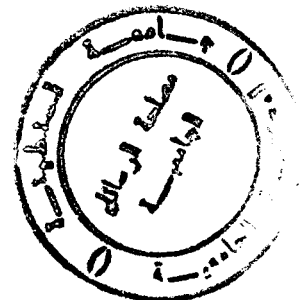


REPUBLIQUE ALGÉRIENNE DÉMOCRATIQUE ET POPULAIRE

Ministère de l'enseignement supérieur et de La  
recherche scientifique

Université Mentouri — Constantine  
Faculté des Sciences Humaines et de Sciences Sociales  
Département de Psychologie et des Sciences de l'Éducation



N° d'ordre :

Série :

THESE

Présentée pour l'obtention du diplôme de Doctorat d'État  
en Psychologie du travail

Titre :

L'évaluation des programmes de formation des médecins  
généralistes à la lumière de l'approche systémique : Pour un  
développement de la dimension humaine et sociale dans leur  
formation universitaire

Présentée par :

Mr. BOUABDALLAH MOHAMED

Sous la direction du Professeur :

Prof. HAMDI CHERIF MOIOITAR

Devant le jury :

Président : Prof. LOUKIA EL-11ACIIMI (Université Mentouri/Constantine)

Encadreur : Prof. HAMDI CHERIF MOKHTAR (Université FERHAT Abbas/Sétif)

Examineurs :

Prof. ABDOUNI ABDELHAMID (Université de BATNA)

CHELBI MOHAMED (MC) (Université Mentouri/Constantine)

BOUZID NABIL (MC) (Université Mentouri/Constantine)

CHORFI WALID (MC) (Université Mentouri/Constantine) Date de soutenance ...

Année universitaire

**Le professeur HAMDI CHERIF MOKHTAR a dès le départ répondu favorablement a mon désir d'entreprendre une thèse portant sur l'évaluation des programmes de formations des médecins généralistes. Par la suite, lors de nos rencontres, il a toujours su trouver les mots justes et amicaux pour diriger ce présent travail. Qu'il en soit ici vivement remercie.**

**A Messieurs le Pr. LOUKIA ELHACHEMI et LAIB RABAH**

**Vous m'avez soutenu dans des moments difficiles, peut être ce travail n'aurait pas vu le jour sans le bon dieu et votre appui psychologique.**

**Veillez trouvez ici, l'expression de ma gratitude et ma reconnaissance**

## **REMERCIEMENT :**

**Je voudrais exprimer ma reconnaissance et mes remerciements les plus sincères à toutes les personnes qui ont eu l'amabilité de me prodiguer aide, critique, suggestion et encouragement dans l'accomplissement du présent travail.**

**En particulier, je voudrais exprimer ma gratitude à MM - MAURICE MAURAU (médecin en retraite) — Dr. SAADAOUI ARAB - Mme MARIE FRANCOISE BONNET (Professeur des universités-université Paris Nanterre)- — EMMANUEL HIRCHE (Directeur du centre d'éthique-hopital Saint louis Paris)- Mr COLLONA (oncologue- hôpital LEANNEC-Paris)- Mme LEGRAND SEBILLE (Pr d'anthropologie médicale-université de LILLE)- mon frère — Nabil (qui a mis à ma disposition tous les moyens de son cabinet) — mon frère FAYCAL (qui m'a fait visiter PARIS)et sa femme DALILA(qui a su arranger pour moi certains rendez-vous avec certain Profs de l'université de Nanterre)**

**Mr BOUCHEBRINE FETHI — BEN BAUCHE ABDELHAFLD —Mr ABDOUNI ABDELHAMID Mr. BOUZID NABIL**

**Mr CHORFI WALID — Mr CHELBI— Mr. BOUCHELOUKH- Mr. SAMIR MESSAHEL (pour les travaux de saisie et d'impression) et le personnel du département de psychologie et des sciences de l'éducation de Constantine.**

**Mr. BOUABDALLAH MOHAMED**

**A la mémoire de mon père  
Et ma grand-mère**

**En reconnaissance à ma mère pour tout son affection et tous ses  
sacrifices**

**A ma femme et mes enfants, à mes frères et soeurs, qui ont  
été pour moi présents tout au long de ce travail.**

**« Avec des mots un homme peut rendre ses semblables heureux ou les pousser au désespoir » (SIGMISID FREUD)**

**« Il n y a q'une science dans le monde suprême. La science des mots. Ce lui qui la connaît sait tout, cas tout existe par le verbe » ( D'ANNENZIO)**

**«C'est toujours comme missionnaire du médecin que je me suis considéré :**

**la fonction du médecin comme celle du prêtre ne se limite pas au temps qu'on y emploie » (JACQUE LACAN)**

# TABLE DES MATIERES

	Pages
<b>Introduction</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE N°1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE ET SON IMPORTANCE</b>	
1- 1-Problématique :	5
1-2-Les objectifs de l'étude :	7
1-3-Les hypothèses de l'étude :	8
1-4-Définition des mots clés :	8
<b>CHAPITRE N°2 : PRESENTATION DES ETUDES ANTERIEURES</b>	
2-1- Etude nationale:	10
2-2 Etude internationale :	13
<b>CHAPITRE N°3 : ELEMENT DE PEDAGOGIE MEDICALE</b>	
3-1- Histoire de la formation médicale en Algérie :	15
3-2- Essai sur les problèmes que pose l'enseignement médical en ALGERIE :	19
3-3- L'attrition, Sélection et Docimologie dans les études médicales :	25
3-4-La pertinence de la formation médicale :	30
3-5- Les bases d'une réflexion sur le profil du médecin généraliste :	34
3-6- L'investissement de la formation médicale dans la pratique :	40
<b>CHAPITRE N°4 : LES PROGRAMMES D'ENSEIGNEMENTS</b>	
4-1- Détermination des concepts :	46
4-2-Définition des programmes :	47
4-3-Les bases et principes à partir desquels s'effectue la conception des programmes :	49
4-4-Méthode de conception des programmes :	52
4-5-Différents types de programme :	58
4-6-Les éléments composants les programmes d'enseignement :	63
4-6-1-Les objectifs pédagogiques :	63



4-6-2-Planification des objectifs pédagogiques :	67
4-6-3-Classification des objectifs pédagogiques :	71
4-6-4-Relation entre les activités professionnelles et les objectifs pédagogiques	75
4-7-Les méthodes pédagogiques	78
4-7-1-La formation clinique	79
4-7-2-Problème —based learning	86
4-7-3-L'enseignement intégré	89
4-7-4-L'enseignement dirigé	90
4-7-5-L'enseignement programmé	91
4-7-6-Etude des cas	92
4-7-7-L'enseignement assisté par ordinateur ou EAO	94
4-7-8-La méthode du projet	95
4-7-9-Enseignement par simulation portant sur des situations réelles dans des conditions réelles	96
4-8-Les outils pédagogiques	97
4-8-1- Définition des outils pédagogiques	97
4-8-2-Les différents types d'outils pédagogiques	99
4-8-3-Intéraction entre les outils pédagogiques et les autres éléments composants les programmes d'enseignement :	101
4-9-L'évaluation pédagogique	103
4-9-1-Définition de l'évaluation pédagogique	105
4-9-2-Les différents types d'évaluation	107
4-9-3-Les objectifs de l'évaluation pédagogique	<b>110</b>

## **Chapitre N° 05 : LES PROGRAMMES D'ENSEIGNEMENT D'UN POINT DE VUE SYSTÉMIQUE**

5-1 Détermination des bases théoriques du concept de système et de l'approche systémique	116
5-2-L'approche systémique comme cadre d'analyse des phénomènes	117
5-3-Les programmes du points de vue de l'approche systémique	119
5-4- L'analyse structurelle et fonctionnelle du programme	120
5-4-1- L'aspect structurel	120
5-4-2 L'aspect fonctionnel du programme	122
5-5-L'étude des programmes suivant l'approche systémique	124

5-5-1-Le processus interne et externe du programme	125
5-5-2-Le suivi des programmes pédagogiques	126
5-6-La relation entre le programme et le milieu	127
5-6-1-Le système politique	127
5-6-2-Les valeurs culturelles	128
5-6-3-Les données économiques	128
5-6-4-Le système administratif	129
5-6-5- Les données démographiques	129
5-7-Modalités d'analyse de la relation entre le programme et le milieu	129
5-7-1-Opération d'intégration dans la société (inputs)	131
5-7-2-Le processus	134
5-7-3-La production	135

## **CHAPITRE N° 6 : L'APPORT DE LA COMMUNICATION A LA FORMATION INITIALE DES MEDECINS GENERALISTES**

6-1-Evolution de la communication à travers le temps	137
6-2-Définition, et domaine de la communication médicale	140
6-3-L'insatisfaction engendrée par les relations entre médecin et patient	142
6-4-L'enseignement des techniques d'entrevue médicale et des techniques de communication	143
6-5-Les outils du clinicien	146
6-6-La caractérisation des usagers par le personnel de santé	152
6-7-Résoudre les conflits entre le médecin et le patient	158
6-8-Aider les patients à faire face à un diagnostic défavorable	159

## **CHAPITRE N°7 :L'APPORT DE LA PSYCHANALYSE A LA FORMATION INITIALE DES IVIEDECINES GENERALISTES**

7-1-Pour un enseignement d'épistémologie médicale	162
7-2-L'application de la psychanalyse à la médecine	164
7-3-Conclusion	168

## **CHAPITRE N°8 : L'APPORT DE LA SOCIOLOGIE A LA FORMATION INITIALE DU MÉDECIN GENERALISTE.**

8-1-De la formation médicale et de l'état sanitaire en ALGÉRIE	169
8-2-L'importance de l'initiation de l'étudiant en médecine à la sociologie	172
8-3-La sociologie appliquée aux pratiques de soins	175
8-4-Impact de l'état sanitaire sur la pratique et la formation du médecin généraliste	177

## **CHAPITRE N°9 : L'APPORT DE L'ANTHROPOLOGIE A LA FORMATION INITIALE DES MEDECINS GENERALISTE.**

9-1-Contribution de l'anthropologie médicale à la pratique médicale	180
9-2-Bases anthropologiques de la relation médecin-malade	184
9-3-L'anthropologie appliquée au pratique de soin	186
9-4-L'importance de l'initiation de l'étudiant en médecine à l'anthropologie dès la formation médicale initiale	189

## **PARTIE PRATIQUE**

### **CHAPITRE N° 10 : ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES**

10-1 -Introduction	192
10-2-Le champ de l'étude	193
10-3- Justification de l'échantillon	193
10-4-Population d'étude	195
10-5-Construction des échantillons	198
10-6-Méthodologie de recherche	200
10-7-Choix des techniques appropriées aux données à recueillir (Les outils de recherche)	200
10-7-1-L'analyse de poste	201
10-7-2-Le questionnaire	202
10-8-La pré-enquête	203

## CHAPITRE N°11: L'ANALYSE DES RÉSULTATS DE L'ETUDE

11-1-Analyse des résultats du poste de «médecin généraliste »	205
11-2-Présentation et interprétation des résultats du questionnaire	229

## CHAPITRE N° 12 : ANALYSE ET INTERPRETATION

### DES RESULTATS

12-1- Analyse et interprétation des résultats au regard des hypothèses de l'étude	295
12-2-Discussion générale des résultats de la recherche	299
12-3-Suggestions et recommandations	303
CONCLUSION GENERALE	309

### BIBLIOGRAPHIE

### RESUME

Tableaux (chapitre n° 3 à chapitre n°10 )	26-203
Tableaux dossier d'analyse de poste	207-228
Tableaux questionnaire	230-291
Schémas	63-144

### ANNEXES

Dossier d'analyse de poste	310-320
Questionnaire	321-330
Programme de formation des médecins généralistes	331-371

## INTRODUCTION

Il est admis communément que le médecin ne s'adresse pas seulement à l'organisme. Nonobstant les progrès que la médecine a fait au cours de ces trois dernières décennies sur le plan de la technicité et des connaissances scientifiques, le patient manifeste toujours son mécontentement d'être pris en otage par un appareillage médical de plus en plus sophistiqué et de ne pas être entendu dans sa singularité.

Cet état de faits le pousse à se détourner de cette médecine et tente de se tourner vers des médecines dites parallèles.

Tout progrès à son retour de balancier, celui de la médecine a engendré un désarroi grandissant, car, ne pouvant pas transcender sa manière de penser la maladie, la médecine ne parvient pas à prendre en compte le malade.

Dépendante de sa manière de penser et de se développer et peu habituée à la réflexion épistémologique, la médecine tente de façonner ses étudiants dans la seule logique scientifique.

Ce faisant, elle ne les incite pas beaucoup à la réflexion pour l'élaboration d'une autre logique qui n'est d'autre que la logique du sujet qui traverse la médecine contemporaine.

Si le corps médical entend continuer à jouer un rôle influent dans la société, il lui faut incontestablement faire évoluer la formation médicale et l'exercice de la médecine.

A ce sujet, (CHARLES BOELEN) nous rappelle que : « la nécessité de réformer l'enseignement de la médecine fut reconnu bien avant le rapport FLEXER DE 19] 0 qui devait donner le signal de la prédominance des sciences dans la formation »<sup>(1)</sup>

Compte tenu des importantes évolutions socio-économiques et politiques qui se produisent dans le monde, et l'influence qu'elles exercent inévitablement sur la pratique médicale, l'OMS (organisation mondiale de la santé) selon (CHARLES BOELEN), en accordant une place de choix à la formation du personnel de santé, préconisait que : « l'enseignement médical doit désormais s'adapter à ces évolutions, voire les anticiper, et prendre en compte les progrès des sciences et des humanités grâce aux activités de recherche »<sup>(2)</sup>

Or, les participants à l'élaboration de la déclaration d'Edimbourg sur les recommandations de la conférence mondiale tenue le 12 AVRIL 1988 sur la formation médicale de la fédération mondiale pour l'enseignement de la médecine patronné par l'OMS reconnaissent

---

(1) CHARLES BOELEN, L'ambitieux dessein de faire évoluer la formation médicale et l'exercice de la médecine, In revue internationale de développement sanitaire, volume 14,n°3,OMS, 1993, pp231-235

(2) IDEM : p233.

que : « malgré les efforts faits jusqu'ici pour sensibiliser les écoles de médecine à l'importance de l'aspect humain et social, il n'y a pas eu beaucoup de succès »<sup>(1)</sup>

Il est indubitable que l'un des dangers majeurs pour l'avenir est le risque de voir les aspects humains et sociaux reculer devant la technique.

(JEAN PIERRE **LE BRUNT**) nous a déjà avertit que : « les connaissances médicales, scientifiques, si elles parviennent à prendre en compte les maladies, n'arrivent pas pour autant à épuiser le savoir sur les malades» (2)

De là, il n'est pas exagéré de noter que la connaissance de la seule maladie sans prendre le sujet malade mettra le médecin dans des situations peu enviables :

-Le médecin pourra appliquer ses connaissances à un malade qui ne l'est pas et justifier la prescription qui va entraîner l'iatrogène.

-Le médecin aussi pourra considérer le patient qui l'interpelle sur un registre où il n'a nullement été formé comme une personne qui n'a rien. Dans les deux situations, la singularité du patient qui n'interfère pas dans l'interprétation du médecin n'occupe pas la place que justement elle doit l'occuper.

C'est pourquoi (JON H.BRYANT) rapporte que : « Récemment, une commission pour l'enseignement de la médecine aux Etats-Unis d'Amérique demande que la formation médicale insiste davantage sur les sciences comportementales et sociales »<sup>(3)</sup>

De plus, certains demandent qu'un rôle élargi soit confié au médecin face aux problèmes résultants des changements survenus au niveau de la société.

Cette nouvelle approche qui vise à ce que la formation médicale dépasse ses limites traditionnelles afin de répondre aux besoins des populations *en* matière de santé, considère que la collectivité doit être dorénavant le lieu du travail du médecin.

Dans ce cadre précis, il faut que les enseignants offrent aux étudiants en médecine des possibilités d'acquérir les connaissances théoriques, et les compétences pratiques dont ils ont besoin pour aider les collectivités à la résolution des problèmes.

L'un des moyens d'y parvenir est de faire en sorte que l'étudiant en médecine n'agit plus en solitaire et s'ouvre sur le monde extérieur comme par exemple le mouvement associatif représentant les malades ou les parents de malades.

---

("OMS « La déclaration d'Edimbourg », in revue médecine du Maghreb, n°13, 1989, p233.

(2) JEAN PIERRE LE BRUNT, De la maladie médicale, Edition De Boeck- wesmael, BRUXELLES,1993,p85

(1) JOHN -H-BRYANT: **Former** les médecins de demain .In revue internationale de développement sanitaire, volume 14, n°3,1993, pp236-249

C'est à ce niveau que ce dernier va faire des expériences dans le domaine sanitaire, social, et politique qui déboucheront sur un apprentissage par la découverte.

Pour s'en convaincre, il n'est pas sans intérêt de révéler que l'étude que je vous propose aujourd'hui est le fruit d'une expérience que j'ai vécue moi-même en ma qualité de président de l'association des parents d'enfants atteints de l'infirmité motrice d'origine cérébrale de la wilaya de SETIF.

Le contact étroit avec le monde médical et notamment le discours des médecins dominé par les aspects techniques, les espaces de paroles avec les parents des enfants IMC sur leur expérience qui relevait des écueils relationnels avec les médecins, m'ont permis de se poser la question suivante : quelle formation faut-il donner aux médecins ?

Il est certain que la réponse mérite réflexion et innovation, tel est l'objet de cette étude. S'agissant de la structure générale de la présentation du présent travail, cette étude est divisée en deux parties: une partie théorique et une partie pratique.

-La partie théorique est composée de plusieurs chapitres à savoir :

**-Chapitre n°1** : traite la problématique concernant la pertinence de la formation médicale des médecins généralistes.

**-Chapitre n°2** : contient la description de deux études, l'une au niveau national et l'autre au niveau international qui posent la même problématique que pose la présente étude.

**-Chapitre n°3** : plante le décor en présentant un bref historique de la formation médicale et décrit les principaux problèmes que pose l'enseignement médical en ALGÉRIE.

**-Chapitre n°4** : examine les programmes en fournissant les bases et les principes à partir desquels s'effectue la conception des programmes. L'accent est mis sur les éléments composants le programme à savoir :

- Les objectifs pédagogiques

- Les méthodes pédagogiques

- Les outils pédagogiques

- Les instruments de l'évaluation pédagogique

**-Chapitre n°5** : se focalise sur les programmes d'enseignements suivant l'approche systémique.

On est devenu très attentif aux évaluations de caractères globales, impliquant une analyse de la relation entre les programmes d'enseignements et l'environnement.

**-Chapitre n°6 :** est consacré à l'apport de la communication à la formation initiale des médecins généralistes. Plusieurs thèmes ont été développés à savoir :-L'insatisfaction engendrée par les relations entre médecin et patient

- L'enseignement des techniques d'entrevue médicale et des techniques de communication.

- La compétence du médecin dans le domaine médical

- La communication comme moyen pour résoudre certains problèmes posés par la médecine.

**-Chapitre n°7 :** montre l'intérêt de l'enseignement de la psychanalyse aux médecins, mais avant de réaliser cet objectif, il est recommandé de dispenser aux étudiants un enseignement d'épistémologie médicale.

**-Chapitre n°8 :** met en exergue l'apport de la sociologie à la formation initiale des médecins généralistes en essayant de décrire l'état sanitaire en ALGÉRIE et montrer que ce dernier peut influencer la pratique et la formation médicale.

**-Chapitre n°9 :** rend compte de la contribution de l'anthropologie médicale dès le début de la formation initiale en insistant sur les bases anthropologiques de la relation médecin-malade et l'application de cette discipline aux soins.

La partie pratique est consacrée en premier lieu à l'analyse des aspects méthodologiques. Elle comporte aussi les chapitres suivants :

**-Chapitre n°10 :** réservé à la présentation du protocole de recherche. -

**Chapitre n°11:** est destiné à l'analyse des résultats de l'étude à savoir :

-Analyse des résultats de l'étude de poste de médecin généraliste -  
Analyse des résultats du questionnaire

**-Chapitre n°12:** présente l'analyse et l'interprétation des résultats en regard des hypothèses.

La discussion générale des résultats a permis de formuler des suggestions et des recommandations.

La conclusion met l'accent sur les points forts de l'étude.



## CHAPITRE N°1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE ET SON IMPORTANCE

### 1-1-Problématique :

S'il est reconnu aujourd'hui dans le milieu médical et au niveau des facultés de médecine que la formation des médecins généralistes consiste à pourvoir les structures de médecins professionnellement qualifiés, l'évaluation des programmes à la lumière des grandes mutations qui s'opèrent dans les systèmes de santé soulève cependant plusieurs questions de base.

Il y a bien longtemps qu'on reproche aux écoles de médecine de former des praticiens mal adaptés aux tâches qui les attendent.

L'inadéquation des programmes d'étude serait due en partie, à l'absence de coordination entre les établissements d'enseignement et les évolutions des systèmes de santé ainsi qu'à l'inadaptation des processus d'enseignement aux besoins des enseignés.

L'enquête effectuée par l'unité de recherche médicale Pr. JP (GRANGAUD-MEBTOUL-BERRICI-1- COOK, 1986) sur le discours des professionnels de la santé montre que : « toute leur attention est focalisée sur le savoir médical et sur les moyens techniques et thérapeutiques qui semblent prioritaires pour assurer leurs activités professionnelles. »<sup>(1)</sup>

Cependant ( F-M-KATZ et R-SNOW, 1981) définissent la performance d'un travailleur de la santé (le médecin généraliste) comme suit : « c'est l'ensemble du comportement de ce dernier et notamment la façon dont il organise, retient et utilise les connaissances spécialisées qu'il a acquises, ainsi que ses attitudes et la qualité de ses relations avec autrui. Son travail couvre l'ensemble des connaissances, savoir-faire et attitudes acquis grâce à la formation, ainsi que la façon dont ils sont organisés et intégrés dans la pratique. »<sup>(2)</sup>

J'ai eu l'honneur d'être président et membre fondateur de l'association des parents d'infirmes moteurs d'origine cérébrale de SETIF, et en pratiquant l'écoute empathique (écoute active ), je ne peux vous décrire avec exactitude le désarroi des parents d'enfants IMC qui se plaignaient de certaines attitudes des médecins et notamment la manière de communiquer avec eux. Les médecins généralistes reconnaissent que la communication avec les familles des malades ne représente pas, pour eux, une préoccupation centrale et prioritaire, le plus important étant d'investir leur temps de travail dans la réalisation de l'acte médical.

---

<sup>(1)</sup> Pr.J.P GRANGAUD, MEBTOUL, BERRICH, COOK-1986,[Utilisation. et perception du système de santé par les familles](#), In revue [séminaire- atelier sur les programmes de santé](#), Edition ANDS, 1997,p45

<sup>(2)</sup> F-M-KATZ et R-SNOW, [Evaluation des compétences professionnelles des personnels de santé](#), Edition OMS, Belgique, 1981,p n°13

Ainsi, (Pr .J.P GRANGAUD, MFI3TOIJI., BERRICII, COOK-1986) soulignent que : « beaucoup de parents et plus précisément les mères, auraient aimé obtenir plus de détails sur les maladies de leurs enfants, mais la pratique des structures sanitaires et la manière de communiquer de certains thérapeutes les en dissuadent, les parents sont parfois confrontés à des diagnostics contradictoires qui les désorientent »<sup>(1)</sup> .

D'un point de vue plus global, le rapport de l'OMS '1992' constate : « qu'en raison de l'industrialisation, de l'augmentation de l'espérance de vie et des changements importants survenus dans les modes et les systèmes de valeur, on ne s'est pas préoccupé outre mesure des problèmes de santé, car on croyait pouvoir les résoudre grâce au seul progrès technique ; ce n'est que récemment que la situation de la santé dans le monde a commencé à retenir l'attention de la communauté internationale et l'a poussée à accorder une place de plus en plus importante à la prévention des maladies, à la sensibilisation et à l'éducation des attitudes des populations »<sup>(2)</sup> .

Quant à l'attitude des médecins généralistes, la déclaration d'EDIMBOURG souhaite que : « chaque patient puisse accéder à un médecin qui, de par sa formation, ait les qualités d'auditeur, d'observateur, de communicateur et de clinicien »<sup>(3)</sup>

En Algérie, plusieurs enquêtes sur le terrain selon (BOIJZIANI- M) ont montré que : « le futur praticien, en formation dans les institutions hospitalo-universitaires, n'est pas réellement préparé à prendre en charge l'ensemble des pathologies sociales dont il aura la charge, et l'apprentissage en soins de santé semble être en décalage par rapport aux aspirations des malades dont les besoins ne cessent de se modifier compte tenu des bouleversements socio-économiques »<sup>(4)</sup>

Pour assurer l'accompagnement du malade, il est exigé, aujourd'hui, des médecins généralistes de la santé, une ouverture vers les domaines de l'homme (habituellement relégués dans les sciences dites humaines), du vécu intime de chacun, et qui sont toujours impliqués dans la maladie: le sentir, le penser et le vouloir.

---

(1) Pr,J.P GRANGAUD, MEBTOUL, BERRICH, COOK-1986,[Utilisation. et perception du système de santé par les familles](#), In revue [séminaire- atelier sur les programmes de santé](#), Edition ANDS, 1997, pp 41

(2) OMS rapport tech, 1992

(3) OMS, La déclaration d'EDIMBOURG - in revue '[médecin du Maghreb](#)' 1989 N° 13 du 12 Août 1988,p13

(4) BOUZIANI M, Le point de vue des étudiants ou médecins sur les stages : Résultat d'une enquête, [In revu santé public et sciences sociales](#), n°4, 1999, p52

(JEAN PIERRE-LEBRUN) s'est posé d'ailleurs la question suivante : « n'est il pas surprenant que l'enseignement médical porte sur tout sauf sur l'essence de l'activité médicale, et qu'on puisse devenir médecin sans savoir ce qu'est et ce que doit être un médecin? »<sup>(1)</sup>

Devant tous ces problèmes et les défis que pose la pratique médicale et qui sont maintenant lancés aux professionnels de la santé, on est en droit de se poser aujourd'hui la question suivante :

"est-ce que la formation purement technique du médecin généraliste est suffisante pour lui permettre de soigner et de répondre aux besoins de la santé des populations ?

La mise en oeuvre des programmes de santé, pour répondre aux besoins de santé primaire, nécessite aujourd'hui, du personnel de santé, l'apport des données psychologiques, sociologiques, psychanalytiques, anthropologiques.

S'agissant de la médecine, il s'opère actuellement un vaste recentrage des programmes d'enseignement, recentrage qui vise à faire mieux coïncider la formation avec les exigences d'un système de santé fondé sur les besoins primaires. La quête de la pertinence en matière de formation médicale se poursuit à l'heure actuelle pour pouvoir former des médecins généralistes capables de satisfaire aux exigences de la pratique médicale moderne.

### **1-2-Les objectifs de l'étude :**

D'une manière générale, cette étude a pour objectif de vérifier s'il y a adéquation entre les programmes de formation des médecins généralistes et les exigences de la pratique médicale moderne.

D'une manière plus détaillée, les objectifs poursuivis consistent à répondre aux questions suivantes :

1-Est ce que les programmes de formation en vigueur, destinés aux médecins généralistes, ont pu réaliser les objectifs professionnels souhaités?

2- Les médecins généralistes possèdent - ils, en plus de leur formation purement technique, des connaissances dans les domaines de la communication, de la psychanalyse, de la sociologie et de l'anthropologie ?

3-Quelles sont les recommandations et suggestions qu'on peut émettre pour la révision des programmes de formation des médecins généralistes ?

---

<sup>(1)</sup> JEAN PIERRE LEBRUN, De la maladie médicale, Edition De Boeck, BRUXELLES , 1993, p n° 62

### **1-3-Les hypothèses de l'étude :**

L'étude aura pour objectif de tester les hypothèses suivantes:

- 1- Il y a inadéquation entre la formation universitaire des médecins généralistes et les objectifs professionnels de la pratique médicale moderne.
- 2- La formation des médecins généralistes est axée essentiellement sur l'acquisition de connaissances techniques mais elle n'apporte pas des connaissances suffisantes dans les domaines de la communication, la psychanalyse, la sociologie et l'anthropologie.
- 3- La formation médicale ne prépare pas suffisamment les praticiens à la collaboration intersectorielle indispensable dans la programmation et l'exécution des actions de soins et de prévention.

### **1-4-Définition des mots clés :**

#### **Les programmes d'enseignement :**

On entend par programme non pas le concept traditionnel qui se limite seulement au contenu mais le programme dans ce cadre précis, est considéré comme un système ouvert sur l'environnement et se compose en plus du contenu de plusieurs éléments :

(objectifs, méthodes pédagogiques, outils pédagogiques, instruments d'évaluation) et possédant un aspect structurel et fonctionnel d'où une nécessité d'une approche globale compte tenu du caractère complexe des programmes.

#### **Evaluation :**

C'est l'ensemble des démarches entreprises au moyen d'instrument d'évaluation à l'effet de recueillir un grand nombre d'informations et des indicateurs qui permettent de prendre des décisions correctives après avoir posé un diagnostic visant à dépister les points faibles au niveau d'un élément donné du système (programme).

Dans cette perspective, l'évaluation est un processus continu, utilisé tout au long du déroulement d'un programme.

Parmi les objectifs de l'évaluation, c'est de recueillir un ensemble de données qui va nous permettre de vérifier si les objectifs recherchés d'un programme sont-ils encore adéquats ? Le problème fondamental qui se pose résulte du fait qu'une révision régulière des Objectifs s'impose, à cause de l'évolution de la société.

A des périodes déterminées, on devra vérifier si les objectifs qu'on se propose de réaliser ne présentent pas de lacunes graves.

**L'approche systémique :**

L'approche systémique en tant que cadre de réflexion est souvent attribuée au savant "VON BERTA LANFY".

Cette approche s'intéresse principalement dans son étude à l'aspect global des choses en mettant l'accent sur les éléments intérieurs de ces phénomènes et aussi leur relations avec l'environnement.

Elle est basée essentiellement sur le concept du système qui est considéré comme étant un ensemble d'élément en interaction convergeant vers une finalité.

Ce système est caractérisé par deux aspects :

l'aspect structurel et l'aspect fonctionnel.

Dans le cadre des programmes d'enseignement, il y a lieu de définir la place de chaque élément (les objectifs, le contenu, les méthodes pédagogiques, les outils pédagogiques, les instruments d'évaluation).

C'est la somme de ces places qui constitue la structure du système et définit les relations entre les différents éléments, l'ordre des éléments, le réseau de liaison entre les différents éléments, les limites séparant le système de son environnement.

Quant à l'aspect fonctionnel, il définit les rôles et les opérations qu'accomplit chaque élément au sein du processus.

Il convient de signaler qu'il existe un lien entre les aspects structurels et fonctionnels car la fonction d'un élément est déterminée par la place qu'il occupe dans le système et vice-versa.

## **CHAPITRE N°2 : PRESENTATION DES ETUDES ANTERIEURES**

### 2-1- Etude nationale:

#### Le discours des professionnels de la santé et des familles.

Dans le cadre d'un séminaire atelier portant sur les programmes de santé initiés par la direction de la prévention et de l'institut national de santé public , un groupe de Professionnels de la santé-( MEBTOUL - A BERRIC1-IE, S - KERMANI- JP-GRANGAUD) a mené en 1991 une enquête épidémiologique et socio- anthropologique réalisée dans la région de AIN 'LAYA.

L'objectif de l'étude consistait à montrer que les soins aux enfants (qu'ils étaient dispensés dans les structures sanitaires de base ou dans les hôpitaux) représentent un terrain sur lequel se rencontrent, et parfois s'affrontent les professionnels de la santé et les familles des enfants malades.

S'agissant du matériel d'étude utilisé, il y a lieu de signaler qu'il est constitué de 100 entretiens, 40 d'entre eux ont été recueillis auprès des professionnels de la santé, de qualification variée ( médecins généralistes, résidents, pédiatres, paramédicaux) exerçant selon des statuts d'exercice public ou privés, 60 entretiens ont été recueillis auprès des familles.

Quant à la méthode d'étude, les entretiens ont été pratiqués en suivant une grille d'interview, selon une technique directive.

En ce qui concerne les professionnels, l'interview portait sur les thèmes suivants:

- Leurs activités professionnelles:
- L'adéquation de leur formation
- Les relations professionnelles institutionnelles et personnelles
- Le suivi des enfants

Tandis que pour les familles, l'interview portait sur les thèmes ci-après:

- L'accueil au niveau des structures de santé
- La communication
- Le recours au soin
- Les gestes pratiques
- Le suivi de l'enfant

Les résultats des discours des professionnels, et ceux des familles ont été analysés de la manière suivante:

### **- Discours des professionnels:**

Trois thèmes reviennent dans le discours des professionnels:

- Le manque de moyens qui est vécu comme une frustration quel que soit le degré de qualification, le statut et le lieu d'exercice des professionnels
- Le manque de temps, c'est un second thème qui revient fréquemment dans le discours des professionnels. Ce manque de temps est dû, selon eux, à l'existence de faux problèmes, d'ordre matériel et à l'afflux des patients.
- Le manque de compréhension des familles, c'est un troisième élément qui est retrouvé de façon quasi -constante dans le discours des professionnels qui estiment que les familles des patients ne prennent pas en compte leurs conditions de travail difficiles.

### **-Discours des familles:**

Alors que le discours des professionnels est focalisé sur un modèle dominé par les aspects techniques, celui des familles privilégie d'autres thèmes:

- L'importance de la communication: la première valeur privilégiée par les familles est la communication entre les soignants et elles. La revendication peut être présentée de façon négative: "les médecins nous ont rendus malades par leur silence" déclare une mère qui raconte les différentes consultations suivies de son nourrisson présentant une luxation congénitale de la hanche: " je ne retournerais jamais le soir chez les internes, non seulement ils ne communiquent pas avec nous mais en plus, dès que vous dites quelques choses ils vous font la gueule »
- Hygiène et matériel : les parents ont souligné le manque de matériels
- Comportement professionnel: les médecins se placent en détenteur du savoir absolu et ne tiennent pas compte de l'avis du malade, qui a sur lui-même des connaissances dont le praticien ne saurait se passer.
- L'interférence entre les mondes de la médecine moderne " et de la médecine traditionnelle".  
Le discours des familles fait apparaître le fait qu'elles naviguent sans difficultés apparentes d'un monde à l'autre.  
La lecture de ces discours a amené le groupe de chercheurs à faire un constat et à poser un certain nombre de questions :

### Le constat:

Nous nous trouvons ici en présence de deux mondes différents. D'un coté, les professionnels vivent dans un monde dans lequel la technicité et les moyens technologiques représentant le but à atteindre.

Le fait que les familles ne soient pas en mesure de comprendre leurs démarches reste relativement négligeable.

A l'opposé, les familles demandant à ce qu'on leur explique et jettent un regard sans complaisance sur le cadre dans lequel sont dispensés les soins.

De plus, leur perception de la maladie fait appel à des schémas dans lesquels les aspects rationnels et irrationnels sont étroitement liés: les difficultés d'exercice dans lesquels se débattent les professionnels leur sont inconnues ou indifférentes.

### Les questions:

En se basant sur ce qui a été dit, deux questions peuvent être posées:

- Ces constatations portant sur la relation médecin-malade sont -elles spécifiques au pays?

Les problèmes des relations soignant-soignés et les difficultés de communication ont été soulignés dans de très nombreux pays.

Les auteurs insistent sur les représentations différentes qui se font de la maladie et des soins et le personnel de santé et également sur l'incommunicabilité fréquente **qui** existe entre les deux groupes.

-Quelle formation faut-il donner au personnel de santé'?

Il est indubitable que la formation dispensée, privilégie actuellement les aspects Techniques au détriment des aspects relationnels. Même lorsqu'il existe un enseignement dans ce dernier domaine (domaine des relations) Comme c'est le cas des paramédicaux, la **dimension pratique** de cet enseignement n'est pas réellement perçue.

De fait les personnels de santé se retrouvent face aux patients et à leurs familles sans y avoir été réellement préparés.



## **2-2 Etude internationale :**

Evaluation de la sensibilisation à la médecine générale à BORDEAU II

"Enquête originale auprès des médecins généralistes enseignants dans le H<sup>ème</sup> cycle des études médicales".

En novembre 1991, à l'initiative de l'université de Bordeaux II, du collège des généralistes enseignants d'Aquitaine. et du docteur IDLICAMP D'ORGAS, une évaluation de la "sensibilisation" à la médecine générale " a été proposée dans le cadre du département de médecine praticienne.

Elle a été réalisée par le docteur JI, LEMASSON avec le soutien du collège des généralistes enseignants d'Aquitaine.

L'évaluation pédagogique de la "sensibilisation à la médecine générale" consistait à rechercher la pertinence, l'objectivité, la fiabilité, malgré le manque de référence lié au caractère récent et novateur de cet enseignement.

Pour mener cette enquête, un questionnaire a été établi par les docteurs - B- GAY et JL LEMASSON puis a été soumis au professeur R.SALAMON qui en a prouvé la méthodologie.

Le but de l'enquête était la connaissance de l'ensemble du travail des médecins généralistes enseignants.

Les thèmes du questionnaire ont été limités à cinq points pour des raisons de faisabilité: -L'organisation de l'enseignement de la médecine générale au sein des services hospitaliers..

-Les objectifs pédagogiques

-Les méthodes pédagogiques.

-Le recueil des besoins des étudiants en médecine

-L'évaluation

En date du 6 avril 1992, le questionnaire a été envoyé à chaque médecin généraliste enseignant accompagné d'une lettre explicative du docteur L LEMASSON et le 21 mai 1992, une lettre de rappel a été adressée aux intervenants.

Le 11 septembre 1992, les résultats de l'évaluation leur ont été retournés.

La réalisation de cette enquête sur "l'image de la médecine générale" auprès des étudiants préparés par un groupe de travail a aboutit à des réponses simples:

-Positionner le médecin généraliste parmi les modèles d'identification auprès des étudiants en leur donnant un autre modèle que le modèle hospitalier et leur permettant de visualiser la médecine générale comme un avenir possible.

-Schématiser la démarche en médecine générale en décrivant les différentes étapes de la consultation et de la décision médicale en médecine générale, la démarche médicale logique part d'éléments cliniques variés pour aboutir à une conclusion relativement sûre.

-Sensibiliser les étudiants à la communication qui est indispensable en médecine générale, "carrefour technique et humain"

-Susciter l'investissement personnel pour acquérir un savoir, un savoir-faire, un savoir-être. Certains enseignants ont cherché à faire connaître et à définir quelques principes de la médecine générale:

-Elle est "complexe", il existe un doute permanent sans vérité absolue.

-Elle est "globale", les préoccupations des malades sont disparates et leur gestion complexe. -

Cette médecine générale est donc un champ large de demandes indifférenciées

-Les enseignants ont montré sa spécificité par des situations propres à la médecine générale et ont cité ses caractéristiques.

-Pour mieux la définir, les médecins généralistes l'ont différenciée de la pratique médicale hospitalière qui lui est complémentaire

-Ils ont décrit le contexte de leur exercice professionnel, avec un plateau technique réduit.

-Les problèmes relationnels ont été abordés avec l'étude du comportement ou du savoir-

faire. -Une mise en scène a permis lors des jeux de rôle une meilleure compréhension des mécanismes comportementaux, et une réflexion sur le comportement des soignants eux même.

-La connaissance des partenaires médicaux, et des filières de soin et de prévention.

-Le respect des malades

-L'éthique et le droit, la responsabilité médicale, la rédaction des ordonnances, et la rédaction des documents médicaux.

-Les médecins généralistes ont constaté comme les enseignants universitaires que l'enseignement de la médecine présente des difficultés à cause de la disparition de la dimension humaine et sociale.

## CHAPITRE N°3 : ELEMENT DE PEDAGOGIE MEDICALE

### **3-1- Histoire de la formation médicale en Algérie :**

L'histoire de la formation médicale, son évolution, se confond avec l'histoire du pays.

En retraçant l'histoire de la médecine pendant la période coloniale française (1830-1962), le professeur KHIATI constate que : « la période coloniale peut être schématiquement divisée en deux périodes :<sup>w</sup>

Le XI è siècle où la médecine a été utilisée comme moyen de propagande, de pénétration et d'information.

La deuxième période concerne le XX è siècle et va jusqu'au recouvrement de l'indépendance, marquée par la marginalisation progressive de la population locale et l'accès de quelques musulmans aux études médicales.

Dés le début de la colonisation, les français ont développé un système hospitalier militaire suivant la présence de leurs troupes et des colons. Nous pouvons à titre d'illustration évoquer la construction des hôpitaux

- 1830 hôpital du Dey à Alger.
- 1832 hôpital d'ORAN.
- 1835 hôpitaux de Bouera et de Mostaganem.
- 1837 hôpital de Guelma.

S'agissant de la formation médicale, la première école de médecine a été ouverte le 10 Juin 1833. Elle sera supprimée en 1836. Elle renaît en 1848, au sein de l'académie d'Alger et ce n'est que le 4 Août 1857 que l'école préparatoire de médecine et de pharmacie ffit créée officiellement par le décret du 4 Août 1855, sous la tutelle de la faculté de médecine et l'école supérieur de pharmacie de Montpellier et comptait 20 étudiants.

Le professeur (BERTHERAND) connu pour ses travaux de clinique chirurgicale ainsi que pour son remarquable ouvrage intitulé « Médecine et hygiène des arabes » en ffit désigné comme responsable. En 1865, il n'y avait encore que six étudiants musulmans inscrits alors que le nombre de bourses disponibles cette année là à l'intention des étudiants musulmans était de douze (12). Le premier médecin algérien ffit Mr BENLARBY (1850-1939)

---

<sup>(1)</sup> Pr. **KHIATI MUSTAPHA** : La médecine en Algérie pendant la période coloniale française (1830-1962). In revue Histoire de l'Algérie médicale, N°3 , 2000. P.3-4.

\* Les arguments développés dans ce paragraphe s'inspirent largement de : Revue histoire de l'Algérie médicale, histoire de la faculté mixte de médecine et de pharmacie. N° 11, 1999, PP.18-23.

Durant la même année (1865), et afin de pouvoir s'introduire au sein des familles pour y soigner femmes et enfants, l'autorisation de suivre les études médicales fût accordée aux femmes :

La première représentante fût Melle RENGIER DE LA LIME.

Il y a lieu aussi de rappeler que la renommée de cette école de médecine fût telle qu'elle justifia le projet de loi déposé par « PAUL BERT », laquelle loi fut votée le 20 décembre 1879, et donnait à l'école de médecine trois autres écoles :

L'école de droit.

- L'école des sciences.

- L'école des lettres.

A noter que cette même loi rappelle dans son article 3 que : « l'école préparatoire de médecine et de pharmacie continue à jouir des mêmes droits que les écoles préparatoires du « continent » et qu'elle constituait en conséquence, une école de plein exercice.

En 1885, sous l'autorité du recteur « JEAN MAIRE », et la direction de l'architecte « DAUPHIN », débutent les travaux des bâtiments destinés à recevoir ces écoles sur le plateau d'ISLY, lesquels seront réceptionnés en Avril 1887.

Conformément au décret du 31 Juillet 1889, l'école de médecine est érigée en école de plein exercice et en augmenta le nombre de chaires.

A cette époque, l'école de médecine s'enorgueillit de receler des médecins et professeurs de très haut niveau.

A titre d'exemple, nous pouvons citer :

- TROIAIRD : brillant anatomiste qui fût à l'origine de la création de l'institut de Pasteur d'Algérie.

- EUGENE VINCENT : qui créa une école de chirurgie réputée.

- TRABAJT : médecin et botaniste qui décrivit admirablement la flore de l'Algérie. Concernant les publications médicales, il y a lieu de signaler qu'à cette époque, trois publications étaient déjà créées par les professeurs. Il s'agit de :

- La gazette médicale d'Algérie.

- Alger médical.

- Le bulletin médical d'Algérie.

Elles ont permis de rapporter les nouvelles pathologies rencontrées et toutes les observations intéressantes.

En date du 30 décembre 1909, un décret élève les quatre écoles au rang de facultés et l'école de médecine et de pharmacie devient la faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Alger.

En vue de faire prendre conscience aux responsables de ces quatre nouvelles facultés de leur solidarité scientifique, ce même décret les regroupe en université.

La faculté mixte de médecine et de pharmacie, de par sa nouvelle organisation, contribuera très efficacement à l'œuvre de la santé publique conçue à l'époque par l'administration coloniale pour la nouvelle population venue de métropole sans incidence aucune pour la population autochtone.

Par arrêté du 27 Juillet 1950, est créée à Alger, l'institut d'odontologie - stomatologie, complétant ainsi la gamme des sciences médicales enseignées en Algérie.

En 1959, on a célébré le cinquantenaire de l'université d'Alger et le centenaire de l'enseignement des sciences médicales avec création des CHU.

Il y a lieu de constater qu'à cette période, le nombre d'étudiants inscrits dans cette faculté de médecine et de pharmacie augmente régulièrement, mais le nombre d'étudiants algériens reste minime jusqu'à l'indépendance.

Parallèlement très peu d'algériens officient dans nos hôpitaux.

À l'indépendance, et plus précisément durant la rentrée universitaire 1962/1963, presque tous les enseignants français ont fui l'ALGERIE.

Le professeur BREHANT qui assurait l'intérim comme doyen de la faculté de médecine d'Alger, passe le relais au professeur AOUCHICHE. Ce dernier, accompagné d'une poignée d'enseignants algériens et de quelques coopérants français rouvre la faculté de médecine, fait débiter les enseignements de médecine et de pharmacie, et fait soutenir les premières thèses de médecine de l'Algérie indépendante.

Au cours de cette rentrée universitaire 1962/1963, il y avait seulement cinq professeurs agrégés algériens.

On peut citer :

Pr. AOUCHICHE

Pr. BENALLEGUE

Pr. MANSOURI

Pr. MOULAY MERIOUA

Pr. SAID SLIMANE TALEB

Ces pionniers, avec leur côtés les futurs professeurs HAFIZ, GHERIB, BOUCHELOUA, OUCHAREF, ABED, BOUCHOUCH, SAIHI, ME! OUK, formeront les premières promotions de médecins, chirurgiens dentistes et pharmaciens Algériens.

Au cours des trois premières années d'indépendances, les vieillétés de transformer la faculté mixte de médecine et de pharmacie, considérée comme le chantre de la formation de la

bourgeoisie algérienne (médecin - chirurgien dentiste pharmacien), par les responsables de l'époque, en école de médecine échoue heureusement avec l'évènement du 19 Juin 1965.

Les conseils de l'ordre des médecins et des pharmaciens ont malheureusement été dissous entre temps.

En 1967, la faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Alger a organisé le premier concours d'agrégation de l'Algérie indépendante. C'est ainsi que les pays internationaux y consacrent la victoire du corps médical algérien. Les lauréats de ce concours sont au nombre de quarante dont quatre à titre étranger.

Face au déficit qui reste énorme et afin de répondre aux besoins de la population en personnel médical rapidement, les nouveaux responsables dont Mr BENYAI 11A, décidèrent d'introduire la réforme de l'enseignement supérieur en 1971.

Résultat, les études médicales y sont ramenées à six (6) ans au lieu de sept (7) ans, alors que les études pharmaceutiques et chirurgie dentaire passent de 5 à 4 ans. La faculté est désormais appelée institut des sciences médicales, avec disparition des chaires, alors que la faculté de chirurgie dentaire devient département de chirurgie dentaire.

Après dix années d'application, nous pouvons constater que les objectifs en termes de besoins quantitatifs du pays étant relativement atteint, les statuts de l'institution de formation deviennent trop exigus pour permettre la poursuite du développement de la médecine.

Une nouvelle réflexion est engagée, elle aboutira à accorder à l'institut des sciences médicales (ISM en INESSM), qui est un établissement totalement autonome par rapport à l'ex université de rattachement, avec application des nouveaux statuts dès la rentrée de l'année universitaire 1984-1985.

A partir de cette période, la réflexion sur les cursus et les programmes s'accélérent, on note la suppression des systèmes modulaires et de la progression semestrielle avec retour au système de progression annuel dès 1984, et réindividualisation de la première année des études pharmaceutiques. Les programmes de formation et la durée des études sont revus à leur tour à la fin des années 80 et ramenés au niveau d'avant la réforme 1991.

Au début des années 1990, une nouvelle réflexion est engagée et finalisée en 1994 avec l'apport de la collaboration des syndicats des enseignants, et qui aboutit en juin 95 à l'annonce officielle par messieurs les ministères de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique, et de la santé et de la population, de la création de l'université des sciences médicales en juin 95.

Compte tenu de la conjoncture de l'époque de la démobilisation de nombreux enseignants, du départ à la retraite des enseignants parmi les plus influents, le projet de décret de création de cette université est mis aux oubliettes.

En décembre 1998, sans être préparé, l'INESSUM est dissous et remplacé par une faculté de médecine rattachée à l'université d'Alger.

Devant cet état de faits, le professeur REGGABI se posait la question suivante : « s'agit-il d'une progression ou une régression ? »<sup>(1)</sup> Seul l'avenir nous le dira.

### **3-2- Essai sur les problèmes que pose l'enseignement médical en ALGERIE :**

La crise actuelle que traverse l'enseignement supérieur en ALGERIE fait partie intégrante d'une crise plus vaste du secteur éducatif, qui constitue elle-même un sous-ensemble de la crise globale au sein de la société

Dans ce cadre bien précis, et en se référant spécialement à la crise actuelle du secteur éducatif en Afrique, PAI-OBANYA directeur du bureau régional de l'UNESCO pour l'éducation en Afrique relève un fait intéressant : « on a souvent indiqué que le problème majeur de l'enseignement supérieur en Afrique est celui de la pertinence sur les plans philosophiques, sociologiques, psychologiques, historiques et géographiques »<sup>(2)</sup>.

A la lecture de ce qui précède, il ressort que dans le domaine de la conception, de l'élaboration et de l'exécution, l'enseignement supérieur a été inapproprié et inadapté et ne peut donc pas répondre aux besoins de la société.

Quant aux problèmes complexes posés par l'enseignement médical en ALGERIE, il est impensable de les réduire aux seules dimensions techniques et pédagogiques. Notons qu'il existe d'autres enjeux plus importants qui sont au cœur de la formation médicale.

Autant dire que la formation des professionnels de la santé dépend de choix et d'arbitrage qui montre la prépondérance du politique mais aussi de la perception de la société dans la manière dont la formation doit être conçue.

On a assisté en effet, au cours de la décennie 1974-1986 à la mise en place d'un important dispositif centré sur l'accroissement de l'offre de soins. Il s'agit de la création et la multiplication des structures soins (hôpitaux, polycliniques, centre de santé) sans prendre en lignes de compte les logiques des professionnels de la santé et des usagers face aux différentes pratiques de soins existants dans la société. Cette dynamique des soins verticaux

---

(1) Pr. REGGABI M. : Histoire de la faculté mixte de médecine et de pharmacie. In revue histoire de l'Algérie médicale, N°11, 1999, P.19.

(2) PAI-OBANYA. L'enseignement supérieur en Afrique. Réalisations, défis et perspectives .Edition UNESCO.1998.P45

ne permettait pas la reconnaissance et la prise en compte des initiatives locales et diversifiées prise par la population.

Au cours de la décennie (1987,1996) et compte tenu de la baisse de la rente pétrolière, le pouvoir politique a été amené à appliquer le plan de réajustement en 1994.

Une autre fois, ce système de soins a été l'objet de critiques formulées par les professionnels de la santé et les usagers de la santé parce qu'ils ne répondaient pas à leurs logiques sociales. Ce qui a amené STRAUSS cité par un groupe de chercheurs en anthropologie de la santé comme (MEBTOUL-.101-IN LOOK, GRANGAUD, ANNE TURSZ) à faire ressortir la remarque suivante : «Les décideurs ont essayé de limiter l'activité sanitaire à l'offre des soins sans donner l'occasion aux autres acteurs de la santé de confronter leurs points de vue et tenter de construire de façon plus autonome une dynamique horizontale qui aurait peut être permise la rencontre entre les différents

« Segments professionnels »<sup>(1)</sup>

Dans cette perspective et partant de ce constat, on est amené à titre d'exemple de poser avec MESLI-M FAROUK la question suivante : quels médecins voulons nous et pour quel niveau de santé devenons le former `.<sup>(2)</sup>

Les exemples servant à illustrer ce qui précède, vont nous permettre de déceler le décalage entre les programmes de formation en médecine en vigueur et la pratique médicale moderne. Aussi, j'insisterai en particulier sur l'aspect politique de la formation médicale qui est à mon sens déterminant dans la formation des objectifs généraux et les objectifs spécifiques.

Comme le souligne (MESLI FAROUK) : « le pays ne dispose pas d'une politique de santé hormis les dispositions de loi sur la promotion de la santé de 1985»<sup>(3)</sup>

Ainsi toutes les politiques de ces dernières années se sont intéressées essentiellement à la question des moyens comme le matériel, le médicament, ou encore, tout simplement sur les soins d'urgence. Ces démarches ne permettront pas d'identifier les véritables problèmes sanitaires des populations et encore moins les besoins en investissement ni en formation.

Il nous paraît aussi utile de rappeler aujourd'hui qu'en matière de formation, les médecins une fois sortis de la faculté de médecine, sont confrontés aux problèmes de mise à jour de leurs

---

**(1) MEBTOUL-JOHN LOOK-JEAN PAUL GRANGAUD-ANNE TURSZ. Les jugements des médecins algériens sur l'activité des soins : une identité professionnelle fragile. In revue algérienne de santé publique et sciences sociales n°2-JUIN 1998.p7**

**(2) MESLI -M FAROUK. La formation en santé : Eléments d'une problématique. In revue algérienne de santé public et sciences sociales n°4 -décembre 1999.pp 9-20**

**(3) IDEM : pp 9-20.**



connaissances, mais aussi à la nécessité de nouveaux savoirs imposés à ce moment par le terrain.

Pour s'en convaincre, CI 1111-'01,F,AIJ cité par le groupe de chercheurs en anthropologie de santé indiqué plus haut, met l'accent sur le fait suivant :

« la formation médicale dispensée aujourd'hui dans les pays arabes, comme dans la plupart des pays en voie de développement, illustre les contradictions issues d'une rencontre marquée entre un modèle médical et une réalité particulière. »<sup>(1)</sup>

Les médecins généralistes et en particulier ceux qui sont affectés dans des structures périphériques se retrouvent totalement perdus face à une réalité sociale complexe et diversifiée. Ils essayent alors de s'accrocher à la logique strictement médicale et techniciste présentée comme un ensemble de vérités que les usagers doivent accepter et appliquer. D'une autre façon, c'est aux usagers de faire l'effort pour s'adapter à la logique du médecin. A ce niveau, la médecine ne peut avoir de sens qu'en référence au paradigme scientifique et technique, qui malheureusement s'avère dépasser par les problèmes rencontrés par les médecins sur le terrain, et qui font appel beaucoup plus à certains outils qu'on ne peut puiser que dans les sciences humaines et sociales et qui vont permettre aux professionnels de la santé de gagner en efficacité.

Parallèlement à cela, n'est-il pas en effet curieux de constater que le contenu de la loi n°85-05 du 16/02/85\* relative à la protection et à la promotion de la santé ne correspond plus à la réalité médicale compte tenu des différentes mutations d'ordre politique, économique, culturel que subit la société algérienne.

A titre d'illustration, nous relevons que certaines dispositions de la dite loi sont caduques parce-que actuellement le paysage social voit naître un nouvel acteur, alors que le texte réglementaire n'a pas été actualisé pour le prendre en ligne de compte.

Il s'agit des usagers de la santé représentés par les associations de malades ou associations de parents de malades qui peuvent être d'un apport considérable dans la conception de la politique de santé et par voie de conséquence avoir un impact sur la politique de la formation des professionnels de la santé.

---

(1) MEBTOUL-JOHN LOOK-JEAN PAUL GRANGAUD-ANNE TURSZ. Les jugements des médecins algériens sur l'activité des soins : une identité professionnelle fragile. In revue algérienne de santé publique et sciences sociales n°2-JUIN 1998.p10

\* Source : Loi n° 85-05 du 16/02/85 relative a la protection et a la promotion de la santé.

Dans l'état actuel de l'organisation universitaire, l'enseignement médical *n'a qu'un but : faire* réussir un candidat à un concours difficile qui avait ses normes, ses coutumes, et ses procédés auxquels le candidat devait se plier.

Comme le fait remarquer JEAN GOSSET : « les étudiants se plaignent avec raison de ne *plus* être préparés à l'exercice réel et concret de la pratique médicale »<sup>(1)</sup>

A la lecture du rapport de compte rendu du séminaire d'ALGER qui s'est déroulé le 21/22/23 mai 2000 relatif à la refonte de l'enseignement médical en ALGERIE, (DANIEL CITEVROLET et MOHAND SAIT) ISAAI)) décrivent les difficultés du médecin généraliste : « par suite d'une formation peu réaliste et peu adapté au concret, le médecin généraliste connaît à ses débuts une période d'insécurité. Il se sent isolé, désarmé, sa réponse aux besoins lui paraît inopérante. Sa formation doit être revue. La pédagogie qui en découle doit être, *pour* sa part, libérée de certains «carcans» (2

Ce qu'il faut proposer au généraliste, c'est des conduites simples, claires, utilisables en toutes circonstances, en matière d'approche clinique notamment et de relations humaines (apprentissage de l'écoute).

Se basant sur une enquête effectuée sur le terrain auprès des futurs praticiens en formation dans les institutions hospitalo-universitaire, BOIJZIANI-M fait le constat suivant :«En ALGERIE, le futur praticien n'est pas réellement préparé à prendre l'ensemble des pathologies sociales dont il aura la charge, et l'apprentissage en soin de santé semble être en décalage par rapport aux aspirations des malades dont les besoins ne cessent de se modifier compte tenu du bouleversement socio-économique du pays.» (3)

A la lumière des différents programmes de formation, l'enseignement en médecine est orienté vers le souci de prendre en charge la maladie et non pas le malade. Cet état de fait est confirmé par MESLI FAROUK qui insiste sur le fait suivant : « les sciences sociales *n'ont* presque pas droit de cité dans les programmes de formation des étudiants en médecine. »<sup>(4)</sup>.

En conséquence, l'étudiant en médecine ne découvre véritablement la dimension sociale et humaine de la maladie qu'en commençant à exercer plus tard.

Le rapport d'un groupe d'étude de l'OMS relève le fait suivant :

---

(1) JEAN GOSSET. Elément de pédagogie médicale. Edition l'expansion .1969.pn°14

(2) DANIEL CHEVROLET -MOHAND ISSAAD. Former les médecins algériens de demain, état des lieux et propositions prospectives. Edition MESRS 2000.PN°13.

(3) BOUZIANI. Le point de vue des étudiants en médecine sur les stages : résultats d'une enquête. In revue algérienne de santé public et sciences sociales n°4 Décembre 1999. pp51-62.

(4) MESLI FAROUK. La formation en santé : Elément d'une problématique. In revue algérienne de santé public et sciences sociales n°4. Décembre 1999. pp9-20.

«tout programme d'études médicales doit viser à intégrer des notions relevant de différentes disciplines et à offrir les moyens les plus économiques d'acquérir toute une gamme de compétence et d'attitudes importantes. » )

Aujourd'hui, il est incontesté que la médecine est évaluée par toutes les disciplines aussi bien des sciences humaines que celles liées à l'environnement.

Cependant, l'homme malade dans la majorité des cas n'est plus traité dans sa dimension humaine mais seulement sous un angle purement technique. Il est aisé de remarquer que nous n'avons pas seulement besoins des soins du corps disait PLATON mais ceux de l'âme, en quoi il croyait un rôle éminent pour la pensée.

Concernant les problèmes exprimés par les différents acteurs de l'enseignement médical en ALGÉRIE, nous pouvons constater qu'ils se rapportent aux programmes, aux enseignants, aux étudiants, à la formation pratique et enfin à l'institution universitaire.

Au sujet des programmes, DANIEL CHEVROLET et MOHAND SAID ISSAID relèvent les remarques suivantes :<sup>(2)</sup>

-Les programmes d'enseignement ne répondent pas strictement aux besoins de la population et à la situation épidémiologique.

-La formation médicale dispensée privilégie les aspects techniques au détriment de la dimension humaine et sociale. Et lorsqu'il existe un enseignement peu développé dans ce dernier domaine, la dimension pratique de cet enseignement n'est pas réellement perçue . -

Manque d'agencement entre les différents programmes

-La disparité, les chevauchements et l'inadaptation de certains d'entre eux

L'absence ou l'insuffisance de certaines formations théoriques ou pratiques comme par exemple :

-Les conférences d'internat -

L'initiation à la prescription

-La pratique paramédicale

-Les conduites à tenir pratiques

-La mauvaise répartition horaire des travaux dirigés, des travaux pratiques(T P ) et stage pratique

-L'insuffisance de la formation pratique

---

("OMS.Implications **des méthodes d'études individuelles ou par petits groupes dans l'enseignement médical. Rapport technique d'un groupe d'étude de l'OMS.GENEVE.1972**  
**P8**

<sup>(2)</sup> **DANIEL CHEVROLET - MOHAND ISAAD.Former les médecins algériens de demain, état des lieux et propositions prospectives. Edition MESRS 2000.P13**

-Le manque d'adéquation de l'enseignement de la faculté avec la

-Pratique quotidienne du médecin généraliste

Quant aux méthodes et moyens pédagogiques, et en se basant sur les conclusions du séminaire portant sur la relbnte de l'enseignement médical, nous pouvons noter les problèmes suivants :

-La carence de méthodes pédagogiques actives, participatives, intégratives.

-L'urgence d'améliorer la communication et le message pédagogique.

-Nécessité d'alléger des cours trop chargés.

-L'insuffisance des moyens pédagogiques, supports, matériels audiovisuels, équipement divers.

-L'insuffisance ou le manque de documentation

S'agissant de l'évaluation pédagogique, c'est tout un système qu'il faut revoir à savoir :

-Le nombre excessif d'examen en cours d'année.

-La disparité des méthodes pédagogiques.

-L'obligation de promouvoir des techniques conséquentes, objectives et uniformisées

-La difficulté actuelle à évaluer les stages pratiques

Aussi, les étudiants en médecine se retrouvent dans une situation peu reluisante.

On peut évoquer les raisons suivantes :

-Le problème des sureffectifs, par suite de la non-régulation des flux

-Le niveau linguistique des candidats contraints de passer de l'arabe durant les études secondaires au français au niveau de la faculté. Pédagogiquement parlant, nous pouvons constater une incohérence entre les paliers.

-Le problème de leur niveau de compréhension, de l'esprit critique, de culture générale

-Les questions d'aptitudes médicales, de leurs motivations et attitudes.

-L'ensemble des difficultés liées à leurs conditions de vie, à leur statut et à leurs droits.

-Le rôle et statut des internes

Les questions d'enseignement se posent aussi avec acuité, on peut énumérer les causes selon les points ci-après :

-Absence d'institution d'une année préparatoire

-Absence de formulation de façon explicite des objectifs éducationnels généraux et spécifiques.

-Le déséquilibre en volume, en horaires et en quantité d'information de certains modules pouvant permettre la mise à pied d'un cursus satisfaisant et efficace.

-La transformation du mode d'accès à la spécialisation.

Nous ne terminerons pas cette réflexion, sans lister les problèmes institutionnels qui se présentent comme suite :

- Les problèmes généraux de gestion
- Les problèmes d'administration
- L'insuffisance des infrastructures et leur inadaptation aux différents types d'enseignement.
- La non-disponibilité de laboratoire en nombre suffisant.
- La pauvreté des équipements modernes comme les nouvelles technologies de l'information et de la communication
- L'absence de relation avec d'autre institution
- La disparité des statuts des facultés
- L'insuffisance de coopération nationale et internationale

### **3-3- L'attrition, Sélection et Docimologie dans les études médicales :**

Le problème de l'attrition dans les études médicales est si complexe parce-que elle témoigne d'une mauvaise pédagogie.

Aussi, il nous paraît utile au préalable de donner une définition de ce concept.

Voici ce que dit le professeur JEAN GOSSET : « L'attrition représente le pourcentage d'étudiants d'une promotion donnée, qui ont abandonné leurs études pour obtenir le doctorat.»<sup>(1)</sup>

Le taux d'attrition est le meilleur témoin connu de la valeur d'un système d'enseignement, de son efficacité et de son rendement.

Il est un fait intéressant à relever : dès que le taux s'élève, la démoralisation s'installe autant chez les étudiants que chez les enseignants, la pédagogie se dégrade et on enregistre un nouvel accroissement de l'attrition.

Dans ce cas précis, on peut en déplorer les conséquences financières, insister sur le gaspillage de locaux et d'efforts d'enseignement qu'elle entraîne.

A titre d'illustration, nous pouvons citer le cas de la France : une année d'étudiant en médecine coûte à l'état environ 1000 000(un million d'ancien franc par an), l'abandon de 37% des étudiants, après deux années et demi d'étude représente un gaspillage de quatre milliards par an, l'abandon de 37% des étudiants, après deux années et demi d'étude représente un gaspillage de quatre milliards six cent vingt cinq millions d'anciens francs.

Aussi, ce manque à gagner ne peut être chiffré. Pour en revenir à l'attrition, quelle est la situation dans notre pays?

---

<sup>(1)</sup> JEAN GOSSET. *Elément de pédagogie médicale*. Edition l'expansion .1969.p37

A la lecture de l'article portant sur la formation médicale réalisée par A-FYAD, nous pouvons noter qu'en 1997: «il y a plus de 30 000 médecins qui ont été formés en ALGERIE.»<sup>(1)</sup> Cela représente plus de un médecin pour 1000 (mille) habitant.

Alors que l'examen du baccalauréat ne livre plus depuis bientôt dix ans que les élèves les plus performants du secondaire ( plus de 25% des inscrits en 1995/1996 à l'INESSMO ont au moins une mention bien au BAC ), les résultats aux examens de première et deuxième de médecine et de chirurgie dentaire ainsi que de -pharmacie ne cessent de surprendre par leur médiocre taux de réussite : 30% environ à la première session de juin à ORAN. N'est-il pas, en effet surprenant de savoir qu'il s'agit des meilleurs bacheliers de l'armée et de programme théorique quasi-identique à ceux de la dernière année du lycée notamment en ce qui concerne les matières suivantes : physique, mathématiques, chimie.

Abondant dans le même sens, BENSAD ET Mil cités par A.FYAD ont réalisé une étude à ANNABA portant sur la progression de la cohorte d'étudiant 94/95 : «c'est ainsi qu'ils trouvent des taux de réussite bas aux deux sessions des examens de première année (voir tableau n°1) et démontrent que les taux de progression de la première année à l'internat deviennent très médiocres : au mieux, un étudiant sur trois termine ses études médicales sans heurts» (voir tableau n° 2)<sup>(2)</sup>. Les tableaux suivants éclairent mieux :

Tableau n°1 : Etude de la progression de la cohorte 94/95 session normale et rattrapage (Session normale de rattrapage).

Année pédagogique	Année d'étude	Nombre d'inscrit	Taux de réussite en juin (%)	Taux de réussite (%) en Se i tembre
94/95	1 <sup>e</sup>	170	67.65	15.29
95/96	2 <sup>me</sup>	137	75.18	22.83
96/97	3 <sup>eme</sup>	134	73.88	14.93
97/98	4 <sup>e</sup>	120		

*CABLEAU N°2 : F11 mie de la nrnoressinn natnrolle de la enharte R 1 gr)*

Année universitaire	Année d'étude	Nombre d'étudiants de cohorte restante	Taux de progression
91/92	1 <sup>er</sup>	203	
92/93	1 <sup>r</sup> "	137	67.48
93/94	3 <sup>eme</sup>	125	61.57
94/95		1 9 1	58.62
95/96	5 <sup>ét.</sup>	101	49.75
96/97	6 <sup>eme</sup>	95	46.79
97/98	7 <sup>eine</sup>	60	29.55

Source. La formation médicale : Aire de contrainte et domaine d'expansion., In revue Algérienne de santé publique et sciences sociales n°4 p76

<sup>(1)</sup> FAYAD. La formation médicale : Aire de contrainte et domaine d'expansion. In revue algérienne de santé public et sciences sociales n°4. décembre 1999. pp73-81. <sup>(2)</sup> IDEM : pp73-81

Ces mêmes auteurs analysent les données du cycle pré clinique constatant que le taux de réussite est le plus bas de la formation en médecine l'identifie comme le moment de survenue des taux de réussite les plus bas de la formation médicale. Ce taux peut baisser à 57% promotion 92/93. A ANNABA, en première année, le taux de réussite en session de rattrapage a été inférieur à 20% pour la promotion 95/96.

Aussi, les examens de première année en sciences de la nature et de la vie à la faculté de médecine d'ORAN pour l'année 98/99 se caractérisent toujours par ce qu'il faut bien appeler un paradoxe.

La moyenne globale de la note en biophysique, par exemple, des étudiants de première année la session de juin est inférieur 7/10 avec un taux de réussite à 30%.

En conséquence, de nombreux étudiants ayant une moyenne annuelle supérieure à 10 devront refaire l'année en raison d'une note dite éliminatoire à une matière car inférieur à 5/20.

A ce propos, et pour trouver une signification, à une telle situation, des questions méritent d'être posées : quels enseignements sont administrés à des étudiants jugés par ailleurs, une année au paravent, comme brillant ?

Quelle pédagogie est mise en œuvre par le corps enseignant ?

Qu'évalue-t-on chez les étudiants subitement à performants ?

L'étude des causes de l'attrition révèle l'intrication de facteurs psychologiques entre les étudiants, les enseignants et la société elle-même. Ces facteurs sont si importants qu'ils méritent l'attention des chercheurs, des législateurs et du gouvernement.

Nous laisserons à JOHNSON ET HUTCHINS cités par JEAN GOSSET le soin de conclure : « L'attrition doit être considérée comme un mécanisme nécessaire pour assurer à tous les stades des études. l'élimination des sujets qui démontrent incontestablement leur inaptitude à devenir de bons médecins. » (1)

Quant à la sélection des étudiants avant leur admission à la faculté, le contrôle de leurs progrès universitaires par des examens soulève et soulèvera toujours des contestations passionnées.

Ceci s'explique par le fait que toute exclusion d'une carrière souhaitée, tout redoublement imposé sont ressentis comme une offense injuste, autant par l'étudiant que par ses parents. Dans l'enseignement comme le signal JEAN GOSSET : il y a une différence essentielle mais fort regrettable : « Depuis vingt siècle, on a jamais trouvé une méthode parfaite de sélection humaine. Tous les procédés sont également dépourvus de logique et de justice. Mieux vaut,

---

(1) JEAN GOSSET, *Elément de pédagogie médicale*, et Edition l'expansion, 1969, p39.

pourtant, en employer un, si mauvais semble-t-il, que de n'en employer aucun. L'expérience le prouve depuis des siècles. »<sup>(1)</sup> C'est ainsi qu'une bonne pré-sélection des étudiants, associée à d'irréprochables méthodes pédagogiques devraient réduire l'attrition presque à néant.

Ce qu'il faut souligner avec force, c'est qu'il n'y a aucune méthode de sélection qui résiste à la critique raisonnée. Cependant dans tous les pays, on sélectionne les étudiants avant leur admission dans les facultés.

A titre d'exemple, avant d'entrer dans une faculté de médecine, l'étudiant américain fait au collège deux années de propédeutique littéraire ou scientifique.

Quant aux modalités techniques de la sélection pré-universitaire en France, la sélection se fait en deux stades :

-L'étude du dossier pédagogique établie au collège pendant les deux années de propédeutique et le passage du test MCAT (Médical collège admission test ), le dossier comporte à la fois les notes du collège et une appréciation favorable de la personnalité du candidat.

L'interview qui a pour but non pas l'établissement d'un profil intellectuel ou psychologique mais de vérifier seulement les deux points suivants :

Existe-il des traces d'instabilité émotionnelle ?

La volonté de devenir médecin est -elle solidement ancrée ?

Les motivations sont-elles puissantes, ne vont-elles pas se déliter devant les difficultés d'adaptation à un milieu nouveau, à des études ardues exigeant un effort soutenu ?

Pour en revenir aux modalités de sélection dans notre pays, force est de constater que compte tenu des résultats du baccalauréat, c'est les étudiants les plus performants qui entament leurs études à la faculté de médecine.

Dans ce cas précis, n'est-il pas, en effet important de poser la question suivante : les résultats du BAC constituent-ils le seul critère fiable permettant de sélectionner des étudiants se préparant à des études médicales exigeant alors que d'autres facteurs relevant de la personnalité du candidat peuvent présider aussi à la bonne prise en charge de la fonction de médecin ?

Aussi, il y a cinquante ans que l'on a découvert un nouveau mode de sélection basé sur les tests d'intelligence et l'interview psychologique.

Devant cet état de faits, il n'y a pas mieux, nous semble-t-il, que de paraphraser le professeur JEAN GOSSET, et dire que : « l'expérimentation chirurgicale sur l'homme est

---

<sup>(1)</sup> IDEM : p36



universellement condamnée. Elle peut détruire le corps. L'expérimentation pédagogique imprudente et désordonnée est encore plus criminelle. »'

Il est connu aujourd'hui que dans tous les pays du monde, les enseignants admettent que l'attrition ne peut être diminuée que par deux moyens :

Le perfectionnement des méthodes pédagogiques et l'amélioration des méthodes employées pour choisir les étudiants susceptibles d'exercer une profession qui, pour des raisons d'intérêt national, exige persévérance, conscience, compétence et intelligence.

Concernant la docimologie, il nous paraît utile, au préalable de rappeler que dans les années à venir, les enseignants devront étudier, les méthodes docimologiques avec autant de soin que l'amélioration des techniques pédagogiques et la révision des programmes.

Il est aisé de remarquer que les examens tels qu'ils sont actuellement conçus, ont des défauts indéniables.

Contrairement à l'examen par QCM, le système classique de la rédaction d'une réponse à une question vaut-il mieux que l'examen par QCM ? va —t-on juger le style, l'orthographe, l'écriture ? certains détails permettent à un candidat adroit de faire croire qu'il sait alors qu'il cite de mémoire un fait qu'il n'a pas compris.

Ainsi, l'injustice d'un tel système reste flagrante.

Remarquons que la note attribuée aux très bonnes copies et aux très mauvaises reste juste. Dans le marais des copies [moyenne](#), il est humainement impossible de juger à un ou deux points près sur vingt. Or à un point près c'est le succès ou l'échec.

A la lecture de ce qui précède, il ressort que dans les examens écrits classiques le nombre de questions posées est réduit.

En conséquence, il n'est donc pas difficile de choisir des sujets importants quitte à varier la manière de poser la question.

A l'opposé, un examen par question au choix multiple comporte aux moins soixante questions. Ce qui a amené inévitablement les enseignants à inventer les questions dont beaucoup sur les détails infimes dont l'intérêt pratique est souvent négligeable.

Ce qui a poussé les étudiants à se rendre compte que ce mode d'examen qui dans son apparence est juste leur fait oublier qu'ils perdent un temps considérable à apprendre des détails scientifiques qui n'ont aucune utilité pratique pour l'exercice de la médecine. A partir de cela, l'examen devient un mode de sélection absolument artificiel.

---

<sup>(1)</sup> IBID : p48

Il ne mesure plus le niveau de connaissances essentielles et pratiques que l'étudiant doit avoir acquis.

Néanmoins, l'étudiant ne peut pas s'empêcher de travailler en fonction de l'examen. Aussi, si celui-ci porte sur des sujets sans aucun intérêt médical réel, tout le temps passé par l'étudiant à préparer l'examen sera un temps perdu, un temps soustrait à l'acquisition de notions médicales fondamentales pratiques et utiles.

Autant dire que même non sélectif, un examen incite au travail.

L'amour propre, l'esprit de compétition sont des faits psychologiques dont la pédagogie ne saurait sous-estimer l'importance ou négliger l'utilisation.

Un conséquence, les examens doivent surtout servir à juger les résultats de l'enseignement et la valeur des techniques pédagogiques. C'est pourquoi, l'examen permanent est essentiel.

### **3-4-La pertinence de la formation médicale :**

Il a été clairement posé comme principe dans la déclaration du Directeur régional de l'UNESCO pour l'éducation en Afrique (PAI OBANYA) ce qui suit : <sup>(i)</sup>

il existe un consensus en Afrique pour reconnaître que les réponses de l'enseignement supérieur aux différentes mutations économiques et sociales doivent satisfaire à quatre exigences :

La pertinence, la qualité, la recherche d'un financement suffisant et durable et le développement de la coopération inter- universitaire.

S'agissant de la crise actuelle du secteur éducatif, le problème majeur indiqué par l'ensemble des spécialistes en éducation, est celui de la pertinence sur les plans philosophiques, sociologiques, historiques et géographiques. En d'autres termes, cela revient à dire que dans le domaine de la conception, de l'élaboration et de l'exécution, l'éducation en Afrique est en décalage par rapport aux besoins de la société.

La conférence mondiale sur l'enseignement supérieur réunie par l'UNESCO à PARIS, du 5 au 9 octobre 1998 s'est posée entre autre question, celle de trouver comment assurer la pertinence et la qualité de l'enseignement supérieur devant l'accroissement du nombre d'étudiant de la planète.

Il ressort que tous les efforts et investissement à consentir dans la définition d'une stratégie de rénovation pédagogique des établissements s'appuyant pour cela sur deux axes (article 9 et 10

---

<sup>(1)</sup> PAI OBANYA.L'enseignement supérieur en Afrique .Réalizations, défis et perspectives . Edition UNESCO.1988. p12

de la déclaration mondiale sur l'enseignement supérieur pour le xxi siècle PARIS —octobre 1998)  
à savoir :\*

-Une évaluation des programmes

-Une professionnalisation pédagogique des enseignants

Le discours sur la qualité de l'enseignement nous incite à définir l'indicateur de la pertinence dans le domaine de la formation.

Voilà ce que proposent ( GUY LE BOTERF et ses collaborateurs) : « C'est un indicateur permettant de vérifier dans quelle mesure les compétences produites correspondent bien au besoin du système client de formation » <sup>(1)</sup>

A titre illustratif, et en s'appuyant sur cette définition, nous pouvons avancer sans risque de se tromper que la formation par exemple médicale ne saurait en effet se contenter d'être efficace par rapport à des objectifs fixés par des formateurs, elle doit être pertinente par rapport aux besoins de ses clients c'est à dire les usagers de la santé qui sont les malades.

Dans le sillage de ce qui précède, ANDRE GOUAZ nous rappelle que :

« la formation médicale, a, au cours de ces dernières décennies, vécu essentiellement sur des valeurs créées par le progrès permanent.. Elle a vécu dans le culte de la science et de la technique plus que de l'humanisme et dans la complète ignorance des dépenses engendrées par le culte du progrès. » <sup>(2)</sup>

Abondant dans le même sens, JEAN PIERRE LEBRUNT fait le constat suivant : « les médecins généralistes voient arriver des demandes qui ne sont plus vraiment médicales, aussi bien la scène de ménage larvée que l'insatisfaction d'un travail monotone. Au cours d'une formation entièrement consacrée à l'apprentissage scientifique de la machine corporelle et de ses avatars, ce dernier a été très peu préparé à ce genre de travail. Ce qu'il a appris lui sert de peu et c'est dans le champs de ce qu'il ne sait pas qu'il est le plus souvent interpellé » <sup>(3)</sup>

Devant cette situation qui perdure, MESLI FAROUK déclare : « les sciences sociales n'ont presque pas droit de cité dans les programmes de formation des étudiants en médecine »<sup>(4)</sup>

Ce qui fait dire à ALBERT FIF, RCEK, professeur associé de médecine générale à l'hôpital Bichat :

« il y a, de ce fait, moins d'étonnement à entendre des jeunes médecins se plaindre de

---

\* SOURCE : Conférence mondiale sur l'enseignement supérieur, PARIS. Du 5 au 9 octobre 1998

(1) GUY LE BOTERF et ses COLLABORATEURS, Comment manager la qualité de la formation. Edition d'organisation, 1992, p9

(2) ANDRE GOUAZE, Demain la médecine, Edition expansion scientifique française, Paris, p170

(3) JEAN PIERRE LE BRUNT, De la maladie médicale, Edition De Boek, 1993, p66

<sup>(4)</sup> MESLI FAROUK, La formation en santé : Eléments d'une problématique, In revue santé publique et sciences sociales n°4, 1999, pp 9-20

leur peur de soigner, de leur peur de sang, et même de leur peur des malades . A l'origine de ces peurs, une profonde méconnaissance de l'homme, de son histoire, de son cadre de vie »<sup>(1)</sup> Le serment d'HIPOCRATE N'avait HI pas rappeler cette évidence : « dans quelque maison que j'entre, j'y entrerai pour l'utilité des malades »\*

Dans de telles conditions, l'élaboration d'objectif pédagogique d'enseignement qui est une notion indissociable de toute évaluation paraissant souvent comme une notion acquise et opératoire reste encore à maîtriser et à inventorier.

Résultat, CONSTANTIN° IANDOLO relève un fait intéressant :

«la fuite des médecins devant le malade dépend à mon avis d'un malentendu fondamental qui se concrétise parfois dans notre formation de base. On nous enseigne que l'objectif principal de notre profession est la guérison du malade : on diagnostique pour guérir, on soigne pour guérir, et on assiste pour guérir. Si l'on a inculqué aux médecins l'unique objectif, il n'y a pas lieu de s'étonner que le malade mourant soit considéré non seulement comme le symbole de l'échec, mais comme un être qui, n'étant pas guérissable, se trouve en dehors de l'objectif du médecin »<sup>(2)</sup>

Dans ce cadre précis, (A.FYAI) affirme le fait suivant :« aujourd'hui, il est admis qu'au-delà de 30% d'échec à l'occasion d'une évaluation sommative portant sur un programme de formation donné, les gisements à valoriser se trouvent non plus chez « l'enseigné », mais dans la réévaluation objective des programmes de formation et dans les méthodes et concepts d'enseignement mis en œuvre par le formateur »<sup>(3)</sup>

Aussi, ce qu'il faut souligner avec force, c'est que la formation en sciences médicales comporte en outre la particularité de se dérouler pour une bonne partie dans les structures de santé. Les difficultés que connaît ce domaine ont un impact directement sur l'apprentissage pratique du futur praticien : accueil du malade, nature des examens complémentaires réalisés, gestion des dossiers, thérapeutiques disponibles. Cet obstacle ne met pas en veilleuse les autres problèmes pédagogiques qui constituent des réalités contraignantes de l'université algérienne.

Pour s'en convaincre, il y a lieu de se référer au réquisitoire sévère mais contributif de (MT MAIRI LIES) intitulé «faut-il lè,rmer l'université algérienne»

---

(1) ALBERT HERECK , l'humanisme sacrifié, In revue le monde de l'éducation, avril 1995, pp48-51

\* Source :serment d'hipocrate

(2) CONSTANTINO IANDLO, Parler avec le malade, Technique, art et erreurs de la communication, Les Editions du médecin généraliste, 1986, p153

(3)A.FYAD, La formation médicale : Aire de contraintes et domaine d'expansion, In revue santé publique et sciences sociales n°4, 1999, pp 73-81

parue en 1994 mais toujours d'actualité. A.FYAD nous en donne l'exemple suivant : « la gestion interne des étudiants et celle de leur scolarité comme la progression modulaire, les conditions de leur inscription, les modes d'évaluation, les conditionnalité<sup>4</sup>de passage sont autant d'aspects qui n'ont connu aucune stabilité depuis la réforme de l'enseignement en 1971 »<sup>(1)</sup>

Ainsi, nous constatons que chaque année de nouvelles mesures sont édictées résolvant seulement le problème du moment.

A cela, s'ajoute le problème de la langue officielle d'enseignement « la langue française ». Comme, il a été constaté lors de notre enquête, ce dernier constitue un obstacle majeur pour des médecins ayant suivi des études scientifiques au lycée en « Arabe ».

Sachant que la langue est un outil de travail, nous pouvons dire que pédagogiquement parlant, il existe une incohérence entre les paliers concernant la langue d'enseignement au lycée et à l'université, et qu'il est grand temps d'y remédier. Faute de quoi, un retentissement négatif sur la formation médicale en général n'est pas à écarter.

Par ailleurs, il est utile de rappeler que la situation de l'enseignement clinique est peu reluisante.

Dans cette perspective, le professeur (JEAN GOSSET) souligne que : « l'enseignement clinique exige le contact direct entre l'étudiant et le malade. C'est dans ce domaine que la situation est la plus grave et chacun pense qu'elle ira en s'aggravant »<sup>(2)</sup>

A une période où l'on se rend compte de plus en plus de l'importance de l'apport des sciences humaines et sociales dans la formation initiale des médecins généralistes, ce qui est grave, c'est qu'avant toute initiation à la clinique, l'étudiant renforce encore sa formation scientifique. En médecine, le raisonnement cartésien à ses limites. Ceci dit il y a d'autres voies qui mènent à l'homme. On a tort de les négliger. L'université actuellement ne laisse aucune latitude aux étudiants d'organiser à leurs guises

les connaissances suivant une approche holistique qui reflète la réalité des différentes dimensions de l'être humain.

Aussi, les étudiants doivent encore les manipuler selon les règles de l'analyse cartésienne. Nous devons l'avouer, la médecine a pour objet un être qui ne se prête pas aisément à la méthode de la division analytique.

Dans ce cadre bien précis, nous pouvons dire sans risque de se tromper que la médecine n'est pas une science pure.

---

(1) *IDEM* : pp 73-81

(2) *JEAN GOSSET, Élément de pédagogie médicale. Edition l'expansion, Paris, 1969, p28*

Malheureusement, jusqu'à ce jour, on préfère ignorer tout ce qui dans la médecine de l'homme total échappe à l'emprise de la méthode scientifique par excellence.

C'est pourquoi, l'université officielle manifeste jusqu'ici le mépris pour développer l'enseignement des sciences humaines.

Parallèlement à cela, et comme il a été rapporté par (ANDRE GOUAZE) :

« le xx s siècle verra se développer les associations de malade dont le but est certes de défendre les intérêts légitimes de leurs membres, mais aussi de faire en sorte qu'ils participent à la cogestion de leur santé. »(!)

Compte tenu de ce qui précède, il est admis que les associations de malade ou des parents de malade contribuent réellement à faire en sorte que la médecine devienne une rencontre privilégiée de tous les partenaires concernés et qu'elle ne soit pas seulement le parcours solitaire du médecin seul, entouré de secrets, de préjugés et qui refuse d'aborder les problèmes avec les autres.

Il y a lieu de citer l'exemple de l'association des parents d'infirmes moteurs d'origine cérébrale de SETIF que J'ai eu l'honneur de présider durant une dizaine d'années.

Dans le cadre de la mise en oeuvre de notre programme d'action, nous avons organisé plusieurs séminaires portant sur le thème : « la prise en charge de l'enfant IMC » en invitant les professionnels de la santé : (Médecins rééducateurs, orthopédistes, médecins généralistes, ophtalmologues, psychologue, orthophonistes)

Néanmoins, la rencontre qui a vraiment montrée que les usagers de la santé présentés par les associations de malades ou des parents de malades pouvaient être d'un apport considérable dans la formation des médecins, c'est sans doute celle qui a regroupé les responsables de l'association avec les médecins résidants en pédiatrie au sujet de l'enfant IMC. Ces derniers, par leurs comportements, ont exprimé avec étonnement comment les acteurs du mouvement associatif deviennent pour eux une source d'information précieuse pour compléter leur formation.

Le médecin gagnerait en efficacité, si et seulement si cette symbiose médecin-association de malade ou parent de malade vient se réaliser.

### **3-5- Les bases d'une réflexion sur le profil du médecin généraliste :**

Il y a longtemps, le médecin généraliste avait pour tâche la prise en charge surtout des maladies transmissibles, et plus particulièrement celles de l'enfance.

---

(1) ANDRE GOUAZE, Demain la médecine, Edition expansion scientifique Française, Paris, 1996, p191

Pour ce faire, il disposait de peu de moyen d'exploration pour établir son diagnostic et une liste réduite de médicaments essentiels qui limitait son champ d'intervention.

Compte tenu des progrès mondiaux dans le domaine des connaissances médicales, le professeur ABDELHAMID ABERKANE cité par Dr BADREDDINE BOUSSAFSAF déclarait : « Il faut rompre avec l'empirisme et le laisser aller pédagogique qui ont ressurgi avec la galvanisante application de la réforme des études médicales de 1970 à 1975 »<sup>(1)</sup>

Dans cette perspective, DANIEL CHEVROLET et MOHAND SAID ISSAAD affirment sans ambages que : « une étude approfondie auprès de deux cents praticiens de médecine générale révèle :<sup>(2)</sup>

-Un sentiment profond d'avoir été livré « désarmé » à l'exercice de la médecine, par suite des contenus non adaptés de l'enseignement et l'absence de tout renvoi au terrain.

- La difficulté des rapports humains

- L'absence de contact institutionnel

-Un sentiment d'isolement social, professionnel, hiérarchique

En effet, une mauvaise conception des programmes compromet le profil du médecin généraliste et la totalité de l'enseignement médical.

Ainsi, dans le domaine médical, le programme des enseignants doit être établi en fonction du rôle que l'étudiant aura à remplir à la fin des études.

A la lecture de certains articles sur les perspectives de la formation médicale, il est à noter que les programmes sont sans cesse transformés parce-que l'on remet périodiquement en formation la définition même du médecin.

Dans ce cadre précis, le professeur (JEAN GOSSET) se posait les questions suivantes : « le médecin généraliste doit-il être un savant ?

Doit-il être un praticien, doit --on former des généralistes, doit —on admettre que la majorité des étudiants se spécialiseront ? Comment diviser un enseignement pour former aussi bien des généralistes que des spécialistes ? »<sup>(3)</sup> .

Abondant dans le même sens, DANIEL CHEVROLET et MOHAND SAID ISSAAD animateurs du séminaire portant sur le thème : « former les médecins algériens de demain »

---

(1) Dr BADREDDINE BOUSSAFSAF, Guide d'élaboration des objectifs pédagogiques en sciences médicales, Edition OPU, 1993, p9

(2) DANIEL CHEVROLET et MOHAND SAAD ISAAD , Former les médecins Algériens de demain, état des lieux et propositions prospectives, Edition OPU, 2000, p40

(3) JEAN GOSSET, Élément de pédagogie médicale, Edition l'expansion, 1969, p 80, 87

ont noté le fait suivant : <sup>(1)</sup>

« Durant les réunions discussions, les participants sont partis d'une boutade : L'université doit-elle former des diplômés ou des professionnels qualifiés ?

Ce qui ressort du compte rendu du séminaire, c'est le type de compétence visée qui se trouve en discussion selon les modèles suivants :

-Une compétence de « droit » déterminé par le diplôme

-Ou une compétence de « fait » manifesté par la capacité à effectuer « certains actes »

Dans le sillage de *ce* qui précède, il y a lieu de signaler à ce niveau les difficultés éprouvées dans la conception des programmes des médecins généralistes.

Les spécialistes de la formation nous avertissent sur le fait qu'un programme ne peut tenir compte que de l'état présent d'une discipline. Il en est de même pour la médecine. Les programmes actuels seront forcément inadaptés à cette médecine.

A titre d'illustration, beaucoup de notions apprises aujourd'hui seront devenues caduques et on ne peut enseigner aujourd'hui l'essentiel des notions de demain.

Les générations futures de médecins auront donc à faire face à ces situations nouvelles. Or, jusqu'à présent, le contenu et les modalités de la formation initiale, ou même continue, n'ont jamais été pensés en fonction de ces évolutions et de ces besoins, comme le montrent cinq ans de réformes de l'enseignement médical qui n'ont encore jamais réellement abouti.

S'agissant de la crise de la pratique médicale qui est en réalité une crise de la science médicale, BALINT cité par (JEAN PIERRE LE BRUNT) écrivait : « Le malaise, c'est le prix dont le médecin d'aujourd'hui paie l'incessant progrès de la médecine. Les données expérimentales scientifiques solidement fondées d'un côté, les malades qui se plaignent de l'autre : c'est dans ce conflit qui se débat aujourd'hui la médecine, et d'ajouter en guise de proposition : une réforme de toute la formation médicale s'impose. La place dominante de la fonction partielle doit revenir à l'homme entier le seul moyen d'accéder à la personnalité entière ne passe pas par le corps mais la psyché »<sup>(2)</sup>.

Chaque patient attend de son médecin qu'il réponde à ses attentes et à ses problèmes en utilisant ses connaissances et ses attitudes professionnelles.

Dans le sillage de ce qui précède, il n'y a pas mieux, nous semble-t-il, que de paraphraser (JEAN PIERRE LE BRUNT), et dire qu'aujourd'hui l'enjeu pour la médecine est de taille.

---

<sup>(1)</sup> DANIEL CHEVROLET et MOHAND SAAD ISAAD, **former les médecins Algériens de demain, état de lieux et propositions prospectives**. Edition OPU, p40

<sup>(2)</sup> JEAN PIERRE LE BRUNT, **De la maladie médicale**, Edition De Boeck, Bruxelles, 1993, p165



Par le corps humain malade qu'elle prend en charge, elle est bon gré mal gré un lien obligé mais aussi privilégiée de confrontation de l'universel et du singulier.

Ne l'oublions pas la rationalité scientifique à toujours eu comme objectif de généraliser, et elle n'a pas pu être opérationnelle qu'à condition d'organiser au sein même de son savoir cette exclusion de la singularité »<sup>(1)</sup>

Cependant, il y a lieu de signaler que FREUD ET après lui LACAN ont essayé de rendre compte rationnellement de la réalité psychique d'un sujet et inauguraient pour ce faire la psychanalyse.

Dans ce cadre précis, (JEAN PIERRE LE BRUNI) déclarait « le médecin généraliste aujourd'hui doit savoir que la plainte qui lui est adressée est très souvent initialement non médicale, mais qu'elle vient de se formuler en termes médicaux, étant donné d'une part son peu de possibilité à pouvoir être entendue autrement et d'autre part vu la nécessité dans laquelle la médecine s'est mise d'avoir à donner une réponse, fut-elle inadéquate »<sup>(2)</sup>

Aussi, si le médecin est amené à chercher du côté de la science le sujet sans une formation au préalable dans ce domaine, il trouvera beaucoup de difficultés et deviendra un danger pour son patient jusqu'à ce dernier peut être victime d'iatrogène, c'est pourquoi, le médecin ne doit jamais être ni psychothérapeute ni somaticien pure, il doit être l'un et l'autre à la fois .

Partageant les soucis de certains professionnels de la santé, (NOBERT BENSAID) affirme que le médecin doit d'abord se convaincre de la chose suivante : « le fait médical, c'est à dire tout ce qui se passe à partir du moment où la personne se dit malade et fait appel à la médecine, tout ce qui se déploie dans le champ médical, ce fait médical n'est pas une réalité donnée au départ, mais une construction »<sup>(3)</sup>

Dans tous les cas, qu'on le veuille ou non, qu'on le sache ou non, le médecin et le malade construisent ensemble une réalité nouvelle qui n'est pas réductible à ses éléments de base. Paraphrasant toujours le même auteur (NOBERT BENSAID), nous insistons sur le fait que cette construction n'est pas une construction qui se crée à partir du néant. Elle s'élabore à partir de deux réalités de base qu'elle ne nie pas, mais qu'elle dépasse : la demande du malade et les connaissances médicales. Cette élaboration se fera selon deux modes : l'un rationnel s'appuyant sur les connaissances médicales, et l'autre en apparence irrationnel, résultant de la personnalité du malade, de celle du médecin et de leur interaction.

---

(1) IDEM : p246

(2) IBID : p51

(3) NOBERT BENSAID, Un médecin dans son temps, Edition seuil, 1976, p25

Dans cette perspective, affirmer que le fait médical est une construction, c'est simplement donner à la fameuse relation médecin son véritable contenu. Cette conception du fait médical n'a pas de place que dans le cadre d'une médecine globale.

Cette médecine ne peut être effective que si le médecin se représente aussi bien son action et la relation sur laquelle elle se fonde. Elle est irréalisable tant que la médecine suivra un schéma causaliste et objectivement qui est le sien.

Compte tenu de ce qui précède, (NOBERT BENSAID) insistait sur le fait suivant : « cette vision apparaît toujours comme siégeant beaucoup plus dans la médecine générale pour la simple raison que l'action du médecin généraliste se déploie dans un espace et dans un temps qui permettent une élaboration contrôlée, est toujours susceptible d'être corrigée à condition de partir de la demande du malade, et à travers la relation médecin malade, on va donner à la maladie et à son traitement leur véritable figure »<sup>(1)</sup>

Le professeur (JEAN GOSSET) citant TOWSLEY ajoute que : « pour l'exercice de la médecine, il faut des qualités qu'aucun examen ne peut mesurer et que seuls des appréciations qualitatives répétées décèlent :

Le désir d'apprendre, le goût du travail d'équipe, un raisonnement juste, l'aptitude à comprendre les problèmes des malades, la bonté et la charité, le dévouement et même le don d'inspirer la confiance »<sup>(2)</sup>

Dans le sillage de ce qui a été dit, et paraphrasant certains spécialistes dans le domaine du management de la qualité de la formation comme le BOTERF ET SES COLLABORATEURS, nous pouvons noter que la seule bonne pédagogie serait celle qui préparait l'étudiant à résoudre des problèmes identiques à ceux qu'il rencontre dans sa clientèle »<sup>(3)</sup>

Contrairement à ce que peut signifier ces propos de spécialistes par rapport à la réalité, nous avons relevé dans le compte rendu du séminaire d'ALGER organisé par le ministre de l'enseignement supérieur le 21-22-23 mai 2000 portant sur le thème : « former les médecins algériens de demain, état des lieux et proposition prospective » animés par (DANIEL CHEVROLET) et le professeur (MOHAND SAAD ISAAD) la remarque suivante : « De façon unanime, les participants signalent le défaut de conformité de la formation délivrée avec

---

°) IDEM : p31

(2) JEAN GOSSET, Éléments de pédagogie médicale, Edition l'expansion 1969, p9

(3) GUY LE BOTERF et ses COLLABORATEURS, Comment manager la qualité de la formation. Edition d'organisation, 1992, p13 **38**

la réalité sociale dans laquelle s'inscrit la pratique de la médecine, ou, en un mot, le manque médecin généraliste » )

Devant cet état de faits, il y a lieu de reconsidérer les formations initiales et continue.

Cependant, avant toute idée de formation, encore faut-il avoir examiné le rôle et la place du généraliste dans le système de santé, ses relations avec les différentes structures, avec l'administration et enfin avec l'université.

Le profil du généraliste doit être examiné, en le situant au sein de la santé.

Dans le cadre de son travail, il doit soigner mais c'est aussi un organisateur et un gestionnaire. C'est à partir de ces besoins qu'on doit concevoir les programmes de formation du médecin généraliste.

Dans ce cas là, une question mérite d'être posée : si on veut que le futur médecin généraliste gagnerait en efficacité, pourquoi ne pas faire appel à des acteurs extérieurs, en mesure de conscientiser et préparer les futurs praticiens aux problèmes qui les attendent ?

A titre d'exemple, DANIEL CHEVROLET et MOHAND ISAAD nous propose de mettre l'accent sur certains apprentissages orientés vers : <sup>(2)</sup>

-L'entretien avec le malade

-L'observation, méthodologique et conduite du diagnostic

-Au plan épidémiologique vers l'état sanitaire spécifique qu'ils vont trouver

-Sur la géographie de l'espace ou ils vont s'installer

-Sur les groupes socioculturels qui y évoluent

-Sur l'état économique de la région

Abondant toujours dans le même sens, et partant des perspectives des nouvelles carrières pour les docteurs, l'entretien accordé au monde au monde en date du 12/09/90 par le professeur ( ANDRE GOUAZE) Président de la confédération des doyens marque la fin d'une époque, celle où les facultés de médecine consacraient leur savoir et leur énergie à la formation de médecins hospitaliers ou libéraux qui ne devaient pratiquer leur art que dans le cadre prestigieux et souvent bien rémunéré de la médecine praticienne.

« Les facultés de médecine ne doivent plus se limiter à la formation des futurs praticiens »<sup>(3)</sup> nous déclare (ANDRE GOUAZE).

---

<sup>(1)</sup> DANIEL CHEVROLET et MOHAND SAAD ISAAD, Former les médecins Algériens de demain, état des lieux et proposition prospectives Edition OPU, 2000, p13

<sup>(2)</sup> IDEM : p41

<sup>(3)</sup> ANDRE GOUAZE : De nouvelles carrières pour les docteurs, In le Monde du 12/09/1990, p13

Il est à rappeler que depuis longtemps, la formation médicale s'est laissé enfermé dans les carrières de soins.

La médecine a considérablement évolue en pénétrant dans de nombreux secteurs de la société. De telles évolutions vont entraîner un éclatement des structures de formation médicale, du moins à un recul de leur frontière. On commence déjà à cibler certains domaines :

Comme la santé publique, l'épidémiologie, la presse, l'édition et la documentation.

Il n'existe aucun bibliothécaire de grand centre de documentation médicale ou d'industrie pharmaceutique qui soit médecin. On peut citer également tout ce qui touche à la communication médicale, à la gestion et à l'administration des hôpitaux, à l'environnement, à l'architecture, la psychologie, l'industrie pharmaceutique mais aussi celle du matériel médical de l'agroalimentaire et la bio -ingénierie. Et puis, également, le secteur juridique et le droit médical. Au total, de très nombreux secteurs s'ouvrent aujourd'hui à la médecine et il est nécessaire de saisir cette opportunité.

Néanmoins, le professeur (ANDRE GOUAZ) insiste très fortement sur le fait que : « La faculté de médecine, sa compétence et son humanisme seront toujours là pour former des médecins au service du malade. Cela dit, il ne faut pas mésestimer ou occulter l'évolution de notre société »<sup>(1)</sup> Il s'agit là d'un projet d'avenir qui concerne avant tous les étudiants qui

■  
sont entrés en faculté et peuvent être aussi quelques-uns de ceux qui entrent aujourd'hui.

### 3-6- L'investissement de la formation médicale dans la pratique :

Suite aux orientations contenues dans le document de l'UNESCO publié par le bureau régional de l'UNESCO à DAKAR, sur le changement et le développement dans l'enseignement supérieur, il est précisé que : « La pertinence de l'enseignement supérieur doit être analysée en fonction de son rôle et sa place dans la société, de ses missions, de ses liens avec le monde du travail, de ses rapports avec l'état et les ressources de financement public et de ses interactions avec les autres degrés et forme d'enseignement »<sup>(2)</sup>

La formation médicale ne saurait *en effet*, être déconnectée, et par la même occasion développée pour elle-même.

---

(1) IDEM : p13

(2) Bureau régionale de l'UNSECO à DAKAR, Enseignement supérieur en Afrique ( réalisation, défis et perspectives)

Dans cette perspective, DANIEL CLIEVROLET et MOHAND ISAAD affirment que « C'est à partir d'un recensement des pathologies dominantes et l'évolution de la situation épidémiologique que la formation doit se développer »<sup>(1)</sup>

Lors du séminaire portant sur le thème « former les médecins algériens de demain » qui s'est déroulé du 21 au 23 mai à BISKRA, il a été constaté que le meilleur moyen pour répondre aux besoins réels du terrain, c'est disposer d'un tableau de bord général auquel doit correspondre le carnet de stage de l'étudiant qui est une sorte de guide nationale de santé public d'urgence portant sur les besoins de la nation, et plaçant la prévention au premier rang des préoccupations assorti des moyens d'actions adéquats.

Au plan de la formation médicale, la préoccupation pédagogique qu'on peut traduire en question est la suivante : faut-il immerger immédiatement l'apprenant dans la pathologie ou au contraire essayer de le munir des notions théoriques ?

En d'autres termes, l'apprentissage pratique doit-il précéder l'apprentissage théorique, ou est-ce l'inverse que doit privilégier le formateur ?

Pour répondre à cette question centrale, nous pouvons aider à la résolution du problème en mettant en oeuvre certaines techniques, telles l'approche systémique, l'approche par résolutions de problèmes.

Ce qu'il faut souligner d'emblée, c'est qu'il ne faut pas perdre de vue qu'en formation initiale comme en formation continue, il est absolument indispensable d'intégrer les acquis nouveaux de la science, tout comme doit être guidée et éclairée la pratique. L'étudiant doit acquérir rapidement un mode d'apprentissage adulte, qui n'a rien à voir avec les méthodes pédagogiques utilisées chez l'enfant.

Considéré comme un acteur, l'adulte a tendance à se détourner d'un enseignement magistral qui reprendrait un enseignement théorique qu'il peut consulter dans les ouvrages médicaux de référence.

Abondant dans le même sens, Y.MATILLON, G.BIGNOLAS, J. MENARD insistent sur le fait que : « L'adulte doit davantage être acteur de sa formation, base d'une discussion constante, la critiquant en terme d'utilité pour la résolution des problèmes pratiques qu'il rencontre et redéfinissant ses objectifs »<sup>(2)</sup>

---

(1) DANIEL CHEVROLET et MOHAND ISAAD, Former les médecins de demain, état des lieux et propositions prospectives, Edition OPU, p24

(2) YVES MATILLON-PIERRE DURIEUX, L'évaluation médicale Leu concept à la pratique), Edition Médecin-Sciences-flammarion, 1994, p140

Aussi, nous pouvons constater que la mise en oeuvre individuelle des solutions constituera peu à peu le savoir faire technique du médecin. Il est essentiel d'associer à la pédagogie fondée sur l'accumulation de connaissance, une pédagogie d'utilisation de ces connaissances.

Dans ce cas, l'évaluation, l'apprentissage de la décision médicale, le raisonnement en termes de stratégie sont les principes essentiels à introduire assez tôt dans la formation.

A ne pas oublier non plus que les changements d'attitudes des enseignants sont nécessaires à un apprentissage adulte efficace.

Ainsi V-CHARON-AM GIRAUD font remarquer que : «passer de l'état de non professionnel à celui de professionnel peut se comparer en partie à la métamorphose du ver à soi en papillon »<sup>(1)</sup>

Cette métaphore décrit les transformations internes qui s'opèrent inévitablement tout au long du cursus universitaire chez l'apprenant.

Partant de ce constat, l'étudiant aborde sa formation avec son patrimoine social et culturel puisqu'il a seulement que quelques représentation de la profession soutenue par son histoire.

De par son organisation, la formation va le faire travailler dans l'alternance : un temps de conceptualisation à la faculté de médecine et un temps de confrontation à la pratique des stages.

Cependant, une question mérite d'être pensée :

Les stages permettent-ils à nos futurs médecins généralistes de participer activement à la production d'un système de référence de pratique qu'ils vont mettre en oeuvre face aux malades ?

Pour répondre à cette question, il y a lieu de se référer à l'étude faite par Mr BOUZIANI. M portant sur le point de vue des étudiants en médecine sur les stages pratiques et qui a été réalisée sous forme d'une enquête d'opinion, auprès d'un groupe d'étudiant de lin de scolarité (6<sup>ème</sup> Année ) de la promotion 95/96 au département de médecine d'ORAN : <sup>(2)</sup>

Les résultats de l'enquête ont montré que la majorité des étudiants, soit 85% estiment que les stages pratiques sont insuffisants actuellement pour leur formation médicale, et par rapport à l'amélioration des conditions des stages, plus de la moitié d'entre eux 53% souhaitent un

---

(1) V-CHARON- AM GIRAUD, Les sciences humaines au service des soins infirmiers, Edition ellipses, 1999, p26

(2) BOUZIANI-M, Le point de vue des étudiants en médecine sur les stages : résultats d'une enquêtes, in revue algérienne de santé public et sciences sociales n°4, décembre 1999, pp51-62

meilleur encadrement, et 27% estiment qu'il faut augmenter le nombre de stage durant le cycle de formation.

Pour en revenir aux causes de l'insuffisance du stage par rapport à leur formation, on peut citer entre autre :

-l'insuffisance de l'encadrement par rapport au nombre relativement élevé des étudiants  
-Les objectifs *ne* sont pas élaborés pour les stages pratiques par les structures de formation, l'étudiant se trouvant de fait livré à lui-même, et selon sa volonté, il effectue tel ou tel stage et il apprend donc tel ou tel pratique de soin.

-L'apprentissage actuel de la médecine par le système modulaire met davantage l'accent sur les connaissances théoriques des différentes pathologies et occulte presque totalement les stages pratiques.

-Manque de toute prévision de suivi des stages

S'agissant de la sélection et du choix des terrains des stages et partant des questions suivantes : comment définir des normes de choix ? par rapport à quelles finalités ? faut-il en décider par référence à un modèle général « universel » ou de façon plus modeste en fonction des problèmes rencontrés ?.

Les participants au séminaire portant sur la réforme des programmes de l'enseignement médical tenu à Alger mai 2000 sont unanimes sur le fait que le meilleur terrain du stage est celui qui répond à trois conditions : \*

-Il présente une structure et une organisation satisfaisante

-Il offre de bonnes possibilités d'encadrement

-Ses moyens pédagogiques sont convenables

-Présenter des types variés de pathologies

Ce qu'il faut souligner avec force dorénavant, c'est que les terrains de stage actuels doivent être élargis. En plus des CHU, il convient de solliciter d'autres structures de santé publique, polycliniques, centre de santé, ainsi que d'autres établissements y compris les privés.

Partant de ces constats, il y a lieu de rappeler que le lien entre la théorie et la pratique, c'est à l'étudiant de le faire aide par les formateurs et les professionnels du terrain. Abordant la formation médicale, V CHARON --AM GIRAUD attirent l'attention sur le fait suivant : « quel que soit le type de formation, il y a au moins deux types de connaissance : celles qui sont directement transférables dans la réalité professionnelle et les indirectes.

---

\* SOURCE : Séminaire portant sur la réforme des programmes *de l'enseignement médical*, Alger, 2000

Les premières trouvent leurs ancrages dans le quotidien professionnel, les seconds ont besoin de temps avant de devenir des outils réellement opérant »<sup>(1)</sup>

Pour rendre plus explicite ce qui a été dit, il n'y a pas mieux de comparer la formation d'un médecin généraliste à la construction d'une bâtisse. Ainsi, sans de solides fondations, la demeure risque d'être bancale.

Ne l'oublions pas, les sciences humaines représentent un des piliers de la formation, qui se doit être suffisamment solide pour permettre les autres ancrages et pour faire face aux intempéries.

C'est que G GUYAT cités par YVES MATILLON et PIERRE DURIEUX évoque : « le nouveau paradigme de la médecine fondée sur des faits (evidence -based —médecine) » <sup>(2)</sup> IL est un fait intéressant de signaler que l'enseignement médical traditionnel ne prépare pas à donner des exemples de cette médecine « fondée sur des faits » .

Cette dernière nécessite la capacité de bien définir un problème, de recueillir l'information pour résoudre le problème, d'évaluer et d'appliquer une littérature médicale originale, ainsi l'extraction du message clinique et l'application de ce message au problème du malade. Dans ce cadre précis, ANDRE GOUAZE déclare que:« La formation médicale est située à l'interface des sciences exactes et des sciences humaines »<sup>(3)</sup>

Pour lui, elle n'est l'autre que l'acquisition d'une culture de l'homme avec son corps et ses problèmes existentiels.

Contrairement à cela, le professeur GOSSET fait le constat suivant : « Depuis plusieurs années, les universités américaines se rendent compte que leur propre enseignement est totalement déséquilibré que la science y pèse trop lourd, que l'enseignement clinique y est dangereusement défavorisé »<sup>(4)</sup>

Par ailleurs, la majorité des facteurs qui influencent notre santé sont extra-médicaux.

En revanche, BOUZIANI M signale que : « Les pratiques des soins communautaires sont presque totalement ignorées, dans le cursus de formation des étudiants en médecine à ORAN »<sup>(5)</sup>

---

(1) V CHARON-AM GIRAUD, les sciences humaines au services des soins infirmiers, Edition ellipses, 1999, p145

(2) YVES MATILLON et PIERRE DURIEUX, l'évaluation médicale ( du concept a la pratique), Edition médecin-sciences-flammarion, 1994, p145

(3) ANDRE GOUAZE, Demain la médecine, Edition expansion scientifique Française, 1996, p224

(4) JEAN GOSSET, Elément de pédagogie médicale, Edition l'expansion, 1969, p150  
BOUZIANI M, Le point de vue des étudiants en médecine sur les stages : résultats d'une enquête, in revue algérienne de santé public et sciences sociales n°4, décembre 1999, pp51-62



Il convient de souligner aussi que l'éducation pour la santé part des problèmes vécus par les membres de la communauté et les familles qui la composent.

Devant cet état de faits, il est permis de mieux comprendre le rôle des sociologues et des anthropologues, ainsi que les spécialistes en communication dans l'éducation pour la santé parce que le point de départ de toute analyse réside dans le comportement individuel.

Aussi, les psychologues n'ont jamais cessé de le répéter que les attitudes se traduisent en comportement.

C'est pourquoi, la formation à l'éducation des attitudes et les techniques de communication devraient être considérées comme un élément important pouvant influencer positivement la pratique médicale.

Il est à noter aussi que la forme et le contenu d'un examen ont une influence majeure sur les conditions de l'apprentissage des étudiants.

Aux termes de cette réflexion, nous pouvons dire sans risque de se tromper que toutes les professions se transforment peu à peu sous l'influence du progrès.

Celles qui n'évoluent pas tendent à disparaître, celles qui se transforment vite, comme la médecine impose à ceux qui les exercent une éducation continue et des recyclages périodiques.

Ainsi, la formation médicale doit développer chez l'étudiant les modes de réflexion qui rende possible cette auto-éducation prolongée.

## CHAPITRE N°4 : LES PROGRAMMES D'ENSEIGNEMENTS

### 4-1- Détermination des concepts :

Il arrive souvent que les gens confondent programme et curriculum.

Les comparaisons résumées par (ABDELATIF EL FARABI ET ABDELAZIZ

EL ARDAF) (1) éclaircissent les points de convergence et de divergence entre ces deux concepts ainsi qu'il suit : (1)

- Le programme constitue une partie du curriculum et comprend certes un certain nombre de programmes. Le curriculum de formation dans un établissement éducatif par exemple englobe un tronc commun pour les différentes matières et des programmes pour chaque matière enseignée. On peut également parler de curriculum dans un domaine ou dans une discipline comportant différentes matières (sciences, mathématiques, physique, chimie).

- Le curriculum est plus exhaustif que le programme en ce qu'il comporte des objectifs généraux, des méthodes complètes, une répartition du temps et la détermination des principes de la formation. Il arrive même qu'il comporte le fonctionnement administratif et la répartition des heures de travail comme c'est d'ailleurs le cas de l'enseignement fondamental.

- Le programme ne signifie pas le concept classique qui se contente de définir le contenu, mais est plutôt proche du curriculum dans la mesure où il se fixe les objectifs spécifiques d'une matière donnée, une année scolaire outre les moyens et les instruments d'évaluation mis en place.

Il est à noter qu'il existe différents termes qui renvoient au concept de programme comme par exemple :

- Programme' qui signifie programme scolaire.

- Méthode C qui est une appellation anglo-saxonne tirée du latin dont la traduction en français est "Plan d'étude" Il existe également différentes définitions du terme "Curriculum" en matière d'enseignement.

---

”

51-50

1996

:

;JI, ze.tku

,b

### 1-Plan d'étude :

a) Un ensemble d'activités planifiées destinées à la formation de l'étudiant. Il comporte les objectifs(ainsi que leur évaluation), les outils(les livres scolaires entre autres) et les dispositions prises à l'égard d'une formation adéquate des enseignants.

b) Une série d'unités conçues de façon telle à rendre possible l'apprentissage de chaque unité à partir d'une seule action unique à condition que l'apprenant ait acquis une maîtrise des capacités décrites dans les unités spécialisées précédentes.

3. Il se rapporte à tous les composants entrant dans le processus d'après (E DECORT)<sup>(1)</sup>

4. C'est une planification du travail pédagogique mais plus ample que le programme scolaire puisqu'il comporte non seulement les programmes des matières mais aussi des finalités éducatives et des activités d'enseignement et d'apprentissage, outre la manière dont seront évalués l'enseignement et l'apprentissage .

5. Il indique la technologie des outils qui visent à concevoir des activités à même de coordonner l'enseignement et l'apprentissage dans le but de l'organiser et de mieux le gérer pour arriver éventuellement l'enseigner à de meilleurs résultats pour l'étudiant.

Sur la base de ces différentes définitions, on peut définir le concept de curriculum comme étant :

a) Une planification de l'opération d'enseignement et d'apprentissage qui comporte des objectifs, des contenus, des activités et des moyens d'évaluation.

b) Un concept global ne se limitant pas au contenu de la matière enseignée mais arrête les méthodes, les activités et les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs assignés.

c) Une construction logique des éléments du contenu sous forme d'unités, si bien que la maîtrise d'une unité requiert celle des autres précédentes.

d) Une organisation d'un ensemble d'éléments et de composants d'une manière telle à atteindre les finalités et les buts escomptés de l'enseignement et de l'apprentissage.

### **4-2-Définition des programmes :**

Les directives du ministère de l'enseignement primaire et secondaire appréhendent des programmes comme : « Un ensemble d'expériences complémentaires acquises par les apprenants et que chaque expérience possède sa propre valeur dans la réalisation des objectifs à atteindre (Ministère de l'enseignement primaire et scolaire) <sup>(2)</sup>

---

<sup>(1)</sup> E. DECORTE ET SES COLLABORATEURS. Les fondements de l'action didactique. Edition S.A BRUXELLES.1979.P 20

,2·1972 ,s,4t

t<sub>d</sub>s.tyi c<sub>r</sub>,■.1■ :

,y)·.-31 <sup>(2)</sup>

AI IMED HUSSEIN EL-LAKANI (,3u 1-b quant à lui suggère la définition suivante du programme : « C'est une stratégie mise au point pour un individu, une classe ou même une école. Elle peut être conçue pour une journée d'études entière ou même une partie seulement ; comme elle peut s'étaler sur un mois, un trimestre ou toute une année scolaire. Dans ce type de programme, on se doit de fixer les activités à exécuter en classe pendant une période déterminée. Donc la stratégie comporte l'ensemble de toutes les étapes, les procédures, les cours et les activités qui se déroulent en classe. à l'école durant une période déterminée. Ainsi, le programme aura englobée l'étude ou l'exécution d'un curriculum donné durant une année scolaire ou toute autre période »<sup>(1)</sup>

ABDELLATIF EL-FARABI ABDELAZIZ EL-GHARDAF

estiment que :« Les programmes comptent parmi les plus importants moyens qui contribuent à la formation du type de personne que la politique d'éducation voudrait créer. En termes plus précis, les programmes constituent un élément indispensable dans la réalisation des objectifs éducatifs et de là les finalités de la société dans tout son ensemble »<sup>(2)</sup>

Il est à noter que tout amendement des programmes que nous tenons responsables d'un grand nombre de nos problèmes éducatifs doit prendre en considération tout ce qui est interne et en relation avec le processus autrement dit ses éléments internes et tout ce qui est externe et se rapporte à sa fonction générale dans ses rapports avec l'entourage.

Il y a lieu également de remarquer que les programmes sont parmi les outils que les établissements scolaires utilisent pour atteindre leurs objectifs. Certes, les programmes ou les expériences peuvent ne pas être identiques compte tenu de la diversité des établissements scolaires et de la nature de la formation. Les programmes constituent un ensemble d'expériences classées d'une manière précise et se divisent en expériences directes et indirectes. L'expérience directe est celle que vit l'individu personnellement et ressent pleinement. Et c'est grâce à sa pratique qu'il apprend à agir et réagir par rapport à cette même expérience. Aujourd'hui que la société est devenue complexe, compte tenu des développements scientifiques et technologiques et devant l'incapacité des individus et de la famille d'offrir à leurs enfants tous les exploits de la science, les établissements scolaires ont été créés comme des institutions sociales au service de la société pour la réalisation de ses objectifs ainsi que

pour l'éducation des futures générations. Or, il leur est impossible de procurer à l'élève toutes les expériences directes qu'il devra vivre et mettre en pratique. Les expériences directes ont donc été substituées par d'autres expériences indirectes en raison des avancées technologiques et de la complexité de la société. Aussi les expériences ont-elles été organisées et ordonnées et les conditions de leur adaptation ont été réunies pour enfin être rassemblées dans une entité dite programme scolaire.

Et pour qu'une expérience soit réussie, il faudrait :

- Qu'elle respecte les tendances et les besoins des élèves pour qu'ils puissent fournir des efforts d'autant que l'on sait pertinemment que l'apprentissage est le résultat d'un besoin et des efforts consentis pour y parvenir ?
- soit polyvalente et accepte les différences de chacun
- Qu'elle soit permanente et continue de sorte à bâtir le présent à partir du passé pour mieux parer à l'avenir ?
- Qu'elle permette le travail collectif et ne néglige point l'effort individuel et indépendant.

#### **4-3-Les bases et principes à partir desquels s'effectue la conception des programmes :**

##### Les fondements des programmes :

Les bases et principes que les concepteurs de programmes tiennent en considération ont franchi plusieurs étapes car les philosophies et les objectifs de l'enseignement n'ont jamais été les mêmes. Toutefois, tous les points de vue conviennent à dire qu'il est indispensable de fournir à l'élève tout le savoir et toute l'expérience fonctionnelle afin qu'il puisse évoluer sainement. Aussi devons-nous ne pas perdre de vue cet aspect-ci lors de l'élaboration de tout programme.

Il est encore des avis qui soutiennent l'importance du patrimoine social dans les matières scolaires alors que d'autres mettent l'accent sur l'élève et d'autres encore tiennent compte du côté social et le droit de l'élève aux activités sans pour autant négliger le milieu dans lequel il évolue.

Nous traitons ci-après d'une manière un peu détaillée les fondements des programmes tels que décrits par la Direction de la Formation et l'éducation en milieu extra-scolaire au niveau des enseignements primaire et secondaire : <sup>(1)</sup>

**Le critère social** : Afin que l'étudiant puisse s'adapter à sa société, le concepteur du programme doit tenir compte des valeurs sociales, du patrimoine et des normes sociales ainsi

que les problèmes, les ambitions et les objectifs présents et futurs de la société dans son ensemble.

L'établissement scolaire devient par conséquent grâce à ses programmes l'outil par lequel s'opère le changement social auquel aspire la société .

**Le critère psychologique** : Les récentes thèses des penseurs et des philosophes outre le développement des sciences humaines et plus particulièrement la psychologie ont eu un effet sur l'intérêt porté à l'étudiant dans le processus d'enseignement. Ceci a suscité l'importance des programmes polyvalents afin de répondre aux tendances des enseignés et de découvrir leurs talents ce qui aidera sans doute à leur développement physique, intellectuel et social.

En d'autres termes, il *ne* faut point se limiter uniquement à la matière enseignée mais intégrée plutôt d'autres activités. Le programme se présentera donc sous forme d'expériences complémentaires puisqu'il est nécessaire de s'intéresser au présent de l'apprenant et à ses activités et tenir compte de ses caractéristiques et de sa nature afin qu'il tienne part positivement à toutes les activités au lieu de demeurer négatif et passif de surcroît.

Les programmes étaient surchargés de la matière scientifique. Aussi, le formé apprenait sans pour autant se préoccuper de ses tendances d'autant que ces mêmes programmes étaient axés exclusivement autour du développement.

Avec l'apparition de cette tendance, la vision envers l'étudiant, ses capacités et ses motivations ont changé et l'on a posé des conditions pour l'expérience en matière d'enseignement. En somme, les programmes ont été conçus spécialement pour l'enseigné et pas l'inverse.

**Le critère environnemental** :

Le milieu dans lequel évolue l'étudiant est une condition sine qua non dans l'élaboration de tout programme d'enseignement pour ainsi permettre à l'apprenant d'affronter les problèmes que connaît son environnement et d'y remédier. De plus, ceci l'incitera à s'intéresser à sa réalité et l'encouragera à acquérir des expériences à même de préserver son environnement et de s'y accommoder.

A cet égard, la profession de médecin généraliste apporte la plus grande contribution en ce sens que son objectif principal est d'être au service de l'homme,.Aussi s'attelle-elle à respecter les dimensions environnementales , sociales et psychologiques en plus de celles techniques.

A la lumière de ce qui précède ,le rapport de l'OMS N°489 Prévoyait déjà ce qui suit : « tout programme d'études médicales doit viser à intégrer des notions relevant de différentes

disciplines et à offrir les moyens les plus économiques d'acquérir toute une gamme de compétence et d'attitudes importantes »

Aujourd'hui , comme le fait remarquer (MESLI FAROUK) : « La médecine est envahie par toute les disciplines aussi bien des sciences humaines que celle liés à l'environnement. »W Autant dire avec( ANDRE GOUAZE), que : « le médecin généraliste est l'un des acteurs tout à fait essentiels du système de santé sur le terrain »<sup>(2)</sup>

Aussi, la nouvelle et ambitieuse stratégie adoptée dans l'élaboration des programmes de formation des médecins généralistes exigent à notre sens d'une part la prise de considération des changements qu'a connu le milieu de l'étudiant afin qu'il puisse s'adapter à la vie professionnelle et sociale et d'autre part elle exige que l'on procède à des mutations profondes dans sa personnalité, au développement de son degré de compréhension, à l'éducation des attitudes et sa capacité de prendre les décisions appropriées au temps opportun.

Ainsi l'on remarque, par exemple, que les profondes transformations tous azimuts que traverse la société et notamment dans le domaine économique et à titre d'exemple le passage de l'économie planifiée à l'économie du marché exigent le remplacement des anciens programmes universitaires ou du moins leur amendement. C'est le cas des programmes suivis en matière de formation des médecins généralistes afin qu'ils soient professionnellement plus efficaces à l'égard de leurs patients et de là leur société.

Etant donné que l'université de par ses différents départements, est une importante ressource humaine, il est donc impératif de connaître tous les besoins des secteurs de l'emploi et notamment des structures médicales.

Dans ce contexte-ci, (Al IMED IUSSEIN EL-LAKANI) (, )tep -Le-i) estime que :

« L'évaluation de ces besoins constitue une très grande importance dans le choix des connaissances propres aux curriculums. C'est d'autant plus vrai sachant que les secteurs de l'emploi et des structures médicales innovent sans cesse leurs méthodes en cherchant à s'adapter aux perpétuels progrès scientifiques. Dans le cas où à un moment ou un autre on aurait omis de prendre en considération ces besoins-là dans le choix des connaissances, il serait essentiel de revoir ces dernières et de les mettre à jour par rapport aux nouveaux besoins des structures de santé. A défaut de cette préconisation, le diplômé de l'université réalisera à

---

Le rapport de l'OMS N°489

(1) MESLI-M FAROUK. La formation en santé : éléments d'une problématique .In Revue Algérienne de santé public et sciences sociales n°4 Décembre 1999, p 18

(2) ANDRE GOUAZE, Demain la médecine, Edition expansion scientifique française, 1996, p 18

*son détriment que les connaissances acquises au sein des autres établissements de l'éducation ne lui sont en réalité d'aucune utilité dans le monde du travail. »<sup>(1)</sup>*

*La nouvelle et ambitieuse stratégie adoptée dans l'élaboration des programmes de formation des médecins généralistes suite à tous ces développements exige à notre sens la prise en considération des changements qu'a connus le milieu de l'étudiant d'une part afin qu'il puisse s'adapter à la vie professionnelle et sociale dans laquelle il est appelé à évoluer. Elle exige, d'autre part aussi, que l'on procède à des changements profonds dans sa personnalité, au développement de son degré de compréhension ou sa capacité de prendre les décisions appropriées en temps opportun.*

#### **4-4-Méthode de conception des programmes :**

*Lors de la conception des programmes, il faudrait suivre des étapes ou procédures opérationnelles en s'inspirant des nouvelles recommandations qui proposent différentes sortes de méthodes de conception des programmes et qui ont le mérite de ne pas se limiter à la matière enseignée comme c'était le cas des approches classiques dans la conception des programmes. Ces derniers( les programmes) étaient considérés comme étant un ensemble de matières dissociées les unes des autres et présentées aux étudiants indépendamment de leur tendance, leurs vœux, leurs caractéristiques et encore moins le milieu dans lequel ils auront à s'intégrer à la fin de leur formation.*

*Si la vision classique du programme a délaissé le facteur de la préparation des étudiants à résoudre leurs problèmes et à s'adapter à leur environnement en raison de leur ignorance des changements qui s'opéraient dans la société, la nouvelle tendance par contre se base sur la vision globale des programmes qui prend en considération les composants du processus d'enseignement tels les objectifs, les méthodes et les outils d'évaluation, ainsi que leurs fonctions et leurs rapports avec l'environnement comme l'ont indiqué (A. LATIF ELFARABI ET A. AZIZ ET GHARDAF)<sup>(2)</sup>*

*Pour mieux comprendre cette tendance, il nous faut signaler certains modèles de recherches qui ont tenté d'expliquer cette vision nouvelle des programmes. Nous citerons entre autres :*

*A. Le modèle de TYLF:R- 1934 comporte quatre questions qu'il est nécessaire de poser si l'on veut concevoir un programme d'enseignement :*

*I- Quels sont les objectifs d'éducation adoptés par l'établissement scolaire ?*



2-Quels sont les expériences éducatives qui permettraient la réalisation de ces objectifs?

3- Comment sont organisées ces expériences éducatives ?

4- Comment savoir si ces objectifs ont été atteints (Évaluation) ? .

B. Le modèle de HILDA TABLA, 1962 comporte les sept étapes suivantes :

1- La détermination des besoins éducatifs (chez l'apprenant et la société).

2- La détermination des objectifs.

3- Le choix des contenus adéquats.

4- L'organisation des contenus.

5- Le choix des expériences d'apprentissage(méthodes et activités).

6- L'organisation de ces expériences.

7- La détermination des méthodes d'évaluation de l'enseignement.

C. Le modèle de Gagne et Briggs 1974 basé sur douze étapes :

1- L'analyse et la distinction des besoins.

2- La détermination des objectifs.

3- La distinction des outils permettant de satisfaire les besoins.

4- La mise en place des composants assurant l'harmonisation de l'enseignement.

5- L'analyse des ressources nécessaires et celles disponibles ainsi que le recensement des difficultés.

6- L'intervention pour l'éradication ou du moins la minimisation de ces difficultés.

7- La sélection et la mise en place des outils d'enseignement.

8- La détermination des méthodes d'évaluation.

9- La tentative de la pratique et l'évaluation formative et la formation des enseignants.

10 La correction, la révision et la réévaluation.

11 L'évaluation globale.

12 Le début du travail au moyen du processus opérationnel (Application du programme).

D. Le modèle d'HAINAUT 1982 : 11 comporte trois niveaux dont chacun comporte à son tour un ensemble d'éléments :

- Niveau 1 : La recherche des finalités et objectifs : Ce niveau comporte cinq étapes :

1- La détermination et l'analyse de la politique de l'éducation en général.

2- La détermination des objectifs : Détermination des tâches et des rôles assignés à l'apprenant et les situations dans lesquelles il aura à accomplir ces tâches.

3- L'étude des groupes ciblés : Etude des traits distinctifs des enseignés (psychologiques, pédagogiques, culturels, sociaux, linguistiques et physiologiques).

4- Analyses des contenus :

5- L'élaboration des objectifs opérationnels : Définir les objectifs sous forme d'actions et d'activités intellectuelles et concrètes.

Niveau deux : La recherche des méthodes et des moyens. Ce niveau comporte six étapes, à savoir :

6- Le recensement des ressources et des contraintes : Connaître les limites matérielles, administratives, sociales et les ressources disponibles.

7- La stratégie des méthodes et moyens : Cette étape nécessite la recherche des méthodes et moyens à même de nous permettre la réalisation des résultats escomptés. Pour ce, nous procédons à la sélection basée sur les objectifs à atteindre.

8- L'étude des conditions d'insertion : La détermination des méthodes et des moyens ne suffit pas car il faut les insérer dans un système ou organisation, et rechercher la manière de les adapter à des moyens déjà existants.

9- La détermination des situations d'apprentissage : Lors de cette étape nous déterminons les situations dans lesquelles les enseignés réaliseront leurs activités partant des objectifs opérationnels. Il s'agit ici précisément de l'activité de l'enseigné par rapport à l'enseignant, la matière, le temps et le lieu.

10- La mise en place des moyens convenables aux différentes situations d'enseignement. En d'autres termes, nous déterminons avec précision les moyens permettant la réalisation de ces situations. Nous précisons pour ainsi dire la manière d'atteindre les objectifs opérationnels.

11- La mise en place des moyens : Ceci se traduit par l'élaboration des outils, leur expérimentation puis leur amendement (livres scolaires, fournitures, leçons).

- **Troisième niveau** : Détermination de l'évaluation : Ce troisième et dernier niveau comporte les trois étapes suivantes :

12- La mise en place d'un plan d'évaluation : Il est impératif de mettre en place un plan d'évaluation aussi clair que possible qui engloberait l'objectif, ses critères, ses méthodes et les aspects qu'il aura à couvrir

13- Le choix et la mise en place des moyens : Le curriculum doit indiquer le type des moyens d'évaluation susceptibles d'être utilisés.

14- La détermination des méthodes et moyens d'évaluation : Il faut également mettre en place les moyens, les tester afin de vérifier leur validité et objectivité sur un groupe ciblé.

Il ressort des modèles ci-dessus analysés quatre niveaux servant de point de rencontre aux différentes méthodes discutées auparavant et qui constituent en réalité les éléments indispensables à la formation en milieu universitaire. Ces éléments peuvent être résumés comme suit :

- a) Niveau des objectifs.
- b) Niveau du contenu ou des expériences.
- c) Niveau des méthodes et moyens.
- d) Niveau d'évaluation et de correction.

**A-Niveau des objectifs** : Les responsables de l'éducation n'ignorent certainement pas la révolution qu'à provoquée "**BLOOM**" et son équipe au milieu de ce siècle aux Etats Unis d'Amérique lorsqu'il a mis le doigt sur le point faible du système éducatif qui selon lui manque de clarté dans la détermination des objectifs à atteindre.

Il est à noter que la non-détermination des objectifs pédagogiques et leur aspect désordonné sont à l'origine de la mauvaise formation et des lacunes pédagogiques difficiles à combler.

Les premières lectures de certains systèmes de l'éducation dans le monde arabe dont l'Algérie font ressortir une différence entre les besoins ressentis et le type de formation de cadre disponible. La raison en est le peu d'intérêt accordé à la vision globale lors de la détermination des objectifs.

Afin de mettre terme à cet écart, les responsables de l'éducation sont tenus de concevoir des objectifs pédagogiques qui prendraient en considération outre les exigences techniques celles culturelles et humanitaires.

Toutes ces données font que la capacité d'adaptation est plus importante A cet égard (ABDALLAH ABD-EDDAIM) (e:1<sup>1</sup>.131 el; .4e) estime que : « Cette culture générale commune est considérée chaque jour davantage comme étant une des conditions sine qua non de la formation professionnelle. De plus, les éducateurs pensent que plus la culture générale est riche plus la formation professionnelle est rapide et facile. Les managers des projets actuels pensent partager l'avis des éducateurs et souhaitent que le système éducatif prépare des personnes possédant une vue d'ensemble des choses et la capacité de développer la formation professionnelle et méthodique au sein de leur établissement. Par ailleurs, le nombre des nouvelles filières en matière de métiers et professions sont en croissance permanente au point que l'enseignement technique est incapable d'égaliser ce développement rapide que la spécialité elle même. Ce qui reviendrait à dire qu'il est nécessaire que le système éducatif offre un enseignement et une formation professionnelle plus diversifiés rendant les possibilités d'adaptation plus grandes »<sup>(1)</sup>

Ceci dit, les bons objectifs doivent être clairs, opérationnels, en relation étroite avec l'environnement de l'enseigné. et inspirés de la philosophie et des besoins de sa société afin

qu'il puisse développer des tendances sociales et scientifiques utiles et pour l'individu et pour la société dans son ensemble.

- Niveau du contenu ou des expériences :

Chaque société possède des objectifs qui changent en fonction des mutations sociales. Par conséquent, ceux de l'éducation obéissent inéluctablement à ces changements.

A ce propos "GAGNE" pense qu'il est possible de déterminer le contenu à partir des objectifs car plus l'expression de ces objectifs est opérationnelle plus le contenu des programmes est clairement déterminé "GAGNE".

Les expériences pratiquées par les enseignés sont un moyen de réalisation des objectifs pédagogiques.

En principe, le contenu du programme d'enseignement doit être une expérience éducative permettant à l'enseigné une adaptation professionnelle et sociale. Il ne devrait pas être une simple matière inerte inscrite dans les livres scolaires et que l'enseigné doit apprendre machinalement.

Il est important de noter que le programme est une entité indissociable. Chacune de ses parties se valent entre elles d'autant que le programme est un ensemble d'expériences complémentaires que l'enseigné acquiert. Chaque expérience a une valeur dans la réalisation des objectifs à atteindre.

Les récentes thèses des penseurs et des philosophes, et en plus, le développement des sciences humaines et plus particulièrement la psychologie ont eu un effet sur l'intérêt porté à l'apprenant dans le processus d'enseignement. Ceci a suscité l'importance des programmes polyvalents afin de répondre aux tendances des étudiants et de découvrir leurs talents ce qui permettra inéluctablement une complémentarité dans leur développement physique, intellectuel et social.

Aussi le fait de se limiter uniquement à la matière enseignée emprisonne l'étudiant dans sa spécialité et le prive de développer ses capacités d'analyse qui lui permettent d'être au diapason du changement et de là affronter les exigences du travail sur le terrain.

c- Niveau des méthodes et moyens :

Combien même le programme peut-il être soigneusement préparé en prenant en considération les traits caractéristiques de l'étudiant, son milieu et son patrimoine social qui a servi de base au choix des matières enseignées, la réalisation de ses objectifs dépendra toujours de sa bonne et méticuleuse application.

La méthode du formateur et le degré de sa réussite dans le choix de cette méthode qui va de pair avec le type d'expérience et le niveau pour réussir une séance de cours.

Puisque les méthodes d'enseignement sont un moyen d'exécution du programme et contribuent à la réalisation des objectifs, elles sont soumises au changement à mesure que changent les programmes et les objectifs ; de même qu'elles progressent dès lors qu'ils évoluent. La raison en est qu'elles sont étroitement liées au programme et représente un des moyens de son exécution et un outil de son application. De plus, chaque fois que les objectifs changent leurs moyens appropriés changent conséquemment. La réalisation des objectifs en général dépend de plusieurs facteurs notamment les méthodes qui déterminent ce que les étudiants doivent étudier, leur degré d'assimilation de ces cours. De même qu'elles déterminent les positions des apprenants vis-à-vis du formateur et de la matière dispensée. Force est de constater qu'au niveau de l'enseignement supérieur plusieurs méthodes et moyens sont utilisées sans pour autant tenir compte des objectifs à atteindre.

Ceci révèle le manque de formation pédagogique des enseignants universitaires.

A cet égard (ANNIE BIREAUD) indique que : « L'enseignant universitaire a besoin d'être formé en matière des méthodes d'enseignement »<sup>1</sup>

Il est à préciser que l'un des inconvénients des méthodes de l'enseignement magistral en usage à l'université est le bourrage des esprits des étudiants par des connaissances et informations sans pour autant développer chez eux les habiletés de déduction et d'analyse seule voies vers l'innovation, la créativité, l'esprit d'initiative et la participation tant attendue par les établissements et les utilisateurs.

d- Niveau d'évaluation et de correction :

L'évaluation est l'un des éléments fondamentaux du processus d'enseignement car elle permet de détecter les points forts et les points faibles de n'importe quel programme d'enseignement ou de formation et par conséquent adopter les décisions qui s'imposent.

En effet, les différentes pratiques pédagogiques ont confirmé l'importance de ce sujet et sa nécessité pour tous les éléments du processus d'enseignement.

Ainsi parmi les résultats de l'évaluation, la réalisation des changements nécessaires à l'amélioration du processus d'enseignement. Ceci s'effectue par la détermination des objectifs pédagogiques et la mise en place des moyens en vue de leur réalisation. Il s'agit par la suite de procéder à l'évaluation qui nous permet de savoir si tout ou une partie des objectifs a été réalisé et si les moyens mis en place ont aidé à la réalisation des objectifs et même éventuellement les carences de tout ou partie des moyens utilisés.

---

**(1) ANNIE BIREAUD. LES METHODES PEDAGOGIQUES DANS L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR. LES EDITION D'ORGANISATION. 1990 .P71**

Sur la base des résultats d'évaluation, on procède aux opérations de changement nécessaires de manière conséquente et scientifique. Ce changement peut concerner les programmes, les méthodes d'enseignement, la préparation des cours et l'administration scolaire.

#### **4-5-Différents types de programme :**

Le choix du type d'expériences et leur organisation déterminent le type du programme à adopter.

En effet, l'intérêt de certains concepteurs du programme pour la matière scolaire qui représente le patrimoine social et culturel au détriment de la personnalité de l'enseigné constitue ce qui est communément appelé les programmes des matières. Par ailleurs, d'autres s'intéressent à l'enseigné, ses caractéristiques, ses tendances et le considèrent comme l'axe autour duquel tournent l'enseignement, les programmes et le processus d'enseignement appelé programme d'activité.

Il existe en plus des programmes de matières d'une part et les programmes d'activité d'autre part d'autres types de programmes dont certains tentent d'améliorer les programmes de matières et se débarrasser de leurs inconvénients ; alors que d'autres exagèrent moins dans la prise en considération des besoins de l'enseigné au détriment du patrimoine social

Ceci dit, on peut répartir les programmes en deux principaux types :

**Les programmes de matières** : Ces programmes s'intéressent aux matières scolaires et se divisent en plusieurs types suite aux opérations d'amélioration et de développement qu'ils subissent :

**Programme des matières dissociées** : C'est le premier programme à avoir existé et est connu sous l'appellation de programme classique qui était exécuté dans les établissements scolaires classiques. Il se distinguait par le seul intérêt qu'il accordait au côté intellectuel de l'étudiant et utilisait la méthode magistrale si bien que les enseignés étaient tenus **d'apprendre** les matières scolaires, les exposer et les réciter.

Ce programme comprend un ensemble de matières scolaires séparées les unes des autres. Chaque matière était indépendante des autres, parfois-même une seule matière se divisait en sections n'ayant aucun rapport entre elles.

L'intérêt était porté sur la matière comme étant elle-même un objectif. L'enseigné s'est vu donc incapable de bénéficier de ce qu'il apprenait et de là son incompatibilité avec son entourage.

Un tel programme a fait fi des tendances de l'étudiant, ses préférences et ses caractéristiques. De plus, il a totalement négligé tout ce qui se passait dans la société, la préparation de

l'apprenant à la vie et encore moins la résolution de ses problèmes. De même qu'il, n'a pas considéré tous les traits de sa personnalité sauf qu'il s'est limité au côté intellectuel uniquement. Malheureusement, il a même échoué sur ce plan-ci en omettant de fournir à l'étudiant l'opportunité de se préparer à résoudre ses problèmes.

**2) Programmes des matières liées :** Suite aux inconvénients des programmes des matières dissociées qui ne favorisent ni le développement de l'étudiant ni sa compréhension, les spécialistes ont appelé à la nécessité de relier les matières entre elles. A titre d'exemple, ceux, qui enseignent la géographie d'un pays sont tenus d'étudier l'histoire de ce même pays afin que les sujets de discussion soient liés, que les explications et la compréhension soient aisées et que l'enseigné puisse progresser et comprennent mieux ce qu'il étudie. Ceci est d'autant plus vrai car cet aspect contribue à l'éclaircissement des autres aspects.

Cette relation nécessite une coordination permanente entre les enseignants des différentes matières.

Il est important de noter que l'intérêt des spécialistes est désormais porté sur la liaison entre les expériences du programme des matières reliées sur la base de la ressemblance des matières ou des axes.

Ceci dit, nous pouvons citer ces programmes comme suit :

**Programme des matières similaires :** Afin d'améliorer les programmes ou d'offrir des chances multiples à l'étudiant pour progresser et mieux comprendre, les matières similaires ou traitant d'un même sujet sont liées et unifiées de sorte qu'elles apparaissent comme si elles représentaient une seule unité.

- A titre d'exemple, les sections de la langue telles que la lecture, la dictée et l'expression sont réunies pour faire une seule matière.

- Ainsi, cette liaison facilite et améliore chez l'étudiant la compréhension des matières enseignées. L'avantage en est un nombre réduit de matières prévues au programme et l'élargissement du domaine de liaison entre les groupes similaires afin qu'il soit possible de fournir des expériences liées et complémentaires autant que possible. Résultat, ceci donne l'opportunité de faire apparaître les tendances de l'étudiant, pouvoir les satisfaire et développer également la compréhension et l'assimilation du sujet d'étude que l'on présente à l'apprenant d'une manière acceptable et complémentaire dans une certaine limite sans toutefois que la matière scolaire ne perde la place qu'est la sienne.

**Le programme axial :** L'enseignement par rapport à ce programme ne se dispense pas sur la base de la similitude des matières mais plutôt sur la base du choix d'un sujet d'étude

déterminé comme axe autour duquel évolue le reste des sujets. Un tel programme consiste alors en un ensemble de sujets, de problèmes, d'avis ou d'idées comme axes au tours desquels se dressent et tournent les matières à enseigner.

- Cette manière de relier ces matières favorisent des expériences appropriées pour l'étudiant se caractérisant par leur continuité, leur liaison et leur diversité et de là elle permet le développement des étudiants et aide à faire face à leurs différences individuelles. De plus, l'enseignement au moyen de ce programme permet à l'enseigné de mieux comprendre la vie et le prépare à réfléchir et résoudre les problèmes. Ainsi, l'enseignement aura un sens et un but et par voie de conséquence la matière scolaire devient un moyen nécessaire pour le développement de l'étudiant. Aussi, le formateur n'aura pas besoin de fournir un effort excessif pour attirer l'attention de l'apprenant.

### **Les programmes d'activités :**

Le développement des sciences pédagogiques a suscité une autre vision de l'étudiant en ce sens qu'il est considéré actuellement comme étant un être ayant ses motivations, ses tendances ses caractéristiques et ses capacités.

Il est donc nécessaire que l'enseigné développe tous les aspects de sa personnalité. On ne doit pas se contenter de lui inculquer les informations ni les lui imposer selon la méthode classique qui l'a empêché d'agir correctement alors **qu'il** été confronté a différente situations de la vie. Pis encore, cette méthode l'a rendu négatif, éloigné de la participation sociale effective tant dans ses propres affaires que celles de sa société et l'ont enfin privé de l'esprit d'initiative et le raisonnement rationnel.

Aussi, une équipe de spécialistes a préconisé des programmes respectant l'étudiant en s'intéressant à ses traits caractéristiques, ses [besoins](#) et leur satisfaction. Leur but était également de préparer les étudiants à la vie tout en considérant la matière et les connaissances comme moyen pour atteindre les buts assignés.

A cet effet, il est possible de distinguer au niveau des programmes d'activité deux types principaux qui sont :

### **Les projets et les unités :**

Bien qu'étant deux méthodes d'enseignement, ce sont deux types d'organisation des programmes, et que nous citerons comme suit :

### **Programme d'activité basée sur les tendances de l'étudiant (les projets) :**

Dans le cadre du programme d'activité basé sur les tendances de l'étudiant, ce dernier est guidé par une motivation. Il élabore ses propres plans et puise ses connaissances non seulement des livres mais aussi grâce aux sorties, visites et discussions qu'il aura entreprises.



Ainsi, le rôle de l'enseignant consiste seulement à orienter et à guider du fait que le programme est entièrement conçu par l'étudiant qui choisit lui-même ce qu'il veut étudier qu'il s'agisse d'un sujet ou un problème. Cette activité basée sur les tendances de l'étudiant se traduit par des projets qui sont l'image de ce type de programmes qui est apparue comme réaction directe au programme des matières dissociées.

Il est important de noter que ce genre de programmes(projet) s'intéresse beaucoup à l'étudiant et tient compte de ses tendances, ses besoins et ses caractéristiques sans pour autant tenir compte des besoins de la société. (le patrimoine culturel tels la science, les valeurs sociales et les tendances) à laquelle appartient l'étudiant.

D'autre part ce type de programme ne convient pas aux pays en voie de développement où le formateur qui allie l'habileté et les aspects du savoir fait défaut, en plus de la surcharge des classes qui constitue un handicap de taille pour les étudiants. De plus, cette méthode d'enseignement exige des outils, des moyens et des sorties.

**Programme d'activité basée sur des situations de la vie (unités)** :Certains spécialistes ont remarqué que les projets s'intéressent excessivement à l'étudiant, ses tendances et ses besoins alors qu'ils délaissent le patrimoine culturel ainsi que les situations de la vie que vit l'apprenant. Aussi, l'enseignement par la méthode des projets basé sur le choix de l'apprenant comporte souvent de grandes lacunes entre les différentes matières dans les connaissances et parfois même au sein d'une même matière.

Pour cela, le programme a été organisé autour du respect des tendances, des besoins et des caractéristiques de l'apprenant ainsi que les situations de la vie réelle autour desquelles se regroupent les problèmes sociaux et l'activité individuelle liés à ces problèmes.

Dans ce cadre, l'apprenant acquiert les expériences par le biais des activités qui mènent à la réalisation des objectifs de l'établissement scolaire comme par exemple rendre les individus capables de réussir dans leur vie au sein même de leur environnement et leur société.

Ceci signifie que le programme repose sur des axes de l'activité qui tournent autour de situations de la vie réelle. Ces situations sont tirées de la vie réelle de l'apprenant. Nous citerons à titre d'exemple la vie familiale et la vie professionnelle.

Le processus d'enseignement est donc devenu une opération fonctionnelle liée à la société et à la vie au sein de celle-ci.

Ceci explique pourquoi les programmes n'ont pas été conçus comme étant des matières indépendantes mais plutôt comme des sujets complémentaires élaborés de sorte que la matière enseignée soit organisée autour d'un axe et que les expériences se développent en se complétant entre elles. Ces dernières sont ensuite enseignées à l'apprenant dans le but de

s'imprégner des réalités inspirées des matières scolaires correspondant à ses propres caractéristiques d'une part et de satisfaire les besoins de la société d'autre part.

Il en est résulté de l'organisation du programme sur la base des situations de la vie et des traits caractéristiques de l'apprenant des types d'organisation dont certains sont connus sous le nom d'unité de la matière et d'autres sous le nom d'unité d'expérience.

**L'unité de la matière** : C'est une organisation des expériences et matières du programme sous forme d'unités successives au nombre limité. Chaque unité comporte alors un ou plusieurs buts d'enseignement bien définis et un ensemble de connaissances, d'habiletés ou d'expériences complémentaires aidant à la réalisation de ces buts.

Ainsi une telle organisation s'intéresse aux valeurs sociales et à l'expérience complémentaire en tenant compte de la capacité de l'étudiant. En d'autres termes, elle s'intéresse à l'ordre logique de la matière et prend en considération la psychologie de l'apprenant..

**L'unité d'expérience** : Elle s'intéresse davantage à l'enseigné et de ses tendances plutôt qu'à la société et de son patrimoine. Elle est tout comme un projet d'enseignement déterminé et ordonné présenté sous forme d'une série d'expériences pédagogiques ordonnées autour d'un objectif que l'enseigné voudrait atteindre. Ce faisant, il use de la matière enseignée. Ainsi, l'enseignement basé sur l'unité d'expérience se termine par la formation des orientations rationnelles et des habiletés qui contribuent à l'adaptation sociale.

A cet effet, les matières scolaires sont choisies et ordonnées conformément aux besoins de l'enseigné afin de les satisfaire et en fonction des objectifs qu'il tente de réaliser.

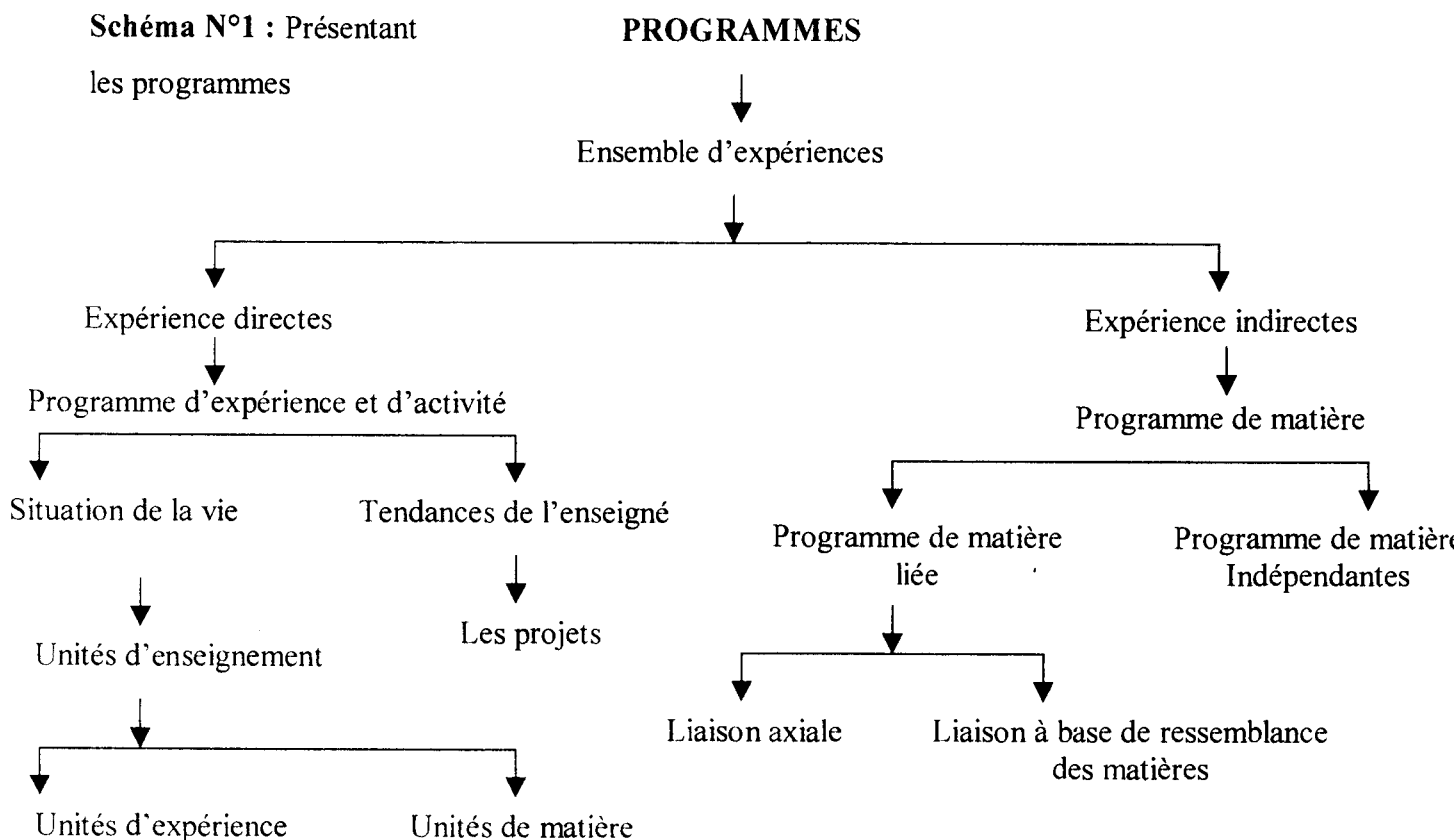
Dans ce contexte, le rôle du formateur se limite dans le choix du sujet de l'unité qui intéresse l'enseigné et qui aura une valeur du point de vue de la vie sociale.

En effet, après que l'enseigné ait choisi le sujet de l'unité du fait qu'il a éprouvé le désir et l'importance pour l'étudier, le formateur ne trouvera aucune difficulté à intéresser l'enseigné aux cours puisque l'unité exprime son besoin et résout son problème.

Par ailleurs, l'enseigné et le formateur s'associent pour mettre en place une stratégie pour étudier l'unité en question. Ils déterminent alors les moyens qui leur sont nécessaires tels que les films, les références et des lieux à visiter.

Ainsi, le sujet d'enseignement au moyen de l'unité correspond aux tendances de l'enseigné, satisfait ses besoins et résout ses problèmes.

**Schéma N°1 : Présentant**  
les programmes



المصدر : مديرية التكوين و البداغوجية خارج المدرسة ، مجلة تصدر عن وزارة التعليم الإبتدائي و الثانوي سنة 1971-1972، ص 59

**4-6-Les éléments composants les programmes d'enseignement :** les programmes d'enseignement se composent en plus du contenu des éléments suivants : (objectifs - méthodes pédagogiques - outils pédagogiques - instruments d'évaluations)

#### **4-6-1-Les objectifs pédagogiques :**

On peut distinguer trois niveaux auxquels les objectifs peuvent être définis :

Ainsi, on peut formuler des objectifs à trois niveaux différents au moins :

**a-Au niveau national :** Dans chaque pays, les objectifs de l'enseignement **médical dépendront** des besoins locaux ainsi que des ressources disponibles pour l'action de santé.

**b-Au niveau de la faculté de médecine**

**c-Au niveau du cours,** voir de l'unité de l'enseignement

Dans la pratique, c'est à la troisième catégorie la moins générale, **qui appartiennent la plupart** des objectifs.

Cependant, on s'interroge souvent sur l'inefficacité de l'enseignement médical à cause principalement des objectifs très généraux et qui manquent de clarté. Aussi, les objectifs

pédagogiques que vise l'enseignement supérieur ne sont plus en mesure de répondre aux ambitions de la société actuelle pour sortir du sous-développement. Ceci s'explique par l'existence d'écart entre les politiques et les objectifs déclarés d'une part et leur mise en application d'autre part.

A la lumière de ce qui précède, il apparaît nettement que l'imprécision des objectifs au niveau de l'enseignement universitaire est l'une des causes principales de l'échec pédagogique dont souffre l'université ; ce qui a entraîné un faible lien entre les besoins de santé des populations et la formation médicale. A titre d'illustration, il est caractéristique d'observer que le contenu de la loi n°85-05 du 16/02/85\* relative à la protection et à la promotion de la santé à la lumière des différentes mutations d'ordre politique, économique, social, culturel, ne répond plus à tous les besoins des usagers du système de santé.

Il est à signaler que cette loi ne s'adapte plus à la réalité du terrain. Pour s'en convaincre, il y a lieu de citer l'exemple du nouveau paysage social, qui voit naître un nouvel acteur qui sont les usagers de la santé représentés par les associations de malades ou associations de parents de malades qui peuvent être d'un apport considérable dans la conception de la politique de la santé et par voie de conséquence avoir un impact sur la politique de la formation des professionnels de la santé.

Toutes les politiques de ces dernières années se sont intéressées essentiellement à la question des moyens (matériel, médicament) ou tous simplement sur les soins d'urgences.

Ces démarches ne permettront pas d'identifier les véritables problèmes sanitaires des populations et encore moins les besoins en investissement ni en formation.

Par conséquent, certains pédagogues ont appelé ces dernières années à la mise en place d'objectifs pédagogiques compatibles avec les nouvelles données dans le domaine médical et social qui reflètent sincèrement les valeurs de la société, les exigences économiques et les besoins des populations en matière de santé.

Etant donné les maintes interrogations que suscite l'enseignement médical en ALGERIE, nous pouvons dire sans risque de se tromper que l'avenir de la santé repose bien sûr, sur le progrès scientifique et technique qui va se poursuivre dans tous les domaines.

Cependant, l'avenir de la santé repose aussi pour une large part sur l'éducation de la santé pour la santé

Ainsi, on conçoit aisément le rôle majeur du médecin généraliste dans ces actions de santé publique de prévention et de dépistage précoce, au plan de l'éducation pour la santé dont il

---

\* Source : Loi n°85-05 du 16/02/85 relative à la protection et à la promotion de la santé

sera le relais, dont il assurera la précocité, le suivi et la permanence personnalisé sur le terrain, au plan des bilans périodiques de santé dont il sera le prescripteur et assurera la cohérence.

Les associations aussi contribuent à faire en sorte que la médecine devienne une rencontre privilégiée de tous les partenaires concernés et qu'elle ne soit pas seulement le parcours solitaire du médecin seul, entouré de secrets, de préjugés et qui refuse **d'aborder** les problèmes avec les autres.

Un tel changement qualitatif par rapport à ces objectifs qui sont devenus le centre d'intérêt de tous et notamment celui des concepteurs des programmes, montre que le processus de détermination des objectifs constitue une base solide pour toute activité d'enseignement efficace et une source précise pour orienter le travail pédagogique et éducatif. Ceci est d'autant plus vrai que les objectifs changent au fur et à mesure que la société change et diffère d'une période à une autre mais vise toujours à atteindre les résultats de l'enseignement voulu. ( JERRY POCZTAR) définit l'objectif comme étant : «ce que connaîtra, deviendra, ou fera l'enseigné. , c'est aussi ce qui résulte d'un contenu d'enseignement donné et dont on ne peut prévoir la réalisation avant la fin du processus d'enseignement. De ce point de vue, l'objectif est considéré` comme étant le résultat d'une connaissance et est indépendant des moyens nécessaires pour sa réalisation »(

Quant à (Pierre Casse), il indique que : « Les objectifs pédagogiques permettent aux enseignants, aux enseignés et les responsables de la formation d'aboutir à des résultats types à la fin de la formation »<sup>(2)</sup>

En somme, la détermination des objectifs permet de sélectionner les programmes d'enseignement les plus appropriés en adoptant le type de contenu, les moyens, les outils et des méthodes qui formeront le programme d'enseignement. **Elle** permet aussi d'amender les anciens et les programmes obsolètes pour enfin les adapter à la réalité vécue. Aussi, devons-nous revoir périodiquement les objectifs recherchés, éliminer ceux jugés dépassés, garder ceux qu'on estime toujours valables et introduire de nouveaux objectifs.

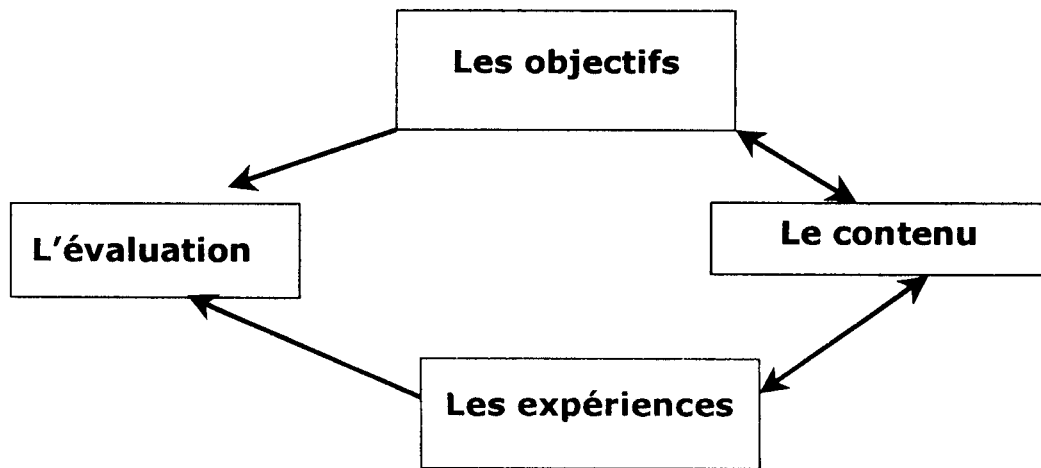
A la lumière de ce qui précède, on peut considérer les objectifs pédagogiques comme étant les plus importants composants du curriculum puisqu'ils représentent la base de tout le reste des éléments. Ainsi, le choix du contenu et les expériences pédagogiques sont établis en fonction des objectif. L'évaluation aussi permet de s'assurer de la réalisation des objectifs.

---

(1) JERRY POCZTAR .La définition des objectifs .Les éditions ESF.1979 , p 32

(2) PIERRE CASSE, La formation performante, Edition OPU, 1994, p 134.

Schéma n° 2 : Illustre le lien entre les objectifs et les éléments du curriculum d'enseignement



المصدر : الفاربي عبد اللطيف و الغرطاف عبد العزيز : البرامج و المنهاج من الهدف إلى النسق (مقاربة نسقية لتحليل و بناء الأنظمة التربوية من الأهداف إلى التقويم ، دار الخطابي للطباعة و النشر ، المغرب 1996 ، ص 91-92

### Quelques méthodes de formulation des objectifs dans le domaine de la formation médicale :

Il existe un certain nombre de méthodes pour définir les objectifs pédagogiques et plusieurs d'entre elles ont déjà été appliquées à l'enseignement médical.

Voici quelques exemples :

a) Une première approche fait appel au professeur qui prend des décisions d'après son expérience personnelle en consultant ses collègues, le cas échéant, des enseignants d'autres disciplines ou d'autres établissements.

L'analyse des questions posées lors d'exams antérieurs peut servir de point de départ et indiquer dans les grandes lignes les objectifs d'un cours.

b) On s'est fondé parfois sur l'évaluation du niveau de connaissances nécessaire pour aborder le cours suivant

c) les objectifs pédagogiques en particulier pour les cours cliniques, peuvent se déduire d'une analyse des tâches dont l'étudiant est censé être capable de s'acquitter à un stade déterminé de ses études. Une telle analyse permet en effet de déterminer dans le détail le degré de compréhension,

les connaissances, les compétences et les attitudes nécessaires aux fins considérées.

d) Dans le cas d'éducation permanente, une étude approfondie des besoins des malades et de ce que doit savoir le médecin peut aider à formuler les objectifs pédagogiques.

L'application des méthodes actuelles de formulation des objectifs a donné de bons résultats, mais on peut faire beaucoup encore pour faciliter le processus et assurer une utilisation optimale du système.

Il faudrait notamment :

1) Etudier les moyens d'intéresser les professeurs des écoles de médecine à l'élaboration et à l'utilisation d'objectifs pédagogiques.

2) Recherche d'autre méthode de définition des objectifs

Elaborer des objectifs de différents types et de différents niveaux pour l'enseignement médical en se référant à des exemples pris dans le domaine de la médecine. Il importerait que les termes employés puissent être aisément compris par des médecins non-spécialistes de la pédagogie.

3) Procéder à l'évaluation pour aider chaque étudiant à juger ses progrès et guider son travail

4) Mettre le professeur en mesure de voir si les résultats qu'il obtient avec les étudiants sont satisfaisants et si le cours est adéquat et réaliste.

Il ne s'agit pas seulement d'évaluer l'efficacité pédagogique des méthodes en cause ; mais aussi de réunir des données renseignant sur : la pertinence du programme d'études et des objectifs.

#### **4-6-2-Planification des objectifs pédagogiques :**

La planification des objectifs pédagogiques est considérée comme la procédure la plus importante dans le processus de la formation car une conception claire et précise des objectifs pédagogiques demeure le cadre adéquat pour la conception des programmes et le choix des méthodes et moyens.

Et si toutes les conceptions des objectifs se basent essentiellement sur la planification, c'est parce que les objectifs ne se créent pas du néant.

Afin de parvenir à déterminer les objectifs souhaités, il nous faut procéder à la planification des objectifs qui signifie d'une part la détermination des principes à partir desquels on définit ces mêmes objectifs. Ensuite nous sélectionnerons les objectifs qui correspondent à ces principes.

La planification des objectifs impose donc aux concepteurs des programmes de répondre à deux questions primordiales suivantes:

- Quels sont les principes qui aident à la détermination des objectifs appropriés ?
- Quels sont les critères adoptés dans la sélection des objectifs appropriés par rapport à ces principes ?

**a) Les principes permettant de définir les objectifs pédagogiques :**

Les objectifs pédagogiques et à tous les niveaux ne naissent pas du néant tacites soient-ils ou explicites. En effet, ces principes expriment des situations, des besoins et des perspectives d'avenir.

D'ailleurs, les valeurs sociales, les exigences de l'économie et les aspirations des individus constituent des principes à partir desquels on peut définir les objectifs du curriculum et leur détermination par rapport processus systémique.

Compte tenu de l'importance des objectifs pédagogiques dans le processus de formation à l'université et dans le but de hisser l'enseignement universitaire au niveau auquel aspire la société, l'enseignement des différentes matières scientifiques, économiques et sociales à l'université ne doit pas être détaché de la réalité de la société algérienne. Bien au contraire, il faut l'orienter vers une éducation qui répondrait aux différentes exigences du développement. Ainsi, (D'HAINAUT) a défini à ce propos les quelques étapes suivantes que les concepteurs des Curriculum envisagent lors de la planification des objectifs : <sup>(1)</sup>

1-1- Etablir les choix fondamentaux, les priorités et les valeurs sur lesquelles se base la politique pédagogique suivie. Ceci devient possible grâce à la définition des priorités et des choix fondamentaux que la formation adoptera, et les valeurs que l'on voudrait éclaircir ou développer.

1-2- Projeter une vision globale du milieu dans lequel s'intégreront les individus à la fin de leur formation en déterminant : les caractéristiques de ce milieu, ses besoins, les aspirations du groupe, les exigences, les capacités et les progrès des individus et éventuellement les contraintes. Par exemple, la personne qui aura à élaborer les buts du curriculum destiné à la formation des professionnels doit analyser les caractéristiques du cadre dans lequel ces futurs professionnels travailleront à la fin de leur formation.

1-3- Concevoir une image globale des personnes concernées par tel type de formation à partir de leurs aspirations, leurs exigences, leur droit à la formation, leurs besoins, leur culture et leur niveau antérieur à la formation. C'est le cas par exemple de la mise en place des objectifs de la formation continue qui se doit d'analyser les vœux des enseignants, les besoins des

---

<sup>(1)</sup> LOUIS D'HAINAUT .Des fins aux objectifs. Edition Labor Bruxelles et Nathan.1982.p83



personnes concernées par cette formation, le niveau de ces groupes et leurs expériences antérieures.

1-4- Déterminer les contraintes qui empêchent la définition des objectifs de l'enseignement, tels que les empêchements institutionnels, législatifs, historiques, matériels, financiers et humains.

1-5- Former une vision globale des perspectives de ces personnes à la fin du Curriculum et ce à partir de leur état avant formation, et projeter l'image du milieu auquel elles devront s'adapter à la fin de leur formation. Il n'en demeure pas moins important de définir les choix, les priorités et les valeurs de la politique en vigueur.

Ces principes exposés par(D'HAINAUT) sont à caractères multiples et nécessitent une équipe de recherche multidisciplinaire et complémentaire(statisticiens, psychologues, pédagogues et sociologues).

Il est important de signaler que ces principes s'articulent autour de deux principaux points :

1) Les populations concernées par la formation : Ceci demande l'analyse actuelle de leurs capacités, leurs motivations et leurs connaissances antérieures en plus de leurs expériences.

2) Le milieu dans lequel évoluent ces populations : Il est nécessaire à cet égard d'étudier le milieu d'où proviennent ces populations outre le milieu dans lequel elles vont s'intégrer à la fin de leur formation en tenant compte d'un certain nombre de données tels le milieu social, les situations économiques, les conditions de travail, le milieu éducatif, ainsi que les structures pédagogiques.

Ces principes peuvent être définis selon (ABDELATIF AL-KARIBI ET ABDELAZIZ AL-KARDAF) Ge;.1 L-31).1 ,j421it ,à,ub) en se basant sur différents moyens que nous citerons

ci-après : <sup>(1)</sup>

-Étude des textes législatifs, les déclarations officielles ou les publications en matière pédagogique.

-Consultation et avis des responsables de la formation, ceux qui en sont concernés et autres tels les étudiants, les représentants des associations des étudiants, les chefs des établissements hospitaliers et sociaux. Il s'agit là d'organiser des conférences et des tables rondes. -

Entreprendre des recherches sur terrain afin de recueillir des indices.

-Une étude comparée avec des pays ayant déjà appliqué des curriculum similaires.

---

(1) الفاربي عبد اللطيف و الغرظاف عبد العزيز : صفحة سابقة رقم 76

**b) Méthodes de planification des objectifs pédagogiques : il existe deux modèles distincts pour sélectionner les objectifs pédagogiques :**

**Le modèle administratif :**

C'est un modèle basé sur la dérivation descendante dans la sélection des buts pédagogiques à partir des objectifs généraux. Ces derniers constituent un niveau intermédiaire dérivés à leur tour de la finalité qui n'est autre que le cadre d'orientation issu des politiques générales et les stratégies de l'institution.

Les objectifs sont à cet égard mis en place conformément aux décisions prises par les instances supérieures.

Cela est d'autant plus vrai que la pratique doit accompagner les décisions prises par les hautes autorités. Il est à signaler à titre d'exemple que la définition des objectifs de l'enseignement telle qu'à été définie précédemment par l'Ordonnance en date du 16.04.1976\* s'est inspirée du modèle administratif. Les articles deux et trois de la dite ordonnance préconisent le cadre idéologique et philosophique de l'enseignement. Alors que l'article vingt-cinq dispose des objectifs généraux recherchés à travers l'enseignement de chaque matière.

**Le modèle d'induction :**

C'est l'opposé du modèle administratif en ce qu'il procède de bas en haut. C'est à dire que les objectifs expriment les besoins et les motivations de toutes les parties y compris l'institution et les populations concernées par la formation. Du modèle ascendant, on suppose une concentration autour des pratiques réelles qui ont donné lieu à des besoins clairs et précis, et qui formulés de manière opérationnelle permettent d'élaborer des objectifs généraux exprimant ceux inspirés des pratiques pédagogiques des formateurs et des étudiants, en **plus**, des besoins sociaux divers.

**c) Critères de sélection des objectifs correspondant au curriculum:**

Après avoir atteint les divers objectifs en usant soit du modèle administratif ou inductif, il faudrait définir les critères à même de nous permettre de sélectionner les objectifs correspondant au curriculum.

Dans ce contexte précis, on peut distinguer deux catégories de critères sur la base des modèles analysés ci-dessus :

- **Les critères administratifs** : Ceux-ci comprennent les points suivants:

-Les objectifs doivent être en harmonie avec les finalités arrêtées **par la politique de l'enseignement**.

---

\* Source : **ORDONNANCE DU 16/04/76 relative à l'enseignement fondamental**

-Ces critères doivent être compatibles avec les ressources financières et économiques consacrées à l'enseignement. -Ils doivent respecter les différents niveaux des apprenants.

-Les critères inductifs : On peut les résumer ainsi qu'il suit :

- Les objectifs sélectionnés doivent répondre aux différents besoins des individus et doivent :  
-Tenir compte de la nature du développement général des populations concernées par le curriculum.

-Obéir aux règlements publics et privés qui régissent le processus d'enseignement des individus.

-Tenir en considération le potentiel humain et matériel.

- Ne pas perdre de vue les données socioculturelles du milieu prévu dans le cadre du curriculum d'enseignement

- Etre en harmonie et au diapason de la nature de la formation et du développement des concepts du savoir et de la science.

#### **4-6-3-Classification des objectifs pédagogiques :**

L'importance de la classification pyramidale des objectifs pédagogiques réside dans l'intérêt porté à chacun des composants de manière globale et ordonnée en fonction de l'importance et de la priorité.

Les objectifs représentent un principe dans l'élaboration des programmes et des examens d'évaluation. Aussi, un cadre organisationnel pour classer les objectifs de l'enseignement a été mis en place par Bloom et son équipe de recherche en 1956 et qui se rapporte aux trois domaines suivants :

- **Le domaine cognitif** : On entend par-là l'acquisition des connaissances, la clarification des formes et des matières mémorisées dans tous leurs aspects et formes. Bloom et ses collaborateurs ont divisé ce domaine en rubriques telles la connaissance, la compréhension, l'application, l'analyse, la synthèse et l'évaluation.

- **Le domaine affectif** : Il se rapporte aux situations, les intérêts, les valeurs et la capacité d'adaptation. Ce domaine renferme cinq concepts : L'acceptation, l'acquiescement, la distinction entre les valeurs, la distinction au moyen d'une valeur ou d'un système de valeurs. **Le**

**domaine sensori-moteur ou psychomoteur** : On entend par là la réponse active et les dextérités résultant des contenus de l'apprentissage. Ce domaine a été réparti en plusieurs parties telles l'imitation, le traitement, la concordance et l'acquisition d'une seconde nature.

Il est à signaler que les spécialistes en matière de formation utilisent un certain nombre des différentes classifications qui débutent par la réflexion théorique pour aboutir à la pratique effective.

A la lumière de ce qui précède, nous nous baserons dans notre étude sur la classification mise en place par ( **AHMED CHEBCHOUB**) :<sup>(1)</sup>

Ce dernier classe les objectifs pédagogiques selon le niveau auquel se rapporte le processus de la formation ainsi qu'il suit :

**a-Le niveau des buts généraux de l'éducation** : Par objectifs généraux de l'éducation nous sous-entendons les objectifs généraux recherchés par un système éducatif donné ou une catégorie de l'enseignement scolaire (tels l'enseignement secondaire ou universitaire). Il s'agit là d'un niveau théorique typique qui régit les grandes orientations du système éducatif sur la base des valeurs sociales, culturelles prévalant dans une société donnée.

Force est de constater que ces objectifs ont une importance capitale qui réside dans la définition de l'orientation scolaire, le choix des expériences d'enseignement souhaitées, la détermination du domaine du programme recherché et enfin la définition des aspects du programme qui méritent une attention particulière.

**b-Les buts pédagogiques** : Cette expression est utilisée pour renvoyer aux buts que les matières scolaires entendent réaliser. En effet, elle définit un certain nombre d'objectifs recherchés par rapport à une matière enseignée ou un programme scolaire bien précis. De plus, chaque matière d'enseignement constitue un moyen pour la réalisation des buts pédagogiques généraux que vise un système classique donné.

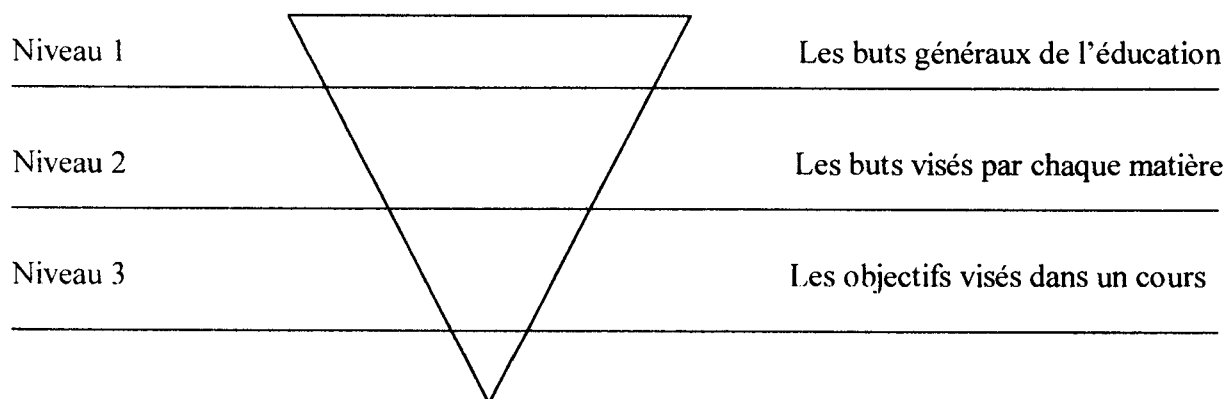
**c-Objectifs restreints** : Ce type d'objectifs signifie le comportement, l'habileté ou le savoir-faire attendus de l'apprentissage de l'ensemble d'une matière ou seulement d'une partie .

Nous arrivons ensuite en bas de la pyramide pour faire face à un problème d'une autre nature en ce que contrairement aux buts et finalités, les objectifs nous contraignent à les traduire en objectifs opérationnels et comportementaux si l'on tient vraiment à la réussite du processus d'enseignement .

---

<sup>(1)</sup> أحمد شيبشوب : العلوم التربوية ، دار التونسية للنشر : 1991 ، ص 56

Schéma N° 3: Représentant les trois niveaux des objectifs de l'enseignement (l'éducation) (Ahmed.



المصدر : أحمد شيبوب : العلوم التربوية ، دار التونسية للنشر ، 1991 ، ص 55-56

#### d- Les Objectifs pédagogiques spécifiques :

Il est important de noter que la classification des objectifs et leur mise en ordre afin de mieux les intégrer au curriculum ne suffisent pas car il est nécessaire de les faire suivre d'une opération non moins importante qu'est la formulation des objectifs de façon opérationnelle afin qu'ils soient vérifiables et observables.

(MAGER) définit ces objectifs comme étant : « des expressions décrivant le changement souhaité au niveau du comportement de l'apprenant ou la prévision de son comportement à la fin du cours. Ils sont également comme des instructions déterminées selon un modèle de comportement que nous souhaitons retrouver chez l'enseignant. Autrement dit « La détermination de ce que l'enseigné est capable de faire à la suite de l'enseignement reçu »<sup>0)</sup> Quant à (GUY LEBOTERF) il estime que ces objectifs sont : « La preuve de ce que peut faire l'enseignant dans des situations de travail réelles à la fin de l'enseignement. De ce fait, c'est une description du degré de compétence de l'enseigné dans une situation pratique à la fin d'un enseignement donné. Et c'est pour cette raison qu'on les appelle les "Objectifs de transfert". »<sup>(2)</sup>

On déduit des, définitions précédentes qu'elles convergent toutes vers le fait que les objectifs pédagogiques spécifiques sont en fait une transformation des objectifs généraux en des comportements précis tangibles à même d'être observés et mesurés.

<sup>(1)</sup> MAGER R.F ,comment définir les objectifs pédagogiques, Edition Gauthier-Villard, Paris, 1971, p60

<sup>2)</sup> GUY LE BOTERF, SERGE BARZUCCHERITHI, FRANCINE VINCENT. Comment manager la qualité de la formation, Les Editions d'organisation, 1992, p151

S'agissant des caractéristiques des objectifs pédagogiques spécifiques. On peut les résumer comme suit :

1-Il faut qu'il soient clairs et précis.

2-Ne se contredisent pas dans leur formulation.

3-Soient vérifiables, observables et mesurables.

4-Etablissent les résultats qu'obtiendra l'enseigné autrement le comportement et les habiletés comme preuve de la réalisation de l'objectif.

5-Comportent une formulation décrivant les conditions et les exigences susceptibles d'entourer et accompagner les résultats et les réalisations de l'apprenant.

6-Formulent de façon précise le niveau de réussite minimum requis et qui attesterait un tant soit peu de notre réalisation de l'objectif .

Toutefois, la formulation des objectifs opérationnels requiert nombreuses conditions que nous résumons ci-après :

- Leur formulation doit être telle à permettre leur observation et leur mesure autant que possible et doit :

- Etre exprimée dans un langage clair et compréhensible de tous.

- Avoir un sens bien déterminé sans équivoque aucune.

- Définir et décrire le comportement recherché . Pour ce faire on utilise ce qu'on appelle les verbes opératoires ou la performance observable et mesurable.

- Déterminer le résultat c'est à dire les connaissances, les habiletés et les réalisations que l' apprenant est appelé à exécuter comme conséquence de son apprentissage dans une situation d' enseignement.

- Déterminer les conditions et les situations de travail de l'étudiant pour la réalisation d'un apprentissage donné. Souvent les conditions sont matérielles, conjecturales et temporelles. -

Préciser les normes de la performance ou les règles de la performance acceptable ou celle de la réussite dans l'apprentissage d'une habileté donnée. Les domaines des performances sont d'ailleurs souvent qualitatifs.

- Ainsi, la formulation des objectifs de façon opérationnelle dans le curriculum exige que l'on procède à ce qui suit :

- Transformation des buts et les objectifs généraux en objectifs partiels observables et mesurables.

- Programmation des contenus et déploiement des moyens et méthodes appropriés à chaque objectif partiel.

- Détermination des situations et outils permettant l'évaluation de chaque objectif partiel.

Quant aux rôle des objectifs comportementaux, nous pouvons les résumer suivant les points ci-après :

- 1- Ils concordent avec la philosophie moderne pour l'enseignement des sciences du fait que l'enseigné est le centre d'intérêt du processus d'enseignement plutôt que l'enseignant.
- 2- Ils contribuent à l'évaluation de la progression de l'enseigné de façon précise du point de vue des opérations mentales et les habiletés acquises.
- 3- Ils facilitent et précisent l'évaluation de la performance et de l'efficacité du processus d'enseignement.
- 4- Incitent les enseignants à adopter des méthodes d'enseignement diverses **correspondant à la nature des objectifs**.
- 5- Ils clarifient le processus de planification de l'enseignement.
- 6- Ils facilitent la conception et l'évaluation des curriculum à la lumière de ces objectifs
- 7- Ils encouragent l'enseigné à la continuité dès lors qu'il devient conscient du degré de réussite dans la réalisation des objectifs tracés.

**4-6-4-Relation entre les activités professionnelles et les objectifs pédagogiques:** La formation est un investissement humain et représente un catalyseur pour la vie économique faisant appel au potentiel humain actif aidant au développement du système économique.

Dans ce contexte (A/LATIF EL FARABI et d'autres) ( ) citant (L.D'ILAINAUT) démontrent la relation entre l'éducation et la société en se basant sur deux types de facteurs créant une influence réciproque entre la société et l'éducation : <sup>(1)</sup>

- Les facteurs philosophiques sont un aperçu de l'homme, la société et la culture.
- Les facteurs d'intérêt tels que les besoins économiques, sociaux , les voeux des étudiants et de leurs parents, des employés, ceux du travail et la santé. Compte tenu de l'importance des objectifs de l'enseignement et leur rôle dans la formation et la préparation de cadres compétents capables de répondre aux exigences présentes et futures da la société.

(E.DECORT) définit les objectifs d'enseignement comme étant : « Les objectifs que les formateurs doivent viser en tenant compte d'une part des perspectives actuelles propres à la formation eu égard à la situation socioculturelle, et d'autre part des capacités réelles des apprenants et des établissements scolaires. Ainsi, pour former la personnalité de l'enseigné,

---

(1) الفارابي عبد اللطيف و عبد العزيز الغرطاف : صفحة سابقة رقم 92

on se doit de procéder à une analyse sociologique en premier lieu et rechercher les fonctions sociales de l'enseignement »<sup>(1)</sup>

Pour mieux éclairer ces perspectives (E. DECORT) soulève les questions suivantes : <sup>(2)</sup>

- Quelles sont les missions que la société confère à l'enseignement et que recherche-elle à travers lui ?

- Quelles sont les caractéristiques de la société actuelle ?

- Quel sont les types d'orientation qui gouvernent la société d'aujourd'hui. Comment les influencer et rectifier leur parcours ?

-Les réponses à ces questions dit(E. DECORT) nécessitent un enseignement polyvalent. Il demande aussi que l'on s'intéresse à toutes les recherches qui sont en relation avec le progrès futur de l'humanité pour pouvoir ainsi déduire certains facteurs nécessaires à toute prévision. Il résulte de ces données que ce genre d'analyse sociologique nous fournit d'une façon générale les caractéristiques et les modèles de comportement que chaque individu doit posséder afin de pouvoir contribuer à la vie sociale de façon indépendante, critique et constructive.

Pour mieux clarifier une telle relation, nous sommes également tributaires des études déjà effectuées par (TYLER) cités par (A/AZZIZ GHARDHAF et EL-FARABI AfLATIF)

â. Ce dernier estime que : <sup>(3)</sup>

«La formulation des objectifs pédagogiques est en liaison étroite avec notre conception de la société .La mission de l'éducation est la préparation et la formation des compétences à même de subvenir aux besoins de la société»

Ce faisant, il est impératif que les établissements d'enseignement soient liés aux entreprises économiques.

En ce qui concerne la relation entre les activités professionnelles et les objectifs pédagogiques ( BOUSSAFSAF BARRE EDDINE et collaborateurs) trouvent que : « Les principales missions inscrites au niveau d'un poste donné correspondent aux objectifs éducatifs généraux et institutionnelles qui expriment les finalités recherchées par l'établissement, l'administration ou la structure chargée de la planification »<sup>(4)</sup>

---

(1) DE CORTE ,CT GEERLIS NA3 LAGERWEIJ, 3) PETERS, R.VANDENBERGHE, A.DE BOECK, Les fondements de l'action pédagogique, Edition A-De Boeck, 1979,P75 ` 2)  
IDEM : p75

<sup>(3)</sup> عبد العزيز الغرظاف و الفارابي عبد اللطيف : صفحة سابقة رقم 52

(4) BOUSSAFSAF.B, DAOUD.M; MEHDAOUI.H.Guide d'élaboration des objectifs pédagogiques en sciences médicales. Edition OPU.1993.P3



Ainsi, les objectifs généraux bien qu'exprimant les buts et s'inspirent des valeurs, de la philosophie, de la science et des croyances d'une société donnée, leur rôle stratégique consiste à orienter et à fournir aux éducateurs les références qui font défaut aux objectifs opérationnels.

Il y a lieu de remarquer qu'il existe des différences très claires que nous ressentons davantage dès lors que nous mettons à appliquer ces finalités sur le terrain. Ceci est dû à la multitude des moyens aidant à la réalisation des objectifs . A la lumière de ce qui précède, on conclut que le processus d'homogénéité des objectifs pédagogiques permettent de mettre en place des programmes unifiés au niveau de l'établissement scolaire.

Pour mieux consolider le lien qui unie les activités professionnelles aux objectifs pédagogiques,(BOUSSAFSAF et collaborateurs) indiquent que : «les activités professionnelles correspondent aux objectifs intermédiaires »<sup>(1)</sup>

S'agissant des objectifs intermédiaires, nous pouvons paraphraser (ALI TAOUINET) et dire que c'est une description des types de comportement ou des habiletés finales qu'on voudrait retrouver chez l'enseigné, à la fin de l'enseignement d'une matière donnée durant une année scolaire ou même tout un palier. Ces objectifs intermédiaires sont souvent tracés par les responsables des curriculums ou les éditeurs des manuels scolaires pour orienter les enseignés et les aider à connaître les résultats de leur performance en fin d'enseignement .

Dans le cadre de l'enseignement universitaire, (Dr BOUSSAFSAF et ses collaborateurs) soulignent que :

« les objectifs intermédiaires signifient la distribution des buts et des finalités aux différents départements qui se chargeront de leur réalisation »<sup>(2)</sup>

Ceci se traduit par la contribution de chaque département dans la préparation de son propre programme renfermant plusieurs chapitres, et une répartition du temps pour toutes les matières programmées. Cette opération se déroule en parfaite collaboration avec tous les enseignés afin d'éviter toute répétition et chevauchement.

Dans ce contexte,( BOUSSAFSAF B. et collaborateurs) poursuit son analyse et descend à un autre niveau indiquant que : « les tâches correspondent aux objectifs opérationnels sauf qu'il faut ajouter la règle de la performance à ces tâches pour qu'elles deviennent réellement des

---

(1) **IDEM** :p 5 (2)  
**IBID**:p 5

objectifs opérationnels décrivant les habiletés ou les performances recherchées chez les enseignés en fin d'enseignement d'une ou partie d'une matière donnée »( 1 )

#### 4-7-Les méthodes pédagogiques :

Au cours de ces dernières années, la nécessité d'une réforme pédagogique de l'enseignement médical s'est fait sentir d'une manière insistante des spécialistes en pédagogie réclament, depuis de nombreuses années, une école « formative » ou un accent particulier serait mis sur l'indispensable épanouissement des possibilités d'auto formation, un curriculum comprenant le développement de l'aptitude à s'informer et à se documenter.

Ainsi, dans tout enseignement, il faut considérer les buts et les méthodes pédagogiques pour faciliter le transfert des connaissances et des habiletés aux enseignés.

Une mauvaise conception d'un programme compromet la totalité de l'enseignement. A titre d'illustration, nous pouvons dire sans risque de se tromper que si les objectifs pédagogiques sont mal définis, leur retentissement sur les méthodes pédagogiques ne se fait pas attendre. En médecine, le programme des enseignements doit être établi en fonction du rôle que l'étudiant aura à remplir à la fin de ses études.

Cependant, on remet périodiquement en question la définition même du médecin selon le professeur (JEAN GOSSET) : « Doit-il être un savant, doit—il être un praticien, doit—on former des généralistes, doit-on admettre que la majorité des étudiants se spécialiseront ? Quelle sera la formation commune à envisager pour ces spécialistes ?

Autant d'options que doivent définir ceux qui ont la charge d'établir les programmes de l'enseignement médical »(2)

Aussi, faut-il mentionner aussi que ces deniers ne doivent en aucun cas oublier qu'un programme ne peut tenir compte que l'état présent de la médecine.

Dans ce contexte, ( BOURAI MOHAMED) ) suggère la définition suivante de la méthode de formation et déclare que :<sup>(3)</sup>

C'est le moyen le plus facile et pour enseigner et pour apprendre, ensuite, il évoque les raisons de l'importance de la méthode et les résume dans les points suivants :

---

" IBM : p6

<sup>121</sup> JEAN GOSSET. Elément de pédagogie médicale. Edition l'expansion.1969.P64

<sup>(3)</sup> محمد جمال برعي : التدريب و التنمية ، عالم الكتاب ، القاهرة ، 1973 ، ص 83

-La méthode doit garantir la possibilité d'utiliser la matière de telle sorte à atteindre l'objectif fixé. Une telle garantie ne peut exister que si l'on sélectionne une méthode d'enseignement résultant d'un choix et d'une expérience.

-La méthode et la matière sont indissociables. Pour que la méthode soit efficace, il faut qu'elle se confonde dans la matière. Autrement dit la méthode ne peut aucunement être séparée de la matière et être indépendante.

-Le choix de la méthode est une opération scientifique reposant sur des principes incontournables. La méthode doit avoir une base scientifique quant à son lieu et sa relation avec la matière. Il est important de noter que certaines universités ont récemment commencé à revoir les méthodes de formation suite aux profonds changements opérés dans la société et leurs retombées sur les missions de l'université.

A ce sujet, ANNIE BIREAUD note que : « suite aux changements qu'ont connues les missions de l'université, les pratiques pédagogiques universitaires se concentrent sur les objectifs tracés par les enseignants innovateurs qui tentent d'une part de mettre fin à l'échec scolaire et d'autre part d'arriver à une formation permettant l'intégration professionnelle des diplômés universitaires »<sup>(1)</sup>

La mise en pratique des nouvelles méthodes de formation au niveau de l'enseignement supérieur est devenue une nécessité vitale pour créer un équilibre et une complémentarité entre la création et l'innovation d'une part et la satisfaction des besoins professionnels d'autres part.

Aussi la pratique est devenue la préoccupation majeure des enseignants de l'université compte tenu de l'importance stratégique de la connaissance et ses trois volets : la recherche, l'enseignement et la pratique sur le terrain. De plus, la connaissance n'étant autre que le produit principal de l'université.

Plusieurs méthodes sont utilisées dans l'enseignement supérieur mais malgré leur nombre et leur diversité, nous n'en citerons à titre d'exemple que les méthodes les plus utilisées dans le domaine médical :

#### 4-7-1-La formation clinique :

Pour transcender les problèmes que pose l'enseignement médical ,il convient à la fois d'enseigner la médecine actuelle et former des intelligences capables de s'adapter aux progrès

---

(1) ANNIE BIREAUD. Les méthodes pédagogiques dans l'enseignement supérieur, les Editions d'organisations, 1990,p 90

de la médecine de demain. Dans ce contexte ,le professeur GOSSET déclarait : « il importe qu'enseignés et enseignants remettent en question certains dogmes qui depuis des siècles, régissent leur formation scientifique car en médecine le raisonnement cartésien a plus de défaut qu'on le croit communément et sa critique est devenue nécessaire»<sup>w</sup>

Il a été remarqué que l'université ne veut pas laisser ses étudiants libres d'organiser à leur guise les connaissances qu'elle prétend leur inculquer .

Les étudiants doivent encore les manipuler selon les règles de l'analyse cartésienne. Si l'on est arrivé à ce stade, c'est qu'il y a un déséquilibre flagrant surtout les premières années dans la formation des médecins généralistes (voire programme des médecins généralistes).

Il y a trop de technique et très peu d'humain. Cette conception de la formation ne permet pas au médecin d'appréhender l'homme dans sa totalité ni l'inciter à prendre le recul nécessaire à la réflexion .Ce qui est grave , avant toute initiation à la clinique , l'étudiant renforce sa formation scientifique .Résultat, cet état de faits est très préjudiciable pour le raisonnement du médecin compte tenu d'un conditionnement purement scientifique à la base .

Diviser toutes les difficultés en autant de parcelles qu'il se pourrait pour les résoudre , ceci convient à la physique ,à la chimie mais non pas à l'être humain. (JEAN PIERRE LEBRUN) nous l'avait dit : « Deux logiques traversent la médecine contemporaine : une logique scientifique et une logique du sujet. »<sup>(2)</sup>

Conformément à une idée reçue , l'incertitude qui entoure l'humain ne peut plus être supportée par les médecins . Ils préfèrent ignorer tout ce qui , dans la vraie médecine de l'homme total, échappe à l'emprise de la méthode scientifique. Résultat ,ils le proscrirent de leur enseignement. De là le mépris que l'université officielle manifeste jusqu'ici pour développer l'enseignement des sciences sociales et humaines dans la formation médicale qui ne doit plus être axée de nos jours que sur les soins alors que d'autres perspectives commencent à se dessiner à l'horizon pour les futurs médecins.

Cependant, cela ne veut en aucun cas dire rejeter la voie scientifique , mais reconnaissant comme même qu'il est d'autres chemins qui conduisent aussi à l'homme .On a tort de les négliger si l'on veut que le médecin ne soit pas qu'un simple technicien .

Avouons que la médecine a pour objet un être qui ne se prête pas aisément à la méthode de la division analytique .A titre d'illustration , nonobstant, les miracles de la chirurgie , on ne peut pas reconstruire un homme mis en pièces détachées .Les pédagogues envoûtés par le

---

(1) JEAN GOSSET.Elément de pédagogie médicale. Edition l'expansion.1969.P 150 (

1) JEAN-PIERRE LEBRUN.De la maladie médicale. Edition De BOECK.1993.P266

cartésianisme, n'ont jamais connu d'autres démarches que celle qui va de la partie à l'ensemble, du simple au compliqué, de la cellule à l'homme .Le doyen de (SHERBROOCK) cité par le professeur (GOSSET) insistait sur le fait suivant : « faire étudier aux étudiants simultanément l'homme total et la cellule, de leur imposer une gymnastique mentale continue sur l'échelle qui va de l'un à l'autre , du simple au compliqué »<sup>(1)</sup>

Il en va de même pour l'étude de la clinique , c'est à dire de la connaissance de l'homme malade .

Les systèmes pédagogiques de nos réformateurs vont régulièrement de l'abstrait au concret .Ce qui nous amène à paraphraser le professeur (JEAN GOSSET) et dire : « Nos étudiants savent-ils seulement ce qui sépare l'abstrait du concret et le verbe de la réalité ?

Pour lui, c'est sans doute la plus grave lacune de leur formation intellectuelle.

Cela est du à la méconnaissance de la manière comment fonctionne leur propre raison et, s'ils ignorent les mécanismes de raisonnement, il n'y a rien d'étonnant à ce que si souvent ils raisonnent fausement .

A titre d'exemple , nous pouvons citer (KORZYBSKI) qui fut un des premiers structuralistes et reste cité aux états —unis par les pédagogues les plus avertis.

Il part en guerre contre les fausses notions d'identité et de contraire qui ne traduirait dans notre esprit qu'une survivance des mentalités primitives.

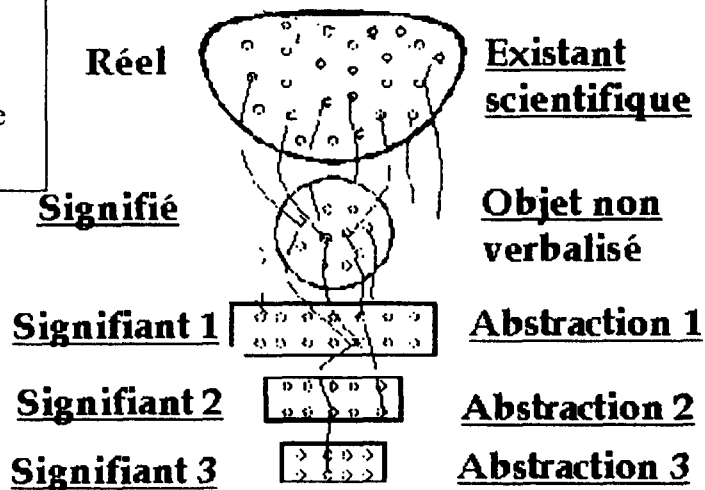
Il avance que scientifiquement , c'est à dire réellement le jour n'est pas le contraire de la nuit , le blanc du noir , la vie de la mort .

Il n'y a que des différences . Abondant dans le même sens, mais maintenant dans le cadre du domaine médical , pour le médecin , les analogies injustifiées , l'absence de discrimination ou de reconnaissance des différences est le pire obstacle à un diagnostic exact , c'est à dire à la connaissance du malade. Pour éclairer ce qui a été précédé, (KORZYBSKI) nous propose le schéma suivant :

---

<sup>(1)</sup> JEAN GOSSET.Elément de pédagogie médicale. Edition L'expansion, 1969, p 153

**Schéma n° 4 :**  
montrant les  
mécanismes de  
raisonnement dans le  
domaine clinique



Source : JEAN GOSSET, Elément de pédagogie médicale, Edition expansion, 1969, p156  
Des pièces de bois représentent l'une, l'existant scientifique (la réalité), l'autre, l'objet perçu mais non encore verbalisé (le signifié), d'autre enfin, les divers ordres d'abstraction verbale (les signifiants). KORZYBSKI appelle l'ensemble : Différenciateur de structures (structural différentiel), car son but est de nous accoutumer à mieux apprécier les différences pour ne laisser aucune place aux similitudes.

L'existant scientifique est sans limite, infini, inconnaissable. Un homme est un ensemble d'électron dont nous ne connaissons jamais ni le nombre, ni la position exacte. C'est pourquoi l'existant scientifique est figuré par un fragment brisé d'une surface parabolique infinie, découpé dans une plaque de bois. L'existant est percé d'un grand nombre de trous. Chacun correspondant à un des caractères de l'objet d'étude, ces trous devraient être en nombre infini. Plus bas, un disque de bois percé d'un nombre fini de trous.

C'est le signifié, l'objet perçu par nos sens ou défini par tous les procédés d'investigation dont nous pouvons disposer. Ses caractéristiques (trous) sont encore fort nombreuses.

Plus bas encore, une plaquette plus petite, le signifiant, l'abstraction de premier ordre, la description verbale que nous pouvons faire de l'objet perçu.

Des cordelettes réunissent des trous de l'existant scientifique à des trous de l'objet perçu pour signifier que certaines propriétés de l'existant scientifique sont connues par nos sens.

D'autres, fixées à d'autres trous de l'existant scientifique, pendent sans aboutir à rien. Elles symbolisent tous les caractères de l'existant qui restent ignorés de nous par insuffisance de nos moyens d'exploration ou par notre négligence à nous informer.

Les mêmes sortes de liaisons unissent l'objet perçu au signifiant .1, à encore , des jonctions indiquent la correspondance entre une expression verbale et un fait perçu tandis que des cordelettes , pendant dans le vide , évoquent toute l'insuffisance de nos moyens verbaux pour exprimer la totalité de nos perceptions

Au—dessous de la plaquette qui représente le premier signifiant, le premier ordre d'abstraction, on peut en attacher autant que l'on veut , abstractions de plus en plus poussées , ce que l'on peut dire de ce qui a déjà été dit, les liaisons se faisant plus réduites à chaque niveau d'abstraction.

En clinique , l'existant , la réalité , l'objet de notre quête est le malade, l'homme avec sa maladie. C'est l'unité de l'homme organique et psychologique, d'un homme vivant en constante mutation et très largement inconnaissable .Pourquoi ne pas le symboliser par cette aire parabolique infinie, percée d'une infinité de trous, caractéristiques chimiques, physiques, psychiques dont nous ne percevons jamais qu'une infime partie, à quelque perfection que nous puissions amener nos moyens d'études ?

Il y aura toujours plus de fils qui pendront dans le vide , que de fils qui iront de l'existant à notre objet perçu .

Entre l'objet perçu encore non verbalisé et notre première abstraction , notre premier discours , notre première description technique , combien y aura —t-il de liaison que nous négligerons de nouer surtout si nous nous bornons à la pathologie , si nous ne nous astreignons pas à demeurer dans le domaine de la connaissance clinique ?

A titre d'exemple , cet homme de quarante-cinq ans, un peu rouquin, père de deux enfants , divorcé- il y a un an, cet ouvrier tourneur que guette le chômage , anxieux, fatigué , fébrile et qui souffre du flanc droit , il a bien des calculs dans sa vésicule biliaire .En passant près de son lit nous disons : « c'est une lithiase vésiculaire ». Que signifie ce petit « ce » , ce verbe « être » si mal employé ?

Nous parlons ainsi parce que nous avons réuni l'objet perçu et notre abstraction pathologique par quelques rares ficelles : peut-être par une seule, celle qui concerne une image radiologique où les calculs apparaissent en clair sur le fond opaque de la bile imprégnée d'iode .Et si, le même jour, une vieille femme obèse se présente à nous , porteuse d'un cliché identique, nous dirons encore : « C'est une lithiase vésiculaire ». Nous aurons admis , par abstraction abusive et combien grave si elle est inconsciente, une similitude , une fausse identité que rien n'autorise car les deux réalités n'avaient que bien peu de points communs.

Cette fausse identité, fruit de la paresse de notre esprit, nous incitera peut -être à proposer , à pratiquer la même opération .11 est des fautes de raisonnement qui, forgées par l'habitude de

l'abstraction, par une négligence du réel, peuvent causer mort d'homme. Ce n'est que par de telles abstractions, de telles simplifications, de tels oublis volontaires de l'individuel, de l'unique, que l'ont atteint à une sorte de généralisation artificielle où il est facile d'appliquer des lois scientifiques. Notre éducation a accentué leur attrait. Elle nous a toujours détournés de la perception globale de l'individu, de la personne dans son intégrité.

Par le jeu des ficelles que nous choisissons de conserver ou de négliger, nous créons de fausses similitudes et de non moins de fausses différences. Il nous est facile d'inventer des systèmes qui satisfont notre goût du confort intellectuel.

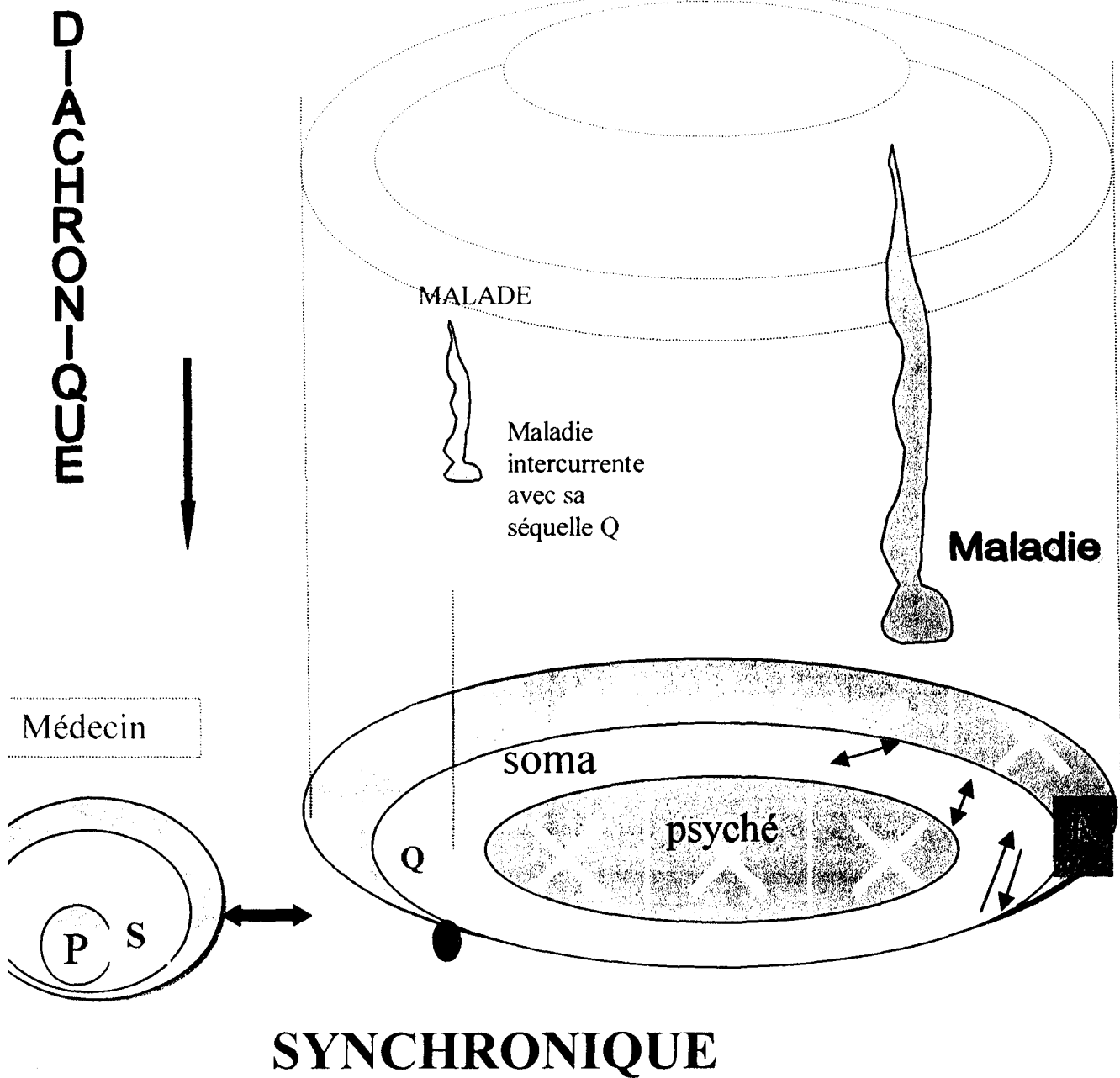
On y groupe des abstractions plus ou moins artificiellement égalisées. On invente des lois, on forge des théories. On coupe la ficelle de relation dont la présence est gênante. On oublie que tout système doit, lui aussi, être soumis à l'épreuve de la contestation permanente.

Nous devons nous efforcer d'habituer les étudiants à remonter plus souvent de l'abstrait au réel. Il y aurait moins de controverses stériles, si chacun essayait de percevoir le maximum. On ne risquerait plus de décrire de la même manière des réalités distinctes, ou de décrire de manière différente une réalité unique. Leur formation scientifique les habitués à généraliser. Il faut leur réapprendre à individualiser.

Pour défricher cette idée nous vous proposons un schéma qui illustre une image distincte du malade et de sa maladie, de la clinique et de pathologie :



Schéma n° 5 : Présentant l'observation clinique



Source : JEAN GOSSET, Elément de pédagogie médicale, Edition expansion, 1969, p 156

L'individu malade y est représenté comme un disque qui évolue dans le temps en y laissant la trace d'un cylindre chez ce malade, on trouve au centre la psyché et autour, deux anneaux concentriques. L'un représentant le soma, l'autre tout ce qui concerne la vie de relation. La maladie à laissé son empreinte noire dans le soma, mais elle à influencé aussi bien la psyché que la vie de relation, la psyché à pu modifier l'empreinte comme les réactions de soma.

Ce qu'il faut souligner, c'est que la maladie, elle, évolue depuis longtemps.

Elle a eu un déroulement historique que l'interrogatoire découvre. On définit les périodes et les époques, les crises et les assoupissements. L'histoire de la maladie se déroule verticalement, elle se prête à une étude diachronique.

On oublie que tout système doit, lui aussi, être soumis à l'épreuve de la contestation permanente.

Leur formation scientifique les a habitués à généraliser. Il faut leur réapprendre à individualiser.

L'examen clinique se déroule dans le moment présent. C'est une étude horizontale synchronique de tous les composants de l'individu malade, de son soma, mais aussi de sa psyché, de sa vie de relation, de son comportement social, des marques que la maladie y a dessinées, et des réactions que le vivant lui oppose.

L'observation clinique exige la présence d'un observant, le [médecin](#). et le médecin a sa propre psyché, son soma, sa vie de relation.

L'observation confronte, dans un plan horizontal et synchronique, l'observé et l'observant. Chacun agit sur l'autre. Comme dans l'étude de la trajectoire des électrons, il y a interaction constante entre l'observé et l'observant. Cette inter-action peut être favorable ou nocive pour l'un comme pour l'autre.

#### 4-7-2-Problème —based learning:

Au cours de ces dernières années, la nécessité d'une réforme pédagogique de l'enseignement, y compris l'enseignement supérieur s'est fait sentir de manière insistante.

Dans cette perspective, le « problem-based learning », expression traduite en français par DES MARCHAIS et all par « apprentissage par la résolution de problèmes » est une nouvelle approche de l'enseignement qui favorise l'autonomie de l'étudiant et abandonne la leçon magistrale.

C'est la faculté de médecine de la Mc MASTER UNIVERSITY, à HAMILTON, ONTARIO (Canada), qui a la première exploitée cette approche originale, aboutissement et concrétisation de nombreuses années de réflexion pédagogique, lors de sa création en 1970. Son exemple a été rapidement suivi par la RIJKSUNIVERSITEIT LIMBOURG à MAASTRICHT et par la NEW CASTLE UNIVERSITY à SOUTH WALES (AUSTRALIE), également à l'occasion de la création de leur faculté de médecine.

A souligner que le PBL a été développé dans les facultés de médecine pour les raisons suivantes :

-En réaction à la pratique de l'enseignement intensif des aspects théoriques de la médecine au détriment des contacts avec les patients.

-Pour remplacer l'enseignement classique où le maître est le seul transmetteur de connaissance, qu'il a de plus en plus de mal à synthétiser, et où l'étudiant se voit forcer d'absorber des matières dont il ne saisit pas toujours la pertinence

-Parce que le rôle de l'étudiant se réduit souvent, lors des cours dans un grand amphithéâtre, à prendre des notes qui prennent le pas sur les livres et les ouvrages de référence :

-Pour modifier les pratiques d'évaluation essentiellement sommatives qui ne mesurent que la mémoire.

Le principe de base du PBL, qui est la confrontation de l'étudiant avec un certain nombre de situation —problèmes, est spécialement adapté à l'enseignement de la médecine et de la pratique clinique, PBL peut pourtant être utilisé pour «enseigner «une variété de sujet comme les mathématiques, les sciences humaines et sociales, l'histoire, la géographie, la linguistique. ..ext.

Ainsi, les applications au domaine de la médecine restent néanmoins largement majoritaires.

Cependant (VAN DER VI, EUTEN et WIJNEN) cité Pochet Bernard (1990) préconisent : « l'utilisation systématique du PBL dans tout l'enseignement supérieur »<sup>(1)</sup>

Ce qu'il faut souligner avec force, c'est que le secteur pédagogique ne s'est pas beaucoup intéressé au PBL alors que cette approche pédagogique est utilisée depuis plus de vingt ans dans l'enseignement de la médecine.

Dans ce cadre précis, (Palkiewicz Jan) fait le constat suivant : « les médecins ont besoins de faire preuve d'une pensée pensante propre à leur profession, ce qui exige une formation différente de celle que dispensent actuellement les institutions de formation »<sup>(2)</sup>

Pour atteindre cette fin, la formation par «situations —problèmes » (problem-based — learning) est tout indiqué et se fait en quatre phases :

### **Phase n° 1 :**

Etude, en équipe, d'une situation problème proposée par le professeur et assisté par un tuteur ou par le professeur lui-même. Durant cette phase, les étudiants clarifient la signification des termes, définissent le problème, l'analysent, organisent les explications sous forme

---

(1) Pochet Bernard, Le problem -Based-Learning : une révolution ou un progrès attendu ? In revue française de pédagogie n°111, avril-mai-juin 1995, pp95-107

(2) Palkiewicz Jan ,Introduction à l'apprentissage par situation- problèmes en soins infirmiers, Edition université du QUEBEC (MONTREAL),p96

d'hypothèses, formulent les objectifs d'apprentissage à réaliser en phase n°II et représentent k thème à l'étude par un schéma intégrateur (ou arbre de concepts).

### **Phase n°II :**

La phase H est une période plus ou moins longue, faite individuellement de recherche d'information, d'analyse de documents, de synthèse et de rédaction d'un journal de bord. **Phase**

### **III :**

La phase III comprend trois étapes. Dans la première, les étudiants reviennent, en équipe, et soumettent leur travail à la critique de leurs coéquipiers. Dans la seconde étape, le fruit de la critique est soumis à tout le groupe. Dans la troisième étape, le tuteur ou le professeur fait la mise au point et précise les objets d'étude.

C'est un plan d'approfondissement personnel. Nous cherchons actuellement à préciser les objets d'étude.

### **Phase IV :**

Travail d'intégration des connaissances que suppose cette phase. Durant ces quatre phases, les étudiants jouent différents rôles : animateur, secrétaire, porte-parole. L'évaluation des apprentissages se fait surtout par l'appréciation des ports folios, mais implique aussi des examens.

Quant au nouveau rôle des professeurs, une telle pédagogie change complètement le rôle des enseignants dans la transmission des connaissances, il devient l'animateur, le guide.

La planification des apprentissages consiste dans la préparation des schémas intégrateurs, la prévision des schémas opératoires à développer, la rédaction des situations --problèmes, à soumettre à la critique des collègues avant de les proposer aux étudiants, et la recherche des références les plus pertinentes. Son travail d'animateur et de tuteur est une forme d'encadrement très difficile.

Suggérer, guider, encourager sans donner la réponse toute faite. Faut-il ajouter que c'est un aspect nouveau.

Le professeur n'a plus le beau rôle de celui qui connaît tout, qui a la bonne réponse. Les étudiants découvrent des aspects nouveaux et pertinents en utilisant les nouvelles technologies d'information.

La nouvelle pédagogie implique que l'on change la vision des programmes. Ce ne sont plus des listes de notions sacro-saintes que l'étudiant doit s'approprier, mais une banque dans laquelle les professeurs, en collaboration, vont puiser des prototypes qu'ils soumettent aux étudiants.

Ce bref survol de la nouvelle pédagogie, montre à quel point les futurs médecins sont appelés à un dépassement intellectuel, affectif et comportemental, gage d'une profession engageante en pleine évolution.

#### 4-7-3-L'enseignement intégré :

C'est une méthode pédagogique qui a été développée aux Etats-Unis et qui n'en est encore qu'à une phase expérimentale et cela dans très peu d'université.

Elle consiste à synchroniser des enseignements spécialisés autour d'un thème pathologique unique. A titre d'exemple, il s'agit de l'étude des néphrites, les enseignements de l'anatomie du rein, de son anatomie pathologique, de sa physiologie —pathologie et, bien entendu, des aspects étiologiques et cliniques de l'affection seront rapprochés, coordonnés de manière à donner à l'étudiant une vue synthétique et globale des problèmes. Il est à noter qu'un tel principe s'inspire d'une conception « gestaltisme » de la médecine. Il est certain que ces conditions de travail excitent l'intérêt de l'étudiant. C'est ainsi qu'il comprend mieux l'intérêt pratique et professionnel de certaines études très scientifiques qui peuvent lui paraître superflues. Il en découvre mieux et surtout plus immédiatement les applications cliniques. Cela renforce la motivation des efforts qu'on lui impose. Il est admis en effet qu'une telle réforme doit être accompagnée obligatoirement d'une modification des conditions de travail de l'étudiant. Celui-ci ne devrait plus se déplacer pour aller chercher l'enseignement dans des départements universitaires géographiquement séparés ou éloignés. L'étudiant reste à poste fixe et ce sont les enseignants qui se déplacent pour venir à lui.

On peut aussi donner le nom d'enseignement intégré à des formules pédagogiques complètement différentes.

En (YOUGOSLAVIE), le professeur (VULETIC) Cité par le professeur (GOSSET) signale que : « l'enseignement doit être fondé sur l'étude de l'individu, de la famille, de la collectivité dans leur contexte global. A cet effet, l'exercice de ce qu'il appelle une médecine intégrée doit être préparé par un enseignement dispensé dans les institutions sanitaires de la collectivité, dans les centres de santé urbains et ruraux »<sup>(1)</sup>.

L'étudiant doit se familiariser avec les activités de ces institutions, la situation sanitaire de la région desservie, le niveau d'hygiène, les conditions sociales et économiques et la planification prioritaire de la protection de la collectivité.

---

<sup>(1)</sup> JEAN GOSSET. Elément de pédagogie médicale. Edition l'expansion. 1969. P 107

Pour former les étudiants à la médecine totale intégrée, il est nécessaire de reproduire les conditions dans lesquelles ils seront appelés à travailler en tant qu'omni —praticiens qualifiés. « VULETIC » entend par médecine intégrée, la protection sanitaire de la population aussi bien dans les hôpitaux et autres institutions sanitaires que dans les foyers et sur les lieux de travail.

#### **4-7-4-L'enseignement dirigé :**

Le but de cet enseignement est d'aider l'étudiant dans le contrôle des connaissances acquises et particulièrement dans la détection des erreurs, à s'habituer à appliquer pratiquement ses connaissances.

Dans ce contexte, le professeur GOSSET insiste sur le fait que : « cet enseignement devait être intitulé «travaux pratiques cliniques »<sup>(1)</sup>

Dans le cadre de la mise en oeuvre de cet enseignement, deux conditions doivent être respectées, l'une par les étudiants, l'autre par les enseignants.

Tout travail pratique clinique est impossible s'il n'a pas été préparé par l'étudiant aussi sérieusement qu'une conférence d'externat. Sans cette préparation, tout travail pratique clinique est détourné de ses fins et demeure stérile. C'est pourquoi, il est difficile d'établir une coordination précise entre les conférences collectives et les travaux pratiques cliniques. Un sujet étudié au cours d'un travail pratique clinique devrait avoir préalablement fait l'objet d'une conférence collective, au moins quinze jours avant, pour laisser à l'étudiant le temps d'apprendre en utilisant ses propres documents et l'information données dans la conférence collective.

Cet enseignement doit familiariser l'étudiant avec la dialectique médicale. Dans l'étude des sciences exactes l'étudiant est conduit de vérité en vérité. Une vérité s'enchaîne avec la suivante et ainsi de suite, c'est une ligne droite et il est difficile de s'égarer.

En médecine, au contraire, et d'après l'entretien que j'ai eu avec M.COLLONA ( cancérologue) à l'hôpital LEANNEC-(PARIS), cet enchaînement rigoureux n'existe pas toujours. On rencontre sans cesse des hiatus, des fossés qu'il faut franchir. On se retrouve à des croisées de chemin ou il faut faire un choix.

Dans ce choix le risque d'erreur est permanent. La démarche dialectique est celle qui implique une étude constante des aspects opposés, du pour et du contre, une pesée des arguments.

---

<sup>(1)</sup> IDEM : p135

Cette formation dialectique prémunira l'étudiant contre les déductions hâtives et l'insuffisance de recherche et d'information. Il est à signaler que l'enseignement ne peut exclure totalement le recours à des processus élémentaires de mémorisation. Cependant, il peut démontrer à l'étudiant combien il est dangereux en médecine de trop se fier à la mémoire et combien la réflexion, le raisonnement peuvent guider vers la vérité avec moins de chances et d'erreurs ou de défaillances.

#### **4-7-5-L'enseignement programmé :**

L'enseignement programmé a pris de l'extension aux états unis. En se fondant sur des lois empiriques établies expérimentalement, SKINNER a proposé une technologie d'enseignement, cette technologie est l'enseignement programmé.

La matière à enseigner est fragmentée en une série d'éléments courts présentés à la suite, la succession des éléments pour tous les sujets d'où l'expression employée également de programme linéaire. Ces éléments vont bien entendu des notions les plus simples et les plus globales plus vers les notions les plus complexes et les plus spécifiées.

L'objectif est de mettre le sujet, qui est constamment actif, en état de fournir de bonnes réponses, ce qui implique la maîtrise d'un certain vocabulaire, de certaines règles opératoires.

Il est intéressant de noter que tous ces programmes visent à donner à l'étudiant un goût de la connaissance concrète, à lutter contre l'utilisation des termes abstraits, vagues et imprécis. Tous les spécialistes insistent sur les précautions et les règles qui doivent être rigoureusement observés dans l'élaboration, l'essai et la mise en application des programmes.

La fabrication d'un programme exige le travail d'une équipe. Cette équipe comprendra au minimum un technicien qui sait ce qui doit être enseigné (dans notre cas un médecin), un spécialiste en programmation, un pédagogue, un psychologue. Le médecin devrait consacrer dix à vingt heures pour l'établissement d'un programme d'une heure de travail pour les étudiants. Le reste du travail incombe aux autres membres de l'équipe.

Il faut d'abord définir avec précision le but à atteindre, c'est à dire la somme des connaissances médicales que l'étudiant doit avoir acquise quand il sera arrivé au dernier cadre. IL faut ensuite choisir le nombre des cadres qui ne devra jamais être insuffisant, établir leur ordre logique de succession, s'assurer que des réponses remplissent bien leur rôle de renforçateurs qu'un feed back effectif est assuré par la nature des explications. Il faut adapter le niveau du programme au niveau intellectuel des étudiants, ce qui impose l'usage des tests préalables sur des échantillonnages d'élèves : personnel de salle d'opération.

#### 4-7-6-Etude des cas :

L'utilisation de cette méthode comme moyen d'enseignement a été lancée au niveau de l'institut de droit de l'université de Harvard 1938. Puis elle s'est répandue à d'autres filières en Europe et aux Etats Unis.

(MOHAMED DJAMEL BOURAI) t y jte- ) définit l'étude des cas comme suit : « C'est une des méthodes de la formation collective qui se base sur la discussion et la participation. A cet effet, l'enseignant expose aux étudiants un cas sous forme de modèle comportant plusieurs problèmes identiques et il appartient à chacun d'eux de les analyser. Ceci suppose que le cas renferme toutes les indications et informations jugées importantes et utiles en plus d'ailleurs de la matière supplémentaire et les informations appropriées »<sup>(1)</sup>

Le but derrière cette méthode est le renforcement de la capacité de résoudre les problèmes et de prendre les décisions grâce à l'analyse, la réflexion ordonnée et l'étude du problème vu de tous ses angles. Il s'agit aussi de faire des propositions de substitution et d'en choisir la meilleure en se basant sur les connaissances et les expériences de l'étudiant.

Pour utiliser cette méthode à bon escient, d'après JEAN VIAL il faut tenir des points suivants:(

2)

- Tirer les exemples de la réalité scientifique et pratique. (JEAN VIAL) constate à cet effet que les situations proposées à l'étude doivent être proches de la réalité autant que possible ; et le rôle de l'animateur consistera à poser le problème et se concentrera sur les interventions, invitera les participants à résumer la situation et à prendre les décisions.
- Motiver les étudiants lors de la présentation du cas
- Soulever le cas aux étudiants bien avant sa discussion ceci permettra son étude et laissera suffisamment pour la réflexion.
- Réunir un maximum de cas pour pouvoir les utiliser dans les différentes situations de la formation.
- Former des sous-groupes si le nombre des étudiants est important.
- S'assurer que le cas renferme toutes les indications nécessaires pour éviter tout éventuel échec et par conséquent manquer l'objectif arrêté.
- Exposer des faits matériels tangibles et non pas simplement des données théoriques.

---

(1) محمد جمال برعى : التدريب و التنمية ، عالم الكتب ، القاهرة ، 1973 ، ص 89

<sup>(2)</sup> JEAN VIAL. *Histoire et actualité des méthodes pédagogiques*. Les Editions ESF, 1981, pl



- S'assurer que les résultats obtenus sont susceptibles d'être exécutés sur le terrain et correspondent aux conditions qui ont entouré le cas.

Parmi les avantages de cette méthode que cite (JULIUS EINTINGTON), nous citerons ce qui suit :<sup>(1)</sup>

- Elle permet au participant la libre réflexion et suscite plus d'intérêt chez lui en lui conférant un rôle actif

- Elle donne l'occasion d'élargir sa connaissance et son expérience grâce au contact avec les autres et l'échange d'idées.

- Elle développe la capacité d'étudier et d'analyser les problèmes de l'individu. De même qu'elle lui apprend à considérer les problèmes sous leurs différents angles.

- Elle améliore la capacité d'observation chez l'étudiant et l'aide à s'interroger intelligemment sur les données principales.

- Elle l'encourage à croire que le problème posé possède plusieurs solutions. -

Elle permet aux participants de mieux comprendre le comportement humain.

- Elle développe chez eux le sens de la communication.

Selon (JULIUS EINTINGTON), cette méthode comporte autres les avantages des inconvénients que nous citerons ci-dessous : <sup>(2)</sup>

- Bien que proche de la réalité, le cas reste toutefois irréel car les participants ne sont pas responsables de leur décision. En outre, même si l'auteur du cas était très habile, il n'en demeure pas moins que ses connaissances des faits n'égalera jamais les faits réels. De plus, l'exposé des indications et des informations est toujours porteur un tant soit peu de subjectivisme.

- Une utilisation erronée de cette méthode entraîne une perte de temps. C'est le cas par exemple des débats hors-sujet.

- Cette méthode exige une conscience psychologique de tous les participants afin d'accepter les avis des autres, d'argumenter si nécessaire, retenir ceux jugés valables, éviter les préjugés sur les personnes et leurs avis.

---

<sup>(1)</sup> **JULIUS.E EINTINGTON.Faire - participer l'apprenant .Les Editions organisation.1991.P44-45-47**

<sup>(2)</sup> **IDEM : p 44-45-47**

#### **4-7-7-L'enseignement assisté par ordinateur ou EAO**

L'utilisation de l'ordinateur dans divers domaines tels les sciences médicales , les sciences humaines et sociales, les sciences financières, la planification, l'ingénierie est due à sa rapidité considérable permettant à l'homme d'effectuer des opérations mentales complexes. Cependant (DECORTE et collaborateurs) définissent cette méthode comme étant : « une conjugaison entre l'enseignement programmé et les capacités cybernétiques dont dispose l'ordinateur, en ce sens qu'il est possible de substituer l'enseignant temporairement ou même définitivement »<sup>(1)</sup> . Il convient de noter que l'enseignement assisté par ordinateur s'est avéré utile dans l'enseignement supérieur. En effet, un grand nombre d'universités ont adopté cette méthode pour leurs étudiants.

A la lumière de ce qui précède (ANNIE BIREAUD) note « Que le grand intérêt accordé à l'enseignement assisté par ordinateur au niveau de l'enseignement supérieur est la résultante des causes suivantes :<sup>(2)</sup>

- L'habitude des enseignants à utiliser l'ordinateur comme outil de travail.
- La prolifération de cette méthode au niveau des établissements de formation professionnelle continue incite certains secteurs de l'enseignement supérieur étroitement liés au secteur médical et commercial à s'intéresser et à adopter cette méthode.
- La disponibilité dans la plupart des universités et écoles supérieures des moyens financiers et humains susceptibles d'être consacrés à l'utilisation de la méthode d'enseignement assisté par ordinateur.
- (GUY. LE. BOTERF) considère que : « l'enseignement assisté par ordinateur s'inscrit dans le cadre de ce qu'on appelle l'auto- formation car il n'y a pas de contrôleur extérieur. Et de surcroît, les étudiants assurent leur propre évaluation »<sup>(3)</sup>.

Cette méthode considérée comme moyen d'individualisation de l'enseignement possède les avantages suivants :

- Elle fournit à l'étudiant des mémorandums détaillés l'aidant à assimiler par la pratique individuelle les opérations scientifiques.
- Elle améliore le niveau de performance pour un grand nombre de travailleurs.

---

(1) DE CORTE ; CT GEERLIS; NA) LAGERWEIJ; jj PETERS,R VDENBERGHE; A DE BOECK.Les fondements de l'action didactique. Edition A-De Boeck, 1979,p99

(2) ANNIE BIREAUD, Les méthodes pédagogiques dans l'enseignement supérieur, Les Editions d'organisation, 1990, p103-104.

(3) GUY LE BOTERF .Ou va la formation des cadres ?.Les Editions l'organisation.1984.p192

-Elle rend possible l'acquisition d'un niveau technique homogène permettant l'utilisation de l'ordinateur par tous les travailleurs et les enseignants indifféremment.

-Elle offre une aide quotidienne aux enseignants dans leurs missions pédagogiques.

-Elle représente un gain de temps, du fait que l'étudiant dispose d'informations et de données volumineuses en un temps record.

Il est à signaler que la mémoire de l'ordinateur influe considérablement sur l'efficacité de l'enseignement et de la formation. Or, cette efficacité a toujours besoin d'être enrichie par tout ce qui est nouveau en matière d'enseignement et d'apprentissage.

Il est important de noter que le rapide progrès scientifique implique la multiplication des connaissances scientifiques pendant une période donnée, Ceci représente une lourde charge pour l'esprit humain le rendant incapable d'assimiler toutes ces connaissances en un court laps de temps. Aussi, le rôle de la mémoire de l'ordinateur dans le recueil des informations essentielles et spécialisées est capital. Ceci est d'autant plus vrai dans les domaines professionnels et la recherche des références scientifiques pour tous les sujets de façon claire et succincte.

La mémoire de l'ordinateur présente plusieurs caractéristiques :

-Elle traite le fond de la matière scientifique de façon concise.

-Elle explique le contenu de la matière d'une manière correspondant au niveau culturel des étudiants et l'expose conformément au développement scientifique et technologique.

-Elle permet une compréhension facile des réalités scientifiques que renferme le contenu.

#### 4-7-8-La **méthode du projet** :

Citant (KILPATRICK) (MOHAMED DJAMEL BORAI) ) définit cette méthode comme étant : « une activité non sans but guidant vers un travail fructueux. Autrement dit, c'est un travail orienté vers un problème que l'individu voudrait résoudre dans des conditions naturelles »(!)

Cependant, (GUY LE BOTERF) préconise une autre définition de cette méthode en soutenant qu'elle permet aux étudiants d'acquérir les capacités, les compétences et les caractéristiques personnelles grâce à la mise en place et la réalisation d'un projet donné

---

(1) محمد جمال برعي : التدريب و التنمية، عالم الكتاب، القاهرة، 1973، ص213

considéré comme une activité collective visant à acquérir des objectifs sociaux. Ensuite, il résume les caractéristiques de cette méthode du projet comme suit :(

- L'étudiant est le centre d'intérêt pédagogique.
- La possibilité de sortir du cadre de l'enseignement par la réalisation de projets.
- Il existe une relation étroite entre le contenu du projet et la réalité sociale puisque le contenu du projet s'inspire de la société.
- La gestion d'un projet donné nécessite le recueil d'informations à partir de plusieurs matières scolaires.

Il est important de noter que cette méthode a pour but de développer chez l'étudiant l'esprit d'initiative, le sens de la responsabilité et l'organisation du travail.

Selon (GUY LE BOTERF) : « la méthode du projet a été utilisée au niveau de l'université et des écoles supérieures afin de placer l'étudiant en face des réalités sociales, organisationnelles et économiques.

Cet enseignement exhaustif développe la capacité des cadres à résoudre les problèmes à caractère technique, social et économique »<sup>(2)</sup>

#### **4-7-9-Enseignement par simulation portant sur des situations réelles dans des conditions réelles :**

(SILVIO MONTARETTO MARULLO) définit cette méthode de formation par simulation des situations réelles comme étant le fait que : « les participants s'imaginent être dans une situation réelle et exécutent le travail comme s'ils étaient y étaient effectivement et notamment dans les cas des situations d'extrême gravité, qui se produisent rarement ou qui peuvent être dangereux à exécuter dans le cadre de la formation »<sup>(3)</sup>.

Cette méthode se distingue des autres méthodes qui discutent les situations proposées en ce sens qu'elle utilise le principe d'apprentissage au moyen de l'exercice effectif Ceci aide à combler les écarts entre la connaissance et le domaine de son application pratique.

Il est important de noter qu'il existe certaines démarches qu'il faudrait suivre lors de l'utilisation d'une telle méthode et que nous résumons comme suit : - Le groupe des apprenants doit s'intéresser directement à la situation imaginaire dont il a au préalable discuté les éventuels problèmes que poserait sa mise en pratique.

---

(1) GUY LE BOTERF .Ou va la formation des cadres ?.Les Editions l'organisation.1984.p193

(2) IDEM : p194

(3) SILVIO MONTARETTO MARULLO, Manuel pour la direction du personnel, Edition Homme et technique, 1979, p 143

-Il est nécessaire, avant d'appliquer cette méthode de clarifier avec précision la situation imaginaire, le rôle de chaque participant et les objectifs visés.

-Il serait souhaitable d'enregistrer les débats pour permettre ainsi aux participants à la suite de leur représentation de l'écouter et corriger éventuellement leurs erreurs.

Cette méthode a pour objectif essentiel le développement de la capacité d'écoute chez l'apprenant. De plus, elle nous permet de connaître le degré de notre influence sur autrui.

Toutefois on reproche à cette méthode l'absence d'un élément essentiel qu'est la tension accompagnant toutes les situations conflictuelles entre les personnes en raison des divergences de leurs intérêts. Aussi, cette méthode donne-elle une idée de la réalité et non pas toute la réalité.

#### **4-8-Les outils pédagogiques :**

##### **Introduction :**

Certains tendent à penser que la qualité du contenu et son adhésion parfaite à une philosophie quelconque signifie la validité des programmes lors de leur exécution. En effet, un bon programme de par ses objectifs, son contenu, son niveau et son organisation reste incomplet sans les outils d'enseignement adéquats pour la réalisation des objectifs tracés. Ceci conforte l'idée que l'outil pédagogique représente un des éléments occupant une place précise au sein du programme et exerçant une tâche donnée. Il a été observé une relation de cause à effet entre les outils pédagogiques et le reste des éléments notamment le contenu, les objectifs, les méthodes et les outils d'évaluation. En d'autres termes, lorsque l'enseignant choisit un outil d'enseignement pour dispenser un cours donné, il se base à cet égard sur l'étude scientifique du contenu et sa composition interne.

La détermination de l'outil d'enseignement exige que le formateur soit conscient de l'objectif, son niveau et la nature du contenu. De **plus, l'utilisation de l'outil pédagogique n'est pas** une fin en soi mais plutôt un moyen contribuant à la réalisation **d'un objectif donné.**

##### **4-8-1- Définition des outils pédagogiques :**

(AHMED HASSAN EL LAKANI) ) définit **l'outil pédagogique comme étant :**  
« une partie des possibilités que peut fournir l'enseignant lors d'une situation d'enseignement. Il devient dans ce cas-là un outil que suggère, procure l'enseignant et dont il vérifie la fiabilité

de son utilisation. Aussi, elle se doit d'exercer son influence au même titre que les autres possibilités existant lors d'une telle situation »<sup>(1)</sup>

Par conséquent, il est admis de penser que les outils pédagogiques sont les différents instruments utilisés dans les situations pédagogiques pour ainsi faciliter l'acquisition des connaissances désirées.

Pour que les outils pédagogiques jouent pleinement leur rôle dans le processus d'enseignement, il y a lieu de tenir compte de certaines conditions que résumant (AHMED HASSAN EL LAKANI) ) comme suit:<sup>(2)</sup>

**Premièrement** : La correspondance de l'outil pédagogique à l'objectif tracé. Il faudrait en premier lieu choisir l'outil pédagogique conformément à l'objectif du cours. Il est à noter que les objectifs vagues rendent l'enseignant perplexe dans son choix des outils pédagogiques. Or, cet embarras peut être minimisé si on définit l'objectif de façon claire et précise.

**Deuxièmement** : La correspondance de l'outil pédagogique avec le contenu. Si le degré de correspondance de la méthode et de l'outil avec l'objectif assigné constitue une condition sine qua non, il est logique que l'outil corresponde sans faute au contenu que l'enseignant planifie de dispenser à ses étudiants. Le contenu - comme on l'a déjà vu - traduit d'ailleurs les objectifs visés.

Donc, l'outil et la méthode sont des instruments contribuant à la réalisation des objectifs. La connaissance de la nature du contenu et sa composition ainsi que ses relations constituent une nécessité et placent l'enseignant dans une position plus confortable lui permettant de choisir l'outil le plus convenable et écarter celui qui ne convient nullement. Or, ceci ne peut se réaliser que dans le cas de contenus clairs.

**Troisièmement** : La concordance de l'outil avec le niveau des étudiants

Le choix de l'outil est dicté par le degré de conscience de l'enseignant par rapport aux expériences antérieures de ses étudiants, les concepts déjà assimilés et ayant une relation étroite avec le sujet qu'il entend enseigner et les motivations vis-à-vis de la matière en plus de leurs origines culturelles.

Ce choix obéit également au degré de conscience de l'enseignant par rapport aux théories de l'enseignement et de l'apprentissage outre les concepts et principes qu'ils véhiculent. Une telle connaissance est d'une importance capitale dans ce domaine.

---

(1) أحمد حسين اللقاني : المنهج : الأسس، المكونات، التنظيمات، عالم الكتاب، 1995، ص 167

(2) أحمد حسين اللقاني : صفحة سابقة، رقم 174، 173، 172

**Quatrièmement** : Le degré de participation de l'étudiant. Le choix de l'outil par l'enseignant peut dans certains cas ne pas offrir à l'apprenant l'occasion de participer aux situations pédagogiques. Conséquemment, les occasions d'inter-activité entre eux s'amenuisent d'une part, et c'est aussi le cas entre l'apprenant et la matière contenue dans un cours d'autre part. Aussi, l'outil se doit de respecter entre autres les conditions et la possibilité d'offrir à un plus grand nombre d'apprenants l'occasion de participer à la classe.

**Cinquièmement** : Le degré de diversité Il s'agit là pour l'enseignant de ne pas dépendre d'un seul outil pédagogique de crainte de désintéresser les étudiants et réduire leurs motivations car l'étudiant tend toujours à soulever des situations et des problèmes le rendant plus attentif.

En dépit de la nouveauté des outils que l'enseignant pourrait utiliser dans tous ses cours, rien ne justifie leur utilisation de façon répétée car très vite les étudiants s'aperçoivent de l'aspect routinier des cours.

#### **4-8-2-Les différents types d'outils pédagogiques :**

Les outils pédagogiques ont été utilisés pour résoudre en partie les programmes surchargés et enseigner de nouveaux thèmes requérant des habiletés et des moyens donnés et qui peuvent faire défaut chez l'enseignant. Les chercheurs dans le domaine de l'éducation distinguent deux types d'outils pédagogiques :

Les outils pédagogiques classiques dont nous nous citons à titre d'exemple:

- **Le tableau** : C'est un moyen occupant la première place parmi les moyens de base. En effet, ce tableau inerte peut nous être d'un apport très bénéfique et être transformé en un tableau vivant, plein d'activités et riche d'idées et de connaissances.

- **Le livre** : C'est l'épine dorsale du processus d'enseignement en ce sens qu'il détermine les connaissances qu'il faudrait enseigner à l'étudiant du point de vue qualitatif et quantitatif. - **Le**

**tableau feutré** : C'est l'un des outils pédagogiques modernes les plus efficaces dans la mesure où il va de pair avec la rapidité qu'exige l'enseignement dans la transmission des connaissances, la motivation des étudiants et leur désir ardent de suivre les explications de l'enseignant par rapport à une matière donnée.

Les moyens exposés ci-dessus ne sont plus en mesure d'éclaircir les connaissances. Aussi, les chercheurs ont-ils remis en question ces outils et se sont attelés à trouver un nouveau type de moyens. Ils ont finalement découvert les outils pédagogiques appelés :

#### **-Les outils pédagogiques modernes :**

Ces outils se sont développés à la vitesse du progrès dans l'éducation. On peut citer à titre d'exemple les moyens audio et visuels du fait qu'ils concernent surtout l'ouïe et la vue. De

plus, ces moyens dépendent de ces deux sens plus que de tout autre sens dans l'éclaircissement et l'assimilation des connaissances.

Il existe deux types de moyens audio et visuels :

- **Les moyens audio** : Ils comportent les appareils de reproduction du son tels que les disques, les magnétophones, la radio et la télévision. Ce type d'outils est surtout utilisé dans l'apprentissage de la lecture et la bonne diction.

A cet égard, certains chercheurs estiment que l'étudiant peut apprendre deux fois plus au moyen de ces moyens qu'il ne le ferait avec les outils classiques.

- **Les moyens visuels** : Contrairement aux outils audio dont le nombre et l'utilisation sont limités, les moyens visuels sont divers et leur utilisation est très variée. C'est d'autant plus vrai si on considère l'importance de la vue dans l'observation précise, la perception des choses, leurs formes, leurs tailles et leur fonctionnement. Si la plupart des outils explicatifs en usage jusqu'à présent dépendent indépendamment de l'un des deux sens, le développement industriel contemporain a mis à notre disposition des moyens les unissant pour plus de clarté et de précision et qui sont :

- **Les moyens audiovisuels** :

Ce sont l'un des premiers moyens technologiques modernes utilisés par l'enseignement supérieur.

Parmi ces moyens, nous citons :

Le film pédagogique, le récit filmé, le magnétophone, la télévision les dispositifs, les appareils photo et le labo-photo.

L'introduction des moyens audiovisuels ne modifie pas automatiquement le rôle du formateur. Bien au contraire, ces techniques lui facilitent la tâche s'il entend bien sûr les utiliser et de la meilleure manière éventuellement.

A ce sujet (MOHAMED CHERIF BENDALI) ..L e) précise que : « avec ces outils, leur usager passe de l'enseignant classique au spécialiste dans l'art d'enseigner et d'éduquer guidant ainsi ses étudiants vers l'acquisition du savoir. Par ailleurs, la relation prévalant dans une telle situation n'est plus basée entre l'enseignant et l'étudiant mais plutôt entre ce dernier et le moyen audiovisuel utilisé »<sup>(1)</sup>

Il existe des règles générales pour l'utilisation des moyens audiovisuels que nous résumons dans les points suivants :

---

(1) محمد الشريف بن دالي : التعليم و الوسائل السمعية و البصرية " التربية " مجلة تربوية ثقافية تصدرها وزارة التربية و التعليم الأساسي



1. La définition du but à travers le moyen utilisé d'autant qu'il y a des moyens capables de faire aboutir à un objectif donné lors d'une situation définie mais qui ne le sont pas dans d'autres situations.

2. La nécessité de vérifier le moyen avant même de l'utiliser dans le but de réaliser l'objectif escompté. Aussi sa préparation relève de la tâche de l'enseignant ou du spécialiste qui doit s'assurer de son bon état, réfléchir à la manière de la présenter et enfin les effets résultant de son utilisation.

Dans ce contexte-ci, le rapport de la commission des moyens audiovisuels réunis le 30.01.1971 a insisté sur les points suivants :

1. Quel est le rôle affecté aux moyens audiovisuels dans l'enseignement ? Remplacent-ils l'enseignant ou sont-ils là pour l'aider seulement ?

2. Ces outils pédagogiques contribuent-ils à préparer les étudiants à la vie active et reflètent-ils la réalité ?

3. Comment généraliser l'utilisation de ces moyens à travers les institutions éducatives ?  
On peut donc conclure que les divers outils pédagogiques dans leur sens le plus large comptent parmi les moyens utiles et nécessaires contribuant à de plus larges perspectives de l'enseignement et sa diffusion la plus large. De Plus, ces moyens jouent un rôle capital dans le maintien puis l'amélioration du niveau de l'enseignement. Ils contribuent considérablement à faciliter la mission et des enseignants et des élèves à tous les niveaux de l'enseignement.

#### **4-8-3-Interaction entre les outils pédagogiques et les autres éléments composants les programmes d'enseignement :**

Docteur (AHMED HACENE AL-LAKANI) ae-i) indique que l'enseignant doit savoir en choisissant l'outil et la méthode, qu'ils ont certainement une origine et doivent être utilisés dans un but précis.

Autant telle est la nature de l'interaction entre la méthode et l'outil, autant il existe une interaction entre ces derniers, les objectifs et le contenu. **Autrement dit, quand le formateur** opte pour un outil donné et une méthode caractérisée par la complémentarité et l'interaction, il prend une décision par -rapport à ce choix de manière consciente et conforme aux objectifs et contenu du cours.

A cet égard, le formateur est en droit de se poser les questions suivantes : <sup>(1)</sup>

---

<sup>(1)</sup> أحمد حسين اللقاني : صفحة سابقة، رقم 17

Quel est l'outil qui conviendrait à la réalisation de l'objectif tracé ?

Quel est le degré d'interaction et de complémentarité qui pourrait exister entre eux durant le cours

Il existe plusieurs moyens et outils valables pour la réalisation d'un objectif. De même qu'il ne peut y avoir qu'un seul outil et une seule méthode pour aboutir à un objectif déterminé Il est à noter qu'il n'est pas nécessaire que le formateur choisisse un outil quelconque pour être utilisé lors de la classe. D'ailleurs, l'outil et son utilisation ne sont nullement une fin en soi mais représente un moyen contribuant à la réalisation d'un objectif donné.

Aussi, l'absence d'un outil dans une situation pédagogique est préférable à l'utilisation d'un outil n'ayant de relation ni avec la méthode ni avec le contenu et encore moins un rôle dans la réalisation de l'objectif assigné.

(AHMED HACENE AL- LAKANI) ( fait remarquer qu'un grand nombre des établissements scolaires utilisent pour planifier les cours durant les stages pratiques des outils qui n'ont pas de relation directe avec les sujets prévus. Ceci entraîne souvent l'échec de la réalisation des objectifs des cours et constituent même un des facteurs responsables de la confusion chez les étudiants »<sup>(1)</sup>.

Il va sans dire que le choix de l'outil est une décision scientifique basée essentiellement sur le degré de conscience de l'objectif, son niveau, la nature et la composition du contenu. Une fois ces données scientifiques maîtrisées, le formateur devient en mesure de prendre les décisions qui conviennent.

En somme, nous voulons dans ce contexte précis arriver à mettre au très clair la nature systémique des programmes de par sa composition d'un ensemble d'éléments (les objectifs, le contenu, les méthodes, les outils pédagogiques et les instruments d'évaluation) qui occupent un endroit précis en son sein (l'aspect structurel) et agissent les uns sur les autres comme analysé plus haut Aussi, chaque élément se charge d'une fonction précise à partir de la place qu'il occupe(aspect fonctionnel) en vue d'aboutir aux objectifs tracés.

Ces éléments constitutifs du programme représentent les limites qui le séparent du milieu pour ensuite établir l'interaction devant exister entre eux. Et de là, tous les changements qui s'opèrent au niveau du milieu influent directement sur les éléments constitutifs du programme.

Par ailleurs, les outils pédagogiques ont connu un développement considérable résultant des progrès industriels. Or, nous constatons au niveau de nos établissements éducatifs et

---

<sup>(1)</sup> أحمد حسين اللقاني : صفحة سابقة، رقم 169

notamment l'université l'aspect obsolète des outils pédagogiques qui doivent impérativement s'adapter aux exigences du secteur utilisateur. De plus, l'utilisation par les utilisateurs de certain équipement sophistiqué faisant défaut à l'université constitue un handicap pour les étudiants affectés au monde du travail. Aussi, une période de stage s'avère-elle indispensable pour les familiariser avec les équipements.

Les objectifs pédagogiques que la réforme de l'enseignement s'est assignée d'atteindre dans le cadre de l'ouverture des établissements éducatifs sur l'environnement économique exigent une utilisation toujours croissante des moyens pédagogiques à même de garantir l'épanouissement intellectuel et de là la promotion du travail productif.

### **Conclusion :**

Nous entendons par l'enseignement toutes les conditions et les moyens que l'enseignant réunit lors d'une situation pédagogique. Cela suppose donc des moyens qu'il faudrait mettre en oeuvre autrement dit les outils pédagogiques que l'enseignant se doit de vérifier avant même de les utiliser. Ainsi, ils peuvent être si toutefois bien sûr, ils sont associés à d'autres moyens disponibles lors d'une telle situation pédagogique. Tout ceci explique l'interaction entre les outils pédagogiques et le reste des éléments composant le programme.

### **4-9-L'évaluation pédagogique :**

#### **Introduction :**

La meilleure conception de l'opération d'évaluation pédagogique, à travers le thème de notre recherche, suppose que cette opération ne soit pas l'oeuvre des établissements éducatifs seulement, car il serait préférable que l'évaluation pédagogique soit le résultat d'efforts entre les différents établissements de l'enseignement supérieure et le secteur de santé.

L'évaluation pédagogique ne sous —entend pas l'évaluation dans l'enseignement ou même de la performance sommative. Tout comme l'a indiqué (MEZIANE MOHAMED) ) : « C'est tout ce que l'individu acquiert à travers son contact avec le milieu et les réactions que cela implique, ses capacités scientifiques et ses capacités intellectuelles et créatives »<sup>(i)</sup>

En plus des autres facteurs entrant dans le processus de l'évaluation, le domaine de l'emploi et du travail constitue le terrain le plus favorable pour comprendre la réalité du processus d'enseignement. A cet effet (PIERRE CASSE) indique que : « l'évaluation des programmes sur le terrain est de loin meilleure que l'évaluation à la fin de formation. La raison en est

---

(1) مزيان محمد : حول تقويم العملية التربوية الشاملة في كتاب قراءة في التقويم التربوي، تأليف يصدر عن جمعية الإصلاح الاجتماعي و التربوي،

qu'elle permet de mesurer l'effet sur l'amélioration de la performance et l'augmentation de la productivité »<sup>(1)</sup> . Alors que (PIERRE DOMINICE) estime que : « l'évaluation pédagogique ne se limite pas à évaluer le travail scolaire des étudiants mais est devenue une activité multiforme. En effet, l'évaluation se préoccupe de certains éléments tels l'amélioration des méthodes de notation et d'apprentissage, les outils pédagogiques, l'analyse des résultats, les effets des programmes et les réformes de l'enseignement et enfin l'analyse des besoins exprimés par les concernés du système éducatif »<sup>(2)</sup>

De plus citant JOSEPH RTCE, (PIERRE DOMINICE) pense que : « L'évaluation s'est considérablement intéressée aux programmes d'enseignement pour contribuer à mieux éclairer le contenu de l'enseignement »<sup>(3)</sup>

Citant HAMELINE (PIERRE DOMINICE) fait remarquer l'impossibilité d'une évaluation pédagogique en l'absence de la réalité sociale.

Aussi, l'évaluation pédagogique se limite actuellement à expérimenter les programmes pédagogiques pour faciliter aux étudiants l'acquisition des connaissances. Par ailleurs, les étapes de l'évaluation exigent la participation des institutions de formation outre leurs responsables ainsi que les étudiants. En effet, le feed back résultant de cette évaluation se transforme en une critique des contenus des programmes.

---

(1) PIERRE CASSE, La formation performante, Edition OPU, 1994, p22

'2) Pierre DOMINICE.La formation enjeu de l'évaluation .Edition Peter LANG S.A.BERNE, FRANCFORT/M.1979.P48

"Idem : p48

#### 4-9-1-Définition de l'évaluation pédagogique :

Avant d'aborder le sujet de l'évaluation pédagogique, il serait préférable d'éclaircir certains concepts de base s'y rapportant. Aussi nous allons expliquer si la mesure utilisée pour connaître l'efficacité de l'enseignement est une estimation ou plutôt une évaluation. Il s'agit aussi de savoir si l'estimation diffère de l'évaluation.

Par estimation nous entendons émettre un jugement sur une personne ou un groupe de personne tel que l'appréciation « admis » ou « ajourné » sans pour autant citer les raisons de la réussite pour en bénéficier plus tard et celles de l'échec pour les éviter à l'avenir.

L'évaluation : C'est une opération pédagogique que l'enseignant effectue périodiquement aux fins de déterminer les points à consolider et les points faibles à y remédier. Pour ce, il est organisé des sessions de soutien afin de remédier à certaines lacunes observées chez un groupe d'étudiants par rapport à certains éléments du programme. De plus, on procède à déceler les lacunes chez l'enseignant afin d'y remédier tels le manque de préparation, mauvaise utilisation des méthodes et outils pédagogiques.

Citant (STUFFBLEAM), (MOHAMED MEZIANE) (34<sub>p</sub> -L-e) définit l'évaluation pédagogique comme étant : « le processus à travers lequel on planifie et recueille des informations utiles pour juger les substituts des décisions» (I).

Nous pouvons paraphraser (CHAREF KADOUR) et dire que l'évaluation pédagogique est une manière ou un moyen nous permettant de savoir à quel point le programme, les méthodes d'enseignement, les activités ont pu réaliser les objectifs tracés pour pouvoir déterminer les points faibles et les points forts de chacun de ces éléments. C'est aussi une occasion pour innover, créer et modifier pour se débarrasser des points faibles et renforcer les points forts .

(E.DECORTE et COLLABORATEUR) estiment qu'il existe deux tendances différentes en matière d'évaluation : (2)

a- une première tendance s'intéressant à l'évaluation du produit .il s'agit là de l'évaluation de l'apprentissage de l'étudiant au moyen de mesure et d'analyse du degré de réalisation des objectifs déterminants le programme et celui de la maîtrise de ses objectifs par les apprenants à travers leurs productions .

---

(1) مزيان محمد : صفحة سابقة، رقم 22

et ses collaborateurs , les roulements de l'action pédagogique, Edition De Boeck , 1979, p 299-308

Il est important de préciser que lorsque nous évaluons le produit au sein d'un curriculum l'évaluation peut se situer au niveau de :

- La fin d'un cours ou d'un ensemble de cours en ce sens que le programme propose des réalisations se rapportant à un cours ou à un chapitre donné.
- Un cycle ou une partie d'un programme car souvent les contenus des programmes sont répartis en section et chapitre en rapport avec la nature des études.
- A la fin du programme car l'élaboration de tout programme suppose une répartition définitive déterminant si l'étudiant était admis en classe supérieure ou plutôt redoublera l'année.

**b- La tendance concernée par l'évaluation du processus :**

L'évaluation du processus est une approche nouvelle qui a suscité l'intérêt durant la dernière décennie.

Il est à noter que l'évaluation de l'enseignement se basait sur les résultats obtenus par l'étudiant. Alors qu'actuellement l'évaluation du processus exige une évaluation de toutes les étapes de l'acte pédagogique.

Aussi, l'évaluation du processus comprend les aspects suivants :

- l'évaluation des objectifs pédagogiques.
- l'évaluation des situations d'apprentissage.
- l'évaluation de l'acte d'apprentissage ou étapes de réalisation.

L'évaluation du produit qui peut être soumis à un test ou à une appréciation.

Sur ce, l'évaluation du processus est fondée sur deux principes :

Le principe de considération de tous les éléments du curriculum :

Il comprend à son tour l'évaluation du produit outre celle du processus.

Le principe du processus signifie que l'évaluation est une opération continue dès le début de l'acte de l'enseignement et d'apprentissage jusqu'à une fin qu'il s'agisse de tout le curriculum ou seulement d'une de ses sections.

Compte tenu de ses données, il est possible de déterminer les situations d'évaluation du processus et certains de ses outils ainsi qu'il suit :

- Au début de la réalisation du curriculum, d'une de ses parties ou même une de ses unités, dans le but de définir les fondements de l'acte d'enseignement et d'apprentissage telles que les acquisitions antérieures des étudiants, les motivations de leurs désirs d'apprendre, les attitudes à l'égard de l'enseignant et enfin les contraintes de l'apprentissage et de l'enseignement.

- A la fin du curriculum en vue d'établir un bilan et de prendre la décision de passer à de nouvelles données ou même renforcer celles antérieures.

En somme, l'évaluation visant à faire aboutir l'objectif pédagogique doit :

- Regrouper de toutes les caractéristiques de l'étudiant.
  - Etre contenue tout le long des études de l'étudiant.
  - Etre basée sur le dialogue en ce qu'il offre l'occasion aux apprenants de participer à l'évaluation.
  - Etablir des relations intimes et un contact divers entre l'étudiant et son enseignant de sorte qu'il puisse guider et orienter ses étudiants, et offre l'occasion à ces derniers d'exprimer à leur enseignant leur problème et préoccupation.
  - Tenir compte des écarts entre les apprenants en évaluant les progrès enregistrés par les enseignés de tous les points de vue.
  - Etre économique.
- Etre un moyen de détection des faiblesses des processus d'enseignement et définitions de la nature de l'intervention appropriée.

#### 4-9-2-Les différents types d'évaluation :

Nous avons déjà indiqué que l'évaluation selon (E.DECORTE) s'inspire de deux tendances : Une première tendance s'intéressant à l'évaluation du produit et une autre par l'évaluation du processus.

A cet effet (ABDELLAH-ALFARABI ET ABDELAZIZ AL-ARDAF)-4.n

2a

(Là) soulignent que l'évaluation du produit nous incite à recourir à des types d'évaluation que nous exposons ci-après :"

-L'évaluation normative : cette évaluation vise à comparer le niveau d'apprentissage de l'étudiant et l'objectif souhaité en vue d'apporter des corrections aux réalisations des apprenants pour que ses dernières s'accommodent des objectifs.

Dans ce type d'évaluation, le programme exige des enseignants de procéder à ses deux opérations essentielles, à savoir :

Conception des objectifs opérationnels du cours et mise en place de l'instrument d'évaluation permettant de vérifier le degré d'aboutissement de ces objectifs.

---

(1) عبد العزيز الغرظاف و عبد اللطيف الفارابي : صفحة سابقة، رقم 3

**-L'évaluation pronostique** : Il s'agit de toute évaluation visant à juger les étudiants et chercher à savoir s'ils sont capables de poursuivre à l'avenir leurs études dans une filière ou une spécialité donnée.

### **Les types d'évaluation du processus :**

#### **L'évaluation diagnostique :**

Elle comprend l'évaluation, la définition, la description et la classification de certains aspects du comportement de l'étudiant au début du processus d'enseignement en vue de déterminer le degré de maîtrise des acquisitions antérieures par les étudiants (les objectifs antérieurs). De plus, elle permet de définir le point de départ approprié utilisé comme fondement de l'enseignement de nouvelles données (les nouveaux objectifs) et de définir les symptômes de la perturbation observée dans l'enseignement afin de pouvoir prodiguer les remèdes qui s'imposent ou même mettre fin à ces obstacles autant que possible.

**-L'évaluation formative** : Elle mesure le niveau des étudiants et les difficultés rencontrées lors du processus d'enseignement pour offrir de manière rapide des informations relatives à leurs progrès ou faiblesses. De même qu'elle définit rapidement leur apprentissage ce qui les motive à fournir les efforts nécessaires en temps voulu. Par ailleurs l'utilisation convenable de ce type d'évaluation contribue à garantir une maîtrise de tous les aspects pédagogiques en offrant des réponses appropriées pour remédier aux difficultés rencontrées et éventuellement apporter les correctifs qui s'imposent dont le but en est la réalisation des objectifs tracés.

**-L'évaluation sommative** : Elle intervient à la fin des études et met en évidence le degré d'aboutissement des objectifs **finaux**. Elle peut aussi être utilisée lors du processus d'enseignement dans le but de tirer des jugements définitifs par rapport à l'efficacité de l'acte pédagogique et la réalisation des objectifs escomptés qui peuvent couvrir tous les domaines de la classification.

Il est donc clair que le sujet de notre étude consacré à l'évaluation des programmes universitaires destinés à la formation des médecins généralistes s'inscrit dans le contexte des évaluations formatives et diagnostiques.

En effet, notre évaluation des programmes universitaires existants destinés à la formation des médecins exige que nous établissions le critère relatif aux activités et attributions sur le terrain, et contribue à connaître les aptitudes, les capacités et les caractéristiques requises du médecin généraliste.

Ces éléments ont été vérifiés grâce à notre analyse du poste du travail qu'occupe le médecin généraliste au niveau des structures sanitaires.



De ce point de vue, il est permis de considérer ces données obtenues lors de notre élaboration du critère comme des objectifs professionnels pouvant servir de base à l'évaluation des programmes comme l'ont souligné (JULES DESROSIERS et JOSELINE SAVOIE)<sup>m</sup>.

Notre essai d'évaluation des programmes à la lumière de critères se résume à savoir si ces programmes ont abouti aux objectifs professionnels escomptés. Pour ce, nous avons recueilli les informations et indications grâce à notre questionnaire dans le but était de savoir s'il existait un écart entre la formation universitaire des médecins généralistes et leur travail effectif sur le terrain.

Il est donc clair que notre évaluation de ces programmes s'inscrit dans le cadre de l'évaluation formative qui vise en fonction des difficultés à l'aboutissement des objectifs montre que l'évaluation de n'importe quel programme doit se faire à la lumière des objectifs de ce même programme. En effet, les résultats de l'évaluation viennent en réponse à la question de savoir à quel point les objectifs du programme ont été réalisés. Notre évaluation des programmes à la lumière de ces objectifs s'inscrit dans le cadre de l'évaluation diagnostique et s'explique comme l'a fait remarquer (ROBERT TOUSSIGNANT) par le fait que :

« ce type d'évaluation permet de mettre en évidence les lacunes enregistrées lors de l'évaluation des programmes à la lumière des objectifs professionnels tracés, et d'en déterminer les causes pour les éviter à l'avenir »<sup>(2)</sup>.

A cet égard (OMAR OUASFI AKILI) ) estime que : « l'observation directe sur le terrain constitue un des moyens pouvant servir à évaluer, préparer et classer les programmes en surveillant et observant la réaction des stagiaires par rapport aux programmes à travers les discussions qu'ils tiennent entre eux et même les doléances et les griefs adressés à la structure chargée de l'exécution des programmes »<sup>(3)</sup>

---

(1) JULES DESROSIERS et JOSELINE SAVOIE, fiches de faits d'évaluation, In revue Education permanente, n°9, janvier-fevrier-mars, 1971, pp75-104

(2) ROBERT TOUSSIGNANT, les principes de la mesure et de l'évaluation des apprentissages, Edition PROFONTAINE INC, 1982, p190

(3) عمر وصفي عقيلي، صفحة سابقة 32.

#### 4-9-3-Les objectifs de l'évaluation pédagogique :

Les efforts consentis actuellement en vue de profiter davantage de l'évaluation pédagogique selon ( LOUIS PELLETIER) vont dans le sens des tendances suivantes: <sup>(1)</sup>

- La tendance des pédagogues vers l'évaluation globale qui prend en considération l'interaction des éléments contribuant à la formation.
- L'intérêt porté à la relation entre l'évaluation et la pertinence de la décision pour servir les préoccupations des décideurs concernés par le choix de la décision sur la base de l'évaluation.
- L'apparition d'une tendance moderne imposant l'évaluation à la formation en ce que le mode de formation détermine celui de l'évaluation et non pas le contraire.

(E.DECORTE) résume les objectifs de l'évaluation pédagogique comme suit : <sup>(2)</sup>

- Amélioration du processus de l'enseignement
- Recueil des indications pouvant servir lors de la prise de décision par rapport aux amendements à apporter au système éducatif.
- Développement des curriculums grâce à l'évaluation continue des situations pédagogiques

Tandis que (PIERRE DOMINICE) regroupe les objectifs de l'évaluation pédagogique dans les points suivants \*<sup>3)</sup>

- Eclaircissement du contenu pédagogique
  - Choix des programmes à travers le renouvellement de leurs contenus et la diversification des méthodes pédagogiques.
  - Amélioration de la qualité de l'enseignement, des méthodes et des outils pédagogiques. - Évaluation des effets des programmes pédagogiques et les refontes de l'enseignement.
- Paraphrasant BLOOM ,nous pouvons estimer que l'évaluation pédagogique vise à : -l'identification des paramètres nécessaires à l'amélioration du processus d'enseignement et d'apprentissage
- l'éclaircissement des objectifs généraux et spécifiques de l'éducation et le degré de leur réalisation chez l'étudiant.
  - La mise en place d'un système pour réguler la manière d'apprendre. Aussi, face à l'évaluation on peut déterminer la fiabilité du processus d'enseignement à tous les niveaux scolaires.

---

<sup>(1)</sup> LOUIS PELLETIER,la notion d'évaluation ,In revue Education permanente, n°9, janvier, février, mars,1971,pp7-16

<sup>(2)</sup> E.DECORTE et ses collaborateurs , les fondements de l'action didactique Edition A.DE BOECK 1971 ,p294-296

<sup>n°1</sup> PIERRE DOMINICE, La formation en jeu de l'évaluation, Edition Peter Lang S.A. BEREN, FRANCFORT/M, 1979, p48

-La confirmation de la fiabilité des mesures de substitution en vue de réaliser certaines finalités pédagogiques.

-Le jugement porté sur la valeur des objectifs pédagogiques tracés par l'institution éducative et leur degré de correspondance avec le développement et les besoins de l'individu. -L'élucidation des objectifs pédagogiques.

-Identification des points forts et des points faibles des opérations d'exécution

-Vérification des hypothèses et des évidences soutenant le processus d'enseignement.

-Assistance de l'enseignant à connaître son degré d'efficacité en matière d'enseignement et à la réalisation des objectifs pédagogiques. -Identification du degré d'efficacité des expériences pédagogiques de l'état

-Procuration de données essentielles relatives aux conditions entourant le processus d'enseignement.

(OMAR OUASFI AKILI) (4., résume les objectifs de l'évaluation des programmes dans les points suivants :(')

-Identification des lacunes enregistrées lors de la réalisation des programmes du point de vue de sa préparation, et son exécution en plus de détermination des causes pour les éviter à l'avenir.

-Détermination du degré des succès enregistrés par les enseignants par rapport à la transmission du message pédagogique aux apprenants.

-Présentation d'un tableau précisant à quel point les étudiants ont bénéficié de leur formation.

Notre exposé des différents avis des chercheurs en matière éducative par rapport aux objectifs de l'évaluation pédagogique nous permet d'avoir un nombre d'idée en vue d'éclaircir les objectifs de l'évaluation en général ainsi qu'il suit :

-Distinction des points forts et des points faibles de chaque programme pédagogique et formation à tous les niveaux de l'enseignement.

-Contribution à la prise de décision concernant les amendements que l'on pourrait apporter au processus de l'enseignement.

-Mise en place d'une méthode d'apprentissage en mesurant le niveau des étudiants et les difficultés qu'ils rencontrent lors du processus d'enseignement pour leur procurer rapidement des connaissances utiles.

-Vérification de l'efficacité des mesures de substitution dans la réalisation de certaines finalités pédagogiques.

-Vérification de l'efficacité des mesures de substitution dans la réalisation de certaines finalités pédagogiques.

### **Les outils nécessaires à l'évaluation :**

A travers l'étude de tous les aspects de notre recherche, il ressort que l'évaluation exige un ensemble d'outils communs et nécessaires à la réalisation de l'évaluation visée et qui sont :

- 1.les outils de mesure
- 2.les critères
- 3.les mesures correctives

Hes outils de mesure :

Tout observateur du domaine pédagogique constate l'étendue de l'utilisation des outils de mesure en ce que les résultats que fournit la mesure constituent une base pour établir les jugements relatifs à l'évaluation.

A cet effet ,nous pouvons estimer que le développement des outils de mesure a donné lieu à l'apparition de centaines d'option utilisées à des fins divers dans des domaines variés tel que l'orientation, la formation

professionnelle, la consultation psychologique et le diagnostic pédagogique et clinique.

Le choix des outils de mesure est devenu l'une des étapes les plus importantes pour le chercheur dans la mise en place d'un plan d'évaluation soumis de manière générale aux objectifs à mesurer : Selon (E.DECORTE et ses COLLABORATEURS) on y distingue trois types que nous résumons dans les points suivants :<sup>(1)</sup>

- 1 ,es tests et examens
- les techniques d'auto description
- les techniques d'observation

Les examens : ce sont des outils de mesure qui se rapportent souvent aux contenus des programmes d'études et visent à examiner les acquisitions des étudiants.

On y trouve les interrogations orales et les devoirs écrits qui peuvent être présentés sous forme de dissertation ou de questions variées.

<sup>(1)</sup> E.DECORTE et ses collaborateurs , les fondements de *l'action didactique* **Edition A.DE BOECK** 1971 ,p301-302

Les tests souvent liés à la nature des objectifs arrêtés au curriculum, les tests se distinguent par le fait d'être réglementés autrement dit limité dans le temps et par les questions et les consignes s'y rapportant.

Docteur Mokadem Abdelhafid ajoute que les tests psychologiques selon leur fonction se divisent ainsi qu'il suit :

-Les tests sommatifs : leurs buts est de mesurer le degré d'assimilation, de performance et d'habileté chez l'individu suite à un enseignement spécifique tel que les tests de lecture, de calcul et de frappe à la machine à écrire. Ce type de test est utilisé pour évaluer les programmes d'enseignement, leur fiabilité et leur correspondance en plus de l'efficacité des méthodes d'enseignement en usage dans le but de les améliorer.

-Les tests d'intelligence : Ils mesurent la capacité intellectuelle générale qui se reflète sur la vitesse de compréhension chez l'individu, la capacité d'apprentissage, la compétence générale, la vitesse de prise de connaissance des situations, les difficultés et enfin la capacité d'adaptation.

Les tests des capacités spécifiques : Ils prévoient le degré de capacité d'apprentissage chez l'individu ou sa capacité de se former dans une profession donnée telles que la mécanique ou la comptabilité.

-Les tests des tendances les intérêts et les tendances pour les activités et les métiers donnés. -

Les tests des attitudes et des valeurs : Ce type de test mesure la nature et la portée des attitudes, des valeurs et des jugements que certains individus portent à l'égard d'autres individus ou à l'égard des questions de la société et ses réalisations.

-Les tests de la personnalité : Ils mesurent les côtés émotionnels du comportement tels que le paramètre de l'équilibre émotionnel conçu comme étant les fondements de la personnalité de l'individu, les paramètres des traits caractéristiques tels que la soumission, l'autorité, l'extravertie et l'introvertie.

-Les techniques de l'auto description : Les principales techniques de l'auto description

Peuvent être résumées comme suite :

-L'entrevue

-Le questionnaire

-L'échelle des attitudes

L'entrevue : Ce type permet de mesurer les aspects et la validité des paramètres aidant à juger à quel point une personne convient à exercer tel ou tel travail, ses faiblesses et ses points forts. L'entrevue sert aussi à découvrir les avis des participants au processus d'évaluation.

Le questionnaire : Il se présente sous forme d'une série de questions destinées à l'adresse d'un groupe de personnes qui y répondront individuellement par oui ou non ou même de manière concise.

Le principe du questionnaire permet souvent à l'interviewé une auto analyse de ses états sentimentaux.

Le questionnaire tend à interroger l'individu sur ses connaissances, ses sentiments et ses désirs. Il permet aussi de découvrir les croyances, les avis et traits personnels de l'individu.

En étant l'un des moyens de la recherche, le questionnaire se trouve être très bénéfique dans le recueil d'information très riche en un très court laps de temps.

Aussi, le questionnaire doit-il être soigneusement organisé. En effet, avant même d'entamer les études sur terrain, il faudrait entreprendre des études de reconnaissance pour pouvoir confectionner un questionnaire obéissant à des critères scientifiques.

L'échelle ou choix des attitudes : Ce type de test mesure la nature et la portée des attitudes et les jugements que portent des individus sur d'autres individus, et leur opinion concernant les différentes questions de la société et ses réalisations. Nous citons entre autres le paramètre de TORCHTONE et les paramètres de LEEKERT et I3ORGRADOS et ASCOR.

Les techniques de l'observation : Les principales techniques de l'observation peuvent être résumées comme suite :

Les checks-lists - Les grilles d'observation

Les checks —lists : Ce sont des outils semblables aux formulaires et questionnaires.

Elles englobent des questions à l'adresse des étudiants de façon graduelle pour identifier leurs points faibles et leurs permettre d'auto corriger leurs travaux. c'est le cas par exemple des étudiants désireux de réaliser un projet ou résoudre un problème.

Ces étudiants trouvent dans le programme des check-lists énumérant les étapes d'évaluation d'un projet ou la solution d'un problème.

Les grilles d'observation : Ce sont des outils analysant le processus d'apprentissage et d'enseignement tels que le comportement de l'enseignant, l'interaction et la communication de l'enseignant avec l'étudiant.

Les grilles d'observation comportent des facteurs et des références sur lesquels l'observateur se base pour obtenir les informations et les indications relatives à un aspect précis du cours objet de l'observation (Le dialogue, l'interaction verbale, l'utilisation des outils, les comportements de l'enseignant et les relations affectives).

Ces grilles sont utilisées dans des situations diverses tels que :

-La formation des enseignants en ce qu'elle permette à l'enseignant stagiaire d'organiser lui-même ses observations, de gérer les facteurs, composants et interactions du processus d'apprentissage et d'enseignement.

-L'encadrement et le contrôle éducatif \_Ils servent à évaluer le travail de l'enseignant sur la base des directives du curriculum ou programme.

2 Les critères : L,e critère représente une des importantes conditions dans la conception et l'identification des tests, en ce sens qu'il nous permet de comprendre le sens des tests et comparer le niveau de l'individu à celui de ceux comptant parmi l'échantillon des techniciens.

Il est à noter que la détermination des critères nous permet de contrôler la valeur de la chose à mesurer et diffèrent selon la nature de la matière dont nous voulons mesurer la valeur.

Dans le cadre du thème de notre recherche, l'évaluation des programmes universitaires adoptés dans la formation des médecins généralistes fait ressortir leurs incohérences car l'on a ignoré les exigences du poste de travail qu'occupe le médecin au sein des structures sanitaires.

Nous avons indiqué auparavant que les exigences du poste pourraient être considérées comme des objectifs professionnels pouvant servir de bases à l'évaluation des programmes.

Par ailleurs ,BLOOM a à travers sa définition de l'évaluation pédagogique attiré notre attention sur la nécessité d'utiliser les critères pour évaluer le rendement. Dans ce contexte ,nous pouvons paraphraser (C11 AR 1.1.S I I A Di I ) et dire que l'évaluation pédagogique est un jugement intervenant à la suite d'une confrontation de deux types de données : - Les données qui sont un ensemble d'information par rapport au sujet d'évaluation.

- Les données ayant une relation avec les finalités et les effets escomptés d'un processus d'évaluation servant à définir des paramètres

3 Les mesures correctives : Cette étape de prise de mesures correctives intervient à la suite du diagnostic des points faibles et des lacunes observées au niveau d'un des éléments du système

A ce sujet ,nous pouvons souligner que cette démarche suppose que l'on prenne des mesures et des actes à même de corriger les écarts dans les lectures des différents paramètres de performances et ceux des objectifs. Cette correction peut nécessiter de nombreuses choses en fonction de la situation et de la réalité telles que la rectification de l'objectif, la stratégie de la redéfinition des tâches et des devoirs, la nomination de nouvelles personnes, la formation des travailleurs, leurs orientations, le recours à des instructions claires, les blâmes et les sanctions » Il résulte de ce qui précède que l'intérêt de la correction est d'éviter de commettre des erreurs et des écarts d'appréciation à l'avenir beaucoup plus que de corriger des situations passées.

## CHAPITRE N° 05 : LES PROGRAMMES D'ENSEIGNEMENT D'UN POINT DE VUE SYSTEMIQUE

### 5-1 Détermination des bases théoriques du concept de système et de l'approche systémique:

On peut attribuer l'avènement de l'approche systémique aux années quarante. D'ailleurs, son apparition a coïncidé avec les événements de la seconde guerre mondiale aux Etats Unis d'Amérique.

Il est important de signaler que l'approche systémique ne s'est hissée au rang de méthode de recherche autonome et est devenue par la suite un moyen distinct de comprendre les phénomènes que grâce à l'impact considérable engendré par les événements accompagnant la seconde guerre mondiale et les transformations qu'ils ont entraînées en matière de science et leurs applications technologiques.

En effet, la méthode systémique en tant que cadre de réflexion distinct est souvent attribuée selon (GEORGES LERBET<sup>7</sup>) au savant (VON BERTRAND RUSSELL) qui a résumé les causes ayant donné naissance à l'approche systémique ainsi qu'il suit :<sup>(1)</sup>

1-La complexité de la technologie et les sociétés contemporaines ont prouvé l'inefficacité des méthodes anciennes à traiter les problèmes nés de cette conjoncture, d'où le recours à l'approche systémique qui permet de s'attaquer aux problèmes sociaux, éducatifs et économiques.

2-Le progrès des connaissances humaines a lui aussi contribué à la naissance d'une telle approche. Ceci est d'autant plus vrai qu'il est devenu nécessaire pour les sciences sociales et naturelles d'aborder leurs sujets en tant qu'ensemble d'éléments organisés et interactifs.

#### Détermination du concept de système :

On constate que cette approche est basée essentiellement sur le concept de système dont elle puise d'ailleurs un certain nombre d'autres concepts. C'est en effet le concept de système que

définissent. (Abdellatif AL-FARABI et Abdelaziz AL-GHARDAF) ( '421S1-4e4.)t-ii%

« en tant qu'ensemble d'éléments et composants inter-liés et interactifs soumis à des transformations et des changements se produisant à l'intérieur de ce système même. Ils sont régis par des règles et des lois représentant le régulateur du système en vue d'aboutir à une

---

(1) GEORGES LERBET. *Approche systémique et production du savoir*. Edition L'harmattan .1993.p69



finalité »( <sup>1</sup> Le fait que ce système soit un ensemble d'éléments interactifs convergeant vers une finalité donnée, il est caractérisé par deux aspects :

#### L'aspect structurel :

Il a été fortement suggéré par (GEORGES n'III-U) que : « La structure constitue la charpente d'un système »(2).

Aussi, considérer le système en tant qu'ensemble d'éléments revient à dire que chacun de ces éléments-ci occupe une place qui est la sienne à l'intérieur de ce même système et selon une organisation très précise. Dans le cas des programmes d'enseignement, par exemple, il y a lieu de définir la place de chaque élément (les objectifs, le contenu, les méthodes, les moyens didactiques et les outils d'évaluation). Et c'est la somme de ces places qui constitue la structure du système et définit ce qui suit :

Les relations entre les différents éléments.

L'ordre des éléments.

Le réseau de liaison entre les différents éléments.

Les limites séparant le système de son entourage.

#### L'aspect fonctionnel :

L'aspect structurel définit la structure des différents éléments à l'intérieur du système alors que l'aspect fonctionnel en définit les fonctions et celles du système dans son ensemble.

Les fonctions sont les rôles, les opérations et les actes qu'accomplit chaque élément au sein du processus.

Il convient de signaler qu'il existe un lien entre les aspects structurels et fonctionnels car souvent la fonction d'un élément est déterminée par la place qu'il occupe dans le système et vice-versa.

#### 5-2-L'approche systémique comme cadre d'analyse des phénomènes :

(BOULIADIA- M) estime que l'approche systémique est une vue d'ensemble des phénomènes. Elle s'intéresse principalement dans son étude à l'aspect global des choses, les relations existantes et les réactions suscitées en mettant l'accent sur les éléments intérieurs de ces phénomènes ainsi que leurs relations avec l'environnement. »(3)

(1) الغارابي عبد اللطيف و الغرضاف عبد العزيز: البرامج و المنهاج من الهدف الى النسق مقارنة نسقية لتحليل و بناء الأنظمة التربوية و البرامج الدراسية من الأهداف الى التقويم - دار الخطابي للطباعة و النشر - المغرب ، 1996 ، ص 17 .

1993. toition unarmartar .1993. ipprocne sysremigue er proauction au savoir. LDCUKULJ Lh'Chl 1 . p15

(3) BOUHADIA'M rapproche systémique des établissements bancaires.cas des banques klAminlieg Fditinn nalaiç di] livre 7f1C17 n17

Alors que (Saïd OUKIL et ses Collaborateurs) (.),"-i -Le—) définissent l'approche systémique ou concept du système ouvert comme étant : « un exemple dont la caractéristique principale est son ouverture sur l'environnement duquel il dépend.

Ce système est aussi considéré comme étant un ensemble d'éléments inter-liés et dont les relations sont beaucoup plus importantes que les éléments eux même »<sup>(1)</sup>.

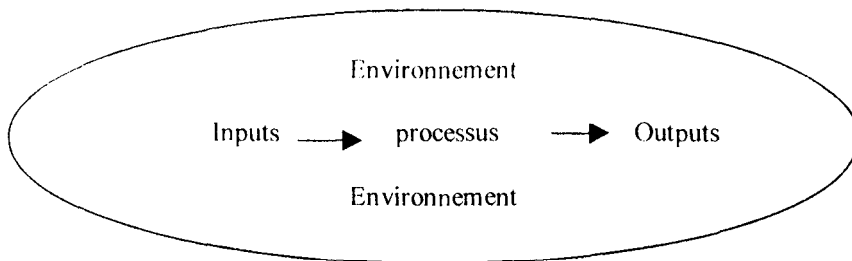
Ceci dit, on peut résumer l'approche systémique comme étant une vision considérant le phénomène comme système basé entièrement sur l'environnement et que composent un ensemble d'éléments inter-liés et interactifs qu'on ne peut étudier en dehors de leur dimension globale.

Il ressort de toutes ces données que l'analyse des programmes d'enseignement à la lumière de l'approche systémique signifie qu'il est possible de considérer les programmes comme étant un système ouvert et composé susceptible d'être divisé en plusieurs éléments occupant chacun une place précise au sein même du système. De plus, ses éléments agissent ensemble dans le but de réaliser les objectifs tracés.

Le flux de connaissances à l'intérieur et à l'extérieur de ce système sont parmi les caractéristiques du système ouvert. C'est-à-dire qu'il existe un canal de communication à travers lequel s'effectuent l'intégration et la production. Ceci nous amène à évoquer les inputs et les outputs comme le précise le schéma n°1 - Les inputs se rapportent à tout ce que reçoit et intègre un processus quelconque de l'environnement à travers un canal appelé entrée.

Les outputs représentent tout ce que produit et fait circuler un processus quelconque dans son environnement.

**Le schéma n°6 :** montre les relations interactives entre le processus et l'environnement.



المصدر: الفارابي عبد اللطيف و الغرضاف عبد العزيز: البرامج و المنهاج من المهدف الى النسق مقارنة نسقية لتحليل و بناء الأنظمة التربوية و البرامج الدراسية من الأهداف الى التقويم -دار الخطابي للطباعة و النشر-المغرب ، 1996 ، ص 19 .

<sup>(1)</sup> م- سعيد أوكيل و آخرون : إستقلالية المؤسسات العمومية الإقتصادية (تسيير و إتخاذ القرارات في إطار المنظور النظامي) - مطبوعات معهد العلوم الإقتصادية -جامعة الجزائر، 1994 ، ص 121-122 )

Il est donc clair de ce point de vue qu'on ne peut comprendre les programmes de façon unilatérale. En effet (Abdallah AL-FARABI et Abdelaziz AL-GI-IARNAF) (Jr1/21.13+ ) ont confirmé et résumé leurs caractéristiques ainsi qu'il suit : « Les programmes constituent un phénomène non isolé en ce qu'ils puisent des données de la société et lui en procurent d'autres. Le fait que les programmes représentent un phénomène éducatif complexe, dynamique et lié à la société, ils ne peuvent être compris en séparant et isolant leurs éléments les uns des autres. Bien au contraire leur compréhension ne peut se faire que d'une manière globale.

Et seule l'approche systémique est à même de permettre cette vue d'ensemble »<sup>(1)</sup>.

### 5-3-Les programmes du points de vue de l'approche systémique :

Les éducateurs axent leurs discussions et controverses autour des programmes que l'on remet souvent en question et les tenant responsables de presque tous nos problèmes pédagogiques. C'est d'ailleurs le cas de l'étude que nous avons entreprise. Ceci étant, on peut considérer le programme pédagogique comme étant parmi les moyens les plus importants aidant à la réalisation d'un type d'individu que la politique éducative voudrait créer.

En étudiant les programmes du point de vue de l'approche systémique, nous montrons que les programmes représentent un phénomène qu'il faudrait étudier d'une manière globale en tenant compte de l'ensemble de leurs éléments et composants qui obéissent à un système de relations et de mutations à travers lesquelles se définissent la place, la fonction, la relation et la réaction de chaque élément par rapport aux autres éléments ainsi que l'environnement dans lequel ils évoluent. Le tout concourt à la réalisation des *objectifs définis*.

Se basant sur l'exemple organisationnel, (Abdallah AL-FARABI et Abdelaziz AL-GI-IARNAF) , (Jr1/21.13+ ) définissent les caractéristiques du programme d'enseignement ainsi qu'il suit :<sup>(2)</sup>

1- **La globalité** : C'est à dire que les éléments du programme constituent un tout indivisible. En d'autres termes, la place et la fonction de chaque élément n'est défini que par rapport à *ses relations et ses réactions avec les autres éléments. Aussi, ne peut-on comprendre un élément quelconque (contenu, méthode, moyen...etc.) que s'il dispose d'une fonction et d'une position au sein d'une structure globale et exhaustive.*

---

(1) الفارابي عبد اللطيف و الغرضاف عبد العزيز : مرجع سابق ص 19 .

(2) الفارابي عبد اللطيف و الغرضاف عبد العزيز : مرجع سابق ص 54 .

2- **Un système de mutations** : Les relations et les réactions entre les éléments génèrent des mutations au sein des éléments du programme en tant que système. Ces mutations demeurent toutefois soumises aux règles de ce même système. Tout changement intervenant chez un élément quelconque (contenu, objectif, méthode, moyen) se répercute sur le restant des éléments mais sans pour autant entraîner une transformation radicale dans les objectifs généraux de l'ensemble du système.

**3-Un système complexe** : Il existe un système de relations et d'ensembles étroitement liés et complexes. Ces éléments se distinguent par leur différence, diversité et ordre. Ceci explique la complexité et l'enchevêtrement des relations et des réactions. Il y a par exemple des relations entre les objectifs et les contenus, les objectifs entre eux et entre les méthodes suivies, le contenu et la méthode.

4- **Système de finalité** : Le programme est un système à finalité, c'est à dire qu'il vise à l'aboutissement d'une finalité. L'interaction des éléments et leurs changements outre le principe de leur organisation s'opèrent sur la base d'objectifs définis

#### **5-4- L'analyse structurelle et fonctionnelle du programme :**

L'analyse structurelle et fonctionnelle du programme selon (Abdallah AL-FARABI et Abdelaziz AL-GHARDHAF) (١٩٣١) se fonde sur deux aspects fondamentaux :<sup>(1)</sup>

**5-4-1- L'aspect structurel** : On peut connaître l'aspect structurel des programmes à travers l'ensemble des structures et des éléments qui constituent leurs composants internes en ce sens que chaque élément occupe une place déterminée au sein de cette même structure et est lié par une relation aux autres éléments et composants

(DECORTE ET COLLABORTEURS) résumant ces éléments comme suit :<sup>(2)</sup>

Les **objectifs** : On définit leurs types comme suit :

**a)Les buts** : Il s'agit des finalités escomptées à la fin de chaque formation et que se fixent les responsables et encadreurs de l'enseignement.

**b)Les objectifs généraux** : Ce sont les aptitudes, capacités et positions **que développent** l'élève dans une matière ou tout le long des cours d'un programme donné.

---

(1) الفرائي عبد اللطيف و الغرضاف عبد العزيز : مرجع سابق ص 55، 58

" DECORTE et ses collaborateurs, les fondements de l'action didactique, Edition S.A BRUXELLES , 1979, P5

**c) Les objectifs spécifiques ou opérationnels :** Ceux-ci se rapportent aux réalisations de l'élève dans des situations données.

1- Les moyens didactiques : Tout ce qui est à même de permettre la réalisation des objectifs escomptés du programme tels :

a) Les contenus des programmes et les décisions.

b) Les méthodes et activités permettant la réalisation du programme.

c) Les outils et moyens mis en oeuvre pour la réalisation d'un programme donné.

1- Les outils d'évaluation : Tout ce qui est à même d'aider à l'évaluation :

a) La forme et le type d'évaluation.

b) Le but à atteindre.

c) Les moyens mis en oeuvre pour l'évaluation.

d) Les formes d'évaluation et la révision des réalisations ».

En plus de ces éléments, (Abdallah AL-FARABI et Abdelaziz AL-GHARDHAF) (

...1.1b) ajoutent un certain nombre d'autres éléments influant également sur les programmes d'enseignement. Nous en citons entre autres :<sup>(1)</sup>

- L'enseignant et l'apprenant en ce que la matière est déterminée en fonction de la relation qui existe entre eux.

- L'administrateur chargé de l'enseignement et l'encadreur participent pleinement à la planification, l'organisation, la gestion et l'évaluation et influent par conséquent sur le type de relations entre l'enseignant et l'apprenant.

En somme, les programmes en tant que système interne comportent des éléments constitutifs tels les objectifs, les contenus, les méthodes, les activités et les outils. Il faudrait y ajouter des éléments catalyseurs qu'on intègre dans le milieu pédagogique et qui sont l'enseignant et l'apprenant évoluant dans une relation interactive entre eux d'une part et la matière à enseignement d'autre part.

C'est cette triple interaction qui permet de déterminer ce qui suit :

- L'objectif attendu du programme. - Le

type et la forme des programmes.

- La nature des méthodes, le genre d'activités et les outils mis en oeuvre.

- Les résultats escomptés.

---

<sup>(1)</sup> الفارابي عبد اللطيف و الغرضاف عبد العزيز: مرجع سابق ص 18

#### **5-4-2-L'aspect fonctionnel du programme :**

L'aspect fonctionnel du programme se clarifie à travers les opérations effectuées par les éléments du système dans le but de réaliser des objectifs en commun qu'on appelle fonction. De ce fait, les programmes pédagogiques se fondent sur un ensemble de fonctions exercées par ses éléments.

Si on prend les objectifs comme exemple, leur fonction est d'orienter. Elle est basée sur un ensemble d'opérations tels la détermination des résultats du cours, le produit de l'étudiant et la valeur de l'enseignement.

On peut dès lors déterminer la fonction de chaque élément comme précisé au tableau (3)

**Le tableau (N°3) :** représente la fonction des éléments constitutifs du programmes.

<b>Les éléments</b>	<b>La fonction</b>	<b>Les opérations</b>
Le formateur	Forme	Prépare et donne les cours, examine les élèves.
L'élève	Apprend	Fait son travail et subit des examens
L'administrateur	Gère et organise	Fixe les emplois du temps et heures de travail, veille à la discipline des élèves
L'encadreur	Evalue et conseille	Rend visite aux formateurs, assurer le suivi les décisions d'orientation pédagogique
Les objectifs	Orientent	Fixent les résultats du cours, le produit de l'élève et la valeur de l'enseignement
Le contenu	<b>Informe</b>	Procure des informations, faits, concepts, principes, aptitudes.
La méthode	Organise	Catégorise, informe, dynamise, aide, oriente, discipline.
Les moyens	Aident	Catégorise, analyse, diagnostique, classe, mixe.
L'évaluation	Evalue	Examine et mesure des épreuves, exercices et missions.

**المصدر :** الفارابي عبد اللطيف و الغرضاف عبد العزيز: البرامج من الهدف إلى النسق (مقاربة نسقية لتحليل و بناء الأنظمة

A titre d'exemple, la fonction de l'objectif en tant qu'élément constitutif du programme est d'orienter. De même que la fonction du formateur en tant qu'élément indispensable est de préparer et dispenser les cours et examiner les élèves. Il est important de noter que les fonctions exercées par tous les éléments constitutifs du programme selon ( LOUIS D'HAINAUT) peuvent être résumées en quatre fonctions primordiales : <sup>(1)</sup>

- La planification.
- L'organisation.
- L'exécution
- L'évaluation.

**1-La fonction de planification** : Ce sont toutes les opérations que l'on effectue pour fixer les bases, choisir les éléments sur lesquels sont basés les programmes.

**2-La fonction d'organisation** : Ce sont l'ensemble des opérations que l'on effectue pour organiser, ordonner et classer les éléments constituant les programmes.

**3-La fonction d'exécution** : Ce sont les exigences permettant d'exécuter ce qui a été planifié et structuré auparavant telles les opérations des objectifs, mise en oeuvre des méthodes et moyens.

**4-La fonction d'évaluation** : C'est une opération globale. Sa fonction consiste à arrêter les opérations de mise en place des programmes : programmer, structurer et exécuter. De plus, l'évaluation porte également sur l'évaluation elle-même en tant qu'élément constitutif du programme. »

On déduit de ce qui précède que l'élaboration des programmes exige les opérations suivantes : -

Opération de planification et de construction de ce que nous comptons réaliser. (Pourquoi donc ce programme ?)

- Opération d'organisation et de structuration au niveau des contenus, des méthodes et des activités.

- ( Quoi, comment et quels outils et méthodes utiliser ?) Opération d'exécution et de réalisation au niveau de situations pédagogiques concrètes

- ( Comment réaliser ce programme ?)

- Opération de détermination des résultats escomptés pour savoir si les objectifs ont été réellement atteints et à défaut prendre les décisions nécessaires pour y remédier. (A-t-on réalisé les objectifs du programme ?)

---

<sup>(1)</sup> LOUIS D'HAINAUT, des fins aux objectifs, Edition labor Bruxelles et nathan, Paris, 1982, P9

### **5-5-L'étude des programmes suivant l'approche systémique :**

A la lumière de ce qui a été analysé plus haut, il est possible de se baser sur l'approche systémique en tant que système d'évaluation des programmes pédagogiques en tenant en compte les étapes suivantes :

1- Arrêter les limites du système en l'isolant de son milieu et focalisant les éléments interliés et agissant entre eux. Certes, c'est l'une des opérations les plus complexes compte tenu du nombre incroyable des relations qui puissent exister entre les éléments. Aussi nul ne peut opérer dans ce système sans faire intervenir le facteur personnel. En effet, (OUKIL ET

AUTRES ) ) estiment que : « le chercheur dispose du pouvoir discrétionnaire pour arrêter les limites du système. C'est alors qu'on peut distinguer entre le système et le milieu avec lequel il réagit outre leur influence réciproque .»<sup>(1)</sup>

2- Analyser la relation existant entre le programme en tant que système ouvert et le milieu. Cette opération s'effectue à trois niveaux fondamentaux :

a) Au niveau de ce que reçoit le système du milieu notamment la matière, l'énergie et les informations via le canal d'entrée.

h) Au niveau des relations, des réactions et des transformations se produisant à l'intérieur du système communément connu comme processus interne du système .

c) Au niveau de ce que produit le processus et transmet au milieu comme moyen, énergie et informations

A cet effet, (Abdallah AL-FARABI et Abdelaziz AL-GHARDFI AF)

s\_à\_1'111 ) soulignent que l'analyse du système s'opère à travers deux dimensions majeures :<sup>(2)</sup>

- La dimension externe analyse le système et sa relation avec le milieu avec lequel il réagit et leur influence réciproque ( outputs et inputs).

- La dimension interne analyse le système dans son aspect structurel c'est à dire à travers sa structure, sa constitution interne, la place de chacun de ses éléments. De même qu'elle l'analyse dans son aspect fonctionnel autrement dit les fonctions et les processus internes du système .

Il est important de signaler qu'il existe une complémentarité entre l'analyse externe du processus dans sa relation avec le milieu, et l'analyse interne à travers les structures et les

---

(1) م- سعيد أوكيل واخرون : مرجع سابق ص94

(2) الفارابي عبد اللطيف و الغرضاف عبد العزيز : مرجع سابق ص255



fonctions de ses éléments et composants. Il n'en demeure pas moins que le chercheur qui s'intéresse à une dimension plutôt qu'une autre en essayant d'analyser un phénomène donné n'exclut pas l'aspect global de l'approche systémique. Un tel intérêt est sûrement dicté par des exigences méthodologiques ou est dû à des contraintes de temps sinon matérielles.

#### 5-5-1-Le **processus interne et externe du programme :**

L'analyse interne et externe des programmes exige que l'on soulève la question de leur processus interne et externe. Dans ce contexte-ci, (LOUIS D'HAINAUT) insiste sur l'importance du processus au niveau de chaque projet pédagogique en faisant appel à deux dimensions :<sup>(1)</sup>

- Le processus interne exprime la cohésion et l'harmonie entre les différents éléments en ce sens que chaque procédé est protégé grâce à des règles le renforçant davantage avec ses éléments de par leur emplacement, leur ordre et leurs fonctions. A titre d'exemple, les programmes en tant que système comportent un certain nombre d'éléments réagissant entre eux du point de vue de leur emplacement et leurs fonctions. Et si toutefois la relation entre les objectifs et les méthodes utilisées est coupée, il se produit inéluctablement un déséquilibre dans la fonction de tout le programme.

- Le processus externe est également la cohésion entre le système et le milieu. Le processus intègre en son sein certains éléments du milieu selon des spécifications données adaptées à son fonctionnement interne. Il produit par la suite au sein de son milieu une énergie humaine ayant connu des transformations en raison de ce processus .

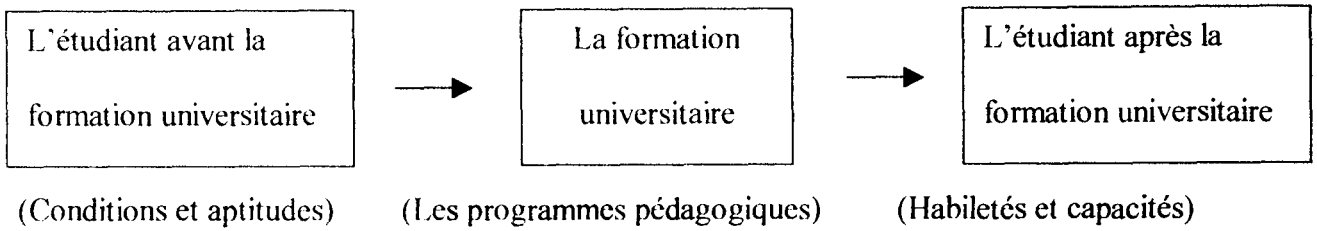
Ainsi le processus externe est la cohésion existant entre l'input du procédé et les exigences de son fonctionnement interne, et entre son output et les exigences de son milieu. Si on prend à titre d'exemple la formation universitaire comme système, il faudrait avant même d'intégrer l'étudiant d'arrêter des critères et conditions (âge, niveau, aptitudes) adaptées aux programmes suivis par l'université en tant qu'ensemble d'objectifs, de contenus et méthodes d'une part, et les rôles affectés à l'étudiant formé au terme de sa formation d'autre part. Par ailleurs, la formation de l'étudiant grâce à ces programmes lui permet au terme de ses études de répondre aux exigences du milieu extérieur comme le précise le schéma suivant :

Le schéma représente les processus internes et externes de la formation universitaire en tant que système ouvert .

---

<sup>(1)</sup> LOUIS D'HAINAUT. Analyse et régulation des systèmes éducatif (un cadre conceptuel), Edition Dunod, 1981, P71, 79, 105

Schéma N°7 : Représentant les processus internes et externes de la formation universitaire en tant que système ouvert.



المصدر : الفارابي عبد اللطيف و الغرضاف عبد العزيز: البرامج و المنهاج ، من الهدف إلى النسق (مقارنة نسق لتحويل و ساء الأنظمة

التربوية و البرامج الدراسية من الأهداف إلى التقويم دارالخطابي للطباعة و النشر - المغرب 1992 ص 20

### 5-5-2-Le suivi des programmes pédagogiques :

Si l'opération de l'élaboration des programmes exige des procédures diverses allant des objectifs à l'évaluation, l'aboutissement de l'élaboration des programmes pédagogiques ne constitue pas en soi la fin de ces opérations.

Lors de la mise en application des programmes dans le domaine scolaire, l'évaluation demeure constante à travers un suivi de ces programmes sur le tas. Le rôle de cette opération est renforcé grâce à la révision et le remaniement des manuels et la vérification de leur efficacité et de leur fiabilité.

Ainsi, le suivi des programmes pourrait avoir comme objet l'évaluation de l'enseignement autrement dit l'évaluation d'éléments tels que les contenus, les méthodes, les moyens et les outils.

A partir de ces éléments, (ROBERT TOUSSIGNANT) a pu distinguer deux conceptions du suivi des programmes :<sup>(1)</sup>

1- Une conception limitée à l'évaluation de l'enseignant et de l'apprenant.

L'évaluation de l'apprenant se fait sur la base des résultats qu'il a obtenus à la fin des étapes de la réalisation des programmes. Le but en est de mesurer le degré de son acquisition des contenus de ces programmes et de décider éventuellement de son passage à un niveau supérieur ou de le recalculer. Cette opération permet également l'évaluation de l'enseignant et son attachement aux directives fixées dans les programmes.

2- Une conception s'intéressant à l'évaluation continue du programme : Cette conception s'articule autour d'une révision constante des programmes à travers une évaluation continue des contenus, des méthodes et des moyens mobilisés pour réaliser les programmes. C'est

(1) ROBERT TOUSSIGNANT, *les principes de la mesure et de l'évaluation de l'apprentissage*, Edition praufontaine inc 1982 P188, 189, 190

pourquoi cette évaluation représente une partie de l'auto-évaluation et de l'évaluation formative qui s'appuient sur la révision du processus de l'enseignement et de l'apprentissage. Dès lors, cette évaluation requiert les moyens didactiques suivants:

- Le parcours effectué par l'étudiant durant la réalisation du programme.
- Les tâches et activités réalisées par l'enseignant.
- L'adéquation des contenus et les contextes.
- L'adaptation et l'emploi des outils de soutien .

- L'évaluation de ces éléments se base sur deux opérations essentielles:

Nous obtenons lors de la première opération des indications, des informations et des données sur le programme tels son adaptation au milieu pédagogique, les modalités de son application, l'efficacité de ses moyens et outils. Pour mener à bien notre tâche, nous observons les cours, menons des interviews, soumettons des questionnaires, organisons des rencontres et analysons les résultats des examens.

Nous analysons dans la seconde opération les résultats et prenons les décisions qui s'imposent tout en préconisant la consolidation, la révision ou même la modification.

### **5-6-La relation entre le programme et le milieu :**

Les programmes pédagogiques réagissent avec le milieu éducatif du fait qu'il s'agit là d'un plus petit processus au sein du système éducatif. De même que le système éducatif ne provient pas du néant: c'est un plus petit système à l'intérieur d'un autre plus grand qu'est la société et qui constitue son milieu. Si les programmes puisent leurs orientations du milieu d'une manière indirecte à travers le milieu éducatif, ce dernier est constitué selon (LOUIS D' HAINAUT) d'un certain nombre de forces, de valeurs et de données qu'on peut résumer comme suit :( <sup>1</sup>)

#### **5-6-1-Le système politique :**

Le système politique est défini comme étant une organisation et un exercice du pouvoir au sein d'une société donnée. Cette organisation établit une relation avec les structures économiques et sociales, les valeurs, la culture. Souvent, il est constitué de forces politiques diverses et des lobbies intervenant d'une manière ou une autre dans la détermination et l'orientation de la politique générale du pays

( gouvernement, parlement, partis et syndicats).

---

<sup>1</sup> LOUIS D'HAINAUT. Des fins aux objectifs. Edition Labor, Bruxelles et Nathan 1982,P25

Le système politique définit dans tous les pays les orientations, les options et les finalités qui en fait constituent toutes les fondements du système éducatif même s'ils diffèrent d'un pays à un autre en raison de la nature même du système politique.

### **5-6-2-Les valeurs culturelles :**

Nous entendons par-là l'ensemble des valeurs philosophiques, morales et religieuses qui déterminent notre vision du monde. Il va de soit que l'homme, la société et la nature en sont partie intégrante et nous inspirent dans l'éducation de l'individu au sein de sa société.

L'ensemble des valeurs culturelles et les institutions sociales représente une chaîne de relations, de réactions et de structures et constituent ensemble ce qu'on appelle le système socioculturel.

Il est important de noter que les systèmes éducatifs et socio- culturels réagissent mutuellement en ce que ce dernier en tant qu'ensemble de valeurs fait passer son message à l'école grâce au groupe social.

Ainsi la fonction primordiale de l'institution éducative est de consolider les valeurs prévalant dans la société même s'il lui arrive pour quelque raison que ce soit de ne pas réaliser cet objectif.

### **5-6-3-Les données économiques :**

Le système éducatif est influencé par l'économie tout simplement parce qu'il a besoin de moyens et de ressources pour s'équiper et former. Le contraire est autant plus vrai car le système éducatif pourvoit l'économie de potentiels humains aidant à son fonctionnement. En somme, le système économique contribue à l'efficacité et la valorisation de l'enseignement en lui procurant les moyens pour son épanouissement et son renouveau. L'enseignement en tant qu'investissement humain renforce à son tour l'économie et dynamise la vie économique de la communauté.

Si le système économique ne soutient pas de manière efficace l'éducation, les conséquences se répercutent sur son fonctionnement interne. Ceci peut se traduire par une réduction des dépenses et des équipements et même des changements dans la structure éducative même ( décisions, formation). Il se peut donc que le système éducatif ne fournisse pas à l'économie les potentialités à même de la dynamiser ou du moins répondre à ses exigences. Dans ce cas précis, il faudrait poser la problématique de la relation entre l'enseignement et le développement.

#### 5-6-4-Le système administratif :

Ce système se rapporte à la structuration et la gestion des structures administratives de la société ainsi que la nature de la relation entre l'individu et son administration. On peut donc parler d'un système aux structures et fonctions différentes. Il est évident alors que ce système influe sur l'enseignement en ce sens que son organisation est très souvent inspirée de l'organigramme général de l'administration. De ce fait, il existe une organisation administrative permettant la rapidité de la réalisation, une coordination entre les services et l'efficacité de la liaison au sein du système éducatif. Il existe toutefois aussi une autre organisation entravant ce système car caractérisée par la lenteur dans la réalisation, la complexité de la coordination et de la liaison. Il n'en demeure pas moins que le système éducatif influe lui aussi sur l'administration en lui procurant un potentiel humain dynamique, riche d'idées nouvelles comme il peut ne pas lui procurer des idées à la hauteur des exigences de la dynamique administrative attendue.

#### **5-6-5- Les données démographiques :**

On entend par données démographiques le nombre d'habitants, le taux de croissance, la distribution géographique de la population, etc.... Il va sans dire que ces données ont une influence sur le système pédagogique en posant des problèmes de scolarité, de généralisation de l'enseignement, de distribution équitable des moyens et des ressources, et enfin la formation des cadres de l'éducation. Les données démographiques sont-elles aussi influencées par le système éducatif en contribuant par exemple à l'amélioration de la situation des populations grâce à leur sensibilisation, la réduction du taux d'analphabètes, l'étude des problèmes liés au développement et l'émigration, le planning familial et enfin la dynamisation du mouvement social .

Il est à noter que l'ensemble de ces données externes qui constituent le milieu du système éducatif sont inter-liés et exercent une influence mutuelle.

#### **5-7-Modalités d'analyse de la relation entre le programme et le milieu:**

La situation actuelle des programmes destinés à la formation universitaires des médecins généralistes est axée beaucoup plus sur une médecine de la maladie que sur une médecine du malade. Son intérêt, dans la plupart des cas, est porté uniquement sur l'acquisition des connaissances techniques et met à l'écart tout le contexte socio-économique et culturel du patient. Aussi, la formation médicale des médecins généralistes nourrit une certaine condescendance voir le scepticisme à l'égard des sciences humaines et sociales.

Or dans la réalité, (JEAN-LUC BERNAUD et CLAUDE LEMOINE) constatent le fait suivant : « Les pratiques en apparence les plus techniques et les plus neutres ne prennent leur sens que si l'on renonce à distinguer entre les fonctions techniques et les fonctions sociales dont elles s'acquittent. Ce renoncement conduit alors à s'apercevoir qu'il n'existe pas de fait technique en soi »<sup>(1)</sup>. Les étudiants apprennent des matières couvrant beaucoup plus les données anatomo-physiologique et biologique alors que les autres connaissances puisées dans le domaine des sciences sociales et humaines ne sont pas suffisamment développées.

Abondant dans ce sens, (YVES MATILLON ET PIERRE DURIEUX) déclarent que : « L'enjeu est de former des médecins désireux et capable d'entretenir et d'analyser leurs compétences et aptes à résoudre des problèmes de soin de première ligne dans leur globalité »<sup>(2)</sup>

Cet état de fait est confirmé par (HENRI- CLAUDE DE BETTIGNIES) qui suggère fortement que « La dimension humaine dans l'activité professionnelle n'étant qu'un épiphénomène avec lequel il faudrait composer par nécessité »<sup>(3)</sup>.

S'agissant de l'élaboration des programmes de l'enseignement des médecins, HENRI CLAUDE DE BETTIGNIES met l'accent sur le fait suivant : « On a toujours considéré que le facteur humain ne s'apprend pas, chacun est expert dans ce domaine. Or l'expérience révèle aujourd'hui la myopie et la vanité de telles hypothèses. La cécité aux problèmes humains, l'incompétence interpersonnelle l'ignorance de l'alphabet des sciences sociales de certains médecins explosent au grand jour. »<sup>(4)</sup>

Cette conception des programmes n'a pu résister au développement foudroyant des recherches en matière de pédagogie médicale qui ont prouvé l'échec d'une telle vision négligeant le sujet ( le patient)et son milieu qui crée l'équilibre entre la formation et les exigences du terrain.

Le chercheur a, en élaborant les programmes en tant que système, mis l'importance sur la relation qui les liait au sujet et son milieu Dans ce contexte précis ABDELATIF EL FARABI et I AL GIARDAF

(1) JEAN -LUC BERNAUD ET CLAUDE LEMOINE. Traité de psychologie du travail et des organisations. Edition DUNOD- 2000.P 20

(2) YVES MATILLON ET PIERRE DURIEUX.. L'évaluation médicale : du concept à la pratique. Edition -Médecine -sciences Flammarion .1994.p141

(3) HENRI CLAUDE DE BETTIGNIES. Maîtriser le changement dans l'entreprise .Edition d'organisation 1975.p26

(4) IDEM: p26

(;•<sup>31</sup> 3t...0,kb .421/1 )1À1 ) estiment que : «L'analyse de la relation entre les programmes pédagogiques et le milieu doit tenir compte de trois opérations fondamentales que nous résumons ainsi : (1)

1- L'intégration : Tout ce que les programmes pédagogiques tirent de l'extérieur et intègrent en leur sein.

2- Le processus : Toutes les opérations internes auxquelles sont soumis les éléments qu'on a intégrés du milieu.

3- La production : C'est tout ce que produisent les programmes et transmettent au milieu après avoir subi le processus d'apprentissage qui a connu des changements et des transformations que nous supposons être ceux que les programmes voulaient créer quand des éléments ont été intégrés en leur sein et notamment l'apprenant.

Ceci dit, nous essayons d'exposer tout ce que devraient tirer les programmes de formation universitaire des médecins généralistes du système extérieur (systèmes de santé) à la lumière des changements qu'a connus la société. Ces systèmes de santé sont confrontés à des défis importants, l'accroissement de leur attente face aux services de santé, l'arrivée de nouveaux problèmes de santé, et le développement accéléré des technologies créent de fortes pressions.

### **5-7-1-Opération d'intégration dans la société (inputs)**

A l'effet de remédier aux carences enregistrées dans les programmes destinés aux médecins généralistes qui en fait sont en inadéquation avec les nouvelles exigences du métier, il est recommandé d'intégrer dans ces programmes en tant que système ouvert les spécificités du comportement humain et du milieu et de là les adapter aux changements intervenus dans le milieu afin de redresser le niveau d'enseignement à l'université. Ces spécificités peuvent être résumées comme suit :

#### Le comportement humain :

Le fait de partir des comportements des individus permet de mieux comprendre l'importance des connaissances dans les domaines de la psychologie, la sociologie, l'anthropologie dans la prise en charge médicale des malades.

Partant de l'hypothèse sous-jacente selon laquelle que l'idée de la pensée médicale actuelle pêche par excès d'optimisme et tend à minimiser les effets de la maladie et de la mort dans l'euphorie d'un savoir médical tout puissant,(ROBERT N.BRAUN) constate que : « De cette croyance dérivent les privilèges tant en moyens techniques qu'en avantages hiérarchiques au

---

(1) الفراي عبد اللطيف والغرفاصف عبد العزيز : مرجع سابق، ص 7.

secteur ou ce savoir médical est censé se confirmer. Ainsi s'est formée l'opinion que seule ce secteur constitue le domaine médical proprement dit, tandis que le reste est relégué au rang de consommation mineure, voire méprisable ou douteuse. Or ce reste devient très important à explorer, si l'on veut bien admettre que toute demande d'ordre médical à une signification qui appelle un décodage et une réponse adaptée, au-delà des champs explorés par les techniques anatomo-cliniques et biologique en usage à l'hôpital et qui ne représentent qu'une fraction de la demande adressée à la médecine. Ce qui vient du patient et des informations qu'il livre, ce qui vient du déroulement de la consultation et des procédés d'interrogatoire d'anamnèse et de classification constituent aussi des aspects très importants de la pratique médicale »<sup>(1)</sup>

Le médecin doit prendre le sujet-comme bien il veut l'entendre lui-même -dans sa singularité. Faudra-t-il ajouter dans ce cadre précis, que pour comprendre les raisons qui sont à la base des comportements négatifs ou positifs sur le plan de la santé, il faut envisager différentes dimensions socio- économique - culturelle.

C'est ainsi que les problèmes sanitaires et les maladies prédominants actuellement ne peuvent plus être résolus, d'une part, et traités d'autre part, par les méthodes antérieurement utilisées, ou la participation de l'individu était limitée, si ce n'est nulle. Les grandes actions sanitaires d'adduction d'eau potable et d'évacuation des eaux usées, ont été généralement imposées aux individus, de même que les vaccinations et les soins médico-chirurgicaux. Les grands problèmes actuels nécessitent par contre un changement du comportement des individus pour lutter contre les maladies dégénératives, le tabagisme, les toxicomanes.

La formation médicale en intégrant les données liées au comportement humain peut améliorer sans doute le savoir, le savoir —faire et surtout le savoir être du médecin et rendra son comportement professionnel beaucoup plus efficace.

Le milieu :

En faisant une observation méthodique de sa propre pratique de généraliste pendant vingt-cinq ans, (ROBERT N.BRAUN) faisait la critique envers l'enseignement médical : « Jusqu'à ce jour, on prétendait enseigner le futur praticien à partir d'une expérience exclusivement hospitalière dont l'extrapolation autodidacte escomptée était supposée représenter une formation spécifique suffisante »<sup>(2)</sup>.

Il y a lieu de signaler que R-BRAUN n'est arrivé à se former une telle opinion qu'en appuyant ses propos sur des centaines voire des milliers de cas relevés pendant des périodes

---

(1) ROBERT N.BRAUN.Pratique ; *critique et enseignement de la médecine générale* .Edition Payot et rivages.1997.p10

(2) IDEM : P9



d'activité bien définies qui vont de quelques jours, le plus souvent de plusieurs mois, à cinq années consécutives.

La tâche du médecin généraliste ne peut pas être clairement définie comme on a coutume de le voir. Elle consisterait à centrer la formation pratique de l'étudiant (médecin) sur le milieu hospitalier, ce qui constitue une erreur dans la mesure où le milieu du malade n'est pas appréhendé dans sa totalité, ce qui revient à dire qu'il existe un ensemble de facteurs endogènes qui influencent directement l'état de santé des populations.

Cet état de fait interpelle les concepteurs de la formation des médecins généralistes à revoir le contenu de ce savoir médical en fixant de nouveaux objectifs pédagogiques s'inspirant de l'ensemble des facteurs constituant le milieu justifiant par la même occasion les avantages à tirer en adoptant l'approche systémique dans l'élaboration de la formation médicale des médecins généralistes.

A titre d'exemple, et partant de la définition de la santé qu'en a donné l'OMS dans sa constitution, lors de la conférence internationale de la santé : « La santé est un état complet de bien être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »\*

Nous pouvons dire sans risque de se tromper que lorsqu'un peuple subit des agressions qui s'appellent chômage, pauvreté, conditions de travail et de vie de plus en plus difficile, tous les éléments sont réunis pour que la santé se détériore, ou plus exactement pour que soient atteints en son sein tous ceux qui n'ont pas les moyens de se protéger efficacement, ceux dont les revenus ne leur permettent pas de faire face et d'accéder aux meilleurs soins.

Aussi, la surveillance de l'environnement, eau, déchets, devient un impératif de plus en plus contraignant au fur et à mesure qu'apparaissent des produits nouveaux et des technologies nouvelles.

Ce qui revient à dire que le droit à la santé est indissociable d'une solide protection sociale, des soins, de la prévention, des conditions de vie et de travail.

On peut donc déduire que le programme en tant que système ouvert est intimement lié aux systèmes qui l'entourent grâce à la politique de l'enseignement.

En effet, ils lui procurent ses objectifs et les principes de son organisation.

De même qu'il influe de nouveau sur ces systèmes qui à leur tour influent de nouveau sur la politique de l'enseignement en vue de la sauvegarder ou de la changer. En somme, les programmes sont fixés à travers leur structure interne et leur relation avec le milieu.

---

SOURCE : OMS (organisation mondiale de la santé)

Les outils de travail utilisés par les services hospitaliers ont connu un développement considérable compte tenu de l'essor technologique. On remarque toutefois que les moyens didactiques employés par les facultés de médecine sont obsolète et doivent être mis au diapason des exigences du secteur médical.

Il est à noter que l'intérêt que doivent susciter les moyens de travail utilisés sur le terrain et l'intégration de toutes ses spécifications dans les programmes pédagogiques devant inciter les concepteurs de programmes à remplacer les moyens didactiques actuellement à l'université par d'autres plus modernes. Il en résultera sans aucun doute des effets positifs sur le reste des éléments du programme, les objectifs, contenus, méthodes, outils de l'évaluation, en raison de leur interaction pour la réalisation des buts pédagogiques.

#### 5-7-2-Le processus :

Le processus implique l'ensemble des changements dynamiques intervenus au niveau des éléments constitutifs et actifs du programme en tant que système ouvert. Ces changements sont le fait que chaque élément passe d'une situation à une autre en raison des transformations qu'il subit suite à des opérations données. A titre d'exemple, les programmes d'enseignement médical destinés à la formation universitaire des médecins tirent du système extérieur un certain nombre de connaissances ayant une relation avec les spécificités du comportement humain (du patient) perçu sur les divers plans :

Psychologique, sociologique, anthropologique et les caractéristiques du vaste milieu dont lequel il vit.

L'ensemble de ces transformations constitue un savoir qui obéit à la logique du sujet et dont la médecine devrait prendre en ligne de compte si elle veut gagner en efficacité.

Il est à noter que l'intégration de certaines informations ayant une relation avec la spécificité du comportement humain et le milieu exige du concepteur des programmes la recherche de l'équilibre pédagogique en pensant aux modifications à apporter aux éléments constitutifs et influents du programme. A titre d'exemple, les objectifs entre autres éléments constitutifs du programme peuvent être partiellement modifiés si on prend en compte la particularité de la relation entre le médecin et le malade. Si par exemple, les objectifs pédagogiques actuels tendent à réaliser un but précis en l'occurrence apprendre à l'étudiant (médecin) les connaissances techniques organisées autour de la logique de la maladie, les changements opérés par l'intégration aux programmes de nouvelles données sur la nature du travail du médecin imposent au concepteur des programmes l'amendement de ces objectifs en fixant un

autre objectif celui de développer suffisamment les études médicales en se référant à la logique du sujet peu apparente dans la pratique médicale actuelle.

Dans ce cadre, (Y MATILLON. (i. BIGNOLAS.J.MFNARD) affirment que : « la détermination à titre d'exemple de nouveaux objectifs dans l'enseignement médical au niveau des universités anglo-saxonnes n'a été possible que par l'introduction de l'OSCE (objective structured clinical examination ) qui est intéressante d'observer : la sanction repose sur des critères précis, explicites mesurant l'atteinte d'objectif cliniques prédéterminés exigeant de l'étudiant la maîtrise de connaissance pratique, aussi bien technique que relationnelle, et une aptitude démontrée à la prise de décision. Dans sa philosophie, l'objectif de cette technique n'est pas très éloigné de celui d'un audit clinique utilisé en médecine praticienne. »<sup>(1)</sup>

Aussi, toute modification d'un élément quelconque du programme influe d'une manière directe ou indirecte sur le reste des éléments (les contenus, méthodes, moyens et outils d'évaluation. Autrement dit, l'amendement des objectifs et leur réorganisation implique nécessairement une révision des contenus et par conséquent les méthodes, moyens et outils d'évaluation. De plus, cet amendement influe également sur l'enseignant et l'étudiant. Ce dernier passe d'une classe à une autre et subit des changements et des transformations tout le long de son cursus scolaire grâce aux opérations menées (les activités pédagogiques et les contenus) et visant ces transformations.

L'enseignant, suite aux objectifs amendés, essaie de prendre les décisions qui s'impose pour organiser le contenu, tester les méthodes, les moyens et les outils d'évaluation. Il est important de signaler que l'amendement des objectifs influe même sur la relation entre l'enseignant et l'étudiant compte tenu de la fonction stratégique tendant à orienter l'enseignement dans son intégralité.

Ainsi le processus du programme en tant que système s'opère grâce à des changements et des transformations continus au sein de ses éléments et de sa structure.

### 5-7-3-La production :

La production est déterminée à travers le produit du programme qu'il transmet au milieu suite à un processus ayant entraîné des changements et des transformations.

►') Y MATILLON.G.BIGNOLAS. J.MENARD.L'évaluation en médecine :Perspectives dans le domaine de la formation médicale .Edition Médecines -sciences-Flammarion.1994. p141

L'étudiant -médecin en tant que produit ayant suivi une formation grâce à des programmes — est-t-il réellement capable d'assurer des tâches et des rôles au terme de sa formation ? La réponse à cette question interpelle deux autres questions :

Quelles sont les nouvelles caractéristiques, c'est à dire les changements qu'il a subis en matière d'acquisition, habiletés, réflexions, et positions?

Ces nouvelles caractéristiques sont elles exactement ce q'on attend des objectifs des programmes ?

Ceci peut soulever le problème de la cohésion entre les caractéristiques du produit et le processus des systèmes externes notamment social, anthropologique.

La concordance entre le programme et son produit dépend essentiellement de la cohésion entre les caractéristiques du produit et les buts escomptés du programme. A la lumière de ce qui précède, l'analyse du programme selon l'approche systémique doit être fondée sur l'association des analyses internes et externes à travers ce qui suit :

-La relation entre le processus interne du programme et ce qu'il intègre du milieu autrement dit la situation réelle.

Ceci dit, il est possible de diagnostiquer la différence entre le but derrière tout programme et celui qu'il a réellement réalisé. Et s'il existe effectivement une différence, il devient nécessaire d'y remédier grâce à des opérations menées autour des éléments et des fonctions du programme.

## CHAPITRE N° 6 : L'APPORT DE LA COMMUNICATION A LA FORMATION INITIALE DES MEDECINS GENERALISTES

### 6-1-Evolution de la communication à travers le temps :

Pour donner un éclairage sur l'exercice médical et la nature de la communication du médecin avec ses malades, ses confrères et ses étudiants, il nous faut remonter jusqu'aux origines de l'homme.

Le premier dessin supposé représenter notre ancêtre a été peint en noir, il y a environ dix sept mille ans (17000 ans) sur les parois d'une caverne, située dans les Pyrénées ariégeoises, appelée « caverne des trois frères ».

Cette peinture rupestre et les quelques ossements nous renseignent tout sur la paléontologie que sur les mesures thérapeutiques de l'époque notamment la trépanation qui devait permettre au démon de la folie, de l'épilepsie ou de la migraine de s'échapper de la tête de sa victime, sont bien les plus anciens témoignages d'une étanche de notre médecine. L'homme va longtemps considérer que la maladie est un phénomène surnaturel et qu'il faut faire appel aux dieux pour chasser le mal moyennant sacrifices, offrandes et incantations.

Parallèlement, va naître timidement une médecine longue, qui peu à peu remplacera les pratiques religieuses et verra naître de nouveaux rapports plus humains, entre médecin, homme de science, et patient, homme souffrant.

Les premiers écrits apparaissent et constituent une base de départ d'une nouvelle science en devenir.

Les tablettes d'argile se révèlent être aussi de précieux témoignages de la médecine mésopotamienne. Elles apportent des détails sur un art médical qui était loin d'être à ses balbutiements.

A titre d'exemple, nous pouvons citer la stèle de basalte recouverte d'inscriptions uniformes, datant d'environ de l'an 2000 avant J.C. Il s'agit du « code d'Hammourabi » roi de Babylone, sur lequel sont inscrits les lois régissant le peuple babylonien, et dont certains articles sont consacrés à l'activité médicale. Ce premier « code médical » fixe, entre autres, les honoraires et les peines encourues par les médecins en cas de préjudice.\*

---

\* Les arguments développés dans ce paragraphe s'inspirent largement de : LIORCA, la communication médicale, 1994

A cet époque, la pratique médicale peut paraître bien sommaire et reflétait une certaine forme de communication dans la prise en charge du malade. Flic se réduit à des vastes consultations publiques, où chacun y va de son avis.

Ainsi, comme le décrit GUY LIORCA : « ils apportent leurs malades sur la place publique. Les gens s'approchent du malade et ceux qui ont souffert d'un mal semblable, ou a vu quelqu'un en souffrir, proposent leurs conseils, ils s'approchent, donnent des avis et recommandent les remèdes qui les ont guéris d'un mal semblable ou qu'ils ont vu guérir quelqu'un. Il est interdit de passer près d'un malade sans lui parler et de continuer sa route avant de lui avoir demandé quel est son mal»<sup>(1)</sup>

Tandis qu'en Egypte, le médecin, quant à lui, ne se déplaçait jamais sans son papyrus qui lui sert de référence et qu'il doit toujours consulter pour être fidèle à l'opinion des anciens.

Pendant ce temps là, les grecs attribuent longtemps la médecine à l'oeuvre d'un dieu, ASKLEPIOS.

Les temples qui lui sont dédiés s'élèvent un peu partout, et les prêtres utilisent les lieux pour soigner les malades en interprétant la consultation des dieux moyennant quelques offrandes. Peu à peu, la médecine perd son caractère religieux et sort des temples pour aller au contact des hommes. Une véritable relation médecin - malade commence à s'établir.

A ce moment là, naissent dans les villes les premières cliniques appelés iatrac, ancêtre en quelque sorte de nos cabinets de consultation et qui privilégient une nouvelle communication entre le patient et son médecin.

Plusieurs écoles existant à CNIDE, CROTONE, PIGRAME, EPIDADRE et surtout à COS, d'où est issu le maître à tous HIPPOCRATE.

Avec ce dernier, qui proclame que la maladie est un phénomène naturel et n'a rien de surnaturel, l'époque des guérisseurs, des magiciens et des prêtres est révolue.

Cet homme d'une très haute valeur morale, a été aussi le premier à fixer les devoirs du médecin envers le malade et des médecins entre eux, élaborant ainsi les premiers principes du code de déontologie actuel. C'est le célèbre serment d'hypocrite.

Le passage du sacré au profane marque une étape déterminante dans l'histoire de la médecine et par voie de conséquence dans l'histoire de la communication médicale.

Le savoir s'amplifie et s'active, mais survient le dramatique incendie de la bibliothèque d'Alexandrie en l'an 642.

---

(1) GUY LIORCA, La communication médicale, Edition, Marcheting, 1994, p19

En conservant et en traduisant dans leur langues certains manuscrits et en les complétant, les arabes ont fait le trait d'union entre la médecine antique et la médecine moderne (en particulier IBN SINA, dit AVICONNE, 980/1037).

Il faut attendre le X siècle pour que s'organise véritablement l'enseignement médical avec l'école de Salerne. Cet embryon de faculté de médecine est un point de rencontre de toutes les cultures, accueillant des étudiants du monde entier.

Après l'école de Palerme, le relais sera pris par les facultés en France.

La première faculté est créée à Montpellier, en 1220, tandis que PARIS n'en sera dotée qu'à partir de 1270.

Pendant ce temps, une nouvelle forme d'enseignement apparaît avec FRANÇOIS de la Boë, dit Sylvius : l'enseignement à l'hôpital, au lit du malade à l'aube du XVIII siècle, grâce à la création d'académie de société et du journalisme, la science médicale s'internationalise, les frontières s'effacent, la discussion devient générale.

Les médecins s'organisent pour la première fois officiellement en corporation. C'est ainsi qu'est créée en 1748, l'académie royale de chirurgie contrôlant des lois d'enseignement théorique et pratique de chirurgie en FRANCE, ainsi que la société royale de médecine.

A la même époque, une nouvelle approche de la connaissance de l'homme se fait jour. On ne se limite plus désormais à l'étude des viscères et des os, mais on s'intéresse également au mental et au psychisme de l'individu, on cherche un lien entre le corps et l'esprit. L'étude de la pathologie mentale, psychiatrie, devient en outre une spécialité médicale à part entière.

C'est à la fin du XIX siècle que la psychologie devient également une véritable science. La psychanalyse fait également son entrée dans la dernière décennie du XIX avec BREUER (1880), CHARCOT (1882) et FREUD (1856-1939).

Il devient évident que les conduites humaines complexes ne peuvent se limiter. La psychologie est dominée par le béhaviorisme s'opposant à l'introspection psychanalytique non observable. Il serait judicieux dans le cadre de ce rappel, de citer le psychanalyste MICHAEL BALINT (1886-1970) bien connu pour ses travaux sur la relation médecin - malade ainsi que la création de groupe de réflexion.

Alors que l'homme a toujours communiqué, c'est véritablement après la seconde guerre mondiale que la communication cherche à s'ériger en système et à rassembler des approches assez éloignées comme pouvaient l'être la démarche de mathématicien, du physicien, de l'ingénieur, du psychologue, du médecin, (WIENER) père de la cybernétique élargit sa théorie en faisant de la communication une valeur centrale pour l'homme et la société.

L'explosion technologique du XIX siècle va naturellement être un élément déterminant dans l'accélération des découvertes scientifiques que la médecine connaît à cette époque. De même, dans le domaine de la communication, la médecine va mettre à profit tous les nouveaux outils mis à sa disposition.

Très tôt, la photographie (1829) fait son entrée dans le domaine médical et remplace progressivement les dessins anatomiques. Les premiers films médicaux sont réalisés un peu plus tard, en 1925, par (COMMANDON ET PAINLEVE).

La radiophonie va naturellement offrir ses ondes pour véhiculer l'information médicale. Les premières émissions médicales « grand public » sont diffusées dès les années 1945. De même, on imagine toutes les possibilités apportées par l'informatique tant sur le plan pédagogique avec l'EAO

(Enseignement Assisté par Ordinateur) que sur le plan pratique de la gestion d'un cabinet ou d'un service.

La télématique a été d'un apport considérable dans l'échange et le transfert de l'information médicale.

Les centres nerveux médicaux se multiplient et cherchent à utiliser le plus possible cette intelligence dite « artificielle » qui est née avec le concept du système expert, système dérivé des premières bases de données informatisées, qui cherche à utiliser la connaissance dans le sens de l'aide à la décision. Les outils et les services, comme on le voit, se multiplient et se perfectionnent mais n'en sont probablement encore qu'à leurs premiers pas, introduisant un véritable malaise, tant chez les médecins que leurs patients.

Où se situeront les domaines de l'homme médecin demain, par rapport à ceux de la machine - médecin ? Certainement dans la communication médicale qui doit maintenant intégrer le dialogue machine - médecin- malade.

Le médecin redevient, peu à peu, cet intermédiaire entre les hommes et les dieux, machines.

### **6-2-Définition, et domaine de la communication médicale :**

Il est reconnu que l'instrument essentiel par lequel s'instaurent et se développent les relations et les interactions humaines, est la communication.

Beaucoup de choses ont été écrites sur la communication, tant humaine que technique, mais peu de réflexions structurées ont été menées sur la communication médicale.

Dans ce cadre précis, GUY LIORCA nous propose la définition suivante de la communication médicale : « c'est cet échange complexe qui prend peu à peu corps, entre le médecin, son patient et leur environnement, échange du dit et du non - dit, véritable transaction, au sens ou



FRIC BERNE et AL3RAHAM MOLES l'entendent, transaction qui va conditionner fortement la performance du médecin et le jugement de son patient. ->").

Pour (OLIVIVIER COTENAUD) :« Etre médecin, c'est faire , du soin d'autrui, un métier. Soigner, c'est aussi entrer en relation avec une personne qui est dans le besoin, dont les désirs et les demandes se définissent d'abord par sa situation inhabituelle qui est d'être malade. »<sup>(2)</sup>

Ainsi, il y a lieu de signaler que cette « médecine globale » qui avait séduit les maîtres bien avant, prenait naissance dans la qualité de ce lien, si difficile à singulariser, qui se crée très rapidement entre les patients et les grands « médecins », et que certains nomment expérience, d'autre charisme, d'autre encore don. H semble aujourd'hui que ce lien n'est rien d'autre qu'un acte de communication réussi, c'est à dire, tenant compte, avec un maximum d'intérêt, de l'ensemble de cet autre auquel le médecin est confronté, dans toute sa singularité, sa complexité, et, en fin de compte dans sa globalité.

De ce fait, « CONSTANTINO IANDOLO » insistait sur le fait que : « La technique de la communication prenait une importance particulière dans la mesure ou toutes les opérations de diagnostic, thérapie et assistance médicale présupposent que le personnel médical est capable de communiquer efficacement avec le malade. »<sup>(3)</sup>

Avant de cesser son activité, le dernier message du professeur « PIERRE RAVault » cité par (GUY LIORCA) à ses élèves, en 1970, nous montrait déjà le chemin : « Tout en luttant contre la maladie et en lui consacrant nos efforts, ne manquez pas de penser au malade lui même, à son désarroi, à ses angoisses, aux réactions de ses proches. C'est à vous et non à des psychologues spécialisés qu'il appartient de les dissiper, de les atténuer par des paroles de réconfort, et en donnant au patient et à son entourage les explications qui conviennent et dans un langage qui leur soit accessible »<sup>(4)</sup>.

Cette réévaluation de la communication entre médecin et malade nous signale ( CONSTANTIN() IAND01,0) est évoquée dans un article intitulé « le médecin comme communiquant » publié récemment dans « Journal of American Médical Association » par NORMAN COUSSIN. Dans cet article, on peut lire : « La communication représente une partie importante de l'activité du médecin. »<sup>(5)</sup>.

<sup>(1)</sup> IDEM : p 8

(2) OLIVIER COTINAUD : Ps\_ychologie et soins infirmiers,, approche relationnelle. Edition du centurion.1983.p.12.

(3) IANDOLO CONSTANTINO, Parler avec le malade. Les éditions du médecin généraliste. 1991.p.13

(4) GUY LIORCA,La communication médicale. Edition Marcheting. 1994. p.19

(5) IANDOLO CONSTANTINO, Parler avec le malade. Les éditions du médecin généraliste. 1991.p.13

Dans le traitement des malades, les mots utilisés par le médecin ont une incidence profonde sur le bien être. Les paroles du médecin peuvent ouvrir les portes toutes grandes ou les fermer avec violence. Elles peuvent ouvrir la voie de la guérison ou mettre le malade en état de dépendance, le rendre tremblant, effrayé ou hostile. Comme le fait remarquer GUY LIORCA, ces questions fondamentales n'ayant pas été posées au cours des études médicales, il nous a semblé important de chercher à les poser en terme clair et simple, et c'est l'objectif que je me fixe en faisant cette étude.

### **6-3-L'insatisfaction engendrée par les relations entre médecin et patient :**

Nonobstant les extraordinaires progrès scientifiques et technologiques mis à la disposition des médecins, la communication demeure le principal procédé pour établir un diagnostic, et proposer un traitement et des soins aux malades.

Ainsi, la satisfaction des patients face aux soins reçus est fortement influencé par la qualité de la communication existant entre eux et les professionnels de la santé.

« THOMAS GORDEN et STERLING EDWARD » font d'ailleurs le constat suivant : « D'innombrables études ont démontré qu'un fort pourcentage des patients sont insatisfaits de leurs relations avec les professionnels de la santé, et que la source de cette insatisfaction est rarement l'incompétence technique du professionnel, mais le plus souvent la difficulté de communication entre le professionnel et le patient. » ( <sup>1</sup> )

L'insatisfaction ressentie devant la qualité de ces relations peut ébranler leur confiance en la compétence de leur médecin, prolonger la durée de leur période de guérison et, par conséquent, augmenter la fréquence des poursuites judiciaires pour fautes professionnelles.

Les doléances des patients à propos de leurs relations avec les médecins sont très variées. Selon les études menées à ce propos, GERRARD cités par (THOMAS GORDEN ET STERLING EDWARD) souligne que : « les pourcentages d'insatisfaction des patients vis à vis des professionnels de la santé sont toujours élevés »( <sup>2</sup> ).

A titre d'exemple, (BEKMAN et FRANKEL, 1984) cités par (THOMAS GORDEN ET STERLING EDWARD) insistent sur le fait que : « les patients rapportent qu'ils ne comprennent pas toujours le sens des ► trots employés par les médecins, et par conséquent, ils

---

(1) THOMAS GORDEN - STERLING EDWARD, Communiquer avec ses patients. Les Editions logiques. 1997. p.10

(2) IDEM : p24

ne saisissent pas toujours ce qu'on leur dit et hésitent à demander des explications même lorsqu'ils auraient envie de le faire »<sup>(1)</sup>

Ces dernières années, la reconnaissance de ces problèmes par les médecins eux même deviennent une réalité.

Certains professionnels de la santé mettent leurs collègues en garde contre la tendance à l'abandon du « traitement de la personne humaine » et du « dévouement envers le patient ». Cependant, ce qu'il faut souligner, c'est que très peu de médecins ont reçu une formation aux attitudes et à la conduite de l'entretien et les techniques de communication requises pour créer des relations mutuellement satisfaisantes et durables.

Une étude menée par HELFEN cités par (THOMAS GORDEN ET STERLING EDWARD), a révélé que : « Chez un étudiant en médecine, ses compétences en communication avec les patients se détériorent au fur et à mesure que sa formation progresse . Le chercheur en question en a donc conclu que, dans la formation médicale aujourd'hui, la science remplace peu à peu la dimension humaine de la médecine, avec le résultat que les étudiants trouvent de plus en plus difficile de parler avec les patients»<sup>(2)</sup>.

En conclusion, (MIZRAHI) cités par (THOMAS GORDEN ET STERLING EDWARD) affirme que : « la structure de l'enseignement médical actuel défavorise le développement des relations humanisées entre médecin et patient. »<sup>(3)</sup>.

#### **6-4-L'enseignement des techniques d'entrevue médicale et des techniques**

##### **(le communication :**

Depuis les années soixante dix, on a mis l'accent sur l'enseignement des techniques de communication et d'entrevue médicale.

Condition essentielle de toute activité de diagnostic, de thérapeutique et d'assistance, la communication avec le malade doit être enseignée et apprise.

Pour ce faire, prenant l'exemple de l'enregistrement de l'anamnèse « ou histoire clinique » décrite par CONSTANTINO I.ANDOLO, Parmi les différents objectifs de l'entretien médecin - malade, celui de l'enregistrement de l'histoire de la maladie est sans aucun doute le plus important car

il permet au médecin d'obtenir une série de données indispensables pour l'établissement du diagnostic. Le médecin commet. souvent l'erreur initiale de ne pas expliquer au malade le but

---

<sup>(1)</sup> **IBID : p24**

<sup>(2)</sup>15m. : p32

<sup>(3)</sup> **IBID :**

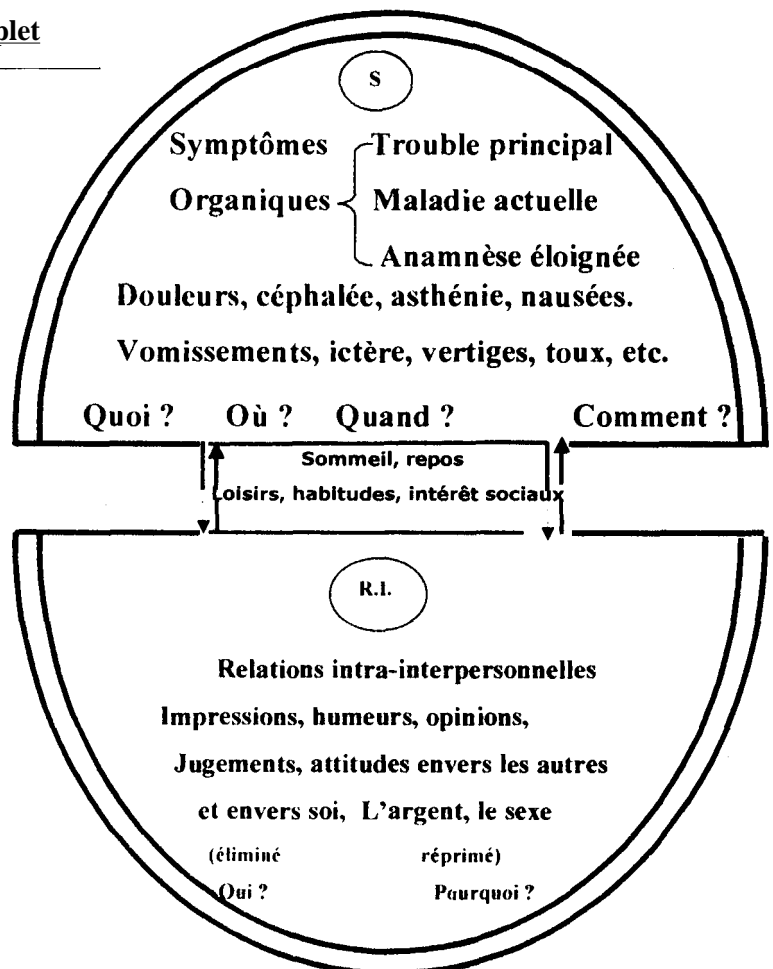
et l'importance des questions qui vont être posées. Le médecin devrait toujours avertir le malade que l'exactitude du diagnostic dépend en grande partie du caractère exhaustif et de la précision de ses réponses.

Le fait de ne pas donner cet avertissement préalable signifie que l'en présume que le malade sait ce qu'est l'anamnèse, ce qui est un non sens.

Indépendamment de tout ce que nous venons d'exposer, le médecin qui veut réellement recueillir une anamnèse complète doit orienter l'entretien de manière à comprendre non seulement quelles ou quelles maladies a le malade, mais encore qui est la personne qui vient lui demander de l'aide (les phénomènes psychiques sont étroitement liés aux phénomènes somatiques).

Pour appliquer ces concepts à l'enregistrement de l'anamnèse, le schéma de LISANSKY<sup>(1)</sup>, présenté par CONSTANTINO IANDOLO est très éclairant:

**Schéma N°8 : représentant l'anamnèse associative en vue d'un diagnostic complet**



Source : IAND01.0 (CONSTANTINO, Parler avec le malade. Les éditions du médecin généraliste. 1991. p 146.

<sup>v)</sup> IANDOLO CONSTANTINO. Parler avec le malade. Les éditions du médecin généraliste. 1991.p.145,146

sur ce sujet dans ce schéma, représentant la situation globale de chaque malade, on note deux secteurs, un secteur supérieur indiqué par la lettre S et un secteur inférieur indiqué par les lettres RI. Ces deux secteurs sont séparés par une bande horizontale.

Le secteur S, initiale du mot « Symptôme » comprend les symptômes et les signes somatiques de la maladie : douleur, céphalée, fièvre, asthénie, nausée, toux.

Le secteur RI, secteur des relations intra - interpersonnelles, contient le matériel psychologique à charge émotionnelle élevée, fréquemment éliminée ou réprimée par le malade.

Dans ce secteur se trouve les éléments essentiels, psychologiques, sociaux et environnementaux de la vie du malade (impression, humeur, jugement, peur, expérience, attitude envers les autres).

La bande horizontale représente une zone médiane neutre interposée entre les symptômes et signe physiques et le matériel psychologiques, elle englobe le sommeil, le repos, les loisirs, la vie quotidienne, les intérêts sociaux. Nous pouvons observer que la bande horizontale est interrompue en deux endroits par un espace ouvert, traversée par des flèches orientées vers le haut et vers le bas. Ce détail iconographique illustre un fait important à savoir qu'il n'y a jamais de séparation nette entre la situation somatique et le domaine psycho - socio - environnementale du malade.

Les deux domaines s'influencent réciproquement au point que même les maladies strictement organique telles qu'une fracture ou une pneumonie, a une répercussion immédiate sur la psyché du malade, et vice versa, toute perturbation d'une certaine importance dans le domaine de la vie psychique, sociale et environnementale du malade, peut provoquer ou contribuer à provoquer. à maintenir ou à aggraver des maladies à caractère somatique.

Le schéma de LISANSKY démontre que si le médecin, lors de l'enregistrement de l'anamnèse tient uniquement du secteur S, au dessus de la bande, il n'obtiendra que des informations sur la situation organique, somatique du malade, information inévitablement tronquée et partielle parce que privée de données du secteur RI au dessous de la bande, donnée qui influence les données somatiques et en sont influencées.

La nécessité de recourir à « l'anamnèse associative » décrite par DEUTSCH des 1939, semble donc évidente, avec cette technique anamnétique. Le médecin recueille donc les informations situées de part et d'autres de la bande, consécutivement, pour établir un diagnostic englobant les interrelations entre la maladie organique et la personnalité du malade.

Aujourd'hui encore, fait remarquer (CONSTANTINO IANDOLO) : « dans la majorité des cas, l'entretien anamnétique se déroule sous le signe d'un grossier malentendu : d'un côté, le

patient limite son récit au symptôme et signe de la maladie organique, avec la conviction que seuls ceux-ci intéressent le médecin, de l'autre côté, celui-ci est enclin à favoriser l'équivoque du malade et limite son intérêt au secteur de la maladie organique, au dessous de la bande, oubliant l'énorme masse de renseignement précieux qu'il pourrait obtenir en élargissant son interrogatoire au niveau du secteur **RI** »<sup>(1)</sup>.

Pourquoi en est-il ainsi ? C'est parce que le matériel contenu dans la zone RI est souvent éliminé ou refoulé par le malade, de sorte que l'enquête relative au secteur RI, exige une technique particulière et une bonne formation psychologique que le médecin n'a reçue ni à l'université ni après l'obtention de son diplôme.

### **6-5-Les outils du clinicien.**

#### **Les outils d'interrogation clinique :**

S'il est reconnu que le savoir médical présente le préalable indispensable à tout acte médical, il n'en demeure pas moins que c'est de la qualité des outils d'interrogation clinique que dépendra la performance de l'acte décisionnel c'est à dire le but de toute consultation médicale.

En effet, le clinicien est celui qui pratique l'observation directe des manifestations des maladies (classiquement au lit du malade).

Le dictionnaire « Robert » de la langue française nous propose la définition suivante : « c'est celui qui utilise une méthode qui consiste à faire un diagnostic par l'observation directe »\*

Cette définition est déjà restrictive et introduit un élément de passivité du patient en sous-entendant une relation médecin - malade unidirectionnelle. La réalité est différente car le clinicien est en fait celui qui doit savoir recueillir directement les informations que le patient possède, directement, c'est à dire sans artifice ni appareillage technique (en dehors du stéthoscope et du marteau à réflexe) en les hiérarchisant en fonction de leur importance médicale spécifique.

Dans cette acceptation plus large, la relation médecin - malade devient bidirectionnelle, elle est basée sur les principes fondamentaux de toute communication humaine qui doit aider médecin et malade à se comprendre, c'est-à-dire à diriger les outils cliniques vers le domaine sensible à explorer et permettre, ainsi, de disposer d'un maximum d'informations pertinentes pour aboutir à un acte décisionnel librement accepté des deux parties.

---

<sup>(1)</sup> **IDEM** : p147

\* **SOURCE** : *Dictionnaire Robert*

Aussi, l'interrogatoire médicale, tel qu'il est envisagé à l'université, apparaît comme une succession de questions susceptibles d'induire des réponses précises s'inscrivant dans le cadre nosologique des distorsions répertoriées qui constituent des affections spécifiques.

Paraphrasant (GUY LIORCA), nous pouvons dire que lorsque on demande à un « bon étudiant en médecine » d'aller interroger un patient qui vient d'être atteint d'un infarctus du myocarde, le recueil d'information est en général correcte. La réalité est toute autre car le médecin doit sur le terrain, dans ce cas, interroger, en réalité, un sujet atteint d'une douleur thoracique plus ou moins typique, particulièrement angoissante, dans un contexte et un environnement perturbateur. Là, le « bon étudiant » risque d'être conforté à des difficultés s'il n'a pas vraiment appris à manier « l'outil interrogatoire », tant dans ses composantes verbales que non verbales.

### **Composante verbale de l'interrogatoire :**

Selon (GUY LIORCA), huit outils peuvent aussi être isolés et paraissent indispensables à maîtriser pour bien utiliser la technique de l'interrogatoire :<sup>(1)</sup>

#### **1-La consigne :**

Elle consiste à rappeler clairement l'objectif de la consultation et à énoncer la méthode que l'on va utiliser.

Aussi, le médecin peut suggérer au patient ce qui suit : « je vais d'abord vous interroger pour préciser votre problème, je vous examinerai ensuite et nous pourrons décider de ce qu'il convient de faire ».

Aussi, elle suppose au départ l'accord initial des deux parties, généralement implicite dès la prise de rendez - vous. Dans certains cas, cet accord n'est pas établi et la communication va s'en trouver fortement altérée.

A titre d'exemple, nous pouvons citer les cas ci - après :

Le cas de l'adulte qui consulte sous la pression d'un tiers, de l'enfant sous celle de ses parents, de l'étranger dont la langue et les coutumes sont particulières.

La consigne doit enfin être largement utilisée en milieu hospitalier où les « blouses blanches » se succèdent souvent à un rythme accéléré, au lit du malade, laissant celui - ci dans une profonde incompréhension. Devant cet état de faits, une technique simple s'impose et qui consiste à ce que le médecin demande au patient de bien vouloir lui résumer son problème pour que ce dernier ait une opinion propre. Il en résulte que devant cette marque de respect tenu)igné, l'il fibrillation devient plus riche.

---

<sup>(1)</sup> GUY. LIORCA. *La communication médicale. Edition Marcheting. 1994.p.45*

## **2-Le questionnement :**

Le questionnement représente l'outil de base de l'interrogatoire clinique le plus utilisé à l'université. Encore faut-il poser les bonnes questions et de la bonne manière.

A cet effet, le questionnement doit contourner deux difficultés majeurs :

- Poser la bonne question, c'est poser la question qui permet de préciser au mieux le motif réel de la consultation. Résoudre ce problème nécessite des connaissances séméiologiques et du bon sens. Les exemples abondent dans ce sens : que répondrait un patient à la question « Allez-vous bien à la selle ? S'il est atteint de malabsorption, « Avez-vous une activité physique », s'il s'agit d'un travailleur de force.

Le deuxième problème est plus directement lié aux techniques de communications. Il existe, en effet, plusieurs types de questions, dont chacun peut influencer la réponse.

**-La question ouverte :** Elle permet d'obtenir des informations souvent directes, claires et développées mais autorise, aussi, un flot d'information difficile à canaliser. Comme par exemple : « Comment souffrez-vous ? Comment allez-vous depuis la dernière consultation? »

**-La question fermée :** Elle permet d'obtenir des informations précises et concises mais orientée.

Nous pouvons à titre d'exemple, poser les questions suivantes :

Depuis quand souffi-iez-vous ? Combien avez-vous fait de crise depuis la dernière consultation ?

- **La question alternative :** Elle peut être utilisée si un choix réel existe, après explication des éléments du choix.

### **Section N° 4: La compétence du médecin dans le domaine médical :**

En parcourant la littérature médicale, j'ai relevé de nombreuses déclarations quant à la compétence du médecin dans le domaine médical.

A titre d'illustration, (CONSTANTINO IANDOLO) nous propose la définition suivante « Par compétence en communication », nous désignons l'ensemble des connaissances, capacités et attitudes d'une personne qui lui permettent de communiquer avec les autres »<sup>(1)</sup>

1). S'appuyant sur le contenu de cette déclaration, la compétence dans le **domaine médical** comprend :

**1- Eléments du domaine cognitif :** c'est à dire l'ensemble des connaissances sur le processus de la communication en général et sur la communication avec le malade en particulier.

---

<sup>(1)</sup> IANDOLO CONSTANTINO, Parler avec le malade. Les éditions du médecin généraliste. 1991.p16



2- Elements du domaine psychomoteur : c'est à dire les différentes capacités qui permettent d'appliquer les connaissances, les stratégies et les tactiques de la communication à chaque malade.

3- Elements du domaine affectif : c'est à dire un ensemble d'attitude, de comportements et de sentiments destinés à faciliter le « dialogue privilégié avec le malade ».

### **Domaine cognitif :**

Le besoin d'une amélioration profonde dans la communication entre le médecin et le patient se fait vivement sentir notamment avec le développement technologique.

Partant de ce constat, les responsables de la formation médicale insiste sur la nécessité d'une formation en technique de communication, pour augmenter non seulement la satisfaction des patients mais leur désir de persévérer d'avantage dans tout traitement qui leur est prescrit. (D'ANNUNZIO) n'avait - il pas affirmé que : « Il n'y a qu'une science dans le monde, suprême. La science des mots. Celui qui la connaît sait tout, car tout existe par le verbe ».

En dépit des extraordinaires progrès de la médecine en cours de ce siècle, l'anamnèse reste toujours un moyen important (décisif) dans l'établissement du diagnostic. Cet état de faits a été corroboré par CONSTANTINO IANDOLO lorsqu'il insistait sur le fait que : « Les motivations des médecins pour atteindre un bon niveau de compétence en communication seraient plus fortes si on pouvait considérer que dans un grand nombre de cas, l'anamnèse a elle seule permet d'établir le diagnostic exact »(!).

Pour mieux comprendre, nous avons jugé utile de citer l'étude menée par HAMPTON rapporté par CONSTANTINO IANDOLO et qui a été faite sur une population de 80 malades examinés en consultation externe, l'importance relative, pour l'établissement d'un diagnostic, de l'anamnèse, de l'examen physique et des examens diagnostiques.

Après deux mois d'observations, les chercheurs sont parvenus à la conclusion suivante : « Pour 66 malades sur 80, l'hypothèse du diagnostic uniquement basée sur l'enregistrement de l'anamnèse était exact »<sup>(2)</sup>.

S'agissant de la relation médecin - malade THOMAS GORDON et (STERLING EDWARDS) remarquent le fait suivant : « les médecins favorisent souvent une relation où ils conservent toujours le contrôle de la communication entre les patients et eux »<sup>(3)</sup>.

Il ressort que dans ce type de relation, la plupart des communications sont non seulement à sens unique, mais elles rabaisent et déshumanisent. Cela fait dire à ROBINSON cité par

---

(1) IDEM : p197

(2) IBID p197

(3) THOMAS GORDON ET STERLING EDWARDS, Communiquer avec ses patients. les éditions logique. 1997. p.42

THOMAS GORDON et STERLING EDWARDS que : « De nos jours, ce style d'échange verbal centré sur les besoins du médecin domine l'exercice médical »<sup>(1)</sup>.

Dans le sillage (le ce qui précède, THOMAS GORDON et STERLING EDWARDS énumèrent les éléments de base des relations avec les patients que les médecins doivent connaître :<sup>(2)</sup>

- Le patient est un participant actif. - Le patient et le soignant sont interdépendants. - Le patient conserve un droit de regard sur sa propre santé.

- La communication est réciproque

Il est aussi caractéristique d'observer que les médecins sont nombreux à croire que le diagnostic exact et la prescription d'un traitement approprié constituent leurs seules tâches professionnelles.

Résultat, les médecins cherchent à éviter la communication avec le malade mais ils semblent ignorer que la communication est inévitable. Comme l'écrivent WATZLA WICK et AL cité par CONSTANTIN<sup>o</sup> IANDOLO : « Il y a une propriété du comportement particulièrement fondamentale et du fait précisément de sa grande évidence, elle est souvent négligée : Le comportement n'a pas de valeur contraire »<sup>(3)</sup>.

En d'autres termes, il n'existe pas quelque chose qui soit un non comportement, ou plus simplement, il n'est pas possible de ne pas avoir de comportement.

La participation des patients au processus de décision a une valeur importante.

Pour illustrer ces propos, le (Dr DAVID BRODY) cité par THOMAS GORDON et STERLING EDWARDS affirme que : « La participation accrue des patients aux décisions cliniques les concernant améliore la qualité et l'issue des soins qu'ils reçoivent pour les raisons suivantes : <sup>(4)</sup>

- La cueillette de l'information serait améliorée.

- La qualité des décisions cliniques serait rehaussée.

- L'usage de la technologie par le médecin serait décidé en tenant compte des préoccupations du patient à propos du coût de l'inconfort, des inconvénients et des difficultés de fonctionnement causés par l'intervention médicale.

---

<sup>(1)</sup> IDEM : p 42 <sup>(2)</sup>

IED : p42

IANDOLO CONSTANTINO, Parler avec le malade. Les Editions du médecin généraliste. 1991.p.200 <sup>(4)</sup> THOMAS GORDON ET STERLING EDWARDS, Communiquer avec ses patients. les Editions logique. 1997. p.56

Parmi les techniques de communication qui ont montré leur efficacité, on peut citer à titre d'exemple les techniques de révélation de soi pour les professionnels de la santé et notamment les médecins.

Le psychologue (SIDNEY) cité par THOMAS GORDON et STERLING EDWARDS déclare que : « les médecins et les infirmières qui expriment librement leurs sentiments à leurs patients, incitent ces derniers à faire de même avec eux »<sup>(1)</sup>. Au delà de ce comportement positif obtenu avec cette technique, la révélation de soi permet aux autres de voir l'individu comme une vraie personne, une personne intéressante. Par contre, l'absence de révélation de soi empêche de saisir la personnalité du patient.

Pour les médecins, le fait d'être perçus comme de vraies personnes peut réduire le « statut psychologique » de ces professionnels, et par voie de conséquence permettre à leurs patients d'avoir assez confiance en eux pour s'exprimer et révéler leurs besoins et leurs problèmes, au lieu de penser que leurs propres sentiments sont moins importants que ceux des personnes qui les soignent.

La révélation de soi la plus efficace se fait sous forme de message « je » que le professionnel de la santé peut utiliser.

Dans ce sens, THOMAS GORDON et STERLING EDWARDS, distinguent plusieurs formes de message :<sup>(2)</sup>

**Message « je » de réaction :** Ces messages disent clairement ce que ressent le médecin.

**Ce qu'il ressent quand :** il reçoit une demande. Si il a envie de consentir à la demande. Exp : Bien sûr, j'aime bien remonter votre lit et ouvrir vos rideaux. Je veux que vous ayez une chambre claire et agréable.

Cependant, le médecin peut transmettre par cette forme de message l'intention de ne pas acquiescer à la demande d'un patient, en expliquant en même temps la raison qui motive son refus.

Ex : \_le n'aime pas vous prescrire des somnifères, j'ai peur que vous développiez une dépendance.

De gauche à droite, les solutions sous - entendent une perception de l'usager de la part du personnel, allant d'un usager qui a du mal à comprendre jusqu'à un usager qui a besoin d'être canalisé, voir même puni s'il ne se comporte pas « correctement ».

Devant cet état de fait, LEARNER cités par GENEVIEVE CRESSON ET XAVIER St\_THWENDER tire la conclusion suivante : « Des patients non complaisants sont toujours

---

(1) IDEM : p152 <sup>(2)</sup>

IBID : p157

considérés comme déviants »<sup>(1)</sup>. Et ce n'est pas en changeant la terminologie utilisée ou les solutions proposées qu'on changerait pour autant cette perception des usagers par le personnel de santé.

GENEVIEVE CRESSON et FRANÇOIS - XAVIER SCIIWEDER. constatent que : « La frustration provoquée par les usagers n'est pas due à leurs qualités d'ignorants, de mal éduqués, de pauvres, d'agressifs mais plutôt à leurs comportement qui ne correspondent pas aux attentes du personnel »(!).

Il est à noter que le refus de l'utilisateur de suivre les consignes du personnel menace le rôle même du personnel.

Le professionnel de santé ne peut pas exercer la médecine si les usagers ne suivent pas ses instructions, et à partir de ce moment, son rôle et son statut en tant que professionnel sont mis en cause.

En revanche, le rôle joué par le personnel dans la compliance (son propre comportement, ses qualités de communication) n'est pas reconnu dans les exemples sus - cités. L'extériorisation du problème vers l'utilisateur enlève toute responsabilité au personnel quand au manque de guérison ou de prévention de la maladie. SQUIER cités par GENEVIEVE CRESSON et FRANÇOIS - XAVIER SCHWFDER a pourtant insisté sur le fait suivant : « Le rôle que peut avoir la satisfaction de l'utilisateur dans la « compliance », notamment sa satisfaction en cas de communication empathique en milieu clinique »<sup>(3)</sup>.

Il en résulte que l'amélioration de la communication accroîtrait la satisfaction et rendrait plus efficace le transfert d'information relative au comportement l'adhésion au régime thérapeutique préconisé par le personnel.

#### **6-6-La caractérisation des usagers par le personnel de santé :**

Dans le domaine de la communication médicale, la caractérisation des usagers par le personnel de santé révèle le danger de l'utilisation des étiquettes faciles qui peut entraîner un effet négatif lors de la négociation avec le patient notamment sur la définition du problème du point de vue de l'utilisateur et du professionnel, et sur les régimes thérapeutiques envisageables. Aussi, dans une étude portant sur un modèle présumant un patient coopératif et compliant, KOKKO cité par GENEVIEVE CRESSON et XAVIER SCHWENDER fait le constat suivant : « Quarante deux pour cent des personnes étudiées ont présenté des éléments de

---

(1) GENEVIEVE CRESSON ET XAVIER SCHWENDER , Les usagers du système de santé. Les Editions ENSP. 2000,p.57

(2) IDEM : p12

(IBID :p13

comportement étrangers et dysfonctionnels par rapport à ce modèle du patient compliant, notamment les difficiles à convaincre et les marginaux. »<sup>(1)</sup>.

De là à croire que les patients sont étiquetés par rapport à ce qu'ils devraient faire, selon la définition des professionnels de santé.

Aussi, des études menées en « Angleterre » sur les conflits décisionnels en milieu clinique par DICOCCOVO cités par GENEVIEVE CRESSON et XAVIER SCHWENDER ont montré que : « la plupart des médecins de l'étude utilisaient des indices visuels ou non verbaux pour deviner l'état mental ou physique de leurs [patients](#). et que la moitié utilisait aussi des indices tels que l'habillement, l'accent et la propreté pour déchiffrer l'histoire et le mode de vie des patients. »<sup>(2)</sup>.

D'après cette information, il semble que les médecins élaborent certaines opinions sur leurs patients au début du processus de consultation, et que celles-ci pourraient avoir un effet déterminant dans son déroulement ultérieur.

Ces opinions subjectives formulées à l'égard d'un patient comme son niveau de vie, sa classe sociale, sa compétence déduites à partir de variables « non cliniques » au début d'une consultation ou pendant une hospitalisation, peuvent jouer un rôle déterminant dans sa prise en charge.

Dans ce cas précis, nous pouvons citer l'étude menée par BOWLER cités par GENEVIEVE CRESSON et XAVIER SCHWENDER qui avait décrit la façon dont les sages femmes en Grande Bretagne peuvent caractériser les patients sud - asiatiques (Inde, Pakistan, Bangladesh) en utilisant divers stéréotypes simplistes comme guide de leur appréciations. BOWLER a organisé ces stéréotypes autour de quatre grands thèmes : « La difficulté de la communication, le manque de compliance aux soins et l'abus des services par les femmes, leur tendance à faire toute une salade pour rien, leur manque d'instinct maternel normal. »<sup>(3)</sup>. Résultat de l'étude, tout ce qui était incompréhensible, ou tout ce qui était défini comme déviant par les sages lèmmes était attribué à l'ethnie d'origine de ces patients, ce qui avait pour conséquence de rendre toute analyse critique inutile, qu'il s'agisse de la nature et de la qualité des services offerts, ou des aptitudes sociales des sages femmes elle même.

Pour récapituler les résultats des études sus citées, nous pouvons dire que ces constructions sociales se présentent dans les études comme une série d'étiquettes attribuées aux usagers et

---

(1) p7  
(2)IBID:p7"IBID  
p31

semblent pouvoir jouer un rôle important dans le déroulement de l'interactions en milieu clinique et dans la prise en charge générale du patient.

On voit clairement que l'idée de l'usager dépourvu d'éducation et de connaissance est une caractérisation facilement évoquée par le personnel sanitaire pour expliquer les dysfonctionnements du système de santé, mais il est caractéristique d'observer qu'il existe des nuances dans cette définition, ou une certaine « culture » est reconnue présente chez l'usager mais est plutôt considérée comme une entrave à la pénétration de la science, voir même comme déticitaire.

Il y a presque quarante ans que STEAVEN POLGAR cités par GENEVIEVE CRESSON et XAVIER SCHWENDER dans un article qui a fait référence à l'intérêt mutuel que pourraient avoir les sciences sociales et la médecine (POLGAR) a évoqué : « l'erreur du récipient vide »

« pour parler de l'image que le personnel sanitaire peut avoir d'un usager.

Aussi, selon cette idée, être naïf et sans connaissances, n'attend qu'une chose, qu'on le remplisse d'idées scientifiques pour qu'il puisse bénéficier pleinement des bienfaits de la médecine. »<sup>(1)</sup>.

POLGAR a noté que, contrairement à cette métaphore, l'usager n'était pas du tout vide, mais plein de la culture populaire de la santé, et toute tentative de le remplir avec les idées neuves de la médecine risquait fort d'échouer si on n'en tenait pas compte.

Parallèlement, l'agressivité des patients ressentie par le personnel est vécue comme non justifiée et déraisonnable, et n'est donc compréhensible que dans le contexte d'un usager qui « ne comprend pas ». S'il « comprenait » le fonctionnement des services et les difficultés du personnel, il ne se comporterait pas de cette manière.

Dans le sillage de ce qui se précède, il ressort que la caractérisation des patients comme ignorants », manquant d'éducation, agressifs, n'était rien d'autre qu'une série d'étiquettes utilisées par le personnel de santé pour expliquer le phénomène de base, la « non compliance ».

Focalisant son attention sur le concept de « compliance » LERNER montre l'évolution des termes utilisés pour décrire les patients « non compliant » depuis une centaine d'années aux états - unis.

LEARNER cités par GENEVIEVE CRESSON et XAVIER SCHWENDER indique :

- l'exemple des patients tuberculeux qui ne suivaient pas les conseils étaient étiquetés

---

<sup>(1)</sup> IBID :p12

« ignorant » et « vicieux » au début du siècle, puis récalcitrants, et actuellement non compliant.

Ainsi, il y a eu transformation dans la façon de parler des usagers « non coopératif » qui est devenue politiquement correcte. « Cela est illustré également par les différentes solutions proposées dans le discours des professionnels de santé pour augmenter la compliance. »<sup>(1)</sup>.

Solutions proposées par les professionnels devant les usagers « non compliant ».

- 1- Améliorer la communication.
- 2- Améliorer les services.
- 3- Eduquer les usagers.
- 4- Utiliser critères de références stricts.
- 5- Refuser des services aux non compliant.
- 6- Punir physiquement les non compliant.

- Message « je » de prévention : Ces messages peuvent prévenir des problèmes ou des conflits, en informant l'autre à l'avance de ce qu'on pourrait attendre de lui. Exp. : J'aimerais m'assurer que vous ne serez pas en retard à votre prochain rendez-vous, parce que notre machine à rayon X sera occupée de 14h30 à la fermeture du bureau, et je tiens à ce qu'on prenne une radiographie de votre bras à cette occasion.

- Message « je » de confrontation : Il s'agit ici du type de message que l'on émet lorsque la conduite d'un patient nuit ou a déjà nuit à la satisfaction d'un de nos besoins. L'objectif est d'inciter et non de forcer le patient à modifier le comportement que l'on retrouve inacceptable. Exp. : Les soignants peuvent se sentir frustrés par un patient qui exige trop de soins, irrités par un patient qui leur téléphone sans cesse, découragés par un patient qui n'applique pas le traitement convenu.

Nous pourrions citer une autre façon d'appréhender les relations entre soignants et patients, c'est ce qu'on appelle dans le jargon de la communication, la fenêtre d'acceptation qui aide à penser en termes de comportements inacceptables et non en termes de personnes inacceptables.

Chaque professionnel de la santé ou soignant regarde à travers une fenêtre chacun des comportements de chaque patient, tout ce qu'il fait et tout ce qu'il dit.

Les comportements du patient qu'on trouve acceptables sont ceux qu'on est véritablement capable d'accepter parce que, d'une façon bien tangible, ils ne nous empêchent pas, ou ne risquent pas de nous empêcher de satisfaire aucun de nos besoins.

---

<sup>(1)</sup> IBID :p12

On a intérêt à accueillir ce genre de comportement, qui peut indiquer que le patient a un problème. Exp. : Un patient peut dire clairement : « Je ne guérirai jamais ». Par contre, les comportements inacceptables sont ceux qui nous empêchent, ou qui risquent de nous empêcher de répondre à l'un de nos besoins.

Aussi, nous pouvons dire que la fenêtre d'acceptation permet de déterminer à qui appartient le problème.

Aussi, parmi les techniques efficaces pour traiter les problèmes qui appartiennent au patient, l'écoute empathique qui consiste à établir un pont entre le monde intérieur du patient et celui du médecin, cette liaison repose sur la capacité du soignant de pénétrer et de décoder le monde intérieur unique de ce patient.

Ceci, nous amène à paraphraser BRID et COHEN - COLE en évoquant les objectifs de l'entrevue clinique dans la littératures médicales, on a maintes fois souligné que les programmes de formation des étudiants en médecine présument que le rôle principal, ou même unique, de l'entrevue clinique consiste à dresser un dossier médical sans accorder suffisamment d'importance à établir ou à encourager une relation privilégiée et personnelle.

Les objectifs additionnels que nous avons suggérés pour l'entrevue clinique devraient servir à établir des relations de collaboration et de participation avec le patient.

Le Dr. EVRETT KOOP cités par (THOMAS GORDON et STERLING EDWARDS) , qui voit aussi le médecin un consultant, a annoncé son intention d'aider les étudiants en médecine à devenir des « consultants sociaux et humanitaires » qui apprécient l'art de la médecine plus que son potentiel d'apport financier. Pour y arriver, cet ex ministre de la santé des états-unis a joint la faculté de médecine du collège de DARMOOTH en 1992 et à propose : « d'inclure la relation entre médecin et patient comme préoccupation importante de la formation médicale »<sup>(1)</sup>.

WAXLER cités par (GENEVIEVE CRESSON et XAVIER SCHWENDER) met l'emphase sur le fait suivant : « à partir des caractéristiques des usagers par le personnel au début d'une consultation, des difficultés apparaissent et peuvent porter atteinte à tout le processus de communication.

On peut comparer l'attribution, en milieu clinique, d'une étiquette à l'utilisateur, suggérant sa « non-compliance » à « l'étiquetage social décrit par WAXLER (1981) »<sup>(2)</sup>.

---

(1) THOMAS GORDON et STERLING EDWARDS, Communiquer avec ses patients, les Editions logiques, 1997, p79 (2) GENEVIEVE CRESSON et XAVIER SCHWENDER, les usager du système de santé, Les Editions ENSP, 2000, p114



**La théorie de l'étiquetage social dit que la façon de nommer le « problème » est construite au sein même de l'interaction et dépendent non pas de l'exactitude avec laquelle le médecin peut utiliser les données de l'entretien et l'examen pour mettre en rapport les symptômes relatés et la description apprise dans les livres, mais plutôt des caractéristiques sociales des professionnels et du patient et du contexte social dans lequel ils se rencontrent.**

**Ce processus d'étiquetage de l'utilisateur serait donc utilisé par le professionnel pour estimer la probabilité de sa « compliance », ou pour expliquer une « non compliance » soupçonnée, et, comme l'étiquetage social se base sur une construction sociale de l'utilisateur à partir d'attributs intellectuels, comportementaux et sociaux, supposées ou observés pendant l'interaction en milieu clinique, plutôt que sur une certaine certitude quant à la tendance de l'utilisateur à suivre ou ne pas suivre l'avis des professionnels de la santé.**

**En parlant de la formation de médecin, MATRANZ cités par (GENEVIEVE CRESSON et XAVIER SCHWENDER) a observé : « qu'il y a un fort courant de déterminisme en médecine qui s'exprime par un désir de trouver une explication à tout »<sup>(1)</sup>. Cet état de faits crée une tendance, à défaut de preuves du contraire, à désigner l'utilisateur comme responsable de sa propre maladie.**

**Comme, il a été démontré, dans le cas de l'étiquette de « non compliant », l'utilisateur peut aussi être désigné comme responsable des dysfonctionnements des services sanitaires, en l'absence d'une analyse plus développée des variables qui contribuent au fonctionnement d'un système complexe, tel qu'un système de l'utilisateur.**

**Il semble que, dans l'intérêt, non seulement des utilisateurs, mais aussi des professionnels eux même, on est appelé à dépasser ce que TROSTLE, appelle « l'idéologie de la compliance », et chercher les moyens de mieux communiquer avec les utilisateurs. Cela, commence d'abord par une reconnaissance des dangers de l'utilisation des étiquettes faciles pour caractériser les utilisateurs, avec l'effet négatif que ce processus peut avoir sur le rapport en milieu clinique, et ensuite par une réelle négociation avec l'utilisateur sur un ensemble de questions qui sont au coeur de sa consultation ou de son hospitalisation, notamment sur la définition du problème du point de vue de l'utilisateur et du professionnel, et sur les régimes thérapeutiques envisageables.**

**On peut citer en conclusion cette observation faite par IRVING ZOLA un des pionniers des études sur la perspective des utilisateurs, cités par (GENEVIEVE CRESSON et XAVIER SCHWENDER): « En référence à la non - compliance, je soutiens qu'une partie des réactions**

---

<sup>1</sup> IDEM : p15.

des patients quand ils ne coopèrent pas n'est pas dirigée contre le traitement médical mais contre la façon dont on les traite, n'est pas dirigée contre la façon dont ils considèrent le régime médical prescrit, mais contre la façon dont on les considère eux »<sup>(1)</sup>.

#### 6-7-Résoudre les conflits entre le médecin et le patient :

L'existence de conflits dans les relations entre médecin et patient ne date pas d'aujourd'hui. Parmi les médecins praticiens qui ont écrit sur ce type de conflit, c'est le Docteur TIMOTHY QUILL qui a insisté le plus sur la nécessité de négocier pour tenter de satisfaire les besoins des deux parties.

D'après lui, il n'est pas toujours facile de franchir les obstacles qui peuvent nuire à la création d'une alliance thérapeutique.

Dans ce cadre précis, le Docteur TIMOTHY QUILL cités par THOMAS GORDON et STERLING EDWARDS a identifié six stratégies de négociation essentielle à la résolution des conflits dans les relations entre médecin et patient :<sup>(2)</sup>

- Faire la distinction entre les personnes et les problèmes.
- Clarifier le conflit.
- Explorer conjointement toutes les solutions possibles.
- Se concentrer sur les intérêts communs plutôt que sur les positions respectives.
- Utiliser des critères objectifs lorsque c'est possible.
- Élaborer des solutions originales qui peuvent avantager les deux parties

Il est caractéristique d'observer que chaque conflit comporte à la fois ses risques et ses bénéfices, ses dangers et ses possibilités.

JOHN DOWY cité par THOMAS GORDON et STERLING EDWARDS fait remarquer que : « Le conflit nous pousse à l'observation à l'invention et à la créativité, éléments essentiels de la réflexion et de l'ingéniosité »<sup>(3)</sup>.

Une autre perception du conflit a été développée par (THOMAS GORDON et STERLING EDWARDS) qui consisterait à considérer le conflit comme : « un aiguillon de la pensée, qui peut déclencher une évolution vers un changement constructif dans les relations et les groupes, favoriser une plus grande intimité entre les personnes et, en définitive, rendre les relations interpersonnelles plus intéressantes et plus stimulantes. »<sup>(4)</sup>.

---

(1) IBID : p16

(2) THOMAS GORDON et STERLING EDWARDS, Communiquer avec ses patients. les éditions logique. 1997. p.16

(3) IDEM : P192

(4) AI IBID : p 192

Ce qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est que les conflits sont des opportunités d'identifier les vrais problèmes qui doivent être résolus et qui, autrement, engendreraient de l'insatisfaction, la privation de ses besoins, du ressentiment ou de la colère.

S'agissant des conflits existants entre le médecin et le patient, des problèmes peuvent surgir et risque de compromettre les relations entre le professionnel de la santé et ses patients.

Ainsi, le médecin peut rejeter certains patients. Ces derniers peuvent laisser tomber un médecin, ils peuvent même aller beaucoup loin, en intentant une poursuite judiciaire contre leur médecin.

Dans une étude auprès de médecin ayant déjà été poursuivis par leurs patients, SHLIPIRO cités par (THOMAS GORDON et STERLING EDWARDS) affirme que : « Prés de deux tiers de cette population ont déclaré que le nombre de poursuites pour faute professionnelle pourrait être sensiblement réduit par l'amélioration de la communication dans les relations »<sup>(1)</sup>.

Aussi, il a été constaté que les professionnels de la santé qui choisissent d'établir des relations fondées sur la coopération avec leurs patients, trouvent plus facile de créer un climat favorable et essayent de résoudre les conflits de façon créative.

Résultat, ils évitent les inconvénients de l'attitude gagnant - perdant et de la lutte de pouvoir qu'on retrouve dans les relations de nature paternaliste ou autoritaire.

Toutefois, ce qu'il faut mettre en exergue, c'est que le model traditionnel de relation entre les professionnels de la santé et leurs patients n'a jamais considéré deux partenaires sur un pied d'égalité.

En plus, on croit que les professionnels détiennent les ressources nécessaires pour résoudre leurs problèmes, et par voie de conséquence, les patients se sentent dépendants vis à vis de ces professionnels, et pour éviter les conflits, ils n'expriment pas tous leurs besoins.

#### 6-8-Aider les patients à faire face à un diagnostic défavorable :

Jadis, lorsque un diagnostic défavorable menace la vie d'un patient, on avait l'habitude de fournir beaucoup d'efforts pour que le patient ne découvre pas ce diagnostic.

On disait habituellement : « Ce patient va perdre tout espoir » ou encore, on disait : « Ca lui fera trop mal de le savoir ».

Son dossier médical ne lui était jamais accessible, ni à sa famille parce que des mots comme « cancer » ou « sida » n'étaient pas bien perçus par notre société.

---

IBID : p194

Aujourd'hui, ces mots ne semblent plus prohibés par notre culture.

Le concept du « consentement éclairé » qui a été récemment reconnu par la loi, exige que tous les patients soient informés de tous les diagnostics, et de toutes les options du traitement, ainsi que les risques encourus inhérents aux choix présentés.

Lorsque le diagnostic est très compliqué, il est difficile d'informer un patient adéquatement. Certains médecins trouvent des difficultés à présenter leurs recommandations dans un langage simple à des gens qui n'appartiennent pas au monde médical.

Il est à noter que le patient a besoin de connaître la gravité de sa situation pour prendre certaines décisions familiales importantes comme par exemple choisir les personnes qui vont s'occuper de ses enfants après sa mort.

Concernant l'information que doit porter le médecin à son patient face à un diagnostic défavorable THOMAS GORDON et STERLING EDWARDS signalent que : « l'objectif est de pouvoir parler du diagnostic librement sans nécessairement le relier à une mort inévitable »<sup>(1)</sup>. En d'autres termes, il faut laisser la porte de l'espoir entrouverte, ne jamais laisser entendre que tout est perdu.

Sur le plan communicatif, le médecin doit transmettre au patient le message que la tâche qui se présente doit être entreprise et accomplie conjointement par le médecin, la famille et le patient peu importe ce qui en résultera. Cette attitude permettra au patient de ne pas se sentir isolé et d'avoir pleinement confiance en son médecin.

Maintenir le patient dans l'ignorance peut porter préjudice à sa santé mentale. Un certain nombre d'études ont révélé que la plupart des cancéreux veulent connaître le diagnostic qui les concerne et la gravité de leur situation.

Dans la majorité des cas, ils veulent savoir la vérité pour mieux planifier l'avenir, quoi qu'il arrive. D'autres études ont démontré que les patients à qui on cache leur état véritable souffraient d'avantage de dépression, d'anxiété et de solitude.

Face à un diagnostic défavorable, ce qu'il faut souligner c'est que la tâche principale du médecin consiste à utiliser des techniques de communication interpersonnelles pour permettre facilement au patient de parler de ses réactions.

Il arrive que les médecins et les membres de la famille passent des moments extrêmement pénibles lorsque le patient a été informé du diagnostic mais a de la difficulté à l'accepter.

---

<sup>(1)</sup> IBID : p16

Devant cet état de faits, les médecins doivent montrer plus de disposition à accepter les réactions du patient en se référant aux découvertes qu'Elisabeth-Kesblon-Ross (citée par Thomas Gordon et Sterling Edwards) a faites au cours de son travail auprès des mourants :<sup>(1)</sup> Elle a découvert que, tout au long de la progression des symptômes d'une maladie potentiellement mortelle, les patients passent par différentes étapes correspondant aux états d'âme suivants :

- La négation
- La négociation
- La colère
- La culpabilité
- La peur
- L'acceptation
- La dépression

Au cours de chacune de ces étapes, les patients qui réagissent à une nouvelle en la niant transmettent inévitablement des indices verbaux ou non verbaux, auxquels le médecin peut réagir en démontrant de l'empathie, en acceptant et en se rappelant que c'est le patient qui a un problème.

En se basant sur les différents entretiens entre médecins et patients rapportés par Thomas Gordon et Sterling Edwards, il ressort que dans tous les cas de figure, l'écoute active constitue un moyen adéquat qu'utilise le médecin pour permettre au patient de dépasser sa colère de faire face à ce qu'il le dérange au plus profond de lui-même.

---

<sup>(1)</sup> IBID: p217

## CHAPITRE N°7 :L'APPORT DE LA PSYCHANALYSE À LA FORMATION INITIALE DES MÉDECINES GÉNÉRALISTES

### **7-1-Pour un enseignement d'épistémologie médicale :**

La demande adressée aux facultés de médecine est d'enseigner l'homme et pas seulement le corps mécanique.

La volonté d'organiser un enseignement d'épistémologie dans les études de médecine résulte d'une réflexion de fond sur la fondation médicale comme de mesures réglementaires récentes. Ph. BAGNOS et B. de TOFFOL avaient insisté sur le fait que : « L'accumulation considérable des connaissances médicales aboutit à une impasse pédagogique qui traduit l'impossibilité matérielle et psychologique de transmettre, de faire acquérir et surtout de gérer la somme des informations et des connaissances qui noient littéralement l'étudiant et le praticien »<sup>(1)</sup>.

Devant cet état de faits, la formation médicale doit être revue pour apporter aux étudiants les moyens de développer la capacité de prendre des décisions pertinentes en situation d'incertitude.

En d'autres termes, il était urgent de faire acquérir à l'étudiant en médecine des aptitudes utiles que la transmission passive du savoir. Nous pouvons citer à titre d'exemple en France, l'arrêté du 18 mars 1992 complété par l'arrêté du 19 octobre 1993\* qui a rendu obligatoire un enseignement des sciences humaines dans le premier cycle, dès la première année de médecine dont l'évolution pèse fortement sur les résultats des concours de fin de PCEMP et donc sur la décision d'avancement dans le cursus médical.

Il est à signaler que cet enseignement des sciences humaines rend compte **d'une** nécessité supplémentaire : celle d'une connaissance non exclusivement biologique de l'homme, étayée par une préoccupation humaniste qui doit se développer tout au long des études médicales. A la question qu'est ce que l'épistémologie ?

Nous pouvons définir l'épistémologie comme l'étude critique des principes, des hypothèses et des résultats des diverses sciences, destinée à déterminer leur origine logique, leur valeur et leur portée objective.

Pour s'en convaincre de l'utilité de l'enseignement d'épistémologie, nous avons jugé utile de définir l'activité médicale.

---

(1) Pr. BAGNOS - DE TOFFOL, Introduction aux sciences humaines en médecine, Edition Ellipses,1993, p 81

\*Source : L'arrêté du 18 mars 1992 complété par l'arrêté du 19 octobre 1993

Nous n'avons pas mieux trouvé que cette définition pragmatique de Pr BAGNOS et B. de TOFFOL : « La médecine est scientifique dans sa théorie, technique dans sa mise en application, et humaniste dans son mode d'exercice individuel »<sup>(1)</sup>

Scientifique dans sa théorie, signifie que la médecine se fonde sur la biologie, c'est à dire sur une science expérimentale qui appartient au groupe des sciences empirico-analytiques : Technique dans son application », doit être compris dans plusieurs sens distincts. Le premier, le plus général, est que la médecine est une science biologique appliquée, qui met en oeuvre un ensemble de techniques dont la maîtrise caractérise la compétence professionnelle spécifique du médecin, un deuxième sens se réfère à la dimension sociale de l'organisation médicale technique.

La médecine a un coût économique, un poids politique rassemble différents intérêts catégoriels et correspond ainsi très généralement à un pouvoir à l'échelle de la société.

- « Humaniste dans son mode d'exercice individuel » permet d'insister sur le cadre relationnel global dans lequel s'inscrit la mise en action concrète du savoir technique. Le fait d'agir sur un individu pris dans la globalité de son existence inscrit la relation dans un cadre intersubjectif ethnique par essence.

En effet, la relation est loin de se réduire à une unique dimension psychologique. Cette dernière ne peut rendre totalement compte de la subtilité d'une demande et des aspects culturels, sociaux, individuels inconscients et conscients qui règlent l'énonciation.

Médiation par le langage et dimension ethnique nous paraissent être les deux aspects principaux qui rendent compte du caractère humaniste de l'exercice individuel médical intersubjectif.

La mise en jeu simultanée des trois registres scientifique, technique et humaniste est pleinement constitutive de la connaissance médicale et rend nécessaire une approche synchronique. L'approche synchronique signifie que l'épistémologie médicale peut être enseignée que sous la forme d'une épistémologie critique destinée à mettre en perspective de manière pertinente cette triple dimension.

Il est tentant de vouloir limiter l'enseignement de l'épistémologie médicale à l'étude du raisonnement scientifique. A l'opposé, limiter l'essence de la connaissance médicale à la prise d'une décision individuelle intraduisible peut amener à minimiser l'intérêt d'un enseignement de

---

<sup>(1)</sup> IDEM, p 82

l'épistémologie au profit exclusif d'une formation de type psychanalytique orientée vers les ressorts inconscients de la prise de décision, maintenus dans un strict cadre intersubjectif.

La tentation de définition de l'épistémologie médicale débouche sur une problématique prenant en ligne de compte d'une part les mirages du scientisme et d'autre part par la conviction que la médecine est un art dont la seule partie technique est transmissible nous montre que son enseignement répond à un besoin qui s'exprime symptomatiquement dans un double malaise lié à la difficulté actuelle de comprendre la place de la médecine dans la société et malaise lié à la difficulté de comprendre la place en médecine. Toutes ces difficultés sont perçues à travers une remise en cause profonde de l'institution médicale sommée de répondre adéquatement aux interrogations économiques et morales formulées par la société.

### **7-2-L'application de la psychanalyse à la médecine :**

Il convient tout d'abord de définir la psychanalyse.

De ce fait, nous pouvons citer la définition de FREUD cité par **Dr LAGACHE** : **Le terme** psychanalyse désigne trois choses :

- un corps de savoir psychologique dont l'accumulation **tend à la formation d'une nouvelle** discipline.
- une méthode d'investigation de processus mentaux à peu près inaccessibles à tout autre monde.
- une technique de traitement des névroses basée sur cette méthode d'investigation.

Contrairement à ce que nous sommes portés à croire, c'est probablement aux États-Unis que la psychanalyse a connu son plus haut degré de pénétration des instances officielles. Une de ses plus grandes particularités sera d'être dès le début réservée dans sa portique à la profession médicale.

S'appuyant sur la démarche scientifique, la rationalité a toujours eu comme intention de généraliser, et de ce fait, le discours médical n'a pas pu s'imposer qu'en organisant au sein même, de son savoir, cette élimination de la singularité c'est à dire le sujet.

Dans le même sens, seuls FREUD et LACAN ont tenté de rendre compte rationnellement de la réalité psychique d'un sujet et inauguraient pour ce faire la psychanalyse.

---

<sup>(1)</sup> Dr LAGACHE, La psychanalyse Édition Que sais-je ? 1955, P 85



Dans ses écrits, Jean LEBRUN précise d'emblée : « Tous les ouvrages de médecine ne rapportent en général des propos des patients, ils rapportent leur comportements, symptômes et leurs plaintes, très peu leurs mots »<sup>(1)</sup>.

A l'opposé, la psychanalyse consiste en une cure par la parole avec exploitation de l'inconscient.

A ce niveau, nous pouvons se demander que dans le monde soignant, le malade n'a-t-il pas le droit d'être entendu dans sa subjectivité ?

En effet, la médecine a choisi de se soumettre aux modalités du discours scientifique et perçoit de conséquence la parole est exclue du discours médical.

Cependant, Dr NOBERT BENSAID peinant de son expérience personnelle dans le domaine de la pratique de la médecine générale durant trois décennies, porte un autre regard sur le médecine et tente de définir le fait médical, écoutons le : « C'est tout ce qui se passe à partir du moment où la personne se dit malade et fait appel à la médecine, tout ce qui se déploie dans le champ médical, ce fait médical n'est pas une réalité donnée au départ, mais une construction »<sup>(2)</sup>.

En d'autres termes, le médecin et le malade construisent ensemble une réalité nouvelle qui n'est pas réductible à ses éléments de base. Elle s'élabore à partir de deux réalités de base : la demande du malade et les connaissances médicales.

Affirmer que le fait médical est une construction, c'est simplement donner à la fameuse relation médecin malade son véritable contenu.

Il est caractéristique aussi d'observer que le corps médical ne prend pas en compte le corps érogène. C'est bien en effet cette dimension de la jouissance qui est le registre capital habituellement exclu de la médecine telle que nous la connaissons aujourd'hui. Qu'un corps humain jouisse; que sa jouissance puisse se repérer dans le moindre acte de parole mais aussi dans la maladie ou dans la façon même d'offrir son corps à la médecine, voilà la dimension exclue de l'investigation médicale scientifique.

Aujourd'hui, on constate que l'enseignement médical est programmé dès les premières années, à ce que le corps soit déshabité de la jouissance.

C'est en effet, au cours de ses études que le médecin a été préparé à répondre par de la technique à la demande du patient. C'est ainsi qu'il est amené à écarté la dimension du désir.

---

<sup>(1)</sup>) M LE BRUNT, De la maladie médicale, Édition Du Boeck, 1993, p 164

<sup>(2)</sup>) Dr NOBERT BENSAID, Un médecin dans son temps, Édition le seuil. 1976, p 125

Nous pensons que la médecine pourrait tirer profit d'une telle confrontation avec la psychanalyse parce que ses progrès ne peuvent pas s'en tenir aux seules avancées dans le registre des techniques, mais pouvaient aussi bien venir d'une meilleure adéquation de son exercice à l'objet dont elle a la charge, à savoir le sujet malade.

Pour sortir de l'impasse, il faudrait que la médecine accepte de se laisser interpellé par d'autres **Rationalités** que celle de la science, qu'elle tolère qu'un autre discours puisse être tenu, un discours qu'elle maîtriserait moins, une rationalité différente.

Si elle veut que le malade soit reconnu comme sujet, il faudrait qu'elle consente à penser son propre cadre de pensée.

La psychanalyse, en tant que « dernière fleur » de la médecine est en mesure de contribuer à cette autre rationalité et, par là, de participer à la mise en place de la réflexion épistémologique qui manque cruellement à la médecine.

C'est ainsi que le médecin qui veut réellement recueillir une anamnèse complète doit orienter l'entretien de manière à comprendre non seulement les symptômes d'une maladie mais encore la personne qui vient lui demander de l'aider.

Dans le même d'ordre d'idée, un médecin est supposé comprendre ses patients avec la plus grande diversité possible de regard. Notons ainsi que dans le discours médical, le signe renvoie à quelque chose à une cause alors qu'en psychanalyse, il renvoie à un sens.

Par ailleurs, le Dr Jean LEBRUN souligne le fait suivant : « les médecins généralistes voient arriver aujourd'hui des demandes qui ne sont plus vraiment médicales, aussi bien la scène de ménage larvée que l'insatisfaction d'un travail monotone, mais au cou d'une formation entièrement consacrée à l'apprentissage scientifique de la machine Geilk et de ses avatars, ce dernier a été très peu préparé à ce genre de travail, ce qu'il a appris lui sert peu et c'est dans le champs de ce qu'il ne sait pas qu'il est le plus souvent interpellé. »<sup>(1)</sup>.

Nous devons rappeler que déjà un médecin en même temps psychanalyste avait essayé d'apporter sa contribution à la médecine. C'est Balint qui le premier, à la suite de découverte de FREUD, a tenté de trier les conséquences de l'avancée psychanalytique dans le champ de la médecine.

Ce psychanalyste d'origine hongroise, élève de FRENZI, c'est très tôt intéressé à un tel champ d'application.

---

<sup>(1)</sup> M LEBRUNT, De la maladie médicale, Édition Du Boeck, 1993, p 66-67

Il va, dans le cadre du célèbre TAVISTOCK clinique, et ce dès 1948, tenter de concerner les médecins par la psychanalyse. Ce qui l'amènera à la publication en 1957 de son ouvrage majeur sur cette question intitulé « Le médecin, le malade et la maladie » qui fonctionne toujours comme un ouvrage de référence pour cette question.

Dès son introduction, BALINT cité par Jean LEBRUNT déclare que : « Le médicament de beaucoup le plus fréquemment utilisé en médecine générale est le médecin lui même. »<sup>(1)</sup>

Toutefois, il nous avertit qu'il n'existe aucune pharmacologie de ce médicament essentiel, jamais un manuel avait rapporté la moindre indication sur la dose que le médecin doit prescrire de sa propre personne, ni sous quelles formes, avec quelle fréquence, quelle est la dose curative et sa dose d'entretien ?

Reconnaissant qu'il y a une pauvreté terrifiante des informations sur ce remède le plus utilisé. Le but essentiel de notre recherche à ce niveau, c'est de découvrir cette nouvelle pharmacologie.

Nous pourrions aussi en prendre pour preuve les études comparatives qu'il fait des anamnèses selon qu'elles sont recueillies par des médecins sensibles ou pas aux phénomènes relationnels. Ce qui impressionne Balint, c'est que le médecin sensible au relationnel enregistre des éléments concernant les besoins de son patient.

Les conséquences de cette vision sur la formation médicale du médecin généraliste ne se font pas attendre puisque « BALINT » lui même cité par Jean LEBRUNT recommande ce qui suit : « Une réforme de toute la formation médicale s'impose. La place dominante de la fonction partielle doit revenir à l'homme entier. Le seul moyen d'accéder à la personnalité entière ne passe pas par le corps mais par la psyché. »<sup>(2)</sup>

Aujourd'hui, nous ne pouvons que constater que cette question est toujours de mise, mais nous avons à nous demander aussi si l'apport incontournable de BALINT pour prendre en compte l'univers médical dans sa dimension humaine, n'a pas constamment été remis en cause par cette perspective de l'homme entier, de la personnalité totale que le monde médical a eu l'occasion de prendre ses distances.

A ce niveau, il nous faut questionner le domaine de la formation du médecin, tôt il est important de prendre en compte que ce qui se met en place chez le futur médecin tout au long de ses études de médecine déterminera son modèle de fonctionnement.

---

idem :, p.162

ibid :: P164

Ainsi, nous nous sommes rendus compte à travers la littérature préconisant « une médecine du malade » que la façon dont le médecin écoute le patient est déterminée par sa formation.

Abondant dans le même sens, Lucien ISRAEL, cité par Jean LEBRUNT porte une critique acerbe à l'enseignement médical en déclarant que : « il est certain qu'en multipliant des enseignements permettant à l'étudiant de réfléchir par lui même au lieu d'être gavé de connaissance qui lui sont enfournées d'autorité, on le préposerait d'avantage à son travail pratique.

Mettre au début des études de médecine une énorme quantité d'enseignements scientifiques très poussés, qui ne serviront que très partiellement et à quelques étudiants seulement, est un invraisemblable gaspillage d'énergie en même temps qu'un conditionnement à l'apprentissage passif et sans critique »<sup>(1)</sup>.

Le problème est donc d'envergure, car il ne faut pas sous estimer aussi le poids des attitudes réflexes acquises au cours des ses études et qui donnerons au futur médecin la garantie d'être à la hauteur de sa tâche soutenue par de la science et ignorant le fait que c'est à un sujet qu'il s'adresse.

### 7-3-Conclusion:

A partir de la reconnaissance de ces deux rationalités différentes qui sont la rationalité scientifique et la rationalité psychanalytique, et à partir de la prise en compte de leur inadéquation, nous pouvons envisager de limiter le malentendu entre médecin chargé de biologique et psychanalyste réintégrant les lois du langage et du devenir humain.

Ainsi, il y aurait donc un avantage considérable à ce que puissent coexister dès le début de la formation du médecin le soin médical scientifique et une réflexion épistémologique sur les limites de ce savoir. Paraphrasant JEAN LEBRUNT, nous pouvons dire qu'à partir de cette dernière que la place pourra alors être faite à une autre rationalité amenant dans un second temps à la coexistence de deux rationalités différentes, l'une, que l'on pourra alors dite forte et une autre que l'on pourra qualifier de faible, car elle n'a de poids que si elle est d'abord reconnue par la première.

---

<sup>(1)</sup> IBID : p 182

## **CHAPITRE N°8 : L'APPORT DE LA SOCIOLOGIE A LA FORMATION INITIALE DU MÉDECIN GENERALISTE.**

### **8-1-De la formation médicale et de l'état sanitaire en ALGERIE :**

On admet aujourd'hui que la réforme des études de médecine ne doit pas se limiter au contenu des programmes et aux méthodes pédagogiques.

En d'autres termes, la recherche d'information ne doit pas se limiter au contenu et au processus de l'enseignement et les ressources disponibles, mais aussi, sur la manière dont les facultés de médecine assument leur mission sociale et sanitaire. S'il ne fait pas de doute que l'évaluation objective de la médecine par le biais d'instruments de mesure permet plus d'objectivité, il n'en demeure pas moins qu'il faut à tout prix imposer des programmes universels.

A ce sujet, CHARLES BOHELEN médecin chef à l'unité du développement pitsteréducation des ressources humaines pour la santé au niveau de l'organisation mondiale de la santé (OMS) propose ce qui suit : «C'est à chaque pays qu'il appartient de déterminer la forme que doit prendre son enseignement de la médecine et les conditions du droit d'exercice, en fonction des besoins particuliers que lui dicte son environnement »<sup>(1)</sup>. Il en résulte que pour procéder à une réforme quelconque du domaine de la santé, y compris celle de la formation médicale, il est plus que nécessaire de décrire l'état sanitaire en ALGERIE.

Au cours du séminaire portant sur la réforme médicale qui s'est déroulé le 21-22-23 mai à ALGER ABDELKRIM OUCHFOUN nous a proposé la définition suivante : « L'état sanitaire d'une population est la résultante des actions et interactions de nombreux déterminants : démographiques, environnementaux, socio-économiques, culturels et comportementaux, sans compter les facteurs génétiques ou liés à l'hérédité» (2).

Ce qu'ils fa\*t souligner, c'est que ces déterminants ne sont pas constants, ils se modifient tous de manière plus ou moins progressive.

Parmi les nombreux facteurs à l'origine de l'état sanitaire actuel de la population, on peut citer un ensemble de déterminants dont les principaux sont liés à la situation démographique, à l'état de l'environnement ou encore de nature socio-économique. S'agissant des déterminants démographiques, il y a lieu de noter qu'au lendemain de l'indépendance, la

---

(1) CHARLES BOELEN : L'ambition dessein de faire évoluer la formation médicale et l'exercice de la médecine . In revue internationale de développement sanitaire volume 14, 1993(OMS) GENEVE -P238-239.

(2) OUCHFOUN ABDELKRIM : Problématique de la santé en ALGERIE, Edition, OPU,2002, Pl.

population algérienne s'élevait à environ dix millions d'habitants. Elle présentait les caractéristiques suivantes :

- La natalité était très relevée, ce qui entraînait un taux de croissance démographique proche de 3%.

- L'espérance de vie stagnait autour de 50ans.

- La répartition géographique de la population était à prédominance rurale à 70%.

Au 3<sup>e</sup> millénaire, la population du pays dépasse les trente millions. Elle présente les caractéristiques suivantes :

Le taux de mortalité a chuté à 20 pour 1000 et la mortalité à 6 pour 1000.

Ce qui correspond à une croissance démographique encore élevée (Selon les normes internationales) mais tout de même inférieur à 2% le taux de mortalité infantile (45 pour 1000) et maternelle (117 pour 1000) ont reculé mais ces résultats sont insuffisants par rapport aux pays de même niveau socio-économique. L'espérance de vie atteint les soixante neuf ans (ans) et on constate un début de vieillissement de la population. Le taux d'analphabétisme demeure élevé (Sept millions d'analphabète).

Concernant les déterminants environnementaux, il y'a lieu de signaler en premier lieu, l'étendue du pays et la prédominance de la surface désertique et la rareté des ressources hydrauliques. La sécheresse périodique et l'insuffisance de la pluviométrie explique que la famine autant que les épidémies, a été responsable de la mortalité élevée. Le début d'industrialisation et la modernisation de l'agriculture ont également contribué à la détérioration écologique et au développement de nouvelles pollutions.

Cette situation explique la persistance de maladies transmissibles épidémiques (maladies à transmission hydrique et zoonoses). Evoquant les déterminants sociaux, nous ne pouvons ne pas évoquer le problème du logement, le taux d'occupation est l'un de plus élevé au monde (7, 1 personnes par logement contre 5,5 au Maroc, 5,2 en Tunisie). En matière d'accès à l'eau potable, la quantité et la qualité des prestations fournies sont loin de répondre aux besoins de la population et aux normes internationales. On estime environ 12 millions, le nombres d'algériens vivant au-dessous du seuil de pauvreté.

A noter que la population active ne s'élève qu'a douze millions. Considérons les déterminants économiques, il est utile de rappeler qu'au lendemain de l'indépendance, les exportations agricoles ( agrumes, et même céréale) constituaient la première source de devises du pays, devançant les transferts d'argent effectives par les travailleurs émigrés et les recettes pétrolières.

A partir. des années 1970, les exportations d'hydrocarbures sont devenues progressivement la principale source de revenu du pays. La chute des cours des hydrocarbures survenues vers 1985 a eu des conséquences catastrophiques sur tout les secteurs et a provoqué une crise multidimensionnelle que le pays n'a pas fini de traverser.

Compte tenu des directives des institutions monétaires internationales, l'état algérien a été contraint de liquider un bon nombre d'entreprise étatique, et par voie conséquence des milliers de travailleurs salariés ont été mis en chômage.

Au cours de ces dernières années, un désengagement progressif de l'état de certains secteurs sociaux et plus particulièrement celui de la santé, est constaté.

A ce niveau la question qui mérite d'être posée : Comment la faculté de médecine doit réagir aux besoins de la société, face à cet état sanitaire ? Et quelles sont les conséquences pour l'enseignement de la médecine ? .

Pour savoir comment la faculté de médecine doit envisager son rôle par rapport à la société, il est tout à fait indiqué aussi de se poser la question suivante : est-ce que la faculté de ta médecine assure elle-même l'essentiel de l'enseignement clinique à l'hôpital universitaire ou bien inscrit elle son action dans un cadre plus large au système de santé, qui comprend soins primaires, secondaires et tertiaires?.

Voici soulevée la question des rapports entre la faculté de médecine et les besoins de santé des populations.

En matière de formation, le plus rude défi à relever se résume dans cette question centrale : s'agit-il d'observer et d'étudier ? Ou bien participer à des programmes de santé ? .

En se basant sur les expériences de divers pays, on constate sur le plan pratique que les manières de procéder sont diverses, d'une timide prise de contact avec les réalités sociales jusqu'à un engagement réel dans la mise en place du système de santé au niveau national.

Dans ce cadre précis, « CHARLES BOELEN » cite deux exemples :

- Le réseau international d'établissement d'enseignement des sciences de la santé axé sur la collectivité qui à pour but d'étudier l'utilité et la faisabilité de partenariat entre université, pouvoirs publics, étudiants en vue d'améliorer la santé des populations.

-Le programme santé de la population (Health of the public) concerne dix huit établissements d'Amérique du nord qui ont pris la décision de familiariser tous les futurs professionnels de la

santé avec les sujets intéressants la population et participer au déploiement des moyens d'action sanitaire au profit des populations»<sup>W</sup>.

Dans le sillage de ce qui précède, il n'est pas sans intérêt de constater que selon la spécificité de l'état sanitaire de chaque pays, la plupart d'entre eux commencent à procéder à un recentrage des programmes, recentrage qui va leur permettre d'assurer une formation correspondant en permanence aux besoins des populations en matière de soins médicaux.

### **8-2-L'importance de l'initiation de l'étudiant en médecine à la sociologie :**

L'étudiant en médecine n'est pas initié à la connaissance de la société dont il est issu. Ainsi, l'enseignement qu'il reçoit est en dehors de toute contextualisation, cet enseignement se veut « Scientifique » donc objectif, comme si en apparence, le médecin va soigner la maladie et non le malade « VIC NEUFELD » n'a t'il pas souligné que : « la formation médicale devrait être représentative des besoins de la société» <sup>(2)</sup>.

A titre d'illustration, et pour mieux comprendre, par exemple l'impact de la précarité sociale en ALGÉRIE sur l'état de santé sur le citoyen, le rapport du CNESde conjoncture du premier semestre 99 en avance des chiffres qui en fini par décrire un phénomène qui était considéré comme tabou.

Nonobstant ses richesses, L'ALGERIE comptait un pourcentage important de personnes vivant la précarité.

On peut lire sur le quotidien EL WATAN (N° : 3084) que : « Le CNES arrivait à conclure que douze millions d'algériens, soit 40,20% de population vivent dans la privation tandis que deux millions souffrent d'une pauvreté extrême. Un cinquième des familles dispose d'un ratio calorique inférieur à la moyenne, plus d'un million d'enfants souffrent de malnutrition dont 100.000,00sous une forme sévère. L'ajustement structurel à entraîner une perte de près de 400 000 emplois entre seulement l'année 94 et 98 »\*.

Pour mieux encore appréhender l'apport de la sociologie à la formation initiale des médecins, il est préférable de revenir à la définition de l'objet de cette discipline.

STENDLER cités par XVES MATILLOM et PIERRE DURIEUX en décrivant les aspects sociologiques de l'évaluation en matière de santé, nous propose la définition suivante : « La

---

(1) CHARLE BOELEN : L'ambition dessein de faire évoluer la formation médicale et l'exercice de la médecine. In revue internationale de développement sanitaire. Volume 14 N° :3, 19993, P238-239 (OMS) GENEVE.

(2) VIC NEUFELD : Discussion. In revue internationale de développement sanitaire. Volume 14 N° 3, 1993(OMS) GENEVE.

\* SOURCE : Quotidien El Watan du 28/01/2001 N° : 3084.



sociologie est l'étude des relations sociales, une science qui montre que derrière des situations, il y'a des rapports entre être et groupes humains. La sociologie analyse aussi la manière dont les personnels médicaux agissent et réagissent entre eux lorsqu'ils appliquent une stratégie diagnostique ou thérapeutique, elle étudie aussi la signification subjective qu'ils attachent à leur action, et la façon dont 'ils tiennent compte du comportement d'autrui, la nature de leurs rapports avec le malade, et la manière dont celui-ci perçoit son état et les soins »<sup>(1)</sup>.

Partant de cette définition, il y'a lieu de noter que dans toute décision, il n'y a jamais une seule rationalité, mais plusieurs (technique, sociale, économique) qui peuvent coexister. A titre d'illustrations, nous pouvons évoquer l'exemple des conférences de consensus qui visent à développer des recommandations à propos d'une pratique médicale ou d'une intervention de santé au sujet desquelles, il existe des controverses portant sur l'interprétation des données scientifiques existantes ou bien un décalage présumé ou mesuré entre l'état des connaissances et l'état des pratiques ou -certaines pratiques professionnelles du fait d'une méconnaissance ou d'une non mise en pratique des connaissances. La conférence proprement dite qui se déroule sur deux ou trois journées débouchent sur des conclusions et des propositions, émises par un jury, qui doivent pouvoir aider les médecins et les patients dans les décisions qu'ils prennent dans la pratique clinique quotidienne.

Pourquoi ne pas se limiter à une réunion d'expert ? Si l'on est ainsi, c'est que les médecins, les malades à qui s'adressent les recommandations les suivent mieux si elles émanent d'un groupe aux quel ils s'identifient plus qu'a des experts.

Cela nous rappelle les travaux de KURT LEWIN sur les changements des habitudes alimentaires :

-Pour amener les Américains, en 1943, à consommer les abats, nourriture dépréciée par les consommateurs et difficile à conserver, et éviter le rationnement des autres morceaux.

-Pour inciter les mères à donner à leurs enfants de jus de fruits et de l'huile de foie de morue.

Dans les deux cas, deux moyens d'intervention avaient été comparés :

Les conférences d'experts et de groupe de discussion ou les femmes posaient des questions et décidaient.

Les résultats furent bien supérieurs dans le second cas.

Toute procédure destinée à modifier un comportement ne saurait se limiter à la seule présentation des données scientifique. Elle doit inclure d'autres paramètres, dans la mesure ou

---

XVES MATILLON -PIERRE DURIEUX : L'évaluation médicale, du concept à la pratique, Edition médecin-Françes-flamarion-au Paris-1994,P85.

l'être humain, sollicité d'agir, ne répond à la demande en fonction des seules variables techniques.

D'un autre côté les soins à base communautaire interpellent les responsables des facultés de médecine pour qu'ils élargissent le champ de leurs responsabilités afin de prendre en charge la santé d'un groupe de population.

Cette nouvelle démarche a des répercussions énormes sur les tâches d'enseignement puis que elle s'inscrit dans une vision pluridisciplinaire. La formation médicale est hospitalo-centrique tant que la plupart des problèmes de santé se posent dans la collectivité.

C'est pour cette raison, qu'il faut s'intéresser dans le cadre de la formation à des cadres d'apprentissage implanté dans la population. En d'autres termes, le cadre d'action pour l'étudiant doit être l'endroit où les gens vivent, travaillent et sont soignés. Partant de cette nouvelle vision, il faut maîtriser et évaluer à sa juste valeur certaines disciplines, qui permettent de comprendre les déterminants et la dynamique de la maladie dans la collectivité en vue de prévenir, juguler et prendre en charge les pathologies.

Parmi ces disciplines, la sociologie peut rendre de louables services à l'étudiant en médecine dans la mesure où elle va lui permettre d'appréhender avec rigueur l'influence des facteurs environnementaux sur l'état de santé des populations tout en lui apprenant à les maîtriser.

A titre d'illustration, JOHN H-BRYANT cite l'exemple suivant : « l'université de L'ALGAKHAN possède un programme d'étude en grande partie inséré dans la collectivité, 20% du temps est consacré aux sciences de la santé, depuis la première jusqu'à la dernière semaine des études en médecine »<sup>(1)</sup>.

Ce qui est intéressant dans cette démarche, ce que le programme d'étude est en grande partie issu du développement sur le terrain. Pour faire des enquêtes de base, il faut analyser les modes de vie, l'environnement, les rapports de classe de population jugée en danger (pauvres, migrants, prostitués).. De fait, ces études nécessitent un savoir sociologique qui consiste à montrer à l'étudiant comment cette discipline construit son savoir dans le cadre d'une démarche scientifique.

Cette démarche incite les enseignants et les étudiants à se situer au cœur des problèmes du sous-développement.

En d'autres termes, ils auront à jouer un rôle de promotion sociale et deviennent les acteurs du changement social. Ce sont là autant de défis que la formation médicale doit soulever en initiant l'étudiant dès le début de la formation à l'analyse sociologique qui peut lui être d'un

---

(1) JOHN H BRYANT : Former les médecins du domaine. In revue internationale de développement sanitaire, Volume 14, N° :3, OMS, 1993, P236-249.

apport considérable dans l'appréhension et l'évaluation de l'état de santé de la communauté par le moyen d'enquêtes sociologiques.

### **8-3-La sociologie appliquée aux pratiques de soins :**

Soigner n'est pas un acte se situant en dehors de tout contexte social. C'est pourquoi, il convient de souligner la place qu'occupe l'attitude sociale dans le travail quotidien du médecin.

A ce niveau, une question mérite d'être posée : En quoi le savoir sociologique dispensé aux étudiants en médecine va-t-il leur servir tout au long de leur formation, puis dans leur pratique professionnelle ?

Dans sa pratique médicale, le praticien doit envisager pour son malade, non seulement le diagnostic et le traitement mais les facteurs de milieu qui ont provoqué la maladie.

Un rapport de l'OMS décrit l'impact des facteurs sociaux sur l'état de santé d'une population, on peut lire : « Lorsqu'un peuple subit les agressions qui s'appellent chômage, pauvreté, conditions de travail et de vie de plus en plus difficiles, tous les éléments sont réunis pour que la santé se détériore »<sup>(1)</sup>.

Il est nécessaire pour le médecin de dépasser le fonctionnement de la machine corporelle pour conquérir l'homme dans son environnement. C'est en effet, grâce à l'examen clinique que le médecin appréhende l'homme dans le cadre sociologique. L'être humain est en effet, non seulement une biographie, des sentiments et émotions, des désirs et des rêves mais aussi une situation socioprofessionnelle et familiale. Autant d'éléments à prendre en compte dans l'analyse scientifique d'un état pathologique. Le Dr : FRANCIS GRIMBERG n'a-t-il pas déclaré que : « Le corps, l'esprit et le milieu, inextricablement reliés entre eux, doivent être envisagés tout ensemble dans toute situation médicale »<sup>(2)</sup>.

Aussi, l'examen clinique montre que le médecin ne peut aboutir au diagnostic qu'après un processus de construction des différents éléments épars.

Prenons un exemple bien connu en sociologie : Celui du suicide qui est considéré comme un des grands problèmes auquel la société algérienne fait face actuellement.

Compte tenu de la précarité sociale, il y'a lieu de signaler que le suicide vient en troisième position après les accidents de la route et les maladies malignes parmi les causes de mort. Dans le cadre de la formation, il est très intéressant de travailler avec les étudiants le suicide à

---

(1) Rapport technique de l'OMS

(2) Dr FRANCIS GRIMBERG : La clinique en médecine : alliance des sens de la raison et de l'humanisme. In revue la lettre de l'espace éthique N° :15-18-2002, édition assistance hôpitaux clinique de Paris, 2002-PP 11-14.

travers les textes de DURKEIM et de monter l'impact des facteurs sociaux sur l'état de santé, lorsque sera abordé les soins aux personnes atteintes de troubles psychiatriques.

Les étudiants peuvent accéder toujours à la réflexion entreprise par la sociologie sur ce thème, et savoir aussi comment la sociologie construit son savoir dans le cadre d'une démarche scientifique.

V. CHARON et A M GIRAND attestent que : « La sociologie semble être également une discipline pertinente pour apprendre aux étudiants à posséder un minimum de rigueur dans leur réflexion »<sup>(1)</sup>.

Abondant dans le même sens, nous pouvons citer aussi les préoccupations dues à l'inadaptation sociale des adolescents qui sont devenues plus importantes en médecine. Il en résulte des problèmes de santé comme la toxicomanie, le tabagisme, la délinquance.

Dans le cadre de l'enseignement médical, il serait souhaitable d'après un rapport technique de l'OMS que : « Les médecins et autres techniciens de la santé aient plus d'occasion de se familiariser avec les aspects physiologiques, intellectuels et sociologiques de l'adolescence »<sup>(2)</sup>. Les facultés de médecine devaient élargir et améliorer le contenu qu'il donnent au sujet des adolescents.

D'un autre côté la formation médicale en s'ouvrant sur les ressources sociales et humaines doit éduquer les attitudes des médecins dans l'approche des soins ; de ce fait, le praticien doit être assez sensibilisé au fait qu'il intervient dans une société qui laisse de plus en plus de gens à la dérive et qu'il en devient parfois le « Symbole » de cette société aux yeux des soignés. Ce n'est qu'en assumant cette ambivalence que le médecin pourra comprendre les réticences des patients à ces offres de soins, pas en cherchant trop facilement à se rassurer en prétendant qu'ils ne veulent pas se soigner. Tout le paradoxe est là : intervenir au nom d'une société qu'elle-même génératrice d'exclusion.

Il apparaît, pour conclure que la compétence du médecin dépend non seulement de sa formation technique, mais aussi de sa formation générale.

Pour rendre la formation médicale pertinente, RAYMAND MONDE, NATHALIE MASS, MICHELL MANCIAUX, interpellent les responsables de la formation médicale en proposant ce qui suit : « Une partie importante des aspects sociaux doit être enseignée à la consultation,

---

(1) V CHARON et A M GIRAND : Les sciences humaines au services des soins infirmiers, Edition elippses-Paris-1999-P165.

(2) OMS Les problèmes de santé de l'adolescence. Rapport d'un comité d'expert de l'OMS rapport technique, 1965, P30.

et surtout hors de l'hôpital, dans les familles, les consultations, les crèches, les écoles, les centres de rééducation »<sup>(1)</sup>.

#### **8-4-Impact de l'état sanitaire sur la pratique et la formation du médecin généraliste :**

Après l'indépendance du pays, il y a lieu de noter que la situation sanitaire du pays était caractérisée par la forte prévalence des maladies transmissibles à l'état endemo-épidémique. En dressant le bilan de l'état sanitaire, ABDELKRIM OUCHFOUN rappelait que : « Les infections respirations aiguës, les diarrhées et la rougeole associées à la malnutrition constituaient les principales causes de morbidité et surtout de mortalité infantile (180 décès pour 1000 naissances) »<sup>2)</sup>.

La question qui se pose à nous maintenant est celle de savoir comment et dans quelles conditions le médecin généraliste exerçait ses fonctions ? .

Compte tenu des spécificités de l'état sanitaire à cette époque, le médecin généraliste prenait en charge surtout des maladies transmissibles, et plus particulièrement celle de l'enfance.

Les moyens d'exploration pour établir un diagnostic lui faisait défaut et l'existence d'une liste réduite de médicament essentiels limitait son champ d'intervention.

Il consultait plusieurs dizaines de malade par jour et cela aussi bien au niveau des structures de santé publique que dans les cabinets privés.

L'effectif en personnels de santé était non seulement insuffisant mais présentait les mêmes disparités au niveau de sa répartition.

Aujourd'hui, les maladies transmissibles autrefois première cause de morbidité et de décès cèdent la place aux pathologies non transmissibles. Tous les professionnels de la santé s'accordent à dire qu'il y'a émergence du diabète, de l'HTA, de l'asthme, des affections rhumatismales, des problèmes de santé mentale, des maladies cardio-vasculaire et des cancers.

Aussi, des maladies dite de la pauvreté n'ont pas tout à fait disparues. Nous pouvant à titre d'illustration, citer certaines de ces pathologies (typhoïde, méningites, leishmaniose, brucellose) qui se manifestent encore sous une forme endemo-epidémique.

Cette situation résulte d'une part de retard pris par certains secteurs (habitat, hydraulique), et d'autre part par le manque de coordination intersectoriel (santé, agriculture, collectivité locale).

---

<sup>(1)</sup> RAYMOND MONDE, NATHALIE MASSE, MICHEL MANCIAUX : **La pédiatrie sociale**, Edition Flammarion médecin-sciences, 1977, P17.

OUCHFOUN ABDELKRIM : Problématique de la santé en ALGERIE, Edition, OPU,2002,p9

Face à cet état sanitaire actuel, le médecin généraliste est confronté à des malades âgées qui présentent des pathologies chroniques dont l'exploration exige le recours à des moyens de plus en plus sophistiqués et souvent coûteux.

Compte tenu des mutations d'ordre politique, sociale, et économique, beaucoup d'appels qui sont adressés aujourd'hui au médecin généraliste expriment beaucoup plus un malaise d'exister que d'un besoin médical réel. La prise en charge tant médicale que psychologique de ces malades, nécessite des compétences que le médecin a peut être acquise de manière pragmatique au cours de ses années d'exercice, mais qui ne lui ont pas été enseignées.

Au cours de sa formation, il n'a pas été initié à l'écoute du malade, à l'identification de ses attentes socioculturelles et surtout à la prise en compte de sa situation financière. S'agissant des médicaments, la libération du marché a mis à la disposition de ce médecin généraliste toute une panoplie de produits pharmaceutiques et d'équipement de diagnostic ou de soins dont il ne maîtrise souvent pas l'efficacité ni la rentabilité.

Il y a lieu de signaler que ce problème n'est pas spécifique à notre pays puisque les praticiens en France continuent à subir les effets de ce problème.

MARTIN WINCKLER en publiant un article intitulé «médecins sous influences » dans le monde diplomatique de janvier 2004 reconnaissait que : « En faculté de médecine, l'enseignement de la pharmacologie et de la thérapeutique est inexistante ou inadapté et on apprend pas aux étudiants la lecture critique des articles scientifiques. Cette lacune majeure de la formation initiale fait le jeu d'une industrie pharmaceutique dont l'influence sur le corps médical français est phénoménale »<sup>(1)</sup>.

Sans une formation initiale solide prenant en compte tous les spécificités de l'état sanitaire et les transformations socio-économiques, Les jeunes praticiens, livrés à eux même deviennent une proie facile pour les promoteurs de l'industrie pharmaceutique. On peut en juger à travers l'exemple donné par MARTIN WINCKLER : « On observe trois fois plus de grossesses non désirées chez les utilisatrices de pilule que chez les utilisateurs de stérilet. Un stérilet au cuivre coûte (27euros)et peut être gardé dix ans, quand la plupart des pilules coûtent ( 20euros) par trimestre. Pourtant, les médecins français prescrivent quatre fois plus souvent la pilule que le stérilet ( On ne leur apprend pas à le poser)... »<sup>(2)</sup>.

A ce niveau, la question mérite d'être posée : Qui a intérêt à ce que les médecins imposent à leurs patients la méthode la plus coûteuse et la moins efficace des deux ?.

---

(1) MARTIN WINCKLER : Les failles du système de santé français, médecins sous influence. In Le monde diplomatique Janvier 2004-P3.

(2) IDEM : P3.

Revenons à la situation sociale du médecin en ALGERIE, il n'est pas sans intérêt de rappeler aussi que le revenu du médecin généraliste a été sérieusement touché puisque son pouvoir d'achat s'est effondré par rapport à celui qui était le sien dans les années 1970-1980. Cet état de faits peut avoir un impact sur sa motivation au travail et par voie de conséquence sur sa pratique si aucune mesure incitative n'est menée en sa faveur.

En conclusion, la pratique et la formation du médecin doivent prendre en ligne de compte les paramètres ci-après :

-Les transitions démographiques et sanitaires qui ont entraîné l'émergence de maladie non transmissible. Les stratégies de lutte adaptées aux possibilités économiques du pays et aux besoins socioculturels des populations devront être élaborés et mise à la disposition de ses médecins.

-Le corps médical ne doit pas vivre en solitaire, il doit jouer un rôle de leader auprès des autres secteurs et mouvement associatif intervenant dans la protection ou la promotion de la santé publique.

En matière de formation, les responsables de l'enseignement médical doivent prendre en compte toute la complexité impliquant les rapports entre l'homme et son environnement.

C'est à ce prix, et à ce prix seulement, que la pertinence de la formation médicale deviendra une réalité et que nos médecins gagneraient en efficacité.

## **CHAPITRE N°9 : L'APPORT DE L'ANTHROPOLOGIE A LA FORMATION INITIALE DES MEDECINS GENERALISTE.**

### **9-1-Contribution de l'anthropologie médicale à la pratique médicale :**

Dans le cadre de la mondialisation et le récent développement de la médecine dite « sans frontière », il y a lieu de s'interroger sur les rapports d'implication et complémentarité entre religion , symbolisme, représentations du monde et du corps, de l'individuel et du social pour tenter de décrire le processus engagé par l'usager pour donner sens à la maladie.

On ne peut donner suite à ces interrogations que si on envisage de développer des démarches diversifiées.

En d'autre termes, pour répondre aux préoccupations citées, il est préférable de privilégier l'approche anthropologique qui met en lumière le travail profane sanitaire riche et diversifiée, assuré par l'usage pour montrer l'importance de la mise en oeuvre d'une culture populaire de soin face à la maladie.

Avant de déceler l'origine et développement de l'anthropologie médicale, il est tout a fait indiqué de définir l'anthropologie d'une manière générale.

EMMANUEL BURFIN nous propose la définition suivante : « L'anthropologie a pour objet l'homme dans ses diversités et ses ressemblances. C'est à dire qu'au delà d'une pluralité des cultures , elle tente de dégager des invariants propres à l'ensemble de l'humanité. »<sup>(1)</sup>

Parmi les champs thématique différent tels que l'anthropologie de la parenté ,l'anthropologie religieuse ,politique ,économique ,une anthropologie médicale s'est constituée dans les années1960-1970 prenant pour champs de recherche les représentations de la santé et de la maladie ,les pratiques et les institutions qui s'y rapportent.

Il est à signaler que l'anthropologie médicale comprend quatre domaines de recherche : l'épidémiologie, l'étude de soins en institution, la recherche sur les problèmes de santé et l'ethnomédecine.

---

EMMANUEL BURFIN, « Apport de l'anthropologie médicale à la pratique médicale », In revue ASS-ego - de santé. Séminaire Courchevel, 17 et 18 mars 1994, p.15-19.



Pour défricher davantage le domaine de l'anthropologie médicale, il y a bien de rappeler la définition que donne EMMANUEL BURFIN dans son livre intitulé « la maladie et ses causes » :

« Elle étudie les systèmes de représentation de la maladie, les pratiques afférentes à la maladie, les différents types de recours aux soins que ce soit la bio médecine ou les médecines traditionnelles. »<sup>(1)</sup>

« ANDRA ZEMPLINI » explique que : « l'anthropologie médicale commence avec l'éclatement et la décomposition de la maladie en sa triple réalité : subjective —biophysique et soin —culturelle :trois ordres de réalités discernable est l'objet proprement dit de cette discipline. »<sup>(2)</sup>

Abondant dans le même sens, MARC AUGE souligne que : « c'est la question de la recherche du sens qui est posée. »<sup>(3)</sup>

Nonobstant le degré d'efficacité objective thérapies, cette quête du sens du corps malade prise en charge par les institutions sociales et politiques, interpelle à son tour l'anthropologie . En sommes, nous pouvons dire que l'anthropologie médicale centre son intérêt sur les différentes maladies et les problèmes sanitaires ainsi que les systèmes de santé.

Les anthropologues avec les chercheurs dans le domaine médicale ont pu établir un constat selon lequel les causes des maladies différent d'une société à une autre. Ils ont montré l'impact des habitudes alimentaires sur l'état de santé des populations, et le rôle important que peuvent jouer les croyances et les pratiques culturelles et sociales dans les soins de la santé, et notamment dans l'élaboration des différents programmes de santé et domaine destiné aux populations.

Dans le sillage de ce qui précède , il est un fait à relever que la majorité des facteurs qui influencent notre santé sont extra-médicaux, et c'est pour cela que nous croyons qu'il est utile que le chercheur s'intéresse aux particularités du monde de l'utilisateur et de sa famille pour comprendre les raisons qui sont à la base des comportements négatifs ou positifs face à la maladie.

Aujourd'hui, avec les progrès de la médecine et l'évolution de la société, les pratiques médicales sont mises au centre du débat.

Plusieurs questions interpellent présentement les médecins :

---

<sup>(1)</sup> IDEM : p.15.

<sup>(2)</sup> ZEMPLINI ANDRA, « La maladie et ses causes ». L'ethnographie, tome LXXXI, N° 9697, Paris, 1985, p.15.

<sup>(3)</sup> AUGE MARC, « L'anthropologie de la maladie », Edition l'homme, Paris, 1998, p.81.

Quelles attitudes adapter face aux familles des malades chroniques ?

Comment annoncer un diagnostic sévère ?

Comment protéger dans le cas d'information de nature génétique qui mettent en causes non seulement les patients mais aussi les membres de leurs familles ? Quelle est la signification de la douleur ? Est-elle expiation ou purification ?

A travers le don, quelle est la valeur du corps dans les cultures humaines ?

Nous ne pouvons formuler l'ensemble des préoccupations tellement la liste est longue. Ces questionnements prouvent que l'univers médicale moderne est devenu tellement

compliqué qu'il y a lieu d'avoir une démarche anthropologique, ethnique et épistémologique sur tous ces savoirs, de tenter de développer une interrogation de la médecine sur elle-même.

Dans cette perspective, PHILIPP BAGROS (de TOFFOL BERTRAND) font le constat

suitant : « La bio médecine n'a jamais été le recours unique et même encore de nos jours, il n'existe des recours bien différents et parfois simultanés en cas de maladie. »<sup>(1)</sup>

L'idée qui se développe de ce récit, c'est que la démarche anthropologique tente d'expliquer que le fait d'accepter l'existence de cette multitude de recours permet de diminuer l'agacement du médecin face au malade qui fait appel au guérisseur et par la même occasion lui montre qu'il n'est pas le seul acteur sollicité.

« FAINSANG » nous l'avait dit : « C'est une erreur de croire dit-elle que la reconnaissance des modèles d'explications biomédicaux évacuant du même coup tout autre interprétation du mal. »<sup>(2)</sup>

Au niveau de la relation médecin-malade, l'anthropologie médicale peut contribuer à modifier l'attitude du praticien face aux problèmes que pose la médecine contemporaine dans le sens d'une plus grande considération à la relation de soin du sujet malade.

Cela revient à reconnaître même implicitement que le médecin de par son savoir sur le corps et la maladie détient un pouvoir sans contre-pouvoir possible, ce qui place le malade dans une obligation de confiance. L'anthropologie est là non pour dénoncer ce pouvoir mais peut être pour dire que dans la relation thérapeutique, il existe un déséquilibre irréductible.

De plus, dès que l'on tente de définir les termes de santé, de maladie, de normal et de pathologie, on se heurte à un grand nombre de difficultés. Ces concepts donnent lieu à des interprétations qui sont variables en fonction de la culture.

---

<sup>(1)</sup> BAGROS PHILIPPE, de TOFFOL BERTRAND, Introduction aux sciences humaines en médecine, édition ellipses, Paris, 1993, p.13. <sup>(2)</sup> IDEM p.13.

Il est important de souligner que les représentations de la santé et de la maladie sont variées en fonction de l'époque, des mentalités et des progrès du savoir médical . C'est ce que confirme PHILIPP BAGROS en disant : « il n'y a pas à mon sens d'anthropologie qui se donne pour champs la santé et la maladie sans faire appel à l'histoire de la médecine et à une histoire des mentalités. »<sup>(1)</sup>. Il n'y a pas mieux ici que de rappeler à titre d'illustration les descriptions de la lèpre, les récits des grandes épidémies de peste qui se sont abattues sur l'occident et les représentations populaires qu'elles suscitées. Ils constituent aujourd'hui, un modèle pertinent pour le médecin qui est confronté à titre d'exemple à la maladie du sida. Faut-il rappeler que la lèpre est l'exemple même de la maladie qui a provoqué des attitudes d'exclusion du malade et d'enfermement ?

Ainsi, MICHEL FOUCAULT révèle que : « ces mêmes attitudes suscitées ont servi de modèle à l'enfermement dans les hôpitaux psychiatrique. »<sup>(2)</sup>

A l'heure actuelle, et dans ce cas précis, nous pouvons évoquer le sida qui est une maladie où le biologique et le social sont terriblement liés. De ce fait, les conséquences sont multiples : attitudes discriminatoires telle que le licenciement de personne séropositive ; la désignation de groupe marginalisés et stigmatisés tels que les groupes d'homosexuels et de toxicomane...ext. C'est ainsi que le patient, par son inconduite représente une menace dans l'imaginaire social.

Aussi, nous pouvons citer le cas des premières greffes d'organe humain dans les années 1950. Si le geste n'a pas posé de problème technique, il semble que c'est difficile d'accepter l'idée que le corps ne puisse être cependant vécu que comme une somme d'organe interchangeable. De nos jours, on pense toujours que prélever sur le cadavre des organes ne paraît pas aussi simple pas plus que le praticien que pour la société qui pour elle, la greffe d'organe mobilise imaginaire.

Le constat qu'EMANUELLE BURFIN a établi là dessus est très explicite : « le savoir médical est resté longtemps pris dans les mailles que constituaient les représentations populaire de la maladie. »<sup>(3)</sup>

En conséquence, et après ce tour d'horizon, nos convictions sont plus fortes pour reconnaître la contribution que peut apporter l'anthropologie au domaine médical.

---

<sup>1</sup> IBID :.p.7.

(2) FOUCAULT MICHEL, « Naissance de la clinique », Edition PUF, Paris, 1963, p.12.

(3) EMMANUEL BURFIN, « Apport de l'anthropologie médicale à la pratique médicale », In revue ASS-ego - de santé. Séminaire Courchevel, 17 et 18 mars 1994, p.15-19.

La principale leçon à retenir, est que pour arriver à améliorer la pratique médicale à l'heure actuelle, il est indispensable d'enseigner l'homme et pas seulement le corps mécanique. En d'autres termes, le corps ne doit être plus vécu comme un objet à réparer, mais perçu comme ayant un rapport direct avec les savoirs populaires.

L'anthropologie a un autre regard sur l'homme susceptible d'apporter dans la médecine un vent nouveau.

### **9-2-Bases anthropologiques de la relation médecin-malade :**

En médecine, la démarche anthropologique révèle que le médecin et le malade se font des mêmes réalités des images différentes dont découlent leurs comportements.

En effet, la relation médecin-malade comme le fait remarquer FRANCOIS LAPLANTINE est : une relation qui jaillit de la confrontation entre deux champs de connaissance : <sup>(1)</sup>

-Le champ du malade, caractérisé par la souffrance et la conscience de l'expérience morbide avec ses composantes irrationnelles d'angoisse et d'espérance.

-Le champ du médecin qui, dans le cas du diagnostic, du pronostic et du traitement, est le seul sujet des énoncés socialement légitimes et fonde précisément sa pratique sur la récusation d'une partie de l'expérience du malade(notamment de la jouissance, du désir, du langage et du « vécu » de la souffrance) au profit de la connaissance objective comme seule source d'authenticité.

Le constat que nous pouvons faire, c'est qu'il existe d'emblée un déséquilibre entre le soignant détenteur de pouvoir médical, et le soigné amoindri par sa maladie.

Le Pt ALI CHADLY, dans son article portant sur l'approche transculturelle de l'ethnique bio médicale va encore plus loin pour insister sur le fait que : « L'appartenance du patient à une culture différente de celle de son soignant est de nature à apporter une distorsion supplémentaire à leur relation, voire à majorer le déséquilibre de puissance entre les deux parties. »<sup>(2)</sup>

En d'autres termes, l'appartenance culturelle du patient en rapport avec son origine et son milieu d'éducation apporte une composante supplémentaire dans la gestion de la relation soignant-soigné qui, en aucun cas, ne peut être ignorée sous peine de rendre encore la relation médecin-malade irréductible.

---

<sup>(1)</sup>LAPLANTINE FRANCOIS, « Anthropologie de la maladie », Edition Payot, Paris, 1986, p.17.

<sup>(2)</sup>CHADLY. M, « Approche transculturelle de l'ethnique biomédicale. In revue la lettre de l'espace ethnique, N° 15-18, 2002, p.150-152.

Par ailleurs, lorsqu'on parle d'étiologie dans notre société, seule l'étiologie scientifique de la médecine est considérée mais jamais l'étiologie subjective des malades.

FRANCOIS LAPLANTINE qui a tenté de donner un sens à ce phénomène, nous explique le fait suivant : « L'idée largement dominante est que la causalité « bio » médicale est indemne de représentation, comme si nous éprouvions de la difficulté à admettre que l'interprétation de la maladie est un phénomène social qui n'est pas seulement le fait des spécialistes mais d'absolument tout le monde. »<sup>(1)</sup>

Ainsi, dans la majorité des cas, le point de vue de l'usager de la santé est considéré comme une source de méconnaissance et sans intérêt par rapport à cette médecine.

Il est encore consternant d'apprendre qu'une telle tendance est parfaitement partagé par la majorité des chercheurs en sciences sociales à l'exception de quelque uns qui se présentent comme des pionniers dans ce domaine mais peu préoccupés par cette question.

FRANCOIS LAPLANTINE par la diversité des ses approches a essayé de résumer cette carence de recherches anthropologiques relatives à l'interprétation étiologique de la maladie par les patients de la manière suivante :<sup>(2)</sup>

1- Une grande partie des travaux menés en ethnomédecine intègre bien dans son champ de recherche cet objet précis d'investigation, mais il concerne pour l'essentiel, les sociétés qui ont évolué en dehors dans notre aire culturelle et qui refusent toute médicalisation savante.

2- Les travaux menés du point de vue de la socio médecine qui se donnent comme champ thérapeutique privilégié l'étude du corps médical lui même, et plus encore, les systèmes institutionnels et particulièrement l'hôpital. Or ce choix s'effectue au détriment de ce qui est vécu par les malades, qui ne semble pas intéresser outre mesure les sociologues.

3- En revanche, l'exploration de cet objet de la maladie connaît dans les pays développés un développement considérable de la part des sciences psychologiques qui intègre toujours le point de vue du malade.

Parmi les préoccupations des anthropologues dans le domaine médical, c'est d'essayer d'aller, au delà de l'approche restrictive de la médecine pour mieux analyser tout ce qui gravite autour de la relation médecin-malade.

---

<sup>(1)</sup> LAPLANTINE FRANCOIS, « Anthropologie de la maladie », Edition Payot, Paris, 1986, p.17.

<sup>(2)</sup> IDEM : .p.18.

Dans ce sens, FRANCOIS LAPLANTINE met en lumière ce qui est vécu par les malades et ce qui est vécu par les médecins dans l'exercice de leur pratique en décrivant les deux pôles constitués par :<sup>(1)</sup>

-La maladie en troisième personne, c'est à dire la connaissance médicale « objective » objet de la plus grande légitimation sociale.

-La maladie en première personne, c'est à dire l'étude de la subjectivité du malade qui interprète lui-même les processus qui font qu'il se « sent malade » ou « en pleine forme » aussi que la subjectivité du médecin.

Pour nous permettre de mieux appréhender cette bipolarité à partir de laquelle se structure, s'organise la relation médicale, il n'y a pas mieux de se référer au champ linguistique.

A titre d'illustration, le vocabulaire utilisé dans la langue française ne dispose que du mot malade là où la langue anglaise possède une triple terminologie :

Disease ( la maladie telle qu'elle est appréhendée par le savoir médical.)

Illness ( la maladie telle qu'elle est éprouvée par le malade.)

Sickness (un état beaucoup moins grave et plus incertain que le précédent comme le mal de mer, le mal de coeur et plus généralement le malaise.)

En se basant sur les derniers travaux américains d'anthropologie de la maladie et de la santé, JEAN BENOIST cité par LAPLANTINE FRANCOIS estime que : « sickness est susceptible de rendre compte à la fois des conditions sociales, historiques et culturelle d'élaboration des représentations du malade et des représentations du médecin, et cela quelle que soit la société concernée. »<sup>(2)</sup>

Il est utile de rappeler que c'est à partir de cette triple terminologie que les chercheurs anglo-saxon ont tenté depuis une dizaine d'années de construire des concepts dont la langue française est totalement dépourvue.

Après ce survol, nous pouvons constater que le regard anthropologique par rapport à la relation médecin-malade, nous incite à mettre dans le débat les limites des maladies étiologiques centrés uniquement sur les facteurs biologiques et physiologiques.

### **9-3-L'anthropologie appliquée au pratique de soin :**

Les praticiens doivent être préparés à dispenser des soins culturellement adapté à chaque malade.

---

m IBID :. p.19.

(2) LAPLANTINE FRANCOIS, Anthropologie de la maladie, Payot, Paris, 1986, p.20.

Le terme culture utilisé ici dans son sens anthropologique, désigne d'après Pr CHADLY : « tout ce que la personne acquiert après sa naissance du fait des constats qu'elle a eu avec la société dans laquelle elle a grandi. »<sup>(1)</sup>

C'est pourquoi, certains axes de l'anthropologie nous semblent importants, en ce sens qu'ils permettent au médecin de posséder un référentiel quand aux soins dispensés à des malades de culture différente.

C'est ainsi, que des conceptions particulières de la médecine et des soins peuvent modifier encore davantage le schéma de relation entre le soignant et le soigné.

A titre d'illustration, nous pouvons donner le cas du malade issu d'une culture pratiquant une médecine traditionnelle, émigrant vers une autre culture à médecine fondée sur la technologie. Les différences culturelles sont présente dans chacune de nos activités quotidienne comme manger, travailler, se vêtir, prier...ext.

Elles ont façonnés nos modèles éducatifs pour que l'individu soit en adéquation avec les valeurs culturelles de son pays.

Evoquant la place importante que peut avoir l'anthropologie dans les pratique de soin, V CHARON-AM- GIRAUD expliquent que : « toute culture contient au moins un système de pensée qui intègre à la fois une conception de la maladie, de l'âme et il est généralement admis par la majorité des membres de la culture. »<sup>(2)</sup>

Dans ce sens, il n'est pas étonnant de constater qu'un patient de culture différente refuse des soins.

A ce niveau, il est intéressant que le praticien cherche ce que ce refus signifie, afin de mieux comprendre le malade et négocier ce qui est possible avec lui.

Il est admis que le médecin ne peut pas connaître toutes les représentations du patient, leurs croyances.

En revanche, il peut être sensibilisé, durant sa formation à l'anthropologie religieuse qui met l'accent sur les divers rites et croyances religieuses pouvant l'aider considérablement dans l'accompagnement des malades. Le professeur CHARLES HONNORAT nous l'avait dit : « L'art médical est un art de l'accompagnement avant d'être un art du soin. »<sup>(3)</sup>

---

<sup>(1)</sup> CHADLY. M, « Approche transculturelle de l'ethnique biomédicale. In revue la lettre de l'espace ethnique, N° 15-18, 2002, p.150-152.

<sup>(2)</sup> CHARON. V. GIRAUD. AM, « Les sciences humaines au service des soins infirmiers », Edition ellipses, Paris 1999, p.194.

<sup>(1)</sup> HONNORAT. M, Apprentissage de l'exercice médical, le malade et sa maladie, SE, Paris, 2002, p.3 et 4.

Les travaux des ethnologues nous renseignent qu'en dépit d'une standardisation médicale, la perception, l'interprétation et la réponse au phénomène physiologique dépendent étroitement de l'ethnie, de la religion et du contexte socioculturel quel que soit le degré d'imprégnation du savoir scientifique sur l'homme, il reste que les pratiques individuelles de soin soit composées de croyances diverses, scientifique et traditionnelle et que l'effet du groupe sur l'état de santé est considérable.

Dans ce contexte précis, il est tout à fait indiqué de noter la diversité des perceptions que peuvent avoir par exemple le monde occidentale et le monde orientale du même concept qui est le santé.

Si le monde occidental est très consommateur de soins curatifs et préventifs qui pousse le malade à demander en permanence d'autre traitement, le monde oriental est moins dans

l'attente d'une médecine toute puissante qui pourrait résoudre toutes les difficultés de santé : Cette attitude ne peut s'expliquer que par ses croyances qui relativisent la demande de soins. En effet, les individus là bas ne se considèrent pas comme les seuls responsables durant la maladie. Aussi, une meilleur compréhension des données culturelles peuvent révéler la diversité des comportements face à la maladie. Les modes alimentaires, les conditions socio-économique, les valeurs, les croyances, ont une influence sur la personne malade et les remèdes qui lui sont propres.

A titre d'exemple, beaucoup de médecins étrangers à la culture musulmane, ont été stupéfaits de constater que le patient musulman se préparant à une opération chirurgicale délicate garde bien le morale. Cet état de fait, pousse aujourd'hui, des praticiens et des anthropologues à mettre en débat la relation qui existe entre les croyances et le système immunitaire.

On s'attend à être optimisé à ce que cette problématique débouchera sur des résultats pouvant contribuer amplement dans la prise en charge du patient.

Concernant la relation médecin-malade, les anthropologues ont montré le rôle important joué par la culture dans l'écart qui se creuse dans la relation soignant-soigné.

Il y a plus de cinquante ans, BENE LERICH cité par Pr CHADLI avait déjà attiré l'attention sur l'écart entre : « la maladie du malade et la maladie du médecin. »<sup>(1)</sup> .La conception anglaise de la maladie dans ses dénominations est très instructive.

---

<sup>(1)</sup> CHADLY. M, « Approche transculturelle de l'ethnique biomédicale ». In revue la lettre de l'espace ethnique, N°15-18, 2002, p.150-152.



Abondant dans le même sens, CHARLES HONNORAT confirme que :«-La version médicale, qui résulte d'une rationalité scientifique, croyance en l'existence d'entités pathologiques que sont les maladies.

-Le patient ressent des symptômes, mais ne les décode pas avec la même manière que le médecin.-Le patient donne un sens à son état de malade : pourquoi ai-je mérité cela ? ou dans d'autres cultures qui me veut du mal ? Les critères de l'entourage et de la société pour reconnaître une maladie. »<sup>(1)</sup>

Il est caractéristique d'observer que la demande du patient évolue puisque certaines plaintes mineurs d'hier sont aujourd'hui des motifs de consultation.

Aussi, de plus en plus de motifs de consultation relèvent du social, du psychologique, en tout cas du non — médical au sens classique du terme.

Sur ce plan, les anglais savent faire la différence entre cure, le soin de la maladie (guérir, soigner) et care, le soin que l'on apporte au patient (compatir, prendre soin).

En conclusion, nous pouvons dire que les enquêtes de type anthropologique appliquées à la santé faisant intervenir les attitudes, les croyances, et les pratiques d'un groupe particulier ont permis une meilleure pratique des soins. Ainsi, connaître le groupe d'appartenance du patient, sa religion, peuvent être deux indicateurs pouvant orienter les premiers actes à accomplir face à la personne malade.

#### **9-4-L'importance de l'initiation de l'étudiant en médecine à l'anthropologie dès la formation médicale initiale :**

Au cours de sa formation, l'étudiant en médecine doit être initié à identifier les implications anthropologiques face à des situations particulières. Le secteur médical représente le champ social où s'imbriquent les sciences exactes et les sciences humaines, c'est pourquoi tant de disciplines s'y intéressent.

Compte tenu de la complexité de l'univers médical, il est apparu important de proposer à l'étudiant des éléments lui permettant de mieux cerner l'importance des facteurs anthropologiques dans l'acte médical. Pour s'en convaincre, il n'y a pas mieux de chercher les buts assignés à l'enseignement de l'anthropologie dans la formation médicale.

Participant à un débat relatif au projet pédagogique portant sur l'ouverture de la médecine aux sciences humaines, à la faculté de médecine, PHILLIP BAGROS déclare que : « L'anthropologie

---

w HONNORAT. M, Apprentissage de l'exercice médical, le malade et sa maladie, SE, Paris, 2002, p.4.

a pour but de développer l'esprit critique de l'étudiant et de construire une matière résistant durablement aux attaques tant des scientifiques que des noms scientifiques et aux controverses éventuels. »<sup>(1)</sup>

Dans la même perspective, PHILIPP BAGROS ajoute que : « L'anthropologie est applicable à des situations cliniques. »<sup>(2)</sup>

Cette rencontre entre le médecin et le patient est une rencontre particulière puisque elle met en jeu deux représentations de la maladie, celle du médecin et du patient.

Nombreux sont les écrits anthropologiques qui ont montré que les attitudes face à la maladie sont étroitement liées au rapport que l'homme entretient avec son corps. Ce rapport oscille selon l'appartenance sociale et culturelle.

Pour EMMANUELLE BURFIN, ceci explique : « Le décalage qui existe entre la morbidité ressentie et la morbidité diagnostiquée. »<sup>(3)</sup>

On observe depuis quelque année, l'émergence du discours dominant qui consiste à soigner tout le monde de la même manière.

Portant un regard critique sur cette façon de faire, le sociologue et anthropologue DAVID LE BRETON, un des premiers à militer en France pour l'introduction « des humanités en médecine », affirme que : « L'efficacité médicale perd de sa puissance en méconnaissant la dimension anthropologique de la maladie et de la relation thérapeutique. »<sup>(4)</sup>. Autrement dit, la maladie n'est pas une afflèction organique pure et simple. Elle touche un homme intégré dans une trame sociale et culturelle.

Evocant la place de l'inconscient dans la relation thérapeutique, LUCIEN ISRAEL nous avertit que : « Si le médecin en prenait conscience des représentations que se fait le malade sur sa personne, il lui deviendrait possible de mieux comprendre toute la démarche du monde et par la même occasion amener le malade à découvrir le sens de sa recherche. »<sup>(5)</sup>

L'amélioration de l'empathie du médecin passe par une modification de ses motivations, et ses désirs et surtout de ses représentations.

---

(1) BAGROS PHILIPPE, de TOFFOL BERTRAND, Introduction aux sciences humaines en médecine. Edition. ellipses, Paris, 1993. p.10. (2) IDEM :. p.3

(3) EMMANUEL BURFIN, « Apport de l'anthropologie médicale à la pratique médicale », In revue ASS-ego - de santé. Séminaire Courchevel, 17 et 18 mars 1994, p.15-19.

(4) DAVID LE BRETON, « Docteur, SVP, un peu d'humanité », In revue le monde de l'éducation, Avril 1995, p.48-51.

(5) ISRAEL LUCIEN, cité par HONNORAT CHARLES, « Apprentissage de l'exercice médical, le malade et sa maladie », SE, Paris, 2002, p.7.

Parcourant la littérature consacrée à l'anthropologie médicale, on note qu'il est de plus en plus admis que soigner un malade correspond de plus en plus à un processus collectivement déterminé plutôt qu'un acte individuel. Si l'on veut établir une comparaison, le médecin serait comme un pilote aux commandes d'un avion. L'anthropologie lui fait remarquer qu'il met en jeu des commandes multiples que sont les codes de l'interaction et les systèmes de représentations de la société dans laquelle il se trouve. Sa pratique en devient plus riche.

Ce n'est plus un secret pour personne, les études médicales privilégient l'accumulation de savoir médical sans donner beaucoup d'importance à l'initiation à la relation médecin-malade qui est au cœur de l'acte médical. Or l'anthropologie peut apporter un nouveau éclairage sur la relation soigné-soignant puisque elle permet d'élargir l'horizon du médecin, en l'incitant à mieux connaître et comprendre les systèmes de représentation des patients.

Aujourd'hui, on constate que l'un des problèmes qui revient le plus fréquemment dans la relation médecin-malade semble être la difficulté pour le patient à se faire entendre du médecin.

MARIE CHRISTINE POUCHELLE, ethnologue, nous explique pourquoi une telle difficulté existe en déclarant que : « La difficulté pour le médecin, c'est qu'il a affaire à deux systèmes de savoir sur le corps : celui qu'il a en tant que personne et qu'il partage avec nous tous, et celui qu'il a acquis à la faculté de médecine. Or les études de médecine d'une part lui apprennent à disqualifier son savoir ordinaire, et d'autre part à faire l'impasse sur sa propre émotion. »<sup>(1)</sup>. Résultat, il a des rapports ambigus avec la parole du patient, comme avec le sens commun.

En conclusion, nous pouvons affirmer que l'anthropologie peut être d'un apport considérable pour l'étudiant dans la pratique médicale, elle lui permet de rapprocher des matériaux culturels qui constituent un moyen privilégié\* de connaissance de la maladie et des représentations.

---

<sup>(1)</sup> POUCHELLE MARIE-CHRISTINE, « Compétence du patient et histoire de la médecine », In revue Santé - M GEN - Janvier 1998, p.12-13.

## **PARTIE PRATIQUE**

## **CHAPITRE N° 10 : ASPECTS METHODOLOGIQUES**

### **10-1-1 n troduction :**

Parmi les facteurs de modification des pratiques médicales, la formation initiale des médecins généralistes joue un rôle essentiel parce-que elle influence de manière plus déterminante les attitudes et les comportements professionnels des futurs praticiens.

Si les conditions d'accès en médecine sont draconiennes, les besoins en soins sont de moins en moins satisfaits notamment au plan de leur qualité jetant le doute sur la qualité de la formation.

Une meilleure pratique médicale ne doit pas intégrer seulement des composantes techniques mais humaines pour que les malades bénéficient d'une prise en charge de qualité. C'est dans ce cadre précis, que l'étude que nous vous proposons à pour objectif essentiel de vérifier s'il y a adéquation entre les programmes de formation destinés au médecin généraliste et les exigences de la pratique médicale moderne.

Pour mener cette étude, le chercheur a utilisé les instruments suivants :

-Analyse du poste de « médecin généraliste » au moyen d'un dossier d'analyse de poste basé sur la théorie de la communication (établissement du profil du médecin généraliste). - Questionnaire portant sur « l'évaluation de la formation médicale par rapport aux objectifs professionnels » destiné à des praticiens ayant bénéficié d'une mise en situation professionnelle sur le poste de « médecin généraliste » en cours de la formation (internes-résidants) et des médecins généralistes en activité dont la durée de travail ne dépasse pas les quatre ans.

L'enquête en question qui se présente sous forme d'enquête par entretien a eu lieu durant l'année 2002-2003.

Elle a été menée au niveau des structures sanitaires (CHU, hôpital, polyclinique) des chefs lieux de wilaya (Sétif, Constantine, Batna).

Pour les besoins de l'enquête, nous avons veillé à la formation d'une équipe d'enquêteur au niveau de chaque chef de lieu de wilaya composée de maîtres assistants en épidémiologie, des résidants en épidémiologie, des médecins exerçant dans différentes structures sanitaires, des internes, des étudiants de 4 è année en sciences sociales et humaines.

Plusieurs réunions ont été organisées avec les équipes afin de leurs expliquer l'objectif général de l'enquête et les axes de travail contenus dans le questionnaire.

### **10-2-Le champ de l'étude :**

Compte tenu de l'objectif de l'étude, qui consistait à vérifier s'il y a un écart entre la formation universitaire du médecin généraliste en début d'exercice par rapport aux objectifs professionnels de la pratique médicale, nous avons ciblé trois groupes de praticiens dont deux en formation (Internes — Résidents) ayant bénéficié d'une mise en situation professionnelle sur le poste de médecin généraliste et un groupe en activité (médecins généralistes) dont la durée d'expérience ne dépasse pas les quatre ans. Le choix est motivé par les données recueillies durant la pré enquête, l'analyse de poste et les entretiens avec les professionnels qui indiquent que le praticien ne peut se familiariser par l'ensemble des activités de la pratique médicale qu'au delà d'une période dépassant les quatre ans. De ce fait, les praticiens qui ont exercé plus de quatre ans ne sont pas concernés par l'étude. Cette population qui n'est pas visée par l'étude a eu le temps nécessaire au moyen de la formation continue (semaine, journées d'étude, congrès) de réduire l'écart entre la formation initiale et les objectifs professionnels.

Il y a lieu de signaler aussi que pour les facilités de l'enquête, nous avons questionné les praticiens affectés seulement au niveau des chefs de lieux de wilaya (Sétif, Constantine, Batna) et exerçant au niveau des structures sanitaires (Service d'hospitalisation, CHU, centre de santé, service d'urgence).

Nonobstant, notre intention **d'impliquer dans l'enquête les praticiens exerçant dans le privé**, les problèmes rencontrés dans la **récupération des questionnaires chez ces praticiens compte** tenu de leurs contraintes professionnelles, nous ont incité à limiter notre étude qu'aux praticiens exerçant au niveau du secteur publique.

### **10-3- Justification de l'échantillon :**

Partant de l'objectif de l'étude qui consistait à vérifier s'il existait un écart entre la formation universitaire du médecin généraliste et ses activités professionnelles, nous avons jugé utile d'opter pour le choix de trois groupes de praticiens dont deux en formation (internes-résidents) et un en activité (médecins généralistes) dont la durée d'exercice ne dépasse pas les quatre ans d'expérience).

Ce choix est motivé par le fait que la raison principale de notre démarche, c'est d'évaluer la formation universitaire «brute » du praticien mis directement en situation professionnelle. La caractéristique commune des trois groupes, c'est qu'ils sont composés des praticiens (tout statut professionnel confondu) ne dépassant pas les quatre ans d'activité.

Pourquoi avoir limité cette période d'activité à quatre ans ?

La pré-enquête sur le terrain, l'analyse de poste et les entretiens avec les professionnels de la santé nous ont permis de recueillir un ensemble d'information concernant les activités professionnelles du nouveau praticien en exercice.

Il ressort que les particularités de la médecine générale, ajoutées aux difficultés inhérentes à une démarche englobant l'ensemble des activités de la pratique montrent bien que l'évaluation de la formation médicale est un domaine d'expérimentation difficile.

Il y a lieu de signaler que le praticien en situation professionnelle peut exercer continuellement ou en même temps dans les structures :

-Services d'hospitalisation.

-Consultation externe.

-Equipe mobile (prévention et santé scolaire).

Le champ de son activité dépasse largement le diagnostic ou la thérapeutique de la maladie.

Il doit savoir soulager la douleur, prendre en charge les pathologies, suivre un malade plusieurs années. Il doit aussi mener des actions de prévention, de conseils d'information médicale.

Il doit contribuer sur le terrain par ses propres moyens au bien être des populations.

On sait aujourd'hui que les médecins une fois sortis de la faculté de médecine sont interpellés sur le terrain par les problèmes reflétant les différents aspects de la pratique médicale.

Aussi, l'apprentissage de l'exercice de la médecine générale nécessite plusieurs années d'activités. D'après les professionnels, on estime que le praticien ne peut se familiariser par l'ensemble des activités de la pratique médicale qu'au-delà d'une période dépassant les quatre ans.

Cherchant à évaluer les programmes de formations universitaires par rapport aux objectifs professionnels concernant le praticien en début d'exercice pour situer l'écart. Nous avons ciblé la population des praticiens en cours de formation et en activité et qui ne dépasse pas quatre ans d'activité. Ce qui veut dire que les praticiens qui ont exercé plus de quatre ans ne sont pas concernés par l'étude. Nous considérons que cette population qui n'est pas visée par l'étude comme une population qui a eu le temps nécessaire pour colmater les brèches de la formation initiale en profitant de la formation continue (semaine, journées d'étude congrès).

#### **10-4-Population d'étude :**

Le but de notre étude consiste à vérifier s'il y a adéquation entre les programmes de formation initiale du praticien en début d'exercice et les objectifs professionnels de la pratique médicale.

Partant de cet objectif, notre population d'enquête a été constituée «d'acteurs privilégiés». On entend par acteurs privilégiés tous les individus ou groupe d'individus qu'on a décidé d'interroger dans le cadre de notre enquête, parce que on considère qu'ils font partie des acteurs les plus concernés par notre question de recherche.

Considérant l'objectif de notre enquête, nous avons décidé d'évaluer d'une part, la formation initiale des praticiens ayant bénéficié d'une mise en situation professionnelle sur le poste de «médecin généraliste » en cours de formation, et d'autre part, les médecins généralistes en activité dont la durée de travail ne dépasse pas les quatre ans d'expérience. En conséquence, nos principaux acteurs privilégiés sont :

-En cours de formation :

- 1- Les internes
  - 2- Résidants 1<sup>ère</sup> année, 2<sup>ème</sup> année, 3<sup>ème</sup> année.
- En activité professionnelle :

Les médecins généralistes :

- 1- 0 à 1 an d'expérience.
- 2- 1 à 2 ans d'expérience.
- 3- 2 à 3 ans d'expérience.
- 4- 3 à 4 ans d'expérience.

De ce fait, les praticiens ayant exercé comme généraliste à plein temps et dépassant les quatre ans d'expérience ne sont pas concernés par l'étude.

Les échantillons ont été tirés d'une manière aléatoire et par strates selon « le statut professionnel ».

L'élaboration du questionnaire a eu lieu du 02/09/2002 au 28/01/2003. Quant à l'enquête qui se présente sous forme d'enquête par entretien, elle a été menée au niveau des structures sanitaires (CHU, HOPITAL, POLYCLINIQUE, CENTRE DE SANTE... ext) à partir du 03/02/2003 au 30/06/2003. Compte tenu des difficultés rencontrées dans la récupération des questionnaires qui exigeaient des déplacements vers d'autres wilaya (Constantine, Batna), le dépouillement du questionnaire n'a pu être réalisé que durant la période Septembre-Décembre 2003.



Les données recueillies sur la population objet de notre étude, nous ont permis de restituer les résultats suivants :

Population des praticiens en cours de formation :

Tableau n° : 04 Faisant ressortir la population des praticiens internes au niveau de chaque wilaya :

WILAYA	INTERNES
SETIF	39
CONSTANTINE	39
BATNA	35
TOTAL	113

Le tableau n°04 : montre la répartition des praticiens (internes) au niveau de chaque wilaya. On entend par praticien l'ensemble des acteurs ayant bénéficié d'une mise en situation professionnelle sur le poste de « médecin généraliste ».

Les internes sont des étudiants qui entament leur dernière année et qui bénéficient d'une mise en situation professionnelle sur le poste de médecin généraliste. Parallèlement, ils participent à des stages pratiques au niveau de plusieurs services du CHU (centre hospitalier universitaire).

Tableau n° : 05 La répartition des résidents au niveau des trois wilaya :

Wilaya	Résident en 1 <sup>ère</sup> année	Résident en 2 <sup>ème</sup> année	Résident en 3 <sup>ème</sup> année	TOTAL
Sétif	06	04	14	24
Constantine	11	08	08	27
Batna	04	03	02	09
TOTAL	21	15	24	60

Le tableau n°05: indique la répartition des résidents au niveau de chaque wilaya. Cette catégorie de médecins exerce au niveau du CHU et suit une formation de médecin spécialiste.

Les deux positions les rendent intéressants dans le cadre de l'évaluation de la formation initiale par rapport à la pratique médicale.

**Population des praticiens en activité :**

**Tableau n° 06 :** faisant apparaître la répartition des médecins au niveau des trois wilaya et dont la durée d'exercice ne dépasse pas les quatre ans d'expérience.

Wilaya	Médecin en activité de 0 à 1 an	Médecin en activité de 1 an à 2 ans	Médecin en activité de 2 ans à 3 ans	Médecin en activité de 3 ans à 4 ans	TOTAL
Sétif	04	02	02	04	12
Constantine	02	01	02	04	09
Batna	09	07	05	10	31
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>09</b>	<b>18</b>	<b>52</b>

Ce qu'il faut souligner, c'est que cette catégorie de praticiens est limitée au point de vue nombre compte tenu du gel des recrutements dû à la conjoncture économique (manque de postes budgétaires). Il ya lieu de noter que ces praticiens ont exercé au niveau de l'ensemble des structures sanitaires (hôpital, CHU, polyclinique, centre de santé).

Pour les besoins de l'étude, cette population est importante dans la mesure ou l'objectif de notre enquête, c'est d'évaluer la formation initiale du produit brut de l'université, c'est à dire à dire le praticien qui commence juste à exercer après avoir subi la formation.

t4ea<sub>1</sub> t<sub>17</sub> ;e9KliqueLitla

ns\_pal: sexe au ni.eati \$.:zs trois

**Wilaya :**

	CONSTANTINE		BATNA		F	M	%	M	°A)	
	F	M	F	M						
<b>Internes</b>	<b>21</b>	<b>17</b>	22	16	20	17	63	55,75	50	44,25
Médecins	09	11	08	06	10	08	27	52,25	25	47,75
Résidant	12	05	11	12	12	08	135	58,33	25	41,66
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>33</b>	41	34	42	33	125	55,54	100	44,44

Comme l'indique le tableau n° 4, le sexe féminin représente (55,56%) de l'ensemble des praticiens contre (44,44%) pour le sexe masculin des effectifs retenus **pour l'étude**. Cette différence tient au fait que les sciences médicales semblent être les plus attirantes parmi les

formations proposées notamment chez les filles, qui pensent nouer des rapports spécifiques avec cette discipline parce que soigner signifie entre autre répondre à des besoins.

Compte tenu des données culturelles, les filles sont mieux préparées au moyen de l'éducation à répondre à des besoins, en position de rendre service, et parallèlement, elles ressentent très fortement le besoin d'être valorisé.

**Tableau n° : 8 faisant ressortir la répartition des praticiens selon le lieu d'exercice :**

Lieu d'exercice	Internes		Médecins		Résidant		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Scs <b>d'hospitalisation</b>	98	86,72	35	67,30	56	93,33	189	84
Scs <b>d'urgence</b>	29	25,66	11	21,15	12	20	52	23,11
<b>Centre de santé Polyclinique</b>	05	4,42	10	19,23	09	15	24	8,44
<b>Total</b>	<b>132</b>		<b>56</b>		<b>77</b>		<b>265</b>	

Le tableau n1 indique que les 225 praticiens interrogés ont déclaré 265 lieux d'exercice, ce qui montre que 20 à 40 praticiens exerçant au niveau de deux ou trois lieux d'exercice.

Pour les facilités de l'enquête, les praticiens ont été interrogés au niveau des trois chefs lieux de la wilaya, ce qui explique le faible pourcentage des praticiens exerçant au centre de santé, alors que sur l'ensemble du territoire la population des praticiens exerçant dans la périphérie est plus importante.

#### **10-5-Construction des échantillons :**

Nous avons recueilli la liste des trois groupes de praticiens (Internes —médecins - résidants) au niveau des DAPM, des CHU des chefs lieux des Wilaya (Sétif — Constantine — Batna) et des DRI I (Direction des ressources humaines) des secteurs sanitaires des mêmes villes.

Sur chacune des neuf listes, chaque nom a été affecté d'un numéro selon l'ordre alphabétique.

Les échantillons ont été tirés d'une manière aléatoire par strates (selon le statut professionnel au niveau de chaque wilaya).

**Tableau n° 9 : représentant la construction des échantillons à enquêter.**

	SETIF			CONSTANTINE			BATNA			TOTAL		
	Population Parente	Echantillon d'enquête	Pourcentage	Population Parente	Echantillon d'enquête	Pourcentage	Population Parente	Echantillon d'enquête	Pourcentage	Population Parente	Pourcentage choisi	Echantillons à enquêter
INTERNES	129	39	30,23	361	39	10,80	75	35	46,66	565	20%	113
MEDECINS C; GENERALISTES	75	12	16	171	09	5,26	101	31	30,69	347	15%	52
RÉSIDENTS	175	24	13,71	593	27	4,55	32	09	28,12	800	7,5%	60
TOTAL	379	75	19,79	1125	75	6,67	208	75	36,66	1712	13,14%	225

a) 11 a été fortement souligné lors de la justification de l'échantillon, que l'objectif de l'étude étant l'évaluation de la formation universitaire « brute » du praticien mis directement en situation professionnelle, nous considérons que les internes sont les acteurs les mieux placés pour évaluer l'écart éventuel en formation (qu'ils terminent) et la pratique médicale qu'ils entament.

h) Les médecins à mesure qu'ils s'éloignent de leur première année de pratique, distinguent moins facilement les apports et les manques de la formation initiale puisque la formation continue se superpose progressivement à la formation initiale.

c) Quant aux résidents, leur double statut (étudiants formés par les professeurs et les maîtres assistants) et (formateurs des externes) influençaient nettement leur évaluation de la formation médicale.

Pour ces raisons, nous avons décidé de tirer des échantillons comme suit :

(20 %) des 565 internes soit 113 internes.

(15 %) des 347 médecins soit 52 médecins.

(7,5 %) des 800 résidents soit 60 résidents.

Ce qui nous donne un total de 225 praticiens à interroger.

Pour que les trois chefs de lieux de Wilaya aient le même poids dans l'évaluation de la formation médicale, nous interrogeons au niveau de chacun ( $225: 3 = 75$ ) praticiens au niveau de chaque chef lieu de Wilaya.

Il y a lieu de signaler que dans chacune des villes, nous avons réparti les échantillons des groupes selon le statut professionnel (Internes — Médecins — Résidants) proportionnellement aux effectifs respectivement des coefficients 20 — 15 — 7,5.

Sur chacune des neuf listes nominatives classées par ordre alphabétique correspondant aux trois groupes des praticiens au niveau des trois chefs de lieu de Wilaya ciblés, nous avons choisi les premiers jusqu'au nombre de l'échantillon figurant sur le tableau ci dessus.

Il y a lieu de noter que dans sept des neuf groupes, nous avons été obligés de remplacer une à quatre absences pour les remplacer par les praticiens suivant dans l'ordre alphabétique.

#### 10-6-Méthodologie de recherche :

On considère qu'à chaque problème convient particulièrement une modalité méthodologique.

Dans le cadre de notre étude, nous avons opté pour la méthode descriptive de recherche qui consiste à mettre en évidence une relation entre les faits à partir d'un recueil de données sur le problème de recherche à étudier.

«VANDALEN et MEYER » cité par ANTOINE LEON et ses collaborateurs, définissant les recherches descriptives comme : « des méthodes ayant pour but la description systématique des faits ou des caractéristiques d'une population donnée, ou d'une situation particulière. »<sup>(1)</sup> A signaler qu'à l'intérieure même des recherches descriptives différents niveaux existent. De l'enquête simple jusqu'à certaines formes d'étude exigeant l'analyse approfondie de certains états de faits nécessitant une mise en oeuvre méthodologique plus élaborée.

Il y a lieu de signaler que la recherche descriptive n'a de sens que si elle peut mener à quelque généralisation même partielle.

#### 10-7-Choix des techniques appropriées aux données à recueillir (Les outils de recherche):

Le choix des techniques de collecte des données dépend de la nature du problème étudié, des variables retenues et de leurs relations supposées telles qu'elles sont indiquées dans les

---

<sup>(1)</sup> ANTOINE LEON et ses collaborateurs : Manuel de psychopédagogie expérimentale. Edition PAF, 1977, P.72.

hypothèses, des caractéristiques des sujets, du plan d'expérience, de l'exploitation statistique envisagée.

Si chaque technique est appropriée pour la collecte d'une catégorie déterminée de données, l'emploi de plusieurs techniques est souvent nécessaire pour une même recherche.

C'est le cas de notre recherche qui compte tenu de l'objet étudié, et de la multiplicité des facteurs en cause, nous incite à préparer une stratégie consistant à utiliser deux techniques de recueils de données :

#### 10-7-1-L'analyse de poste :

Comme l'objectif de notre étude consistait à évaluer la formation initiale du médecin généraliste par rapport aux objectifs professionnels, le choix de l'analyse de travail comme une technique de recueil de données est une étape capitale dans une procédure d'évaluation menée en milieu professionnel.

Ainsi, l'analyse de poste nous a permis de décrire les activités du médecin généraliste qui sont essentielles à la bonne conduite de la tâche ou à l'accomplissement de la fonction. Elle a permis également de décrire les relations qui existent éventuellement entre les différents aspects du travail.

Evoquant cette technique, (CLAUDE LEVY LEBOYER) précise que «le lien entre nécessité professionnelle et évaluation des qualités requises passe donc par une analyse pertinente du travail mettant en évidence les pré — requis essentiels des tâches et des missions. »<sup>(1)</sup>

Il y a lieu de noter comme le soulignent JULES DESORIES et JOCELYNE que pour évaluer un programme, il faut un critère, il faut connaître les objectifs précis du programme de formation, lesquels peuvent être la somme des qualifications requises pour exercer un métier.» (2)

Ceci veut dire que dans notre cas d'étude, les activités des médecins peuvent servir de critère dans l'évaluation de la formation médicale en vue de dégager l'écart existant.

---

(1) CLAUDE LEVY LEBOYER ; Evaluation du personnel, quels objectifs ? Quelles méthodes ?. Les éditions d'organisation, 1996, P.22.

(2) JULES DESORIES ET JOCELYNE : Sesame et l'évaluation de programme. La Revue N°9 Danni Favriion-Mais 1971, P92. Edité par l'institut national pour la formation des adultes.

### **10-7-2-Le questionnaire :**

Comme champ d'application de ce que nous avons avancé dans la partie théorique, nous avons procédé à l'élaboration d'un questionnaire qui par son contenu et sa présentation, a contribué à bien préparer les sujets à communiquer les informations attendues.

Cet outil de recherche nous a permis de traduire les objectifs de la recherche en un ensemble de questions portant sur la problématique.

Le questionnaire a été élaboré en se basant sur les éléments suivants :

- 1) Consultations d'une abondante littérature ayant un rapport étroit avec le thème de recherche.
- 2) Exploitation des résultats de l'analyse du poste de médecin général (établissement du profil du médecin généraliste).
- 3) Mettre à profit les entretiens tenus avec les professionnels de la santé, des malades et parents de malades.
- 4) Le chercheur a eu l'honneur d'être président et membre fondateur de l'association des parents d'infirmités motrices d'origine cérébrale (IMC) de Sétif.

Sa participation dans le mouvement associatif en vue d'une meilleure prise en charge des enfants atteints d'une maladie chronique lui a offert l'occasion de côtoyer les parents des enfants malades et les professionnels de la santé. Durant cette période, il a pu se rendre compte à travers les entretiens et les espaces de paroles organisés au niveau de l'association comment les parents souffraient et ne comprenaient pas certaines attitudes et comportements des praticiens notamment sur le plan de la communication.

Cette expérience vécue sur le terrain a constitué pour le chercheur une source d'information considérable qui lui a permis d'entreprendre cette étude.

Pour mettre en exergue certaines attitudes et comportements des professionnels, le chercheur s'est intéressé au domaine de l'évaluation de la formation médicale qui a un impact direct sur les performances des praticiens.

La collecte d'information des différentes sources lui a permis dans le cadre de la préparation du questionnaire d'identifier un ensemble de dimensions qu'il a utilisées comme axes principaux de l'enquête.

Ces dimensions sont :

- Les objectifs professionnels de la pratique médicale.
- Sélection du contenu de la formation médicale.
- Préparation à la collaboration intersectorielle.

**Tableau n° 10 : Indiquant les dimensions du questionnaire et les questions correspondantes.**

Les dimensions	Les questions couvrant les différentes dimensions
-Les objectifs professionnels de la pratique médicale.	N°1, N°2, N°3, N°4, N°5, N°6, N°7, N°8, N°9, N°10, N°12, N°13, N°14, N°15, N°16, N°17, N°19
-Sélection du contenu de la formation médicale des médecins généralistes.	N°18, N°20, N°21, N°22, N°23, N°24, N°26, N°27, N°28, N°29, N°30, N°31, N°32, N°33, N°34, N°35, N°36.
-Préparation à la collaboration intersectorielle.	N°11, N°37, N°38, N°39, N°40, N°41

**La validité du questionnaire :**

La rédaction définitive du questionnaire n'a été possible qu'après l'avoir soumis à l'examen par les professionnels de la santé et de l'enseignement supérieur et certains acteurs du mouvement associatif qui militent pour la préservation des droits du malade.

Ces derniers nous ont confirmé que les questions posées aux praticiens répondaient effectivement à la problématique de notre thème et à l'objectif de notre recherche.

**10-8-La pré-enquête :**

Avant l'élaboration définitive du questionnaire, nous avons procédé à une pré-enquête à l'effet de réaliser les objectifs suivants :

- Cerner les facteurs de confusion.
- Prendre connaissance de la nature des différentes difficultés qui peuvent se présenter lors de la passation du questionnaire aux différentes populations des praticiens.
- Chercher une information en retour (feed back) pour appréhender les problèmes auxquels les différentes populations de praticiens ont été confrontées et tenter de dissiper les confusions.
- Amélioration du contenu du questionnaire pour l'enquête finale en se basant sur les réponses et les remarques des différentes populations de praticiens.
- La pré-enquête, nous a permis de recueillir le maximum d'informations pouvant nous permettre de circonscrire et organiser les différents éléments entrant dans le cadre de l'évaluation de la formation initiale des médecins généralistes par rapport à la pratique médicale.



Elle a porté sur des échantillons qui ont été tirés d'une manière aléatoire par strates (selon le statut professionnel) se composant de trente personnes des deux sexes représentant les praticiens (externes-médecins résidants) dont le nombre d'activité ne dépasse pas les quatre ans au niveau des chefs de lieux de wilaya (Sétif - Constantine - Batna).

Il est utile de rappeler qu'au début de notre travail, notre objectif consistait d'impliquer dans l'enquête même les praticiens pratiquants dans les cabinets privés, mais compte tenu de l'indisponibilité de ces derniers pour des contraintes professionnelles, nous avons récupéré que deux questionnaires.

En conséquence, nous avons décidé de limiter notre enquête qu'aux praticiens travaillant dans le secteur public.

La première esquisse du questionnaire a été composée dans la plupart des cas par des questions ouvertes parce qu'à cette période, nous n'avons pas pris totalement connaissance de l'ensemble des aspects de la problématique.

Après le recueil des données sur cette première forme du questionnaire, nous avons décidé de fermer certaines questions et laisser d'autres ouvertes.

Il y a lieu de signaler que lors de la passation du pré-test, le problème de la maîtrise de la langue française (langue officielle de l'enseignement médical) tant au niveau oral que l'écrit se posait avec plus d'acuité beaucoup plus pour les internes qui trouvaient des difficultés pour comprendre certaines questions. A cet effet, nous pourrions à titre d'exemple citer le cas des questions n°30 et n°40 qui ont été reformulées pour qu'elles soient beaucoup plus explicites. D'autres praticiens n'ont pas saisi réellement le sens de certains termes spécifiques du domaine de la psychologie, comme par exemple « le corps érogène » mentionnée à la question n°26, ceci nous a incité à rajouter dans le questionnaire final une explication succincte *de ce* concept. Suite à l'attitude des praticiens lors de la passation de la pré-enquête qui laisse entendre que pour la première fois, on a tenté de leur poser cette problématique dans leur domaine pratique et qu'ils ne sont pas habitués à participer dans l'évaluation de leur propre formation, nous avons jugé utile d'introduire à la fin du questionnaire, deux questions sur cette expérience de l'évaluation et sur la conception du questionnaire.

Nous avons veillé à préserver une certaine articulation entre les différents axes de travail et améliorer le contenu et la rédaction du questionnaire à partir des commentaires de l'ensemble des populations des praticiens ayant participé à la pré-enquête.

## CHAPITRE N°11 : L'ANALYSE DES RESULTATS DE L'ETUDE

### 11-1-Analyse des résultats du poste de «médecin généraliste » :

Pour mettre au lumière la réelle qualification du médecin généraliste, nous avons jugé utile d'appliquer la méthode de l'analyse du travail en langage de communication qui contrairement à d'autres méthodes est contrôlable, parce-que fondée non plus sur des hypothèses mais sur des faits concrets, observable exprimés par les tenants du poste eux - même ,c'est à dire les médecins généralistes .

Pour OMBREDANE et FAVERGE cité par PIERRE JARDILLIER exprimer le travail en langage de communication revient à : « considérer tout travail comme un système de communication entre celui qui le fait et ce qui l'entoure et d'étudier les signaux à percevoir et les réponses à leur donner. »<sup>(1)</sup>

Notons que la méthode retenue a été validée et largement répandue.

Aussi, il y a lieu de signaler que l'analyse du poste de travail constitue le point de départ de toutes les recherches visant au développement des ressources humaines et plus particulièrement le recentrage des programmes de formation.

S'agissant de l'application de cette méthode, la pratique la plus fréquente consiste à confier la qualification de chaque description de fonction à un groupe constitué de la manière suivante : - Désignation d'un groupe de médecin généraliste ayant une expérience appréciable comme responsable de l'élaboration du dossier d'analyse du poste et le soumettre à une session de perfectionnement portant sur la manière d'inventorier les différentes activités du poste analysé pour lui permettre d'assister les médecins faisant partie de la population à étudier dans l'élaboration du dossier d'analyse de poste.

-Le hiérarchique direct qui s'est assuré que le dossier reflète bien la réalité présente

-Le responsable de la description qui a contribué à l'établissement du dossier par le concours qu'il a apporté au titulaire, il s'agit du chercheur.

-Un représentant du ou des titulaires, choisi par eux connaissant lui-même la fonction.

Quant à la procédure, elle est fort simple :

-Chaque participant a eu antérieurement connaissance du dossier et dispose d'un exemplaire vierge de l'annexe du dossier (faits significatifs de la qualification.)

---

<sup>(1)</sup> M.JARDILLIER, le développement humain dans l'entreprise ,manuel de psychologie du travail appliqué ,Edition PUF,1986,p79

-L'un des participants, c'est le plus souvent le responsable de l'analyse qui a aidé le titulaire dans sa démarche, lit le dossier à haute voix sans rien omettre, en commençant par les annexes

-Durant cette lecture chacun des participants, lecteur compris :

-Relève des faits qu'il estime significatifs de la qualification et les transcrit face à celui des critères qui lui paraît le plus concerné.

-A l'issue de cette opération les participants annoncent, critère par critère, ce qu'ils ont transcrit, constatent leur accord et adoptent, pour chacun des critères, une image commune de la qualification de la fonction.

-Ils complètent alors ensemble la page n°4 du dossier consacré aux informations de gestion. La préparation du dossier d'analyse du médecin généraliste a nécessité la constitution de plusieurs groupes de travail renfermant en leur sein des médecins ayant une expérience appréciable, des médecins généralistes appartenant à la population à étudier, le responsable de l'établissement du dossier.

Cette opération a débuté du 1<sup>er</sup> septembre 2000 et a été clôturée le 21 décembre 2000.

A l'issue de cette première étape, une réunion a regroupé les différents groupes de travail à l'effet d'étudier les différents dossiers d'analyse finalisés du poste de médecin généraliste pour arriver à l'établissement d'une classification finale des activités du médecin généraliste compte tenu des différents critères contenus dans le dossier d'analyse.

N° : 1

**DOSSIER D ANALYSE**

DIRECTION : Secteur Sanitaire de Sétif

UNITE : Polyclinique de Ain-Arnat (W Sétif)

POSTE ANALYSE : Médecin généraliste

IDENTITE ET FONCTION DES PERSONNES CONSULTEES :

ANALYSTES : - Dr. MAURICE MAURALI (Médecin en retraite)

- Dr. SAADAOUI ARAB (Médecin coordinateur - polyclinique  
Ain-ARNAT)

- Mr. BOUABDALLAI I MOI IAMED (Psychologue du travail )

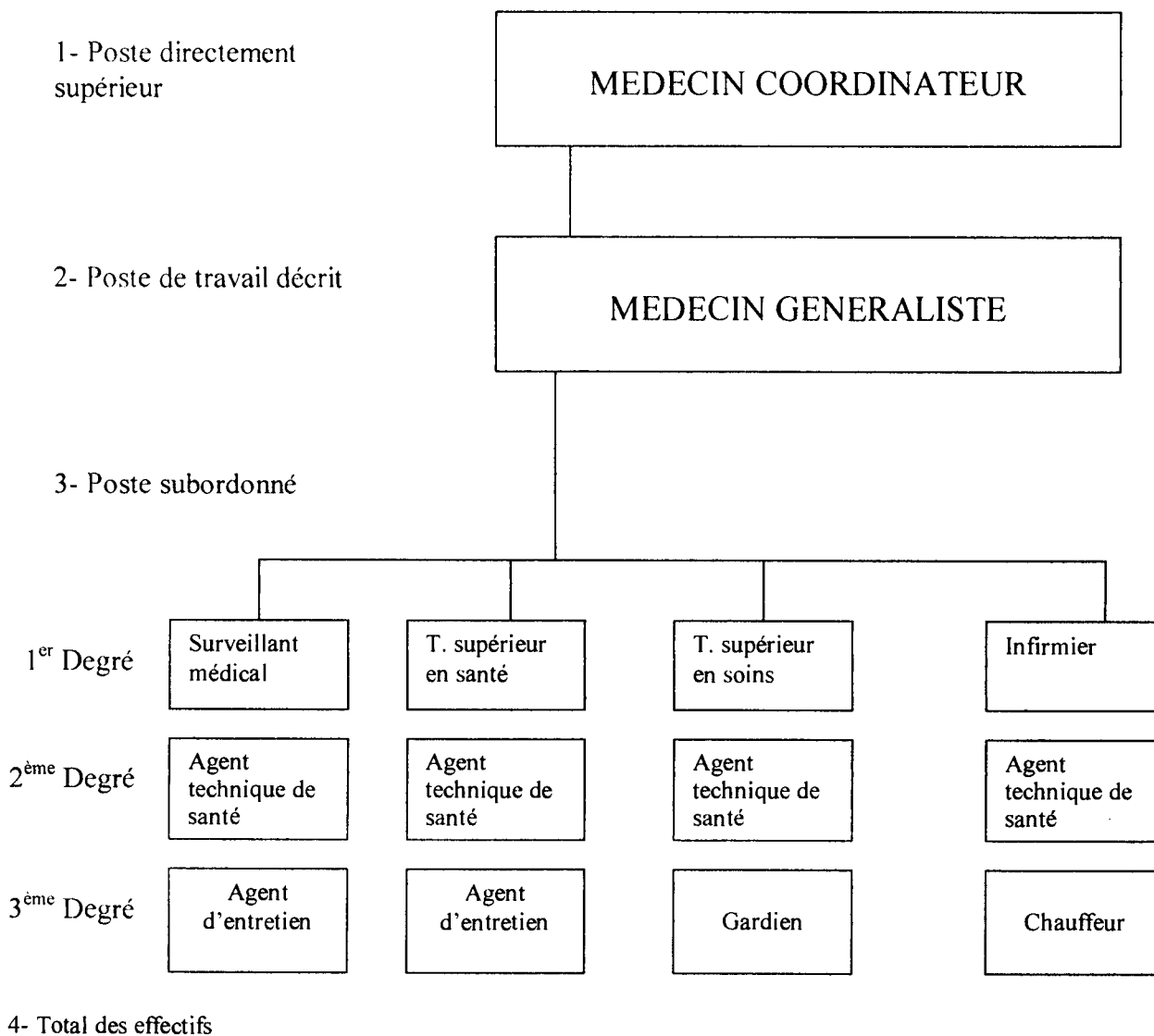
DATE : 28 Septembre 2000.

**DESCRIPTION  
SYNTHETIQUE  
ET SITUATION  
STRUCTURELLE DU POSTE  
DE TRAVAIL**

**A) DESCRIPTION SUCCINCTE DU POSTE DE TRAVAIL :**

Le médecin généraliste prodigue des soins en établissant une relation médecin-malade basée sur les principes de l'éthique et compte tenu de l'interdépendance des facteurs biologiques, psychologiques, anthropologiques et sociaux.

**B) SITUATION STRUCTURELLE ET RELATIONS HIERARCHIQUES**



**DESCRIPTION DE L ENSEMBLE DES FONCTIONS DU MEDECIN**

1- Mener une enquête sociologique sur une population –cible pour identifier ses problèmes de santé et ses besoins de santé.

2 - Participer à la promotion de la santé d une population en collaboration intersectorielle avec les autorités locales et les représentants de cette population

3- Promouvoir la santé communautaire en agissant sur le plan préventif et curatif

4 - Etablir une relation médecin- malade basée sur les principes de l éthique et de la déontologie médicale a la lumière d une approche systémique tenant compte de l'interdependance des facteurs biologiques, psychologiques, anthropologique et sociaux.

5- Organiser la formation de tous les membres de l'équipe sanitaire

6 - Gestion d une structure de santé

7 - Evaluer les activités d une équipe de santé

8 - Participation a la recherche médicale

	<b>REGROUPEMENT DES ACTIVITES ET RÉPARTITION DU TE MPS DE TRAVAIL</b>	
--	---	--

**POSTE ANALYSE :** Médecin généraliste

NATURE DE L'ACTIVITE	N° Des fonctions (ou Activités)	Pourcentage DES ACTIVITES
<b>ACTIVITES SPECIFIQUES</b>	N° 1 N° 3 N° 4 N° 8	50% Des activités
<b>ACTIVITES D'ENCADREMENT</b>	N° 5 N° 6 N° 7	40% des activités
<b>ACTIVITES DE LIAISON</b> Hiérarchiques fonctionnelles Relations extérieures, Réunions systématiques Travaux de groupe	N° 2	10% des activités

**OBSERVATION**

En se basant sur la nature des activités du médecin, il est caractéristique d'observer que les activités spécifiques et les activités d'encadrement et de liaison présentent la même proportion .soit 50/. Ceci prouve que le travail du médecin couvre plusieurs aspects et ne peut s'effectuer qu'à travers une approche holistique prenant en ligne de compte les facteurs environnementaux.

A signaler aussi, la dimension humaine et sociale qui est fortement présente dans les activités spécifiques, l'ignorer peut se répercuter sur l'état de santé des patients. Voir les fonctions let4

## ANALYSE DE L'ACTIVITE SPECIFIQUE N° 1

Désignation : Mener une enquête sociologique sur une population –cible pour identifier ses problèmes et ses besoins de santé

Objectif.

Prise d'information –Gîtes d'informations

Origine

-Direction de la santé et de la population  
 -Institut nationale des statistiques  
 -SEMEP  
 -APC, DAIRA, ZILAYA  
 -Direction de prévention  
 -Service d'épidémiologie  
 -Directeur de l'éducation  
 -Direction de l'industrie  
 -Hôpitaux -service des entrées et sorties

DSP  
 DINS  
 C/APC- C/DAIRA-ZALI  
 D P  
 CS/  
 DE  
 D IND  
 DH

**Traitement des informations du plan de travail**  
**Prise de décision**

- Analyse les caractéristiques d'ordre démographique de la population
- Analyse la répartition géographique de la population
- Evaluer les ressources économiques de la population
- Décrire les sources de pollution
- Analyser les taux et les causes de morbidité
- Recenser les structures de soins



**ANALYSE DE L ACTIVITE SPECIFIQUE N°1**

**POSTE ANALYSE :** Médecin généraliste

**DECOMPOSITION DE L ACTIVITE  
EN TACHES ET OPERATIONS**

**-ANALYSE ET REPARTITION DE LA POPULATION PAR :**

- Sexe et tranche d'âge
- Taux de natalité
- Taux d accroissement
- Taux de mortalité infantile
- Taux de mortalité globale

**-REPARTITION DE LA POPULATION SELON :**

- La taille des agglomérations
- Les zones d' habitat dispersées

**REPARTITION DE LA POPULATION SCOLAIRE :**

- Nombre d élèves inscrits aux différents cycles – primaire- moyen-secondaire
- Nombre d' étudiants –université

**-REPARTITION DE LA POPULATION SALARIEE SELON :**

- Les catégories socioprofessionnelle
- Le sexe
- Secteur d activité

**EVALUATION DES RESSOURCES ECONOMIQUES :**

- Entreprise publique
- Entreprise privée
- Les administrations et les collectivités locales

**ETUDE DES CAUSES ET TAUX :**

- De morbidité et de mortalité des dernières années en consultant les registres.
- Des motifs de consultations
- Causes d hospitalisation
- Causes décès

**RECENCEMENT DES STRUCTURES DE SOINS :**

- Cabinets médicaux privés
- Officines pharmaceutiques
- Laboratoire d'analyse
- Possibilités d'imageries médicales

## ANALYSE DE L ACTIVITE SPECIFIQUE

POSTE ANALYSE: Médecin généraliste

OPÉRATION PROFESSIONNELLE	ACTION-ADAPTATION
<b>Analyse et répartition de la population par :</b> -Sexe et tranche d'âge -Taux de natalité -Taux d'accroissement -Taux de mortalité infantile - Taux de mortalité globale	a-consultation des registres de l'état civil b- consultation des registres des structures sanitaires c- consultation des rapports de recensement national- captation des naissances d-consultation des registres du SEMEP
<b>Répartition de la population selon :</b> -La taille des agglomérations - Les zones d'habitats dispersées	-consultation des registres de la daïra -consultation des registres au niveau des collectivités locales consultation des registres au niveau de la direction de l'éducation -consultation des registres au niveau des collectivités locales
<b>Analyse et répartition de la population scolaire :</b> -Nombre d'élèves inscrits aux différents cycles- primaire- moyen-secondaire - Nombre (l'étudiants (université))	consultation des registres au niveau de la direction de l'éducation - consultation des registres au niveau de l'université
<b>Répartition de la population salariée selon :</b> -Le secteur d'activité - Le sexe -Les catégories socio -professionnelle	a-consultation des registres au niveau de la direction du travail et de la formation professionnelle. b-consultation des registres au niveau de la direction de l' industrie
<b>Evaluation des ressources économiques</b>	a-consultation des registres du secteur économique
<b>Etude des causes et taux de morbidité et de mortalité des dernières années</b>	a-consultation des registres au niveau des structures médicales - hôpital- cabinet privé-polyclinique b- SEMEP
<b>Recensement des structures de soins :</b> -Cabinets médicaux privés - Officines pharmaceutiques - Laboratoire d'analyse - Possibilité d'imagerie médicale	consultation des registres au niveau de la direction de la santé et de la population

ANALYSE DE L'ACTIVITE SPECIFIQUE N°3

**Désignation :** Promouvoir la santé communautaire en prenant en charge la population sur le plan curatif et préventif.

**PRISE DES INFORMATIONS**

- SEMEP
- Direction de la santé et de la population
- I hôpitaux
- Cabinets privés
- Associations de malade ou des parents de malade
- Direction de l'action sociale
- Structure-médecine du travail

**TRAITEMENT DES INFORMATIONS**  
**ELABORATION DU PLAN DE TRAVAIL**  
**PRISE DE DECISION**

- Organiser les urgences médico-chirurgicales
- Prendre en charge des problèmes de santé de la femme dans le domaine de la gynécologie- obstétrique
- Prendre en charge les problèmes de santé de l'enfant
- Prendre en charge les maladies transmissibles
- Prendre en charge les problèmes de P handicapé
- Prendre en charge la santé du travailleur
- Prendre en charge les maladies mentales
- Prendre en charge les maladies chroniques non transmissibles

### ANALYSE DE L'ACTIVITE SPECIFIQUE N°3

Décomposition de l'activité en tâche et opération

- Evaluation du flux quotidien des patients
  - Evaluation des besoins en personnel
  - Organisation des locaux
  - Répartition des tâches de l'équipe de soin
- 
- Prescription et suivi des différentes méthodes contraceptives
  - Calculer dans la population visée et dans l'année précédente le taux de natalité (nombre de naissance vivante pour 100 000 habitants le taux de contraceptantes (chez les femmes mariées, de 15 à 49ans)
  - Organiser des séances d'information et d'éducation sanitaire des mères et des futures mères.
  - Améliorer la qualité et la régularité des contrôles médicaux
- 
- Préparer et mettre en oeuvre le programme national de réduction de la mortalité infantile (indicateurs et objectifs)
  - Préparer et mettre en oeuvre le programme élargi de vaccination (captation des naissances , formation du personnel , gestion des stocks de vaccin )
  - Organiser le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques (promotion de l'allaitement maternel)
  - Traitement précoce de toute diarrhée par les sels de réhydratation orale et suivi des enfants diarrhéiques
  - Organiser les programmes de lutte contre les infections respiratoires aiguës et contre le rhumatisme articulaire aigu.
- 
- Prendre en charge les maladies transmissibles
  - Organiser le circuit de déclaration obligatoire et l'information immédiate du SEMEP pour toute déclaration de maladies transmissibles
  - Réaliser l'enquête épidémiologique auprès des malades déclarés et de leur entourage
  - Assurer le traitement du malade et son isolement éventuel selon les protocoles actualisés.
  - Prendre les mesures prophylactiques adaptées à chaque maladie
  - En cas d'épidémie ,dresser la carte de la répartition géographique et le tableau de l'incidence hebdomadaire puis mensuelle.
- 
- Prendre en charge les problèmes du handicap
  - Prendre contact avec les différentes associations locales (aveugles, sourds-muets, handicaps moteurs, parents IMC , parents d'handicapés mentaux
  - Organiser les consultations par guidance parentale et orientation médico-sociales
  - Faciliter l'accès aux consultations spécialisées
  - Participer à l'information sur les mesure préventives de chaque handicap et à la mise en place des mesures relevant des services de santé .
- 
- Prendre en charge la santé du travailleur
  - Recenser les entreprises industrielles ,artisanales ,commerciales et leur relations avec le service de «Médecine du travail » du secteur sanitaire
  - Programmer les visites systématiques annuelles et les visites d'embauche
  - Analyser ,dans chaque entreprise ,les risques des différents postes de travail et les mesures de prévention nécessaire.

- Prendre en charge les maladies mentales
- Prendre connaissance de la sectorisation psychiatrique et des lieux de consultation des médecins psychiatres, publics et privés.
- Orienter vers ces consultations spécialisées tout malade mental ayant interrompu son traitement ou à manquer son rendez-vous de contrôle.
  
- Prendre en charge les maladies chroniques non transmissibles (HTA, diabète, asthénie, épilepsie, le rhumatisme, cancer)
- Dès la suspicion, confirmer le diagnostic par les examens appropriés
- Dès confirmation du diagnostic (ou suspicion persistante) adresser à un service spécialisé pour bilan de départ et décision thérapeutique.
- Assurer le suivi en médecine générale, mais orienter à la consultation spécialisée, tout malade dont le traitement s'avère inefficace ou mal toléré.

## ANALYSE DE L'ACTIVITE SPECIFIQUE N° :3

OPERATION PROFESSIONNELLE	ACTION- ADAPTATION
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Evaluation du flux quotidien des patients</li> <li>-Évaluation des besoins en personnel</li> <li>-Organisation des locaux</li> <li>-Répartition des tâches de l'équipe de soin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Aptitude à évaluer rapidement les risques vitaux à prendre en charge immédiatement</li> <li>-Capacité de répartir les tâches de façon à ce qu'une partie de l'équipe soit disponible pour de nouvelles priorités.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Prescription et suivi des différentes méthodes contraceptives</li> <li>-Calculer dans la population visée et dans l'année précédente</li> <li>-Le taux de natalité (nombre de naissance vivante pour 100 000 habitants)</li> <li>-Le taux de contraceptantes (chez les femmes mariées, de 15à 49ans)</li> <li>-Organiser des séances d'information et d'éducation sanitaire des mères et des futures mères.</li> <li>-Améliorer la qualité et la régularité des contrôles médicaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Aptitude à animer des séances d'éducation sanitaire portant sur le suivi des grossesses et l'espacement des naissances</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Préparer et mettre en oeuvre le programme national de réduction de la mortalité infantile (indicateurs et objectifs)</li> <li>-Préparer et mettre en oeuvre le programme élargi de vaccination (captation des naissances , formation du personnel , gestion des stocks de vaccin )</li> <li>-Organiser le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques (promotion de l'allaitement maternel)</li> <li>-Traitement précoce de toute diarrhée par les sels de réhydratation orale et suivi des enfants diarrhéiques</li> <li>-Organiser les programmes de lutte contre les infections respiratoires aiguës et contre le rhumatisme articulaire aigu.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Aptitude à mettre à jour ses connaissances des programmes nationaux de santé maternelle et infantile</li> <li>-Capacité de mettre en oeuvre , sur le terrain , les directives de ces programmes.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Prendre en charge les maladies transmissibles</li> <li>-Organiser le circuit de déclaration obligatoire et l'information immédiate du SEMEP pour toute déclaration de maladies transmissibles - Réaliser l'enquête épidémiologique auprès des malades déclarés et de leur entourage</li> <li>-Assurer le traitement du malade et son isolement éventuel selon les protocoles actualisés.</li> <li>-Prendre les mesures prophylactiques adaptées à chaque maladie</li> <li>-En cas d'épidémie ,dresser la carte de la répartition géographique et le tableau de l'incidence hebdomadaire puis mensuelle.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Capacité de percevoir les conséquences possible d'une maladie transmissible sur toute la communauté et la nécessité absolue de la communication des informations pour déterminer la source et l'extension de la maladie à l'effet de juguler la contagion .</li> </ul>

<p>-Prendre en charge les problèmes du handicap -Prendre contact avec les différentes associations locales (aveugles, sourds-muets, handicaps moteurs, parents ( MC , parents d'handicapés mentaux</p> <p>-Organiser les consultations par guidance parentale et orientation médico-sociales - Faciliter l'accès aux consultations spécialisées</p> <p>-Participer à l'information s préventives de chaque handicap et à la mise en place des mesures relevant des services de santé .</p>	<p>- Attention permanente à la société civile et particulièrement aux associations de malades ou de parents de malades</p> <p>- Capacité de collaborer en partenariat avec les usagers de la santé.</p>
<p>Prendre en charge la santé du travailleur - Recenser les entreprises industrielles , artisanales ,commerciales et leur relations avec le service de «Médecine du travail » du secteur sanitaire</p> <p>-Programmer les visites systématiques annuelles et les visites d'embauche</p> <p>-Analyser ,dans chaque entreprise ,les risques des différents postes de travail et les mesures de prévention nécessaire.</p>	<p>- Aptitude à évaluer, sur le terrain les conditions de travail et les risques professionnels de chaque poste.</p>
<p>-Prendre en charge les maladies mentales Prendre connaissance de la sectorisation psychiatrique et des lieux de consultation des médecins psychiatres ,publics et privés.</p> <p>-Orienter vers ces consultations spécialisées tout malade mental ayant interrompu son traitement ou à manquer son rendez-vous de contrôle.</p>	<p>- Acquisition des connaissances actualisées dans le domaine de l'hygiène mentale . - Aptitude à collaborer avec les familles des malades et avec les spécialistes, psychologues et psychiatres.</p>
<p>-Prendre en charge les maladies chroniques non transmissibles (HTA, diabète, asthénie, épilepsie, le rhumatisme ,cancer)</p> <p>-Dès la suspicion, confirmer le diagnostic par les examens appropriés</p> <p>-Dès confirmation du diagnostic (ou suspicion persistante)adresser à un service spécialisé pour bilan de départ et décision thérapeutique. - Assurer le suivi en médecine générale , mais orienter à la consultation spécialisée, tout malade dont le traitement s'avère inefficace ou mal toléré.</p>	<p>- Connaissance exacte des attributions du généraliste et du spécialiste pour le diagnostic et le traitement de ces maladies non transmissibles.</p>

**ANALYSE DE L'ACTIVITE SPECIFIQUE N°4**

**Désignation :** Etablir une relation médecin-malade basée sur les principes d'éthique et de la déontologie médicale et tenant compte de l'interdépendance des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et anthropologiques .

**PRISE DES INFORMATIONS**

- Conseil d'éthique et de déontologie d'éthique
- Haut conseil islamique
- Associations de malade ou des parents de malade
- Associations des professionnels de la santé

Origine : Président de conseil  
et de déontologie

**TRAITEMENT DES INFORMATIONS  
ELABORATION DU PLAN DE TRAVAIL  
PRISE DE DECISION**

- Faciliter l'accès aux prestations de santé
- Etablir une relation médecin-malade confiante
- Etablir des documents



ANALYSE DE L'ACTIVITE SPECIFIQUE N° :4

POSTE D'ANALYSE : Médecin généraliste

DECOMPOSITION DE L'ACTIVITE SPECIFIQUE EN TACHES ET OPERATION

<ul style="list-style-type: none"> <li>-Permettre l'accès à chaque prestation aux personnes y trouvant le plus de difficulté (handicapées ,analphabètes, financièrement diminués ,résident loin de la structure de santé)</li> <li>-Installer une signalisation claire des différentes activités et de leurs horaires</li> <li>-Charger un membre de l'équipe médicale de l'accueil et de l'accompagnement des personnes ne pouvant pas comprendre cette signalisation (aveugles ,analphabètes , malades trop souffrants ou déficients mentaux).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'acquisition de compétence et d'une culture de soins commune qui permettent en priorité de mettre au centre de la relation soignant-soigné les préoccupations éthiques</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Avant même l'arrivée des malades ,il a été convenu avec tous les membres de l'équipe d'accueillir toute personne avec une attitude attentive (au lieu d'une attitude défensive) Ecouter la demande de chaque personne ou parent de malade , l'aider à exprimer le vécu de la maladie ses soucis et questions.</li> <li>-Réaliser lentement, calmement ,l'anamnèse et l'examen clinique.</li> <li>-Expliquer la certitude du diagnostic ou les hypothèses diagnostiques exigeant des examens complémentaires ( biologiques ,radiologique)</li> <li>-Expliquer à chaque patient ou accompagnateur (dans une langue ou un langage compréhensible) correspondant à son niveau socioculturel) la cause de sa maladie , sa gravité ou sa bénignité, les possibilités d'en guérir ou d'en limiter les inconvénients. - Expliquer le traitement présent et ses modalités , les résultats attendus et les inconvénients éventuels ; précisez la durée du traitement et ,si nécessaire la durée ,le rendez-vous de contrôle .</li> <li>-Prodiquer des conseils de vie quotidienne s'assurant qu'ils sont compatibles avec l'environnement familial ,l'habitat et les activités professionnelles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Présenter à des étudiants en médecine une formation structurée des enjeux de la relation médecin-malade selon une approche pluridisciplinaire (psychologie, anthropologie, sociologie) enrichie par les expériences du terrain pour que ce type d'enseignement soit perçu sur le plan pratique.</li> <li>- Donner les outils conceptuels nécessaires aux soignants pour leur permettre de bien gérer la communication dans les situations médicales de soin, de recherche biomédicale ou de soin public</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Noter sur les registres des consultations , noms, prénoms , date de naissance, motif de consultation, diagnostic, décision prises, ordonnances ou orientation , adresses. - Pour toute maladie chronique ou risquant des complications ultérieures, enregistrer les renseignements fournis par le malade : (adresse précise permettant de convoquer si nécessaire )</li> <li>-Les dates et les observations des examens cliniques -Les dates et les résultats des examens paracliniques -Inscrire sur le carnet de santé conservé par le malade (qui pourra aussi en informer les autres praticiens consultés. -Le diagnostic et les décisions prises</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en compte accrue de l'importance de la communication écrite pour l'établissement de statistiques à partir des informations enregistrées - motif de consultation</li> <li>- Pathologies diagnostiquées et leur répartition par sexe, âge, conditions économiques - évolution, guérison, ou complication</li> <li>- cause de mortalité</li> <li>Médicaments et soins prescrits</li> </ul>

## SUITE DE L'ANALYSE DES ACTIVITES SPECIFIQUES

### ANALYSE DE L'ACTIVITE SPECIFIQUE N°8

**Désignation :** Participation à la recherche médicale

**Objectif :**

#### PRISE DES INFORMATIONS

-Direction de la santé et de la population  
-Secteur sanitaire  
Hôpitaux (service des entrées et des sorties  
-CHU

origine

#### TRAITEMENT DES INFORMATIONS ELABORATION DU PLAN DE TRAVAIL (prise de décision)

-Regroupement d'une documentation ayant un rapport étroit avec les différents thèmes de recherches développés.  
-Etablir des statistiques à partir des informations enregistrées  
-Soumettre ces statistiques à des équipes de recherches régionales ,nationales ou internationales  
-Proposer la structure et l'équipe de santé comme « terrain et personnel » à ces équipes de recherches.

**ANALYSE DE L'ACTIVITE SPECIFIQUE N°8**

**DECOMPOSITION DE L'ACTIVITE EN TACHE ET OPERATION**

- Achat et abonnement de revues nationales et internationales
- Classement des documents en fonction des thèmes de recherche développés.
- Exploitation du réseau Internet de toutes les informations permettant de nourrir les différentes recherches entamées
  
- Etablir des statistiques à partir des informations recensées
- Motif de consultation
- Pathologie diagnostiquées et leur répartition par sexe, âge, condition économique
- Evolution, guérison,
- Médicaments et soins prescrits chronologie et complication
- Causes de mortalité
  
- Echange des statistiques et des informations avec des équipes de recherche régionale ,nationales ou internationales
  
- Etoffer l'équipe de recherche en moyens humains
- Mettre à la disposition de l'équipe de recherche le matériel nécessaire pour l'élaboration des taux de recherche.
- Allouer à l'équipe de recherche un budget de fonctionnement pour la réalisation des projets de recherche .

ANALYSE DE L'ACTIVITE SPECIFIQUE N°8

POSTE ANALYSE : Médecin généraliste

OPERATION PROFESSIONNELLE	ACTION-ADAPTATION
<p>-Achat et abonnement de revues nationales et internationales                      -Classement des documents en fonction des thèmes de recherche développés. -                      Exploitation du réseau Internet de toutes les informations permettant de nourrir les différentes recherches entamées.</p>	<p>L'aptitude à la recherche bibliographique et informatique</p>
<p>-Etablir des statistiques à partir des informations recensées                      -Motif de consultation                      -Pathologie diagnostiquées et leur répartition par sexe, âge, condition économique -Evolution, guérison, chronicité et complication                      -Causes de mortalité                      -Médicaments et soins prescrits</p>	<p>Acquisition des techniques statistiques</p>
<p>-Echange des statistiques et des informations avec des équipes de recherche régionale, nationales ou internationales</p>	<p>Aptitude au travail de collaboration à développer avec les institutions de recherche régionales ,nationales ou internationales</p>
<p>-Etoffer l'équipe de recherche en moyens humains                      -Mettre à la disposition de l'équipe de recherche le matériel nécessaire pour l'élaboration des taux de recherche. -Allouer à l'équipe de recherche un budget de fonctionnement pour la réalisation des projets de recherche</p>	<p>Regroupement , consolidation et exploitation des informations sur le fonctionnement d'une équipe de recherche</p>

DESCRIPTION DES ACTIVITES  
DE GESTION ET D'ENCADREMENT

POSTE ANALYSE : Médecin généraliste

- CONCEPTION DE L'ORGANISATION : organisation de tous les membres de l'équipe de soin compte tenu des différentes prestations de santé (urgence ,soin et prévention ,programmes nationaux d'action sanitaire ).

-PLAN ET RÉPARTITION DU TRAVAIL : Répartition des tâches en fonction des besoins en santé et des difficultés rencontrées sur le terrain.

-GESTION DU PERSONNEL ET ANIMATION :Veille à la gestion et la formation des membres de l'équipe de soin (médecin-agent paramédical-agent d'entretien )

-GESTION DES MOYENS ET BUDGETS :Établit les prévisions budgétaires et gère le budget et les moyens matériel mis à la disposition de l'équipe médicale.

-CONTROLE : - Contrôle le travail de l'ensemble des membres de l'équipe de soin  
- Contrôle le matériel et l'utilisation du médicament

-OBSERVATION : Mise en situation professionnelle par des stages au SEMEP et dans des structures légères (salle de soin , polyclinique, centre de santé ) durant la formation initiale

**DESCRIPTION DES ACTIVITES  
DE LIAISON**

**POSTE ANALYSE :**

PARTICIPANTS	NATURE	OBJET
<p align="center"><b>Fonctionnelles internes</b></p> <p>L'équipe sanitaire</p>	oralement	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Réunir l'équipe pour que chacun expose les difficultés qu'il rencontre Dans le travail qui lui est demandé Et les suggestions qu'il fait pour Améliorer la qualité du travail</li> <li>-Réunir l'équipe pour que chacun expose les difficultés qu'il rencontre dans le travail qui lui est demandé et les suggestions qu'il fait pour Améliorer la qualité du travail</li> <li>-Réunir l'équipe pour relever Les difficultés qui résultent d'un manque de connaissance ou de compétence pratique.</li> <li>- Etablir avec l'équipe un programme de formation complémentaire pouvant apporter ces connaissances et compétences.</li> </ul>
<p align="center"><b>Fonctionnelles externes</b></p> <p>DSP CRU, Secteurs sanitaires Mouvement associatif</p>	Oralement	

**DESCRIPTION DES PROCEDURES RELATIONNELLES AMONT-AVAL :**

*Nous pouvons scinder les procédures*

Enamont:-Participation aux

santé et de la population .  
-Participation aux  
l'éducation , transport et hydraulique.  
-Participation aux  
malades .

Enaval:-organisation de réunion

-organisation des visites extérieures

relationnelles de la manière suivante :

réunions de travail au niveau du secteur sanitaire et la direction de la

réunions de travail et de collaboration avec l'APC et les directions de

réunions de collaboration avec les associations de malade ou de parents de

de travail périodique avec l'ensemble de l'équipe sanitaire

**CONDITIONS DE TRAVAIL  
D'HYGIENE ET DE SECURITE  
(SITUATION OBSERVEE)**

**POSTE ANALYSE:** Médecin généraliste

**1-HORAIRE PRATIQUE:** (horaire régulière sauf urgence ou garde)

**2-RISQUES D'ACCIDENTS DE TRAVAIL :** (Risque de contamination)

**3-RISQUES DE MALADIE PROFESSIONNELLE :** (Risque possible)

**4-EFFORTS PHYSIQUES :** (efforts déployés selon les situations)

**5-AMBIANCE DE TRAVAIL :**

DESIGNATION	NIVEAU	
	01	02
-POUSSIERES	x	
-FUMEE		
-CHALEUR		
-BRUIT	x	
-MANQUE D'ECLAIRAGE		
-SALISSURE		x
-ODEURS	x	

1- Pas ou peu importante.

2- Protection individuelle ou collective indispensable.

**6-MOYENS DE PROTECTION OU DE PREVENTION EXISTANT :** Les gants, les masques, respect des règles d'hygiène et de prévention etc...

**7-OUTILS ET MACHINES UTILISEES :** Stéthoscope- imagerie médicale – otoscope – tensiomètre – bilan biologique.

EXIGENCES DE LIAISONS		EXIGENCES DE RESPONSABILITÉS		EXIGENCES DE CONNAISSANCES		
FONCTIONNELLES	H IERARCHIQUES	HUMAINES ET SOCIALES	TECHNIQUES ET ECONOMIQUES	SPECIFIQUES DU POSTE	PROFESSIONNELLES	DE BASE
<p>-Compétence acquise dans la gestion des réunions</p> <p>-Aptitude dans le domaine de la communication écrite et orale</p> <p>-Aptitude au travail de collaboration</p> <p>-Capacité d'interpréter certaines attitudes des membres attitudes des membres de l'équipe de soin</p> <p>-Participer à la promotion de la santé d'une population en collaboration intersectorielle avec les autorités locales et les représentants de cette population</p>	<p>-Aptitude au commandement</p> <p>-Capacité dans la rédaction des correspondances (rapports ,notes bilan ) destinées à l'intérieur (service de santé)ou A l'extérieur (autorité locales ou représentants du mouvement a s s o c i a t i f )</p>	<p>-Connaissance des principes du code déontologique et de l'éthique médicale</p> <p>-Compétence dans le choix des techniques de communication</p> <p>-1 :écoute du malade</p> <p>-Aptitude à l'animation des séances portant sur l'éducation sanitaire . -</p> <p>Capacité à évaluer les performances des membres composants l' équipe de soin</p> <p>•</p>	<p>-Aptitude à établir des prévisions budgétaires</p> <p>-Compétence dans la gestion des moyens mis à la disposition de l'équipe médicale</p> <p>- Connaissance dans le domaine inbrmatique</p>	<p>-Acquisition de connaissance permettant de mettre en oeuvre les moyens en vue du diagnostic ou du traitement</p> <p>-Aptitude et capacité de recueillement et d'exploitation de données concernant les facteurs déterminant de l'état sanitaire actuel de la population et dont les principaux sont liés à la situation démographique, à l'état de l' environnement ou encore de nature socio-économique</p> <p>-Acquisition des apprentissages axés sur la communauté (un contact beaucoup plus précoce et continu des étudiants (médecins)avec les diverses communautés entourant la faculté débouchera sur l'élaboration du programme répondant davantage aux besoins de la société en favorisant une approche globale des problèmes de santé)</p> <p>-Acquisition d' une compétence et d'une culture de</p> <p>scinlipametat</p>	<p>-Connaissance en psycholinguistique</p> <p>-Observation et interprétation de lu communication verbale et non verbale du malade</p> <p>-La rédaction des ordonnances et des documents médicaux</p>	<p>-Anatomie- Physiologie</p> <p>-Bactériologie</p> <p>-virologie parasitologie</p> <p>Sémiologie-</p> <p>-Biochimie-</p> <p>-imagerie médicale</p> <p>-Pathologie</p> <p>Thérapeutique</p>



				<p>d'enrichir son sens des relations humaines et du respect des valeurs et (l'acquérir des comportements de compassion dans le but d'aider les patients ,leurs Famille et les communautés</p> <p>-Une sensibilité éthique et déontologique qui permet de comprendre les valeurs et les enjeux d'humanité engagé dans l'exercice des responsabilités à vivre avec la personne malade et ses proches selon une approche pluridisciplinaire enrichie par les expériences du terrain.</p> <p>-Aptitude au travail de recherche médicale</p>		
--	--	--	--	---	--	--

### **11-2-Présentation et interprétation des résultats du questionnaire :**

Nous présentons tous les résultats statistiques de l'enquête, compte tenu des réponses obtenues suite aux questions qui correspondent aux différents axes composant le questionnaire. Pour vérifier si les hypothèses sont acceptables, nous avons jugé utile de présenter des tableaux prenant en compte simultanément deux variables et en respectant l'ordre ci après :

-La variable géographique qui désigne la situation géographique, c'est à dire les trois chefs de lieu de wilaya (Sétif- Constantine- Batna) ou l'enquête s'est déroulée.

L'objectif étant de vérifier l'effet que pourrait avoir la situation géographique sur la variable nominale (une question).

-La variable (statut professionnel), c'est à dire les différents postes qu'occupent les praticiens au niveau des structures sanitaires.

Dans notre étude, nous avons ciblé les internes, les médecins et les résidents. L'objectif étant de vérifier l'effet que pourrait avoir le statut professionnel sur l'accord avec la proposition.

Le niveau d'analyse dans le cas de notre étude est :

#### **Les tris à croisés :**

L'objectif des tris à croisés est d'étudier les relations entre deux variables, une variable de statut (statut professionnel, situation géographique) avec une variable nominale.

Dans notre cas précis, les tris à croisés nous ont permis d'observer

a- Les résultats selon la variable «géographique » c'est à dire les différents chefs de lieux de wilaya ou exercent l'ensemble des praticiens interrogés.

b- Les résultats selon la variable (statut professionnel), c'est à dire les différents postes occupés par les praticiens au niveau des structures sanitaires.

**Analyse des réponses :**

1- La faculté de médecine vise a former des médecins généralistes capables d'accomplir convenablement leurs missions. Dans quelle mesure diriez-vous que votre formation universitaire a réalisé cet objectif ?

Tableau N°1	Faculté de Médecine de Sétif		Faculté de Médecine de Constantine		Faculté de Médecine de Batna		Total	%
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
Dans une large mesure	06	08	04	5,33	09	12	19	<b>8,44</b>
Dans une certaine mesure	57	76	58	77,33	54	72	169	75,11
Aucunement	12	16	13	17,33	12	16	37	16,44
<b>Total</b>	75	100	75	100	75	100	225	100

Tableau N°2	Internes		Médecins		Résidents		Total	%
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
Dans une large mesure	10	8,86	04	7,69	5	8,33	19	8,44
Dans une certaine mesure	82	72,56	39	75	48	80	169	75,11
Aucunement	21	18,58	09	17,31	07	11,67	37	<b>16,44</b>
<b>Total</b>	113	100	52	100	60	100	225	100

NB : - Les pourcentages au niveau de chaque catégorie professionnelle ont été calculés sur la base de l'effectif de chaque catégorie professionnelle soit : Internes : (113) Médecins : (52) -Résidents (60)

-Le pourcentage global des trois statuts professionnels a été calculé sur la base de l'ensemble de la population ciblée qui est égale à (225)

Les tableaux n° 1 et n '2 font ressortir que seulement (8,44%) des praticiens interrogés jugent que leur formation universitaire a réalisé dans une large mesure l'objectif consistant à former des médecins capables d'accomplir convenablement leurs missions.

Fait plus surprenant, (16,44%) des praticiens interrogés estiment que leur formation universitaire n'a pas du tout réalisé l'objectif sus-cité.

Géographiquement, il y a lieu de signaler qu'il n'y pas de différence statistiquement significative concernant les praticiens qui ont déclaré que leur formation universitaire leur a permis de réaliser l'objectif dans une certaine mesure :

- Sétif (76%).
- Constantine (77,33%).
- Batna (72%).

Considérant la variable professionnelle, les résidants sont plus nombreux (80%) à noter que la formation universitaire qu'ils ont reçue à réaliser l'objectif dans une certaine mesure comparativement aux internes (72,56%) et les médecins (75%).

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les résidants qui suivent actuellement une formation dont la durée est longue et le contenu plus développé ont plus d'aptitude à évaluer à sa juste valeur leur formation initiale.

2- Au cas ou votre formation médicale n'a pas atteint l'objectif suscite, quelles en sont les causes ?

Tableau N°3	Faculté de Médecine de Sétif		Faculté de Médecine de Constantine		Faculté de Médecine de Batna		Total	Vo
	Effectif	%	Effectif	Vo	Effectif	%		
Inadéquation des programmes	46	61,33	33	44	43	57,33	122	54,22
Durée des études	12	16	12	16	18	24	42	18,66
Méthode péda. de l'enseignant	35	46,66	28	37,33	28	37,33	91	40,44
Insuffisance des stages pratiques	50	66,6	34	45,33	39	52%	123	54,66
Insuffisance des moyens péda.	14	18,66	08	10,66	11	14,66	33	14,66
Autres	/		/		/		/	
<b>TOTAL</b>	157		115		139		411	

NB: -Les pourcentages ont été calculés sur la base de l'effectif de chaque faculté qui est égal à (75)

-Le pourcentage global des trois facultés a été calculé sur la base de l'ensemble de la population ciblée qui est égal à

225

Tableau N°4	Internes		Médecins		Résidents		Total	
	Effectif	%	Effectif	Vo	Effectif	%		
Inadéquation des programmes	53	46,90	35	67,30	34	56,66	122	54,22
durée des études	19	16,81	07	13,46	16	26,66	42	18,66
Méthode péda. de l'enseignant	48	42,47	18	34,61	25	41,66	91	40,44
Insuffisance des stages pratiques	66	58,40	28	53,84	29	48,33	123	54,66
Insuffisance des moyens péda.	13	11,5	4	21,15	09	15	33	14,66
Autres								

NB: Les pourcentages au niveau de chaque catégorie professionnelle ont été calculés sur la base de l'objectif de chaque catégorie professionnelle soit : -Interne : 113. -Médecin : 52. -Résident : 60.

Le pourcentage global des trois statuts professionnels a été calculé sur la base de l'ensemble de la population ciblée qui est égal à 225.

Cherchant à savoir quelles sont les causes qui ont empêchées la formation médicale d'atteindre les objectifs professionnels, les tableaux n° 03 et n ° 04 font ressortir suivant l'ordre décroissant les principales causes suivantes :

-L'insuffisance des stages pratiques cités par (54,66%) des praticiens interrogés.

-L'inadéquation des programmes cités par (54,22%) des praticiens interrogés.

-Méthode pédagogique de l'enseignant (40,44%).

Selon ce classement sus-cité, il y a lieu de signaler que la première et la deuxième cause ont enregistré le même taux (54%).

Il est un fait intéressant à relever que les deux causes suscitées par la majorité des praticiens interrogés ont des retentissements négatifs sur la pratique médicale, ce qui explique l'écart existant entre la formation initiale et les objectifs professionnels.

L'insuffisance des stages pratiques ne donne pas suffisamment l'occasion à l'étudiant (médecin) de développer ses aptitudes et d'acquérir le geste professionnel.

D'un autre coté, l'inadéquation des programmes par rapport au profil « du poste médecin » ne prépare pas assez le futur praticien à s'adapter à son milieu professionnel dans la mesure où sa formation privilégie beaucoup plus les aspects techniques au détriment des aspects relationnels.

Dans le sillage de ce qui précède, nous pouvons noter aussi que (40,44%) des praticiens interrogés affirment que la troisième cause réside dans la méthode pédagogique de l'enseignant. Ceci prouve que les futurs praticiens reconnaissent qu'ils sont en butte à des difficultés d'assimilation de certaines connaissances médicales.

3-Le programme de vos études médicales a-t-il bien couvert ces deux aspects de vos activités professionnelles ?

Tableau N°5	Faculté de Médecine de Sétif		Faculté de Médecine de Constantine		Faculté de Médecine de Batna		Total	°A)
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
Aspect technique	31	41,33	34	45,33	34	45,33	99	44
Aspect relationnel	13	17,33	20	26,66	15	20	48	21,33
Aspect technique et aspect relationnels	01	1,33	00	00	01	1,33	02	0,88
Aucun	30	40	21	28	25	33,33	76	33,78
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>/</b>	<b>75</b>	<b>/</b>	<b>75</b>	<b>/</b>	<b>225</b>	<b>/</b>

Tableau N°6	Internes		Médecins		Résidants		Total	Vo
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
Aspect technique	44	38,94	30	57,69	25	41,67	99	44
Aspect relationnel	26	23,01	5	9,62	17	28,33	48	21,23
Aspect technique et aspect relationnel	00	00	1	1,92	01	1,66	02	0,88
Aucun	43	38,05	16	30,77	17	28,33	76	33,78
<b>Total</b>	<b>113</b>	<b>/</b>	<b>52</b>	<b>/</b>	<b>60</b>	<b>/</b>	<b>225</b>	<b>/</b>

NB: Les pourcentages au niveau de chaque catégorie professionnelle ont été calculés sur la base de l'objectif de chaque catégorie professionnelle soit : -Interne : 113. -Médecin : 52. -Résidant : 60.

Le pourcentage global des trois statuts professionnels a été calculé sur la base de l'ensemble de la population ciblée qui est égal à 225.

Les tableaux n° 5 et n°6 indiquent que seulement (0,88%) des praticiens interrogés estiment que le programme des études a couvert bien les deux aspects (technique et relationnel) des activités professionnelles, tandis que (33,78%) affirment qu'aucun des deux aspects suscités n'a été couvert.

Il y a lieu de signaler que (65,33%) (44% +21,33%) indiquent un seul aspect bien couvert : (44%) désignent l'aspect technique et seulement (21,33%) l'aspect relationnel. Il est caractéristique d'observer que (33,78%) des praticiens interrogés déclarent que le programme des études n'a couvert aucun de ces aspects sus indiqués.

Sur le plan géographique, on constate une similitude concernant la couverture de l'aspect technique par les programmes d'étude :

-Sétif (41,33%)-Constantine (45,33%)-Batna (45,33%). Quant à la couverture de l'aspect relationnel par les programmes d'étude qui représentent globalement (21,33%), il régresse chez les praticiens de Sétif à (17,33%). D'autre part, on note que (40%) des praticiens interrogés au niveau de la faculté de Sétif estiment qu'aucun des aspects n'a été couvert par les programmes des études médicales contre 28% à Constantine et (33%) à Batna.

S'agissant du statut professionnel (voir tableau n : 6), il est à signaler que seulement (21,33%) des praticiens interrogés reconnaissent que le programme des études les a bien préparés à l'aspect relationnel de leur activité mais il est frappant de constater que ce pourcentage n'atteint que (9,62%) chez les médecins contre (23,1%) chez les internes et (28,23%) chez les résidants.

On pourrait expliquer ce faible pourcentage (9,62%) enregistré chez les médecins par le fait que ces derniers (les médecins) se trouvent seuls face à face avec le patient contrairement aux internes et aux résidants qui sont intégrés dans une équipe et encadrés par des enseignants compétents.



4-Sinon, quelles sont les causes ?

Tableau N°7	Faculté de Médecine de Sétif		Faculté de Médecine de Constantine		Faculté de Médecine de Batna		Total	%
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
Stages insuffisants	19	25,33	14	18,67	16	21,33	49	21,78
Programme inadéquat	18	24	10	13,33	14	18,67	42	18,67
Module de psychologie tardif	14	18,67	11	14,67	07	9,33	32	14,22
Enseignement de la psychologie par un psychiatre	13	17,33	07	9,33	09	12	29	12,89
Autres	26	34,67	39	52	33	98	98	43,56
<b>TOTAL</b>	90	/	81	/	79	/	250	/

Tableau N°8	Internes		Médecins		Résidents		Total	%
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
1 Stages insuffisants	29	25,66	11	21,15	09	15	49	21,78
Programme inadéquat	18	15,93	13	25	11	18,33	42	18,67
Module de psychologie tardif	14	12,39	10	19,23	08	13,33	32	14,22
psychologie par un psychiatre	12	10,62	11	21,15	06	10	29	12,89
Autre	53	46,90	14	26,92	31	51,67	98	43,56
<b>TOTAL</b>	126	/	59	/	65	/	250	/

NB: Les pourcentages au niveau de chaque catégorie professionnelle ont été calculés sur la base de l'effectif de chaque catégorie professionnelle sont : -Internes : 113. -Médecins : 52. -Résidents : 60.

Le pourcentage global des trois statuts professionnelles a été calculé sur la base de l'ensemble de la population ciblée qui est égal à 225.

Les tableaux n°7 et n° 8 nous renseignent que (27,11%) des praticiens interrogés attribuent l'inadéquation par rapport aux activités professionnelles respectivement à l'enseignement tardif de la psychologie dans le cursus (14,12%) et à l'enseignement de la psychologie par un psychiatre (12,89%).

D'un autre côté, la deuxième cause signalée est l'insuffisance des stages (21,78%) et vient en troisième position l'inadéquation des programmes (18,67%).

A noter que ces deux causes suscitées retentissent encore plus sur l'aspect relationnel que sur l'aspect technique. Ces résultats sont associés significativement à l'existence seulement au niveau des programmes actuels d'un seul module appartenant aux sciences humaines (la psychologie médicale) et que les stages pratiques qui sont l'occasion de mise en situation de la relation médecin-malade sont mal organisés (manque d'encadrement).

Concernant la variable géographique, (18,67%) des praticiens interrogés au niveau de Sétif jugent que le module de psychologie est très tardif contre (14,67%) à Constantine et (9,33%) à Batna.

S'agissant de la variable professionnelle, (25%) de la population des médecins estiment que le programme est inadéquat contre (15,93%) chez les internes et (18,33%) chez les résidents. Ceci peut s'expliquer par le fait que les médecins ont été tellement confrontés à une diversité de situation que les programmes de leur formation leur apparaissent inadéquats.

5-Selon vous, certains modules nécessiteraient-il plus de volume horaire et d'autres moins que ce qui a été prévu dans le programme actuel ?

Tableau N°9

	Faculté de Médecine de Sétif		Faculté de Médecine de Constantine		Faculté de Médecine de Batna		Total	%
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
Oui	51	68	39	52	34	45,33	124	55,11
Non	24	32	36	48	41	54,67	101	44,89
TOTAL	75	/	75	/	75	/	225	/

Tableau N°10

	Internes		Médecins		Résidants		Total	%
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
Oui	67	59,29	26	50	31	51,66	124	55,11
Non	46	40,71	26	50	29	48,34	101	44,89
TOTAL	113	/	52	/	60	/	225	/

NB: Les pourcentages au niveau de chaque catégorie professionnelle ont été calculés sur la base de l'effectif de chaque catégorie professionnelle sont

-Internes : 113 -Médecins : 52 -Résidants : 60.

Le pourcentage global des trois statuts professionnelles a été calculé sur la base de l'ensemble de la population ciblée qui est égal à 225.

Les tableaux n°9 et n°10 font ressortir que plus de (55%) des praticiens interrogés souhaitent des changements de volume horaire (en plus ou en moins) des différents modules prévus dans le programme.

Géographiquement, ce besoin est ressenti plus vivement à Sétif (68%) qu'à Constantine (52%) et à Batna (45,33%).

Sur le plan du statut professionnel, cette nécessité de changement d'horaire est exprimée avec plus d'acuité par les internes (59,29%) que par les médecins (50%) et les résidants (51,66%). Cette différence pourrait s'expliquer par la récence de leurs mise en situation professionnelle comparativement aux autres praticiens.

6-Si oui, quels sont ces modules ?

a-Les modules pour les quels les praticiens souhaitent une augmentation de volume

horaire :

Tableau N°11

	Faculté de Médecine de Sétif		Faculté de Médecine de Constantine		Faculté de Médecine De Batna		Total	%
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
Endocrinologie	22	43,14	16	41,02	12	35,29	50	40,32
Dermatologie	16	31,37	14	35,89	08	23,52	38	30,65
O R L	18	35,29	10	25,64	06	17,64	34	27,64
Psychologie	18	35,29	09	23,07	06	17,64	33	26,65
Urgences médicales	18	35,29	08	20,51	04	11,76	30	24,19
Autres	07	/	71	/	52	/	80	/
TOTAL	99	/	78	/	88	/	265	

NB Les pourcentages ont été calculés sur 124 praticiens ayant souhaités des changements d'

horaire : -Sétif : 51 -Constantine : 39 -Batna : 34.

Tableau N°12

	Internes		Médecins .		Résidents		Total	%)0
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
Endocrinologie	28	41,79	10	38,46	12	38,70	50	40,32
Dermatologie	21	31,34	08	30,77	09	29,03	38	30,55
O R L	19	28,35	07	26,92	08	25,80	34	27,64
Psychologie	19	28,35	08	30,77	06	19,35	33	26,61
Urgences médicales	17	25,37	06	23,07	07	22,58	30	24,19
Autres	55	/	10	/	15	/	80	/
TOTAL	159	/	49	/	57	/	265	/

NB : les pourcentages ont été calculés sur les 124 praticiens ayant souhaité des changements d'heure : Internes : 67 -

Médecins : 26 -Résidents : 31.

Les tableaux n° 11 et n° 12 montrent que le nombre des praticiens souhaitant des changements de volume horaire s'élève à 124 praticiens qui ont cité en moyenne plus de deux modules dont le volume est à augmenter

(265: 124 = 2,13).

Plus de (70%) de la population qui souhaite une augmentation de volume ont cité l'endocrinologie (40,32%) et dermatologie (30,65%), mais il est remarquable que plus de (26,65%) réclament une augmentation de volume horaire dans le domaine relationnel bien que la formation en vigueur les avaient conditionné par oublier cet aspect et répondre que par la technique. Il est caractéristique de remarquer que le domaine relationnel passe en 2<sup>ème</sup> position à la faculté de Sétif (35,29%) juste après l'endocrinologie.

Sur le plan du statut professionnel, les trois catégories de praticiens classent les modules à augmenter de volume dans le même ordre à l'exception des médecins dont (30,77%) réclament plus d'horaire dans le domaine relationnel, ceci peut s'expliquer par le fait qu'ils sont à plein temps avec le malade alors que les internes en plus de leur travail pratique consacrent une partie de leurs temps aux cours théoriques et que les résidents ont à gérer un arsenal technique de plus en plus accaparant (endoscopie-examen de laboratoire- imagerie médicale).

**b-Les modules pour lesquels les praticiens souhaitent une diminution du volume**

horaire :

**Tableau N°13**

	Faculté de Médecine de Sétif		Faculté de Médecine de Constantine		Faculté de Médecine de Batna		Total	%
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
<b>Orthopédie</b>	06	11,76	02	5,12	00	00	08	6,45
<b>Anatomie</b>	02	3,92	04	10,25	00	00	06	4,83
<b>Physiologie</b>	02	3,92	04	10,25	00	00	06	4,83
<b>Médecine légale</b>	06	11,76	00	00	00	00	06	<b>4,83</b>
<b>Autre</b>	18	/	<b>04</b>	/	<b>02</b>	/	<b>24</b>	/
<b>TOTAL</b>	34	/	14	/	02	/	50	/

LN.B : Les pourcentages ont été calculés sur 124 praticiens ayant souhaité des changements d'horaire :-Sétif : 51-

Constantine : 39-Batna : 34

**Tableau N° 14**

	Internes		Médecins		Résidants		Total	%
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
<b>Orthopédie</b>	04	5,97	02	7,69	02	6,45	08	6,45
<b>Anatomie</b>	03	4,47	01	3,84	02	6,45	06	4,83
<b>Physiologie</b>	03	4,47	02	7,69	01	3,22	06	4,83
<b>Médecine légale</b>	05	7,46	01	3,84	00	0	06	4,83
<b>Autre</b>	14	/	04	/	06	/	24	/
<b>TOTAL</b>	29	43,28	10	36,46	11	35,48	50	40,32

Les tableaux n° 13 et n °14 indiquent que parmi les (124) praticiens demandant un changement d'horaire, un faible pourcentage revendique une diminution de volume horaire plus particulièrement en sciences fondamentales (anatomie-physiologie).

(4,83% x 2 9,66%), et en deux domaines spécialisés (orthopédie 6,45%) et médecine légale (4,83%) peut être parce qu'ils les considèrent comme réservées aux spécialistes, inutile en médecine générale.

Au niveau des trois facultés, il y a lieu de noter que les praticiens de Batna ne souhaitent aucune diminution de volume horaire alloué à l'ensemble des modules, alors que les praticiens de Constantine souhaitent une diminution de volume horaire au niveau des (03) trois modules (orthopédie — anatomie - physiologie), et ceux de Sétif une diminution pour quatre (04) modules (orthopédie —anatomie- physiologie- médecine légale).

Sur le plan du statut professionnel et compte tenu des résultats obtenus, c'est les internes qui revendiquent plus de diminution dans le volume horaire (43,28%) contre les médecins (36,41%) et les résidents (35,48%) .Cette différence s'explique par le fait que les internes sont toujours en formation et trouvent qu'ils sont trop chargés par les programmes en cours tandis que les médecins et les résidents ont d'autres préoccupations professionnelles.

### **7-La durée du stage pratiqué était-elle suffisante ?**

<b>Tableau N°15</b>	<b>Faculté de Médecine de Sétif</b>		<b>Faculté de Médecine de Constantine</b>		<b>Faculté de Médecine de Batna</b>		<b>Total</b>	<b>%</b>
	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>		
<b>Oui</b>	10	13,33	14	18,66	22	29,33	46	20,44
<b>Non</b>	65	86,67	61	81,33	53	70,66	179	79,56
<b>TOTAL</b>	75	/	75	/	75	/	225	/

<b>Tableau N°16</b>	<b>INTERNES</b>		<b>MEDECINS</b>		<b>RÉSIDENTS</b>		<b>Total</b>	<b>%</b>
	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>		
<b>Oui</b>	26	23	06	11,54	14	23,33	46	20,44
<b>Non</b>	87	77	46	88,46	46	76,66	179	79,56
<b>TOTAL</b>	113	/	52	/	60	/	225	/

Les tableaux n° 15 et n°16 indiquent que (79,56%) des praticiens interrogés jugent que la durée des stages pratiques insuffisantes.

Géographiquement, cette insuffisance est beaucoup plus exprimée à Sétif avec (86,67%) et à Constantine (81,33%) légèrement moins à Batna (70,66%). Cet état de faits prouve que la formation est beaucoup plus théorique que pratique.

Considérant le statut professionnel des différentes catégories professionnelles, il est frappant de constater que les médecins généralistes éprouvent l'insuffisance des stages pratiques dans une proportion encore plus grande (88,46%) que les internes (85,84%) et les résidents (76,66%)

Cette différence exprimée statistiquement chez les médecins contrairement à d'autres catégories professionnelles tient au fait que ces derniers (les médecins) sont confrontés quotidiennement et en permanence à une pluralité de cas qui les interpellent et les poussent à sentir beaucoup plus la dimension pratique des activités médicales.



## **8-Le programme de stage pratiqué couvre-t-il l'ensemble des activités de la pratique**

médicale ?

Tableau N° 17 N° 17

	Faculté de Médecine de Sétif		Faculté de Médecine de Constantine		Faculté de Médecine de Batna		Total	%
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
Oui	12	16	10	13,33	19	25,33	41	18,23
Non	63	84	65	86,66	56	74,66	184	81,77
TOTAL	75	/	75	/	75	/	225	/

Tableau N° 18

	Internes		Médecins		Résidants		Total	°A
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
Oui	16	14,5	06	11,54	19	31,66	41	18,23
Non	97	85,84	46	88,46	41	68,34	184	81,77
TOTAL	113	/	52	/	60	/	225	/

Les tableaux n° 17 et n°18 font ressortir que (81,77%) des praticiens interrogés déclarent que le programme du stage pratique n'a pas couvert l'ensemble des activités de la pratique médicale .

Géographiquement, ce résultat n'indique pas de différence statistiquement significative entre respectivement Sétif (84%) Constantine (86,66%) et Batna (74,66%).

Sachant que les programmes de stage couvrent dans l'ensemble toutes les activités médicales, ce résultat de (81,77%) révèle que la majorité des étudiants n'ont pas effectué un ou plusieurs des stages prévus. Les raisons avancées pour justifier ces défections sont comme suite :

-Manque d'encadrement.

-SurellCctif des étudiants.

-Insuffisance des structures.

-manque de moyens.

Sur le plan du statut professionnel, on constate que les résidants sont moins critiques (68,34%) que les internes (85,84%) et les médecins (88,46%) au sujet de la couverture de toutes les activités médicales par les stages pratiques. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'ils sont eux même encadreurs des stages des externes et stagiaires et nettement mieux encadrés par les maîtres assistants et les professeurs.

9-Sinon, quelle est l'activité qui a été oubliée ?

Tableau N°19

	Faculté de Médecine de Sétif		Faculté de Médecine de Constantine		Faculté de Médecine de Batna		Total	°A)
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
<b>Gestion de réanimation et urgence</b>	27	36	16	21,33	14	18,67	57	25,33
Geste technique (biopsie...est)	18	24	14	18,67	02	2,67	34	15,11
Relation médecin-malade	15	20	07	9,33	11	14,67	33	14,67
Soins infirmiers	07	9,34	05	6,67	03	4	15	6,67
Autre	41	/	44	/	56	/	141	/
<b>TOTAL</b>	108	/	86	/	86	/	280	/

NB : les pourcentages sont calculés en fonction de l'effectif de chaque faculté. -faculté de Sétif : 75.-faculté de Constantine : 75.-faculté de Batna : 75.

Tableau N°20

	Internes		Médecins		Résidants		Total	%A)
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
<b>Gestion de réanimation et urgence</b>	28	24,77	20	36,46	09	15	57	25,33
Geste technique (biopsie...est)	17	15,40	11	21,15	06	10	34	15,11
Relation médecin-malade	08	7,07	17	32,69	08	13,33	33	14,67
Soins infirmiers	07	6,19	05	9,61	03	5	15	6,16
Autre	85	/	21	/	35	/	141	/
<b>TOTAL</b>	145	/	74	/	61	/	280	/

NB : Les pourcentages sont calculés en fonction de l'effectif de chaque statut professionnel soit :-Internes : 113.- Médecins : 52.-Résidants : 60.

Les tableaux n°19 et n° 20 signalent que (25,33%) des praticiens interrogés reconnaissent que les activités médicales les plus souvent citées comme oubliées dans les stages pratiques sont les gestes de réanimation et d'urgence médicale, ce résultat reflète réellement l'impossibilité d'expérimenter toutes les situations d'urgence caractérisées par une variété sans limites. Il est caractéristique de remarquer que la relation médecin-malade est notée comme oubliée par autant de praticiens (14,67%) que les gestes techniques (biopsie) prélèvement sondages (15, 11%) beaucoup plus que les soins infirmiers (6,67%) et que toutes autres activités.

Sur le plan géographique, la relation médecin-malade est appréciée différemment par les praticiens, on note (20%) à Sétif contre (9,33%) à Constantine et (14,67%) à Batna.

Concernant la variable professionnelle, les médecins sont plus nombreux (32,69%) à noter l'oubli de la relation médecin-malade que les résidants (13,33%) et les internes (7,07%). Cette différence s'explique par le fait que le médecin se trouve le plus souvent seul face à face avec le malade contrairement à ses collègues (résidants-internes) qui dans la majorité des cas interviennent en équipe auprès des malades.

#### **10-Diriez vous que votre formation a été plus théorique que pratique ?**

<b>Tableau N°21</b>	<b>Faculté de Médecine de Sétif</b>		<b>Faculté de Médecine de Constantine</b>		<b>Faculté de Médecine de Batna</b>		<b>Total</b>	<b>%</b>
	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>		
<b>Oui</b>	67	89,33	65	86,67	53	70,67	185	82,28
<b>Non</b>	08	10,67	10	13,33	22	29,33	40	17,78
<b>TOTAL</b>	75	/	75	/	75	/	225	/

<b>Tableau N°22</b>	<b>Internes</b>		<b>Médecins</b>		<b>Résidants</b>		<b>Effectif</b>	<b>%</b>
	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>		
<b>Oui</b>	100	88,49	44	84,62	41	68,33	185	82,22
<b>Non</b>	13	11,51	08	15,38	19	31,67	40	17,78
<b>TOTAL</b>	113	/	52	/	60	/	225	/

Les tableaux n° 21 et n° 22 montrent que (82,22%) des praticiens interrogés affirment que leur formation a été plus théorique que pratique.

S'agissant de la variable géographique, cette tendance diminue légèrement à Batna (70,67%) comparativement à Sétif (89,33%) et Constantine (86,67%).

Concernant la variable professionnelle, on constate que tout en jugeant leur formation plus théorique que pratique, les résidents sont moins nombreux (68,33%) à porter ce jugement négatif comparativement aux médecins (84,62%) et aux internes (88,49%).

Cette différence d'appréciation chez les résidents s'explique par le fait qu'ils suivent leur formation théorique dans un cadre pratique avec de réelles responsabilités de soin.

**11-Au niveau des programmes de formation médicale, existe-t-il des références aux besoins de la collectivité en matière de santé ?**

**Tableau N°23**

	Faculté de Médecine de Sétif		Faculté de Médecine de Constantine		Faculté de Médecine de Batna		Total	°A
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
<b>Oui</b>	30	40	28	37,33	30	40	88	39,11
Non	45	60	47	62,67	45	60	137	60,89
<b>TOTAL</b>	75	/	75	/	75	/	225	/

**Tableau N°24**

	Internes		Médecins		Résidents		Effectif	%
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
<b>Oui</b>	37	32,74	21	40,38	30	50	88	39,11
Non	76	67,26	31	59,63	30	50	137	60,89
<b>TOTAL</b>	113	/	52	/	60	/	225	/

Les tableaux n° 23 et n° 24 indiquent que (60,89%) des praticiens interrogés n'ont remarqué aucune référence aux besoins de la collectivité en matière de santé durant tout le cursus universitaire.

Géographiquement, cette tendance est confirmée mais sans différence notable entre les trois universités :

-Constantine : (62,67%). -Sétif et Batna : (60%).

Sur le plan du statut professionnel, il est à noter que (50%) des résidants reconnaissent l'existence des références aux besoins de la collectivité en matière de santé contre seulement (32,74%) pour les internes et (40,38%) pour les médecins. Cette différence statistiquement significative révèle que les résidants durant leur formation qui se prolonge reconnaissent l'existence des références aux besoins de la collectivité en matière de santé.

Sachant que dans toutes les facultés sont enseignés des modules entièrement consacrés aux besoins de santé de la collectivité.

Pour expliquer cette incompréhension massive, on ne peut avancer que l'épineux problème du faible niveau des étudiants en langue française, langue officielle d'enseignement de la médecine. Cet état de faits est confirmé par le chercheur et l'ensemble des enquêteurs lors du déroulement de l'enquête.

12-Durant votre formation, avez vous été initié aux conditions réelles dans lesquelles vous exercez ?

Tableau N°25

	Faculté de Médecine de Sétif		Faculté de Médecine de Constantine		Faculté de Médecine de Batna		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
Oui	15	20	12	16	15	20	42	18,67
Non	60	80	63	84	60	80	183	81,33
TOTAL	75	/	75	/	75	/	/	/

Tableau N°26

	Internes		Médecins		Résidants		Effectif	
	Effectif	%	Effectif	%	1 Effectif	%		
Oui	21	18,58	08	15,49	13	21,67	42	18,67
Non	92	81,42	44	84,51	47	78,33	183	81,33
TOTAL	113	/	52	/	60	/	225	/

Les tableaux n° 25 et n° 26 signalent que (81,33%) des praticiens interrogés déclarent n'avoir pas été initiés aux conditions dans lesquelles ils exercent en dépit du pourcentage élevé des praticiens interrogés qui, exercent en science d'hospitalisation (84%) c'est à dire dans les mêmes structures ou ils ont effectué leurs stages (voir tableau n° 25). Ceci confirme l'inefficacité des stages qui a été déjà révélé nettement par les réponses aux questions n° :2, n° :4, n° :7, n° :8, n° :10.

Par ailleurs, on ne note pas de différence remarquable entre les trois facultés :

-Sétif et Batna : (80%).

-Constantine : (84%).

Concernant la variable professionnelle, on s'attendait à ce que la non préparation aux conditions réelles d'exercice diminuent nettement au fur et à mesure que le nombre de stage effectué augmente, il est frappant d'observer une similitude de résultats chez les trois catégories professionnelles (internes, médecins, résidents) qui reconnaissent ne pas avoir été initiés aux conditions réelles dans lesquelles ils exercent :

-(81,42%) des internes qui n'ont effectué que les stages d'externat et une partie des stages d'internat.

-(84,51%) des médecins qui ont terminé tous les stages d'externat et d'internat.

-(78,33%) des résidents qui en plus des stages suscités, ont effectué plusieurs stage de résidanat.

Ces résultats identiques dans les réponses quel que soit le statuts des praticiens (internes, médecins, résidents) nous ont poussés à supposer que les difficultés se situent beaucoup plus du côté des étudiants. A ce stade, on est en droit de se poser la question suivante : ont-ils été éduqués à des attitudes intellectuelles (d'observation, de curiosité, d'analyse d'un problème... ext.), qui devraient leur permettre de tirer profit des stages successifs ?

**13-Avez vous effectué une période de stage en dehors des structures hospitalières ?**

Tableau N°27	Faculté de Médecine de Sétif		Faculté de Médecine de Constantine		Faculté de Médecine de Batna		Effectif	°A
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
<b>Oui</b>	11	14,67	15	20	17	22,67	43	12,11
<b>Non</b>	64	85,33	60	80	58	77,33	182	80,89
<b>TOTAL</b>	75	/	75	/	75	/	225	/

Tableau N°28	Internes		Médecins		Résidants		Effectif	°A
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
<b>Oui</b>	16	14,16	11	21,16	16	26,67	43	19,11
<b>Non</b>	97	85,84	41	78,84	44	77,33	182	80,89
<b>TOTAL</b>	113	/	52	/	60	/	/	/

Les tableaux n° 27 et n° 28 font ressortir que seulement (2,11%) des praticiens interrogés reconnaissent qu'ils ont effectué une période de stage en dehors des structures hospitalières. Au niveau des trois facultés, il n'y a pas de différence statistiquement significative au sujet des praticiens qui ont déclaré qu'ils n'ont pas effectués de stage en dehors des structures hospitalières :

-Sétif : (5,33%)

-Constantine : (80%)

-Batna : (77,33%).

Sur le plan du statut professionnel, on constate qu'au fur et à mesure que le nombre des stages effectués augmentent, les étudiants ont de plus en plus l'occasion de faire un stage dans les structures extra -hospitalières :

-Internes :(14,5%).

-Médecins :(21,15%).

-Résidants :(26,67%).



**14- Y-a-t-il des aspects de la pratique médicale ignorés par le programme d'étude, et qui vous sont apparus une fois que vous avez commencé à exercer ?**

Tableau N°29	Faculté de Médecine de Sétif		Faculté de Médecine de Constantine		Faculté de Médecine de Batna		Effectif	%
	Effectif	°À)	Effectif	%	Effectif	%		
Oui	45	60	48	64	42	56	135	60
Non	30	40	27	36	33	44	90	40
TOTAL	75	/	75	/	75	/	225	/

Tableau N°30	Internes		Médecins		Résidents		Effectif	°À)
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
Oui	79	69,91	36	69,23	20	33,34	135	60
Non	34	30,09	16	30,77	40	66,66	90	40
TOTAL	113	/	52	/	60	/	225	/

Les tableaux n° 29 et n° 30 font apparaître que(60%)des praticiens interrogés ont découvert certains aspects de la pratique médicale seulement après avoir été mis en situation professionnelle, aspects qu'ils disent ignorer par les programmes d'étude et révélés par la pratique.

Sur le plan géographique, il est à noter, comme il a été remarqué dans les réponses aux questions n° :1, n° :8, n° :11, n° :12, que les praticiens de Constantine sont les plus insatisfaits de leur formation ( (64%) contre (60%) à Sétif et (56%) à Batna ) .

Sur le plan du statut professionnel, (69,91%) des internes et (69,23%) des médecins interrogés reconnaissent que certains aspects de leur pratique médicale avaient été ignorés dans le programme de leurs études. Quant aux résidents qui pourtant continuent leurs études parallèlement à leur pratique , (33%) expriment encore leur insatisfaction de ce programme.

15-Si oui, quels sont ces aspects ?

Tableau N°31	Faculté de Médecine de Sétif		Faculté de Médecine de Constantine		Faculté de Médecine de Batna			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	°A
Difficulté et importance de la relation médecin-malade	22	29,33	17	22,66	18	24	57	25,33
Problème thérapeutique et de prescription personnalisé	18	24	13	17,33	16	21,33	47	20,88
13autres aspects	40	/	56	/	47	/	143	/
<b>TOTAL</b>	80	/	86	/	81	/	247	/

NB : les pourcentages ont été calculés en fonction de l'effectif de chaque faculté, soit :

Faculté de Sétif : 75-Faculté de Constantine : 75-Faculté de Batna : 75 -Total : 225.

Tableau N°32	Internes		Médecins		Résidents			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Difficulté et importance de la relation médecin-malade	29	25,66	16	30,76	12	20	57	25,33
Problème thérapeutique et de prescription personnalisé	22	19,46	14	26,92	11	18,33	47	20,88
13autres aspects	71	/	33	/	39	/	143	/
<b>TOTAL</b>	122	/	63	/	/	/	/	/

NB : Les pourcentages ont été calculés en fonction de l'effectif de chaque statut professionnelle, soit : -Internes :

113 -Médecins : 52 -Résidents : 60 Total : 225

Les tableaux n° 31 et n° 32 montrent que les deux aspects les plus souvent cités comme ignorés dans la formation et découverts dans la pratique sont :

-Difficulté et importance de la relation médecin-malade cités par (25,33%) des praticiens. -

Problème de thérapeutique et de prescription personnalisée citée par(20,88%).

Géographiquement,(29,33%)des praticiens de Sétif estiment que l'aspect le plus souvent ignoré et découvert dans la pratique, c'est la difficulté et importance de la relation médecin-malade contre(22,66%) à Constantine et (24%)à Batna. Ceci concorde avec les résultats de la question n° :9 qui placent Sétif toujours en première position dans l'appréciation de l'activité ( importance de la relation médecin-malade) oubliée dans les programmes de stage

(voir tableaux n° :19 et n° :20).

Concernant la variable professionnelle, nous remarquons que les deux aspects sus indiqués sont cités plus souvent par les médecins (30,76% et 26,33%) que par les internes (25,66% et 19,46%) et les résidents (20% et 18,33%).

Ceci souligne que les difficultés rencontrées dans la pratique une fois la formation terminée sont en rapport avec les deux aspects en question.

Il est utile de bien noter que même la qualité de la prescription est subordonnée à l'attitude du médecin dans sa relation avec le patient

**16- A la lumière des programmes actuels, l'enseignement médical est orienté vers le souci de prendre en charge plutôt la maladie ou plutôt le malade ?**

Tableau N°33	Faculté de Médecine de Sétif		Faculté de Médecine de Constantine		Faculté de Médecine de Batna		Effectif	°A
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
<b>Plutôt de la maladie</b>	58	77,34	47	62,67	54	72	159	70,66
<b>Plutôt du malade</b>	17	22,66	28	37,33	21	28	66	29,33
<b>TOTAL</b>	75	/	75	/	75	1	/	/

Tableau N°34	Internes		Médecins		Résidants		Effectif	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
<b>Plutôt de la maladie</b>	87	77	37	71,15	35	58,34	159	70,67
<b>Plutôt du malade</b>	26	23	15	28,85	25	41,66	66	29,33
<b>TOTAL</b>	113	/	52	/	60	/	225	/

Les tableaux n°33 et n°34 signalent que (70,66%) des praticiens interrogés trouvent que le contenu de l'enseignement médical est axé plutôt sur la maladie que sur le malade.

Sur le plan géographique, cette tendance est appréciée différemment à Constantine (62,67%) qu'à Batna (72%) et Sétif (77,34%).

Ces résultats se recoupent avec ceux de la questions n° :3 qui attestent que les praticiens qui estiment l'aspect relationnel couvert par le programme des études encore étaient moins nombreux à Sétif (17,33%) qu'à Batna (20%) et à Constantine (26,66%). (voir tableaux n° :5 et n° :6).

Sur le plan du statut professionnel, on remarque que (77%) des internes interrogés trouvent que le contenu de leurs études vise plutôt la maladie que le malade, ce jugement est légèrement moins négatif au fur et à mesure qu'on complète sa formation (médecin 71,15%) et résidants (58,33%).

**17-D'après vous, quelles sont les caractéristiques de la médecine scientifique contemporaine ?**

Tableau N°35	Faculté de Médecine de Sétif		Faculté de Médecine de Constantine		Faculté de Médecine de Batna		Effectif	%
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
L'exclusion du sujet	17	22,66	17	22,66	23	30,66	57	25,33
La demandabilité du soin médical	19	25,33	16	21,33	16	21,33	51	22,66
La situation du manque en médecine	09	12	14	18,66	08	10,66	31	13,77
L'autonomie de la science	08	10,66	10	13,33	14	<b>18,66</b>	32	<b>14,82</b>
La primauté du visuel	13	17,33	18	24	13	17,33	44	19,55 --
L'impérialisme de l'objet thérapeutique	08	10,66	15	20	15	20%	38	<b>16,88</b>
La prééminence du discours médical	12	16	11	14,66	06	8%	29	<b>12,88</b>
Autre	00	00	02	2,66	00	00	02	0,88
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>(1,15)</b>	<b>103</b>	<b>(1,37)</b>	<b>95</b>	<b>(1,26)</b>	<b>284</b>	<b>(1,26) —</b>

MR : Les pourcentages au niveau de chaque faculté ont été calculés sur la base de l'effectif de chaque région qui est égale à 75.

Le pourcentage global des trois facultés a été calculé sur la base de l'ensemble de la population ciblée qui égal à 225.

Tableau N°36	Internes		Médecins		Résidants			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	Yo
L'exclusion du sujet	31	27,43	12	23,07	14	23,33	57	25,33
La demandabilité du soin médical	22	22,12	19	36,53	10	16,66	51	22,66
La situation du manque en médecine	25	19,46	10	7,69	09	20	31	13,77
L'autonomie de la science	19	16,81	09	13,46	10	11,66	32	14,22
La primauté du visuel	18	15,92	07	19,23	10	15	44	19,55
L'impérialisme de l'objet thérapeutique	15	13,27	04	17,30	12	16,55	38	16,88
La prééminence du discours médical	15	13,27	04	7,69	10	16,66	29	12,88
Autres	00	00	01	1,92	01	1,66	02	0,88
<b>TOTAL</b>	145	(1,28)	66	(1,26)	73	(1,21)	284	(1,26)

**NB:** Les pourcentages au niveau de chaque faculté a été calculés sur la base de l'effectif de chaque catégorie professionnelle soit >Internes :113 -Médecin : 52 -Résidant : 60

Le pourcentage global des trois catégories professionnelles a été calculé sur la base de l'ensemble de la population ciblée qui est à 225.

Les tableaux n° 35et n° 36 nous renseignent que parmi les caractéristiques de la médecine contemporaine proposée par le questionnaire d'enquête, l'exclusion du sujet a été la caractéristique la plus souvent citée (25,33%) des praticiens interrogés devant la demandabilité de plus en plus étendue des soins médicaux compte tenu du développement de la médecine contemporaine (22,66%). Ceci correspond aux résultats obtenus au niveau de la question n° : 16 : (70,66%) des praticiens interrogés estiment que l'enseignement médical est axé plutôt sur la maladie.

Au niveau des trois facultés, on constate que ces deux caractéristiques (l'exclusion du sujet) et la (demandabilité du soin médical) se retrouvent aux premières places au niveau de Sétif et Batna.

Considérant la variable professionnelle, l'exclusion du sujet reste la caractéristique la plus souvent notée par (27,43%) des internes et (23,33%) des résidents mais chez les médecins, elle est précédée par la demandabilité du soin médical (36,53%).

On pourrait expliquer cette inversion des choix chez les médecins par leur confrontation permanente avec les désirs (formulés par les patients ou devinés par le médecin), les demandes, voire les exigences du soin médical.

**18-Dans le cadre de votre formation universitaire, à travers quelle approche votre patient vous a-t-il été présenté ?**

Tableau N°37	Faculté de Médecine de Sétif		Faculté de Médecine de Constantine		Faculté de Médecine de Batna		Effectif	%
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
Approche strictement médical	44	58,66	49	65,33	35	46,66	128	56,88
Approche médico-psychologique	19	25,33	18	24	24	32	61	27,11
Approche médico-sociologique	21	28	13	21	21	28	55	24,44
<b>TOTAL</b>	84	/	80	/	80	244	/	

Tableau N°38	Internes		Médecins		Résidents		Effectif	%
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
Approche strictement médical	68	60,17	30	57,69	30	50	128	56,88
Approche médico-psychologique	24	21,23	17	32,69	20	33,33	61	27,11
Approche médico-sociologique	26	23,01	11	21,15	18	30	55	24,44
<b>TOTAL</b>	118	/	58	/	68	/	244	/

Les tableaux n° 37 et n° 38 font ressortir que plus de la moitié des praticiens interrogés (56,88%) jugent que durant leur formation universitaire le patient ne leur a été présenté que sur une approche strictement médicale.

D'un autre côté, moins d'un tiers seulement (27,11%) reconnaissent que pendant leur formation le patient leur a été présenté que sur une approche médico- psychologique et moins d'un quart (24,44%) situent cette approche sur le plan médico- sociologique. Ces résultats mettent en lumière l'absence d'une perception holistique (globale) du patient que la majorité des médecins n'ont trouvé ni dans les cours théoriques ni dans les stages pratiques.

Au niveau des trois facultés, il est à souligner que les praticiens formés à Constantine sont encore plus nombreux (65,33%) que Sétif (58,66%) et à Batna (46,66%) à juger que le malade leur a été présenté sous une approche strictement médicale. On pourrait peut être expliquer cette perception par la technicité de l'univers médical plus poussé à Constantine qui relativise la connaissance du vécu du malade et réduit le temps qui peut lui être consacré.

Sur le plan du statut professionnel, on remarque qu'au fur et à mesure qu'augmente le nombre d'année de formation (théorique et pratique) les praticiens interrogés trouvent dans cette formation relativement plus l'approche médico- psychologique du malade (internes (21,23%), médecins (32,69%), résidants (33,33%)) et l'approche médico- sociologique (internes (21,23%), médecins (21,15%), résidants (50%)).

Parallèlement, on note une légère diminution de l'approche strictement médicale (internes (60,17%), médecins (57,69%), résidants (50%)).



19-Durant votre **formation, vous-a-t-on initié à l'accueil du malade ?**

Tableau N°39	Faculte de meaecine de setif		Faculté de Médecine de Constantine		Faculté de Médecine de Batna			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	"A	Effectif	%
Oui	22	29,33	27	36	38	50,67	87	38,67
Non	53	70,67	48	64	37	49,33	138	61,33
TOTAL	75	/	/	/	/	/	/	/

Tableau N°40	Internes		Médecins		Résidants			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Oui	49	43,36	14	26,92	24	40	87	/
Non	64	56,64	38	73,08	36	60	138	/
TOTAL	113	/	52	/	60	/	225	/

Les tableaux n° 39 et n° 40 montrent que (61,33%) des praticiens interrogés excluent toute initiation à l'accueil du malade durant leur formation.

Géographiquement, il y a lieu de signaler que seuls les praticiens de Batna (50,67%) estiment avoir été initiés à l'accueil du malade durant leur formation contre (29,33%) à Sétif de (36%) à Constantine.

Concernant la variable professionnelle, le manque d'initiation à l'accueil du malade est fortement ressenti par les médecins (73,08%) contre les internes (56,64%) et (60%) des résidants. Cette différence tient au fait que les médecins doivent accueillir personnellement chaque malade contrairement aux internes et aux résidants qui interviennent auprès du malade déjà accueilli au niveau du service d'hospitalisation par d'autres personnels (paramédicaux, employés administratifs).

2041 est attendu du médecin qu'il soit un communicateur.

Au cours de votre formation universitaire avez vous été initié à la communication

médicale ?

Tableau N°41	Faculté de Medecine de Setif		Faculté de Médecine de Constantine		Faculté de Medecine de Batna			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Oui	23	30,67	17	22,67	25	33,33	65	28,89
Non	52	69,33	58	77,33	50	66,67	160	71,11
TOTAL	75	/	75	/	75	/	225	/

Tableau N°42	Internes		Médecins		Résidants			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Oui	39	34,52	09	17,30	17	28,33	65	28,89
Non	74	65,48	43	82,70	43	71,67	160	71,11
TOTAL	113	/	52	/	60	/	225	/

Les tableaux n° 41 et n° 42 font ressortir que (71,11%) des praticiens interrogés n'ont reçu aucune initiation à la communication médicale alors qu'ils sont tous contraints de pratiquer quotidiennement cette communication lors de chaque rencontre avec chaque malade.

Géographiquement, ce manque de formation dans le domaine qui devrait être prioritaire dans l'exercice médical était encore plus dénoncé par les praticiens de Constantine (77,33%) que par ceux de Sétif (69,33%) et de Batna (66,67%). Ces résultats se recourent avec les résultats à la réponse à la question n° :18 qui signalent que (65,33%) des praticiens de Constantine affirment que le patient leur a été présenté sous l'approche strictement médicale.

Sur le plan du statut professionnel, cette carence dans le domaine de la communication est fortement ressentie par les médecins (82,70%) contre (65,41%) chez les internes (71,67%) chez les résidants. Ceci peut s'expliquer par le fait que les médecins sont seuls à confronter quotidiennement les malades et ressentent beaucoup plus que toutes les autres catégories l'utilité à être initiés à la communication.

**21- Classez par ordre d'importance les facteurs qui vous permettent d'être à l'écoute de chaque malade (Notez de 01 à 04 dans les cases correspondantes) ?**

Tableau N°43	Faculté de Médecine de Sétif		Faculté de Médecine de Constantine		Faculté de Médecine de Batna			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	Vo	Effectif	%
<b>Disposition personnelle</b>	210	1	203	1	195	2	608	1
<b>Expérience familiale</b>	189	2	187	2	209	1	585	2
<b>Pratique médicale</b>	180	3	181	3	179	3	540	3
<b>Formation universitaire</b>	171	4	179	4	167	4	517	4
<b>TOTAL</b>	750	/	750	/	750	/	2250	/

**NB : II** est à noter que lors du dépouillement, les réponses ont été pondérées de la manière suivante : -1<sup>er</sup> Facteur classé : 4pts -2<sup>ème</sup> Facteur classé : 3pts-3<sup>ème</sup> Facteur classé : 2pts -4<sup>ème</sup> Facteur classé : 1 pts.

Tableau N°44	Internes		Médecins		Résidants			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	Vo
<b>Disposition personnelle</b>	308	1	136	2	164	1	608	1
<b>Expérience familiale</b>	304	2	125	3	156	2	585	2
<b>Pratique médicale</b>	260	3	139	1	141	3	540	3
<b>Formation universitaire</b>	258	4	120	4	139	4	517	4
<b>TOTAL</b>	1130		520		600		2250	

**NB : III** est à noter que lors du dépouillement, les réponses ont été pondérées de la manière suivante : -1<sup>er</sup> Facteur classé : 4pst.-2<sup>ème</sup> Facteur classé : 3pst. -3<sup>ème</sup> Facteur classé : 2pst. -4<sup>ème</sup> Facteur classé : 1 pst.

Les tableaux n° 43 et n° 44 nous renseignent que la formation universitaire qui devrait permettre aux praticiens à être à l'écoute de chaque malade a été jugée comme facteur moins déterminant (517points) que les dispositions personnelles (608points), l'expérience familiale (585 points) et la pratique médicale (540points).

Compte tenu de ces résultats, on peut se demander si la formation universitaire a eu un impact sur l'aptitude à l'écoute du malade puisque les deux facteurs classés toujours en tête de liste avaient été acquis bien avant le début de la formation.

Au niveau des trois facultés, les résultats de l'ensemble des facteurs n'expriment pas de différence statistiquement significative.

Sur le plan du statut professionnel, le même classement général a été observé (disposition personnelle, expérience familiale, pratique médicale, formation universitaire) à l'exception des médecins pour lesquels la pratique médicale (139points) vient en premier lieu.

**22- Classez les quatre éléments suivants par ordre d'importance pour l'établissement d'un diagnostique ?**

Tableau N°45	Faculté de Médecine de Sétif		Faculté de Médecine de Constantine		Faculté de Médecine de Batna		Total	%
	Effectif	%	Effectif f	%	Effectif	%		
Les signes objectifs de la maladie	202	1	217	1	258	1	677	1
Les résultats des examens para cliniques	184	3	188	3	163	3	535	3
Le caractère exhaustif de votre anamnèse	191	2	194	2	241	2	626	2
La précision des réponses du patient	173	4	151	4	88	4	412	4
<b>TOTAL</b>	750	/	750	/	750	/	2250	/

NB : Il est à noter que lors du dépouillement, les réponses ont été pondérées de la manière suivante :-1<sup>er</sup>

Facteur classé : 4pts -2<sup>ème</sup> Facteur classé : 3pts -3<sup>o</sup> Facteur classé : 2pts -4<sup>ème</sup> Facteur classé : 1pts.

Tableau N°46	Internes		Médecins		Résidents		Total	%
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
Les signés objectifs de la maladie	324	1	146	1	207	1	677	1
Les résultats des examens para clinique	264	3	133	3	138	3	535	3
Le caractère exhaustif de votre anamnèse	313	2	137	2	176	2	626	2
La précision des réponses des patients	229	4	104	4	79	4	412	4
<b>TOTAL</b>	1130	/	520	/	600	/	2250	/

NB : Il est à noter que lors du dépouillement, les réponses ont été pondérées de la manière suivante :-1<sup>er</sup> Facteur classé : 4pts -2<sup>ème</sup> Facteur classé : 3pts -3<sup>ème</sup> Facteur classé : 2pts -4<sup>ème</sup> Facteur classé : 1pts.

Les tableaux n° 45 et n° 46 font apparaître le classement des éléments concourant à l'établissement du diagnostic :

- 1-Les signes objectifs de la maladie (677points).
- 2-Caractère exhaustif de l'anamnèse (626points).
- 3-Les résultats des examens para -clinique (535points).
- 4-La précision des réponses des patients (412points).

Ces résultats confirment que lors du diagnostic, les praticiens attachent moins d'importance au vécu du malade qu'à leurs connaissances scientifiques et leur savoir-faire.

Au niveau des trois facultés, ce constat est vérifié puisque nous trouvons le même classement sus -cité.

Concernent la variable professionnelle, on remarque que les internes, médecins et les résidents attribuent le même ordre d'importance aux quatre éléments entrant dans l'établissement du diagnostic : les réponses du patient toujours à la dernière place.

### **23- Votre formation vous a-t-elle préparé à formuler vos questions au patient ?**

<b>Tableau N°47</b>	<b>Faculté de Médecine de Sétif</b>		<b>Faculté de Médecine de Constantine</b>		<b>Faculté de Médecine de Batna</b>		<b>Effectif f</b>	<b>%</b>
	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif f</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>		
<b>Toujours de la même façon par souci de rigueurs scientifique</b>	16	21,33	27	36	21	28	64	28,45
<b>Ou de façon variable selon les malades</b>	08	10,67	11	14,67	12	16	31	13,77
<b>De manière identique pour chaque pathologie</b>	45	60	32	42,67	36	48	113	50,23
<b>De façon variable selon le niveau socioculturel du malade</b>	06	8	05	6,66	6	8	17	7,55
<b>TOTAL</b>					/	/		/

**NB :** Les pourcentage au niveau de chaque faculté ont été calculés sur la base de l'effectif de chaque région qui est égal à 75.

Le pourcentage global des trois facultés a été calculé sur la base de l'ensemble de la population ciblée qui est égal à 225.

Tableau N°48	Internes		Médecins		Résidants		Effectif	Vo
	Effectif	o/c	Effectif	%	Effectif	%		
Toujours de la même façon par souci de rigueur scientifique	35	30,17	15	28,85	14	23,33	64	18,45
Ou de façon variable selon les malades	12	10,62	13	25	06	10	31	13,77
De manière identique pour chaque pathologie	57	50,44	22	42,31	34	56,67	113	50,23
De façon variable selon le niveau socioculturel du malade	09	7,97	02	3,84	06	10	17	7,55
TOTAL	/	/	/	/	/	/	/	/

NB : Les pourcentages au niveau de chaque catégorie professionnelle ont été calculés sur la base de l'effectif de chaque catégorie professionnelle soit:

-Internes : 113-Médecins : 52-Résidants : 60

Le pourcentage global des trois statuts professionnels a été calculé sur la base de l'ensemble de la population ciblée qui est égal à 225.

Les tableaux n° 47 et n°48 font ressortir que près de (80%) (50,23% + 28,45%) estiment que leur formation ne les a pas préparés à tenir compte de la singularité de chaque malade ni de son niveau socioculturel pour formuler les questions posées au patient.

Ceci va dans le même sens que les résultats de la question n° 16 : un enseignement médical visant la prise en charge de la maladie (70,66%) des praticiens interrogés ,plutôt que la prise en charge du malade (29,33%). Cette prépondérance de l'attention à la maladie (formulation des questions identiques pour chaque pathologie) est moins marquée à Constantine (42,67%) qu'à Batna (48%) et à Sétif (60%).

Nous l'avons déjà relevé à la question N°16: enseignement médical visant plutôt la maladie : (62,33%) à Constantine, (72%) à Batna, (77,33%) à Sétif.

Sur le plan du statut professionnel, on note une légère progression dans la prise en compte du patient au fur et à mesure de l'avancement dans l'exercice médical :

-Internes : (10,62% + 7,97% = 18,59%).

-Résidants : (10% + 10% = 20%).

-Médecins : (25% + 3,84% = 28,84%).

**24-A votre avis, quel est l'effet de l'usage des technologies de l'information sur la relation de confiance entre le patient et le médecin ?**

Tableau N°49	Faculté de Médecine de Sétif		Faculté de Médecine de Constantine		Faculté de Médecine de Batna			
	Effectif	%	Effectif f	%	Effectif	%	Effectif f	%
Facteur favorisant	45	60	52	69,33	34	45,33	131	58,22
Indifférent	17	22,67	16	21,33	32	42,67	65	28,89
Négatif	13	17,33	07	9,33	09	12	29	12,89
TOTAL	75	/	/	75	75	/	225	/

Tableau N°50	Internes		Médecins		Résidants			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Facteur favorisant	62	54,92	33	63,4	36	60	131	58,22
Indifférent	32	28,3	13	28,1	20	33,33	65	28,89
Négatif	19	16,8	6	11,5	4	6,67	29	12,89
TOTAL	113	/	52	/	60	/	225	/

Les tableaux n° 49 et n° 50 montrent que l'influence de l'usage des technologies sur la relation de confiance entre le patient et le médecin est appréciée de la manière suivante : - (58,22%) des praticiens interrogés estiment que c'est un facteur favorisant.

- (28,89%) des praticiens interrogés jugent que c'est un facteur indifférent.

- (12,89%) des praticiens interrogés reconnaissent que c'est un facteur négatif.



Ces résultats nous paraissent peu significatifs parce que nous ignorons le degré réel d'utilisation de ces technologies par chacun des praticiens et la disponibilité de ce matériel au niveau des différentes structures de santé.

Concernant la variable géographique, on note que l'utilisation des technologies de l'information est positivement appréciée par un plus fort pourcentage de praticiens à Constantine (69,33%) qu'à Sétif (60%) et Batna (45,33%). Faut-il expliquer cet état de fait par les traditions universitaires et culturelles de la ville de Constantine ?

Sur le plan du statut professionnel, (16,8%) des internes interrogés jugent négativement l'influence des technologies de l'information sur la relation médecin-malade alors que ce pourcentage se réduit à (11,5%) chez les médecins et (6,67%) chez les résidents.

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les internes trouvent plus de difficultés à accéder à ces technologies.

**25-Comme la formation des médecins s'adresse à des hommes, des êtres sociaux, vous semble-t-elle avoir développé vos qualités affectives (respect et amour de l'autre) ?**

Tableau N°51	Faculté de Médecine de Sétif		Faculté de Médecine de Constantine		Faculté de Médecine de Batna			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>Oui</b>	12	16	10	13,33	12	84	34	15,11
<b>Non</b>	63	84	65	86,67	63	84	191	84,89
<b>TOTAL</b>	75	/	75	/	75	/	225	/

Tableau N°52	Internes		Médecins		Résidents			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>Oui</b>	15	13,27	8	15,38	11	18,33	34	15,11
<b>Non</b>	98	86,73	44	84,62	49	81,87	191	84,89
<b>TOTAL</b>	113	/	52	/	/	/	225	/

Les tableaux n°51 et n°52 signalent que (84,89%) des praticiens interrogés jugent que leur formation n'a pas développé leurs qualités affectives.

Au niveau des trois facultés, ce jugement est pratiquement identique

( Sétif (84%), Constantine (86,67%), Batna (84%) ).

Sur le plan du statut professionnel, ils sont de moins en moins nombreux à porter ce jugement négatif au fur et à mesure qu'ils avancent dans leur formation :

- (86,73%) des internes.
- (84,62%) des médecins.
- (81,67%) des résidents.

**26-Votre formation vous permet-elle de prendre en compte le corps érogène ? (Lieux multiples de plaisir, désirs, pulsions sexuelles).**

Tableau N°53	Faculté de Médecine de Sétif		Faculté de Médecine de Constantine		Faculté de Médecine de Batna			
	Effectif		Effectif		Effectif		Effectif	
Oui	11	14,67	10	13,33	08	10,67	29	12,89
Non	64	85,33	65	86,67	67	89,33	196	87,11
<b>TOTAL</b>	75		75		75	/	225	/

Tableau N°54	Internes		Médecins		Résidents			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	°A
<b>Oui</b>	16	14,15	02	38,4	11	18,33	29	42,89
Non	97	85,85	50	96,15	49	81,67	196	87,11
<b>TOTAL</b>	113	/	52	/	60	/	/	/

Les tableaux n° 53 et n° 54 font apparaître que (87,11%) des praticiens interrogés déclarent que leur formation ne leur permet pas de prendre en compte le corps érogène dans l'exercice de leurs fonctions. Ceci dénote l'absence d'une perception systémique de la personne qui ne dissocierait pas les aspects somatiques des aspects psychosexuels. La variable géographique n'introduit pas de différence notable dans cette appréciation :

- (85,33%) à Sétif.

- (86,87% )à Constantine.

- (89,33%)à Batna.

Par contre, la variable professionnelle amène des différences importantes : seulement (3,84%) des médecins estiment avoir été préparé à prendre en compte le corps érogène contre (14, 15%) chez les internes. Cette différence statistiquement significative tient au fait que les médecins sont les plus confrontés à ce corps érogène comparativement aux internes.

Compte tenu de leur formation prolongée, on constate une légère augmentation chez les résidents (18,33%) qui estiment avoir été préparés à la prise en compte du corps érogène. **27**

**-Entendez vous plutôt les mots du patient :**

**-Comme des signes (symptômes).**

**-Comme des signifiants (sens).**

Tableau N°55	Faculté de Médecine de Sétif		Faculté de Médecine de Constantine		Faculté de Médecine de Batna		Effectif	%
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
Comme des signes (symptômes)	60	80	59	78,76	58	77,33	177	78,67
Comme des signifiants (sens)	15	20	16	21,33	17	22,67	48	21,33
<b>TOTAL</b>	75	/	75	/	75	/	225	/

Tableau N°56	Internes		Médecins		Résidents		Effectif	%
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
Comme des signes (symptômes)	98	86,73	38	83,08	41	68,33	177	78,67
Comme des signifiants (sens)	15	13,27	14	26,92	19	31,67	48	21,33
<b>TOTAL</b>	113	/	52	/	60	/	215	/

Les tableaux n° 55 et n° 56 signalent que (78,67%) des praticiens interrogés estiment qu'ils entendent les mots du patient comme des signes (symptômes) alors que seulement (21,33%) les entendent comme des signifiants.

Il est à noter que cet état de faits confirme l'idée que l'écoute dépend de la formation reçue qui est dans le cas des médecins beaucoup plus axée sur la maladie.

Concernant la variable géographique, il n'existe pas de différence significative, presque l'ensemble des praticiens des trois facultés déclarent entendre les mots du patient comme des signes :

- Sétif : (80%).

- Constantine : (78,67%).

- Batna : (77,33%).

S'agissant de la variable professionnelle, les résidents (65,33%) entendent moins les mots du patient comme des signes comparativement aux internes (86,73%) et aux médecins (83,08%).

**28-Est ce votre formation médicale vous a préparé à prendre en charge la singularité de chaque malade parallèlement aux règles scientifiques générales ?**

Tableau N°57

	Faculté de médecine de Sétif		Faculté de Médecine de Constantine		Faculté de Médecine de Batna		Total	%
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
Oui	26	34,67	22	29,33	26	34,67	74	32,89
Non	49	65,33	53	70,67	49	65,33	151	67,11
TOTAL	75	/	75	/	/	/	225	/

Tableau N°58

	Internes		Médecins		Résidents		Effectif	%
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
Oui	32	28,81	19	36,53	23	38	174	32,89
Non	81	71,69	33	63,47	37	61,67	151	67,11
TOTAL	113	/	52	/	60	/	/	/

Les tableaux n° 57 et n° 58 nous renseignent que plus de deux tiers des praticiens interrogés (67, 11%) estiment que leur formation ne les a pas préparés à prendre en charge la singularité de chaque malade parallèlement aux règles scientifiques générales.

Il est à signaler que ce pourcentage est très proche de celui des répondants à la question n°16 : (70,66%) des praticiens interrogés jugent que l'enseignement qu'ils ont reçu vise à la prise en charge de la maladie plutôt que celle du malade.

Géographiquement, ce pourcentage est plus élevé à Constantine (70,67%) qu'à Sétif et Batna (65,33%).

Cette conception particulière dans les réponses des praticiens de Constantine ressortait à la question n° :18 : (65,33%) des praticiens de Constantine contre (58,66%) à Sétif et (46,66%) à Batna estimaient que le patient leur a été présenté sous une approche strictement médicale sans tenir compte des aspects psychologiques qui font la singularité du malade.

En considérant la variable professionnelle, on constate qu'au fur et à mesure qu'on augmente la durée de la formation, il y a une progression dans la prise en compte de la singularité de chaque malade : seulement (28,31%) des internes estiment y avoir été préparés contre (36,53%) des médecins et (38,33%) des résidents.

#### **29-A quel moment le médecin découvre-t-il la dimension sociale de la maladie :**

**- En étant étudiant ?**

**- En commençant à exercer ?**

<b>Tableau N°59</b>	<b>Faculté de Médecine de Sétif</b>		<b>Faculté de Médecine de Constantine</b>		<b>Faculté de Médecine de Batna</b>		<b>Total</b>	<b>%</b>
	<i>Effectif</i>	<i>%</i>	<i>Effectif</i>	<i>%</i>	<i>Effectif</i>	<i>%</i>		
<b>En étant étudiant</b>	05	6,67	7	9,33	12	16	24	10,67
<b>En commençant à exercer</b>	70	93,33	68	90,67	63	84	201	89,33
<b>TOTAL</b>	75	/	75	/	75	/	225	/

<b>Tableau N°60</b>	<b>Internes</b>		<b>Médecins</b>		<b>Résidents</b>		<b>Effectif</b>	
	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>		
<b>En étant étudiant</b>	13	11,50	03	5,77	08	13,33	24	10,67
<b>En commençant à exercer</b>	100	88,50	49	84,23	52	86,67	201	89,33
<b>TOTAL</b>	<b>113</b>	/	52	/	60	/	225	/

Les tableaux n° 59 et n° 60 indiquent que seulement (10,67%) des praticiens interrogés ont découvert la dimension sociale de la maladie durant leurs études.

Cependant (89,33%) des praticiens interrogés ne l'ont découvert qu'en commençant à exercer.

Ce dernier pourcentage évolue peu en fonction de la variable géographique soit : (84%) à Batna. - (90,67%) à Constantine. -(93,33%) à Sétif.

Et évolue encore moins en fonction de la variable professionnelle soit :

-(84,23%) des médecins.- (86,67%) des résidents.- (88,50%) des internes.

**30- Dans la pratique, vous — est — il possible de tenir compte de la situation sociale du malade pour la confirmation du diagnostic et de vos prescriptions thérapeutiques ?**

<b>Tableau N°61</b>	<b>Faculté de Médecine de Sétif</b>		<b>Faculté de Médecine de Constantine</b>		<b>Faculté de Médecine de Batna</b>			
	<i>Effectif</i>	<i>%</i>	<i>Effectif</i>	<i>%</i>	<i>Effectif</i>	<i>%</i>	<i>Effectif</i>	<i>%</i>
<b>Oui</b>	46	61,33	41	54,67	47	62,67	134	59,56
Non	29	38,67	34	45,33	28	37,33	91	40,44
<b>TOTAL</b>	75	/	75	/	75	/	225 <sup>a</sup>	/

<b>Tableau N°62</b>	<b>Internes</b>		<b>Médecins</b>		<b>Résidents</b>			
	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	
<b>Oui</b>	65	57,52	31	59,62	38	63,33	134	59,56
Non	48	42,48	21	40,38	22	36,67	91	40,44
<b>TOTAL</b>	113	/	52	/	60	/	225	/

Les tableaux n° 61 et n° 62 font ressortir que (40,44%) des praticiens interrogés déclarent qu'ils ne leur sont pas possibles de tenir compte de la situation sociale du patient pour la confirmation du diagnostic et des prescriptions thérapeutiques (examens para cliniques et les prescriptions thérapeutiques (ordonnance)). Les raisons d'une telle attitude souvent invoquée tiennent à l'afflux des malades, à l'indisponibilité de certains moyens et à des problèmes d'organisation.

Il n'en demeure pas moins que ce pourcentage (40,44%) révèle un grand manque de sensibilisation à la prise en compte des facteurs sociaux durant leur formation.

Géographiquement, la négligence de la situation sociale des malades est encore plus nette à Constantine (45,33%) qu'à Sétif (38,67%) et à Batna (37,33%).

Ceci a été déjà révélé à la question n° 18 : (17,33%) seulement des praticiens de Constantine estimaient que le patient leur avait été présenté sous une approche médico- sociologique contre 28% à Batna et à Sétif.

Concernant la variable professionnelle, la même progression qu'à la question n° 18 est observée en fonction de la durée de la formation : (42,48%) des internes affirment ne pas pouvoir tenir compte de la situation sociale contre (40,38%) des médecins et (36,76%) des résidents.

### 31-Quels sont les problèmes qui peuvent surgir avec l'apparition de la maladie ?

Tableau N°63	Faculté de Médecine de Sétif		Faculté de Médecine de Constantine		Faculté de Médecine de Batna		Total	%
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
<b>Problèmes relationnels au sein de la famille</b>	38	50,67	38	50,67	35	46,47	111	49,33
<b>Problèmes des relations sociales</b>	39	52	29	38,67	35	46,47	103	45,78
<b>Problèmes financiers</b>	45	60	38	50,67	38	50,67	121	53,78
<b>Problèmes professionnels</b>	35	46,67	36	48	26	34,67	97	43,11
<b>TOTAL</b>	157	209,33	141	188	134	178,67	432	192

NB : Les pourcentages ont été calculés sur la base de l'effectif de chaque faculté qui est égal à 75.  
Le pourcentage global des trois facultés a été calculé sur la base de l'ensemble de la population ciblée qui est égal à 225.

Tableau N° 64	Internes		Médecins		Résidents		Effectif	Vo
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
<b>Problèmes relationnels au sein de la famille</b>	60	53,10	27	51,92	24	40	111	49,33
<b>Problèmes des relations sociales</b>	54	47,79	17	32,69	32	53,33	103	45,78
<b>Problèmes financiers</b>	70	61,95	18	34,61	33	55	121	53,78
<b>Problèmes professionnels</b>	61	53,98	14	26,92	22	36,67	97	43,11
<b>TOTAL</b>	245	216,82	76	146,14	111	185	432	192

NB : -Les pourcentages au niveau de chaque catégorie professionnelle ont été calculés sur la base de l'effectif de chaque catégorie professionnelle soit :

-Internes : 113. -Médecins : 52. -Résidents : 60.

-Le pourcentage global des trois catégories professionnelles a été calculé sur la base de l'ensemble de la population ciblée qui est égal à 225.



Les tableaux n° 63 et n° 64 font apparaître que parmi les problèmes pouvant surgir avec l'apparition de la maladie :

-Les problèmes financiers sont cités par (53,78%) des praticiens interrogés.

-Les problèmes des relations sociales par (45,78%).

-Les problèmes professionnels par (43,11%).

Au niveau des trois facultés, les praticiens de Constantine classent les problèmes financiers et les problèmes relationnels au même rang (50,67%) et ils sont nettement moins nombreux à citer les problèmes de relations sociales : (38,67%) à Constantine contre (46,47%) à Batna et (52%) à Sétif.

Sur le plan professionnel, seuls les médecins classent les problèmes relationnels au sein de la famille au premier rang (51,92%) dépassant largement les problèmes financiers (34,61%). Cette différence statistiquement significative s'explique par le fait que les médecins généralistes rencontrent le patient le plus souvent avec un ou plusieurs membres de leur famille alors qu'internes et résidents le rencontrent seuls dans les services ou il est hospitalisé. A noter aussi que les problèmes financiers sont cités plus souvent par les internes (61,95%) et par les résidents (55%) mais au second rang viennent les problèmes professionnels pour les internes et les problèmes de relations sociales pour les résidents.

**32- Estimez vous suffisante la formation reçue pour vous permettre d'appréhender les facteurs sociaux liés à l'apparition de certaines maladies ?**

Tableau N°65

	Faculté de Médecine de Sétif		Faculté de Médecine de Constantine		Faculté de Médecine de Batna		Effectif	°A
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
<b>Oui</b>	15	20	18	24	11	14,67	44	19,55
<b>Non</b>	60	80	57	76	64	85,33	181	80,45
<b>TOTAL</b>	75	/	75	/	75	/	225	/

Tableau N°66

	Internes		Médecins		Résidents		Effectif	%
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
<b>Oui</b>	23	20,35	05	9,62	16	26,67	44	19,55
<b>Non</b>	90	79,65	47	90,38	44	73,33	<b>181</b>	<b>80,45</b>
<b>TOTAL</b>	113	/	52	/	60	/	225	/

Les tableaux n° 65 et n° 66 montrent que (80,45%) des praticiens interrogés estiment que la formation qu'ils ont reçue n'est pas suffisante pour leur permettre d'appréhender les facteurs sociaux liés à l'apparition de certaines maladies.

Si on tient compte de la variable géographique, ce pourcentage élevé oscille peu soit :

-Constantine : (76%). -Sétif : (80%). -Batna : (85,33%).

Par contre sur le plan professionnel, il est à noter un pourcentage nettement plus élevé des médecins généralistes (90,38%) insatisfaits de leur formation quant à l'appréhension des facteurs sociaux contre (79,65%) chez les internes et (73,33%) chez les résidents. Cette différence tient au fait que les médecins généralistes sont les plus confrontés à l'environnement social du patient à travers les consultations.

### **33-Pour le malade, à quoi sont liés les caractéristiques qui déterminent la signification**

de la maladie ?

	Faculté de Médecine de Sétif		Faculté de Médecine de Constantine		Faculté de Médecine de Batna		Total	°A
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
A la notion de la maladie elle même	34	45,33	38	50,67	24	32	96	42,66
Au malade lui même	24	32	31	41,33	25	33,33	80	35,55
A la famille du malade	17	22,67	11	14,67	36	48	64	28,44
Au lieu où il est traité	14	18,67	16	21,33	19	25,33	49	21,77
A la société extérieure	16	21,33	22	29,33	16	21,33	54	24
TOTAL	105	/	118	/	120	/	343	152,44

NB : Les pourcentages ont été calculés sur la base de l'effectif de chaque faculté qui est égal à 75.

Le pourcentage global des trois facultés a été calculé sur la base de l'ensemble de la population qui est égal à 225.

	Internes		Médecins		Résidents		Effectif	°A)
	Effectif	%	Effectif	°A	Effectif	%		
A la notion du maladie elle même	52	26,39	26	44,06	18	20,68	96	42,66
Au malade lui même	41	20,81	13	22,03	26	29,88	80	35,55
A la famille du malade	37	18,78	09	15,25	18	20,68	64	28,44
Au lieu où il est traité	28	14,21	05	8,47	16	18,39	49	21,77
A la société extérieure	39	19,79	06	10,16	09	10,34	54	24
TOTAL	197	/	59	/	87	/	344	152,44

NB : Les pourcentages au niveau de chaque catégorie professionnelle ont été calculés sur la base de l'effectif de chaque catégorie professionnelle soit : -internes : 113 -Médecins : 52.-Résidents :60.

Le pourcentage global des trois catégories professionnelles a été calculé sur la base de l'ensemble de la population ciblée qui est égal à 225.

Les tableaux n° 67 et n° 68 signalent que parmi les facteurs liés aux caractéristiques déterminant pour le malade la signification de la maladie :

-(42,66%) des praticiens interrogés notent la notion de la maladie elle-même.

- (35,55%) notent le malade lui-même. -

(28,44%) notent la famille du malade.

- (24%) la société extérieure.

- (21,77%) le lieu où il est traité.

Sachant l'importance des facteurs environnementaux (famille, société, structure de soin) dans la représentation que le malade se fait de sa maladie, on est frappé de constater que seulement (21%) à (28%) des praticiens interrogés citent les trois facteurs :

- (21,77%) pour le lieu de traitement.

- (24%) pour la société extérieure.

- (28,44%) pour la famille.

Partant des résultats sus -cités, on est en droit de penser ,qu'à l'issue de leur formation, les attitudes des praticiens interrogés n'ont pas été façonnées par les données anthropologiques et sociologiques. Concernant la variable géographique, on remarque un grand écart au facteur ( famille du malade) :

-Sétif :(22,67%).

-Constantine :(14,67%).

-Batna (48%).

Sur le plan professionnel, les résidants citent encore moins souvent que la moyenne des praticiens les facteurs socio familiaux :

-A la famille du malade (20,68%) par rapport à la moyenne (28,44%).

-Au lieu où il est traité (18,39%) par rapport à la moyenne (21,77%).

-A la société extérieure (10,34%) par rapport à la moyenne(24%).

Ceci peut s'expliquer par le fait que la formation des résidants vise beaucoup plus la maladie et le malade pris individuellement que l'environnement familial et social.

**34-Pour chaque malade chronique, trouvez-vous le temps de l'interroger sur la perception qu'il a de sa maladie ?**

Tableau N°69	Faculté de Médecine de Setif		Faculté de Médecine de Constantine		Faculté de Médecine de Batna		Effectif	%
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
Oui	26	34,67	21	28	15	20	62	27,56
Non	49	65,33	54	72	60	80	163	72,43
TOTAL	75	/	75	/	75	/	225	/

Tableau N°70	Internes		Médecins		Résidants		Effectif	%
	Effectif	%	Effectif	"A	Effectif	%		
Oui	30	26,54	11	21,15	21	35%	62	27,56
Non	83	73,46	41	78,85	39	65%	163	72,43
TOTAL	113	/	52	/	60	/	225	/

Les tableaux n° 69 et n° 70 montrent que (72,43%) des praticiens interrogés déclarent ne pas trouver le temps d'interroger chaque malade chronique sur la perception qu'il a de sa maladie.

Ceci nous montre bien que chez la grande majorité des praticiens interrogés, la formation médicale n'a pas façonné une attitude d'attention au vécu du malade.

S'agissant de la variable géographique, on note peu de différences entre Sétif (65,23%), Constantine (72%) et Batna (80%).

Par contre sur le plan professionnel, on remarque que ce manque d'attention au vécu est nettement plus important chez les internes (73,46%) et les médecins (78,45%) que les résidants (65%). Cette différence peut être expliquée par le fait qu'il s'agit dans ce cas précis de malade chronique dont beaucoup sont orientés par les internes ou les médecins vers des spécialistes comme les résidants.

Il n'en demeure pas moins qu'il reste toujours (65%) des résidants qui ne trouvent pas le temps de s'intéresser à la perception que le malade a de sa maladie.

**35-votre formation vous permet-elle de rechercher les habitudes, les traditions et les croyances qui peuvent avoir un impact sur l'évolution de la maladie ?**

Tableau N°71	Faculté de Médecine de Sétif		Faculté de Médecine de Constantine		Faculté de Médecine de Batna		Effectif	°A
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
Oui	16	21,33	13	17,33	17	22,67	46	/
Non	59	78,67	62	82,67	58	77,33	179	/
TOTAL	75	/	75	/	75	/	225	/

Tableau N°72	Internes		Médecins		Résidants		Effectif	%
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
Oui	13	17,33	15	20	18	24	46	20,44
Non	62	82,67	60	80	57	76	179	79,56
TOTAL	75	/	75	/	75	/	225	/

Les tableaux n° 71 et n° 72 font ressortir que (79,56%) des praticiens interrogés estiment que leur formation ne leur permet pas de rechercher les habitudes, les traditions et les croyances qui pourraient avoir un impact sur l'évolution de la maladie.

Ce pourcentage est très proche au niveau des trois facultés :

- Sétif : (78,67%).
- Constantine : (82,67%).
- Batna : (77,33%).

Même cas pour la variable professionnelle, elle n'introduit pas de différences notables :

- Internes : (82,67%).
- Médecins : (80%).
- Résidants : (71%).

**36-Votre formation vous a-t-elle préparé à affronter des situations sanitaires qui ont un rapport avec des facteurs culturels ?**

Tableau N°73	Faculté de Médecine de Sétif		Faculté de Médecine de Constantine		Faculté de Médecine de Batna		Effectif	%
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
Oui	16	21,33	22	29,33	17	22,67	55	24,44
Non	59	78,67	53	70,67	58	77,33	170	75,56
TOTAL	75	/	75	/	75	/	225	/

Tableau N°74	Internes		Médecins		Résidants		Effectif	%
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
Oui	25	22,12	12	23,08	18	30	55	24,44
Non	88	77,88	40	76,92	42	70	170	75,56
TOTAL	113	/	52	/	60	/	225	/

Les tableaux n° 73 et n° 74 signalent que (75,6%) des praticiens interrogés reconnaissent que leur formation ne les a pas préparés à affronter des situations sanitaires qui ont un rapport avec des facteurs culturels.

Comme dans la question n°35 les résultats prouvent encore une fois que la formation a occulté la relation pourtant bien connue entre la santé et les facteurs culturels.

Géographiquement, les praticiens de Constantine se distinguent par leur aptitude à affronter des situations sanitaires qui ont un rapport avec des facteurs culturels (29,33%) contre (21,33%) à Sétif et (22,67%) à Batna.

Faudra-t-il imputer ces résultats à la place qu'occupe Constantine dans le domaine culturel ? Sur le plan du statut professionnel, les résidants ayant trois années de formation en plus sont mieux placés (30%) par rapport aux internes (22,12%) et aux médecins (23,08%).

37-Dans quel cadre avez vous été initié à programmer une action sanitaire ?

Tableau N°75	Faculté de Médecine de Sétif		Faculté de Médecine de Constantine		Faculté de Médecine de Batna		Total	"%0
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
Au cours de la formation initiale	22	29,33	24	32	20	26,66	66	29,33
Formation médicale continue	40	53,33	41	54,67	35	46,66	116	51,56
Réunion de travail	13	17,33	10	13,33	20	20,66	43	19,11
TOTAL	75	/	75	/	75	/	225	/

Tableau N°76	Internes		Médecins		Résidants		Total	%
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	"A		
Au cours de la formation initiale	38	33,63	15	28,84	13	21,66	66	29,33
Formation médicale continue	52	46,02	24	46,15	40	66,66	116	51,56
Réunion de travail	23	20,35	13	25	07	11,66	43	19,11
TOTAL	113	/	52	/	60	/	/	/

Les tableaux n° 75 et n° 76 montrent que nonobstant l'organisation des cours portant sur la programmation d'une action sanitaire durant la formation initiale, on remarque que seulement ( 29,33%) des praticiens interrogés estiment qu'ils ont été initiés à programmer une action sanitaire.

Géographiquement, cette tendance est maintenue avec les résultats très proche :

-Sétif : (29,33%).

-Batna : (26,66%).

-Constantine : (32%).

Sur le plan professionnel, il y a lieu de signaler qu'au fur et à mesure qu'on s'éloigne du cours d'épidémiologie, il y a de moins en moins de praticiens qui estiment que leur formation initiale les a initiés à programmer une action sanitaire :

-Internes : (33,63%). -

Médecins : (28,84%).

-Résidants : (21,66%).

**38-Avez vous pris connaissance des programmes nationaux de prévention ?**

Tableau N°77	Faculté de Médecine de Sétif		Faculté de Médecine de Constantine		Faculté de Médecine de Batna			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>Durant votre formation initiale</b>	33	44	42	56	31	41,33	106	47,11
<b>Depuis le début de votre exercice médical</b>	37	49,33	33	44	34	45,33	104	42,82
<b>Jamais</b>	05	6,67	00	00	10	13,33	15	6,67
<b>TOTAL</b>	75	/	75	/	75	/	225	/

Tableau N°78	Internes		Médecins		Résidants			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>Durant votre formation initiale</b>	58	51,33	17	32,69	31	51,67	106	47,11
<b>Depuis le début de votre exercice médical</b>	42	37,17	33	63,46	29	48,33	104	46,22
<b>Jamais</b>	13	11,50	02	3,95	00	00	15	6,67
<b>COTAL</b>	<b>113</b>	/	52	/	60	/	225	



Les tableaux n° 77 et n° 78 nous renseignent que seulement (47,11%) des praticiens interrogés ont pris connaissance des programmes nationaux de prévention durant leur formation initiale.

Géographiquement, ce pourcentage tombe à (41,33%) à Batna contre (44%) à Sétif et (56%) à Constantine.

Aussi, il y a lieu de signaler que (13,33%) des praticiens de Batna reconnaissent qu'ils n'ont jamais pris connaissance des programmes nationaux de prévention ni durant la formation initiale ni au cours de leur exercice médical.

Sur le plan du statut professionnel, il est frappant de noter que seulement (32,69%) des médecins interrogés ont pris connaissance des programmes nationaux de prévention durant leur formation initiale contre (51,33%) pour les internes et (51,67%) pour les résidents.

Cette différence peut s'expliquer par le fait qu'il y a un effort soutenu de la part de la direction de la prévention du ministère de la santé pour élaborer, diffuser et introduire dans les programmes de formation de nouveaux programmes de santé.

A titre d'exemple, nous pouvons citer : programme élargi de vaccination lutte contre la morbidité et la mortalité infantile, lutte contre le rhumatisme articulaire, maîtrise de la croissance démographique.

Sachant que les programmes élaborés et diffusés par le ministère mettent un certain temps à passer dans les enseignements, il est caractéristique de noter que la majorité des médecins n'ont pas eu l'occasion d'entendre parler durant la formation initiale et ceci se confirme par un fort pourcentage (63,46%) qui ont pris seulement connaissance durant les premières années de leur exercice médical.

**39-Quelle place tient l'action préventive (éducation sanitaire, programme de prévention...) dans votre pratique médicale ?**

Tableau N°79	Faculté de Médecine de Sétif		Faculté de Médecine Constantine		Faculté de Médecine de Batna		Total	%
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
<10%	23	30,66	22	29,33	19	25,33	64	28,44
10 à 30% ▶	16	21,33	14	18,66	16	21,33	46	20,44
30 à 50%	13	17,33	13	17,33	16	21,33	42	18,66
50 à 80%	13	17,33	13	17,33	15	20	41	18,22
80 à 100%	10	13,33	13	17,33	09	12	32	14,22
<b>TOTAL</b>	75	/	75	/	75	/	/	100

Tableau N°80	Internes		Médecins		Résidents		Effectif	%
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
<10%	44	38,93	09	17,30	11	18,33	64	28,44
10 à 30%	24	21,23	10	19,23	12	20	46	20,44
30 à 50%	20	17,69	10	19,23	12	20	42	18,66
50 à 80%	16	14,16	12	23,07	13	21,66	41	18,22
80 à 100%	9	7,94	11	21,15	12	20	32	14,22
<b>TOTAL</b>	133	/	52	/	60	/	225	/

Les tableaux n° 79 et n° 80 indiquent clairement que la place que tient l'action préventive dans la pratique médicale est très limitée puisque (28,44%) des praticiens interrogés consacrent de moins de (10%) (<10%) de leur pratique médicale.

Aussi, il est à noter que plus cette part destinée à la prévention augmente moins nombreux sont les praticiens à lui accorder de l'importance : (14,22%) seulement des praticiens qui estiment développer l'aspect préventif entre (80%) et (100%).

Au niveau des trois universités, on constate les mêmes progressions inverses : diminution du pourcentage des praticiens accordant des places de plus en plus importante : -Sétif de (30,66%) à (13,33%).

-Batna de (25,33%) à (12%).

-Constantine de (29,33%) à (17,33%).

Concernant la variable professionnelle, les internes accordent très peu de place à la prévention (38,93% lui donnent —10%) de place et (21,23% lui donnent 10 à 30%) de place.

On pourrait s'attendre à ces résultats puisque les internes exercent en service spécialisé du CHU ou leurs tâches principales sont curatives.

Par contre, les médecins sont plus nombreux à accorder une grande place à la prévention : (23%) accordent (50% à 80%). Ceci peut s'expliquer par leur position (en première ligne) nécessitant de leur part l'action préventive et curative pour tout malade qui se présente.

Quant aux résidents, on note une progression semblable à celle observée chez les médecins (17,30%) jusqu'à (23,07%).

40-En dehors du secteur de la santé, quels sont les organismes qui interviennent dans la promotion de la santé de la population ?

Tableau N°81	Faculté de Médecine de Sétif		Faculté de Médecine de Constantine		Faculté de Médecine de Batna		- - -	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Total	%
Enseignement	40	53,33	41	54,66	43	57,33	124	55,11
Association et ONG humain	61	81,33	38	50,66	33	44	132	56,66
CNAS	26	34,66	32	42,66	15	20	73	32,44
APC	36	48	29	38,66	23	30,66	88	39,11
Jeunesse et sport	49	65,33	20	26,66	29	38,66	98	43,55
Environnement	46	61,33	36	48	25	33,33	107	47,55
Media	43	57,33	52	69,33	35	46,66	130	57,77
TOTAL	301	(4)	248	(3,3)	203	(2,7)	752	(3,3)

NB : Les pourcentages ont été calculés sur la base de l'effectif de chaque faculté qui est égal à 75.

Le pourcentage global des trois facultés a été calculé sur la base de l'ensemble de la population ciblée qui est égal à 225.

Tableau N°82	Internes		Médecins		Résidents			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	°A)
Enseignement	68	60,17	26	50	30	50	124	55,11
Association et ONG humain	61	53,98	28	53,84	43	71,66	132	56,66
CNAS	30	26,54	25	48,07	18	30	73	32,44
APC	37	32,74	28	53,84	23	38,33	88	39,11
jeunesse et sport	49	43,36	23	44,23	26	43,33	98	43,55
Environnement	50	44,24	22	42,30	35	58,33	107	47,55
Media	65	57,52	31	59,61	34	65,66	130	57,77
TOTAL	360	(3,2)	103	(3,5)	209	(3,5)	752	(3,3)

NB : Les pourcentages au niveau de chaque catégorie professionnelle ont été calculés sur la base de l'effectif de chaque catégorie professionnelle soit : -Internes : 113. -Médecins : 52. -Résidents : 60.

Le pourcentage global des trois statuts professionnels a été calculé sur la base de l'ensemble de la population ciblée qui est égal à 225

Les tableaux n° 81 et n° 82 indiquent que parmi les sept organismes proposés par le questionnaire, l'ensemble des praticiens interrogés ont émis (3,3%) de choix chacun en moyenne comme organismes intervenant dans la promotion de la santé et de la population.

Les organismes les plus souvent cités sont dans l'ordre :

1-Les médias : (57,77%).

2-Les associations et les ONG humanitaires : (56,66%).

3-L'enseignement : (55,11%).

4-L'environnement : (47,55%).

5-Jeunesse et sports : (43,55%).

6-Les APC : (39,11%).

7-La CNAS : (32,44%).

Par rapport au classement générale ci dessus, les praticiens de Sétif font passer les associations et les ONG humanitaires du 2<sup>e</sup> au 1<sup>er</sup> rang (81,33%) et les organismes de jeunesse et de sports du 5<sup>ème</sup> au 2<sup>ème</sup> rang (65,33%). Cette particularité des réponses recueillies à Sétif correspondant bien au dynamisme des associations de malade ou des personnes handicapés ou de leurs parents, dynamisme qui se manifeste par la création des structures de prise en charge efficaces (associations des parents des enfants infirmes moteurs cérébraux (APIMC) ), ( association des parents inadaptés mentaux APIM),( Association des sourds muets),( association des aveugles), (association des diabétiques).

D'un autre côté, le CIAJ (centre d'information et d'animation de la jeunesse) de Sétif s'est distingué par ses activités en direction de la jeunesse par des campagnes de sensibilisation portant sur des thèmes importants pour la santé de la jeunesse .

Exp : -lutte contre le tabagisme, toxicomanie, éducation sexuelle des adolescents, le sida, sports et santé, efforts intellectuels à l'approche des examens, environnement et santé.

Quant aux réponses enregistrées à Constantine, elles font ressortir un classement différent de celui de Sétif en portant au 1<sup>er</sup> rang les médias avec près de (70%).

Force est de constater que les praticiens de Constantine classent les médias au même 1<sup>er</sup> rang que l'ensemble des praticiens mais avec un pourcentage plus élevé ((69,33%) contre (57,17%)) cela peut être dû à une plus grande densité du tissu d'organe d'information écrit et télévisuel au niveau de cette ville..

S'agissant des résultats recueillis à Batna, on constate que le secteur de l'enseignement est l'organisme le plus souvent cité.

Sur le plan du statut professionnel, on remarque que les médecins attribuent un rôle plus important à l'APC (53,84%) contre (39,11%) pour l'ensemble des praticiens et à la CNAS (48,07%) contre (32,44%) pour l'ensemble des praticiens. Le choix de ces deux organismes est explicable par le fait qu'ils sont en relation fonctionnelle obligatoire avec chaque médecin

généraliste : APC (déclaration obligatoire de certaine maladie, captation des naissances, enquête épidémiologique)

CNAS (remboursement des frais médicaux, congés de maladie...ext.) tandis que les résidants ciblent en premier les associations et les ONG humanitaires (71,66%) contre (56,66%) pour l'ensemble des praticiens, et les organismes d'environnement (58,33%) contre (47,55%) pour l'ensemble, très probablement, parce qu'ils sont souvent sollicités pour intervenir lors des journées d'étude, séminaires, organisés par le mouvement associatif et le secteur de l'environnement.

Quant aux internes, leur position ne les met pas en relation avec les organismes sus -cités d'une part, et d'autre part, ils ont pu bénéficier plus que leur aînés de l'introduction récente du programme d'éducation sanitaire en milieu scolaire ( 60,17%) citent l'enseignement contre (55, 11%) pour l'ensemble des praticiens.

**41-Avez vous été informé de l'ensemble des structures organisationnelles intervenant dans la prise en charge de la santé des citoyens ?**

Tableau N°83

	Faculté de Médecine de Sétif		Faculté de Médecine de Constantine		Faculté de Médecine de Batna			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Au cours de votre formation initiale	21	28	36	48	24	32	81	36
En exercice de votre profession	46	61,33	36	48	38	50,66	120	53,33
Jamais	08	10,66	03	4	13	17,33	24	10,66
TOTAL	75		75	/	75	/	225	/

Tableau N°84

	Internes		Médecins		Résidants			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Au cours de votre formation initiale	38	33,63	18	34,62	25	41,66	81	36
En exercice de votre profession	51	45,13	34	65,38	35	58,33	120	53,33
Jamais	24	21,24	00	00	00		24	10,66
TOTAL	113	/	52	/	/	/	225	/

Les tableaux n° 83 et n° 84 font ressortir que (36%) des praticiens interrogés déclarent avoir été informés de l'ensemble des structures organisationnelles intervenant dans la prise en charge de la santé des citoyens durant leur formation initiale.

Géographiquement, on note que ce pourcentage est plus élevé à Constantine (48%) contre (32%) à Batna et (28%) à Sétif

Considérant la variable professionnelle, on constate à mesure qu'augmente la durée de la formation, les structures de santé intervenant dans la prise en charge de la santé des citoyens sont mieux connues :

(33,63%) des internes.

(34,62%) des médecins.

(41,66%) des résidents.

Il reste que (21,24%) des internes n'en ont jamais été informés et que (58,23%) des résidents et 65,38% des médecins n'ont reçu cette information que durant leur exercice professionnel.

#### **42-Durant votre formation, avez vous eu l'occasion de répondre à un questionnaire**

portant sur l'évaluation de votre formation initiale ?

Tableau N°85	Faculté de médecine de Sétif		Faculté de Médecine de Constantine		Faculté de Médecine de Batna		Effectif	"A
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
Oui	14	18,66	14	18,66	11	14,66	39	17,33
Non	61	81,33	61	81,33	64	85,33	186	82,66
TOTAL	75	/	75	/	75	/	225	/

Tableau N°86	Internes		Médecins		Résidents		Effectif	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
Oui	22	19,47	08	15,38	09	15	39	17,33
Non	91	80,53	44	84,62	51	85	186	82,66
TOTAL	75	/	52	/	60	/	/	/

Les tableaux n° 85 et n° 86 signalent que (82,66%) des praticiens interrogés n'ont jamais eu l'occasion de répondre à un questionnaire d'évaluation. Ce taux révèle une grave carence dans la démarche pédagogique et le peu d'intérêt porté à l'évaluation de la formation médicale. Au niveau des trois facultés, on remarque une similitude dans les résultats :

(85,33%) à Batna.

(81,33%) à Constantine et à Sétif.

Tandis que sur le plan du statut professionnel, on peut remarquer qu'il y a peut-être un début d'attention à l'importance de l'évaluation puisque (19,47%) des internes ont eu l'occasion d'évaluer leur formation actuelle contre seulement (15%) des résidents et des médecins (15,38%) qui ont été formés durant les années précédentes.

**43-Le questionnaire que nous vous avons proposé vise à recueillir des informations pouvant déterminer l'écart entre formation initiale et vos activités professionnelles. Comment appréciez vous ce questionnaire ?**

Sur le fond :

**Tableau N°87**

	Faculté de Médecine de Sétif		Faculté de Médecine de Constantine		Faculté de Médecine de Batna		Effectif	Vo
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
i Acceptable	21	28	17	22,67	18	24	56	24,89
<b>Intéressant</b>	17	22,67	14	18,67	16	21,33	47	20,89
<b>Bon</b>	08	10,67	11	14,66	10	13,33	29	12,89
<b>Utile, efficace</b>	<b>09</b>	<b>12</b>	<b>09</b>	<b>12</b>	<b>07</b>	<b>9,33</b>	<b>25</b>	<b>11,11</b>
<b>Complet</b>	05	6,66	06	8	05	6,66	16	7,11
<b>Réponses favorables</b>	<b>60</b>	<b>80</b>	<b>57</b>	<b>76</b>	<b>56</b>	<b>74,66</b>	<b>173</b>	<b>76,89</b>
<b>Imprécis</b>	04	5,33	09	12	06	8	19	8,44
<b>Incomplet</b>	05	6,66	06	8	05	6,66	16	7,11
<b>Inadapté</b>	05	6,66	03	04	07	9,33	15	6,67
<b>Inutile</b>	<b>01</b>	<b>1,33</b>	<b>00</b>	<b>00</b>	<b>01</b>	<b>1,33</b>	<b>02</b>	<b>0,89</b>
<b>Réponses défavorables</b>	15	20	18	24	19	25,33	52	23,11
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>/</b>	<b>75</b>	<b>/</b>	<b>75</b>	<b>/</b>	<b>225</b>	<b>/</b>



Tableau N°88	Internes		Médecins		Résidants		Effectif	%
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
Acceptable	34	30,09	07	13,46	15	25	56	24,89
Intéressants	23	20,36	13	25	11	18,33	47	20,89
Bon	14	12,39	07	13,46	08	13,33	29	12,89
Utile, efficace	11	9,73	08	15,39	06	10	25	11,11
Complet	05	4,42	07	13,46	04	6,67	16	7,11
Réponses favorables	87	76	42	80,77	44	73,33	173	76,89
Insatisfaisant	11	9,47	03	5,77	05	8,33	19	8,44
Incomplet	06	5,32	04	7,69	06	10	16	7,11
Inadapté	07	6,19	03	5,77	05	8,33	15	6,67
Inutile	02	1,77	00	00	00	00	02	0,89
Réponses défavorables	26	23,01	10	19,23	16	26,67	52	23,11
TOTAL	113	100	52	100	60	100	225	100

Les tableaux n° 87 et n°88 montrent que (76,89%) des praticiens interrogés apprécient d'une manière favorable le questionnaire qui leur a été proposé sur le plan du fond.

Ce constat prouve l'intérêt qu'accorde les praticiens aux différents axes contenus dans le questionnaire et plus particulièrement la nouvelle approche visant à montrer l'intérêt que peut susciter le développement des sciences humaines et sociales dans la formation initiale des médecins généralistes et son impact sur la pratique médicale moderne.

Géographiquement, il n'y a pas de différence statistiquement significative concernant les praticiens qui ont apprécié le questionnaire sur le plan du fond :

- Sétif : (80%).
- Constantine : (76%).
- Batna : (74,66%).

Considérons la variable professionnelle, il y a également une similitude dans les résultats concernant les praticiens (tout statut confondu) qui ont jugé le questionnaire sur le plan du fond favorablement :

-Internes : (76,99%).

-Médecins : (80,77%).

-Résidants : (76,33%).

Sur la forme :

Tableau N°89	Faculté de Médecine de Sétif		Faculté de Médecine de Constantine		Faculté de Médecine de Batna			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	
Bien	21	28	17	22,67	18	24	56	24,89
Acceptable	17	22,67	14	18,67	16	21,33	47	20,89
Précis	08	10,67	11	14,66	10	13,33	29	12,89
Clair	09	12	09	12	07	9,33	25	11,11
Très bien	05	6,66	06	8	05	6,66	16	7,11
Réponses favorables	60	80	57	76	56	74,66	173	76,89
Imprécis	04	5,33	09	12	06	8	19	8,44
Trop long	01	1,33	00	00	01	1,33	02	0,89
Réponses défavorables	15	20	18	24	19	25,33	52	23,11
TOTAL	75	/	75	/	75	/	225	/

Tableau N°90	Internes		Médecins		Résidants			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
i Bien	34	30,09	07	13,46	15	25	56	24,89
<b>Acceptable</b>	23	20,36	13	25	11	18,33	47	20,89
Précis	14	12,39	07	13,46	08	13,33	29	12,89
<b>Clair</b>	<b>11</b>	9,73	08	15,39	06	10	25	11,11
<b>Très bien</b>	05	4,42	07	13,46	04	6,67	16	7,11
<b>Réponses favorables</b>	87	76	42	80,77	44	73,33	173	76,89
<b>Imprécis</b>	<b>11</b>	9,47	03	5,77	05	8,33	19	8,44
<b>Trop long</b>	02	1,77	00	00	00	00	02	0,89
<b>Réponses défavorables</b>	26	23,01	10	19,23	16	26,67	52	23,11
<b>TOTAL</b>	113	/	52	/	60	/	225	/

Les tableaux n° 89 et n° 90 indiquent que (73,78%) des praticiens apprécient favorablement le questionnaire sur le plan de la forme.

Il y a lieu de signaler que lors de la passation du questionnaire les praticiens ont manifesté un intérêt croissant quant à l'articulation de l'ensemble des axes de travail contenus dans le questionnaire.

Au niveau des trois facultés, il y a une similitude dans les résultats concernant les praticiens qui ont jugé le questionnaire sur le plan de la forme d'une manière favorable :

-Sétif : (74,66%).

-Constantine : (73,33%).

-Batna : (69,33%).

Sur le plan du statut professionnel, il n'y a pas de différence significative entre les différents praticiens qui ont apprécié la forme du questionnaire favorablement :

-Internes : (69,92%).

-Médecins : (82,69%).

-Résidants : (73,33%).

## CHAPITRE N° 12 : ANALYSE ET INTERPRETATION DES RÉSULTATS

### 12-1- Analyse et interprétation des résultats au regard des hypothèses de l'étude :

#### 1" hypothèse :

Il y a inadéquation entre la formation universitaire des médecins généralistes et les objectifs professionnels de la pratique médicale.

Il ressort de manière assez claire de l'analyse statistique du questionnaire, que la formation médicale des médecins généralistes n'a pas réalisé les objectifs de la pratique médicale, puisque seulement 8,44% des praticiens interrogés jugent que leur formation universitaire a réalisé dans une large mesure l'objectif consistant à former des médecins généralistes.

Il y en a même (16,44%) des praticiens interrogés qui déclarent qu'elle n'a réalisé aucunement son objectif.

D'un autre côté, les résultats de l'analyse du poste du médecin généraliste montrent que les activités du praticien ne se limitent pas à des activités seulement spécifiques (techniques) mais aussi à des activités d'encadrement et de liaison (voir tableau n°4 du dossier d'analyse du poste de médecin généraliste).

Dans ce cadre précis, il est caractéristique d'observer que les activités spécifiques et les activités d'encadrement et de liaison qui constituent l'ensemble des objectifs de la pratique médicale présentent la même proportion d'activité (chacune 50% de l'ensemble des activités) (tableau n°4 du dossier d'analyse de poste). Ceci prouve que le travail du médecin généraliste couvre plusieurs aspects et ne peut s'effectuer qu'à travers la réalisation de l'ensemble des objectifs de la pratique médicale (activités spécifiques, activités d'encadrement et de liaison). D'après toujours les données de l'analyse du poste, nous pouvons constater à travers le tableau n°5 que nonobstant que les activités spécifiques (techniques) (n°1, n°3, n°8) sont puisées par le praticien de son domaine médical, il n'en demeure pas moins que la réalité de la pratique médicale (voir tableaux (dossier d'analyse de poste) ) concernant l'analyse des différentes activités spécifiques) confirme que ce dernier en exercice a besoin de certaines connaissances dans le domaine de la communication, de la psychologie, de la sociologie et de l'anthropologie. Force est de constater que la dimension humaine et sociale est fortement présente dans les activités même techniques.

A ce niveau, nous citons à titre d'illustration la fonction n°4 (voir tableau -activité spécifique n°4-dossier d'analyse de poste))qui est au centre des activités spécifiques puisqu'elle porte sur l'établissement d'une bonne relation médecin-malade qui n'est possible que si le praticien met en exergue l'interdépendance des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.

L'analyse du questionnaire a fait ressortir aussi que parmi les causes qui ont empêché la formation médicale d'atteindre les objectifs professionnels :

- L'inadéquation des programmes par rapport au profil du poste cité par (54,66%) des praticiens interrogés compromet l'adaptation du futur praticien à son milieu professionnel.

- Plus significatif sont les réponses mettant en cause les stages pratiques :

Par ailleurs, la description détaillée des faits significatifs de la qualification présentée dans le tableau n°11 (dossier d'analyse de poste), a permis de dégager en plus des exigences techniques des exigences d'ordre relationnel et social. Or les programmes actuels privilégient les aspects techniques au détriment des aspects relationnels (voir programme de formation des médecins généralistes en annexe). L'analyse statistique du questionnaire confirme cette tendance puisque seulement (21,33%) des praticiens interrogés affirment que leur formation a couvert l'aspect relationnel.

Ces résultats rejoignent le constat fait par (Y.MATILLON) et ses collaborateurs concernant la réforme des études médicales en Angleterre. Il précise que : « dans les universités anglo-saxonnes, l'orientation prise avec l'introduction de l'OSCE (objective structured clinical examination) est intéressante d'observer : la sanction repose sur des critères précis, mesurant l'atteinte d'objectifs cliniques prédéterminés exigeant de l'étudiant la maîtrise de connaissances pratiques, aussi bien techniques que relationnelles ».

Notons également que (60%) des praticiens interrogés ont découvert certains aspects de la pratique médicale seulement après avoir été mis en situation professionnelle, ce qui confirme que ces aspects ont été ignorés par les programmes d'étude mais révélés par la pratique. La réponse à la question n°10 résume bien le jugement que les praticiens portent sur la formation initiale : (82,22%) de la population interrogée affirment que leur formation a été plus théorique que pratique, non adaptée aux conditions réelles d'exercices. Ce qui va à l'encontre du contenu de la déclaration mondiale sur l'enseignement supérieur pour le XXI (1998) dans son article 6 : « La pertinence de l'enseignement supérieur doit se mesurer à l'aune de l'adéquation entre ce que la société attend des établissements et ce qu'ils font. Cela requiert des normes éthiques en même temps qu'une meilleure articulation avec les problèmes de la société et le monde du travail ».

Parallèlement à cela, plus de la moitié des praticiens interrogés 56, (88%) jugent que durant leur formation universitaire le patient leur a été présenté que sur une approche strictement médicale. En effet, les données recueillies montrent clairement qu'il y a un écart entre la formation initiale du médecin généraliste et les objectifs professionnels de la pratique médicale.

En conséquence, l'ensemble des résultats confirme la première hypothèse.

2<sup>ème</sup> hypothèse :

La formation des médecins généralistes est axée essentiellement sur l'acquisition des connaissances techniques, mais elle n'apporte pas des connaissances suffisantes dans les domaines de la communication, la psychologie, la sociologie et l'anthropologie.

Selon les réponses recueillies de l'analyse du questionnaire, on peut dire que la formation médicale des médecins généralistes n'apporte pas de connaissance suffisante dans le domaine de la communication puisque (71,11%) des praticiens interrogés n'ont reçu aucune initiation dans ce domaine alors qu'ils sont contraints de pratiquer quotidiennement cette communication lors de chaque rencontre avec chaque malade.

D'un autre côté, les données recueillies sur l'ensemble des activités spécifiques et des activités de liaison et d'encadrement montrent que la communication est fortement présente au niveau de l'ensemble des activités du praticien (voir dossier d'analyse de poste).

Jetant le doute sur la qualité de leur formation parce qu'elle a négligé la communication, les praticiens jugent leur formation comme facteur moins déterminant dans l'écoute du malade (517 points) que les dispositions personnelles (608 points), l'expérience familiale (585 points) et la pratique médicale (540 points).

Explicitant cet oubli du malade dans leur formation initiale : (84,83 %) des praticiens interrogés jugent que leur formation n'a pas développé leurs qualités affectives indispensables pour établir une relation de confiance.

- (67,11%) des praticiens estiment que leur formation ne les a pas préparés à prendre en charge la singularité de chaque malade.

- (87,11%) des praticiens interrogés déclarent que leur formation ne leur a pas permis de prendre en compte le corps érogène dans l'exercice de leurs fonctions.

D'un autre côté, les résultats de l'analyse du poste montrent bien que pour établir une bonne relation médecin — malade, le praticien doit acquérir suffisamment de connaissances en psychologie (voir fonction n°4) S'agissant de la prise en compte de la situation sociale du patient :

- (89,33%) des praticiens interrogés déclarent qu'ils n'ont découvert la dimension sociale du malade qu'en commençant à exercer.
- (40,44%) de la population des praticiens interrogés estiment qu'il ne leur est plus possible de tenir compte de la situation sociale du patient pour la confirmation du diagnostic et des prescriptions thérapeutiques.
- (45,78%) des praticiens interrogés reconnaissent que parmi les problèmes pouvant surgir avec l'apparition de la maladie les problèmes des relations sociales.
- (80,45%) des praticiens interrogés affirment que la formation qu'ils ont reçues n'est pas suffisante pour leur permettre d'appréhender les facteurs sociaux liés à l'apparition de certaines maladies.

Quant à l'absence de l'anthropologie médicale dans la formation initiale des médecins généralistes :

- (79,56%) des praticiens interrogés reconnaissent que leur formation ne les a pas préparées à des situations sanitaires qui ont un rapport avec des facteurs culturels.
- (72,43%) des praticiens interrogés déclarent que la formation médicale n'a pas façonné une attitude d'attention aux facteurs qui permettent au patient de percevoir sa maladie.

Plus significatifs sont les résultats de l'analyse du poste qui révèlent que l'instauration d'une bonne relation médecin — malade exige du praticien d'appréhender cette dernière selon une approche pluridisciplinaire.

Il ressort clairement des données recueillies qu'il ne nous paraît pas exagéré de dire que la formation dispensée aux médecins généralistes n'apporte pas suffisamment de connaissances dans les domaines de la communication, la psychologie, la sociologie et l'anthropologie. En conséquence, l'ensemble des résultats confirme la deuxième hypothèse.

### 3<sup>ème</sup> hypothèse

La formation médicale ne prépare pas suffisamment les praticiens à la collaboration intersectorielle dans la programmation et l'exécution des actions de prévention et des soins.

Alors que les instructions, documents et séminaires organisés par le ministère de la santé (adoptant les recommandations de l'OMS à nos réalités nationales), ainsi que les SEMEP des secteurs sanitaires, utilisent ces notions depuis plus de deux décennies et s'efforcent de les faire appliquer sur le terrain :

- (60,89%) des praticiens interrogés n'ont pas aperçu aucune référence aux besoins sanitaires de la collectivité.

- Seulement (29,33%) des praticiens interrogés estiment qu'ils ont été initiés à programmer une action sanitaire nonobstant l'organisation de cours dans ce domaine.
- (64%) des praticiens interrogés déclarent n'avoir pas été informés des structures organisationnelles intervenant dans la prise en charge de la santé des citoyens durant leur formation initiale.
- Seulement (47,11%) des praticiens interrogés ont pris connaissance des programmes nationaux de prévention durant leur formation initiale.
- (28,44%) des praticiens interrogés consacrent moins de (10%) pour l'action préventive dans leur pratique médicale.

L'ensemble des praticiens interrogés n'ont pas pu émettre plus de quatre choix en moyenne pour nommer les organismes intervenants dans la promotion de la santé de la population.

Plus explicites sont les résultats de l'analyse du poste qui montrent à travers la fonction de liaison (voir tableau n°9) que le médecin pour participer à la promotion de la santé d'une population doit collaborer avec des organismes hors santé, les autorités locales et les représentants de la population.

En conséquence, l'ensemble des résultats confirme la troisième hypothèse.

### **12-2-Discussion générale des résultats de la recherche :**

Ayant défini le profil du médecin généraliste et à partir des résultats de l'analyse du questionnaire, nous avons essayé de répondre à travers les trois hypothèses à la question suivante :

La formation initiale reçue permet-elle un exercice immédiatement performant de la médecine ?

#### **1<sup>ère</sup> hypothèse :**

Nous avons confirmé que la formation médicale des médecins n'a pas réalisé les objectifs de la pratique médicale recensés à travers l'analyse du poste de médecin généraliste.

Le jugement des praticiens sur leur formation est très explicite :

- (82,22%) des praticiens interrogés jugent que leur formation a été plus théorique que pratique, non adaptée aux conditions réelles d'exercice.

Plus significatifs encore, cette tendance à vouloir privilégier les aspects techniques sur les aspects relationnels :

- Seulement (21,33%) des praticiens interrogés affirment **que leur formation a couvert** l'aspect relationnel.



Plus explicites aussi, les réponses des praticiens interrogés selon les différentes régions ( Sétif, Constantine, Batna) et qui montrent des différences peu significatives lorsque qu'ils déclarent que leur formation universitaire leur a permis de réaliser l'objectif seulement dans une certaine mesure :

Sétif (76,34%), Constantine (77,33%), Batna (72%).

- Sur le plan du statut professionnel, c'est la même tendance qui se manifeste puisque l'ensemble des praticiens (tout statut professionnel confondu) jugent que leur formation n'a pas permis de réaliser l'objectif que seulement dans une certaine mesure :

Internes (72,56%), Médecins (75%), Résidents (80%).

D'un autre côté, les résultats de l'analyse de poste ont démontré que même dans les activités techniques, il y a une forte présence des activités relationnelles et sociales.

En plus, le praticien en exercice est appelé à assumer en plus des activités techniques, les activités de liaison et d'encadrement.

Face à ce tableau peu reluisant, il ressort que l'un des points faibles de la formation initiale, c'est l'absence de toute mise en cohérence théorie pratique, ce qui ne permet pas à la formation médicale de réaliser les objectifs professionnels de la pratique médicale.

### 2<sup>ème</sup> hypothèse

Il ressort de manière assez claire à travers l'analyse statistique du questionnaire et les résultats de l'analyse du poste du médecin généraliste que la majorité des praticiens interrogés dans le cadre de l'enquête jugent que leur formation initiale n'apporte pas de connaissance suffisante dans le domaine de la communication, la psychologie, la sociologie et l'anthropologie.

Les raisons qui militent pour cette tendance sont nombreuses:

- (71,11%) des praticiens interrogés n'ont reçu aucune connaissance dans le domaine de la communication, alors qu'ils sont contraints de pratiquer quotidiennement cette communication lors de chaque rencontre avec chaque malade.

- (87,11%) des praticiens interrogés déclarent que leur formation ne leur a pas permis de prendre en compte le corps érogène dans l'exercice de leurs fonctions.

- (80,45%) des praticiens interrogés affirment que la formation qu'ils ont reçues n'est pas suffisante pour leur permettre d'appréhender les facteurs sociaux liés à l'apparition de certaines maladies.

- (75,56%) des praticiens interrogés estiment que leur formation ne leur a pas permis de rechercher les habitudes, les traditions et les croyances qui pouvaient avoir un impact sur l'évaluation de la maladie.

Ce manque de formation dans les domaines sus- cités est ressenti avec le même effet sur le plan géographique et professionnel.

Aussi, plus explicites sont les réponses des praticiens interrogés selon les différents chefs de lieux de wilaya (Sétif (69,33%), Constantine (77,33%), Batna (66,67%) ).

S'agissant du statut professionnel, cette carence en communication est ressentie par les internes ( 71,67%), les médecins (82,70%), et les résidants (65,41%).

Ces résultats du questionnaire ont été confirmés par les données de l'analyse du poste qui révèlent à travers l'ensemble des tableaux du dossier d'analyse (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11) que la réalisation des activités techniques, de liaisons et d'encadrement nécessite l'acquisition des connaissances dans les domaines de la communication, de la psychologie, de la sociologie et l'anthropologie.

Concernant le degré d'intégration actuel des sciences humaines et sociales dans les programmes de formation médicale en vigueur, force est de constater que le module de psychologie médicale programmé en fin de cursus (6' année) (voir programmes de formation des médecins généralistes en annexe), n'est pas suffisant pour pouvoir influencer sur tout le processus de raisonnement du médecin. C'est pourquoi, on est amené à poser la question suivante :

Dans un programme de formation des médecins généralistes, la place des sciences humaines et sociales doit être avant, après ou en même temps que les sciences fondamentales ?

Pour donner un éclairage sur les fonctions du médecin généraliste, (GUILBERT) nous rappelle que : « Le degré d'expertise du médecin se caractérise surtout par son aptitude résoudre des problèmes de santé. »<sup>(1)</sup>

De ce fait, nous sommes amenés à s'intéresser au mécanisme du raisonnement du médecin pour mieux le former.

De nombreuses études ont tenté d'identifier les composantes de mécanisme intellectuel d'un médecin lorsqu'il entreprend de résoudre un problème. La majorité des chercheurs mettent l'accent sur le raisonnement clinique.

Dans ce cas précis C LAZORTHES cité par J.J GUILBERT, nous propose la définition du sens clinique : «Le sens clinique est fondé sur la capacité de synthèse d'un ensemble de connaissances fournis non seulement par le contact direct avec le malade, mais aussi par toutes les investigations complémentaires.

---

(1) J.). Guilbert : *Comment raisonnent les médecins, réflexions sur la formation médicale*, Edition médecine et hygiène, 1992, p53.J.

Il reconstitue le patient dans sa totalité et dans sa personnalité après que l'analyse l'ait fragmentée en un puzzle. »<sup>(1)</sup>

Il ressort de cette définition que le sens clinique exige à ce que une grande importance soit donnée aux connaissances acquises antérieurement de différentes disciplines et un long apprentissage. Ainsi, l'importance de la qualité de la relation psychologique entre le médecin et son patient est soulignée.

Concrètement, si on voit un médecin dans sa pratique, on le voit conduire un dialogue avec le patient dans la confiance et le respect, cherchant à trouver la solution du problème présentée par le patient par l'utilisation intégrée d'information dont l'origine provient d'un grand nombre de disciplines.

Cependant, si on se penche sur la formation médicale actuelle du médecin généraliste, on constate que ce qui est grave, c'est qu'avant toute initiation à la clinique, l'étudiant renforce sa formation scientifique.

Ceci, le prive de tout raisonnement anti-cartésien qui lui permet dans sa pratique de prendre en ligne de compte la logique du sujet qui caractérise aussi la médecine. C'est pourquoi, il est préférable que les disciplines puisées dans le domaine des sciences sociales et humaines comme la communication, la psychologie, la sociologie et l'anthropologie soient enseignées en parallèle avec les sciences fondamentales dès le début de la formation initiale.

Cette structuration des programmes va influencer de manière très positive le raisonnement du médecin parce qu'il doit s'occuper de l'homme total qui ne se prête pas aisément à la méthode de la division analytique.

### 3<sup>e</sup>me hypothèse :

S'agissant de la non préparation des praticiens durant leur formation initiale à la collaboration intersectorielle dans la programmation et l'exécution des actions de prévention et de soins, les résultats de l'analyse du questionnaire sur ce sujet ont été très explicites :

- Seulement (29,33%) des praticiens interrogés estiment qu'ils ont été initiés à programmer une action sanitaire nonobstant l'organisation de cours dans ce domaine.
- L'ensemble des praticiens interrogés n'a pas pu émettre plus de quatre choix en moyenne pour nommer les organismes intervenants dans la promotion de la santé de la population.

En effet, la formation médicale dispensée actuellement ne prend pas suffisamment en compte toute la complexité impliquant les rapports noués entre l'homme et son environnement. Sur ce

---

<sup>(1)</sup> IDEM : p18.

sujet, la formation ne prépare pas suffisamment l'étudiant en médecine à la connaissance de la population, du système socio-économique et du système de santé.

Cependant, l'analyse du poste du médecin montre à travers la fonction de liaison (voir tableau — dossier d'analyse de poste) que le médecin pour contribuer au bien être de la population doit collaborer avec les organismes hors santé, les autorités locales, et les représentants des usagers du système de santé.

C'est pourquoi, il est recommandé, lors de l'établissement des programmes, des concepteurs de la formation initiale de mieux saisir le champ d'activité du médecin qui ne doit en aucun cas se limiter au diagnostic ou la thérapeutique de la maladie. Cette nouvelle conception contribuera à mieux préparer le médecin à répondre aux besoins de santé des populations et par voie de conséquence à la collaboration intersectorielle.

Aux termes de cette analyse et suite aux résultats recueillis, il est caractéristique d'observer que les résultats obtenus compte tenu de la variable géographique (les trois chefs lieu de wilaya Sétif- Constantine- Batna) et la variable statut professionnel (internes-médecins résidants) n'ont eu d'une manière générale aucune incidence sur la tendance générale des résultats de la recherche.

### **12-3-Suggestions et recommandations :**

C'est à la lumière des différents résultats obtenus à l'issue de cette recherche, que nous avons jugé utile de formuler des suggestions et des recommandations pour une meilleure conception des programmes en fonction du rôle que le médecin généraliste aura à remplir.

Elles seront restituées compte tenu de leur intérêt en suivant l'ordre ci-après :

#### **1- Pour une définition précise des objectifs de la formation pratique et théorique du médecin généraliste :**

La pertinence et l'efficacité de la formation quant à la réponse aux attentes et aux besoins devraient découler des enseignements dont l'étudiant a bénéficié à l'université.

Dans chaque pays, les objectifs de l'enseignement médical dépendront des besoins locaux ainsi que les ressources disponibles pour l'action de santé. Malheureusement, l'enseignement médical actuel en Algérie est officiellement sans objectifs nettement définis. Dans ces conditions, il est difficile de savoir ou et comment des améliorations pourraient être apportées, et quel est le type de compétence visée ?

Les conséquences sur les performances du médecin généraliste ne se font pas attendre. A titre d'exemple (DANIEL CHEVROLET et MOHAND SAID) révèlent lors d'un séminaire

portant sur la formation des médecins algériens de demain tenu en date du 21 au 23 mai à Alger ce qui suit :

Une étude approfondie auprès de 200 praticiens de médecine générale montre :<sup>(1)</sup>

- Un sentiment profond d'avoir été livré « désarmé » à l'exercice de la médecine, par suite des contenus non adaptés de l'enseignement et l'absence de tout renvoi au terrain .

En résumé, il y a lieu de définir d'une manière nette et précise les objectifs de la formation théorique et pratique.

## **2- Pour une révision des programmes actuels de la formation initiale :**

Une mauvaise conception des programmes de la formation médicale compromet la totalité de l'enseignement médical.

Dans cette perspective, il importe qu'on remette en question certains dogmes, qui depuis longtemps, dirigent la formation scientifique.

Il est admis communément que le raisonnement cartésien est le seul qui est adapté aux sciences.

Il ne nous paraît pas exagéré de dire que les programmes de formation initiale actuels privilégient de manière assez claire les aspects techniques au détriment des aspects relationnels.

Tout vient de ce que dès le début de la formation, le système cartésien exerce une pression sur les jeunes esprits de telle manière que l'on ne veut pas laisser les étudiants libres d'organiser à leur guise les connaissances mais doivent encore les manipuler selon les règles de l'analyse cartésienne. Or, la médecine est caractérisée par deux logiques, la logique scientifique et la logique du sujet.

Reconnaissons qu'en médecine, le cartésianisme n'est pas la seule voie qui conduit à l'homme, il y a d'autres voies qui le font aussi.

Tenter de négliger ces voies, c'est ignorer tout ce qui échappe à l'emprise de la méthode scientifique dans la vraie médecine de l'homme total et le proscrire des enseignements.

De là la réticence que la faculté de médecine manifeste jusqu'ici pour développer l'enseignement des sciences humaines et sociales dès le début de la formation initiale.

D'un autre côté, la remise en cause de l'enseignement médical telle qu'a été menée par J. J. GUILBERT de l'OMS s'est articulé autour d'un point essentiel :

- La non pertinence par une mauvaise définition du profil du poste.

---

(1) DANIEL CHEVROLET et MOHAND SAID. Former les médecins Algériens. Edition MESRS, 2000, p 16

Il est un fait intéressant de relever que lors de notre analyse de poste du médecin généraliste, il a été démontré que dans les activités purement techniques et les activités d'encadrement et de liaison, il y a une forte présence de la dimension sociale et humaine qui exige du praticien la possession suffisante de connaissances dans les domaines de la communication, de la psychologie, de la sociologie et l'anthropologie.

L'apport de ces sciences influencera sans doute de façon positive sur le raisonnement des praticiens et par voie de conséquence sur leurs décisions. L'apprenant doit pouvoir appréhender le patient dans sa totalité biologique, psychologique, économique, sociale et culturelle.

### **3-Pour un enseignement centré sur la résolution des problèmes :**

Ce qu'il faut souligner d'emblée, c'est que l'enseignement médical n'est pas centré sur la résolution des problèmes. A titre d'explication, le Dr MONCEF MARZOUKI évoque que : « L'expérience prouve que les étudiants ne sont pas formés à solutionner le problème médico-psycho-social de la tuberculose mais à réciter les données de la tuberculose. »<sup>(1)</sup>

En médecine, il ne faut pas réciter des signes mais les interpréter pour décider d'une conduite pratique. L'enseignement doit se restructurer dans l'optique de la résolution :

- D'un problème individuel qui est toujours médico-psycho-social.
- D'un problème collectif de pathologie communautaire.

### **4-Pour une pertinence sociale accrue dans la conception des programmes :**

Dans la conception des programmes, il est utile de rappeler qu'il est indispensable de prendre en ligne de compte les besoins des populations en matière de soins médicaux. Ainsi, nous devons veiller à ce que la répartition du volume horaire ainsi que les stages doivent s'articuler autour de la notion clé de pertinence sociale.

Tous les professionnels de la santé s'accordent à dire que plus un problème touche des personnes, plus son coût humain (en mortalité et morbidité) est grand, plus son coût économique est important, et plus ce problème doit être travaillé à fond.

A titre d'utilisation, Dr MARZOUKI cite le cas de la TUNISIE :

« Il y a 400.000 handicapés en TUNISIE et 217.000 accouchements, il n'y a pas sept heures de cours sur les handicapés. »<sup>(2)</sup>

Pour solutionner ce problème, il faut constituer une commission regroupant les professionnels de la santé, les personnes - ressources, et les représentants du mouvement associatif

---

(1) MARZOUKI MONCEF. Dix propositions pour un nouvel enseignement de la médecine. In revue Maghreb médical n°119 du 1er Août 1985. P.37.

(2) IDEM : p37

s'occupant des malades chroniques pour introduire dans les programmes plus de crédit à des pathologies qui touchent une bonne partie de la population.

Concernant l'organisation des stages, il y'a lieu d'instituer plus de stages obligatoires de quatre mois, en pédiatrie, gyneco-obstetrique, médecine, chirurgie, psychiatrie et médecine communautaire.

En outre, il faut préparer les conditions matérielles et humaines pour que ces stages soient bénéfiques.

### **5-Pour un affinement de la formation des formateurs :**

Le praticien compétent quelle que soit sa spécialité est considéré ipso facto comme un enseignant compétent. C'est là une bévue, car la pédagogie comme la recherche sont des techniques difficiles, et longues à maîtriser. Dans ce cas précis, nous suggérons à ce que une double filière soit instituée dans nos hôpitaux universitaires :

-Les praticiens (cliniciens purs).

-Les praticiens, formateurs- chercheurs, qui pour postuler à des postes d'enseignement et avoir le grade maître de conférence, doivent remplir les conditions suivantes :

-Suivre une formation en pédagogie médicale et en méthodologie de recherche débouchant sur un certificat de compétence nécessaire pour enseigner dans la faculté.

-Présenter un travail de recherche de bonne qualité.

### **6-Favoriser l'apprentissage par résolution de problèmes :**

L'expertise en médecine résulte d'une accumulation d'expériences diverses de résolution de problème. Partant de ce constat, et pour mieux préparer l'étudiant en médecine à assumer ses activités professionnelles, il y a lieu d'introduire la méthode PBC (Problém Based Learning) qui a été expérimentée au niveau de plusieurs universités européennes et aux PAYS BAS développée par l'école de GROENINGEN NORMAN cité par GUILBERT qui justifie son choix pour cette méthode en basant son argumentation sur plusieurs points:<sup>(1)</sup>

1) La méthode PBC permet à l'étudiant d'acquérir des connaissances dans le contexte d'un problème clinique.

2) Elle permet de vivre une expérience professionnelle, ce qui là encore, rejoint les conclusions de tous les auteurs, à savoir que la pratique médicale résulte d'une accumulation d'expérience.

---

<sup>(1)</sup>3.3. Guilbert : Comment raisonnent les médecins, réflexions sur la formation médicale, Edition médecine et hygiène. Genève, 1992, p40.

3) La recherche a démontré que la faculté d'utiliser une connaissance, ne serait-ce qu'en se la remettant en mémoire, se développe mieux si l'on est placé, pour apprendre dans le même contexte que celui dans lequel on sera amené à l'utiliser.

Il y'a lieu de signaler que cette méthode a été soutenue et recommandée par l'OMS.

#### **7- Pour une évaluation pertinente :**

Nous devons revoir les mécanismes d'évaluation basés actuellement sur la mémorisation des faits. Ce qu'on suggère d'évaluer, c'est par exemple :

- La capacité de solutionner un problème (1/3 de la note).
- L'attitude face au malade : (respect, accueil, écoute, sens psychologique) (1/3 de la note).
- La compétence technique (1/3 de la note).

#### **8- Pour une amélioration du niveau des apprenants en langue française langue officielle de l'enseignement médical :**

Au cours de notre enquête sur le terrain, nous avons constaté qu'en répondant à notre questionnaire, les praticiens trouvaient des difficultés dans la maîtrise de la langue française tant sur le plan oral que l'écrit.

Pédagogiquement parlant, il existe des incohérences entre les paliers (lycée-université) qui sont les conséquences de la politique de l'enseignement en Algérie. Force est de constater, que le problème linguistique s'avère le plus préoccupant puisqu'il s'agit de la maîtrise de l'outil de travail. Il en reste pas moins que ce problème soit résolu.

Aussi, nous pouvons formuler les propositions suivantes :

- La vocation de la faculté n'étant pas l'enseignement du français, on peut exiger un niveau élevé en cette matière à l'entrée en faculté.
- Poursuivre la révision des programmes dans chaque degré, élémentaire et secondaire en mettant l'accent sur le français et rendre ce dernier obligatoire.
- Augmenter le nombre d'heure de langues.
- Inciter les étudiants à s'auto former et leur donner les moyens.

#### **9-Pour un enseignement prospectif :**

Le développement des technologies nouvelles surtout informatique et l'accroissement effrayant des connaissances rendent caduques les méthodes traditionnelles d'enseignement. Le médecin aura à utiliser l'outil informatique correctement pour la résolution des problèmes. En ce sens, qu'il faut le préparer à l'utiliser.

#### **10-Pour des formateurs disponibles :**

Aucun des objectifs de l'enseignement n'a de chance d'être atteint si les formateurs ne sont pas disponibles réellement. La formule ou l'enseignant doit concilier activité publique,



enseignement et recherche n'est plus à critiquer. Il faut avoir des formateurs disponibles à plein temps et correctement payés.

**11-Il faut renforcer le statut d'enseignant chercheur,** et faciliter la progression dans la carrière hospitalo-universitaire.

**12-Revoir les critères de sélection des étudiants pour l'accès aux études médicales :**

Dans ce cadre précis, on peut formuler les propositions suivantes :

-Organiser une épreuve qui a un rapport avec les sciences humaines et sociales en lui attribuant un fort coefficient.

-N'autoriser à l'accès final à la faculté de médecine qu'après un entretien avec le futur étudiant, cet entretien aura pour but de sonder la motivation du candidat pour le choix de la médecine.

**13- Pour faire avancer la réflexion :**

Nous suggérons qu'une commission nationale regroupant (étudiants, enseignants, représentants et utilisateurs du système de soins) se penche sur ces propositions générales pour les approfondir et imaginer des procédures d'application dans un futur immédiat. Tout retard se paie chèrement. Il suffit pour s'en rendre compte de demander aux malades et aux enseignants qui s'impliquent.

### Conclusion générale :

Au termes de cette réflexion, il apparaît que la formation médicale contrairement aux sciences exactes, demeure très complexe.

L'étude de l'histoire de la médecine montre que les préoccupations interdisciplinaires sont à la source de la réflexion médicale.

A titre d'illustration, HIPPOCRATE a mis en valeur le rôle de l'environnement (air- eau-lieu) dans la protection de l'état de santé des individus.

De même, l'aspect social a été notamment très prégnant au sein de la médecine, comme en témoigne le développement de l'hygiène sociale au XIX siècle.

Il est incontestablement nécessaire de clarifier certains concepts.

D'après BEKADJA et ses collaborateurs : « Le concept de santé est un équilibre de divers mécanismes aussi bien physique que psychologique et qui concourent à l'intégrité du corps humain en tant qu'organisme et à l'intégrité de l'homme dans sa composante psychique, mentale et spirituelle. »<sup>(1)</sup>

Envisagée dans cette perspective, la santé peut être en effet abordée selon deux points de vues : le point de vue des sciences biomédicales qui s'intéressent à la santé dans une perspective opérationnelle (améliorer l'état de santé) et le point de vue des sciences sociales qui considère que la santé et la maladie sont envisagées comme des phénomènes déterminés par la place de l'individu dans la structure sociale et par son apprentissage de valeurs et de règles culturelles.

A la lumière de ce qui précède, notre préoccupation centrale tout au long de cette étude, c'est de trouver comment assurer la pertinence de la formation sachant que la médecine est au carrefour de différentes disciplines ?

Depuis une dizaine d'années, la formation médicale est déséquilibrée, elle accorde une place importante aux connaissances techniques, la connaissance du sujet est presque totalement occulté. Or le rapport au malade est un rapport à la personne et non pas aux seuls symptômes de la maladie.

MARTIN WINCKLEN en publiant un article dans le monde diplomatique sous le titre de « Médecins sous influence » rapporte les faits suivants : «A "KANSAS CITY" (MISSOURI), les étudiants admis en médecine après quatre années d'université reçoivent en cadeau de bienvenue, un fort volume intitulé « on doctoring » (sur le soin) (anthologie de textes littéraires consacrés à la maladie, au soin, à la vie et à la mort), on offre ce livre aux étudiants

---

(1) BEKADJA.M.A et ses collaborateurs : quel type de formation, pour quel type de santé ? In revue semestrielle santé publique et sciences sociales. N°: 4, Décembre 99, p 93-99.

parce qu'ils en apprendront plus sur le soin dans la littérature que dans les livres de pathologie ou l'on n'apprend que la médecine. »<sup>(1)</sup>

En Grande-Bretagne et en Allemagne, la formation spécifique des médecins généralistes exige la participation à des groupes de « BALINT » pour aborder les écueils relationnels que rencontrent les soignants.

A travers notre étude, nous avons démontré par le biais de l'analyse du poste et du questionnaire que cette formation qui privilégie les aspects techniques au détriment des aspects relationnels est inappropriée et ne correspond pas au profil du poste de travail du médecin.

D'un autre côté, l'étude globale des opinions des étudiants sur les pratiques des stages en milieu médical, montre une unanimité sur l'insuffisance des stages durant leur formation médicale.

L'analyse des suggestions concernant les stages de pratique révèle qu'une bonne partie des étudiants enquêtés souhaitent un meilleur encadrement et estiment qu'il faut augmenter le nombre des stages qui reste très insuffisant.

Etant donné la nécessité d'une plus grande responsabilité devant la société, les facultés de médecine doivent prendre en charge les problèmes des populations en matière de santé.

Pour ce faire, il faut donner une plus grande compétence au médecin face au malade, en lui permettant d'appréhender les aspects cliniques et sociaux.

Sous la pression de la société, la formation médicale doit transcender ses limites traditionnelles. D'après JOHN BRYANT, ce changement n'est possible que si on tente d'examiner les points ci- après :<sup>(2)</sup>

- Refonte des programmes d'études dépassés.
- Création d'un enseignement implanté dans la collectivité.
- Mise au point de nouvelles méthodes.
- Application de l'éthique à la médecine.

Cette nouvelle approche de la formation médicale ouverte sur la société a permis à la médecine d'une part, de pénétrer dans de nombreux secteurs de la société, et d'autre part, de tracer des perspectives de carrières professionnelles nouvelles pour les médecins qui ne seront pas obligatoirement des carrières praticiennes.

---

(1) MARTIN WINCKLEN : Médecins sous influence. In le monde diplomatique. Janvier 2004, P 3.

(2) JOHN -H-BRYANT: Former les médecins de demain .In revue internationale de développement sanitaire, volume 14, n°3,1993, pp236-249.

La preuve en est cette déclaration du professeur ANDRE GOUAZE président de la conférence des doyens : « Les facultés de médecine ne doivent plus se limiter à la formation des futurs praticiens. »<sup>(1)</sup>

Aujourd'hui de très nombreux secteurs s'ouvrent à la médecine. Nous pouvons à titre d'exemple citer les domaines : de la presse médicale, l'édition et la documentation médicale, la communication médicale, la gestion des hôpitaux, le domaine de l'environnement, l'industrie pharmaceutique, l'agro- alimentaire, la bio-ingénierie, droit médical, la psychologie. Ces nouvelles professions répondent à des besoins que la société Algérienne commence à ressentir compte tenu des grandes transformations socio-économiques.

S'agissant du problème linguistique, la langue française étant la langue officielle de l'enseignement médical, cette étude a révélé que ce problème s'avère le plus préoccupant et doit inciter les responsables à prendre les décisions qui s'imposent.

Quant à la formation des enseignants, un diplôme de pédagogie médicale doit être créé, débouchant sur un certificat de compétence, nécessaire pour enseigner dans les facultés de médecine.

Nous avons à travers ces quelques réflexions essayer de repenser la formation médicale non seulement en identifiant les problèmes auxquels est confronté l'enseignement médical mais surtout les points faibles de la formation initiale.

Il s'agit d'en finir avec la formation médicale centrée beaucoup plus sur les aspects techniques qui s'éloigne de plus en plus de l'identité réelle du patient.

En conclusion générale, il est essentiel à ce qu'une formation théorique et pratique intégrant dès la première année des données dans le domaine des sciences sociales permettra au futur médecin de ne pas se cantonner au seul traitement de la maladie, mais d'être capable d'appréhender le malade dans sa totalité psychologique, sociale, anthropologique, redonnant à la médecine sa dimension holistique.

Si les objectifs de cette formation venaient à se réaliser, les aptitudes qui en résultent devraient être profitables à trois niveaux :

- Tout d'abord aux malades, en leur apportant l'autonomie, c'est à dire qu'ils devraient être pris dans leur singularité, la médecine étant au service de leur projets de vie et non pas le contraire.

- Quant aux étudiants, elle leur permettra une relation vivante avec les patients.

---

°ANDRE GOUAZE : Les nouvelles carrières pour les docteurs. In le monde 12 Septembre 1990, p 13.

- Enfin pour les facultés de médecine, en leur évitant de s'éloigner de plus en plus dangereusement de la société.

C'est la raison pour laquelle cette recherche a été animée par le souci de contribuer à l'amélioration de la formation et de la pratique médicale des médecins généralistes.

## **Bibliographie générale :**

- BAGROS PHILIPPE, de TOITOL BERTRAND, Introduction aux sciences humaines en médecine. Edition. ellipses, Paris, 1993
- BENSAÏD NOBERT, Un médecin dans son temps, Édition le seuil, 1976
- BERNAUD JEAN —LUC ET CLAUDE LEMOINE. Traité de psychologie du travail et des organisations. Edition DUNOD- 2000.
- BIREAUD ANNIE Les méthodes pédagogiques dans l'enseignement supérieur, les Editions d'organisations, 1990
- BOUJI TADLA -M. L'approche systémique des établissements bancaires ,cas des banques islamiques, Edition palais du livre.2002
- BOUSSAFSAF.B, DAOUD.M; MEHDAOUI.H. Guide d'élaboration des objectifs pédagogiques en sciences médicales. Edition OPU.1993.
- BRAUN N. ROBER . Pratique ; critique et enseignement de la médecine générale .Edition Payot et rivages,1997
- CASSE PIERRE, La formation performante, Edition OPU, 1994
- CHARON V. AM GIRAUD, Les sciences humaines au service des soins infirmiers, Edition ellipses, 1999.
- CHEVROLET DANIEL —MOHAND ISSAAD. Former les médecins algériens de demain, état des lieux et propositions prospectives, Edition MESRS 2000.
- CONSTANTINO IANDLO, Parler avec le malade, Technique, art et erreurs de la communication, Les Editions du médecin généraliste, 1986
- COTINAUD OLIVIER : Psychologie et soins infirmiers, approche relationnelle. Edition du centurion.1983
- CRESSON GENEVIEVE ET XAVIER SCHWENDER , Les usagers du système de santé. Les Editions ENSP. 2000
- D'HAINAUT LOUIS .Des fins aux objectifs. Edition Labor Bruxelles et Nathan.1982. -D' HAINAUT LOUIS. Analyse et régulation des systèmes éducatifs (un cadre conceptuel), Edition Dunod, 1981
- DECORTE, CT GEERLIS , NAJ LAGERWEIJ, JJ PETERS, R. VANDENBERGHE, A. DE -BOECK, Les fondements de l'action pédagogique, Edition A-De Boeck, 1979
- DOMINICE PIERRE, La formation en jeu de l'évaluation, Edition Peter Lang S.A. BEREN, FRANCFORT/M, 1979.
- FOUCAULT MICHEL, « Naissance de la clinique », Edition PUF, Paris, 1963
- GORDEN THOMAS — STERLING EDWARD, Communiquer avec ses patients. Les Editions logiques, 1997.

- GORDON THOMAS et STERLING EDWARDS, Communiquer avec ses patients, les Editions logiques, 1997
- GOSSET JEAN. Elément de pédagogie médicale, Edition l'expansion ,1969
- GOUAZE ANDRE, Demain la médecine, Edition expansion scientifique Française, Paris, 1996
- Guilbert J.J. Comment raisonnent les médecins, réflexions sur la formation médicale, Edition médecine et hygiène, 1992
- Guilbert JJ: Comment raisonnent les médecins, réflexions sur la formation médicale, Edition médecine et hygiène. Genève, 1992.
- HENRI CLAUDE DE BETTIGNIES, Maîtriser le changement dans l'entreprise .Edition d'organisation 1975.
- HONNORAT CHARLES, « Apprentissage de l'exercice médical, le malade et sa maladie », SE, Paris, 2002
- JARDILLIER PIERRE, le développement humain dans l'entreprise ,manuel de psychologie du travail appliqué ,Edition PUF,1986
- JULIUS.E EINGTON,Faire - participer l'apprenant .Les Editions organisation,1991. -KATZ F-M- et R-SNOW, Evaluation des compétences professionnelles des personnels de santé, Edition OMS, Belgique, 1981
- LAGACHE, La psychanalyse, Édition Que sais-je ? 1955
- I,APLANTINE FRANCOIS, « Anthropologie de la maladie », Edition Payot, Paris, 1986 -
- LE BOTERF GUY ,Ou va la formation des cadres ?.Les Editions l'organisation,1984
- LE BOTERF GUY et ses COLLABORATEURS, Comment manager la qualité de la formation, Edition d'organisation, 1992.
- LE BRUNT JEAN PIERRE, De la maladie médicale, Edition De Boeck- wesmael, BRUXELLES,1993
- LEON ANTOINE et ses collaborateurs : Manuel de psychopédagogie expérimentale. Edition PAF, 1977
- LERBET GEORGES, Approche systémique et production du savoir, Edition L'harmattan . 1993
- LEVY LEBOYER CLAUDE , Evaluation du personnel, quels objectifs ? Quelles méthodes ?, Les éditions d'organisation, 1996
- LIORCA GUY, La communication médicale, Edition, Marcheting, 1994
- MAGER R.F ,comment définir les objectifs pédagogiques, Edition Gauthier-Villard, Paris, 1971
- MARC AUGE « L'anthropologie de la maladie », Edition l'homme, Paris, 1998

- MONDE RAYMOND, NATHALIE MASSE, MICHEL MANCIAUX : La pédiatrie sociale, Edition Flammarion médecin-sciences, 1977.
- OUCHFOUN ABDELKRIM : Problématique de la santé en ALGÉRIE, Edition, OPU,2002 - PAI-OBANY, L'enseignement supérieur en Afrique. Réalisations ,défis et perspectives Edition UNESCO.1998
- PALKIEWICZ JAN ,Introduction à l'apprentissage par situation- problèmes en soins infirmiers, Edition université du QUEBEC (MONTRÉAL)
- POCZTAR JERRY ,La définition des objectifs ,Les éditions ESF.1979
- SILVIO MONTARETTO MARULLO, Manuel pour la direction du personnel, Edition Homme et technique, 1979
- TOUSSIGNANT ROBERT ,les principes de la mesure et de l'évaluation des apprentissages, Edition PROFONTAINE INC,1982
- VIAL JEAN, Histoire et actualité des méthodes pédagogiques ,Les Editions ESF, 1981
- XVES MATILLON —PIERRE DURIEUX : L'évaluation médicale, du concept à la pratique, Edition médecin-Françes-flamarion-au Paris-1994
- Y MATILLON.G.BIGNOLAS. J.MENARD,L'évaluation en médecine :Perspectives dans le domaine de la formation médicale ,Edition Médecines —sciences-Flammarion.1994. - ZEMPLINI ANDRA, « La maladie et ses causes ». L'ethnographie, tome LXXXI, N° 915-97, Paris, 1985.



## **Revues :**

- ALBERT IIERECK , « l'humanisme sacrifié », In revue le monde de l'éducation , avril 1995, pp48-51
- BEKADJA.M.A et ses collaborateurs : « Quel type de formation, pour quel type de santé?» In revue semestrielle santé publique et sciences sociales. N°: 4, Décembre 99, p 93-99.
- BOUZIANI M, Le point de vue des étudiants en médecine sur les stages : résultats d'une enquêtes, in revue algérienne de santé public et sciences sociales n°4, décembre 1999, pp51-62
- CHADLY. M, « Approche transculturelle de l'ethnique biomédicale ». In revue la lettre de l'espace ethnique, N°15-18, 2002, p.150-152.
- CHARLES BOELEN, L'ambitieux dessein de faire évoluer la formation médicale et l'exercice de la médecine, In revue internationale de développement sanitaire, volume 14, n°3,OMS, 1993, pp231-235
- DAVID LE BRETON, « Docteur, SVP, un peu d'humanité », In revue le monde de l'éducation, Avril 1995, pp.48-51.
- EMMANUEL BURFIN, « Apport de l'anthropologie médicale à la pratique médicale », In revue ASS-ego - de santé. Séminaire Courchevel, 17 et 18 mars 1994, pp.15-19. -
- FAYAD A. La formation médicale : Aire de contrainte et domaine d'expansion. In revue algérienne de santé public et sciences sociales n°4. décembre 1999. pp73-81.
- FRANCIS GRIMBERG : La clinique en médecine : alliance des sens de la raison et de l'humanisme. In revue la lettre de l'espace éthique N° :15-18-2002, Edition assistance hôpitaux clinique de Paris, 2002-PP 11-14.
- GRANGAUD, MEBTOUL, BERRICH, COOK-1986, «[Utilisation](#). et perception du système de santé par les familles », In revue séminaire- atelier sur les programmes de santé, Edition ANDS, 1997,pp 41-45
- JOHN H BRYANT : « Former les médecins du domaine ». In revue internationale de développement sanitaire, Volume 14, N° :3, OMS, 1993, P236-249.
- JULES DESROSIERS et JOSELINE SAVOIE, fiches de faits d'évaluation ,In revue Education permanente ,n°9,janvier-fevrier-mars ,1971,pp75-104
- KHIATI MUSTAPHA : « La médecine en Algérie pendant la période coloniale française ( 1830-1962) ». In revue Histoire de l'Algérie médicale, N°3 , 2000. pp.3-4.
- LOUIS PELLETIER, «La notion d'évaluation », In revue Education permanente, n°9, janvier, février, mars,1971,pp7-16

- MARZOUKI MONCEF. « Dix propositions pour un nouvel enseignement de la médecine ». In revue Maghreb médical n°119 du 1<sup>er</sup> Août 1985. P.37.
- MEBTOUL-JOHN LOOK-JEAN PAUL GRANGAUD-ANNE TURSZ. Les jugements des médecins algériens sur l'activité des soins : une identité professionnelle fragile. In revue algérienne de santé publique et sciences sociales n°2-JUIN 1998, pp7-10
- MESLI FAROUK, La formation en santé : « Eléments d'une problématique », In revue santé publique et sciences sociales n°4, 1999, pp 9-20
- OMS, « La déclaration d'EDIMBOURG »- in revue 'médecin du Maghreb' 1989 N° 13 du 12 Août 1988, p13
- POCHET BERNARD, «Le problem -Based-Learning »: une révolution ou un progrès attendu ? In revue française de pédagogie n°111, avril-mai-juin 1995, pp95-107
- POUCHELLE MARIE-CHRISTINE, « Compétence du patient et histoire de la médecine », In revue Santé — M GEN - Janvier 1998, pp.12-13.
- REGGABI M. : Histoire de la faculté mixte de médecine et de pharmacie. In revue histoire de l'Algérie médicale, N°11, 1999, p.19.

## **RAPPORTS TECHNIQUES :**

- OMS. Implications des méthodes d'études individuelles ou par petits groupes dans l'enseignement médical , Rapport technique d'un groupe d'étude de l'OMS. GENEVE. 1972 P8
- Les implication des méthodes d'études individuelles ou par petit groupe dans l'enseignement médicale, Rapport technique de l'OMS N°489
- Les problèmes de santé de l'adolescence, Rapport d'un comité d'expert de l'OMS rapport technique, 1965, P30.

## **Presse :**

- Le Monde du 12/09/1990.
- Le Monde 12 Septembre 1990, p 13.
- Le quotidien El Watan du 28/01/2001 N° : 3084.
- Le Monde diplomatique Janvier 2004-P3.

## **Lois**

- Loi N°85-05 du 16/02/1985 relative à la protection et à la promotion de la santé
- ORDONNANCE DU 16/04/76 relative à l'enseignement fondamental - L'arrêté du 18 mars 1992 complété par l'arrêté du 19

## المراجع باللغة العربية :

- أحمد حسين اللقاني : المنهج، الأسس، المكونات، التنظيمات، عالم الكتاب، 1955.
- أحمد شبشوب : علوم التربية، الدار التونسية للنشر، 1991
- الفارابي عبد اللطيف والغرضاف عبد العزيز : البرامج والمنهاج من الهدف إلى النسق (مقاربة نسقية لتحليل وبناء الأنظمة التربوية من الأهداف إلى التقويم، دار الخطابي للطباعة والنشر، 1996
- سعيد أوكيل، محمد الصالح، محمد يوتين، علاوي لعلالي : استقلالية المؤسسات العمومية الاقتصادية (تسيير واتخاذ القرارات في إطار المنظور النظامي، مطبوعات معهد العلوم الاقتصادية ، جامعة الجزائر 1994.
- عبد الرحمن عبد الباقي : إدارة الأفراد، مطابع سجل العرب ، القاهرة، 1978.
- عبد الله عبد الدائم : التخطيط التربوي (أصوله وأساليبه وتطبيقاته في البلاد العربية، دار العلم للملايين، 1972
- عمر وصفي عقيلي : إدارة الأفراد، منشورات جامعة حلب، 1988.
- فؤاد الباهي السيد، علم النفس الإحصائي وقياس العقل البشري، دار الفكر العربي، القاهرة، 1979
- محمد جمال برعي : التدريب والتنمية، عالم الكتب، القاهرة 1973 .
- محمد مصطفى زيدان، الكفاية الإنتاجية للمدرس، دار الشروق للنشر والتوزيع الطباعة 1992
- مزيان محمد، حول تقويم العملية التربوية الشاملة في كتاب قراءة في التقويم التربوي، تأليف يصدر عن جمعية الإصلاح الاجتماعي والتربوي، 1994.
- مقدم عبد الحفيظ : الإحصاء والقياس النفسي والتربوي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1993

## المجلات :

- محمد الشريف بن دالي، التعليم والوسائل السمعية والبصرية "التربية" مجلة تربوية ثقافية تصدرها وزارة التربية والتعليم الأساسي للجمهورية الجزائرية العدد رقم 2، ص 20-22 1982
- مديرية التكوين والتربية خارج المدرسة بوزارة التعليم الابتدائي والثانوي : البرامج وأنواعها، مجلة تصدر عن وزارة التعليم الابتدائي والثانوي، 1992.

## RESUME:

S' il est reconnu aujourd'hui dans le milieu médical et au niveau de la faculté de médecine que la formation médicale consiste à pouvoir les structures de santé de médecins généralistes qualifiés, l'évaluation des programmes à la lumière des grandes mutations qui s'opèrent dans les systèmes de santé soulève cependant plusieurs questions de base .

Il y a bien longtemps qu'on reproche aux écoles de formation médicale de former des médecins généralistes mal adaptés aux tâches qui les attendent .L'enquête effectuée par l'unité de recherche médicale (Pr.GRANGAUD, MEBTOUL, BERRICH, COOK 1986) sur le discours des médecins montre que toute leur attention est focalisée sur le savoir médical et sur les moyens techniques et thérapeutiques qui semblent prioritaire pour assurer leur activités professionnelles . Cependant (F.M-KATZ- R-SNOW) définissent la performance d'un travailleur de la santé (médecin) comme l'ensemble du comportement de l'agent de la santé et notamment la façon dont il organise , retient et utilise les connaissances spécialisées qu'il a acquises, ainsi que ses attitudes et la qualité de ses relations avec autrui.

Son travail couvre l'ensemble des connaissances, savoir faire et attitudes acquis grâce à la formation , ainsi que la façon dont ils sont organisés et intégrés dans la pratique.

Devant tous ces problèmes et les défis que pose la pratique médicale et qui sont maintenant lancés aux médecins , on est en droit de se poser aujourd'hui la question suivante : est-ce que la formation purement technique des médecins généralistes est suffisante pour permettre aux médecins de soigner et de répondre aux besoins des populations ?

La mise en oeuvre des programmes de médecins généralistes , pour répondre aux besoins de santé primaire nécessite aujourd'hui des praticiens , l'apport des données psychologiques , sociologiques pédagogiques et psychanalytiques.

Une formation initiale de grande qualité conditionne la pratique des médecins généralistes.

**Mots clés : Les programmes- L'évaluation- L' approche systémique**

## ملخص البحث :

إذا كان من المعترف به اليوم في الميدان الطبي ، و على المستوى كلية الطب أن من بين أهداف التكوين الطبي هو تزويد الهياكل الطبية بالأطباء العاميين المؤهلين ، فإن تقويم البرامج في ضوء التحولات التي تطرأ على النظم الصحية يطرح العديد من التساؤلات الأساسية.

منذ زمن بعيد تلام معاهد التكوين الطبي على عدم توفيقها في تكوين أطباء عاميين متكيفين مع المهام المناطة بهم في ميدانهم المهني، و خير دليل على ذلك الدراسة التي قامت بها وحدة البحث الطبي على أيد الأساتذة: (فرانكو، مبتول، بريش، كوك (1986)) (GAUD,MEBTOUL,COOK,BERRICHE) ، و التي تمحورت حول خطاب الأطباء الذي يبين بجلاء أن كافة إهتماماتهم مركزة حول المعارف الطبية و الوسائل التقنية والعلاجية التي يروا لها الأفضلية في إنجاز مهامهم على الوجه الأمثل.

غير أن (كاتز وسنو) (KATZ et SNOW) يعرفان أداء المهنيين في الميدان الصحي كالطبيب مثلا : بأنه مجموع سلوكياتهم في الميدان من حيث التنظيم و الإستعاب و استعمال المعارف التخصصية التي اكتسبوها ، وكذلك اتجاهاتهم و نوعية علاقاتهم مع المرضى ، حيث أن أعمالهم تغطي مجموعة المعارف بشقيها النظري والتطبيقي ناهيك عن إتجاهاتهم المشار إليها آنفا . و ما كل هذا إلا ثمار التكوين الطبي – دون إغفال الدور الهام للطريقة التي تمكنهم من تنظيم و إدماج كل هذا و ذاك في الميدان التطبيقي.

حيال هذه المشاكل و التحديات التي يطرحها الميدان الطبي ، و التي تستنهض الأطباء للمشاركة في عملية البحث عن الحلول المناسبة لها ، لنا الحق أن نطرح السؤال الآتي :

هل التكوين التقني البحث للأطباء العاميين كاف لتمكينهم من العلاج، والإستجابة للمتطلبات الصحية للتجمعات السكانية ؟

و حتى يتمكن التكوين الطبي للأطباء العاميين من الإستجابة بفعالية للإحتياجات الصحية الأولية لسكان فلا مفر من تطوير برامجه عبر إدخال علوم أخرى تساهم في نجاح هذه البرامج مثل : علوم الإتصال و النفس والأنثروبولوجي و الإجتماع.

إن التكوين الطبي الأساسي ذا جودة الرفيعة هو الذي يوفر شروط النجاح لتطبيق طبي متطور حديث.

الكلمات المفتاحية : البرامج، التقويم ، ، المقاربة النسقية.

## **ABSTRACT :**

It is commonly acknowledged to-day in the medical circles and the faculty of medicine that medical training consists in providing health institutions with qualified general practitioners. Yet, the assessment of teaching programmes in the light of the great changes that occurred in the health system brings about several fundamental questions.

Medical schools have long been blamed for teaching general practitioners ill-prepared to perform their future job.

The investigation carried out by the medical research team ( Professor GRANGAUD , MEBTOUL, BERRICH, COOK 1986) on the discourse of doctors shows that their attention is focussed on the technical and therapeutic means which seem to have priority over their professional duties.

However, ( F. M-KATK — R-SNOW ) define the doctor's performance as being the whole behaviour of the health agent and mainly the way he organises, keeps and uses acquired specialised knowledge along with his attitudes and the quality of his relation with people.

His work concerns all knowledge, know-how and attitudes he has acquired throughout his training, as well as the way they are organised and Integrated in practice.

Given all these problems and the challenges in the way of the medical practice and that defy doctors, it is reasonable to-day to wonder whether purely technical training of general practitioners is enough to enable them treat their patients and meet the requirements of people's health.

Medical staff, the contribution of psychological, sociological, pedagogic and psychoanalytical data are necessary to the setting up of curricula for general practitioners to satisfy the requirements of primary care.

A high-standard fundamental training certainly determines the general practitioner's actions.

**KEY WORDS: Program — Evaluation- Approach System**

### Tableaux (chapiter n°3 à chapitre n°10)

N° du tableau	objet	page
1	Etude de la progression de la cohorte 94/95 des étudiants session normale et rattrapage (session normale de rattrapage)	26
2	Etude de la progression de la cohorte 91/92	26
3	La fonction des éléments constitutifs du programme	122
4	la population des paraticiens interne au niveau de chaque Wilaya	196
5	La répartition des résidants au niveau des trois wilaya	196
6	La répartition des médecins au niveau des trois wilaya et dont la durée d'exercice ne dépasse pas les quatre ans d'expérience	
7	La répartition des pratiticiens par sexe au niveau des trois wilaya	197
8	La répartition des pratiticiens selon le lieu d'exercice	198
9	La construction des echantillons à enquêter	199
10	Les dimensions du questionnaires et les questions correspondants	203

## TABLEAUX DU DOSSIER D'ANALYSE DU POSTE DE TRAVAIL

N°	Objet	Page
1	Présentation (dossier analyse) Description	207
2	synthétique et situation structurelle du poste de travail	208
3	Description de l'ensemble des fonctions du médecin	209
4	Regroupement des activités et répartition du temps de travail	210
5	Analyse de l'activité spécifique	211
6	Décomposition de l'activité en tâche et opération	<u>212</u>
	Analyse de l'activité spécifique (Opération professionnel)-(action- adaptation)	213
8	Description des activités de gestion et d'encadrement	224
9	Description des activités de liaison	225
10	Condition de travail d'hygiène et de sécurité (situation observée)	226
11	Recueil des faits significatifs de la qualification	227-228



## TABLEAUX DU QUESTIONNAIRE

<i>N° de la question</i>	<i>IST° des tableaux</i>	<i>Objet</i>	<i>Page</i>
1	1 et 2	La pertinence de la formation universitaire du médecin généraliste	230
2	3 et 4	Les causes de la non-pertinence de la formation universitaire du médecin généraliste	232
3	5 et 6	La possibilité du programme à couvrir les aspects techniques et les aspects relationnels	235
4	7 et 8	Les causes de l'impossibilités du programme à couvrir les deux aspects sus-indiqué au niveau de la question N°3	236
5	9 et 10	Le volume horaire de certain modules selon le programme en vigueur	238
6	11-12-13-14	a) Les modules pour lesquels les praticiens souhaitent une augmentation de volume horaire b) Les modules pour lesquels les praticiens souhaitent une diminution de volume horaire	239
7	15 et 16	La durée du stage pratique	242
8	17 et 18	La possibilité du programme à couvrir l'ensemble de l'activité médicale	244
9	19 et 20	L'activité oubliée au niveau du stage pratique	246
10	21 et 22	La formation à été plus : - théorique - ou pratique	247
11	23 et 24	L'existence des références aux besoins de la collectivités en matière de santé au niveau du programme en vigueur	248
12	25 et 26	L'initiation du futur médecin aux conditions réelles dans lesquelles il exerce	249
13	27 et 28	L'organisation de stage pratique en dehors des structures hospitalières	251
14	29 et 30	Les aspects de la pratique médicale ignorés par le programme d'étude et qui apparaissent dans le domaine professionnel	252
15	31 et 32	Les différent aspects de la pratique médicale ignorés par le programme d'étude et qui apparaissent dans le domaine professionnel	253
16	33 et 34	l'enseignement médicale vise la prise en charge : - - de la maladie - ou du malade	255

17	35 et 36	Les caractéristiques de la médecine scientifique contemporaine	256
18	37 et 38	L'approche à travers laquelle le patient a été présenté durant la formation universitaire	258
19	39 et 40	L'initiation du futur médecin à l'accueil du malade durant la formation	260
20	41 et 42	L'initiation du futur médecin à la communication du malade durant la formation	261
21	43 et 44	Les facteurs permettant l'écoute de chaque malade	262
22	45 et 46	Les éléments permettant l'établissement d'un diagnostic	264
23	47 et 48	La possibilité de la formation à préparer le futur médecin à formuler ses questions au patient	265
24	49 et 50	L'effet de l'usage des technologies de l'information sur la relation de confiance entre le patient et le médecin	267
25	51 et 52	La capacité de la formation à développer les qualités affectives du médecin	268
26	53 et 54	La possibilité de la formation à prendre en compte le corps érogène	269
27	55 et 56	Les mots du patient sont entendus : - comme des signes - ou comme des signifiants	210
28	57 et 58	La possibilité de la formation médicale à prendre en charge la singularité du patient parallèlement aux régies scientifiques générales	271
29	59 et 60	Le moment de la découverte par le médecin de la dimension sociale de la maladie	272
30	61 et 62	Possibilité de tenir compte dans la pratique de la situation sociale du malade pour la confirmation du diagnostic et des prescriptions thérapeutiques	273
31	63 et 64	Les problèmes qui peuvent surgir avec l'apparition de la maladie	275
32	65 et 66	La possibilité de la formation médicale d'appréhender les facteurs sociaux liés à l'apparition de certaines maladies	276
33	67 et 68	Les caractéristiques qui déterminent la signification de la maladie	277
34	69 et 70	La possibilité de trouver le temps d'interroger le malade chronique sur la perception qu'il a de sa maladie	279
35	71 et 72	La possibilité de la formation à permettre au médecin de rechercher les habitudes, les traditions qui pourraient avoir un impact sur l'évolution de la maladie	280
36	73 et 74	La possibilité de la formation à préparer le médecin à affronter des situations qui ont un rapport avec des facteurs culturels	281

37	75 et 76	Le cadre dans lequel le médecin à été initié à programmer une action sanitaire	282
38	77 et 78	La connaissance du médecin concernant les programmes nationaux de prévention	283
39	79 et 80	La place que tient l'action préventive ( education sanitaire, programme de prévention dans la pratique médicale)	285
40	81 et 82	Les organismes qui interviennent dans la promotion de la santé de la population	287
41	83 et 84	La possibilité d'être informé sur l'ensemble des structures organisationnelles intervenant dans la prise en charge des citoyens	289
42	85 et 86	La possibilité de répondre à un questionnaire portant sur l'évaluation de la formation initiale durant la formation universitaire	290
43	87-89-90-91	L'appréciation du questionnaire sur le plan de la forme et du fond par le répondant	291

## LES SCHEMAS

N° du schema	Objet	Page
1	Les programmes	63
2	Le lien entre les objectifs et les éléments du curriculum d'enseignement	66
3	Les trois niveaux des objectifs de l'enseignement (l'éducation)	73
4	Les mécanismes du raisonnement dans le domaine clinique	82
5	L'observation clinique	85
6	Les relations interactives entre le processus et l'environnement	118
7	Les processus internes et externes de la formation universitaire en tant que système ouvert	126
	L'anamnèse associative en vue d'un diagnostic complet	144

# **DOSSIER D'ANALYSE DE POSTE**

DOSSIER D'ANALYSE

ENTREPRISE: .....

UNITE : .....

POSTE ANALYSE: .....

DIRECTION/SERVICE: .....

IDENTITE ET FONCTION DES PERSONNES CONSULTÉES: .....

ANALYSTE(S) .....

DATE : .....

N°

DA-1/1

A) DESCRIPTION SUCCINCTE DU POSTE DE TRAVAIL

B) SITUATION STRUCTURELLE ET RELATIONS HIERARCHIQUES

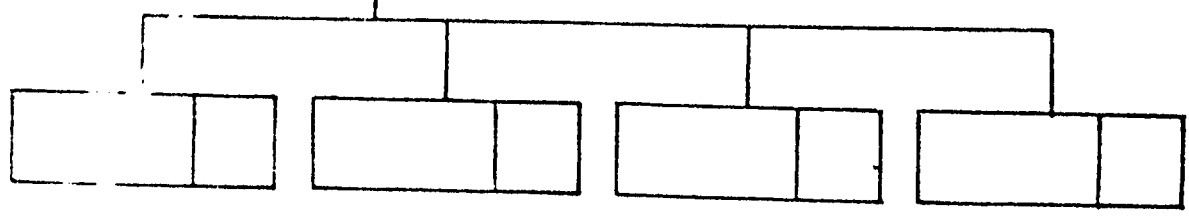
1- Poste directement supérieur

2- Poste de travail décrit

3- Postes subordonnés



1er degré



2eme degré



3eme degré



4- Total des effectifs.....

POSTE ANALYSE :

N°

N°

DESCRIPTION DE L'ACTIVITE

OBSERVATIONS



POSTE ANALYSE :

N°

NATURE DE L'ACTIVITE

N°  
DES ACTIVITES

TEMPS  
EN  
%

ACTIVITES SPECIFIQUES

ACTIVITES D'ENCADREMENT

ACTIVITES DE LIAISONS :

- . Hierarchiques
- . Fonctionnelles
- (Relations exterieures,  
Reunions systematiques, travaux de  
groupes ....)

OBSERVATION :

Désignation:

Objetuf:

Prise des informations	Elaboration du plan de travail Prise de décision
Origine	Pouvoir

POSTE ANALYSE:

N°

DECOMPOSITION DE L'ACTIVITE

EN TACHES ET OPERATIONS

POSTE ANALYSE:

N°

OPERATION PROFESSIONNELLE

ACTION-ADAPTATION

--	--

TABLE VALU...

IV

-CONTEINON DE L'ORGANISATION

-PLAN DE REPARTITION DU TRAVAIL

-GESTION DU PERSONNEL ET ANIMATION

-GESTION DES MOYENS ET BUDGETS

POSTE ANALYSE :

N°

PARTICIPANTS

NATURE

OBJET

FONCTIONNELLES  
INTERNES

FONCTIONNELLES  
EXTERNES

DESCRIPTION DES PROCEDURES RELATIONNELLES AMONT - AVAL:

POSTE ANALYSE :

N°

1- HORAIRE PRATIQUE

2- RISQUES D'ACCIDENTS DE TRAVAIL

3- RISQUES DE MALADIE PROFESSIONNELLE

4- EFFORTS PHYSIQUES

5- AMBIANCE DE TRAVAIL

DESIGNATION	NIVEAU	
	1	2
-POUSSIÈRES		
-FUMÉE		
-CHALEUR		
-BRUIT		
-MANQUE D'ÉCLAIRAGE		
-SALISSURE		
-ODEURS		

1- Pas ou peu importante

2- Protection individuelle ou collective indispensable.

6- MOYENS DE PROTECTION OU DE PREVENTION EXISTANT

7- OUTILS ET MACHINES UTILISEES

EXIGENCES DE LIAISONS		EXIGENCES DE RESPONSABILITES		EXIGENCES DE CONNAISSANCES			POSTE ANALYSE:	RECUIL DES FAITS	SIGNIFICATIONS DE LA QUALIFICATION
FONCTIONNELLES	HIERARCHIQUES	HUMAINES ET SOCIALES	TECHNIQUES ET ECONOMIQUES	SPECIFIQUES DU POSTE	PROFESSIONNELLES	DE BASE			





**UNIVERSITE DE CONSTANTINE**

**Département de psychologie et des Sciences de l'Education.**

**Questionnaire d'enquête :**

**L'évaluation de la formation médicale des médecins généralistes**

**Objectif du questionnaire :**

L'objectif de ce questionnaire est de nous permettre de vérifier s'il y a un écart entre la formation universitaire du médecin généraliste et ses activités professionnelles comme généraliste à plein temps ou en cours de formation.

La réussite de cette enquête dépend de votre précieuse collaboration qui consistera à répondre aux questions en tenant compte de la formation initiale que vous avez reçue et de votre mise en situation professionnelle.

Les conclusions qui en découleront nous permettront de réexaminer le programme de formation universitaire destiné au médecin généraliste, en vue d'une meilleure adaptation à son exercice médical.

## Identification du répondant

**Sexe :** .....

**Qualification :** Interne  Résidant  Médecin généraliste

**Lieu d'exercice :** Service d'hospitalisation  Service d'urgence   
Centre de santé  Autres

**Mise en situation professionnelle :** Mettez une croix dans la case correspondante ?

En cours de formation :

- 1)Interne
- 2)Résidant 1<sup>er</sup> année
- 3)Résidant 2<sup>ème</sup> année
- 4)Résidant 3<sup>ème</sup> année

En activité professionnelle :

- 1)0 à 1 an d'expérience
- 2)de 1 à 2 ans « « «
- 3) de 2 à 3 ans « « «
- 4)de 3 à 4 ans

1- La faculté de médecine vise à former des médecins généralistes capables d'accomplir convenablement leurs missions. Dans quelle mesure diriez-vous que votre formation universitaire a réalisé cet objectif ?

-Dans une large mesure

-Dans une certaine mesure

-Aucunement

2- Au cas où votre formation médicale n'a pas atteint l'objectif suscité, quelles en sont les causes ?

-Inadéquation des programmes d'études

-Durée des études

-Méthodes pédagogiques de l'enseignant

-Insuffisance des stages pratiques

-Insuffisance des moyens pédagogiques

-Autres : (précisez).....

3-Le programme de vos études médicales a-t-il bien couvert ces deux aspects de vos activités professionnelles ?

-Aspect technique

- Aspect relationnel

-Aspect technique et relationnel

- Aucun

4-Sinon, quelles en sont les causes ?

.....  
.....  
.....  
.....

5-Selon vous, certains modules nécessiteraient-il plus de volume horaire et d'autres moins que ce qui a été prévu dans le programme actuel ?

-Oui

-Non

6-Si oui, quels sont ces modules ?

.....

.....

.....

7-La durée du stage pratiqué était-elle suffisante ?

-Oui

-Non

8-Le programme de stage pratique couvre-t-il l'ensemble des activités de la pratique médicale ?

-Oui

-Non

9-Sinon, quelle est l'activité qui a été oubliée ?

.....

.....

.....

.....

10-Diriez -vous que votre formation a été plus théorique que pratique ?

-Oui

-Non

11-Au niveau des programmes de formation médicale, existe-t-il des références aux besoins de la collectivité en matière de santé ?

-Oui

-Non

12-Durant votre formation, avez vous été initié aux conditions réelles dans lesquelles vous avez à exercer ?

-Oui

-Non

13-Avez vous effectué une période de stage en dehors des structures hospitalières ?

-Oui

-Non

14- Y-a-t-il des aspects de la pratique médicale ignorés par le programme d'étude, et qui vous sont apparus une fois que vous avez commencé à exercer ?

-Oui

-Non

15-Si oui, quels sont ces aspects ?

.....  
.....  
.....

16- A la lumière des programmes actuels, l'enseignement médical est orienté vers le souci de prendre en charge ?

- plutôt la maladie

-ou plutôt le malade

17-D'après vous, quelles sont les caractéristiques de la médecine scientifique contemporaine ?

1-l'exclusion du sujet

2-la demandabilité du soin médical

3-la situation de manque en médecine

4-l'autonomie de la science

5-la primauté du visuel

6-l'impérialisme de l'objet thérapeutique

7-la prééminence du discours médical

8-Autre (Préciser)

18-Dans le cadre de votre formation universitaire, à travers quelle approche votre patient vous a-t-il été présenté ?

-approche strictement médicale

-approche médico-psychologique

-approche médico-sociologique

-Autres (préciser) :

19-Durant votre formation, vous-a-t-on initié à l'accueil du malade ?

-Oui

-Non

20-Il est attendu du médecin qu'il soit un communicateur.

Au cours de votre formation universitaire avez vous été initié à la communication médicale ?

-Oui

-Non

21- Classez par ordre d'importance les facteurs qui vous permettent d'être à l'écoute de chaque malade. (Notez de 01 à 04 (points) dans les cases correspondantes) ?

-Votre expérience familiale

-Disposition personnelle

-Formation universitaire

-Pratique médicale

22- Classez les quatre éléments suivants par ordre d'importance pour l'établissement d'un diagnostic ?

-Les signes objectifs de la maladie

-Les résultats des examens paracliniques

-Le caractère exhaustif de votre anamnèse

-La précision des réponses du patient

23-Votre formation vous a-t-elle préparé à formuler vos questions au patient ?

-Toujours de la même façon par souci de rigueur scientifique

-Ou de façon variable selon les malades

-De manière identique pour chaque pathologie

-De façon variable selon le niveau socioculturel du malade

24-A votre avis, quel est l'effet de l'usage des technologies de l'information sur la relation de confiance entre le patient et le médecin ?

-Facteur favorisant

-Indifférent

-Négatif

25-Comme la formation des médecins s'adresse à des hommes, des êtres sociaux, vous semble-t-elle avoir développé vos qualités affectives (respect et amour de l'autre) ?

- Oui

- Non

26-Votre formation vous permet-elle de prendre en compte le corps érogène ? (Lieux multiples de plaisir, désirs, pulsions sexuelles).

- Oui

- Non

27-Entendez vous plutôt les mots du patient ?

-Comme des signes (symptômes)

-Ou comme des signifiants (sens)

28-Est ce votre formation médicale vous a préparé à prendre en charge la singularité de chaque malade parallèlement aux règles scientifiques générales ?

- Oui

- Non

29-A quel moment le médecin découvre-t-il la dimension sociale de la maladie ?

-En étant étudiant

-En commençant à exercer

30-Dans la pratique, vous-est-il possible de tenir compte de la situation sociale du malade pour la confirmation du diagnostic et de vos prescriptions thérapeutiques ?

- Oui

- Non

31-Quels sont les problèmes qui peuvent surgir avec l'apparition de la maladie ?

- Problèmes relationnels au sein de la famille

- Problèmes des relations sociales

- Problèmes financiers

- Problèmes professionnels

32- Estimez vous suffisante la formation reçue pour vous permettre d'appréhender les facteurs sociaux liés à l'apparition de certaines maladies ?

- Oui

- Non



33-Pour le malade, à quoi sont liés les caractéristiques qui déterminent la signification de la maladie ?

- **A** la notion de la maladie elle même
- Au malade lui même
- **A la famille du malade**
- **Au lieu ou il est traité**
- **A la société extérieure**

34-Pour chaque malade chronique, trouvez-vous le temps de l'interroger sur la perception qu'il a de sa maladie ?

- Oui   - Non

35-votre formation vous permet-elle de rechercher les habitudes, les traditions et les croyances qui peuvent avoir un impact sur l'évolution de la maladie ?

- **Oui**  - Non

36-Votre formation vous a-t-elle préparé à affronter des situations sanitaires qui ont un rapport avec des facteurs culturels ?

- Oui   - Non

37-Dans quel cadre avez vous été initié à programmer une action sanitaire ?

- Au cours de la formation initiale
- Formation médicale continue
- Réunion de travail

38-Avez vous pris connaissance des programmes nationaux de prévention ?

- Durant votre formation initiale
- Depuis le début de votre exercice médicale

33- Quelles sont les structures (associations, entreprises, collectivités) qui interviennent dans la promotion de la santé de la population ?

<10%

- 10 à 30%

- 30 à 50% -

50 à 80% -

80 à 100%

40-En dehors du secteur de la santé, quels sont les organismes qui interviennent dans la promotion de la santé de la population ?

.....  
.....

41-Avez vous été informé de l'ensemble des structures organisationnelles intervenant dans la prise en charge de la santé des citoyens ?

-Au cours de votre formation initiale

-En exercice de votre profession

42-Durant votre formation, avez vous eu l'occasion de répondre à un questionnaire portant sur l'évaluation de votre formation initiale ?

- Oui   - Non

43-Le questionnaire que nous vous avons proposé vise à recueillir des informations pouvant déterminer l'écart entre formation initiale et vos activités professionnelles, Comment appréciez vous ce questionnaire ?

Sur le fond:

.....  
.....

Sur la forme :

.....  
.....

## SITUATION UNIVERSITAIRE

Nom ..... Prénoms .....

Date et lieu de naissance .....

Photo

Adresse .....

Diplôme de l'enseignement secondaire ..... Nationalité .....

Description .....

### 1<sup>ère</sup> Année Médecine

	Maths	Physique	Chimie	Bio chimie	Histo-Emb	Bio Cel. Gén.	Total	Moy.	Résult.

### 2<sup>ème</sup> Année Médecine

SESSION	Anatomie	Physiologie	Histo	Biochimie	Total	Moy.	Résult.
E.M.D							
RAT.							
E.M.D							
RAT.							

### 3<sup>ème</sup> Année Médecine

MODULES							
SEMIOLOGIE							
PHARMACOLOGIE							
PARASITOLOGIE							
BACTERIOLOGIE							
ANATOMIE PATHOLOGIQUE							
RADIOLOGIE							
PHYSIOPATHOLOGIE							
IMMUNOLOGIE							
Total							
Moyenne							
Résultat							

NOM ..... PRÉNOMS .....

4<sup>ème</sup> Année Médecine

CARDIOLOGIE									
INFECTIEUX									
PNEUMOLOGIE									
GASTRO-ENTÉROLOGIE									
HÉMATOLOGIE									
UROLOGIE-NÉPHROLOGIE									
ENDOCRINOLOGIE									

5<sup>ème</sup> Année Médecine

ORTHOPÉDIE									
RHUMATOLOGIE									
NEUROLOGIE									
PSYCHIATRIE									
PÉDIATRIE									
GYNÉCO-OBSTÉTRIQUE									

6<sup>ème</sup> Année Médecine

O.R.L.									
OPHTALMOLOGIE									
DERMATOLOGIE									
MÉDECINE LÉGALE									
MÉDECINE DU TRAVAIL									
ÉPIDÉMIOLOGIE (									
THERAPEUTIQUE									
URGENCES MÉDICALES									
URG. CHIRURGICALES									
DROIT MÉDICAL-DÉONTOL.									
ÉCONOMIE DE LA SANTÉ									
PSYCHOLOGIE MÉDICALE									

INTERNAT 7<sup>ème</sup> Année

SERVICE 1									
SERVICE 2									
SERVICE 3									
SERVICE 4									

Classement : Total : Moyenne 20 : Classement

ATTESTATION PROVISOIRE N° .....

Observations - Sanctions - Récompenses

1-5. Médecine } au choix.  
 1 s. Chirurgie }  
 1 s. Pédiatrie }

## SITUATION UNIVERSITAIRE

Nom ..... Prénoms .....

Date et lieu de naissance .....

Photo

Adresse .....

Diplôme Nationalité .....

Description .....

### 1<sup>ère</sup> Année Médecine

	Maths	Physique	Chimie	Bio chimie	Histo-Emb	Bio Cel. Gén.	Total	Moy.	Résult.

### 2<sup>ème</sup> Année Médecine

SESSION	Anatomie	Physiologie	Histo	Biochimie	Total	Moy.	Résult.
E.M.D							
RAT.							
E.M.D							
RAT.							

### 3<sup>ème</sup> Année Médecine

MODULES							
ÉMILOGIE							
PHARMACOLOGIE							
PARASITOLOGIE							
BACTÉRIOLOGIE							
ANATOMIE PATHOLOGIQUE							
RADIOLOGIE							
PHYSIOPATHOLOGIE							
IMMUNOLOGIE							
<i>Total</i>							
<i>Moyenne</i>							
<i>Résultat</i>							

3EME ANNEE MEDECINE

PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT DE PHARMACOLOGIE

1°) PHARMACOLOGIE:

1) "Introduction à la pharthacologie

- définition
- origine des médicaments
- différentes formes et médicamenics formes pharmaceutiques)
- dénomination des médicaments

2) Absorption et distribution des médicaments

- voies d'admministraion dei. médicaments
- passage des médicaments à travers les membrane ---
- absorption , - les médicament 5
- distribution des, médipamelts\_ . . --

3) Les principes de. pharmacocinétique

- Concepts fcndamentaux
- Interactions pharmacocinétiques

4) Biotransfcrmetion et élimiraton des médicaments

- Biotransfoimation
- excrétion ces médicament:
- terminaison de l'effet d'une substance sans qu'H y ait élimini, tion

eItA-PHARMACODf I,

- Le mécanisf moléculaire; de l'aC:tion des médicaments
- La reiatioi dose-réponser H
- Les variat<sup>1</sup>. Ons biologiques et la marge thérapeutique
- Antagonism' s et synergie;
- Significat on clinique d; concepts utilisés en pharmacody amie
- interactions pharmacodyntmiques

## 6.TROUBLES CIRCULATOIRES

- congestion
- hémorragie
- 7thrombose.CIVD
- embolie
- infractus

## 7.PROCESSUS INFLAMMATOIRE I -

□ □ □ □ □

- morphologie:phase d'agression  
phase de réactions  
vasculosanguine  
cellulaire  
phase de reparation-cicatrisation

## 8.PROCESSUS INFLAMMATOIRE II

- dynamique de l'inflammation
- facteurs régionaux:systemes cellulaire et immunitaires  
de défense  
systemes de défense de l'intégrité  
cellulaire.  
systemes de regulation circulatoire
- facteurs généraux

## 9.PROCESSUS INFLAMMATOIRE III.

Formes anatomo-cliniques de l'inflammation

- formes évolutives
- formes selon la réacL:ic,n prédominante
- formes granulomateuses "spécifiques"
- formes étiologiques

## 10.IMMUNOPATHOLOGIE.

- rappels del'immunité
- maladies par hypersensibilité
- maladies par auto-immunisation -
- maladies par déficits immunitaires
- greffes.et transplantations.

## □ □ .PROCESSUS TUMORAL I-GENERALITES -

□ É □ □ □ □ □ - □ □ □ □ □

- nomenclature:3
- tumeurs bénignes-tumeurs muiLgn
- etiopathogenie-----

12. PROCESSUS TUMORAL, II-Dynamique.

- affections précancéreuses
- cancer in situ
- tissu cancéreux-stroma
- cellulaire cancéreuse
- métastase

13. PROCESSUS TUMORAL III. tumeurs épithéliales

14. PROCESSUS TUMORAL IV-tumeurs mésenchymateuses  
lymphomes malins--

15. PROCESUS TUMORAL V. .s spéciales

- mélaniques
- nerveuses
- embryonnaires

TRAVAUX PRATIQUES (20 heures) 1.

Lésions cellulaires :

- Images dégénératives et nécrose (foie hépatite virale) muscle
- Métaplasie épidermoïde (col)
- Hyperplasie des couches basales (col)
- Dysplasie modérée (col)

2. LÉSIONS INTERCELLULAIRES:

- Amyloïdose
- SCLÉROSE 3.

METABOLISMES

- Steatose
- Athérome
- cholestase,
- Hémossiderose

4. TROUBLES CIRCULATOIRES

- Foie cardiaque
- Thromboses -
- Infarctus



## 5. PROCESSUS -INFLAMMATOIRES

- .- **Phase vasculo sanguine**
- **Phase cellulaire**
- Phase de cicatrisation
- Bourgeon charnu
- <sup>C</sup>HELOIDE
  
- Tuberculose
- Mycose

## 6. PROCESSUS TUMORAL

- Tumeurs bénignes, tumeurs **malignes**
- Cancer in situ
- Carcinome invasif
  
- Metastase

### 7. TUMEURS EPITHELIALES

- Papillome
  
  - polyadenome
- Carcinome épidermoïde  
Adenocarcinome  
Adenocarcinome

## 8. TUMEURS MESENCHYMATEUSES

- **Lipome** Lipotome
- Angiome Angiosarcome
- **Fibrome** Fibrosarcome
- Leiomyome Leiomyosarcome
- Rhabdomyôme Rhabdomyosarcome
- Ostéochondrome Chondrosarcome
- Ostéosarcome

## 9. LYMPHOMES MALINS

- Non Hodgkiniens
- Hodgkiniens

## 10 TUMEURS SPECIALES

- Naevus Melanome malin
- Schwannome Sarcome neurogénique
- Astrocytome Glioblastome Neuroblastome
- Teratome Néphroblastome

3EME ANNEE DE MEDECINE  
PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT, DE PARASITOLOGIE

1°.ENSEIGNEMENT THEORIQUE (32 heures)

- introduction à la parasitologie -
- amibes
- ciliés et flagellés .2.3tinaux et uro-génitaux
- trypanosomes
- Leishmaniose
- leishmanies
- plasmodium
- cestodes parasites à l'état adulte
- cestodes parasites à, l'état larvaire
- douve
- schistosomes
- nématodes à transmission per-os
- nématodes à transmission cutanée
- notions de mycologie médicale
- parasitoses et mycoses au cours des infections H.I.V
- anti-parasitaires

2°.TRAVAUX DIRIGES(10 HEURES)

3°.TRAVAUX PRATIQUES

CESTODES

- T.saginata macroscopie la'rges embryophores anneaux
- H.nana -
- D.lintus -
- D.caninus
- E. coli

TREMATODES

- F. hepatica: oeufs adultes bote intermediuile -
- O.dendriticum "
- C. sinensis <sup>sa</sup> <sup>lb</sup>
- S. haematobium "
- S. mansoni
- S. japonicum
- S. intercalatum "

CHAMPIGNONS

- Levures
- cheveux parasités,

## NEMATODES A TRANSMISSION PER OS

- Ascaris lumbricoides : male et femelle et oeufs
- T. trichiura male et femelle et Oeufs
- E.versicularis : adulte femelle oeufs
- T. spiralis : coupé de liné
- D. mediensis adulte-vecteur (Chrysope)

## NEMATODES A TRANSMISSION TRANS CUTANEE

- àngylostoma duodenale : adultes - oeufs
- Necatôr ànericanus adultes - oeufs
- F.bancrofti : microfilaire + vecteur - B. malagi  
microfilaire + vecteur - -
- Loa - Loa microfilaire + vecteur
- C.Volus microfilaire + vecteur FLAGÈLES DU SANG ET TISSUS

- Leishmanie :

forme astigote

- Leishmanie : forme promastigote
- Trypanosomes Sud Américains
- Toxoplasma gondil F.V et kystes
- Vecteurs: glossine, béduve, triatome, phlébctome

## PLASMODIUMS

- Gamétocytes male et femelle
- Sporezoite
- Corps bleu
- Trophozoites
- Schizontas (jeunes, âgé, '
- Vecteur: anophèle femelle

## AMIBES

- E.Histolytica histolytica : forme végétative
- E.Histolytica minuta F.V
- E.histolytica kystes
- Ulcérations amibiennes
- E.colis F.1
- E.Colis kyste
- P. butschlii F.V
- E. Jr, c.V



FLAGELLES INTESTINAUX ET URO GENTAUX

- Giardia intestinalis F.V et kyste
- chilomatix mesnili F.V et kyste
- trichomonas intestinalis F.V • -
- trichomonas vaginalis F.V

CILIES

- Balantidium-co-17-

x

3EME ANNEE MEDECINE

PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT DE BACTERIOLOGIE

VIROLOGIE

MICROBIOLOGIE:

1°) B A C T E R I O L O G I E:

- 1°) Structure des bactéries
- 2°) physiologie et croissance bactérienne
- 3°) Génétique bactérienne
- 4°) Pouvoir pathologique des bactéries
- 5°) Relations hôte-bactéries
- 6°) Antibiotique: définition - classification
- 7°) Antibiotique: ~~mode d'action et résistances~~  
des bactéries aux antibiotiques
- 8°) Ant: ~~...~~: rôle du laboratoire dans la  
conduite de l'antibiothérapie
- 9°) Prélèvement
- 10°) Désinfection et stérilisation
- 11°) Diagnostic bactériologique

2°) V I R O L O G I E:

- 1°) Les virus : définition, structure-classi-  
fication
- 2°) Multiplication des virus animaux
- 3°) Physiopathologie des infections virales  
aigües chez l'homme
- 4°) Traitement et prévention des infections  
virales
- 5°) Diagnostic virologique des infections  
virales

3EME ANNEE MEDECINE

PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT DE RADIOLOGIE

ENSEIGNEMENT THEORIQUE (30 HEURES)

- 1°) principe de la formation de l'image radiologique  
avec moyens de lutte anti-diffusion \_102)
- 2°) Radiologie du thorax  
programme contenu dans-le livre de radiologie (10H)  
le FELSON
- 3°) Radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) (03)
- 4°) Echographie  
principe indications (04H)
- 5°) Scanner  
principe indications (03)

travaux dirigés (20 heures)

Les séances de TD porteront sur le programme des cours théoriques.

3EME ANNEE MEDECINE

PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT D'IMMUNOLOGIE

PROGRAMME THEORIQUE : 26 HEURES

- Introduction à l'immunologie, les différents types d'immunité naturelle et acquise (ou adaptative).
- Le système lymphoïde: organes et cellules impliquées dans la réponse immune.
- Les antigènes.
- Les antigènes du complexe majeur d'histocompatibilité: intérêt clinique
- Les molécules Ac, la réponse AC cinétique et applications cliniques
- Le système complémentaire
- La régulation de la réponse immune et son dysfonctionnement
- La réponse immunitaire à médiation cellulaire
  - Récepteurs spécifique d'AG
  - Médiateurs ( Lymphokines)
  - Mécanismes de la réponse immunitaire cellulaire
- Les mécanismes d'élimination de l'AG in vivo: les états d'hypersensibilité (I,II,III, et IV)
- Les déficits immunitaires : congénitaux et acquis
- Les réactions AG-AC "in vitro" (1ère partie)
- Les réactions AC-AC "in vitro" (2ème partie)

Travaux dirigés (10 heures)

3EME ANNEE MEDECINE

PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT DE PHARMACOLOGIE

1°) PHARMACOLOGIE:

1) Introduction à la pharmacologie

- définition
- origine des médicaments
- différentes formes et médicaments (les formes pharmaceutiques)
- dénomination des médicaments

2) Absorption et distribution des médicaments

- voies d'administration des médicaments
- passage des médicaments à travers les membranes
- absorption des médicaments
- distribution des médicaments

3) Les principes de pharmacocinétique

- Concepts fondamentaux
- Interactions pharmacocinétiques

4) Biotransformation et élimination des médicaments

- Biotransformation
- excrétion des médicaments
- terminaison de l'effet d'une substance sans qu'il y ait élimination

5) LA PHARMACODYNAMIE

- Le mécanisme moléculaire de l'action des médicaments
- La relation dose-réponse
- Les variations biologiques et la marge thérapeutique
- Antagonismes et synergies
- Signification clinique des concepts utilisés en pharmacodynamie
- interactions pharmacodynamiques

.../...



.../...

## 6. TOXICOLOGIE GENERALE.

-Données générales de toxicologie

## 7-TOXICOLOGIE DES MEDICAMENTS

-Généralités sur les effets secondaires  
-Effets secondaires doses dépendants  
-Effets secondaires non doses dépendants  
-Toxicité à long terme des médicaments

## 8-L'ABUS DES MEDICAMENTS LA PHARMACODEPENDANCE

## 9-LE SYSTEME NERVEUX AUTONOME(SNA)

-anatomie du SNA  
-transmission neurohumorale  
-recépteurs adrénurgiques  
-recépteurs cholinergiques

## 10-LES SYMPATHOMIMETIQUES

-les catécholamines  
-ephedrine et dérivés(phénylisopropylamine)  
-autres sympathomimétiques

## 11-LES SYMPATHOLYTIQUES

-adrénolytiques alpha  
-adrénolytiques beta(type propranolol)  
-ganglioplégiques  
-antisymphathiques

## 12-LES PARASYMPATHOMIMETIQUES

-parasympathomimétiques  
-parasympathomimétiques indirects

## 13-LES PARASYMPATHOLYTIQUES

-législation de la prescription  
-utilisation des médicaments.

3EME ANNEE DE MEDECINE

PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT DE PHYSIOPATHOLOGIE

1. Déséquilibres hydrosodés
2. Oedèmes
3. Dyskaliémies
4. Troubles de l'hématose pulmonaire
5. Insuffisance respiratoire aigue
6. Etats de choc hypovolémique et cardiogénique
7. Etat de choc infectieux
8. Oedeme aigue du poumon
9. Déséquilibres acido- basiques
10. Occlusions intestinales
11. Hyperthermie et hypothermie
12. Insuffisance renale aigue
13. Hypertension arterielle
14. Allergie
15. Acido-Cétose-diabétique

PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT DE SEMIOLOGIEENSEIGNEMENT THEORIQUE

- Sémiologie pondérale = poids normal, les excès de poids (obésité-oedèmes-myxodème), les déficits pondéraux (amaigrissement, états de déshydratation).
- La fièvre
- Sémiologie cutanée
- Sémiologie endocrinienne = sémiologie de la thyroïde, des surrénales, sémiologie des anomalies du métabolisme glucidique (diabète sucré-hypoglycémie).
- Sémiologie des seins.
- Signes fonctionnels respiratoires : dyspnée, douleurs thoraciques.
- Signes fonctionnels respiratoires: toux- expectoration, vomique, hémoptysie, troubles de la voix)
- Signes physiques respiratoires = inspection (examen du revêtement cutané et des parties molles, étude de la morphologie thoracique normale et pathologique, étude des mouvements respiratoire normaux et pathologiques, les signes anormaux extra-thoraciques (cyanose-hippocratisme digital, syndrome de Claude Bernard Horner), palpation: ryth. respiratoire, la transmission des vibrations vocales.
- Signes physiques respiratoires = percussion (technique, résultats normaux et pathologiques), auscultation normale et pathologique (modifications du murmure vésiculaire, les souffles les râles, les frottements).
- Eploration fonctionnelle respiratoire.
- Etude synthétique de la sémiologie respiratoire: syndrome pleuraux (épanchement pleural aérien, liquidien, hydro-aérique) syndromes pulmonaires (condensation pulmonaire, syndrome cavitaire emphysème pulmonaire), syndromes bronchiques (crise d'asthme, dilatation des bronches, bronchites chronique).

.../...

## eliàModykianiiqUentra-Pcardiaque

- .signes Ionctionnelsardiaques=dyspnée, les douleurs précordiales.
- signes fonctionnels cardiaque=les palpitations, les syncopes et lipothymies, les hémoptysies
- Signes physiques cardiaques=inspection, palpation=le enoc de pointe normal et ses anob ilies, les foyers ectopiques de pulsation, les fremissemen·Ls, percussion, auscultation=leà , . bruits normaux.
  
- Signes physiques cardiaques=les bruits surajoutés, les souffles, le frottement péricardique.
  
- Semiologie arterielle
- sémiologie veineuse
- exi., :lorqtion fonctionnelle cardiaque
- Etude synthétique de l'appareil cardio-vasculaire=les principales valvulbpathies, les cardiopathies congenitales ( communication inter-ventriculaire, persistance du canal arteriel, les péricardites, les insuffisances cardiaques)
  
- les signes fonctionnels digestifs=troubles de l'appetit dysphAGIE , vomissements, troubles du transit.
  
- Les signes fonctionnels digestifs = les douleurs abdominales
  
- Les signes fonctionnels digestifs = Tes hémoz. Lagies digestives •
- l'examen physique de l'appareil digestif = examen de la bouche, examen de l'abdomen, examen ano-rectal.
  
- L'explora1)1On Y.f6nctionnelle de l'appareil digestif= exploration du tube digestif, exploration du foie et des voies biliaires
  
- Les ictères
  
- Les hépatomégalies
- Les ascites
- Les urgences abdominales = appendicite aigue, occlusion intestinale al:lue, péritonite aigue.
  
- Les algies craiio-faciales
  
- L'examen neurologique= l'examen des nerfs craniens et leurs anomalies
  
- L'examen neurologique = l'état mental, les trôubles du langage , l'étude de la marche et de la posture, la motricité la force musculaire et le tonus musculaire) la coordination.

- L'examen neurologique = les réflexes, l'étude de la sensibilité, le syndrome méningé.
- L'exploration fonctionnelle neurologique -

Les troubles de la conscience

- Les paralysies = étude sémiologique des paralysies, les paralysies centrales
  - Les paralysies = les paralysies de type périphérique
  - Les syndromes extra-pyramidaux, les autres troubles moteurs, les tremblements, les myoclonies, les tics
- les troubles de la sensibilité
- les troubles de la coordination CL. de l'équilibre
- Sémiologie de l'appareil musculo-squelettique
- sémiologie de l'appareil urinaire
- Sémiologie de l'appareil génital féminin
- Sémiologie de l'appareil génital masculin

- Les anémies

Les syndromes hémorragiques

- La sémiologie ganglionnaire, la sémiologie splénique

#### ENSEIGNEMENT PRATIQUE

##### GESTES PRATIQUES

- Injection intra-dermique
- Injection sous-cutanée:.
- injection intra-musculaire
  - injection intraveineuse
- Pose d'une perfusion
- ponction d'ascite'

##### EXAMEN CLINIQUE D'UN SUJET NORMAL

Anamnèse

Etat civil = non - prénom - âge - lieu de naissance -• adresse profession

Motif d'hospitalisation - nom du médecin traitant  
histoire de la maladie  
antécédents personnels et familiaux  
conditions socio-économiques  
habitudes de vie

-Signes généraux:poids-taille,surface cutanée,diurèse température,peau,phanerès,muqueuses.

#### Appareils pleuro-pulmonaire

-Inspection=morphologie u<sub>horax</sub>,frquence respira-  
toire,ampliation thoracique.

- palpation,vibrations vocales
- percussion
- auscultation

#### Examens des seins

#### Appareil cardio-vasculaire

-coeur=inspection,palpation,auscultatlon,fréquence  
cardiaque,rythme,bruits normaux.

-Vaisseaux=TA;palpation des pouls périphériques

#### Appareil digestif:

-bouche=dents;gencives,langue.

"o-abdomen-examen du foie,recherche de points doulou-  
reux

-toucher rectal.

#### Système nerveux

-consciencs

-marche

-motricité=mouvements segmentaires

~reflexes=ostéo-tendineux,cunés=abdominaux,crémas-  
térien,cutané plantaire.

-paires craniennes

-sensibilité profonde,sunerfielle doule'ir,tact.,  
chaud,fl:~)id.

-appareil

-appareil uro-génitaltosse lombaires,appareil  
génital euerne,mascuiln,emiil),Louchec vain al.

-appareil locomoteur=articulations,coionne -

appareil .i.ympho-ganylionnaire--~yanylicns,raLe.

READACTION D'UNE OBSERVATION CLINIC~ME COMPLETE

4<sup>e</sup> ANNEE ANNEE MEDICALE

PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT

AGCJ, D'ENDOCRINOLOGIE

---

ENDOCRINOLOGIE

- contrôle du système endocrinien
- signes cliniques du diabète
- antéhypophyse
- métabolisme intermédiaire •
- post-hypophyse
- complications du diabète
- thyroïde (sécrétion, régulation et exploration)  
hyperthyroïdies
- hyperthyroïdies et goitres simples
- nutrition ; régimes
- pathologie testiculaire - obésité
- glande pituitaire - sécrétion, rôle :  
y compris la LH, l'FSH, l'ACTH, l'GH, l'PRL
- hypercortisolisme métabolique
- insuffisance surrénales
- insuffisance surrénale primaire
- métabolisme phosphocalcique, .
- parathyroïdies
- traitement du diabète sucré
- hyperlipidémies adénomateuses  
polyendocriniennes
- hypoglycémie
- cancer de la thyroïde -  
thyroïdites - anatomie
- 00 100000000000 00000000.000000K0 ( 1 0 0 11 )

- infections néo-natales
  - grossesse extra-utérine
  - ictère néo-natal
  - grossesse gémellaire
  - maladies infectieuses et grossesses
  - placenta Praevia
  - mole hydatiforme
  - diabète et grossesse
  - H.R.P
  - SYNDROME VASCULO-RENAUX
  - chorio épithéliomes
  - maladies hémolytiques I et II
  
  - tumeurs du sein I et II
  - rupture utérine
  - mort in utero
  - anémie et grossesse
  - éclampsie
  - cardiopathie et grossesse
  - ictère et grossesse
  - infection génitale haute
  - stérilité du couple
  - contraception
- 
-



4E ME ANNEE MEDECINE  
PROGRAMME D'ENSEEGNEMENT DE MODULE  
D'UROLOGIE.

UROLOGIE

- exploration de l'appareil urinaire
- contusion rénale
- hématurie
- glomérulo-néphrites
- conduite à tenir devant une- cystite
- complication urinaire      iracturs du bassin
- troubles de la miction
  
- insuffisance rénale chronique
- conduite à tenir devant une pyurie
- la grosse bourse
- protéinurie
- diagnostic des gros reins -
- reins et hypertension artérielle
  
- lithiase urinaire
- malformation congénitale de l'appareil urinaire
- conduite à tenir devant une rétention vésicale aiguë
- insuffisance rénale aiguë
- conduite à tenir devant une crise de colique néphrétique
- tuberculose urinaire

- sequelles; de brûlures et traitement
  - fractures de la jambe
  - fractures des Os de l'avant-bras. -i
- infection de la main

*- traumatismes des os de la main*

4 EME ANNEE DE MEDECINE PROGRAMME  
DE L'ENSEIGNEMENT DU MODULE D'  
HEMATOLOGIE:

- hématométrie
- anémies ferriprives •
- anémies par carence en facteur anti permicieux
- hémolyse
- anémies hémolytiques congénitales
- groupes hémolytiques congénitales
- groupes sanguins - transfusion
- hémostasé primaire
- coagulation
- purpuras -  
hémophilie
  
- leucoses aigués
- leucoses chronique
- lymphomes Hodgkinien et non Hodgkinien
- conduite à tenir devant une au
- conduite à tenir devant un syndroiau hémorragique
- conduite à tenir devant une adéno-:Jpié.nomégalie

4EME ANNEE DE MEDECINE  
PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT DU MODULE  
DE GASTRO-ENTEROLOGIE

- rappel physiologique et exploration fonctionnelle gastrique -
- rappel physiologique et exploration fonctionnelle du pancréas
- rappel physiologique et exploration du foie
- endoscopie digestive
- exploration radiologique du tube digestif (principes et technique)
- hernie hiatale
- reflux gastro-oesophagien
- cancer de l'oesophage
- autres affections de l'oesophage: atégaoesophages; diverticules  
brulures caustiques et conséquences
- pathologie oesophagienne et conduite à tenir devant une dysphalie
- ulcère gastrique
- ulcère duodénal (pathogénie et diagnostic)
- complications de la maladie ulcéreuse
- traitement médicamenteux des ulcères gastro-duodénaux
- le traitement chirurgical de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale
- et ses séquelles
- les cancers gastriques
- gastrites
- tumeurs bénignes et malignes de l'estomac
- lithiase de la voie biliaire principale
- hépatites virales
- cancer du foie
- hypertension portale
- les hépatomégalies
- • -les cirrhoses
- tuberculose péritonéale
- traumatisme de l'abdomen
- hernies abdominales et complications
- ~~autres~~
- 
- ~~autres~~
- ~~autres~~
- péritonites aiguës
- rappel physiologique et exploration intestinale
- les diarrhées  
chroniques -occlusion  
intestinale
- cancers du colon
- cancer du rectum
- constipation
- colites: RCH-Crohn
- colopathies fonctionnelles
- amibiase intestinale
- pathologie anale (témorroïde, fistules, fissures, cancers de l'anus)
- pancréatite aiguë
- pancréatite chronique
- conduite à tenir devant un abdomen chirurgical. aiguë
- Les helminthiases
- conduite à tenir devant une hémorragie digestive
- conduite à tenir devant un syndrome douloureux épigastrique
- conduite à tenir devant une ascite
- conduite à tenir devant un ictère

4EME ANNEE DE MRDECINE

PROGRAMME D'enseignement du module deInfectieux

MICROBIOLOGIE

- antibiotiques
- cocccies à gram +
- cocccies à gram -
- entero bacteries (généralitésrsalmonella)
- shigella •-
- brucella
- peste( epidemiologie bacteriologie)
- vibrioncholerique
- surinfections hospitalières
- spirochetes
- rickettsioses et chlanydiacées
- paludisme (épidemiologie-parasitologie)
- le diagnostic virologique
- les viroses cutanées érythémateuses
- ies viroses cutanées visiculo-pustu
- Les viroses respiraLoires
- la rage
- les picornavirus
- les méningite lymphocytaire et autres virus

PATHOLOGIE INFECTIEUSE

- la corticothérapie
- staphylococcie
- pneumococcie -
- méningococcie
- diphthérie

- fièvres thyphoïdes et para-typhoïde
- salmonelloses mineures#
- tétanos
- septicémies à gram négatif
- choléra
- brucelloses
- richettsiose.
- leptospiroses
- viroses cutanées érythémateuses  
oses cutanées 'vésiculo-pustuleuses
- polyomyélite antérieure algue
- oreillons
- paludisme

4EME ANNEE DE MEDECINE  
PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT DU MODULE DE

PNEUMO-phtisiologie

PNEUMO-PHTISIOLOGIE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE:RAPPEL ANATOMIQUE

- .-les lésions élémentaires
- les lésions inflammatoires
- emphysème
- bronchites chroniques
- tumeurs broncho-pulmonaires
- tumeurs malignes

bacteriologie

-diagnostic bactériologique d'une infection broncho-pulmonaire aigu -  
mycobactérium tuberculosis

- moles mycobacteries
- diagnostic bactériologique de la tuberculose

pathologie clinique

-éléments du diagnostic

-conduite à tenir devant une pneumopathie aigue -

-l'antibiothérapie en pneumologie

-les médicaments symptomatiques en pneumologie

-rééducation fonctionnelle respiratoire

-les.. pulmonaires

-dilatations des bronches -

**pleuresies purulentes**

-épanchement pleural à clair

-meningite tuberculeuse

-tuberculose extra. respiratf.

-bases pharmacologiques et .riologiques de la chimiothérapie  
de la tuberculose en Algeri.

-identification des sources d'infection tuberculeuse -

la vaccination BCG

-le programme national antituberculeux en Algérie

-bronchite chronique

-conduite du médecin praticien devant une bronchite chronique -

**maladies chroniques obstructives non spécifique**

-aspects collectifs et médico légaux des maladies respiratoires

-l'examen fonctionnel respiratoire -la

corticothérapie en pneumophtisiologie

-pneumothorax

-le traitement au pneumo thorax spontané en pratique courante

-conduite à tenir devant ;in asthme

-les réflexes du médecin. !S/5qticien devant une détresse respiratoire

- décompensation respiratoire des bronco-pneumopathies chroniques
- poumon cardiaque
- pneumopathies liées à l'environnement :
- insuffisance respiratoire
- maladies respiratoires d'origine cardiaque et vasculaire
- localisation pulmonaires des maladies de système
- cancer bronchique primitif
- kyste hydatique du poumon •
- syndrome médiastinaux
- physiopathologie des traumatismes thoraciques
- diagnostic et traitement des hémoptysies
- diagnostic des opacités rondes
- diagnostic des images miliaires
- diagnostic de : a.ectasies
- diagnostic des images bulleuses
- tumeurs malignes primitives et secondaires.





PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT DE MODULE

DE TRAUMATOLOGIE

TRAUMATOLOGIE

- généralités sur les fractures
  
- généralités sur les rhumatismes
- principes généraux de rééducation; Jn
  - bilan articulaire et application
  
- place de la chirurgie plastique et réparatrice en orthopédie -  
physiothérapie des brûlures
  
- accidents de décubitus
  
- arthroses des membres inférieurs
- entorse et lésion méniscale du genou
  - traumatisme du pied
  
- choc traumatique
  
- traumatisme de l'épaule
  
- polyarthrite rhumatoïde
- généralités sur les tuberculoses ostéo-articulaires -  
généralités sur les fractures diaphysaires longues
  
- fractures de l'extrémité supérieure du Fémur
- décollement épiphysaire -  
spondylarthrite ankylosante
  
- les amputés (rééducation et appareillage)
  
- luxation coraco-humérale
  
- fracture
  
- mal de Poller
  
- pied bot
  
- les scapulaires

5<sup>ÈME</sup> ANNÉE DE MÉDECINE  
PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT DU MODULE  
DE NEUROLOGIE

NEUROLOGIE

- traumatismes cranio-encéphaliques

- syndromes topographiques

- traumatismes du rachis

- céphalées  
- épilepsie

- neuro psychologie

>

1

---

- cérébraux ischémiques

- hémorragies méningées et infarctus vasculaires

- compressions médullaires  
- lésion neuro-musculaire

- nerfs périphériques I et II

- PROCESSUS OCCUPANT

- affections malformatives (charnière-arnold chiari)

- affections dégénératives (Parkinson)

la rééducation en neurologie

---

5 EME ANNEE MVDECINE  
PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT DE MODULE  
DE PEDIATRIE

PEDIATRIE

DIETETIQUE E, II, III

- nouveau-né normal
- développement psychomoteur
- croissance
- anémies carencielles
- infection du nouveau-né
- ictère du nouveau-né
- syndrome hémorragique
- les médisaccents en pédi, . . . , rie
- Urgences chirurgicales
- vomissements
- gastro-antérites infantiles;
  
- insuffisance c<:, iliaque
- anémie héinolytique
- désydratation aigue
- malnutrition
- l'orthopédie en pathologie pédiatrique
- les convulsions
- rachitisme
- diarrhées chroniques
- allergie respiratoire
- pneumopathie bactérienne
- tuberculose initiale
- rhumatisme articulaire aigue
- dermatoses
- syndromes néphrotiques
  
- glomérulo-néphrites digues
- hypo-thyrL'iu
- diabète
- rhumatisme chronique

---

PP') GRAMME D'ENSEIGNEMENT DE MODULE

DE PSYCHIA.MIE

---

PSYCHIATRIE

- généralités sur la psychiatrie
- l'examen clinique en psychiatrie - les urgences les psychotropes
- les névroses
- états dépressifs
- psychoses
- pathologie intellectuelle
- troubles mentaux révélateurs j'.7/infections organiques
- troubles du sommeil
- relation 'médecin malade
- la vie sexuelle et ses perturbations
- psychiatrie médico-légale et législation

5 EME ANNEE DE MEDECINE  
PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT DE MODULE

DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

- le cycle ovarien
- le placenta (I et II)
- i.e nouveau-né normal
- fécondation et nidation
- mécanisme général de l'accouchement
- diagnOstic de grossesse au début
- présentaton'Ndu sommet
- la contraction utérine et ses anomalies
- tuberculose générale
- le prématuré
- modification de l'organisme matériel maternel
- présentation de face
- préeeentation du siège (I et II)
- réanimation du nouveau-ne
- aménorrhée (I et II)
- cancer du col ( I et II)
- cancer du corps
- présentation transversale
- tumeurs ovaires (I. et II)
- souffrance foetale
- dystocie osseuse
- présentation du front
  
- hémorragl'2 utérine
  
- malformations utérines
- fibrome
- infection puerpéral
- urgences néo-natales
- hydramnios

- adénopathies
- Kala-azar
- infections urinaires
  - tumeurs malignes
  - hépato-splénomégalies
- vaccinations
- formaLiGn





6EME DE MEDECINE

PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT DU MODULE DE  
MEDECINE-LEGALE

- introduction à la medecine légale
- phénomènes cadavériques
- signalement et identification des individus, des taches et des débris d'origine humaine
- blessures par arme blanche
- blessures par armes à feu
- asphyxies mécaniques
- crimes et violences sexuelles
- infanticide
- mort subite
- toxicologie
- accident de La circulation
- avortement criminel
- déontologie med, /cale
- certificats médicaux
- psychiatrie médico-légale
- autopsies et examens de cao'Jvri(5

CF.:ME DE MEDECINE  
PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT DU MODULE DE

MEDECINE Du 'I'RAVAIL

-introduction à la medecine du travail -

les maladies professionnelles

-is accidents du u avail

-le benzolisme

-l'hydrargyrisme

-les accidents de travail

-la visite d'embauche -

path9logie hosipitalière

-le saturnisme

-les mines

-les pneumoconioses -

la sécurité sociale

-les dermatoses

bEME ANNEE DE MEDERiNi.:

\_\_\_\_\_ PROGRAMME O' ENSEIGNEMENT Di kMATOLOGJE

- psoriasis
- lichen plan
- pyodermites impétigo acné
- urticaire prurit et prurigo
- zona herpf'
- eczema el: Lrailement de l'ecz.=a
- épithéliomas cutanés
- rasitoses cutes
- teignes-épi.ermomycGses
- dyschromies
- alopecies
- blennorragies
- ulcères de jambes-varices

6EME ANNÉE DE ME( ) CINÉ.

PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT OU MODULE D'OPHTALMOLOGIE

-anatomie de l'oeil

-examen du malade

.-causes de\_cécité\_

-l'oeil rouge -les

glaucomes

-vices **de** refractions

-manifestations oculaires des maladies générales

-troubles de la mobilité oculaire des maladies

générales -traumatismes oculaires -

thérapeutiques oculaire;

, I<sup>er</sup> ANNEE DE MEDECINE

PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT D'ORL

- rappel anatomique de l'oreille -
- pathologie de l'oreille externe -
- otites moyennes aigues
- otites moyennes chroniques
- mastoidites aigues
- complications des oro-mastoidites
- surdités de transmission
  
- surdités de perception
  
- vertiges et lésions labyrinthiques
- rappel anatomique: nez, sinus, physiologie
- syndrome d'obstruction nasale -cancer du
- cavum
  
- cancer bucco-laryngé
  
- angines et complications: indications et contre indications amygdalectomie-gé-né-adiennes;
  
- sinusites
- i
- épistaxis
  
- rappel anatomique du larynx;
  
- cancer du larynx
  
- dyspnée laryngée
- pathologie de l'oropharynx, (glandes salivaires)
  
- adénopathies et tumeurs cervicales
  
- traumatisme de l'étage moyen de la face