

Dans les pays « du Nord » comme dans ceux « du Sud » les professionnels de santé de première ligne s'avèrent inégalement répartis sur les territoires nationaux. Certains espaces, notamment ceux éloignés des centres urbains (milieu rural, de campagne ou de brousse) mais aussi certains quartiers défavorisés (banlieues, cités), sont insuffisamment pourvus - voire dépourvus - en offre de soins de proximité. En outre, certains modes d'exercice comme la médecine générale n'attirent pas (au Sud) ou plus (au Nord) suffisamment de praticiens. Ces phénomènes s'inscrivent dans des dynamiques professionnelles et sociétales complexes, en évolution permanente. Cette rencontre vise à engager des échanges entre acteurs concernés, au Sud comme au Nord, par ces questions : professionnels de santé, ONG, chercheurs, institutionnels, etc. Au delà du diagnostic partagé d'une crise des ressources humaines touchant la médecine de proximité, qu'en est-il plus précisément des processus et des facteurs sociaux qui construisent ou déconstruisent les liens entre les soignants de première ligne et des populations vivant dans des espaces territoriaux spécifiques ? Cette journée s'efforcera de considérer, dans ces contextes divers, les attentes, les projets, les besoins ou les malaises des praticiens de terrain, partant de l'idée qu'ils sont des révélateurs concernant la qualité humaine et technique de l'offre de soins.

Ce document constitue les actes du colloque qui s'est tenu le 16 Novembre 2007 à Marseille. Il était organisé conjointement par l'Union régionale des médecins libéraux de Provence - Alpes - Côte d'Azur (URML PACA) et l'association de solidarité internationale Santé Sud (ONG de développement de la santé basée à Marseille)



Les Actes du colloque international du 16 Novembre 2007 à Marseille



SANTÉ SUD

Pour un développement durable de la santé

200 Boulevard National, Le Gyptis, Bât. N
13002 Marseille

TÉL : 04 91 95 63 45 • FAX : 04 91 95 68 05

e-mail : santesud@wanadoo.fr

www.santesud.org



Union Régionale des Médecins Libéraux
PROVENCE - ALPES - CÔTE D'AZUR

37-39 Boulevard Vincent Delpuech
13006 Marseille

TÉL : 04 96 20 60 80 • FAX : 04 96 20 60 81

e-mail : urml.paca@wanadoo.fr

www.urml-paca.org



SANTÉ SUD

Pour un développement durable de la santé



Union Régionale des Médecins Libéraux
PROVENCE - ALPES - CÔTE D'AZUR

Dans un esprit d'investigation et d'innovation, l'Union Régionale des Médecins Libéraux Provence - Alpes - Côte d'Azur a choisi de s'associer à l'ONG de solidarité internationale Santé Sud pour s'interroger sur la question de la "médecine de proximité".

C'est à l'occasion d'un colloque, organisé le 16 novembre 2007 à Marseille, que de nombreux intervenants ont ainsi croisé leurs regards. Venant de notre région, mais aussi d'Afrique (Algérie, Sénégal, Mali, Madagascar) des praticiens de terrain, des sociologues de la santé, des médecins de santé publique et des chercheurs ont tenté de discerner ce qui converge, au-delà des différences, vers les préoccupations communes et fondamentales qui restent au cœur de la profession.

Pour prolonger les apports théoriques de ce colloque, l'URML-PACA et Santé Sud ont décidé d'y ajouter une dimension pratique en organisant en 2008 des échanges entre cinq médecins généralistes de l'URML PACA et cinq médecins africains adhérents de l'Association des Médecins de Campagne du Mali. Leurs expériences seront exposées lors d'un séminaire atelier, organisé à Marseille le 22 novembre 2008.

Au delà du diagnostic partagé d'une crise des ressources humaines touchant la médecine de proximité, ces journées de réflexions s'efforcent de considérer, dans des contextes divers, les attentes, les projets, les besoins ou les malaises des praticiens de terrain, partant de l'idée qu'ils sont des révélateurs concernant la qualité humaine et technique de l'offre de soins.

Nous avons souhaité vous livrer des actes aussi vivants que possible, afin de traduire une problématique en mouvement. Nous vous en souhaitons bonne lecture.

Dr. Guy FARNARIER
Président de Santé Sud

Dr. Jean-Claude REGI
Président de l'URML PACA

Présentation de la thématique

Que recouvre la formulation “*médecine de proximité*”? Considérée d’une manière générale, elle renvoie à l’offre de soin de première ligne, ou de premier recours, qui prend place dans les lieux, sur les territoires où vivent les populations bénéficiaires de ces soins. Cette proximité territoriale est donc associée à une proximité humaine d’ordre populationnel, à laquelle fait écho, au plan interindividuel, la relation directe et personnalisée entre professionnels de santé et patients. S’il est question principalement aujourd’hui de la médecine et des médecins, les questions qui seront débattues concernent bien souvent aussi l’ensemble de l’offre de soins de proximité assurée par une diversité de professionnels, notamment par des infirmières et des kinésithérapeutes.

Dans les pays du Sud, l’offre de soins de proximité s’organise en fonction des systèmes gouvernementaux de santé considérés. Plusieurs intervenants dans le cours de la journée préciseront ce qu’il en est dans les pays et les sociétés dont ils parleront. Schématiquement, on peut dire que dans un grand nombre de pays du Sud, en Afrique par exemple, le secteur public apparaît nettement pondérant dans l’offre de soins de proximité. Les professionnels ce secteur sont alors en poste dans des centres de santé périphériques mis en place dans le cadre des politiques de décentralisation. Ces centres de santé sont souvent qualifiés de communautaires, terme générique qui regroupe des statuts institutionnels divers : associatif, villageois, de quartiers, confessionnels etc. Au Sud existe aussi un secteur privé, implanté principalement en milieu urbain : cabinets de praticiens et cliniques.

Pour le Nord, ce sera plus particulièrement de la situation française dont il sera question. En France, la médecine de proximité correspond pour une très large part au secteur libéral de l’offre de soin. La médecine générale y occupe une place centrale de même que certaines spécialités qui font fonction d’offre de première ligne comme la pédiatrie, la gynécologie ou l’ophtalmologie. En outre, les soins infirmiers et ceux assurés par d’autres professionnels de santé relèvent de l’offre de première ligne.

Mise en exergue dans l’intitulé de ce colloque, la “*crise des ressources humaines*” est une question très actuelle dont se préoccupent les pouvoirs publics aussi bien au Nord qu’au Sud, aux échelons nationaux et internationaux, notamment à l’Organisation mondiale de la santé (OMS). Le constat de départ qui a présidé à la définition de la thématique de cette journée est le suivant : dans des contextes

socioéconomiques, culturels et sanitaires différents voire contrastés à bien des égards, il existe un déficit d’attractivité, pour les praticiens, de l’exercice en médecine de première ligne. Ce déficit, cette sorte de dépression concernent plus spécifiquement certains espaces territoriaux comme la campagne, la brousse, le milieu rural, les régions éloignées des centres urbains ou encore les banlieues et les cités périphériques des grandes agglomérations. On peut rappeler ici quelques données qui illustrent ce constat partagé.

Dans de nombreux pays africains, une proportion non négligeable de médecins diplômés est au chômage ou exerce d’autres métiers que la médecine, ou encore part exercer à l’étranger, souvent dans les pays du Nord. Au Mali par exemple, cette situation coexiste avec des zones sous médicalisées où parfois aucun médecin n’est installé ; or ces zones correspondent à celles où vit 70% de la population du pays. A Madagascar on estime que 38% des médecins malgaches diplômés sont au chômage (source : OMS). Dans plusieurs régions d’Afrique subsaharienne 25% des médecins africains – c’est énorme, c’est 1 médecin sur 4 - travaillent dans des pays de l’OCDE. Dans les pays du Nord, le nombre de médecins est relativement satisfaisant : 330 médecins en moyenne pour 100 000 habitants.

Il peut être bienvenu aussi de rappeler qu’en France, 71 % des premiers recours s’opèrent en direction d’un médecin généraliste. En France toujours, certaines zones sont délaissées et on estime actuellement qu’à l’échelon national 4% de la population ne bénéficie pas d’une offre de soins de proximité satisfaisante. Dans quatre régions, les zones déficitaires en offre de soins de proximité concernent plus de 10% de la population (en Auvergne, Champagne Ardennes, Franche Comté et Guadeloupe). Ces inégalités territoriales d’offre de soins vont s’aggraver, en même temps que se confirme le manque d’intérêt pour la médecine générale. Les projections font valoir qu’à l’horizon 2025, le nombre de médecins libéraux en exercice va diminuer d’environ 17% (généralistes et spécialistes), celui des médecins salariés hors secteur hospitalier décroîtra de 8% tandis que cette baisse sera de 4% pour les médecins hospitaliers (cette moindre diminution pour cette dernière catégorie de médecins s’explique en bonne partie par la proportion de générations plus jeunes parmi le corps médical hospitalier. Source : ONDPS).

Les causes de ces phénomènes sont multiples et seront débattues tout au long de la journée : mauvaises conditions de travail des professionnels de santé dans de nombreux pays du Sud, et aussi au Nord (compte tenu des contextes respectifs du travail et de l’emploi) ; baisse drastique des recrutements dans la fonction publique au Sud ; effets du numerus clausus à l’entrée des études médicales depuis le début des années 1980 en France, dont les effets se manifesteront encore

pendant une dizaine d'années ; départ à la retraite de nombreux professionnels de santé appartenant, au Nord, aux générations du baby boom.

Des approches approfondies participant à une meilleure compréhension de ces phénomènes complexes seront développées par les intervenants. Plusieurs aspects transversaux peuvent en être dès à présent soulignés. En premier lieu, il apparaît nécessaire de contextualiser ces phénomènes, dans le temps tout d'abord. Il importe en effet de les replacer dans des évolutions et des durées parfois longues, autrement dit de les historiciser. C'est aussi bien sûr en prenant en compte l'espace et les différentes aires géographiques et culturelles dans lesquels ils s'inscrivent que ces phénomènes doivent être approchés. La perspective qui préside aux *"regards croisés Nord-Sud"* consiste justement à exploiter les vertus des éclairages réciproques issus de la mise en regard de situations présentant des caractéristiques partagées et des différences.

Il s'agira aussi au cours de cette journée de s'interroger sur les pistes, les initiatives, les solutions qui pourraient contribuer à amorcer des contre courants à cette crise des ressources humaines affectant les soins de proximité. Il en existe déjà au Sud comme au Nord. Que peut-on en dire, quel bilan peut-on en faire? Pour récapituler en une phrase la problématique de cette journée, la formulation suivante peut être proposée : qu'en est-il du mouvement, et des déterminants, des ressorts du mouvement qui amènent, ou non, les médecins et les autres professionnels de santé à exercer comme ceci plutôt que comme cela, ici plutôt que là, à proximité ou à distance des lieux de vie des diverses catégories de la population ?

Les intervenants sollicités sont des chercheurs en sciences sociales (sociologie, anthropologie, psychologie sociale) et des praticiens de santé du Nord et du Sud. La journée s'organise en trois temps.

- Une première session est consacrée à *"La médecine de proximité : choix ou non choix?"*.
- La deuxième session a pour thématique *"Soignants - soignés : une relation problématique?"*. Il s'agit là d'examiner en quoi la dimension relationnelle du travail des professionnels de santé participe, et par quels processus, à la relative désaffection de la médecine générale de première ligne.
- Puis une table ronde intitulée *"La médecine de proximité : un métier*

toujours à construire ?" vise à synthétiser l'ensemble de ce que ce a été dit au cours de la journée, et à proposer des ouvertures pour la réflexion et éventuellement l'action, dans l'avenir.

- Enfin la projection d'un film *"Toro si té"*, qui met en scène le quotidien d'un médecin de campagne au Mali, sera suivie d'un débat, en présence du praticien concerné.

Pour chacune des sessions deux intervenants parleront dans un premier temps des situations du Sud puis du Nord en disposant chacun de vingt minutes (cercle 1). Ces présentations seront suivies de quatre interventions de dix minutes - deux relatives au Sud et deux au Nord - permettant de réagir à ce qui a été présenté et de faire part d'une expérience, d'un témoignage particuliers (cercle 2). Puis, à l'issue de chaque session, un temps conséquent d'échanges est prévu avec la salle (cercle 3).

Nous tenons à remercier tous les intervenants qui ont accepté de participer à ce colloque ainsi que vous tous, qui - en dépit des mouvements sociaux qui ont pu compliquer les déplacements de certains - êtes présents dans la proximité de cette belle salle ¹.

Le comité de pilotage du colloque ²

¹ Le colloque s'est tenu dans l'hémicycle de la Communauté urbaine Marseille - Provence - Métropole, Jardins du Pharo, Marseille.

² Comité de pilotage du colloque : Françoise Bouchayer (Santé Sud), Dr Dominique Desplats (Santé Sud), Dr Guy Farnier (Santé Sud), Dr Paul Fredenucci (URML PACA), Dr Christiane Giraud (URML PACA), Simon Martin (Santé Sud), Dr François Michel (URML PACA), Dr Denis Mullor (URML PACA), Dr Etienne Steiner (URML PACA).

1^{ÈRE} PARTIE

La médecine de proximité : choix ou non - choix ?

Etre médecin de campagne ou médecin de ville, dans les pays du Sud ou du Nord, n'est pas une démarche "allant de soi". De façon prosaïque, on peut se poser la question suivante : qu'est-ce qui amène les médecins à s'installer dans un lieu plutôt qu'un autre, ou bien encore à éviter l'installation pour préférer d'autres solutions : salariat, administration, migration (fuite des cerveaux).

Les déterminants sont souvent implicites et se croisent : conditions de travail, mode et qualité de vie, facteurs économiques, contexte social et culturel... autant de paramètres qui entrent dans le processus de décision. Le mouvement des praticiens vers une population et l'attractivité d'un territoire ne sont-ils pas aussi, pour les patients, une garantie d'accès à des soins de qualité ? Quelles sont les diverses raisons qui amènent le praticien à faire le choix ou non d'une pratique de proximité ?

Les ruptures dans le champ médical : la figure résiduelle du médecin généraliste des structures "périphériques"

Mohamed MEBTOUL ¹

En m'appuyant sur mes recherches socio anthropologiques auprès des médecins et des patients algériens menées depuis une vingtaine d'année, je tente d'indiquer que l'exercice de la médecine est indissociable des conditions politiques et sociales qui sont celles de la société algérienne. J'ai été progressivement conduit à déconstruire la façon dont la médecine et les médecins sont appréhendés dans les sociétés du Nord où la profession médicale est analysée à partir des notions d'autonomie professionnelle, de conquête d'un territoire propre et d'un savoir médical de haut niveau. Dans ce contexte socioprofessionnel, les médecins ou leurs représentants ont la possibilité de négocier les règles de fonctionnement de la médecine (Freidson, 1984).

En analysant la profession médicale, à partir des significations que les médecins algériens attribuent à leur activité quotidienne (Mebtoul, 1994), j'étais confronté à des formes sociales éclatées et fragiles qui me montraient la prégnance d'une régulation bureaucratique de la profession médicale.

Que pouvons-nous observer ? Le territoire des médecins du secteur public est socialement banalisé, sans bornages, se traduisant par l'absence d'intimité au cours de la consultation. L'autonomie professionnelle est en permanence l'objet d'un détournement de sens par rapport au modèle professionnel appris et rêvé par les médecins au cours de leur formation. Ici, la profession médicale est dominée par des discontinuités techniques et sociopolitiques qui indiquent l'absence d'autonomie du champ médical qui s'est constitué par la médiation du politique. Les médecins indiquent explicitement une triple rupture qui interdit la construction d'un espace d'échange avec les patients : rupture entre leur imaginaire médical et la réalité sociosanitaire (pénurie de moyens, reproduction mécanique d'un savoir médical faiblement actualisé, etc.) ; rupture entre leurs attentes socioprofessionnelles centrées sur la réussite sociale et professionnelle, et le déclasserement de leur statut ; et enfin rupture entre les "bons" patients "coopératifs" et acculturés au savoir médical et les "autres" patients qui ne se "conformeraient" pas à la norme médicale. Ces ruptures profondes ont eu pour effets majeurs, la "désaffiliation" (Castel, Harroche, 2001) des médecins

¹ Anthropologue, Groupe de recherche en anthropologie de la santé (GRAS), Université d'Oran, Algérie.

spécialistes à l'égard de l'hôpital, une fonctionnarisation des médecins généralistes du secteur public, l'émergence et le renforcement de la médecine privée dominée par l'argent et la technicité durant la décennie 1990, qui permet à une minorité de médecins spécialistes d'accéder à la réussite sociale et professionnelle. Je tenterai dans un premier temps, de montrer comment la profession médicale s'est constituée dans la société algérienne post-indépendance. Cette configuration sociopolitique est importante pour comprendre, dans un deuxième temps, la figure résiduelle du médecin généraliste des structures dites "périphériques" dans le champ médical. J'insisterai sur deux dimensions : le rapport à son travail, et les multiples ambiguïtés de la relation thérapeutique en partant d'entretiens approfondis réalisés avec les médecins généralistes.

La construction de la profession médicale

Comprendre et analyser la profession médicale en Algérie, impose dans un premier temps de faire référence au contexte sociopolitique qui a permis son émergence dans la société post-indépendante. Il nous semble important de montrer que la profession médicale s'est construite par la médiation du politique qui autorise une minorité de professeurs en médecine à mettre en œuvre de façon centralisée et uniforme des programmes sanitaires ambitieux. Au-delà des objectifs explicites (réduction de la mortalité infantile, généralisation de la vaccination, médecine "gratuite" pour tous), il s'agissait aussi de rendre visible le nombre de structures de soins, imposant par le "haut" une forme sociale de médicalisation qui met davantage l'accent sur le dénombrement que sur les processus à l'œuvre dans les formations sanitaires (Aïach, Delanoë, 1998). La profession s'est donc constituée à partir d'une dynamique sanitaire verticale déployée par l'Etat détenteur de la rente pétrolière.

En légitimant un dispositif centré essentiellement sur l'accroissement de l'offre de soins, l'Etat s'est approprié, durant la décennie 1970, le monopole de la décision dans l'espace sanitaire. Il a décrété la "médecine gratuite" pour tous, en imposant les règles de fonctionnement du corps médical, en considérant que la médecine étatique devait être privilégiée au détriment de la médecine libérale, en reconnaissant un syndicat unique des médecins, l'Union médicale algérienne dépendante du parti unique, etc. Peu importe le fonctionnement au quotidien des formations sanitaires, puisque les pouvoirs publics ont opté pour une démarche quantitative qui devait permettre d'enregistrer et de comptabiliser de façon bureaucratique le nombre de patients consultés, hospitalisés ou transférés, dans chaque structure de soins. La profession médicale va donc se déployer dans un espace bureaucratique. Ainsi, les médecins du secteur public, devenaient, par la

force des choses, des fonctionnaires dont le regard était moins focalisé sur la société que sur les différentes pratiques du pouvoir considéré comme l'acteur principal à l'origine des changements dans le champ médical.

L'ouverture tous azimuts de l'Université va favoriser la massification de la profession médicale (342 médecins en 1962 ; plus de 30 000 aujourd'hui, soit un médecin pour moins de 1 000 habitants ; 51% sont des médecins sont des femmes). La massification en question a radicalisé la configuration bureaucratique des espaces de soins, favorisant la banalisation sociale de la "gratuité" des soins (1974), dont ni les patients, ni les médecins ne semblent satisfaits. Pour les premiers, l'accent est mis sur l'attente trop longue, le retard et l'indifférence du médecin du secteur public, l'absence de toute continuité thérapeutique.

Un patient disait : *"Les soins sans payer, c'est bien, mais à condition qu'ils soient de bonne qualité ; le médecin vous écoute, prend son temps avec le malade. Si cela existait, les gens n'iraient pas chez le médecin de l'argent. Chez le médecin "gratuit", ils ne font que du dépannage. Chez le privé, vous payez et vous êtes soignés sérieusement"*.

La pratique de la "gratuité" est identifiée de leur point de vue, à une mauvaise qualité des soins ne répondant pas à leurs attentes centrées sur l'accueil, l'écoute et une relation plus personnalisée. Pour les médecins, l'instauration de la "gratuité" a contribué en grande partie à la dévalorisation de leur statut. *"La blouse blanche a perdu de sa valeur avec la gratuité"* disait un praticien. L'excès de régulation centralisée et uniforme du système de soins va montrer toutes ses limites. L'approche centrée uniquement sur la multiplication de l'offre de soins ne peut plus se reproduire à l'identique en raison de la baisse de la rente pétrolière à partir de 1986, de l'endettement financier contraignant les pouvoirs à accepter le rajustement structurel imposé par le FMI en 1994, provoquant des transformations rapides dans le champ médical, objet de critiques explicites de la majorité des médecins. Elles portent notamment sur les mauvaises conditions de travail, la pénurie des moyens techniques et thérapeutiques et l'insuffisance des salaires en comparaison aux honoraires perçus par leurs confrères spécialistes du secteur privé.

Elles expliquent en partie la fuite des spécialistes vers le secteur privé qui représentaient plus de 52% d'entre eux en 2002. Le système de soins va donc connaître durant la décennie 1990 des inversions radicales et brutales : reconnaissance explicite par les pouvoirs publics de la pratique de clientèle, antérieurement discréditée, émergence et renforcement des cliniques privées (chirurgie, cardiologie, gynécologie), recul important des soins de santé primaire,

valorisation sociale du spécialiste au détriment du médecin généraliste, réapparition des maladies à transmission hydrique et montée importante des maladies cardiovasculaires. Tracé à grand trait, cette configuration du champ médical, permet de mieux préciser la figure résiduelle du médecin généraliste exerçant dans les structures "périphériques".

La figure résiduelle du médecin généraliste dans le champ médical

L'isolement socioprofessionnel

Les médecins généralistes des structures périphériques (salles de soins, centres de santé, polyclinique) représentent 68% contre 32% d'entre eux pour le secteur privé. Ils sont identifiés officiellement par le statut rhétorique de praticiens de santé publique. Ils se perçoivent au plus bas de la hiérarchie médicale. Alors qu'ils attendaient prestige et reconnaissance de leur statut après leurs études, ils insistent sur leur isolement socioprofessionnel qui se traduit par des rapports de distanciation avec la hiérarchie administrative et les patients.

A la figure emblématique du médecin "militant" de la décennie 1970, idéalisant la médecine "moderne" en vue de la transformation de la société, se substitue celle du "technicien" qui se limite à des actes médicaux routiniers et sans consistance à ses yeux. En Egypte, Chiffolleau (1997) montre bien cette "rencontre manquée entre un modèle médical et une réalité sociale particulière" qui les met rarement en présence de la "belle maladie", ou des cas "intéressants" dans une logique médicale telle qu'elle est déployée à l'hôpital.

Fathia est âgée de 33 ans. Elle est médecin généraliste dans une polyclinique depuis quatre ans. Elle disait : "*Ici, la consultation, c'est plutôt la routine. C'est toujours la même chose. Ce sont les mêmes cas qu'on revoit. Pourtant, quand il y a un cas intéressant qu'il faut suivre - bilan, analyse, etc. - j'aime bien le revoir. J'aime suivre le malade jusqu'au bout. A l'hôpital, ce qui était bien, on apprend. On voit de nouvelles choses. Ici, à la polyclinique, on apprend rien. Ici on se limite, alors qu'à l'hôpital, il y a toujours de nouveaux cas.*"

L'isolement socioprofessionnel des médecins généralistes semble intimement lié à une production statuaire marquée par un processus de déclassement et de dévalorisation socioprofessionnel. Ils se perçoivent à la marge du champ médical par rapport à leurs confrères de l'hôpital qui "ont plus chance" selon leur expression. (présence de la hiérarchie médicale, confrontation des "cas",

disponibilité de l'information, etc.).

Ahmed, 30 ans, médecin généraliste depuis dix ans dans un centre de santé, évoque les ruptures socioprofessionnelles qui marquent profondément son activité quotidienne. Il disait : "*Avec l'administration, ce sont des rapports d'indifférence. Les gens de la direction sont indifférents vis-à-vis de nous et par réciprocité, nous sommes aussi indifférents. Les gens ne sont pas à leur place. Tu mets quelqu'un de responsable qui n'est pas du milieu de la santé. Par exemple, tu lui demandes un sérum antitétanique. Il ne voit pas l'importance. Ce n'est pas son domaine. Il ne s'y intéresse pas. Ces gens-là ont d'autres chats à fouetter. Notre responsable du secteur sanitaire est parallèlement responsable de l'association des anciens moudjahiddines. Il a des réunions. Il est donc occupé. Et en plus un responsable politique est intouchable. Tu as peur pour ta tête. Si par exemple, notre directeur nous réunissait une fois par mois, on se comprendrait mieux, on situerait les responsabilités. Maintenant, on dit : "c'est eux" ; eux, disent : "c'est nous". La médecine générale, c'est la clinique la plus simple, sommaire, banale. Le malade, tu ne le connais pas ! Tu ne lui parles pas ! Tu es dégoûté ! Parce que le médecin généraliste n'a plus les moyens d'être vraiment médecin. Il faut qu'il s'habille bien. Il ne faut pas que le malade te voit en train de faire la queue pour acquérir un service donné. C'est pourtant ce que nous faisons.*"

L'isolement socioprofessionnel des médecins généralistes du secteur public s'accroît dans un champ médical dominé par la spécialisation qui représente aujourd'hui le segment survalorisé de la médecine dans la société algérienne. En observant les plaques professionnelles situées à l'entrée des cabinets privés, il est possible de noter l'utilisation abusive du statut de spécialiste. Tout étant médecin généraliste, il n'hésite à s'octroyer le titre de spécialiste des enfants ou des yeux, etc. Ce qui montre bien qu'il n'est pas très indiqué de se présenter avec le statut de médecin généraliste.

L'excès de régulation centralisée et donc le peu d'autonomie accordée aux directions régionales de la santé, interdisent tout contrôle rigoureux et efficace contre ces abus ; mais en tout état de cause, ce phénomène montre bien la place résiduelle du médecin généraliste, même en pratique de clientèle, notamment pour ceux récemment installés ou n'ayant pas pu intégrer un réseau relationnel.

Enfin, la démultiplication des pharmacies privées dans les espaces urbains et ruraux, qui n'hésitent pas à instaurer une relation de proximité avec les patients (vente à crédit, conseils dans la prise du médicament, conventionnement avec la caisse de Sécurité sociale, etc.) représente un élément non négligeable dans l'encouragement de la population à l'automédication qui peut être interprétée comme une forme de défiance et de distanciation à l'égard du médecin.

Les ambiguïtés de la relation thérapeutique

Les médecins généralistes mettent l'accent sur la distanciation sociale et culturelle qui les sépare de "l'autre", le malade de conditions socioculturelles modestes, avouant leur "impuissance" à trouver les mots pour dialoguer avec eux. Il s'agit moins de tenir compte du propre langage des patients pour dire le mal, que de regretter "l'inefficacité" de leur discours.

Une médecin généraliste 27 ans, quatre ans d'expérience dans un centre de santé, disait : *"On a l'impression de parler dans le vide. On a l'impression qu'au niveau de la périphérie, le niveau social, c'est évident est bas. Je me retrouve en face de gens simples. Il faudrait avoir un langage spécial pour eux"*.

D'autres médecins généralistes semblent articuler mécaniquement les conditions de vie des patients et leur degré de compréhension du message médical. Autrement dit, la pauvreté des patients implique selon eux, l'impossible conformité aux prescriptions médicales.

Une médecin généraliste disait : *"C'est nous qui donnons les conseils aux malades. Mais des fois, les parents n'appliquent pas. Mais c'est surtout le niveau d'éducation de la mère. Déjà, ils ont 4 ou 5 enfants. Ils habitent dans des maisons traditionnelles ("haouchs"). Ce sont des analphabètes. Ils ne comprennent pas. Les conditions socio-économiques sont mauvaises"*.

De façon récurrente, les médecins généralistes des "structures périphériques", construisent leur regard sur les patients à partir de leur "monde à soi" (Good, 1999) qui les conduit à catégoriser les "bons" malades et les "autres" "incapables" de s'adapter à leur "logique". Face à la maladie chronique, les médecins généralistes insistent sur les ruptures fréquentes dans la prise de médicament, le non-respect du régime alimentaire, l'absence de confiance du patient à l'égard du médecin ; à contrario, la relation avec les patients qui ont une situation de cadres, recouvre une signification pertinente "parce qu'un langage commun existe pour permettre une action intelligible" (Janzen, 1995).

Zohara, est âgée de 37 ans. Elle a 10 ans d'expérience dans une polyclinique. Elle disait : *"Les patients algériens ne sont pas bien informés. C'est pour cela qu'on ne peut pas prévenir. Le patient vient quand c'est trop tard ! Les gens sous-estiment et négligent la maladie chronique. C'est plus grave encore ! Il peut arrêter carrément le traitement médical et prendre un traitement à base de plantes. Il n'arrive pas à comprendre qu'il doit suivre son régime. C'est très difficile de faire parler le patient algérien, surtout à Tlemcen, il a l'impression d'étaler sa vie privée. Il y a aussi un*

manque de confiance vis-à-vis de son médecin. Mais parfois, on trouve des patients ouverts qui racontent. Ce sont des cadres qui sont sûrs d'eux, indépendants sur le plan matériel. Je préfère recevoir ces gens-là ! C'est plus facile de communiquer avec ces gens-là. On obtient de bons résultats. Ils suivent les prescriptions médicales".

Conclusion

Dans un système de soins dominé par une régulation bureaucratique qui a contribué en partie à produire cette figure résiduelle du médecin généraliste dans le champ médical, le regard de ce praticien est fondamentalement focalisé sur l'impossible mise en œuvre du modèle médical appris et rêvé, lui interdisant de prendre en considération la diversité et la complexité des situations socio-sanitaires qui prennent forme dans la société. Subissant un processus de déclasserement socioprofessionnel, le médecin généraliste des structures "périphériques" devient, par la force des choses, un fonctionnaire technicien qui attend des décideurs locaux et nationaux une transformation de son statut et de ses conditions de travail. Il est toujours en quête d'un territoire propre et d'une autonomie, seuls à même de lui permettre de construire une autre médecine, plus proche des patients de conditions sociales modestes.

Références bibliographiques

- Aïach P., Delanoë D., 1998, *L'ère de la médicalisation*, Paris, Anthropos-Economica.
Castel R., Haroche C., 2001, *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi*, Paris, Fayard.
Chiffolleau S., 1997, *Médecines et médecins en Egypte*, Paris, l'Harmattan.
Freidson E., 1984, *La profession médicale*, Paris, Payot.
Janzen J.M., (avec la collaboration du Dr. Arkinstall W.,), 1995, *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*, Paris, Karthala.
Mebtoul M., 2007, *Sociologie des acteurs sociaux : ouvriers, médecins et patients*, Alger, Office de publications universitaires.
Mebtoul M., 2005, *Médecins et Patients en Algérie*, Oran, Dar-El-Gharb.
Mebtoul M., 1994, *Une anthropologie de la proximité, les professionnels de santé en Algérie*, Paris, l'Harattan.

Jeunes générations de médecins face au choix de la médecine de proximité : quels territoires, quels enjeux ?

Nathalie LAPEYRE ¹

Cette intervention, basée sur les expériences des jeunes générations de médecins, s'appuie essentiellement sur les résultats d'une recherche que nous avons menée en 2006, en collaboration avec Magali Robelet (Lapeyre & Robelet, 2007a, 2007b, 2007c). Cette recherche a été réalisée à la demande du Conseil National de l'Ordre des Médecins. En effet, ce dernier souhaitait approfondir sa réflexion sur les changements de pratiques professionnelles associées à la féminisation de la profession. Pour ce faire, nous avons réalisé une enquête de terrain auprès d'une vingtaine de jeunes médecins, femmes et hommes, âgés de 30 à 35 ans, toutes spécialités confondues et récemment installés dans les départements du Rhône et de la Haute-Garonne (Robelet, Lapeyre, & Zolesio, 2006). Cette contribution met également en perspective des données et des analyses issues d'autres recherches menées depuis le début des années 2000 sur la thématique de la féminisation de la profession médicale (Lapeyre, 2003a, 2003b, 2006; Lapeyre & Le Feuvre, 2005; Le Feuvre, Lapeyre, Cacouault, & Picot, 2003).

Le contexte : entre féminisation de la profession et changement du rapport au travail chez les jeunes médecins généralistes en France

Pourquoi l'exercice du métier en "première ligne" n'est pas toujours très attractif pour les médecins ? L'éclairage par la féminisation de la profession et les changements de pratiques des jeunes font indéniablement s'entrecroiser dans les analyses des effets de sexe et des effets de génération. Mais comment tous ces phénomènes s'intègrent dans un contexte plus général ? Les pouvoirs publics évoquent un faisceau d'explications quant à la désertion et à la crise démographique qui affectent la médecine et la médecine générale en particulier, dont "la méconnaissance du métier", "le manque de perspectives et de possibilités d'évolution" et enfin une hypothèse relativement nouvelle : "la pénibilité de l'exercice générée par les conditions de travail et les horaires" (ONDPS, 2006). Rappelons aussi que la profession médicale dans son ensemble présente un taux de féminisation de 38,8% (2006) et que les étudiantes forment 65% des effectifs

de seconde année de médecine, la part des médecins généralistes femmes étant de 36,4% et de 60% parmi les médecins généralistes de moins de 35 ans (Sicart, 2006).

La question de l'entrée des jeunes médecins, femmes et hommes, dans la profession de médecin et leur rapport au travail a été au centre de nos questionnements. Quels sont les changements qui affectent le "rapport au travail" des femmes comme des hommes médecins - rapport au travail appréhendé par le temps de travail, les modalités d'articulation des temps professionnels et familiaux -, mais aussi la conception du métier ? Nous avons soutenu l'hypothèse d'un changement d'"éthos" à l'œuvre chez les nouvelles générations de médecins. "L'éthos professionnel" classique désigne l'ensemble des règles et croyances partagées sur ce qu'il est convenable de faire pour être un "bon médecin", marqué notamment par la valorisation d'une disponibilité temporelle inconditionnelle pour les patients. Cette disponibilité permanente a un corollaire : le faible investissement dans la vie privée. C'est une situation où le temps de travail en vient *in fine* à submerger tous les autres temps sociaux (famille, loisirs, etc.).

Nous avons démontré dans notre enquête qu'une grande partie des jeunes médecins (et des moins jeunes) prend ses distances par rapport à cet "éthos" : les temps sociaux "non travaillés" ont acquis une forte légitimité qui se traduit par des pratiques diverses de régulation du travail et du temps de travail. L'idée selon laquelle le "bon médecin" est celui qui "ne compte pas ses heures" et qui se réveille la nuit pour courir au chevet du patient fait l'objet d'une remise en cause, sinon totale, du moins de plus en plus manifeste. Les discours et les pratiques des femmes et des hommes des jeunes générations montrent une tendance à la convergence : ils/elles disent avoir réalisé des choix anticipés quant à leur mode d'exercice de la médecine, avoir engagé des réflexions sur le temps de travail, ce qui est un fait relativement nouveau. Nous observons ainsi que les éléments d'ordre privé, de l'ordre des "choix de vie", amènent les médecins à une anticipation des conditions de travail : Y a-t-il compatibilité ou absence de compatibilité avec une vie de couple et de famille ? Quelle pourra être l'importance accordée aux loisirs ? etc. Toutes ces interrogations sont présentes au moment des divers choix professionnels (spécialité, mode d'exercice, temps de travail supposé... en fonction du lieu d'installation : ville, périurbain, semi rural, rural). Il est également intéressant de noter que la part des femmes médecins croît de façon linéaire avec le nombre d'habitants. Ainsi, plus la commune est grande, plus le taux de féminisation est élevé. Tous ces éléments font que les jeunes médecins, femmes et hommes, se retrouvent au cœur de la complexité des arbitrages entre orientation de la carrière (et en particulier mode d'exercice et temps de travail) et vie privée.

¹ Sociologue, Université de Toulouse 2 Le Mirail, Centre d'étude et de recherche "Travail, organisation, pouvoir" (CERTOP).

Les déterminants des choix d'installation chez les jeunes générations de médecins

Pourquoi s'installer à la ville ou à la campagne, en milieu urbain ou en milieu rural ? La liste des déterminants de ces choix semble de plus en plus longue et comprend les conditions de travail, le mode et la qualité de vie, les facteurs économiques, le contexte social et culturel, etc. En revanche, la question du mode d'exercice est davantage discutée, le statut libéral étant associé à un mode d'activité "lourd" et contraignant, pour les deux sexes. Le modèle quelque peu "idéalisé" du médecin de campagne peut se heurter à des considérations de conditions de vie estimées "non compatibles" avec une vie de famille. Les deux "modèles d'activité de référence" repérés dans les discours, le médecin de campagne ou la carrière hospitalo-universitaire, prennent les atours d'une sorte de "vieux rêve inaccessible quand on le confronte à la réalité" ; la réalité étant celle de leur situation affective et matérielle. Les choix ne se font pas seuls mais sont à composer avec un conjoint ou une conjointe active.

Du côté des jeunes hommes médecins

Dans le modèle d'implication au travail fondé sur l'ancien "éthos" (du côté masculin), les tâches associées classiquement au "hors travail" (en particulier les tâches domestiques et l'éducation des enfants) sont entièrement déléguées à d'autres, en premier lieu aux compagnes mais aussi à d'autres catégories sociales de femmes. L'investissement total des hommes dans le travail repose/reposait donc sur la "bienveillance" de leurs femmes-conjointes-épouses à "multi-facettes" : éducatrices, ménagères, assistantes, réceptionnistes, secrétaires, etc. (Lapeyre, 2006). Par ailleurs, les médecins vivent très majoritairement en couple (83%), leurs conjoint(e)s sont diplômé(e)s (ceux des femmes médecins davantage que ceux de leurs confrères masculins) et exercent souvent des fonctions de cadres supérieurs ou de techniciens (Breuil-Genier & Sicart, 2005). Difficile de faire tenir ce modèle dans un contexte de féminisation massive du monde du travail et de couples à double carrière, où les compagnes des médecins hommes travaillent, principalement au sein des professions supérieures (et en milieu urbain), ont des contraintes de mobilité et de carrière – à allier avec des contraintes liées au travail et à la famille (infrastructures pour les enfants, services divers petite enfance et enfance, etc.).

En raison du fort taux d'activité professionnelle des femmes de moins de 35 ans, la question de la compatibilité des carrières dans les couples se pose avec d'autant plus d'acuité. En règle générale, la carrière des femmes (surtout

lorsqu'elles ne sont pas médecins) vient en second et la priorité est accordée à la carrière du conjoint masculin, tout en recherchant des compromis (par exemple le temps partiel, le mode d'exercice) permettant d'articuler les deux carrières professionnelles et les choix et valeurs en matière de vie de couple et de famille.

Par exemple, un médecin dit avoir renoncé à s'installer en milieu rural pour préserver le désir de carrière professionnelle de sa compagne (journaliste) :

"Moi je voulais faire médecin de campagne pour le côté médecin de famille pur et dur .

- Donc à cause de vos contraintes personnelles vous avez dû renoncer à ce projet ?

Oui à cause. Oui ma femme travaillait ici [en ville] et elle n'avait pas envie de se retrouver au fin fond de la montagne, passer une vie comme ça"

(Homme, Médecin généraliste, 32 ans, cabinet libéral, marié, 1 enfant).

Une réflexion de ce même médecin généraliste résume toute la problématique de la désertion des zones rurales par les médecins généralistes et spécialistes, sur la "conciliation" de la vie professionnelle et de la vie familiale : *"D'ailleurs je pense que du point de vue de la démographie médicale, la question qu'il faut poser pour les médecins c'est pas forcément de leur faire des avantages financiers énormes pour qu'ils aillent s'installer. C'est de trouver un boulot pour leurs femmes en premier lieu, ou pour le conjoint, pour leur mari"* (Homme, Médecin généraliste, 32 ans, cabinet libéral, marié, 1 enfant).

Du côté des jeunes femmes médecins

Les femmes médecins en exercice (50% des diplômées de l'internat, 70% de filles en 1ère année de médecine...) ne bénéficient pas des éventuels services des femmes-épouses à "multifacettes" de leurs confrères. Étant donné le poids de l'investissement (physique, financier, psychique, etc.) dans les études et l'apprentissage que la médecine exige, aucune - et a fortiori - aucun des jeunes médecins interviewés n'envisage une rupture de carrière (même momentanée) pour se consacrer à la prise en charge des tâches domestiques et familiales. Elles doivent conjuguer les contraintes de leur installation libérale avec les contraintes professionnelles de leurs compagnons – exerçant très majoritairement aux aussi une profession supérieure (avec une prédilection du côté des ingénieurs).

"Mais moi ce qui m'intéressait c'était d'être médecin généraliste à la campagne et en tant que femme, et pour préserver à la fois ma vie personnelle et ma vie professionnelle, j'ai pensé que devenir spécialiste me permettrait en fait de mieux préserver ma vie personnelle" (Femme, Anesthésiste Cheffe de clinique CHU, 31 ans, en couple, enceinte).

Quel que soit le "modèle de référence" dominant pour les médecins (le médecin

hospitalo-universitaire ou "le médecin de campagne"), les choix professionnels se conjuguent avec les projections dans l'implication au travail et l'implication dans une vie de couple et de famille. Ces faits ne sont pas sans lien et sont à mettre en perspective avec les récentes revendications des jeunes médecins (15 000 internes en grève sur toute la France le 5 octobre 2007), s'élevant contre le projet gouvernemental visant à contester la liberté d'installation des médecins sur le territoire. *"Il n'y a plus ni crèche, ni poste... et on nous demande de sauver les campagnes ?"*, disaient-ils/elles en battant le pavé en octobre 2007 à Montpellier.

La maîtrise de l'activité professionnelle : densification et intensification du travail

Les réflexions des médecins et leur prise de distance à l'"éthos" traditionnel se situent dans un contexte historique où l'installation professionnelle n'est pas aussi problématique que par le passé (rapidité d'installation), et où les discours sociétaux sur la qualité de vie et la réduction du temps de travail se diffusent. Cela se traduit au niveau des pratiques quotidiennes des médecins par ce que l'on peut appeler - des "stratégies d'intensification et de densification du travail" (Lapeyre, 2006). Tous les jeunes médecins sans exception sont préoccupés par cette question et déploient au quotidien des stratégies de régulation du travail.

Pour n'en citer que quelques-unes, ces stratégies conduisent notamment à privilégier des journées de travail longues et intenses pour "libérer" des journées ou demi-journées - plus explicite chez les femmes (injonctions sociétales) mais présent chez les jeunes hommes médecins, ce qui les différencie sur ce point de leurs aînés (ce fait n'est certes pas nouveau mais ce qu'ils/elles y font changent, et ce n'est plus forcément du temps réinvesti dans des activités professionnelles ou extraprofessionnelles), régulation du temps de présence, gestion serrée de l'emploi du temps (pas de temps morts), action sur les patients à travers l'application de consignes strictes (appeler le matin par exemple) ; exercice en groupe, organisation collective des gardes, etc. Cette densification du travail s'opère au prix de journées de travail parfois très longues. Toutefois, l'usage de ces temps "gagnés" ou "bonus temporels" demeure sexuellement différencié (plutôt investi dans du temps de loisir chez les hommes et du temps familial chez les femmes médecins... mais pas toujours).

Cette configuration "maîtrisée" de l'activité professionnelle peut s'accompagner d'une volonté/nécessité de réduction ou du moins d'un aménagement du temps de travail et des contraintes professionnelles - qui se croisent - et qui passent notamment par la localisation de l'installation professionnelle. Il ne faut pas

perdre de vue que ce sont des stratégies de "régulation" plutôt que de réduction du temps de travail qui sont ici à l'œuvre. En effet, malgré la féminisation importante et les projections avancées par les études statistiques quant à une hypothétique baisse globale du temps de travail des médecins, on assiste au contraire à une hausse depuis quelques années des temps globaux de travail [Tous et toutes travaillent en majorité à "temps plein" : environ 50 heures hebdomadaires pour les libéraux]. Mais rares en effet sont les jeunes médecins qui ne fixent pas de limites temporelles à leur travail (un travail à temps plus que plein : entre 45 et 55 heures par semaine), même ceux/celles qui expriment le plus fort le souci de satisfaire aux attentes des patients.

Le positionnement des jeunes médecins par rapport à leurs aîné(e)s : une sorte de repoussoir...

Dans ce dernier point, nous allons développer l'idée selon laquelle la construction des identités professionnelles des jeunes médecins se fait en opposition avec celle des anciennes générations de médecins. Elle peut toutefois prendre une intensité variable selon le sexe, la spécialité, le mode d'exercice, etc. Il semble que, pour eux/elles, la valeur du travail (ce qu'il est bon/mauvais de faire dans son travail) se mesure moins systématiquement par le temps qui lui est consacré. Certains propos s'inscrivent même en rupture avec le rapport au travail des générations précédentes, remettant en cause la légitimité d'une disponibilité permanente pour les patients.

Ainsi en témoigne l'expérience d'un jeune médecin généraliste, définissant ses aspirations en termes d'organisation de son activité professionnelle en opposition aux pratiques professionnelles de son père, médecin généraliste libéral exerçant en milieu rural. Il met en évidence ses deux "autres" préoccupations principales : sa famille et sa passion pour la musique, la seconde prenant le pas sur la première dans la pratique. En mettant en avant les loisirs et la famille, la disponibilité permanente du médecin s'efface : *"Il [son père MG] exerce à la campagne, je l'ai vu très peu. Il bossait 12 à 14 heures par jour, il prenait très, très peu de vacances. Au niveau vie de famille, c'est assez limité. Je veux profiter de ma famille puisque j'en ai une. Je peux développer autre chose à côté qui pour moi est aussi important que la médecine. J'ai une passion c'est la musique, il faut que je la développe et que je joue, voilà. Ma vie je ne la conçois pas que sur la médecine. Quand j'y suis j'y suis. Mais je n'y suis plus, je n'y suis plus"* (Homme, Médecin généraliste, 32 ans, cabinet libéral, marié, 1 enfant).

Pour cet anesthésiste qui a longtemps hésité entre l'anesthésie et la chirurgie, si le goût pour l'anesthésie apparaît comme premier dans son choix au moment

de l'internat, la question de l'organisation du temps de travail a également joué un rôle (Lapeyre & Robelet, 2007a) : "*Une autre chose c'est que mon choix a été fait au moment où les évolutions sur le plan des récupérations est passé, sur les 35 heures... c'est-à-dire qu'il était hors de question que nous on fasse le même métier que nos maîtres, nos anciens patrons faisaient, c'est-à-dire comme maintenant, une présence permanente à l'hôpital, il ne faut pas que tout soit simplifié mais il faut que tout soit organisé, quand je suis là je travaille à fond, mais quand je ne suis pas là, je ne suis pas là ... je suis parti un peu de cette idée-là en disant que moi, il est hors de question que je fasse quinze gardes par mois et que le lendemain matin, que le lendemain de mes gardes je travaille... le fait de passer à 35 heures ça m'a permis de dire bon, ben on va pouvoir vivre un p'tit peu mieux voilà...*" (Homme, anesthésiste, CH Rhône, marié, 1 enfant).

Cette rationalisation des choix des médecins s'apparente souvent plus à un choix de raison qu'à un choix de cœur. Conséquence de ces choix plus ou moins contraints, certains médecins craignent d'être "enfermés" dans un type de carrière, particulièrement pour ceux (et surtout celles) qui ont opté pour un exercice salarié non hospitalier. Là encore, les considérations "extra-professionnelles" permettent de faire la part des choses et d'accepter de limiter les perspectives d'évolution.

Pour conclure

Au regard des quelques pistes de réflexion esquissées ici, à la fois du point de vue de l'organisation de la profession médicale et de l'évolution de la démographie médicale, il semble que les incitations financières ne suffiront pas à elles seules à pousser les jeunes médecins à participer à des dispositifs de continuité des soins (gardes) ou à s'installer dans des zones plus ou moins désertées.

Le revenu n'est pas le seul indicateur pertinent des choix et la "qualité de vie" au sens large (le temps libéré pour les loisirs, la famille, le couple) importe pour beaucoup, de même que la compatibilité des carrières des deux conjoints. C'est donc à l'articulation de ces multiples dimensions qu'il faut penser lorsque l'on réfléchit à des modes de régulation de l'offre de soins.

Par ailleurs, les innovations organisationnelles concernant la permanence des soins, pour l'accès des populations à des soins de qualité, pourraient être approfondies et encouragées, ainsi que l'exercice en groupe. De même, le besoin d'accompagnement des jeunes médecins libéraux dans leur installation semble un enjeu de taille pour les années à venir (faciliter l'accès aux informations concernant la comptabilité du cabinet, l'accès à des services de gestion comptable, de secrétariat, par exemple, réseaux d'entraide médicaux, etc.).

Références bibliographiques

- Breuil-Genier, P., & Sicart, D. (2005). *La situation professionnelle des conjoints de médecins. Etudes & Résultats*, 430, 1-12.
- Lapeyre, N. (2003a). *La féminisation des professions libérales : analyse sociologique d'un processus. Le cas des femmes médecins, avocates et architectes* (Vol. 2 tomes, 421 pages + annexes). Toulouse: Thèse pour le doctorat de sociologie, Université de Toulouse-Le Mirail.
- Lapeyre, N. (2003b). *Professional and domestic work arrangements of women general practitioners in France. International Journal of Sociology and Social Policy*, 23(4/5), 97-122.
- Lapeyre, N. (2006). *Les professions face aux enjeux de la féminisation*. Toulouse: Octarès.
- Lapeyre, N., & Le Feuvre, N. (2005). *Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. Revue Française des Affaires Sociales*, 59(1), 59-81.
- Lapeyre, N., & Robelet, M. (2007a). *Du temps professionnel total à la régulation des temps sociaux : les jeunes générations de médecins devant l'émergence d'un nouvel éthos temporel. Loisir & Société / Society & Leisure*, 29(1), 57-78.
- Lapeyre, N., & Robelet, M. (2007b). *Féminisation des groupes professionnels : en médecine générale comme ailleurs ?* In G. Bloy & X. Schweyer (Eds.), *Sociologie de la médecine générale* (pp. sous presse). Rennes: Presses de la FNSP.
- Lapeyre, N., & Robelet, M. (2007c). *Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes. Sociologies pratiques*, 14, 19-30.
- Le Feuvre, N., Lapeyre, N., Cacouault, M., & Picot, G. (2003). *La féminisation des professions libérales : l'exemple des femmes médecins et avocats*. Toulouse: Rapport final au Service des Droits des femmes et de l'égalité, août.
- ONDPS. (2006). *Synthèse générale. Le rapport 2005 de l'Observatoire National des Professions de Santé*. Paris: La Documentation française.
- Robelet, M., Lapeyre, N., & Zolesio, E. (2006). *Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux. Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans. Rapport de recherche pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins: GRAPHOS, Université Lyon III et Equipe Simone SAGESSE, Université Toulouse II, novembre, 85 p*
- Sicart, D. (2006). *Les médecins. Estimations au 1er janvier 2006. DREES. Série statistiques, n° 103, octobre*.
- Sicart, D. (2006). *Les médecins. Estimations au 1er janvier 2006. DREES. Série statistiques, n° 103, octobre*.

Les difficultés de formation et d'installation des médecins au Mali

Seydou COULIBALY ¹

Je suis médecin généraliste, coordinateur de la délégation de Santé Sud au Mali et j'entame ma sixième année dans ces fonctions. Avant Santé Sud, j'ai été médecin de campagne pendant 6 ans. Je vais vous parler de mon expérience de la médecine de proximité au Mali.

D'abord, historiquement, la médecine a été assimilée à la fonction publique : c'est notre histoire coloniale qui a été ensuite renforcée par le système politique des années d'indépendance. Jusqu'aux années 1980, tous les médecins étaient recrutés par la fonction publique mais, actuellement, le contexte a beaucoup changé avec l'introduction d'un concours d'entrée dans la fonction publique. Il n'y a pas plus tard qu'une semaine, un concours vient de se passer : il y avait 20 postes pour 700 candidats ! La faculté de médecine de Bamako, qui a été créée en 68, est aujourd'hui confrontée à un effectif pléthorique. En sixième année de médecine il y a plus de 600 étudiants, et en première année de médecine, on en compte plus de 1000, ce qui pose à la faculté des problèmes énormes de formation.

D'abord les étudiants ont des difficultés pour faire leurs stages à l'hôpital et en périphérie. Face à cette situation, chacun se débrouille et met en place sa stratégie. C'est ainsi qu'il n'est pas rare de voir des étudiants qui parviennent à avoir des stages de la 1ère année jusqu'à la 7ème année dans le même service et se disent, pour finir, spécialistes : ce sont de faux spécialistes... Il y a aussi une catégorie d'étudiants attirés par le prestige, parce que au Mali la médecine c'est un métier de prestige. Ils ont leur diplôme sans avoir jamais fait de stages et ensuite ils font autre chose, des affaires... Et il y a aussi des jeunes diplômés qui viennent vers Santé Sud, qui reçoivent une formation spécifique et que nous installons en milieu rural. A ce jour, nous avons 115 médecins installés et suivis dans le cadre du programme de Santé Sud. Enfin, il y a les installations qu'on peut appeler "sauvages" : ce sont des jeunes qui sont approchés par les associations villageoises ou par les communes. Ces médecins ne sont pas préparés pour la médecine de proximité et se trouvent souvent devant des difficultés qu'ils ne parviennent pas à surmonter. Voilà, brièvement, l'évolution en cours au Mali : l'Etat s'est désengagé de la première ligne, et ce sont les communautés qui gèrent les centres de santé,

recrutent leurs personnels et les payent sur les recettes des prestations. Il s'agit d'une privatisation à but non lucratif, l'Etat ayant un rôle de contrôle mais n'étant plus prestataire.

Pour conclure, je dirai qu'au Mali nous sommes confrontés, depuis plusieurs années, à l'arrivée d'un nombre important de jeunes diplômés qui ne sont plus recrutés dans la fonction publique. C'est une chance mais, en même temps, ils sont mal préparés pour exercer la médecine de proximité en première ligne. C'est là le véritable problème : donner le goût aux jeunes médecins pour pratiquer ce métier et leur donner une formation adaptée aux réalités du monde rural.

Je vous remercie...



¹ Médecin coordinateur de Santé Sud au Mali

Les évolutions du contexte et la diversification des possibles dans l'exercice de la médecine générale

Aline MERCAN ¹

Je vais intervenir comme anthropologue et aussi à partir de mon expérience de médecin généraliste. J'ai été installée pendant plusieurs années et, depuis deux ans, je fais des remplacements. Je souhaiterais contextualiser un peu ce qui s'est passé depuis l'époque de mes études, toutes ces évolutions et ruptures des vingt dernières années dont on parle aujourd'hui.

26 Dans les années 1980, on n'avait pas du tout anticipé un certain nombre de facteurs structurels qui ont été déterminants. Moi je me suis inscrite en 1983 en PCEM1 ; le *numerus clausus* avait alors été drastiquement réduit, il était moitié moins important qu'une quinzaine d'années auparavant. Pendant toute notre formation, on brandissait le spectre de médecins qui seraient au SMIC ou au chômage et on a entendu cela pendant 7, 8 ans, en continu. A l'époque on pensait qu'en diminuant l'offre, on diminuerait la demande ce qui s'est avéré complètement faux puisque la demande n'a jamais cessée d'augmenter. On nous a dit ensuite que si la demande avait augmenté c'est parce qu'on n'avait pas anticipé le vieillissement de la population. Mais je trouve qu'on oublie d'évoquer une surmédicalisation généralisée dans les pays du Nord qui elle-même est multi factorielle et qui à mon sens différencie la problématique au Sud et au Nord. Personne n'avait anticipé les variations démographiques, personne n'avait anticipé les évolutions des médecins comme des patients, et on n'a jamais entendu parler de l'intégration de cette question dans une politique plus large de gestion du territoire. Les récentes grèves des internes [en Octobre 2008] ont rappelé qu'il y a des endroits aujourd'hui où il n'y a plus de bureau poste, plus de transports collectifs, plus de commerces. Pourquoi faudrait-il que le médecin soit le dernier rempart de la désertification?

A propos de l'éthos masculin et féminin, je voudrais juste rappeler que dans les années 1980, les femmes n'étaient pas encore majoritaires dans les amphis, et elles étaient largement minoritaires aux postes de responsabilité. L'irruption massive des femmes n'a elle non plus pas du tout été anticipée et elle a même été assez mal vécue par elles. Il y a une phrase qui m'a marquée pendant mon

cursus, prononcée par un chef de service homme qui s'adressait à son assistante chef de clinique femme, à ses deux internes femmes et à ses quatre externes femmes ; il nous a dit : *"quand une profession se féminise, c'est le signe de sa décadence"*. C'est le message avec lequel on a été formées et à l'époque on était priées de se conformer à un éthos masculin, dans le monde hospitalier tout au moins. Il fallait vraiment envisager la pratique libérale pour penser avoir un peu de liberté par rapport à ça.

Je voudrais revenir aussi sur quelque chose qui me paraît très important, c'est l'absence de modèle d'identification. Le cursus médical c'est un cursus - ça l'était et ça l'est encore - pour des spécialistes et par des spécialistes, et qui est citoyen. A l'époque moi je n'ai pas reçu d'enseignement de médecine générale, on n'a jamais vu un généraliste dans un amphithéâtre, on faisait un stage chez le praticien en ville qui durait une quinzaine de jours ; la médecine générale, elle était clairement réservée à ceux qui rataient l'internat et ce discours était largement intégré par tous les étudiants. Donc il fallait s'engager dans la médecine générale par une sorte de vocation tout à fait incompréhensible aux yeux des spécialistes, ou alors il fallait se construire une identité positive à partir d'une étiquette qui était quand même assez négative, y compris à l'extérieur : "tu es médecin, médecin quoi? Ah généraliste!", c'est quelque chose qu'on entend encore. L'exercice en milieu rural on savait à peine que ça existait, il n'y avait rien qui y préparait, il n'y avait aucun modèle de cet ordre permettant de se projeter pendant le cursus. Les choses ont un peu changé mais on sent qu'il y a encore une réticence à intégrer la médecine générale comme une spécialité à part entière, et je pense que le problème de l'identification n'est pas réglé.

27 Il y a un autre facteur structurel important, c'est la multiplicité des alternatives actuelles pour exercer la médecine. Les remplacements par exemple sont beaucoup plus faciles à trouver qu'auparavant, et ils sont beaucoup plus lucratifs qu'il y a une quinzaine d'années. Pour vous donner une idée, le taux de réversion d'honoraires est passé de 50% - quand je faisais des remplacements il y a 12 ans - à 70, 80% aujourd'hui. Certes, il y a pas mal d'inconvénients comme l'instabilité, la mobilité, le statut un peu inférieur aux yeux des patients ; le remplaçant on vous raccroche parfois au nez. Mais ces inconvénients sont compensés par davantage de temps libre, par un rendement financier qui est devenu correct. Et puis, on remplace fréquemment au même endroit, donc tout ça s'améliore un peu et on a beaucoup moins de contraintes que le médecin installé ; on a moins de travail administratif, la gestion est plus simple, les gardes, le relationnel un peu lourd, les journées longues on les accepte volontiers quand on a des coupures ensuite. Et puis on peut varier les types de clientèle pour renouveler le plaisir et la curiosité.

¹ Médecin généraliste et anthropologue, Centre de recherche culture, santé, sociétés (CReCSS), Université Aix-Marseille 2

Il y a aujourd'hui beaucoup d'autres possibilités que l'installation et de nombreux médecins reculent le moment de s'installer. On peut donc faire des remplacements, prolongés et choisis, il y a pas mal de postes d'assistants hospitaliers, en tout cas il y en a beaucoup plus qu'à l'époque où j'ai terminé mes études, ils sont beaucoup mieux rémunérés qu'ils ne l'étaient et il y a des possibilités aussi pour obtenir un statut de quasi spécialistes en urgence ou en gériatrie par exemple. Et puis un nombre important de postes de médecine salariée sont à pourvoir. La variété des lieux dans lesquels je remplace - puisque je remplace à la campagne, à la ville, à la montagne et même dans les îles - montre qu'il y a des solutions qui sont généralement spécifiques à certains contextes, et qui fonctionnent. Par exemple j'ai plusieurs expériences de partage de mi-temps sur un cabinet unique qui permet une délocalisation du lieu de vie du médecin par rapport au lieu de travail. Il y a des endroits où il y a des possibilités de délégation d'un certain nombre de tâches à une infirmière, tout cela de manière codifiée, et puis il y a des endroits où le médecin est dans un travail d'éducation de ses patients, pour essayer de modifier un peu le mode d'organisation de son activité, et ça peut fonctionner aussi.

Je reviens sur le changement d'éthos professionnel. Pour le contextualiser dans le temps, il a été vécu par la génération des quadragénaires et plus, soit de manière progressive, c'est-à-dire qu'on lâche de plus en plus de lest d'année en année, soit - et ça il faut le dire - de façon franchement brutale. Il y a quand même énormément de médecins qui se retrouvent dans ces fameuses dépressions, les burn-out dont on parle beaucoup, dans des problèmes de santé divers qui conduisent à des ruptures professionnelles, etc. On sait que la profession de médecin généraliste reste une profession difficile. Un ouvrage canadien publié en 2006 s'institue d'ailleurs "La détresse du médecin" ; ses conclusions pourraient tout à fait être transférables en France je pense. Donc le changement d'éthos ce n'est pas seulement se mettre en conformité avec les nouvelles normes de mode de vie, parfois c'est une nécessité absolue.

Autre aspect à évoquer à propos de ce qui a changé : dans les années 1990, les clientèles se vendaient encore très bien mais l'évolution démographique et les variations des comportements ont précipité un effondrement de ce marché, on peut vraiment parler d'effondrement. En 1999 j'ai eu de grandes difficultés à vendre une clientèle avec des acheteurs qui me disaient : "ah non, y'a trop de travail, on va le reprendre à deux" et puis finalement non ça ne les intéressait pas ; après quelqu'un était venu et m'avait remplacé une semaine après quoi il avait annulé la transaction. Enfin ça a été assez épique et finalement le deuxième cabinet que j'ai vendu, je l'ai vendu la moitié du prix auquel le j'avais acheté et au moment où je l'ai vendu, un de

mes associés voulait aussi partir et lui, il n'a pas pu vendre du tout ; pourtant c'était en station de montagne avec des cabinets qui fonctionnaient très bien. Donc la clientèle, ça ne se vend plus. Quant à l'évolution démographique, elle permet aujourd'hui de glisser sa plaque n'importe où et sans racheter de clientèle. Donc à cet égard, on peut optimiser son choix professionnel en fonction de facteurs tout à fait personnels.

La modification de l'éthos des professionnels de santé s'inscrit dans des changements sociaux plus globaux. Il y a aussi une modification de l'éthos des patients, avec une dynamique d'actions - réactions permanente. On peut dire que le consumérisme, l'individualisme, le changement de rapport au temps, la temporalité, ce qu'on résume par une espèce de tout et tout de suite, on le vit effectivement en médecine. Les nouveaux modes de communication comme Internet ou le téléphone portable sont des choses qui ont remodelé le colloque singulier. Les patients sont devenus des clients avec de nouvelles exigences et les médecins ont parfois le sentiment de rentrer en résistance contre certaines de ces exigences. Parallèlement, on ressent un accroissement du contrôle des autorités de tutelle sur nos pratiques et il y a aussi la crainte croissante du médico-légal. Je pense que tout cela s'ajoute pour donner au médecin le sentiment qu'il est progressivement délesté d'une partie de son statut d'expert, tout en voyant croître son niveau d'obligations.

De leur côté les modes d'exercices particuliers - j'aurais pu en parler à propos des alternatives - ouvrent sur tout un champ de pratiques qui est moins codifié, et qui permet de réintégrer, d'un point de vue anthropologique, les dimensions plus symboliques de l'art médical ; ça redonne un peu le statut de l'expert, ça valorise l'identité du thérapeute, mais surtout ça s'accompagne d'un très grand confort de pratique. Il faut rappeler que cela permet de s'installer dans des zones où la densité médicale est déjà très importante ; c'est une possibilité, c'est une stratégie individuelle. A une époque cela dispensait de prendre des gardes par exemple, ce qui pouvait être un facteur assez important dans le choix.

Tous ces divers facteurs me sont apparus en réfléchissant sur les différentes expériences que j'ai pu avoir dans ma pratique, et je pense ça montre que toutes ces ruptures s'inscrivent dans un contexte général multifactoriel. Cela indique, à mon sens, que les solutions simplistes ne fonctionneront probablement pas, qu'il faut agir sur une multitude de leviers et toujours travailler par rapport à des contextes particuliers. Il faut en outre travailler en amont sur la formation, il faut réfléchir à tout ça dans le cadre de la gestion du territoire, il faut penser à tout ce qui est reconfiguration des tâches et des frontières professionnelles, etc. Sans doute en reparlera-t-on lors de la table ronde.

La médecine générale de campagne à Madagascar : entre choix socialisé et orientations contraintes

Julien LEFEUVRE ¹

Cette intervention est tirée d'un mémoire de Master 2 réalisé en 2007 qui avait pour objectif de comprendre comment des médecins généralistes de campagne malgaches soutenus par l'ONG Santé Sud construisaient leur profession et comment celle-ci était façonnée par des contextes sociaux et culturels particuliers.

C'est donc en menant cette réflexion que j'ai approché la problématique du "choix ou non choix" de la médecine de proximité à Madagascar. De quelle manière s'est forgée l'orientation vers la médecine générale de campagne des médecins malgaches ? Pour répondre à cette interrogation, je me baserai sur les témoignages de cinq praticiens en exposant leurs parcours et la façon dont se sont construits leurs itinéraires professionnels. L'objectif de cette démarche est de montrer que la problématique du "choix ou du non choix" se pose avant l'obtention du diplôme et qu'elle renvoie à un processus plus long, qui débute au moment de la socialisation familiale.

Avant d'aborder ces questions je voudrais rappeler quelques aspects de contextualisation. A Madagascar, près de 38% des médecins n'exercent pas la médecine, faute de trouver un poste ou de s'installer dans un cabinet, principalement parce que l'état malgache a cessé de jouer son rôle d'intégrateur sur le marché de l'emploi. Obtenir une nomination pour un jeune diplômé dans la fonction publique est extrêmement rare, voir impossible aujourd'hui dans le pays. A ces deux tendances s'ajoute une surconcentration des professionnels de santé dans la capitale et de ce fait une désertification de leur présence dans les zones rurales, alors que 80% de la population malgache vit à la campagne.

Le choix de la médecine de campagne est le résultat d'un processus long. Avant l'étape de l'entrée à l'université, il faut analyser la socialisation familiale au sein de laquelle s'est forgé un idéal professionnel qui s'apparente à une première idée du métier et qui va structurer une partie des représentations relatives à la profession. Cet idéal est axé sur des valeurs telles que le désir de prendre en charge les démunis, ses proches, sa famille ou sur un projet d'ascension sociale ; il met en exergue le désintéressement, l'altruisme, l'écoute du patient et une prise en charge psychosociale des malades.

Or, cet idéal pré-universitaire est malmené dès l'entrée dans le cursus, il entre

en contradiction avec le vécu de la formation et ce, pour plusieurs raisons. Premièrement les médecins ont observé que la réussite aux examens pouvait être entachée par des pratiques de clientélisme, de corruption, par des relations pédagogiques asymétriques entre étudiants et professeurs et, plus largement, par des conditions d'apprentissage perçues comme peu formatrices. Mais c'est durant les stages hospitaliers que ce décalage entre l'idéal pré-universitaire et le vécu de la formation se fait le plus prégnant. La prise en charge du patient est par exemple contraire à cet idéal. Elle leur semble en effet trop technique et encombrée d'une bureaucratie dont ils n'ont pas totalement compris les aboutissants. Je cite ici l'extrait d'un entretien réalisé avec un médecin en avril 2007 :

"La prise en charge du patient elle n'était pas très bonne quand nous étions en stage à l'hôpital. Si un malade se présentait avec une crise convulsive par exemple, il y avait un médecin en pédiatrie qui ne voulait pas de lui. Il le transférait dans le service de neurologie. Transféré en neurologie le médecin rétorquait que c'était un enfant donc il fallait l'emmener en pédiatrie. Le malade était alors re-transféré. Pour les maladies cardiaques chez un enfant, on l'envoyait en cardiologie et ils n'en voulaient pas, alors ils l'envoyaient en pédiatrie. Des fois les malades sont désespérés. Ils partent tout de suite, sans avoir bien guéris. J'ai eu beaucoup de cas. Ce n'est pas très bon pour moi, pour mon apprentissage. Pour moi il faut prendre les malades comme il faut. Quand il y a juste une petite marche à pied à faire, le médecin ne fait pas toujours d'efforts pour aller voir le malade, c'est comme ça dans la plupart des hôpitaux. Je ne sais pas aujourd'hui mais pendant mes stages, c'était comme cela".

Ces médecins ont également constaté la dévalorisation du statut du généraliste par rapport aux spécialistes ainsi qu'un travail en équipe dominé par une hiérarchie qui ne s'attache pas à planifier une organisation partagée du travail mais qui a davantage pour préoccupation les luttes de pouvoir et la préservation des statuts acquis. C'est dans ce cadre d'apprentissage, que les médecins interrogés ont mis en œuvre des stratégies personnalisées où ce qu'on peut appeler une culture étudiante est venue s'ajouter aux connaissances formelles délivrées dans le cursus. Ces stratégies personnalisées qui court-circuitent l'organisation hospitalière formelle sont extrêmement importantes à mon sens. Elles se matérialisent par exemple durant les gardes par des prises d'initiatives sans l'accord du médecin référent, par des stages en tant que bénévole durant les périodes de vacances universitaires ou par des demandes de stage en brousse ou en province. Ces stratégies ont permis à ces étudiants en médecine d'acquérir des connaissances et des savoir-faire personnalisés qui s'interprètent comme l'ébauche d'une culture professionnelle autonome.

Si l'on se penche sur les premières tentatives d'intégration sur le marché de

¹ Anthropologue, Centre de recherche culture, santé, sociétés (CReCSS), Université Aix-Marseille 2.

l'emploi, on remarque qu'elles ont été marquées par un désenchantement professionnel. En théorie, plusieurs choix sont possibles pour les médecins mais un ensemble de facteurs liés à la structure du marché de l'emploi et aux limites d'accès à la fonction publique les ont poussé à faire des choix sous contraintes, à s'orienter plus qu'à choisir. Prenons pour exemple le parcours d'un médecin une fois son diplôme obtenu : *"En sixième année, je me disais que j'allais faire l'internat qualifiant, mais en septième année ce qui m'a dégoûté c'était le fait d'acheter les notes. Cela m'a refroidi. Je ne voulais pas rentrer dans ce système. Après ça je pensais cabinet médical en libéral. Je pensais pas du tout devenir fonctionnaire car après ce que j'avais vu durant les stages... Pour le cabinet c'est ce sur quoi je voulais foncer. La première chose c'était de quoi est ce que j'aurai besoin. Il y avait l'ONM pour la paperasse, ça pouvait passer, mais alors le logement, le matériel... J'ai commencé à voir les prix chez le revendeur de matériel médical et j'ai fait les comptes. Très vite j'ai compris que ce n'était pas possible, ça coûtait trop cher. Bon après je me suis pas découragé, je voulais aller en clinique et j'ai connu Santé Sud à ce moment. De toute façon, exercer en clinique, je ne pense pas que tu puisses t'en sortir, si tu veux monter dans les rangs il faut que tu subisses"*.

Quelles peuvent être les conséquences de ces orientations sous contraintes ? On observe que des praticiens se sont engagés dans des pratiques informelles, très fréquentes à Madagascar, leur permettant de s'extraire du cadre officiel de la médecine. Mais ce qui est intéressant, c'est de comprendre que ces orientations contraintes sont compensées ou couplées avec des stratégies personnalisées qui ont été élaborées durant le cursus et qui vont être réutilisées au moment d'intégrer le marché du travail. Ces stratégies, je le rappelle, peuvent correspondre à des prises d'initiatives d'auto-évaluation ou à des stages en tant que bénévole en brousse et dans les provinces. Elles ont à mon sens favorisé la volonté d'exercer de façon autonome dans les zones rurales en permettant aux médecins de s'affranchir d'une certaine organisation hospitalière jugée lourde et bureaucratique et de construire une autonomie professionnelle qu'ils retrouveront dans l'exercice de la médecine de campagne. Je cite ici l'extrait d'un entretien pour illustrer mon propos :

"Le travail que je fais là, celui de médecin généraliste de campagne, ce n'est pas arrivé comme ça. J'ai eu l'idée de partir en brousse en septième année où j'ai essayé de travailler tout seul, c'est-à-dire que je me suis testé. Au moment de la garde j'essayais de résoudre les problèmes du malade sans l'avis du chef de service. Si je réussissais à résoudre ce problème, ça voulait dire pour moi que j'étais un bon médecin et que je pouvais aller en brousse, parce qu'en brousse on ne peut pas demander à quelqu'un, pour traiter par exemple une gastro-entérite fébrile d'un enfant. On est seul face au patient en brousse".

On comprend bien l'impact de ces stratégies personnalisées qui ont servi de levier à l'élaboration d'une culture étudiante et professionnelle. De plus, cette culture étudiante, qui se situe parfois aux marges du cursus officiel et qui peut aller jusqu'à le détourner, amorce un intérêt et un engagement vers la médecine générale de campagne.

Après ces constats, on peut s'interroger sur la place de la médecine de proximité au sein de la formation médicale à Madagascar. On remarque en outre que les constats faits se retrouvent sur d'autres terrains, dans d'autres pays ; on peut donc en retirer quelques enseignements de portée relativement générale. Il semble notamment primordial de penser à de nouvelles formes de coopération entre étudiants, professeurs et professionnels de santé, tout en prenant en compte une culture étudiante trop souvent méconnue afin de l'intégrer pleinement dans la formation médicale. De plus, en sachant que les nouveaux diplômés doivent se détacher d'un modèle de carrière d'Etat qui favorise un système normatif et bureaucratique, il est nécessaire de trouver de nouvelles modalités d'apprentissage répondant mieux aux besoins sanitaires du pays.



La chirurgie générale : en voie de disparition?

Etienne STEINER¹

Je suis chirurgien, chirurgien généraliste. Qu'est-ce que c'est un chirurgien généraliste ? C'est un petit peu comme un médecin généraliste ; il est censé être à même de répondre à tous les problèmes qui peuvent se poser. Ma formation est censée me permettre de répondre à tous les problèmes qui sont censés se poser en chirurgie. Alors comment est-ce qu'on devient chirurgien ? C'est assez sympathique, c'est extrêmement rigolo, c'est surtout très long et très astreignant. On devient chirurgien en passant un concours, après ce concours on fait des stages dans des services dits de spécialités chirurgicales. A l'époque, on faisait ces stages pendant quatre ans, chaque stage durant six mois et on devait faire au minimum deux stages dans la même spécialité, par exemple la chirurgie orthopédique, ou la chirurgie vasculaire, etc. Au terme de ces quatre ans d'internat et de cette année de stage dans une spécialité, on choisissait ce qu'on appelait un assistantat qui était dans la spécialité de cette année de stage, donc ça faisait quatre ans, plus 2 à 3 ans d'assistantat. Au bout de six ans on était chirurgien, on était orienté dans une spécialité, la chirurgie digestive, la chirurgie gynécologique, etc., mais on était censé être parfaitement capable de répondre dans le cadre de l'urgence, dans le cadre de la garde, aux problèmes qui se posaient dans les autres spécialités chirurgicales.

Deux ou trois chiffres

En France on est trois à quatre mille chirurgiens et on considère qu'il y en a, à peu près 200 à 300 par an qui s'arrêtent parce qu'ils sont malades, parce qu'ils font autre chose, parce qu'ils prennent leur retraite. Donc grosso modo, on va dire 300, multipliés par dix cela fait 3000, il faut donc dix ans pour renouveler l'ensemble des chirurgiens en exercice. Ce qui est intéressant, c'est que cette année, je parle de la France entière, il y a moins de 300 chirurgiens qui vont sortir, l'année dernière je crois il y en a eu juste 300. Cela veut dire que si on continue à ce rythme, dans moins de dix ans la médicalisation chirurgicale en France sera comparable à la médicalisation chirurgicale du Mali actuellement.

Ce discours peut paraître très dépressif, alors que ce boulot est un boulot extraordinaire, c'est le plus beau boulot du monde. Mais le travail d'un chirurgien généraliste est remplacé par un travail de chirurgien de spécialité. Chirurgien de

spécialité, cela veut dire un chirurgien digestif, un chirurgien urologue, ça veut même dire au sein de la chirurgie digestive quelqu'un qui fait de la chirurgie de la hernie, quelqu'un qui fait de la chirurgie du cancer du poumon et bientôt quelqu'un qui fera de la chirurgie du cancer du colon gauche mais pas du droit. C'est merveilleux parce que plus souvent on fait un acte, mieux on le fait, bien entendu. Le problème est que s'il est possible d'avoir des chirurgiens de spécialité dans une très grande ville, il me semble beaucoup plus difficile dans une ville comme Draguignan, ou dans une ville comme Agen d'avoir un chirurgien qui fasse le cancer du colon gauche, un chirurgien qui fasse le cancer du colon droit et un troisième qui fasse le chirurgien de la hernie. Comment ces chirurgiens gèreraient-ils leur vie?

Il faut savoir aussi que, en l'espace de quelques années, en France, la situation de la profession chirurgicale s'est profondément modifiée, y compris au plan financier. Il y a quinze ans, un chirurgien dans une clinique reversait - c'est-à-dire qu'il redonnait à la direction de la clinique un pourcentage déterminé de ses actes - on va dire 10%. En échange la clinique lui fournissait un certain nombre de prestations opératoires, le secrétariat, le cabinet, la ligne téléphonique etc.. Aujourd'hui, le chirurgien reverse toujours la même chose, c'est-à-dire 10%, mais la clinique ne lui fournit plus rien en matière de prestations. Pourquoi, et bien parce qu'elle ne peut plus rien lui fournir ; si elle lui fournissait aujourd'hui ce qu'elle lui fournissait il y a dix ans, la clinique perdrait de l'argent. Or c'est une entreprise privée, et une entreprise privée qui perd de l'argent, eh bien à un moment elle dépose le bilan. Donc autre évolution.

Que va devenir la profession de chirurgien généraliste?

Est-ce qu'elle va disparaître ? Probablement. On va d'autant plus disparaître que nos formateurs sont en train de disparaître. Dans les services de chirurgie générale des CHU, les patrons ont le même âge voire sont un petit peu plus âgés que moi ; petit à petit ils prennent leur retraite, et leurs agrégés ne sont pas des agrégés de chirurgie générale. Il y a des départements avec, dans le service, un gars qui fait de la chirurgie herniaire, un gars qui fait de la chirurgie du colon droit, etc. La chirurgie c'est un truc extraordinaire, c'est plein de surprises, on commence une intervention c'est parfaitement réglé, parfaitement prévu, et il y a toujours des incidents, on commence à retirer une vésicule en coelioscopie et puis la caméra tombe en panne ; c'est pas compliqué - c'est très embêtant pour le patient parce qu'on est obligé d'arrêter la coelioscopie - mais c'est pas compliqué, on fait une incision, et on retire la vésicule par l'incision traditionnelle. Encore faut-il savoir faire cette incision, encore faut-il avoir été formé à ça.

¹ Chirurgien généraliste, Toulon, et URML PACA

Un autre exemple, on fait une coéloscopie chez une femme jeune et puis en introduisant les instruments, on fait péter un vaisseau. Le chirurgien gynécologue est spécialisée en chirurgie gynécologique, il est parfaitement compétent, il a fait toute sa formation en chirurgie gynécologique ; et un vaisseau pétié, c'est très embêtant mais on est censé savoir le maîtriser. Dans la formation actuelle, le chirurgien vasculaire sait le maîtriser, le chirurgien gynécologue ne sait pas le maîtriser. Et les conséquences peuvent être dramatiques. Il y a de nombreux pays où l'on forme encore des chirurgiens généralistes parce que cela correspond aux besoins, dans les pays du Sud en particulier. Cela rejoint les questions dont nous parlons aujourd'hui et sans doute seront-elles reprises dans la suite des échanges.



2^{ÈME} PARTIE

Soignants-soignés : une relation problématique

Le mal-être des soignants augmente dans les pays développés. Dans les pays pauvres, il est souvent lié aux frustrations en rapport avec le manque de moyens matériels et humains, l'ignorance et la précarité des populations. Dans des contextes fort différents, les interactions soignants/soignés sont aux prises avec des contraintes qui débordent de toute part le colloque singulier pourtant si spécifique de l'art de soigner. Comment ce constat est-il vécu et ressenti par les professionnels ?

Les caractéristiques de la relation soignant/soigné - cette dernière pouvant osciller de l'empathie à l'indifférence, voire s'inscrire dans l'agressivité - tiennent aux attitudes de ces deux catégories d'interlocuteurs ainsi qu'à des éléments de contexte social et économique :

- Au Nord : l'évolution technologique, les procédures normatives et la judiciarisation, la surinformation médiatique, les tensions sociales etc ...
- Au Sud : des formations inadaptées, l'absence de protection sociale et ses conséquences, la pauvreté, etc...

*Quels sont les facteurs qui perturbent la relation soignant-soigné ?
Comment sauvegarder cette relation interpersonnelle basée sur la confiance ?*

Les interactions soignants-soignés à l'épreuve des maladies chroniques: dynamiques relationnelles autour de la tuberculose et du VIH au Sénégal

Fatoumata HANE ¹

Soumis aux politiques publiques et confrontés à une crise des ressources humaines (limitation des recrutements des professionnels de santé, faiblesse des rémunérations, fuite du secteur public, etc.), les systèmes de santé en Afrique ne cessent de se transformer. Ces transformations affectent directement les professions de santé. Pour pallier au déficit en ressources humaines, ont été recrutés des agents peu qualifiés, bien loin du modèle classique du médecin ou de l'infirmier. Cette situation s'est trouvée renforcée par les politiques de décentralisation et la mise en place des comités de santé qui ont favorisé la multiplicité des pôles de recrutements. Un tel contexte, marqué donc par une crise des ressources humaines, m'a menée à réfléchir aux modes de structuration des professions dans les systèmes de santé en Afrique, aux conditions d'exercice de ces professionnels ainsi qu'aux effets de la diversité des profils professionnels sur l'accès aux soins des usagers.

Je m'attacherai ici à décrire les nouvelles dynamiques professionnelles et relationnelles - entre personnels de santé et usagers - découlant de la prise en charge des maladies chroniques à partir des exemples de la tuberculose et du sida au Sénégal. Mon propos s'appuie sur des observations et des entretiens menés dans des structures périphériques, les centres de santé.

Les pratiques professionnelles à l'épreuve des maladies chroniques et des situations de vie des patients

Les maladies chroniques, plus que les affections "ordinaires" et courantes remettent en cause le mode de fonctionnement habituel des structures sanitaires aussi bien d'un point de vue économique, social que politique. La mise en place de dispositifs particuliers est de ce fait nécessaire, notamment en ce qui concerne la disponibilité des traitements hors des structures de santé ou encore le réaménagement organisationnel des espaces de soins. Il s'agit, par exemple, de recevoir les malades en dehors des heures de grande affluence, les après-midi par exemple, ou encore de déléguer à un membre de la famille du malade la surveillance du traitement. Le suivi thérapeutique s'inscrit alors en partie dans

l'univers domestique. On assiste ainsi à une "déterritorialisation" de la prise en charge thérapeutique qui se déplace des structures de santé vers les domiciles des patients. Un tel mode de prise en charge laisse une place considérable à la négociation, aux marchandages dans les rapports entre soignants, soignés et familles. C'est pourquoi on peut parler de nouvelles dynamiques relationnelles dans les échanges entre les acteurs soignants et profanes du soin.

Pour parvenir à des résultats satisfaisants, les soignants usent de la persuasion - en montrant de la sollicitude tout en essayant d'être convaincants - avec les malades afin que ceux-ci n'arrêtent pas leur traitement avant terme. De leur côté, les malades tentent de gagner les faveurs du responsable de traitement pour avoir plus de comprimés, se faire recommander dans un autre service, faire consulter gratuitement un proche, etc. La négociation devient alors "*un principe légitime de régulation sociale*" dans les structures de santé. Trois procédés sont plus particulièrement mis en œuvre par les patients et les soignants engagés dans des processus de négociation perpétuelle.

La négociation interindividuelle

La négociation vise à établir un réseau de soutien entre acteurs. C'est un processus de communication verbale que l'on définit généralement comme : "*traiter pour, obtenir, ou arranger par un marchandage, une discussion ou un accord*" ou encore "*traiter ou marchander avec une ou plusieurs personnes. Se concerter avec une autre personne pour arriver au règlement d'une affaire*" (Strauss, 1992 : 245). Le processus continu de négociation participe au brouillage des frontières d'action des différents acteurs du système de santé. Les normes sont réajustées en fonction des logiques individuelles de négociation. Ces réajustements, qui prennent la forme d'"arrangements", visent à prendre en compte les intérêts respectifs des acteurs sur le terrain et servent, par ailleurs, à légitimer leurs comportements. Les personnels de santé se rendent de plus en plus compte que contraindre les malades à se traiter est particulièrement difficile dans le cas de maladies chroniques. Alors il faut "aider", "fermer les yeux" pour encourager le malade à se traiter jusqu'au bout.

Monsieur F. est un patient qui suivait son traitement antituberculeux avec détermination mais qui a fait une rechute au bout de deux ans. Il avait un emploi précaire de frigoriste qu'il ne pouvait continuer d'exercer du fait de l'épuisement qu'il ressentait. Il ne vit pas avec sa famille et loue une chambre dans un quartier populaire de Dakar. Il était sous Traitement Directement Observé (TDO) par un agent de santé pour la prise de comprimés, mais il lui arrivait de ne pas faire ses

¹ Anthropologue, post-doctorante, Agence nationale de recherche sur le Sida (ANR) et Institut de recherche pour le développement (IRD).

injections régulièrement et de rester assis un moment dans la cour du centre de santé pour se reposer après avoir pris ses comprimés. La responsable de traitement l'ayant remarqué, l'interpelle à ce sujet. Il lui explique alors que sa situation financière ne lui permet ni d'acheter une seringue chaque matin, ni de manger après avoir pris les comprimés. Il se sent alors très mal, il a des vertiges et des crampes à l'estomac. Sur ce, il demande au responsable de traitement s'il peut être aidé, d'autant qu'il ne croit pas pouvoir continuer à se traiter avec le ventre vide. Après discussion, le médecin chef du centre de santé et le gestionnaire s'accordent pour lui payer le petit déjeuner et les seringues au moins pendant deux mois. Comme on le voit, le fait d'évoquer des problèmes sociaux peut jouer en faveur des malades, les soignants étant souvent sensibles à ce type d'argument qui peut entraîner l'arrêt du traitement.

Les responsables de traitement - un professionnel médical ou social - acceptent des accords pour ne pas perdre le malade qui risque d'arrêter son traitement, plutôt que de se plier aux normes établies. La démarche consistant à se conformer au respect strict des normes professionnelles n'est pas toujours facile pour les soignants qui sont parfois obligés de "s'arranger" avec les patients lorsqu'ils voient, par exemple, qu'ils risquent d'interrompre leur traitement pour pouvoir voyager. On peut alors assister à une sorte de chantage de la part des malades qui disent aux responsables de traitement : *"de toute façon même si vous refusez de me donner les comprimés je partirai en voyage"*. Cette situation est particulièrement fréquente lors des manifestations religieuses comme le Magal de Touba ou encore pour répondre à l'appel du marabout qui demande de travailler pour lui. Dans ces cas de figure, l'argument qui leur est opposé par les personnels de santé, à savoir *"il vaut mieux te traiter et partir, où il vaut mieux être en bonne santé que de suivre le marabout"*, ne tient pas pour le patient.

Négocier à distance

Voici un message écrit par un malade à un responsable de traitement :

*Au Dr. S. À l'hôpital Municipal.
C'est moi M. D. à Kidira qui t'écris cette note. C'est pour ma dotation en comprimés. La dernière fois tu m'avais envoyé pour deux mois. Mais les comprimés sont finis il y a longtemps. J'ai eu des problèmes financiers cause pour laquelle je n'ai pas pu envoyer mon enfant [c'est l'enfant qui venait chercher les comprimés]. Cette fois-ci je veux que tu m'augmentes même si c'est pour un mois. Je veux que tu me donnes pour 3 mois parce que mes moyens sont très limités. Je ne peux même pas assurer mes déjeuners par jour.
Je te salue, je salue ta famille. J'espère que tu comprendras. De Kidira, d'où t'écrit M.D.*

Ce type de demande se rencontre davantage en milieu rural, où l'éloignement entre centres de traitement et zones d'habitation des malades ne facilite pas les déplacements réguliers. Les malades profitent du passage d'un parent en ville pour lui demander d'aller chercher leurs médicaments. Souvent, les soignants acceptent de donner les médicaments avec comme contrepartie que le malade se présente au moment des examens nécessaires au suivi. De cet exemple, il apparaît que le traitement se fait à distance, ce qui peut poser des problèmes dans le suivi du malade (surveillance des effets secondaires ; survenue d'une autre maladie, etc.). Les normes de prise en charge sont ici mises à mal de diverses manières : d'abord le malade a arrêté son traitement pendant une période que l'on peut supposer longue ; la logique médicale serait de demander un examen de crachat pour savoir s'il faut le mettre sous schéma de retraitement ou non, avant de lui donner quelque comprimé.

L'usage des registres sociaux

La négociation déborde le cadre restreint de la relation thérapeutique et s'étend aux milieux de vie des patients. Le fait pour les professionnels de santé de s'inviter dans le milieu social du malade peut être plus pertinent que d'appliquer des normes dans un cadre qui ne favorise pas toujours les échanges. Un responsable de traitement nous racontait : *"Les malades sont très sensibles aux visites ou aux coups de téléphone. Je vais de temps en temps leur rendre visite. Ils se sentent valorisés et te considèrent comme un proche"*. L'enjeu de cette démarche est de contribuer à instaurer une relation de confiance entre soignants et soignés.

Dans certains cas, les processus de négociation font intervenir des registres sociaux comme l'appartenance sociale respective des soignants et des patients. Pour justifier le fait que des comprimés leur sont remis, certains patients évoquent leur appartenance à un groupe social pouvant se permettre de demander tout ce qu'il veut à des personnes d'une catégorie "noble". *"Le vieux S. il vient de temps en temps demander des médicaments. On lui donne pour l'arranger, On lui donne pour éviter la discussion, pour nous débarrasser de lui. C'est un vieux, un "laobé" [groupe social se situant au bas de l'échelle de la stratification sociale dont les écarts sont tolérés dans la société] qui est commerçant au marché à côté et puis dès qu'il se sent soulagé on ne le voit plus"*. Dans ce cas le soignant de la catégorie sociale noble choisit une attitude conciliante "de grand seigneur". Certaines "personnes", dont la preuve de la maladie n'est pas apportée, mais qui ont des examens de crachats positifs ou un diagnostic avéré de tuberculose extra pulmonaire, peuvent bénéficier de traitement alors qu'ils ne sont pas enregistrés. Ils viennent assez régulièrement demander des comprimés "parce que cela soulage la fatigue". Face à la rigidité des modèles organisationnels, les malades,

à l'instar des personnels de santé mettent en œuvre des stratégies de contournement des règles. Souvent, la négociation est mobilisée pour simplifier une démarche sans que la règle ne soit fondamentalement remise en cause. Les structures de santé peuvent alors être analysées comme des lieux de négociation permanente entre personnels de santé, et entre soignants et soignés.

La prise en charge des maladies chroniques : une autre vision des interactions soignants - soignés

De nombreuses études portant sur les interactions entre soignants et soignés dans les structures publiques de santé en Afrique montrent une relative occultation de la personne du malade, une brièveté des échanges, un anonymat, des rapports marqués par de la violence, de l'indifférence, du mépris. Il semble que les conditions de prise en charge spécifiques des maladies chroniques, permettent une meilleure personnalisation des rapports et la création de liens de proximité.

Mes travaux sur la tuberculose et sur le sida, sur lesquels s'appuie cette communication, montrent que la nature de la maladie, la durée du traitement ainsi que le mode d'organisation de la prise en charge modifie les interactions entre soignants et malades. Le sida tout comme la tuberculose sont des maladies chroniques et stigmatisantes auxquelles sont rattachées des perceptions sociales plutôt dépréciatives qui vont interférer avec les procédures de prise en charge purement médicales. Dans ces situations, les dimensions sociales de la maladie sont très présentes pour les soignants et pour les malades. Dans les services spécialisés, au fil des interactions quotidiennes et régulières pendant une durée assez longue, se crée une certaine empathie vis-à-vis des malades. Les relations s'humanisent et se personnalisent au fil des contacts pour déboucher sur des liens sociaux souvent déterminants pour la poursuite ou non du traitement.

De ce point de vue, il apparaît que la gestion de ces pathologies s'inscrit dans une anthropologie des pratiques de soins qu'une chercheuse québécoise, F. Saillant définit *"comme relation, comme construit culturel mais surtout et avant tout comme formes de lien social, comme ensemble de comportements ritualisés et gestes porteurs de symboles, faisant voir que donner des soins c'est fabriquer du lien quand le lien social est rompu ou risque de l'être"* (2006 :165). A partir de là, je vais préciser la manière dont se structurent les relations entre usagers et soignants dans des services de prise en charge de ces maladies chroniques. Un agent de santé témoigne : *"Avant le Traitement Directement Observé, je ne connaissais pas les malades, je ne les regardais même pas. Souvent ils n'accédaient même pas dans le bureau. Ils me remettaient leur fiche de la fenêtre et lorsque j'allais chercher leur dotation, ils attendaient dehors. Il y en a, je ne connaissais*

même pas leur nom ! Mais maintenant je ne peux plus faire cela, je suis obligé de les recevoir dans le bureau, de leur donner leur traitement, de voir s'ils le prennent, etc. Et puis, je discute avec eux, j'en apprends sur eux, comment ils vivent leur maladie, je les mets à l'aise, je les taquine".

Cet exemple montre que le type de prise en charge (avant le TDO, les patients prenaient leurs traitements chez eux), modifie le comportement des personnels de santé qui ne peuvent être indifférents aux personnes qu'ils côtoient quotidiennement. Les règles de bienséance locale (prendre le temps de saluer le malade, de le faire asseoir) reprennent leur place dans les interactions. Les soignants ne peuvent occulter les marques de sympathie exprimées par les malades durant le traitement.

Les relations entre patients et personnels de santé évoluent au fil du temps. L'anonymat du premier contact est remplacé par des rapports plus personnalisés. Il y a dans le discours des soignants une volonté de rassurer le malade, mais aussi de dédramatiser la maladie. De plus, dans les services d'hospitalisation où les patients VIH séjournent assez régulièrement du fait des infections opportunistes, ces malades sont connus, les médecins passent le voir pour les saluer, pour leur manifester du soutien. Souvent, ces malades bénéficient de faveurs : on leur "prête" des perfusions, on leur donne des restes de produit, on les laisse sortir (s'ils en ont la capacité) pour qu'ils puissent aller chercher auprès de parents de quoi acheter leurs ordonnances, on accepte également de les admettre sans accompagnateurs ce qui est le plus souvent impensable pour les autres malades.

Le suivi correct du traitement dépend tout autant de la qualité de la relation avec le soignant que de l'efficacité thérapeutique à proprement parler. En arrêtant le traitement, le malade estime causer du tort au responsable de traitement et se soucie plus de cela que des conséquences pour lui-même de ses arrêts. Ce souci du malade pour le soignant correspond à une attitude que l'on rencontre d'une manière générale au Sénégal et que l'on appelle la "kersa". Il s'agit d'un sentiment de gêne ressentie quand on pense avoir causé du tort à quelqu'un, la personne manifeste alors sa déférence pour contrebalancer la gêne provoquée.

Les contextes et plutôt les circonstances de la prise en charge semblent décrier les rapports entre personnels de santé et malades. Certains soignants n'hésitent pas à puiser dans leurs ressources pour aider les malades. On note donc, au niveau de ces services, des "cercles vertueux" de conduites qui tranchent avec les constats habituellement faits à propos du comportement des soignants dans les systèmes de santé en Afrique.

En effet, plus les rapports de proximité se développent, plus les soignants

débordent de leur rôle thérapeutique en prenant en considération le contexte social et familial du malade. Ils héritent souvent du rôle de médiateur dans des conflits familiaux suscités ou exacerbés par la maladie. Ainsi, les malades mettent le soignant dans l'intimité de leur relation familiale et de leur contexte de vie. Pour les soignants, s'engager dans ce rôle peut-être vécu comme satisfaisant et valorisant, même si ce n'est pas toujours le cas.

La proximité sociale entre soignants et patients contribue au modelage des leurs relations. Habitant souvent dans le même quartier et partageant les mêmes conditions de vie que les malades, ils se sentent assez proches d'eux. Cependant, ceci doit être considéré diversement selon les catégories de soignants dont on parle : infirmiers, agents sanitaires, médecins, etc. Certains versent dans une familiarité parfois intolérable aux yeux des médecins et même pour le patient. Chez les agents de santé communautaires, par exemple, on observe parfois des dérapages, particulièrement au niveau du langage.

Conclusion

En définitive, il apparaît que des interactions soignants-patients soutenues, quotidiennes et sur une assez longue période créent du lien social. Ce type de relation permet une meilleure prise en compte par le soignant du malade et de son milieu de vie. Il favorise un assouplissement - parfois indispensable à une poursuite du traitement - des protocoles et normes de traitement standards. Les incursions médicales dans l'environnement social et familial des malades modifient la pratique des soignants et déterminent de nouvelles formes d'interactions. Les types de rapports ainsi observés se caractérisent par la confidentialité, la déférence ou la cordialité. A l'occultation de la personne du malade qui marque souvent les relations habituelles entre soignants et patients se substituent une humanisation des rapports entre personnels de santé et malades. Ce qui nous amène à penser que la chronicité de la maladie modifie positivement les relations soignants-soignés.

Références bibliographiques

Saillant F, Genest S. (dir.) (2006), *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*, Paris, Economica- Anthropos.,
Strauss A., (1993), *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan.

Continuités et changements dans l'approche psychosociale des relations soignants-soignés

Michel MORIN ¹

Pour ce colloque sur la médecine de proximité, j'ai choisi de partager avec vous quelques remarques et interrogations qui partent d'une question-bilan très générale : qu'est-ce qui change, qu'est ce qui reste pareil du point de vue des sciences sociales dans le domaine des relations soignants-soignés ?

Des approches évolutives

S'agissant de la littérature sur cette question, il reste commode de tracer une ligne d'évolution qui repère trois époques (Adam, Herzlich, 1994) :

- Une époque que les sociologues ont considérée comme marquée par le consensus, l'accord implicite et l'idée d'un équilibre fonctionnel dans les rencontres patients-soignants. Cette époque, localisée aux Etats-Unis dans les années cinquante est marquée par la sociologie médicale de Parsons (1951). Tout est supposé aller à peu près bien alors, d'abord en appui sur les succès et avancées manifestes des techniques et connaissances médicales depuis la deuxième guerre mondiale, en particulier dans la confrontation aux maladies aiguës, ensuite parce qu'on se met assez facilement d'accord sur des principes généraux d'éthique et de déontologie pratique (pour le médecin le principe de neutralité affective, l'universalisme, le désintéressement et l'altruisme ; pour le malade l'obligation de désirer guérir et celle de coopérer à la guérison). A la déontologie officielle du médecin correspond donc une déontologie du malade, implicite mais contrôlée. Pour que ça marche il faut que l'on soit d'accord sur ces rôles et que chacun soit à sa place.

- Une deuxième époque, dans le regard que porte la sociologie médicale sur les relations avec les patients, est généralement citée. Par contraste à la première, qu'elle chevauche ou avec laquelle construit un débat, l'accent est mis sur le conflit de perspective et d'intérêts qui traverse le développement des professions. Pour Freidson (1984), auteur qui domine ce courant d'analyse aux Etats-Unis, les médecins et les profanes n'ont pas et ne peuvent pas avoir le même point de vue. Les médecins défendent d'abord leurs intérêts individuels et ceux de leur profession, les patients profanes sont poussés à la passivité soumise mais aussi au doute, ce qui aboutit nécessairement à des moments de conflictualité.

¹ Laboratoire de Psychologie Sociale de la Santé, Université de Provence et UMR 912 INSERM-IRD, Marseille.

- Une troisième orientation est repérée et définie. Adam et Herzlich l'associent de manière convaincante à la notion de "négociation", elle-même associée à l'idée de trajectoire ou de parcours de soin. Ces approches ont notamment été développées par le sociologue, américain lui aussi, Anselm Strauss (1985, 1992). Placé par l'entrée en maladie sur une trajectoire de malade, le patient circule dans un espace social anxiogène et complexe où les repères manquent et où il faut tout apprendre et surtout entrer en relation avec des personnages multiples qui disposent de pouvoirs et de connaissances mystérieuses et avec lesquels il faut compter et négocier pour réussir dans un chemin indéterminé qui est un parcours à risque.

Ce type de synthèse met en avant des mots-clés comme "consensus", "conflit", "négociation" (auxquels s'ajoute bientôt le mot de "contrat") qui structurent fortement encore le discours contemporain. En France quelques approches plus récentes proposent un recadrage de l'analyse de la relation médecin-malade en prenant un recul philosophique critique. C'est le cas d'un article récent de Jean-Philippe Pierron dans la Revue "Sciences Sociales et Santé" (Pierron, 2007). Pour lui l'essentiel de l'évolution à interroger concerne la "figure du Patient". Qu'en est-il du "Patient" aujourd'hui ? Curieusement dans le code de déontologie médicale et le code de la santé, le "patient" n'apparaît pas. "Il n'y a que des usagers". "Le patient n'est pas un fait" écrit Pierron mais "une idée d'un fait : le vivre et la représentation de la maladie". Interpréter le fait de la maladie sous l'adjectif substantivé "patient" est une manière de comprendre ce qu'éprouver la maladie veut dire (Pierron, p 49). "Nous suggérons, dit-il, qu'il y a malade lorsque le malade donne aux signaux de la biologie la profondeur symptomatologique qui affecte sa biographie et qu'il y a patient lorsque le malade accepte de perdre l'initiative à l'égard de sa maladie, la remettant au médecin qui donne signification au symptôme".

Mais, pour cet auteur, au-delà de cette mise en cause sémantique, l'enjeu le plus marquant des temps modernes est peut-être surtout le remplacement progressif des anciens avantages et inconvénients du paternalisme médical par la construction d'un sujet de droit avec une judiciarisation de la relation soignante. C'est-à-dire avec la possibilité avérée que les patients puissent devenir des plaignants et que la plainte se transforme en plainte organisée.

Un autre aspect sensible de la distanciation relationnelle, qui est moins commenté habituellement tant est devenue évidente sa banalisation, doit être évoqué : c'est l'emprise des médiateurs technologiques dans les rencontres. De plus en plus souvent le consultant n'est pas regardé ou a le sentiment de ne pas l'être : il y a un ordinateur, des machines ou des feuilles d'indicateurs métriques

entre lui et le médecin, ce qui n'est pas sans conséquences sur l'impact et la validation des consultations par le patient lui-même.

Des situations particulières de mise à l'épreuve de la relation de soin : la prise en charge de l'infection au VIH

Pour le Sida, on a coutume de dire qu'il y a un "Avant 1996" et un "Après 1996". Avant 1996, on utilise des médicaments mais on ne dispose pas de traitements qui puissent prétendre à une guérison ou un succès thérapeutique. Après, il y a les multi thérapies et la démonstration de la possibilité d'obtenir le succès thérapeutique en parvenant à rendre la charge virale indétectable. Avant 1996, pour nous, psychologues, socio-psychologues, sociologues, nous étions sollicités pour intervenir comme acteurs de prévention, (on pourrait dire, faute de mieux), puisqu'on disait : *"le seul remède c'est la prévention"* ; *"puisque'on n'a pas encore de traitements, alors aidez-nous à réduire les dégâts, en intervenant côté prévention"*. Les médecins généralistes étaient alors supposés être mobilisés pour aider, autant que faire se peut, à la prévention. On espérait et on attendait beaucoup des médecins de première ligne. "Avant", nous avons pu mener des enquêtes, ici à Marseille dans le cadre de l'Equipe Inserm dirigée par Jean-Paul Moatti (Morin, Obadia, Moatti 1997) et nous avons pu travailler en collaboration avec des médecins pour faire le point. De ces premières grandes enquêtes je peux rappeler trois observations notables pour nos débats d'aujourd'hui :

- malgré les sollicitations qui étaient faites auprès des médecins généralistes, il n'y avait pas un enthousiasme considérable de leur part pour intervenir. Il y avait un engagement en revanche assez fort, et plutôt militant, de médecins qui étaient statistiquement minoritaires. Il y avait aussi de manière globale des réticences et des disputes, par exemple concernant l'étendue et l'élargissement du rôle médical ("ce n'est pas notre boulot de s'occuper de prévention, de social etc...").

- il y avait, phénomène encore sensible aujourd'hui, des manifestations de malaises, voire de rejet, en relation aux types de patients qui étaient associés au risque VIH : toxicomanes, homosexuels, précaires... De nombreux médecins reconnaissaient ainsi des difficultés dans leur confrontation à des publics marqués par des traits de marginalité ou de déviance ou associés à des complexités administratives lourdes pour la prise en charge.

- troisième aspect qu'on pouvait identifier : dans ces situations un peu difficiles, les professionnels mettaient au point des stratégies pour s'adapter et gérer des contacts difficiles avec des patients supposés difficiles. Ces stratégies pouvaient

se traduire dans des principes d'acceptation conditionnelle : ne pas dire non, mais accepter à certaines conditions. *"Moi je veux bien les accepter mais je les prends dans ma clientèle parce qu'ils viennent à moi comme des patients pour un plan médical. S'ils viennent me voir et que je comprends que c'est pour autre chose, non ! Je ne suis pas un dealer !"* (Escaffre et al. 2003).

Après 1996, les choses ont beaucoup évolué, y compris dans le répertoire notionnel qu'ont commencé à utiliser les observateurs, scientifiques ou non. La notion déjà ancienne de maladie chronique a été reconsidérée comme processus temporel dans l'idée de "chronicisation" qui invite à regarder le patient dans un temps long où le but de guérison s'estompe sans être vraiment abandonné. Avec le processus de chronicisation, on rejoint d'autres problèmes comme ceux qui sont posés depuis longtemps par la tuberculose, le diabète ou l'asthme. Et l'on affronte la question de la compliance que nous avons préféré replacer sous les mots d'observance et d'adhésion thérapeutique.

On s'est aperçu en effet que les nouveaux traitements antirétroviraux à efficacité démontrée pouvaient aussi donner des résultats catastrophiques si l'on ne respectait pas les conditions très exigeantes et contraignantes de leur utilisation. On a donc commencé à reconnaître pragmatiquement ces faits et on a pris plus sérieusement en compte le fait que le patient a un rôle à jouer dans le succès thérapeutique.

On a eu alors une prise de conscience de l'importance à accorder au risque d'inobservance. Les médecins ont reçu pour consigne d'intervenir pour aider à repérer l'impact des variations de l'observance thérapeutique sur l'efficacité thérapeutique. Il est devenu essentiel d'encourager à un bon suivi des prescriptions médicales et on s'est efforcé de transmettre ce souci jusqu'à la première ligne. D'autant plus que pour le sida, la notion de traitement à vie a commencé à gagner les représentations professionnelles et profanes, avec de nouveaux rapports au traitement qui supposait de nouvelles connaissances et qui supposait une attention particulière aux effets ressentis comme effets indésirables ou effets secondaires (Préau et al., 2003). Il a donc bien fallu repenser la relation médecin-patient, soignant-soigné en fonction de ces nouvelles difficultés et mettre en place des dispositifs de soutien aux patients pour qu'ils suivent mieux leur traitement (Tourette-Turgis, Rébillon, 2003). Cette fois-ci, il ne s'agit plus d'adopter ou de refuser un rôle de "préventeur" ou d'agent de prévention. Il s'agit de retrouver un rôle médical plus traditionnel de prescription et de suivi du travail du patient en intégrant les paramètres du temps long de maladie.

Les ressentis des soignants et la question de la confiance

C'est dans ce contexte que les sciences sociales de la santé ont tenté, avec un succès limité, de remettre fortement l'accent sur l'importance déterminante de la perception du soignant et de son activité relationnelle. Des recherches de terrain, des enquêtes se sont développées (plutôt difficilement en France) pour tenter de montrer que selon le style médical, la stratégie adoptée dans l'interrogatoire et la consultation, l'information nécessaire pouvait ou non être appropriée par le patient, l'adhésion au traitement s'établir durablement ou non, les résultats des traitements différer très sensiblement. Pour renforcer l'adhésion au traitement, la pertinence du suivi du traitement, la relation a été présentée comme un enjeu essentiel. On a semblé ainsi miraculeusement redécouvrir que le médecin n'est pas seulement un prestataire de traitement, mais quelqu'un qui a de l'influence.

Cette thèse ancienne a été réveillée ou réactivée par de nombreuses données de recherche empirique de la psychologie de la santé (Morin, 2004) et de la psychologie médicale. Par exemple on a montré que le simple contact avec un médecin modifie la pression artérielle des patients qui viennent, ou que la blouse blanche fait monter la pression sanguine ou encore que l'effet "placebo" n'est pas qu'une fantaisie de psychologue désœuvré. Et puis on a pu montrer aussi dans les maladies vasculaires, que quand on compare les patients de ceux qui croient à l'efficacité d'un traitement et les patients de ceux qui n'y croient pas, curieusement les effets thérapeutiques ne sont apparemment pas les mêmes.

Dans le cadre de cette réhabilitation apparente du relationnel ou du lien médecin-malade un autre vieux mot est ressorti à l'occasion des recherches sur le sida et sur la prise en charge du sida : le mot "confiance". La confiance dans le médecin a pu ainsi être utilisée comme facteur explicatif ou déterminant de l'observance (Gauchet, 2005). Plusieurs recherches empiriques ont consolidé ou validé l'hypothèse selon laquelle la perception, sous l'angle de la confiance dans l'autre qui est responsable du traitement, a un impact sur le devenir de l'organisme souffrant et sur son suivi.

Un aspect moins évident de la confiance a également pris une importance marquée : la confiance en soi ou l'estime de soi : "si je ne crois pas que je suis capable, moi le patient, de suivre ce traitement difficile qui m'attend il me sera difficile pendant longtemps d'être un bon observant". Cette idée conceptualisée par le psychologue de l'apprentissage social de Bandura comme sentiment d'efficacité personnelle ou "auto-efficacité" (Bandura, 1995), surtout dans le champ de la prévention primaire, s'est maintenant inscrite comme un axe important dans la recherche des leviers de diagnostic et d'intervention ouverts à

la communication soignant-soigné. Développer une relation, confiante certes, mais aussi développer un renforcement des capacités et des compétences du patient, telles sont quelques-unes des propositions qui sont mises à l'épreuve dans le champ nouveau ouvert par l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique. Cette incitation s'appuie aujourd'hui sur un effort particulier d'analyse et de propositions de formation dans le champ des pratiques de communication (Tourette-Turgis, C., Rebillon, M. 2003).

Des situations dialogue, et d'anxiété réciproque

La relation médecin-malade peut en effet être considérée, en théorie, sinon en pratique, comme un processus de communication et comme un dialogue. Pour mieux comprendre les risques de tension ou de malentendu dans les interactions patient-soignant, certains schémas ont été proposés à discussion. Ainsi un schéma de la psychologie de la santé qui s'appuie sur une dérivation des théories du stress distingue deux voies de communication et d'expression :

- une voie affective qui part d'un besoin d'être soulagé et soutenu. Cet état peut entrer en cohérence avec une réponse de médecin qui se traduit dans un style relationnel-affectif permettant au patient de faire face à l'anxiété (coping centré sur l'émotion);
- une voie "cognitive-rationnelle" qui part d'un besoin de savoir et de comprendre en dominant ses affects. Cette voie peut entrer en résonance avec un style médical expert appuyé sur la transmission de connaissances et sur une volonté de traiter objectivement un problème.

On aurait donc pour le médecin deux types de stratégies de réponses possibles dans des situations stressantes pour le patient :

1/ une stratégie focalisée sur le communicatif, l'informatif, le besoin de savoir du patient, ce qui peut éventuellement être satisfait par le modèle du bon technicien qui connaît bien ses données et les présente clairement ;

2/ une activation de capacités d'écoute, davantage centrée sur le patient et sa situation affective face à la maladie que sur le problème médical per se. Cette dernière orientation de type "Psy" est à la fois assez fréquemment évoquée comme nécessaire et assez rarement mise en pratique pour des raisons qui sont parfois plus liées à des contraintes de temps et de disponibilité, qu'à des choix idéologiques, comme en témoigne cette citation d'enquête d'évaluation suivant

une intervention de renforcement d'observance par mise en place d'entretiens de counseling menés par des infirmières : "... que le docteur quand on vient en consultation, souvent, ils sont souvent à la bourre, on oublie ou ça nous passe par la tête ou qu'on laisse tomber parce que ça va, c'est vrai qu'avec la dame on parle un peu plu , on prend un peu plus de temps, je pense que ça, si y a beaucoup de gens le faisaient ça serait bien (counseling observance, CHU, Nice).

Cette observation apparemment anecdotique réfère à un problème très ancien et très lancinant pour tout projet d'amélioration de la relation soignant-soigné dans les maladies chroniques, longues et définies comme graves : la difficile, voire impossible conciliation entre le niveau des attentes et des difficultés rencontrées par les patients et la disponibilité temporelle objective et subjective des soignants. Les sciences humaines et les media relayent de plus en plus un besoin d'expression de plaintes ou de soucis des malades qu'on essaie de prendre en compte tant bien que mal dans des dispositifs comme les groupes de paroles. L'ennui c'est qu'en parallèle à cette légitimation progressive de la parole des malades ou de la maladie-des-malades on entend monter de plus en plus une autre plainte plus inattendue, celle des soignants et des aidants dont on découvre qu'eux aussi souffrent et ont besoin d'aide ou d'écoute. En témoigne le grand intérêt qu'on donne aujourd'hui aux phénomènes de crise psychologique au travail. Ceci se conceptualise dans les mots de "Burn-out" ou d' "Epuisement professionnel" très répandus chez les soignants et plus généralement dans tous les métiers de la relation, avec des manifestations lourdes d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation, de sentiment d'accomplissement personnel réduit (Truchot, 2004).

A la défiance ou à l'anxiété des patients répond malheureusement aussi le raz le bol de soignants et de médecins de première ligne qui vont se plaindre non seulement de surcharge de travail mais des mauvaises manières de patients qui les traitent moins bien que leurs garagistes. Pour beaucoup, l'agressivité des clients, les visites non justifiées, le harcèlement, le manque de respect, les rendez-vous manqués etc., sont des éléments de situation vécus, à tort ou à raison, comme caractéristiques des métiers de santé aujourd'hui. On a donc à prendre en compte un conflit possible de perspective puisque la relation médecin-malade reste asymétrique et appelle toujours un effort de dépassement de l'écart considérable qui sépare les professionnels et les profanes tant au niveau des connaissances que des contraintes situationnelles. Pour les psychosociologues de la santé cet écart s'inscrit dans une dynamique intelligible si l'on se donne le mal d'essayer de connaître et reconnaître les représentations, les attentes et les croyances des acteurs en relation dans l'échange de soin. Il y a chez les patients comme chez

les soignants des représentations et des pratiques qui ne s'avouent pas et qui peuvent s'opposer sourdement au travail thérapeutique comme le montre clairement la recherche sur l'observance.

Conclusion

Pour conclure, je voudrais souligner trois points dans ce qui appuie (ou devrait à mon avis appuyer) le questionnement psychosocial des relations soignants-soignés :

- La reconnaissance des phénomènes de chronicisation dans la confrontation aux maladies du monde contemporain entraîne une remise en cause des frontières construites et socialement imaginées entre les états de bonne santé et les états de maladie (Morin, 2004). Qu'est ce que c'est qu'un malade, qu'est ce que c'est que quelqu'un en bonne santé ? La réponse n'est pas aussi simple qu'on le pense en général. Cette ambiguïté inquiétante renforce et complique le rôle médical qui assure encore largement les passages et les alternances entre santé et maladie. Dans les pays riches, le vieillissement des populations, même si "la vieillesse n'est pas une maladie" (Coudin, 2005) n'est pas fait pour simplifier le passage des frontières de la santé à la maladie (Bouchayer, 2006).

- Pour important qu'il soit, le colloque singulier médecin-malade est toujours et de plus en plus connecté à des réseaux relationnels complexes, pas directement identifiables ou visibles, mais influents. Le patient est situé dans un système relationnel, le patient n'est pas qu'un individu, il est dans un réseau, dans un système, même si on a le plus souvent qu'un seul individu en face de soi.

- Essayer de se mettre à la place du patient plutôt que vouloir à tout prix prédire son comportement, comprendre plutôt que contrôler, sont des orientations d'apparence utopique aujourd'hui. Mais sans remettre en cause les habitudes de distanciation nécessaires, on doit sans doute continuer à promouvoir une attitude d'empathie sans pathos ou d'écoute active si l'on veut prendre en compte les difficultés et les capacités d'action du patient dans le monde où il vit. L'attention qu'on donne aujourd'hui à des concepts comme la "qualité de vie", témoigne d'un pas dans cette direction (Préau, 2005). Elle désigne aussi le nouveau risque que fait apparaître cette légitimation de la subjectivité du patient : la substitution possible d'un nouvel écran métrique et objectivant au dialogue personnalisé dans le face à face de la consultation.

Références bibliographiques

- Adam, A., Herzlich, C. (1994). *Sociologie de la Maladie et de la Médecine*, Paris, Nathan.
- Coudin, G. (2005). "La vieillesse n'est pas une maladie", *Sciences Humaines*, (48): 20-23.
- Escaffre, N., Morin, M., Souville, M., Obadia, Y., Moatti, J.P. (2003), "Représentations et prise en charge médicale des usagers de drogue", *Psychologie Française*, 47(4): 73-81.
- Bandura, A. (1995), *Self-efficacy. The exercise of control*, New York, Freeman.
- Bandura, A. (2003), *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*, Bruxelles. Bouchayer, F. (2006), "Soigner des personnes âgées : quels effets sur les professionnels de santé?", *Swiss Journal of Sociology*, 32(3): 457-474.
- Freidson, E. (1984), *La profession médicale*, Paris, Payot.
- Gauchet, A. (2005). *Les déterminants psychosociaux de l'observance thérapeutique chez les personnes infectées par le VIH : représentations et valeurs*, Doctorat de Psychologie, Université de Metz.
- Baszanger, I. "Maladies et trajectoires", in A. Strauss, *La trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan, 1992, 143-189.
- Morin, M., Moatti, J.P., Obadia, Y. (1997), *La Médecine Générale saisie par le Sida*, Paris, Doin, Coll. INSERM.
- Morin, M. (2004), *Parcours de santé*, Paris, A. Colin.
- Parsons, T. (1951), *The social system*, Glencoe, Ill., Free Press.
- Pierron, J. P. (2007). "Une nouvelle figure du patient? Les transformations contemporaines de la relation de soins", *Sciences Sociales et Santé*, 25(2): 43-65.
- Préau, M., Lepout, C., Salmon-Céron, D., Carrieri, P., Portier, H., Chêne, G., Spire, B., Choutret, P., Raffi, F., Morin, M., & the APROCO group (2004), "Health-related quality of life and patient-provider relationships in HIV-infected patients during the first three years after starting PI-containing antiretroviral treatment", *AIDS CARE*, 16(5): 651-663.
- Préau, M., Morin, M. (2006), "L'évaluation psychosociale de la qualité de vie des personnes infectées par le VIH", *Pratiques Psychologiques*, (11): 387-402.
- Strauss, A., Fagerhaugh, S., Suczek, B., Wiener, C. (1985), *Social organization of medical work*, Chicago, University of Chicago Press.
- Tourette-Turgis, C., Rebillon, M. (2003), *Mettre en place une consultation d'observance aux traitements contre le VIH/sida. De la théorie à la pratique*, Paris, Comment Dire.
- Truchot, D. (2004), *Épuisement professionnel et burnout*, Paris, Dunod

Un territoire du Sud dans un pays du Nord

Christiane GIRAUD ¹

A partir de mon expérience de médecin généraliste dans les Quartiers Nord de Marseille, j'essaierai de témoigner des difficultés d'accès aux soins des populations immigrées, la principale source de difficulté résidant non pas dans l'aspect financier mais dans l'obstacle créé par la méconnaissance de la langue française. L'ignorance de la langue fait obstacle à la protection sociale prévue pour les populations pauvres et précarisées, mais une fois ce préalable franchi il reste pour les médecins à comprendre et répondre aux attentes de population avec lesquelles la communication par les mots, mettre des mots sur la souffrance, n'est pas possible.

Quelles sont ces attentes ? Quelles places tiennent le corps et la clinique lorsque les mots manquent ? Comment le médecin peut-il répondre à ces attentes ? Comment peut-il se mettre dans une situation d'accueil et de recueil ? Après avoir illustré ces différentes problématiques, j'essaierai de démontrer que les difficultés d'accès à la médecine des immigrés sont des miroirs grossissants des difficultés de l'ensemble de la population. Les quartiers Nord de Marseille où j'exerce la médecine générale depuis près de trente années possèdent des caractéristiques sociales, économiques et humaines qui peuvent les associer aux pays du Sud. Ce sont des quartiers très peuplés, habités par une population très jeune avec une natalité très importante et qui est constituée par des strates successives d'immigrants en provenance d'Afrique, du Moyen Orient. La religion musulmane est largement dominante.

Ces caractéristiques influent sur les problèmes de santé de la population et sur la façon dont nous pouvons y répondre. Pour vous introduire aux difficultés que je rencontre dans ma relation avec mes malades je commencerai par une métaphore. Supposez que vous soyez dans un pays étranger dont vous ignorez la langue, sur un quai de gare, devant prendre un billet pour une destination B.... Les guichets sont fermés, la gare est déserte, pour obtenir votre billet vous avez à votre disposition une machine très sophistiquée dont l'utilisation est basée sur une pratique informatique. Vous ne pourrez obtenir votre billet qu'à plusieurs conditions :

- 1°) avoir une connaissance, au moins par analogie, de ce genre de machine ;
- 2°) pouvoir reconnaître le nom de votre destination ;
- 3°) avoir des moyens de paiement compatibles avec la machine.

Cette situation est pour moi évocatrice de la situation des immigrés (kurdes, tchéchènes, comoriens, ...) qui arrivent par vagues successives dans mon quartier, cherchant à s'orienter dans notre système de santé. Ils ne peuvent pénétrer dans notre système de soins sans la médiation de travailleurs sociaux et des médecins, car la méconnaissance de la langue française renforcée par le décalage culturel fait obstacle à la protection sociale. Pour les personnes aux faibles revenus nous disposons de moyens comme la CMU et l'AME qui résolvent pour une large majorité de cette population le problème de l'accès aux soins mais ils ne s'obtiennent que par la compréhension et le respect d'un cheminement administratif complexe. Aussi je vous ferais cette première proposition : le principal obstacle à l'accès aux soins dans les Quartiers Nord de Marseille c'est l'ignorance de la langue française.

J'ai toujours pu constater que les immigrés, toutes origines confondues, ont une forte attente vis à vis de la médecine et de la médecine française en particulier qui est parée à leurs yeux non seulement des performances de la médecine moderne mais qui est renforcée dans notre pays par le droit reconnu à tout être humain d'être soigné. Il y a donc une forte demande et en ce qui concerne ma pratique ces demandes proviennent d'une population féminine et recouvrent tous les domaines de la gynécologie, de la maternité, du suivi des enfants. Mais une fois l'obstacle de la protection sociale surmonté, l'accès aux soins va se trouver une nouvelle fois perturbé par la méconnaissance de la langue.

Nous nous trouvons, je me trouve dans une relation avec des femmes avec qui la communication verbale est difficile, elles ne parlent que leur langue d'origine et, fait aggravant l'incommunication, la plupart d'entre elles n'ont pas été à l'école dans leur propre pays ou possèdent un très faible niveau d'instruction. En règle générale elles ne savent ni lire ni écrire. On avait l'habitude dans nos années d'études médicales de caractériser ce genre de situation médicale par les termes : examen vétérinaire, sous entendu examiner un patient ou une patiente sans l'aide de la langue revenait à examiner un animal.

Après trente années à soigner ces populations primo arrivantes je me permets de faire une seconde proposition : la clinique médicale est le lieu d'une communication qui passe par les corps. Notre médecine est imprégnée par un dualisme qui oppose le corps et l'esprit, d'un côté le soma de l'autre le psychisme. Par voie de conséquence l'examen clinique sans la communication verbale ne pourra me donner accès à une vraie relation à l'autre et je devrais me cantonner à examiner une masse corporelle à la recherche de signes pathologiques. Mais au XXI^{ème} siècle, n'existe-t-il que cette représentation héritée du passé ? N'avons-nous pas appris à repenser une unité de l'être humain qui passe par le corps ? Je

¹ Médecin généraliste, Marseille, et URML PACA

suis mon corps. La philosophie et particulièrement le courant phénoménologique le dit mieux que moi : *"Le corps est ma manière d'être au monde"*. L'être vivant que je suis est essentiellement un être corporel. *"Nous sommes dans l'existence et à l'existence par notre corps"*. Notre corps est le lieu d'un sujet qui vit sa propre histoire. Il est non seulement une masse charnelle mais il a été façonné par une culture, des rites et des symboles.

Ce n'est pas le lieu ici d'approfondir cette philosophie du corps mais c'est pour vous permettre de comprendre ma troisième proposition sur la façon dont j'envisage la médecine de proximité vis à vis de ces populations : la fonction principale de la médecine générale est une fonction d'accueil et de recueil. Il y a une façon d'accueillir une personne qui va permettre au médecin que je suis d'établir une communication permettant de recueillir, de déchiffrer la demande du patient avant de rechercher signes et symptômes en vue d'établir un diagnostic et de prendre des décisions thérapeutiques. Cette façon de voir et de faire peut paraître bien modeste mais il existe des préalables dans la relation médicale qui si ils ne sont pas accomplis vont être la source de confusion, d'erreurs médicales, de maladies iatrogènes. Notre médecine a atteint un haut degré de développement technologique, mais de ce fait même elle est dangereuse, elle exige de la part des soignants de grandes qualités de discernement.

Les immigrés que j'ai soignés et que je soigne m'ont toujours confirmée dans la nécessité de ce rôle soignant et si parfois je me laisse aller à des sentiments de découragement, de lassitude, ils m'ont toujours donné des preuves d'attachement et de reconnaissance qui m'ont permis de durer dans l'exercice de la médecine générale.

Ils m'ont aussi appris une chose fondamentale : les difficultés que je rencontre avec eux ne sont qu'un miroir grossissant des difficultés rencontrées par l'ensemble de la population qui face à une médecine de plus en plus complexe a besoin d'une médecine de proximité telle que je la conçois.

Je reviens sur la métaphore du début de mon allocution pour vous avouer que j'ai vécu cette expérience, non pas à l'étranger mais dans mon propre pays : J'étais sur le quai d'une gare et je devais obtenir un billet d'une machine très sophistiquée et j'étais perdue. Lorsqu'une voix amicale m'a dit « je peux vous aider ? » Il s'agissait d'une femme SDF fréquentant la gare. Grâce à elle j'ai eu mon billet et elle m'a guidé jusqu'au train que je devais prendre. Elle a rempli pour moi la fonction d'aide et d'accompagnement qui nous revient dans notre système de soins.

Références bibliographiques

Marzano M.-M. (2002), *Penser le corps*, Paris, PUF 2002.

Des relations avec les patients liées au contexte d'exercice

Cément RAZAKARISON ¹

Je suis médecin généraliste, installé à la campagne à Madagascar de 1996 jusqu'en 2002, date où j'ai commencé à piloter le projet d'installation de médecins de campagne malgaches à Antananarivo pour Santé Sud.

Au Nord comme au Sud, les difficultés concernant la crise des ressources humaines de premier niveau, les difficultés des relations soignants-soignés se recourent malgré des différences de contexte. A Madagascar, la médecine de famille ou de proximité que nous sommes en train de construire évolue dans un contexte où les soins sont essentiellement assurés par des agents de santé qui ont des fonctions plutôt administratives consistant à mettre en œuvre des programmes verticaux qui ont été initiés par les partenaires financiers. Une réorganisation a été faite par l'Etat en installant des médecins au premier niveau, mais la fonction n'a pas beaucoup changée car ils sont là pour mettre en œuvre des programmes qui ont encore augmentés : le palu, la vaccination, la peste, la poliomyélite, etc... Salariés de la fonction publique, malgré leur volonté de bien faire, ces médecins s'écroulent sous les rapports qu'il faut remplir tous les mois.

La situation n'a pas beaucoup évoluée pour les malades, sachant que 70% de la population qui est essentiellement rurale n'a accès à la médecine que par l'intermédiaire de ce premier niveau. Avec l'introduction de la médecine de famille - 51 médecins installés à ce jour - notre projet a rencontré plusieurs difficultés liées aux relations avec les administrations sanitaires et entre soignants et soignés. En effet, ces médecins généralistes communautaires sont privés, avec une convention d'association au service public, mais l'administration a encore du mal à reconnaître la notion de médecine de famille qui commence à prendre place dans le système de soin.

Je vais vous parler des problèmes qui se posent du côté des jeunes médecins que nous installons. Tout d'abord la formation et le manque de préparation de ces médecins. Pendant la formation, ils n'ont pratiqué que des stages hospitaliers ou le patient est réduit uniquement à sa maladie, ou la relation est à sens unique : le médecin, chef de service ou assistant, est le maître absolu dans son service, il dicte tout et les patients exécutent. On ne connaît même pas leurs noms, mais

¹ Médecin, coordinateur de Santé Sud à Madagascar.

un numéro ou la maladie. C'est une relation à sens unique. Pendant les stages, les médecins n'ont connu que cette relation alors qu'elle devrait être interpersonnelle, interactive, basée sur la confiance. Ensuite, la déconsidération du métier de médecin en brousse. Historiquement, dans les pays du sud, particulièrement à Madagascar, au niveau de la base du système sanitaire, il y a toujours eu des agents de santé considérés comme des "petits médecins". Les médecins qui vont en première ligne sont en concurrence et se déconsidèrent eux même dès le départ, ce qui accentue encore les difficultés de relations entre soignants et soignés. Enfin, la pauvreté ou la précarité au niveau des structures de soins entraînent, de la part des médecins, une réticence à s'installer à la campagne parce que, se disent-ils, il n'y aura pas de local salubre, pas de matériel, pas d'accès à des examens para cliniques.

Du côté des soignés le fait de payer, même de façon modeste (l'équivalent de 0,60 euro la consultation) pose un problème. Avant, c'était la médecine militaire ou administrative, c'était gratuit. Le fait de devoir payer constitue une barrière, une méfiance de la part des patients au niveau de ces structures de premier contact parce qu'ils sont habitués à une médecine gratuite, à des campagnes de vaccination et de vitamine A faites gratuitement. L'instauration de cette médecine de famille, basée sur la relation de confiance et qui est payante, doit être considérée comme une démarche de soins qui s'inscrit dans une nouvelle relation soignants-soignés.

Voici l'exemple de l'un des médecins que nous avons installé. Au début, il m'a dit : *"je vais y aller et je vais voir après"*. Plus tard, il disait à ses collègues: *"il faut vraiment le pratiquer pour y croire"*. Effectivement ce jeune médecin se sent maintenant chez lui, il est considéré, il gagne correctement sa vie, intégré à sa population. Je crois que son discours illustre cette relation complexe en train de se construire, cette adaptation entre soignants et soignés que je considère comme un processus normal entre deux entités qui se font confiance. C'est ainsi que cette médecine de famille ou de proximité va progressivement s'insérer et s'intégrer complètement dans le système de santé. Voilà ma réflexion après six années de pratique à la campagne à Madagascar.

Merci beaucoup.

Les modes de construction personnalisée de leur métier par les professionnels de santé exerçant en libéral

Françoise BOUCHAYER ¹

Divers travaux antérieurs conduits auprès de plusieurs catégories de professionnels de santé ont fait valoir que soigner autrui ne va pas de soi. Il n'est en effet pas facile, pour les professionnels de la médecine et du soin, d'être confrontés jour après jour et sur la longue durée d'un parcours professionnel - souvent sur plusieurs dizaines d'années - à la présence quotidienne des patients et à la prégnance de leurs demandes, de leurs plaintes, de leurs souffrances physiques, morales et sociales. D'emblée, il s'agit donc ici de rompre avec une impression de *"cela va de soi de s'occuper des autres quand on a choisi le métier de soignant"* et de se positionner à l'encontre du caractère familial ou parfois idéalisé de fonctions comme celles de médecin, d'infirmière ou encore de kinésithérapeute ou de toute autre profession de santé. Cette perspective est en quelque sorte en phase avec les diagnostics de "crise de ressources humaines" et de "relations problématiques soignants-soignés" dont on parle dans ce colloque.

Cette réflexion se fonde sur une recherche conduite auprès de trois catégories de soignants de proximité - des médecins généralistes, des infirmières et des kinésithérapeutes. Elle vise à répondre à la question suivante : comment ces soignants aménagent-ils leur métier, construisent-ils leur style professionnel, mobilisent-ils toute une palette de ressources (qui ne sont pas uniquement de l'ordre de l'expertise savante et technique) pour aménager la "tenabilité", la "supportabilité" de leurs métiers. Je parlerai principalement des médecins généralistes et de ce qui concerne la question de la formation/constitution orientée de la patientèle. Je vais expliquer tout de suite ce que j'entends par là puis je présenterai des témoignages, des exemples regroupés en trois sous-ensembles, correspondant aux débuts de carrière de ces médecins, puis aux cours de carrière et enfin aux fins de carrière.

En ce qui concerne les débuts de carrière, les premières années d'installation en libéral, on peut évoquer le témoignage de cette jeune femme médecin, mère de trois enfants, affichant une orientation homéopathique et ayant créé il y a un

¹ Sociologue, Shady, Cnrs-Ehess, Marseille, et membre du bureau de Santé Sud.

an son cabinet dans une petite ville où deux médecins sur douze venaient de prendre leur retraite. Elle s'est très rapidement constitué une clientèle composée en bonne partie, de jeunes mères et d'enfants. Elle souligne : *"J'aurais difficilement repris une clientèle de médecins âgés, donc avec une clientèle âgée, cela m'aurait été beaucoup plus pénible je pense. C'est vrai que tout construire avec les patients, c'est vraiment très agréable parce que j'ai une clientèle très agréable, des femmes, des enfants, c'est vrai que c'est sympathique"*.

En écho à ce témoignage, j'ai choisi de présenter celui d'une autre femme médecin âgée 59 ans, installée de longue date en milieu rural. Elle évoque ainsi ses débuts : *"Après mes études, j'ai passé un certificat de pédiatrie et j'ai exercé pendant deux ans comme pédiatre. Mais j'ai arrêté car cela ne me convenait pas. Non pas les enfants avec eux ça allait très bien, mais les parents qu'il fallait toujours gérer, je ne les supportais plus. Je me suis ensuite installée ici comme généraliste et cela m'a très bien convenu, cela fait presque trente ans"*.

Deux enseignements peuvent être tirés - sans doute d'autres aussi - de ces témoignages. Tout d'abord les généralistes mettent souvent en œuvre de façon plus ou moins marquée, ce que certains auteurs appellent des spécialisations informelles, et que je qualifie pour ma part de "systèmes de préférence". Ces orientations passent notamment par la constitution d'une patientèle qui correspond soit pour l'essentiel, soit pour partie, à ce qu'ils souhaitent exercer comme type de médecine, et comme type de pratique (j'emploie indifféremment les termes de patientèle ou de clientèle). En second lieu, une analyse approfondie montre que ces phénomènes sont la résultante d'un faisceau de déterminants, d'une pluralité de facteurs parmi lesquels des facteurs d'ordre personnel, au sens large : origine sociale, socialisation familiale, dimensions sociales classiques comme celles dont on a parlé ce matin - l'âge et le sexe, etc. Ces manières dont les soignants construisent progressivement leur métier renvoient à des processus complexes, sans aucun automatisme, tel paramètre ou tel facteur pouvant être associé à un effet donné, ou à son contraire. Les deux exemples cités l'illustrent bien : le fait d'être une jeune femme ne signifie pas pour autant que l'on apprécie forcément de soigner des jeunes femmes et des enfants.

Pour ce qui se rapporte aux cours de carrière, j'évoquerai le cas de ce généraliste de 46 ans, installé depuis trois ans dans une ville de taille moyenne, après 15 ans d'exercice dans une toute autre région. *"Je suis venu ici rejoindre un confrère déjà installé et dont le collègue était parti. Nous cherchons à développer trois types de clientèle même si nous avons une diversité de patients plus large - la pédiatrie, la prise en charge médico-psychologique des adolescents et la traumatologie du sport"* (son cabinet est situé dans une région où sont pratiqués toute l'année des loisirs

de montagne). Tandis que les deux premières orientations lui étaient familières, il s'est plus récemment formé, au contact de son collègue et par le suivi de sessions spécialisées, à la traumatologie du sport.

Un autre généraliste, âgé de 44 ans, après avoir exercé pendant dix ans en milieu hospitalier en service de réanimation, s'est installé en libéral en optant pour une médecine lente ; il fait des consultations de quarante cinq minutes et a choisi le secteur 2 à honoraires libres pour pouvoir adapter ses honoraires à ce rythme de travail inhabituel. Son activité s'apparente à celle d'un psychiatre ou d'un psychosomaticien. Il a repris la clientèle d'un médecin plus classique qui prenait sa retraite et, en quelques années, cette clientèle s'est en grande partie renouvelée.

On pourrait déployer à l'infini les exemples illustrant ces phénomènes d'appropriation-personnalisation du métier et d'élaboration évolutive de systèmes de préférence. Certains praticiens acquièrent en cours de trajectoire des formations diplômantes (des diplômes universitaires souvent) en fonction de leurs centres d'intérêts particulier, d'autres choisissent des formations continues en conséquence : toxicomanie, gérontologie-gériatrie, médecine du sport, etc. ou encore toute la gamme des modes d'exercices particuliers (les MEP), notamment les médecines hétérodoxes dites douces, différentes ou parallèles : homéopathie, acupuncture, ostéopathie, naturopathie etc.

A propos des fins de carrière, on évoque souvent le profil type du médecin "qui-a-vieilli-en-même-temps-que-sa-clientèle". Ce cliché correspond malgré tout à une réalité fréquemment observée, même si bien sûr, dans la réalité, les choses ne sont pas aussi homogènes ni univoques. Un médecin généraliste de 62 ans souligne ainsi : *"Je connais une bonne partie de mes patients depuis très longtemps, beaucoup sont maintenant retraités, moi je le serai bientôt ; en attendant on forme, en quelques sorte, une bonne petite équipe"*. Ce médecin dit souhaiter ne plus faire de pédiatrie ou de gynécologie et il ne prend plus de patients relevant de ce type de soins.

Dans tous ces phénomènes et processus, on retrouve la question des interactions avec les patients et de la nécessité d'ajuster, sur le cours d'une trajectoire professionnelle, ses propres convenances avec celles des patients, qui eux aussi, choisissent leur médecin et leur type de médecin. Tout patient qui voit en effet un médecin pour la première fois peut continuer, ou non, à le voir et tout patient peut décider de changer de médecin, à tout moment. Les systèmes de préférence dont j'ai parlé à partir du point de vue des professionnels sont en fait aussi la résultante des systèmes de convenance respectifs et associés des professionnels et des patients.

Il me paraît important de souligner qu'il ne faut pas assimiler ces phénomènes de construction personnalisée du métier avec ce qui relève des comportements, assez bien documentés par ailleurs, de sélection ou le filtrage social de la clientèle. Ceux-ci consistent, de diverses manières, à s'orienter vers une clientèle de milieu médian ou aisé, éduquée et qui ne pose pas trop de problèmes liés au fait de ne pas être de la même culture ou d'être dans des situations de vies difficiles ou encore d'être à la CMU, etc. Construction personnalisée du métier et sélection sociale de la clientèle correspondent à des processus qui se recoupent en partie mais qui ne sont pas assimilables l'un à l'autre.

Les marges de manœuvre dont disposent les médecins généralistes pour construire progressivement un mode de pratique satisfaisant se retrouvent chez les professionnels libéraux paramédicaux, les infirmières et les kinésithérapeutes notamment. Cela peut surprendre à premier abord, puisque ces professionnels travaillent sur prescription médicale. Mais eux aussi disposent de diverses possibilités pour façonner leur métier d'une manière qui leur convienne (Bouchayer, 2008).

L'enseignement général a retiré de tout cela - et pour fermer la boucle par rapport à ce que je disais en début d'intervention - est que la possibilité de pouvoir élaborer de manière personnalisée et évolutive la fonction de soignant de proximité contribue très fondamentalement à l'aménagement de la tenabilité du soigner autrui, à la prévention de l'épuisement professionnel et par là à l'instauration de relations soignants-soignés pas trop problématiques et si possible plutôt, voire tout à fait satisfaisantes.

Références bibliographiques

- Bloy G. (2006), "La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien", *Revue française des affaires sociales*, n° 2, Janvier-Mars, 103-125.
- Bouchayer F. (2008, sous presse), "Un regard transversal sur la fonction soignante de proximité : médecins généralistes, infirmières et kinésithérapeutes libéraux", dans Bloy G. et Schweyer F.-X., *Médecins singuliers au pluriel. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, éditions EHESP.
- Bouchayer F. (2006), "Soigner des personnes âgées : quels effets sur les professionnels de santé ?", *Swiss Journal of Sociology*, 32 (3), 457-474.
- Hardy-Dubernet C., Faure Y. (2007), *Le choix d'une vie ... Etude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue des épreuves classantes nationales 2005*. Téléchargeable sur www.sante.gouv.fr/drees/index.html.
- Vega A. (2007), "Perceptions du travail et identités professionnelles chez les médecins salariés et libéraux", *Dossiers solidarité et santé*, n° hors série. Téléchargeable sur www.sante.gouv.fr/drees/index.html.

Le médecin de campagne et ses interlocuteurs : administrations, familles patients, tradipraticiens...

Seydou KONATE ¹

Je suis médecin de campagne, à 450 kilomètre de Bamako, au sud du Mali dans un village de 12 000 habitants environ. Je ne reviendrai pas sur l'organisation de la santé au Mali et à Madagascar qui a bien été expliquée par mes confrères Seydou Coulibaly et Clément Razakarison.

La médecine de campagne n'a pas qu'une fonction dévalorisante, au contraire. Maintenant, au Mali, la plupart des communautés demandent à avoir un médecin parce que c'est une expérience qui marche très bien. On a bien compris aussi que lorsqu'un médecin est présent, il y a beaucoup d'indicateurs de santé qui évoluent favorablement. Concernant la relation soignants-soignés, plusieurs facteurs influent sur cette relation, politiques et administratifs d'une part, socio-culturels d'autre part. Par exemple, il existe un paquet de soins réglementaire pour les infirmiers (PMA = "paquets minimum d'activité") mais qui ne satisfait pas les médecins. On est en conflit permanent avec le système administratif pour changer cette règle lorsque c'est un médecin qui exerce dans une localité. Cela crée un problème relationnel entre les médecins de première ligne qui sont sous contrainte et l'administration.

Sur le plan culturel, certaines maladies sont considérées comme des maladies non médicales, on estime qu'il faut les soigner traditionnellement, c'est le cas de la plupart des maladies chroniques. Avec la présence de médecins, ces comportements changent parce que le médecin est capable d'expliquer les choses, et de faire le diagnostic. Il y a aussi des malades qui se présentent et qui réclament uniquement un médicament injectable, parce qu'ils sont habitués à ça, mais pour une infection pulmonaire par exemple, une injection ne suffit jamais ! Mais avec l'agent de santé il y avait une seule injection et ils partaient. C'est pour dire que ces comportements nous ont créé beaucoup de problèmes par rapport à la prise en charge de nos malades. Parfois c'est l'Etat qui perturbe la relation lorsqu'il décrète la gratuité pour la prise en charge de certaines maladies dans le cadre des programmes verticaux qui sont imposés sans discussion.

Sur le plan social, on sait bien que chez nous, en Afrique, il n'y a pas de sécurité sociale, les gens sont pauvres et le recours aux soins n'est pas évident. Là où

¹ Médecin généraliste, membre de l'association des médecins de campagne du Mali.

j'exerce, les gens ne sont pas si pauvres parce que c'est une zone cotonnière, mais les autres facteurs existent, en particulier le problème des grandes familles : si tu es malade ou bien ta femme est malade, tu ne peux pas partir au centre de santé, il faut que le chef de famille te donne l'ordre, et il n'est pas toujours présent ou d'accord. Cette situation peut devenir dramatique lorsque vous avez un cas de palu grave par exemple, une convulsion à la maison, un accouchement difficile. Le taux élevé de mortalité infantile et le taux élevé de mortalité maternelle sont dus à ce contexte social qui est là... le mari souhaiterait amener sa femme au centre, il a confiance mais il n'a pas le droit de le faire. Si la maladie est classée par la tradition comme une maladie qui n'est pas médicale, les gens ne peuvent pas venir et sont obligés d'aller voir le tradipraticien. On est obligé de composer avec les tradipraticiens, de les respecter de s'entendre avec eux afin qu'ils puissent orienter les malades.

Malgré tous ces problèmes, la médecine de campagne devient une réalité chez nous mais il faut que tu t'engages à rester sur place : *"je suis prêt, je veux venir à la campagne"*. C'est à cette condition que tu deviens capable d'affronter ces problèmes et que tu es en mesure de les résoudre. On a un dialogue permanent avec nos patients, par exemple quand je dis à une mère : *"le problème de ton enfant c'est la malnutrition"*, elle répond : *"non il mange bien de tout, il n'a pas ceci"*, et je dis : *"il mange en quantité mais pas en qualité"*, alors la dame m'écoute car elle a confiance. A une autre je dis : *"pourquoi tu ne prends pas l'eau potable"* et on discute. Ça veut dire que je suis impliqué et ça marche. Le Sida existe chez moi, la tuberculose existe chez moi, j'ai la chance d'avoir un petit laboratoire. Je fais le dépistage et la prise en charge, cela réduit le coût pour les malades en leur évitant des kilomètres pour aller en ville.

Je vais conclure en disant que la médecine de campagne, c'est un métier où l'on est totalement lié, mais lorsque vous êtes lié à votre population qui est là, ça veut dire qu'elle vous considère, qu'elle est d'accord avec vous. Du coup vous devenez un acteur du développement, vous vous souciez de la population, vous ne pouvez même plus vous en séparer.

Je vous remercie.

3^{ÈME} PARTIE

TABLE RONDE

La médecine de proximité, un métier toujours à construire ?

Si les systèmes de santé sont partout objets de réformes, il reste que les populations, au Sud comme au Nord, manifestent une attente particulièrement forte vis à vis de ce qu'on pourrait appeler la "permanence – qualité" des soins de proximité.
Et si l'évolution se fait partout vers l'encadrement des pratiques au nom de la qualité, le registre relationnel de cette qualité reste problématique à bien des égards.

Comment la médecine de proximité peut-elle s'inscrire dans la réalité des territoires, au Nord, lorsqu'on sait que le nombre de médecins en France va diminuer de 15 à 20% dans les vingt années à venir ? Et au Sud, où la sous-médicalisation perdurera malgré des effectifs plus nombreux mais encore insuffisants et mal répartis ?

Quelles réponses peuvent être envisagées pour les années à venir ?

Dominique DESPLATS¹, animateur de la table ronde

Nous allons ouvrir la table ronde qui va conclure cette journée avant le film "Toro Si Té» qui passera immédiatement après. Chaque personne ici va essayer de dire ce qu'il a retenu de la journée ou du moins, en fonction de sa position, de son expérience, ce qu'il considère comme étant particulièrement important. Autrement dit, lancer des pistes de réflexion sur la question posée : "la médecine de proximité, un métier toujours à construire ?"

Effectivement ce métier, la médecine de proximité ou de famille, de campagne, de quartiers - peu importe comment on la nomme - s'est-il édifié une fois pour toute ou doit-il évoluer ? Et, si oui, de quelle façon ? Si on parle de ce sujet, la construction, je pense qu'il faut s'interroger sur l'historique de cette construction, et puisque nous sommes dans un dialogue nord-sud, prendre conscience que la construction de la médecine a été très différente en Europe et en Afrique : elle s'est faite quasiment à front renversé. En effet, au nord, la médecine s'est construite autour de la médecine de proximité, cette médecine de campagne, de famille, des quartiers, toute cette tradition illustrée par le médecin de Balzac, avec l'hôpital qui n'était pas un centre hospitalier à l'époque, mais l'hôpital de la pitié, l'hôpital de la charité, un Hôtel-Dieu où les médecins allaient soigner les pauvres avant de retourner dans leur quartier pour soigner leur propre clientèle. La médecine en France et en Europe s'est construite autour de cette médecine de proximité qui a, chez nous, une forte légitimité en raison de ce passé. Les choses ont changé dans les années soixante avec l'apparition de la spécialisation, la réforme hospitalière, le plein temps, les technologies, et puis la sécurité sociale qui a entraîné une certaine bureaucratisation. C'est à partir de là qu'il y a eu déclassement de la médecine de proximité. On est devenu - Aline MERCAN l'a souligné - généraliste par défaut. Le métier a été fortement déconsidéré en regard des spécialistes et des hospitaliers.

Au sud, la médecine s'est construite différemment. Avec la colonisation, c'est un modèle importé, d'emblé administré, fortement hiérarchisé qui s'est imposé. Nos amis du sud l'ont dit toute la journée : l'administration est là, pesante, qui décide de tout. C'est l'administration qui est légitime et non les médecins praticiens. Aujourd'hui, l'administration coloniale a été relayée par l'administration du pays qui se comporte comme une véritable aristocratie que Mebtoul appelle la "bureaucratie difforme".

Pour résumer, au nord, la médecine de proximité garde une réelle légitimité : on parle du médecin traitant, du médecin coordinateur de soins, on crée une

spécialité. Elle reste importante dans nos pays et garde une certaine autonomie professionnelle, avec des médecins qui représentent une force. Par contre, elle a aujourd'hui un problème d'identité lié à une image qui est devenue plus négative, ou du moins problématique. C'est là que la question se pose d'un métier toujours à reconstruire et c'est peut être autour d'une nouvelle identité que la médecine de proximité devra évoluer. Au sud, par contre, la médecine de proximité n'existe pas. C'est l'Etat, via l'administration et la fonction publique, qui a la légitimité. L'identité de la médecine de proximité est en construction, non sans difficultés : on l'a entendu à travers la parole des médecins de campagne du Mali et de Madagascar.

La population, elle aussi, a évolué au sud comme nord : elle est de plus en plus exigeante. Au sud, dans ces deux pays que je commence à bien connaître, on n'imagine pas combien cette évolution est rapide avec la radio, la télévision, les émigrés qui reviennent etc. Et au nord aussi, une exigence qui nous est parfois pénible parce qu'on la trouve justement... trop exigeante ! Que disent ces populations, aussi bien au nord qu'au sud : "on veut plus de proximité !". Une accessibilité humaine accompagnée d'un fort désir de relations personnalisées qui ont tendance à se perdre avec la technologie moderne. Et puis aussi, la permanence et la continuité des soins ce qui a bien été montré. Qui n'a pas entendu ce genre de remarque : "on avait une urgence, on avait un problème, et on n'a pas réussi à trouver un médecin !", avec quelquefois des histoires qui se terminent de façon dramatique ? Oui, les contextes évoluent, les états d'esprit changent, on ne peut plus faire comme avant, le vieux médecin de famille est sans doute dépassé etc... Mais je crois qu'il faut bien réfléchir à ces problèmes de continuité, de permanence des soins, de disponibilité qui restent pour les patients au cœur de leurs attentes.

Je vais passer la parole, dans l'ordre, à Mohamed Mebtoul que je ne présente plus puisque il a parlé à la première session.

Mohamed MEBTOUL²

Concernant la profession médicale, parler de la construction, pour moi, c'est parler d'une construction sociopolitique de la médecine car, indéniablement, on voit bien que la profession médicale ne s'inscrit pas seulement dans l'acquisition d'un savoir. J'insisterai sur ce marquage sociopolitique : quand on pratique, on est soumis aux contraintes d'un espace, un espace construit par une administration, par le politique etc. Ce n'est pas simplement le champ médical qui construit la profession médicale mais toute la société. Les institutions construisent la profession dans une société donnée. C'est important de le dire : même si il peut y avoir une relative

¹ Médecin, conseiller projets à Santé Sud

² Anthropologue, Groupe de recherche en anthropologie de la santé (GRAS), Université d'Oran, Algérie

autonomie, il y a un cadrage important qui va marquer profondément la régulation d'une profession, la profession médicale en l'occurrence.

Deuxième élément à souligner dans la régulation de cette profession, on l'a vu aujourd'hui dans les exposés : les arbitrages familiaux vont jouer un rôle important, particulièrement en Afrique. Dans la stratégie de régulation dont a parlé tout à l'heure notre amie de Toulouse, on voit bien que les stratégies familiales ont un impact sur les modes de régulation ce qui illustre bien la complexité de cette profession médicale.

On a beaucoup parlé du médecin mais il me semble que le médecin, on l'a vu aussi, diffuse un savoir, des techniques, mais ce n'est pas seulement celui qui diffuse une expertise : il est aussi porteur d'une histoire personnelle et familiale et c'est important de le resituer dans son histoire personnelle. Il est également citoyen d'une société. Autrement dit, il est porteur d'une subjectivité dans sa relation avec le malade. Et il faut tenir compte de cette subjectivité car elle entraîne des situations très variées, des relations particulières. Cette posture du médecin est là, liée à son histoire, liée à son rapport à la société. Ces éléments sont nécessaires pour comprendre le rôle du médecin dans sa société. On ne peut pas l'enfermer uniquement comme un expert porteur d'un savoir, il fait aussi partie de la société.

Dans la relation médecin-malade, on l'a bien située ce matin – et Michel Morin l'a souligné – il y a des éléments externes qui vont concourir à la construction de cette relation. Il y a des contraintes administratives comme dans les pays du sud, des contraintes financières qui vont avoir un effet positif ou négatif sur cette relation médecin-malade. A un moment donné, il faut prendre du recul pour voir quelles sont les contraintes et les éléments qui vont conditionner ce type de relation qui n'est pas seulement une relation au sens d'une interaction interpersonnelle stricte. Je forme des médecins au regard anthropologique mais, quand ils retournent dans la pratique, est ce qu'il n'y a pas un retour vers la routine, vers une pratique aveugle ? C'est important la formation mais attention, quels sont ses effets sur la pratique ? Comment pérenniser une action de formation ? Après la formation, ils sont très optimistes, ils veulent faire des choses mais comment cela va-t-il se traduire face aux contraintes de la réalité quotidienne ? L'un des enjeux implicite au fond, est le suivant : comment construire une dynamique horizontale ?

Ce que j'entends par dynamique horizontale, c'est faire en sorte que les médecins, mais aussi d'autres disciplines, d'autres chercheurs, puissent travailler ensemble dans une relative autonomie. Au fond, l'un des enjeux, surtout dans les pays du sud, est de parvenir à construire une profession médicale autonome. Mais comment

arriver à ce que les acteurs soient autonomes par rapport aux contraintes dont j'ai parlé ? C'est la question de fond aujourd'hui. C'est vrai qu'il y a du pragmatisme dans la pratique médicale, le médecin généraliste souhaite que le malade s'adapte à lui mais il faut peut être inverser, penser à la façon dont le médecin peut s'adapter aussi à la situation pour essayer de prendre en compte le langage propre des patients, leurs pratiques, leurs contraintes, etc. ? Se dire : "je vais à la rencontre d'une société, comment la comprendre de l'intérieur, comment puis-je m'adapter à cette société ?". Je vous remercie.

Dominique DESPLATS

Tu nous as dit des choses très intéressantes, en particulier sur le difficile équilibre entre la construction socio politique qui est incontournable et une nécessité d'autonomie pour pouvoir travailler entre professionnels. Au Mali et à Madagascar, c'est pour cette raison que nous avons mis en place des groupes de travail, par exemple des groupes d'actions - recherches en réseau sur les maladies chroniques comme l'épilepsie. A Madagascar, ce sont des groupes de formation continue entre pairs pour créer du lien à l'intérieur de la profession et une certaine capacité de réflexion et d'autonomie par rapport à la puissance publique qui est omniprésente. C'est effectivement très important : après la formation initiale il faudrait des dispositifs comme ceux là pour permettre aux soignants de se remettre en question et de réfléchir sur leur pratique. Je passe la parole maintenant à Luc Perino, médecin généraliste, toujours en exercice, qui est aussi écrivain.

Luc PERINO³

Je vais parler du nord que je connais mieux, bien que j'ai travaillé dans le sud puis que j'ai été médecin en Afrique sub-saharienne pendant cinq ans, mais je ne suis plus retourné depuis 1978. Je suis médecin généraliste à Lyon et j'ai pris la peine de descendre du vélo pour me regarder pédaler. C'est-à-dire que, depuis quelques temps, je réfléchis à la médecine et à son évolution, raison pour laquelle j'ai été très passionné par ce qui s'est dit aujourd'hui. Je souhaite faire plusieurs remarques sur ce dont on a beaucoup parlé, concernant les problèmes de démographie médicale. Je pense, en fait, qu'il y a très largement assez de médecins généralistes si les médecins généralistes ne font que du soin primaire. Mais il faut définir le soin primaire. Pour moi, lorsque quelqu'un qui vient me voir parce qu'il a un problème, c'est le fait que lorsqu'il me quitte - après quinze, vingt minutes, une demi heure – cette personne se sente un peu mieux que quand elle est rentrée. Un peu mieux parce qu'elle a été rassurée, un peu mieux parce que je lui ai incisé son abcès, un peu mieux parce que je lui ai donné la suite sur ce qu'il va lui arriver dans les jours

³ Médecin généraliste et écrivain, Lyon

à venir, un peu mieux parce que je lui ai laissé mon numéro de téléphone et qu'elle ne se sent pas abandonnée. C'est cela ma définition du soin primaire. Et ce type de soin primaire concerne beaucoup de domaines de la pathologie et, à mon avis, peut répondre à 98% des problèmes.

Mais il y a deux autres types de patients qui viennent à mon cabinet aujourd'hui qui ne sont plus des gens pour moi, médecin clinicien formé pour le soin primaire : ce sont des patients piégés par le système médical que j'appelle les fantassins du système. Ils sont rentrés dans les arcanes de toute la machine médicale : ils suivent leurs examens, ils vont de spécialistes en techniciens, ils sont souvent très disciplinés, porteurs de leur diagnostic, de leur cancer, de leur maladie chronique et ils sont complètement normalisés par le système. De temps en temps ils reviennent vers moi, spécialiste du soin primaire, parce que justement ils ont eu un ennui dans ce système et je redeviens le recours. Je dois soigner les effets secondaires de la chimiothérapie ou autre chose. Bien sûr, on est là pour ça aussi, mais ils sont de plus en plus nombreux. Nous devons aussi protéger les patients contre les excès de la médecine. Ce n'est plus du soin primaire, mais un autre type de soin qui est nouveau et auquel on doit faire face.

Et puis il y a un troisième type de soins auquel on doit faire face qui concerne des gens en bonne santé, qui sont très bien dans leur peau, tout va bien, mais il faut à tout prix leur donner un diagnostic puisque l'essentiel de la médecine, aujourd'hui, c'est de procurer des "objets maladies" aux gens qui n'en ont pas. Si vous écoutez la radio, ou la télévision, on vous dit : "attention vous avez certainement un diabète, ou une dépression, vous avez certainement des tas de maladies qui n'ont pas été diagnostiquées. Allez vite chercher cet "objet maladie" qui vous manque, allez chez votre médecin, il va le trouver, il va vous le donner ! Il y a ainsi toute une publicité pour nous envoyer des gens bien portants. Ce n'est pas du soin primaire, c'est du non soin, de la non maladie, mais on est envahi par ces gens là.

Je pourrais donner des tas d'exemples pour vous montrer que, maintenant, vous venez pour quelque chose et vous repartez avec autre chose. Par exemple, ce patient qui est allé voir un dermatologue avec un kyste sébacé, c'est du quotidien, un petit abcès de la peau avec du sébum dedans que, bien sûr, la plupart des médecins, (je pense encore) savent inciser et traiter car c'est très simple. Mais on ne va plus voir un généraliste pour un kyste sébacé ! Il est allé voir un dermatologue qui lui a dit : "ah ! non, je n'incise pas, il faut aller voir le chirurgien à l'hôpital". Par contre le dermatologue lui a regardé les tâches dans le dos et lui a dit " il faudra surveiller parce qu'elles peuvent devenir cancéreuses". Le patient est venu avec un kyste sébacé et il est reparti avec une suspicion de cancer de la peau. C'est pour

vous dire que, maintenant, on donne des objets maladies aux gens en permanence et le médecin doit se débrouiller mais c'est très difficile de protéger nos propres patients de la médecine - de les empêcher de rentrer dans cette moulinette - parce qu'il y a les médias qui travaillent pour les faire entrer dans ce système.

On est très loin du sud, je suis dans le nord, dans un pays plus que gavé de médecine. L'important pour moi, c'est la réflexion que nous avons tous à mener avec nos patients qui, chose étonnante, comprennent souvent très bien quand je tiens un discours comme celui-ci. Les patients ont tout à fait compris que le système est en train de dérailler quand on parle avec eux. Mais cela, nous prend un temps incroyable, du temps que nous perdons pour le soin primaire, et c'est un peu paradoxal par rapport au sud où il manque des moyens des plus élémentaires. Là bas, ils sont entrain d'essayer de construire le soin primaire alors qu'ici, nous on essaie de le remettre au centre de la médecine parce que il est devenu la portion congrue entre ces fantassins de la médecine comme je disais et le dépistage abusif et ces non-maladies que l'on tient absolument à donner aux gens.

Dominique DESPLATS

Auguste Comte, père de la sociologie, disait qu'on ne peut pas à la fois marcher dans la rue et se regarder par la fenêtre. J'ai l'impression que toi tu y arrives, bravo ! Tu n'es pas si loin du sud parce que l'exemple que tu viens de donner les médecins de campagne, au Mali et à Madagascar, le vivent tous les jours à travers les programmes verticaux qui leurs sont imposés, concoctés à Washington ou à Genève par les grandes organisations internationales. On fait un programme avec un protocole X ou Y pour telle maladie, puis ensuite un autre, puis un autre et, en bout de chaîne, les maladies qui ne concernent pas les programmes verticaux n'intéressent personne. Dans les structures de soins primaires dont tu parles on soigne les cas qui entrent dans un , si non on ne s'y intéresse pas. C'est la raison pour laquelle les maladies chroniques sont délaissées à part le VIH et la tuberculose qui ont des conséquences internationales. Les autres maladies chroniques sont négligées dans les pays du sud alors qu'elles représentent 60% de la mortalité générale. Je vais passer maintenant la parole à Annick Wostyn qui est infirmière. Elle exerce en libéral dans la Drôme et elle est, en plus, un membre actif de Santé Sud, ancienne présidente.

Annyck WOSTYN⁴

Je suis infirmière libérale depuis trente trois ans maintenant, installée en moyenne montagne dans la Drôme, en zone rurale. Je me suis permise pas mal d'escapades

⁴ Infirmière libérale, Drôme, Vice Présidente Santé Sud

quand même parce que trente trois ans au même endroit, ça peut lasser si on ne fait pas d'autres choses : on se sclérose et on n'a plus du tout de recul. Donc entre le SAMU 38, les remplacements à l'hôpital, des formations universitaires et, surtout, différentes fonctions et de nombreuses missions à Santé Sud, je peux dire que j'ai un regard assez éclectique sur la profession d'infirmière. Je suis ravie que ce regard puisse être entendu ici, dans une assemblée qui est particulièrement médicale. Les paramédicaux doivent être reconnus comme un chaînon important dans la chaîne de soin. J'aime expliquer que la prise en charge du soin est une chaîne qui est faite évidemment de chaînons, et s'il y a un chaînon manquant, et bien ça ne va pas. On est tous aussi importants les uns que les autres, à des endroits différents mais l'importance est la même.

Les professions libérales sont par définition individualistes, chacune tenant à son pré carré, à ses prérogatives, elles ont beaucoup de difficultés à travailler ensemble. C'est vrai qu'il y a des évolutions mais c'est encore très présent : il suffit de voir le nombre de cabinets qui sont encore composés d'une seule personne, cabinets médicaux ou cabinets d'infirmières ! On commence seulement à voir apparaître des cabinets de groupe de médecins, des maisons médicales, le travail en réseau ... L'infirmière est faite pour exécuter, elle n'a pas à réfléchir, elle est là pour faire ... C'est un peu caricatural mais on le voit encore : les ordres que donnent les médecins ne doivent surtout pas être discutés, lui seul à la science infuse. Les infirmières ont aussi leur responsabilité dans l'histoire, car elles ne demandent pas forcément à être formées pour avoir des compétences complémentaires. Finalement, pour certaines, c'est sécurisant de recevoir un ordre et de l'exécuter sans trop se mouiller. Mais maintenant, des infirmières se forment, on en voit dans les diplômes universitaires ouverts aux infirmières et aux médecins, ou il y a d'ailleurs une forte majorité d'infirmières. Les médecins ont beaucoup plus de difficultés : ne veulent-ils pas se mélanger à des infirmières ? Etant peu nombreux, ont-ils moins le temps de se former ? Je n'ai pas de réponse.

La complémentarité entre infirmière et médecin me semble indispensable étant donné l'évolution des demandes. Par exemple, les patients quittent de plus en plus rapidement l'hôpital, ils sortent avec une injection, une réfection de pansement et on ne leur a pas donné les médicaments. Ils ne savent pas trop comment faire, téléphonent à l'infirmière. Et c'est elle qui a souvent le premier contact. Il y a aussi l'allongement de la vie et la demande des personnes âgées de rester le plus longtemps possible chez elles. Un problème de santé publique qu'il faut prendre à bras le corps, ou les infirmières ont vraiment leur rôle à jouer tout en étant conscientes que c'est le médecin qui est le chef d'orchestre.

Avec le développement des matériaux mobiles, il est possible de prendre en charge des cas très lourds, les comas, les fins de vie. La relation médecin-infirmière-famille s'avère indispensable en lien avec le réseau des soins palliatifs. Il y a aussi la prise en charge des maladies chroniques, avec un changement comportemental des patients. On dit aussi clients, le terme me gêne, mais toujours est-il qu'il y a vraiment une grande modification sociétale : ils sont plus en exigence de transparence, en attente et en demande de relationnel. L'infirmière est plus présente, moins distante, elle fait peut être un peu partie de la famille. Ce n'est pas toujours évident d'avoir la distance nécessaire mais on fait le lien essentiel, je pense, entre la famille et le médecin. Un lien indispensable dans cette société hyper technique où on oublie souvent de remettre le patient au centre. Au niveau de la formation des infirmières, il y a encore beaucoup à faire dans ce domaine.

Je voulais dire aussi que l'infirmière n'est pas un sous médecin, elle a son rôle propre qui est différencié par rapport à celui du médecin. Elle n'a donc pas de complexes à avoir et elle est en droit de discuter d'égal à égal. C'est le travail dans le respect des uns et des autres, au service du malade, qui fait en sorte que tout se passe pour le mieux. Merci.

Dominique DESPLATS

Très bien. On peut retenir, je pense, le souhait d'un travail en équipe au niveau des territoires et je vais passer la parole à François Michel qui va peut être prendre la balle au bond sur la nécessité d'évoluer parce que, jusqu'à présent, il faut reconnaître que la tradition médicale reste très individualiste. Les cabinets de groupe ont eu du mal à émerger. Avec l'évolution et les changements de contexte, on pourrait peut être aller dans cette direction plutôt que de proposer de l'argent en plus pour ceux qui acceptent d'aller s'installer dans les endroits où il n'y a personne...Qu'en penses-tu ?

François MICHEL⁵

Tout cela m'intéresse beaucoup, j'ai passé une excellente journée. Syndicaliste, ce qui m'intéresse, c'est d'accompagner la profession dans ses mouvements. J'entends ce qui se dit ici, j'ai essayé d'être une éponge. Quand on cherche des solutions, il est nécessaire d'entendre les expériences diverses qui préfigurent ce que j'appellerai les balises du possible. Si j'ai bien entendu, il y a quelque chose qui a vraiment bougé, à savoir la figure résiduelle de l'omnipraticien rêvé. Je reviens trente secondes sur le propos de Dominique qui a parlé de la permanence des soins, le médecin joignable à toute heure de la nuit, mais c'est la forme ancienne. Nathalie Lapeyre a cité un médecin qui disait : "*quand j'y suis, j'y suis, quand j'y*

⁵ Médecin généraliste, Hyères, Trésorier de l'URML PACA

suis plus, j'y suis plus". On passe de ces formes sincères, totales, "quand j'y suis, j'y suis et j'y suis tout le temps, vingt quatre sur vingt quatre", à des formes plus laïques. La permanence des soins, aujourd'hui, ce n'est quasiment plus le médecin de famille qui est disponible. Maintenant, de plus en plus, c'est un système téléphonique avec, en France, vingt cinq millions d'appels qui arrivent dans les centres 15. Et à mon avis, il y a vingt millions d'appels qui concernent le premier recours sur les vingt cinq. En 2001, il y avait trois maisons médicales de garde et, aujourd'hui, on en a cinq cents. Il y a bien quelque chose qui se passe dans la société, une réorganisation. Dans cette crise bien décrite, durement vécue, on voit plus facilement ce qui se décompose que ce qui se recompose.

Certes j'observe que l'Etat intervient de plus en plus, et je comprends quand Mohamed parle de l'état garant, l'état qui vérifie, l'état qui donne des directions, l'état qui organise, ce qui ne semble pas toujours une très bonne idée. Nous devons faire en sorte que l'Etat n'organise pas tout. Jusqu'à présent on était médecin généraliste un peu naturellement, je ne sais plus comment cela s'est dit, "soigner autrui allait de soi" disait Françoise. Ça ne va plus tout à fait de soi aujourd'hui : c'est devenu une mission et une mission, cela s'organise. Il y aura des textes, des lois, des décrets. Et aussi la nécessaire liberté des médecins qui conditionne la qualité du rapport entre soignants et soignés. Les pouvoirs publics, même si ils sont garants, doivent promouvoir un système acceptable et accepté, et que l'écart ne soit pas trop grand avec le rêve professionnel. J'ai bien entendu cela et c'est fondamental.

Dominique DESPLATS

Cela ne va pas être facile parce que j'ai compris que la médecine était une mission mais pas un sacerdoce, donc il va falloir trouver le moyen de garder la mission, et puis de trouver des alternatives au sacerdoce ! Alors peut être qu' Henri Dubois, qui a l'avantage d'avoir une double casquette en étant médecin inspecteur dans une région française profonde couplée avec une longue expérience en Afrique qui l'a amené à la présidence de l'Association des Coopérants en Santé (ASPROCOP). Henri, peux-tu nous aider ?

Henri DUBOIS⁶

Effectivement, j'ai commencé ma carrière médicale en Afrique de l'ouest début 76. Revenu en France en 92, j'ai fait depuis lors de la santé publique au niveau des services déconcentrés de l'état et je participe aussi à la vie de l'association des professionnels de santé en coopération. On n'a pas d'action directe comme celle de Santé Sud, mais une intervention auprès de professionnels qui, eux, ont des

⁶ Médecin inspecteur de santé publique, Lot et Garonne, ancien Président de l'association professionnelle des coopérants français. (Aspropcop).

implantations un peu dans tous les pays. L'une des premières préoccupations de cette association, c'est de permettre à ces professionnels de santé, au sens large du terme (qu'ils travaillent en coopération institutionnelle, associative où dans des organismes multinationaux), de participer à la définition des politiques de santé, d'apporter leur contribution constructive et critique sur ce qui se fait en matière d'élaboration dans ce domaine, que ce soit de la part de notre pays ou au niveau des organismes multinationaux comme la Banque Mondiale, le FMI, l'Europe etc.

Et c'est vrai qu'actuellement une de nos préoccupations - j'y reviens par rapport à ce qui a été dit - concerne les énormes masses financières qui sont attribuées à des programmes, très utiles pour permettre notamment la prise en charge des malades atteints du SIDA, mais qui tombent souvent dans des contextes détériorés au niveau des services de santé sans qu'il y ait moyen d'allouer une petite partie de ces financements pour aider à la remise à flot de ces services de santé. C'est l'un des axes sur lequel on essaie de faire porter notre influence actuellement.

Pour revenir au sujet du débat, au niveau de l'exercice de mon métier actuellement dans mon département, disons que nous avons un rôle de conseil en santé publique au niveau des établissements de santé, et des actions de promotion de la santé en général, ainsi qu'envers nos institutions. J'ai toujours eu l'habitude de construire mes expertises en partant d'abord de la pratique de ceux qui sont en première ligne, les professionnels mais aussi les membres des associations qui interviennent, les populations elles-mêmes dans le cadre d'opérations de démocratie sanitaire qui parfois existent. J'ai la chance d'avoir été associé à des dynamiques de ce type dans mon département. à deux endroits, d'une part avec des élus sur demande immédiate d'une maison médicale et, dans l'autre cas, par la communauté de communes du Val de Garonne sur une territorialisation du projet médical des territoires en y associant les professionnels et la population. Ce processus dure depuis six mois et va durer encore cinq six mois, motivé au départ par cette problématique de désertification, que ce soit en terme de médecins libéraux mais aussi en terme d'institutions. Une de nos préoccupations a été, effectivement, d'étudier comment faire pour que le tissu d'offres de soins au niveau des zones rurales ne se détériore pas complètement avec la diminution du nombre de généralistes sachant que les remèdes qui sont évoqués pour le moment, en termes d'aide matérielle, ne suffisent pas.

Aujourd'hui, j'ai entendu de la part d'intervenants du nord et du sud des choses qui m'ont beaucoup appris et vont m'aider dans mon activité de conseil auprès des collègues avec lesquels je travaille - conseil général du département, conseil de l'ordre, caisses d'assurance maladie, services de l'état auprès desquels j'interviens. Et en particulier en ce qui concerne le problème de la formation : comment faire

en sorte que des jeunes médecins viennent dans les zones rurales et apprennent ce qu'est la médecine générale en milieu rural et ce qu'elle exige ? Le problème est qu'il nous faut des médecins enseignants. Il y a tout un cercle vertueux à recréer parce que, dans mon département, il y en a peu.

C'est pourquoi le travail réalisé par l'association des médecins de campagne du Mali avec une formation préparatoire de deux mois est très intéressante. Nous pouvons en tirer des leçons pour notre pratique et le travail à faire ici. Notre formation reste très hospitalo-centrée et l'université actuellement ne fait rien pour permettre aux médecins d'aller vers la périphérie. On fait en sorte que le stage résidentiel ne se fasse pas trop loin de la faculté mais ce n'est pas suffisant pour aider nos jeunes confrères à apprendre la médecine générale en zone rurale et donner envie d'y aller. Il y a aussi l'aspect organisationnel avec la réorganisation du partage des tâches entre les professions médicales et paramédicales. C'est un élément important et j'aimerais pouvoir en dire beaucoup plus mais il y a plein de choses très riches déjà dites aujourd'hui.

Je terminerai en soulignant l'intérêt de la réflexion apportée par nos collègues anthropologique : cette approche nous manque complètement dans la formation initiale dans notre pays. C'est dramatique. On en parle depuis des années mais cela ne se fait toujours pas sérieusement. Quand on essaie de réfléchir sur ce qui permettra à des cantons, comme ceux que j'ai évoqués, de résoudre leurs problèmes, il est évident qu'une approche anthropologique permettrait une meilleure écoute de la population, de ses problèmes et de ce qui pourrait aider à les résoudre sans se limiter à la seule analyse des besoins de santé.

Dernier point, je pense que c'est la diversification du métier qui doit être recherchée avec une organisation en groupes plus importante. Le médecin ne devrait plus être forcément vingt quatre heures sur vingt quatre dans une relation duelle avec ses patients mais assurer aussi des fonctions de santé publique. On a vraiment besoin d'une mixité, de médecins qui fassent à la fois de la médecine clinique et de la santé publique, ce qui permettrait aussi, au niveau des institutions, de limiter les dérives technocratiques que l'on connaît.

Dominique DESPLATS

Je pense qu'il y avait des messages forts dans ce que tu viens de dire, qu'il fallait partir de l'existant en première ligne, côté soignants côté soignés, avant de décider de réformes, avant d'envisager des évolutions. La formation, c'est revenu tout au long du colloque, doit être revue parce qu'elle est complètement décalée par

rapport aux besoins et aux nécessités d'aujourd'hui. Et puis cette idée très intéressante de conjuguer la clinique et la santé publique, que les mêmes personnes soient impliquées dans les deux disciplines qui, malheureusement, se regardent un peu en chien de faïence dans notre culture médicale, alors qu'elles devraient fonctionner en complémentarité. On y arrivera plus facilement dans les pays du sud parce que les pays du sud ont une tradition apportée par les médecins militaires comme je le disais au début. Ces pays sont sensibles à tout ce qui concerne la santé publique et les médecins en sont imprégnés. Cette conjugaison de la clinique et de la santé publique est une piste innovante qui mérite d'être retenue.

Merci à tous et à toutes.



TORO SI TE TOUT VA BIEN

*Un film de Daisy Lamothe
78', France, 2005*

Seydou parcourt à moto ou en pirogue la campagne malienne où il a choisi d'exercer son métier de médecin. Dans son

cabinet ou sur les places des villages, il ausculte, soigne, explique, sermonne ou rassure, entre coups de gueule et taquineries.

"Vue d'Europe, l'image de l'Afrique est trop souvent celle d'un continent délaissé, sans espoir de développement et qui sombre sans réagir. Pourtant nombre d'actions remarquables, nées de la solidarité nord-sud, sont les preuves d'une Afrique inventive et combative, capable de prendre en charge son avenir. Au Mali, l'indéniable réussite du programme "Pour une médecine de campagne en Afrique", développé depuis 1984 par l'ONG Santé Sud avec le soutien de la Communauté Européenne, est un parfait exemple de ce développement durable.

A travers la chronique de la vie quotidienne de Seydou Konaté, médecin de campagne à Nongon, TORO SI TE a l'ambition de rendre comte de la réalité sur le terrain d'une Afrique qui se prend en charge et de s'en faire l'écho en diffusant le film auprès d'un très large public."

CINEMA DU REEL- FESTIVAL INTERNATIONAL DU FILM DOCUMENTAIRE
du 9 au 18 Mars 06 - (Beaubourg – Paris) - PRIX DU PATRIMOINE
FESTIVAL DU FILM DE FEMMES DE CRETEIL
du 10 au 19 Mars 06
FESTIVAL DES FILMS DU MONDE DE MONTREAL
du 24 Août au 4 Septembre 06
6^{EME} ESCALES DOCUMENTAIRES DE LA ROCHELLE
du 7 au 12 Novembre 06
FESTIVAL INTERNATIONAL DU FILM DOCUMENTAIRE DE LEIPZIG
du 30 Octobre au 5 Novembre 06
FESTIVAL INTERNATIONAL DU FILM D'ENVIRONNEMENT
du 22 au 28 Novembre 06 - (La Pagode – Paris) - PRIX DU DOCUMENTAIRE
FESTIVAL DEI POPOLI (Florence-Italie)
du 1 au 7 Décembre 06
WATCH DOCS HUMAN RIGHTS IN FILM (Warsaw-Pologne)
du 8 au 17 Décembre 06

SOMMAIRE

Préface	3
Présentation de la thématique.....	4
1^{ère} partie. La médecine de proximité : choix ou non choix ?.....	8
Les ruptures dans le champ médical : la figure résiduelle du médecin généraliste des structures "périphériques", <i>Mohamed Mebbtoul</i>	9
Jeunes générations de médecins face au choix d la médecine de proximité : quels territoires, quels enjeux? <i>Nathalie Lapeyre</i>	16
Les difficultés de formation et d' installation des médecins au Mali, <i>Seydou Coulibaly</i>	24
Les évolutions du contexte et la diversification des possibles dans l'exercice de la médecine générale, <i>Aline Mercan</i>	26
La médecine générale de campagne à Madagascar : entre choix socialisé et orientations contraintes, <i>Julien Lefeuvre</i>	30
La chirurgie générale : en voie de disparition? <i>Etienne Steiner</i>	34
2^{ème} partie. Soignants - soignés : une relation problématique ?.....	37
Les interactions soignants-soignés à l'épreuve des maladies chroniques : dynamiques relationnelles autour de la tuberculose et du VIH au Sénégal, <i>Fatoumata Hane</i>	38
Continuités et changements dans l'approche psycho-sociale de la relation soignants-soignés, <i>Michel Morin</i>	45
Un territoire du Sud dans un pays du Nord, <i>Christiane Giraud</i>	54
Des relations avec les patients liées au contexte d'exercice, <i>Clément Razakarison</i>	57
Les modes de construction personnalisée de leur métier par les professionnels de santé exerçant en libéral, <i>Françoise Bouchayer</i>	59
Le médecin de campagne et ses interlocuteurs : administrations, familles patients, tradipraticiens... , <i>Seydou Konaté</i>	63
3^{ème} partie. La médecine de proximité : un métier toujours à construire?	
Table ronde	65
Modérateur : Dominique Desplats	
Avec : Mohamed Mebtoul, Luc Perino, Annyck Wostyn, François Michel, Henri Dubois	
Présentation du film : Toro si té	78