **RALANDISON Dimby Stéphane**

Title of thesis: **Effort assessment related to medical training improvement in Madagascar**

Classification: **Public Health**

Number of pages: **104**

Number of tables: **2**

Number of annex: **3**

Number of references: **35**

SUMMARY

With technological advance, medical branches of learning have been diversified, after which the development of the initial medical training was difficult following the physician professional profile to be trained.

This situation is the subject of this thesis of Medicine Doctorate which title is : "Effort assessment related to medical training improvement in Madagascar". The aim of this study is to identify strong points and gaps, in order to propose new orientations in medical training adjusted to local realities : the relevance.

Our research aims to locate in space the events related to the training, from written documentation, from interviews with the Deans and from inquiries with physicians and students.

From history, medical training has been used as a working tool for evangelisation, colonial expansion and the overthrow of the first post-colonial regime.

One just focused on training methods, and the lack of reliable targets entailed the deterioration of this training.

Around the nineties, there was a turning point with the onset of educational targets. If "numerus clausus" is one of reform strong points, student evaluations should be based on relevance targets, and faculty should not be anymore a place for the teaching but instead a place for the training.

Despite resistance to change, we are on the right way in search of relevance which must begin with the teachers. We must persevere, even though speed change must be calculated in generation number instead of the number of years.

Key words: training- relevance- formation- apprenticeship- professional profile

Director: Professor RANJALAHY RASOLOFOMANANA J.

Assisted by: Doctor SAMISON Luc Hervé

Correspondence: B 41 42 Cité des Assureurs Itaosy. 102 Antananarivo

Nom et Prénoms : RALANDISON Dimby Stéphane

Titre de la thèse : Bilan des efforts dans l'amélioration de la formation médicale à Madagascar

Rubrique : Santé Publique **Nombre de pages** : 99 **Nombre de tableaux** : 2

Nombre d'annexes : 4 **Nombre de références bibliographiques** :35

RESUME

Avec l'avancée technologique, les disciplines médicales se sont diversifiées, rendant difficile l'élaboration d'un programme de formation médicale initiale, en fonction du profil professionnel de médecins à former. Cette situation fait l'objet de cette thèse de Doctorat en Médecine intitulée : « Bilan des efforts dans l'amélioration de la formation médicale à Madagascar ». Notre objectif est d'en dégager les points forts et les lacunes, afin de proposer de nouvelles orientations dans l'apprentissage de la Médecine adaptées aux réalités locales : la pertinence.

Notre recherche vise à situer dans le temps les événements se rapportant à la formation, par le biais de documentations écrites, d'entretiens avec les Doyens, et des enquêtes auprès de médecins et étudiants.

Selon l'Histoire, la formation médicale servait d'outil dans l'évangélisation, l'expansion coloniale, et le renversement du premier régime post- colonial. On ne se souciait que des méthodes d'apprentissage, et l'absence d'objectifs fiables a entraîné la dégradation de la formation.

Les années 90 ont été un tournant depuis l'adoption des objectifs éducationnels. Si le *numerus clausus* est un des points forts de la réforme, les évaluations des étudiants nécessitent une adaptation aux objectifs de pertinence, et la Faculté ne doit plus être un lieu d'enseignement mais d'apprentissage.

Malgré les résistances au changement, nous sommes sur la bonne voie dans la recherche de la pertinence qui incombent aux enseignants. Nous devons persévérer, même si la vitesse de changement doit se calculer en nombre de générations et non pas en nombre d'années.

Mots clés : programme- pertinence- formation- apprentissage- profil professionnel

Directeur de thèse : Professeur RANJALAHY RASOLOFOMANANA J.

Rapporteur de thèse : Docteur SAMISON Luc Hervé

Adresse de l'auteur : B 41-42 Cité des Assureurs Itaosy- Antananarivo 102