

Université d'Oran 2 Mohamed Ben Ahmed

Facultés des Sciences Sociales

Département de Sociologie

Unité de Recherche en sciences Sociales et Santé

Mémoire de Master

en Sociologie de la Santé

**Regards des médecins généralistes des soins
primaires sur leur pratique professionnelle**

Par : Amine MEKHATRIA

Année : 2016

Membres du jury :

Pr. Mohamed MEBTOUL : Encadreur

Mlle Aicha BENABED : Présidente

Dr. Mohammed REFFAS : Examineur

Remerciements

- Tout d'abord, je remercie le bon Dieu pour m'avoir tout offert dans la vie et pour m'avoir permis de suivre mes études en me donnant la force et la patience de persévérer malgré tous les obstacles de la vie. Je considère les études menant à ce master très importants dans ma vie personnelle, professionnelle et surtout intellectuelle.
- Je tiens à remercier mon encadreur et guide en sociologie de la santé le Professeur **Mohamed MEBTOUL**, pour tout l'effort qu'il a fait pour créer ce master, et son sacrifice pour permettre aux médecins de le faire. C'est une personne très dévouée, qui aime beaucoup son travail, aime enseigner et faire de la recherche et surtout ne se fatigue pas à faire passer tout son savoir et son expérience aux autres.
- Je remercie aussi mon enseignante **Aicha BENABED** pour sa disponibilité permanente, ses conseils, ses encouragements et son aide durant toute la période de nos études même durant les périodes des congés et des vacances, malgré ses empêchements professionnels, personnels et familiaux.
- Je remercie le docteur **Mohamed REFFAS** pour avoir accepté de faire partie du jury de soutenance de mon mémoire et se déplacer malgré la longue distance.
- Je remercie aussi tous nos enseignants qui ont fait de grands efforts pour bien nous former et encadrer.
- Je remercie les étudiants de ma promotion pour le soutien et l'entraide.
- Je remercie le directeur de mon établissement l'EPSP Boutlélis, le docteur **Mohamed MELLOUK** pour m'avoir permis de faire ce master en me détachant durant les journées d'études.

Amine MEKHATRIA

Dédicaces

A ma chère épouse.

A mes chers parents.

Au docteur **Redouane HADJJI**, Président de la Société Algérienne de Médecine Générale.

Aux membres de la Société Algérienne de Médecine Algérienne.

Au Professeur **Abdelmadjid SNOUBER**.

Sommaire

Introduction	05
Cheminement méthodologique	07
Partie 1 : Activité professionnelle du médecin généraliste	11
Chapitre 1 : Les contraintes quotidiennes du médecin généraliste	12
1.1.1 Nécessité des moyens techniques :	12
1.1.2 Nombre inadéquat de malades :	13
1.1.3 Distance avec l'administration :	15
Chapitre 2 : Rapport aux malades	18
1.2.1 La place importante de l'accueil :	18
1.2.2 L'attente de la satisfaction :	19
1.2.3 La valorisation de la confiance :	21
Chapitre 3 : Relation avec les autres médecins	23
Partie 2 : Attentes du médecin généraliste	26
Chapitre 1 : La question de la formation	27
2.1.1 Une formation de base insuffisante	27
2.1.2 Pratique d'une médecine générale sans préparation, ni assistance	30
Chapitre 2 : Assurer le rôle du médecin de famille	32
Conclusion	37
Bibliographie	39
Annexe 1 : Guide d'entretien	42
Annexe 2 : Exemple 1 d'un entretien	45
Annexe 3 : Exemple 2 d'un entretien	60

Liste d'abréviations

AMGM : Association des Médecins Généralistes de Mostaganem

APC : Assemblée populaire communale

BAC : Baccalauréat de l'enseignement secondaire

CES : Certificat d'études spécialisées en sciences médicales

CHU : Centre hospitalo-universitaire

ECG : Electrocardiogramme

EPSP : Etablissement Public de Santé de Proximité

FNS : Formule numération sanguine

GRAS : Groupe de Recherche en Anthropologie de la Santé

MG : Médecin généraliste

SAMG : Société Algérienne de Médecine Générale

URSSS : Unité de Recherche en Sciences Sociales et Santé

Wonca : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

Introduction

Partant de notre expérience de médecin généraliste et membre actif dans deux associations : *l'Association des Médecins Généralistes de Mostaganem (AMGM)* et la *Société Algérienne de Médecine Générale (SAMG)*, il nous a semblé important de nous intéresser au statut du médecin généraliste souvent dévalorisé et peu considéré. La réalité sociale dans laquelle exercent les généralistes algériens, mérite d'être analysée.

Nous avons constaté que le médecin généraliste qui, après son cursus en médecine, se retrouve directement affecté dans des polycliniques ou des salles de soins, dans des services d'urgences, prenant en charge parfois des situations cliniques variées, pouvant dépendre de spécialités différentes et parfois dépassant aussi les compétences pour lesquelles il a été formé. Ainsi, le médecin généraliste a longtemps été déconsidéré dans notre système de soins et sa vraie fonction reste méconnue. Le médecin généraliste n'a pas encore, à notre connaissance, son véritable statut de médecin (si nous comparons avec le spécialiste), pourtant il est un professionnel de la santé d'une spécialité clinique orientée vers les soins primaires et se mobilise dès le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux patients. D'autres pays, ont réussi à faire de la médecine générale une spécialité à part entière avec son propre cursus de résidanat à la fin duquel il devient médecin spécialiste en médecine générale (cette spécialité est autrement appelée médecine de famille). Nous pensons qu'il est important que le médecin généraliste soit considéré comme un médecin spécialiste en médecine générale avec une formation nouvelle et adaptée permettant une meilleure prise en charge globale des malades, celle-ci ne peut être adéquate que par l'amélioration de la pratique du médecin généraliste en soin primaire.

L'intérêt pour ce sujet a fait l'objet d'une recherche quantitative réalisée en 2014 au profit de la Société Algérienne de Médecine Générale. C'est une recherche par sondage sur la place de la médecine générale en Algérie, destinée aux professionnels de santé et au public. Nous avons réalisé un questionnaire, distribué sur internet via les réseaux sociaux et le site de la *Société Algérienne de Médecine Générale*, les résultats ont été publiés durant le congrès de la SAMG (décembre 2014) [5%des étudiants en médecine comptent faire médecine générale, 17% des spécialistes et 13% des généralistes ne savent pas que la médecine générale est une spécialité, les généralistes pensent que les études médicales sont insuffisantes (88%), et pensent que la formation continue doit devenir obligatoire (96 %) et que le généraliste à sa

place dans l'enseignement médical (62%)...etc.] (Mekhatria, 2014). Certes, cette recherche a agrandi notre désir de la recherche dans le champ de la santé, mais concrètement, notre formation en sociologie de la santé est venue assouvir notre curiosité intense, de s'approcher auprès des médecins généralistes et de comprendre leurs logiques à l'égard de leur pratique médicale mais avec un autre regard autre que celui du médecin et dans une autre approche d'investigation que nous allons développer dans la partie méthodologie.

En effet, notre étude se focalise sur l'activité médicale des médecins généralistes en soins primaires. Nous souhaitons mettre en exergue leur expérience sociale en soins primaires et comprendre leurs logiques, en restituant précisément toutes les significations à l'égard de la médecine générale caractérisée comme une pratique qui ne se réduit pas à une branche de la profession médicale mais elle est aussi une pratique qui fait appel à la recherche et à la formation spécifique, prenant en charge le suivi durable et les soins médicaux généraux d'une population. Une profession ne se comprend vraiment qu'en élucidant l'activité concrète de ses membres et ce qui fait sens pour eux. Il est donc important pour nous, de mettre l'accent sur les discours des médecins généralistes confrontés directement aux premiers recours de soins, suivi, la prévention, la promotion de la santé, bilans de santé, dépistages et le traitement des malades, dans une vision à long terme de la santé et du bien-être des personnes qui consultent. Que savons-nous des façons d'être généraliste? Quelles sont les significations attribuées par ces derniers, aux soins de santé primaire et à l'organisation du système de soins ?

Il nous semble que notre étude est pertinente parce qu'elle vise à rendre compte de l'importance du médecin généraliste dans les soins primaires qui est au cœur du système de la santé. De ce fait, le médecin généraliste prend en charge des affections que ne verront pas les autres intervenants du système de santé. Du fait de sa position de premier contact, le médecin généraliste est également en position privilégiée pour mener des actions de prévention primaire et de dépistage, et également de prévention secondaire par la gestion des facteurs de risque pour ses patients. Il peut également jouer un rôle important en matière d'éducation à la santé. Enfin, dans son rôle de médecin traitant, il adopte une démarche globale de prise en charge qui prend en compte les dimensions biologiques, psychologiques, sociales et environnementales de la personne malade.

Comme approche nous allons utiliser la *Grounded Theory* (Gerhardt, 1990) selon Strauss, par une recherche de type qualitative fondée sur les faits, s'intéressant particulièrement à la définition des situations étudiées telles qu'elles sont épousées par ceux sur qui l'on travaille et il s'agit là d'un élément essentiel pour comprendre tant le contenu que la portée des études de la sociologie médicale à l'œuvre (Carricaburu & Ménoret, 2004).

Notre étude est dans le domaine de la sociologie des professions, et en particulier celle du domaine médical, développée par Freidson. Mettant l'accent sur les caractéristiques de la profession médicale et l'importance de la construction sociale de la maladie dans la relation du médecin avec son malade et même sur son influence dans les décisions politiques. La profession médicale est caractérisée par son autonomie (définie comme un contrôle sur les activités de travail) et sa dominance (définie comme un contrôle sur les activités de travail des autres professionnels de santé) dans la division du travail des soins de santé (Freidson, 1984). Ces caractéristiques de la profession médicale ont été désignées comme les « piliers de la profession médicale ». En établissant une distinction importante entre l'autonomie technique, qui est le critère décisif de différenciation entre un métier et une profession, et l'autonomie socio-économique. Alors que la première est au cœur de l'autorité de la médecine, la deuxième est plus périphérique. Donc quelles que soient les contraintes socio-économiques imposées parfois aux médecins, leur autonomie technique n'est pas entamée. Le médecin reste partout un professionnel, au sens fort du terme. Le diagnostic établi par le médecin a des conséquences qui sont indépendantes de l'aspect biologique de la maladie, et cela dû aux constructions sociales de la maladie. Ces constructions sociales peuvent élargir et enrichir la logique médicale dans les débats et les délibérations des lois (Conrad & Barker, 2010).

Cheminement méthodologique :

Pour se faire, nous avons réalisé une pré-enquête qui a débuté à l'EPSP de Boutlélis auprès des médecins généralistes. Les collègues ont été rapprochés pour décrire le but du travail, et comment les enquêtes vont être faites, pour les familiariser avec le type d'entretiens avec lequel on va procéder et prendre leur aval. Des autorisations ont été prises auprès des responsables de l'unité pour faire l'enquête.

La pré-enquête a pris une semaine et a été faite avec deux médecins, un public travaillant à l'EPSP Seddikia et l'autre privé (Oran ville) chez eux. Le premier guide d'entretien utilisé durant cette phase contenait des questions jugées trop directes et dont le champ de

questionnement était un peu vaste par rapport à l'objectif du mémoire. Sous la supervision de notre encadreur et suite aux transcriptions des premiers entretiens et l'analyse de leurs données, un guide d'entretien plus adéquat a été élaboré et utilisé pour le reste de l'enquête.

Il est à noter que presque tous les médecins ont demandé d'acquiescer le «questionnaire» étant donné qu'ils sont habitués aux enquêtes de type quantitatif.

Le nombre de participants à l'enquête est de neuf, ils sont tous médecins généralistes travaillant aux soins primaires, six dans des EPSP, un dans la santé universitaire et deux dans des cabinets privés. Les endroits d'exercice sont Boutlélis (2 médecins publics); Ain Kerma (1 médecin public); Derb, Oran (1 médecin privé); Seddikia (1 médecin public); Cité universitaire Kharrouba, Mostaganem (1 médecin public); Mesra, Mostaganem (1 médecin public); Radar, Kheireddine, Mostaganem (1 médecin public); Hassi Mamech, Mostaganem (1 médecin privé).

Les entretiens ont été faits entre le 16/02/2016 et le 29/05/2016 et ont duré entre 37 minutes et 13 secondes et 56 minutes et 34 secondes, dont les enregistrements ont été effectués avec des Smartphones, 3 entretiens avec iPhone 4S, 5 entretiens avec LG G4 et 1 avec Condor P8. Ils ont été transcrits en utilisant le logiciel Microsoft Word.

Le premier entretien a été complété le 28/08/2016 par un entretien téléphonique enregistré sur un Smartphone Condor P8. La durée de l'enregistrement était de 14 minutes 52 secondes. La partie complétée concerne les questions qui ont été reformulées après l'élaboration du guide d'entretien définitif.

Huit des neuf médecins qui ont participé à notre travail étaient bien connus avant le début de l'enquête. Cette connaissance était d'ordre professionnel directe comme collègue de travail dans le présent ou le passé (4 médecins); D'ordre associatif (2 médecins); D'ordre syndical (1 médecin); D'ordre étudiantin (1 médecin). Un seul médecin n'était pas une connaissance avant l'enquête, il nous a été présenté lors d'un entretien avec un autre médecin. Cette occasion a été saisie pour faire le seul entretien non programmé.

Trois entretiens ont été faits dans les bureaux des médecins à leur polyclinique; Deux à la maison d'un médecin; Deux dans des cabinets privés; Deux dans notre voiture.

Partant d'une idée que le terrain allait être facile, vu notre statut de médecin qui nous facilite l'accès aux structures de santé, et vu notre connaissance de plusieurs médecins généralistes exerçant dans des structures de soins primaires qui pourraient participer à notre enquête. Nous avons abordé le terrain en découvrant certaines difficultés. Ces difficultés, certes moins

importantes que si l'enquête aurait été faite par un non-médecin, ou un médecin qui n'a pas beaucoup de connaissances dans le monde médical.

Les médecins généralistes de santé publique ont des horaires qui changent (matinée, après-midi, parfois ils sont de garde ou durant une récupération après une garde). Ceux qui occupent des postes de responsabilité sont occupés à faire en plus de leur consultation médicale, d'autres tâches liées à leur poste de responsabilité.

Les médecins privés ont des horaires fixes. Ils sont généralement occupés à faire des consultations. Ils profitent de leur temps libre pour faire d'autres obligations d'ordres administratifs ou familiaux.

Les médecins étaient rapprochés directement dans leur lieu de travail ou par téléphone pour leur expliquer notre désir de faire l'enquête avec eux. Le nombre contacté initialement était le double des enquêtés, et les entretiens se faisant selon notre temps libre et celui des enquêtés. Plusieurs rendez-vous ont été reportés ou annulés. Les hommes étaient plus disponibles que les femmes pour faire les entretiens. Ces dernières avaient tendance à vouloir quitter leurs postes juste après la fin de leur service rendant difficile de faire un entretien non hâtif.

Le choix était porté sur des médecins qui exercent la médecine générale au moment de l'enquête, et cela dans une structure de soins primaire (cabinet privé, polyclinique, salle de soins...). Le choix initial des médecins était aléatoire et non préprogrammé. Nous racontions notre projet aux médecins que nous rencontrions et ils ont tous donné leur accord de principe pour participer. Mais le choix final a été fait selon deux critères : Premièrement selon désir explicite du médecin à participer à l'enquête. Et deuxièmement selon notre disponibilité et celle des médecins qui était confirmée par téléphone et des rendez-vous étaient pris pour faire les entretiens.

Nous profitions de la disponibilité des médecins pour faire l'enquête et l'endroit importait peu dans la mesure où l'enquêté se sentait à l'aise. Généralement les endroits étaient désignés par les enquêtés.

Les entretiens se sont déroulés d'une manière générale comme prévu. Ceux se déroulant dans les lieux de travail se sont faits en fin de travail ou durant la pause de midi. Ils étaient interrompus de temps à autre par des membres du personnel médical, paramédical et autres agents, qui venaient demander des services ou juste par curiosité pour voir ce qui se passait en inventant des motifs qui ne tiennent pas parfois la route, comme chercher un stylo ou quelqu'un. Ma présence a attiré leur attention et certains ont ouvertement demandé qui nous étions et l'objet de notre présence malgré que nous étions en présence du médecin responsable de leur structure. Les entretiens faits chez le médecin dans sa maison en fin de

journée, étaient un peu perturbés par la présence de ses petits enfants (entre 1 et 4 ans) qui jouaient dans le salon. Les entretiens tenus dans des cabinets privés étaient interrompus (à deux reprises) par des patients malgré que nous étions à la fin de la journée. Les entretiens qui se sont déroulés en continu sont ceux dans la voiture.

Ce travail est divisé en deux parties, chacune est sous-divisée en chapitres et sous-chapitres. La première partie concernera l'activité professionnelle du médecin généraliste. Dans cette partie nous allons aborder les contraintes quotidiennes que rencontre le médecin généraliste dans la pratique de sa profession, les rapports du généraliste aux malades ainsi que sa relation avec les autres médecins.

La deuxième partie de notre travail analysera les attentes du médecin généraliste en ce qui concerne la question de la formation et sa relation avec son terrain de pratique. Nous allons voir aussi le rôle du médecin de famille dans système de santé et dans la société.

Partie 1 : Activité professionnelle du médecin généraliste

La mission du médecin généraliste jugée centrale dans tout système de santé qui se veut efficient, et cela de la part de la population, des autorités ou de la communauté médicale elle-même. Les généralistes ont une mission médicale, de santé publique, communautaire, économique, sociale et environnementale. Dans cette partie de notre recherche nous allons explorer plusieurs facettes de l'activité professionnelle du médecin généraliste et comment il interagit face aux différentes situations qu'il rencontre.

Chapitre 1 : Les contraintes quotidiennes du médecin généraliste

Dans ce chapitre nous allons mettre la lumière sur les difficultés que les médecins généralistes rencontrent dans leurs pratiques et qui les empêchent de faire leurs tâches quotidiennes comme ils le souhaiteraient. Ces médecins généralistes se perçoivent souvent au plus bas de la hiérarchie médicale, mal payés et dévalorisés socialement. Ils se limitent à assurer une activité routinière dans les structures périphériques, là où la médecine générale est appréhendée de façon négative (Mebtoul, 2005). Plusieurs raisons sont évoquées par les généralistes qui pourraient réduire leur rendement. Dans le sous-chapitre suivant nous allons voir la place des moyens techniques dans ces contraintes.

1.1.1 Nécessité des moyens techniques :

Les médecins généralistes évoquent souvent les moyens techniques comme étant très importants, car ils aident à l'établissement du diagnostic et l'élaboration de la conduite à tenir des patients malades. Les moyens techniques sont indispensables dans l'ère d'une médecine moderne basée sur des preuves, mais sur le terrain le médecin généraliste autant que médecin de soins primaires qui est en première ligne du système de soins a besoin non seulement des moyens techniques qui ne cessent de se développer et s'améliorer, mais aussi de savoir comment les utiliser et les interpréter pour les inclure dans une prise en charge optimale des patients, qu'ils soient moyens technique de base (tensiomètre, stéthoscopes, thermomètre...) ou intermédiaires (radiographie, laboratoire...). Or les médecins généralistes estiment qu'ils travaillent parfois sans moyens techniques de base rendant leurs tâches difficiles devant des patients de plus en plus exigeants qui leur demandent des solutions à leurs problèmes de santé ; « *On travaille souvent sans moyens, je pose un diagnostic juste avec la clinique, et quand je suspecte quelque chose j'évacue* » dit A. O. (32 ans, MG public dans la polyclinique

de Ain Kerma, Oran, 7 ans d'exercice). Ce médecin estime que plusieurs évacuations peuvent être évitées s'il y a des moyens techniques sur place pour poser un diagnostic ou établir une conduite à tenir.

« Quand il n'y a pas de plateau technique riche, par exemple un laboratoire qui fait beaucoup de paramètres... Si on s'habitue pas à certains paramètres on les oublie. Donc si on a un plateau riche, et on s'habitue aux paramètres, on les demande juste à notre niveau, dans le cas contraire la prise en charge du malade ne serait pas complète... Par exemple si je suspecte une angine de poitrine ou un syndrome coronarien aigu et je veux demander le taux des troponines dans ma polyclinique, il n'y en a pas, et je dois orienter le patient à l'hôpital de la ville et à savoir... » dit K. B. (45 ans, MG publique et médecin chef à la polyclinique de Mesra, Mostaganem, 20 ans d'expérience).

Cependant l'utilisation des examens complémentaires peut être une cause de dépenses abusives si elle n'est pas utilisée à bon escient ; *« En basant tout son travail sur les moyens techniques, le médecin généraliste est passé de... De source d'économie à une source... je dirais de coût. La médecine actuellement coute trop chère pour tous les pays du monde »* dit S. C. (61 ans, MG privé au quartier Derb, Oran, 36 ans d'expérience).

Malgré que les généralistes ne se servent pas directement des moyens techniques très sophistiqués et coûteux. Le manque des moyens techniques dont ils ont besoin est vu comme un des facteurs qui les empêchent à compléter leur travail de prise en charge. Il les pousse à orienter abusivement les patients vers d'autres structures, publiques ou privées. Ce qui nous ramène à explorer le facteur de la charge de travail décrit comme essentiel dans la défaillance du déroulement de la consultation de médecine générale.

1.1.2 Nombre inadéquat de malades :

Le médecin généraliste travaille essentiellement à proximité des patients et cette proximité a été imaginée et conçue par les autorités et régie sur une carte sanitaire. Si l'on prend l'exemple des Etablissements Publics de Santé de Proximité (EPSP), leur conception et mise en œuvre se sont opérées comme une greffe dans un tissu social insuffisamment analysé et non pris en compte profondément pour redonner un sens plus humain et plus social aux services de santé essentiels ; Ce déploiement brutal et volontariste des EPSP aboutit nécessairement à des afflux de la population différents dans les salles de soins ou dans les polycliniques à des inégalités dans la répartition des EPSP au seins des différentes zones de la

région. Le concept de soins de santé primaire en tant que mécanisme de coordination ou des services de santé offerts à des groupes cibles de la communauté n'a pas bien été compris et donc mal appliqué (Mebtoul, 2015). Cette conception de soins de proximité ne concorde pas totalement aux déclarations sur les soins de santé primaires de la conférence d'Alma-Ata (OMS, 1978). Refocaliser le système de santé sur les soins primaires a plusieurs bénéfices y compris une meilleure prise en charge des patients à un moindre coût (Starfield, 2009). Parmi les premières conséquences citées par les médecins généralistes dues à une carte sanitaire mal conçue c'est la charge de travail dans la majorité des structures de santé notamment celles destinées aux soins primaires.

La charge de travail représentée par le nombre des malades est souvent décrite par les médecins généralistes comme une des raisons principales qui les empêchent de faire des consultations de qualité et qui finit par provoquer l'épuisement professionnel causant parfois des conflits avec les patients ou avec leurs accompagnateurs ; « *Un bon généraliste ne doit pas dépasser 20 à 25 patients par jour, normalement la consultation c'est entre 10 à 15 minutes par patient, chose qu'on ne peut pas faire, parce qu'il y a la demande qui est trop importante* » dit M. L. (58 ans MG de santé publique et chef d'unité à la polyclinique de Boutlélis, 32 ans de service).

Le choix du médecin par le patient est un facteur déterminant dans la qualité de la prise en charge, et ce manque dans le secteur public semble influencer négativement les rapports soignants-soignés en rendant incontrôlable le nombre des malades ; « *Dans le public la charge était extraordinaire, on ne faisait pas de la médecine carrément, je vous le dis franchement, on faisait le tri et on essayait de sauver ceux qu'on pouvait, et avec la façon la moins pénible pour nous, et c'était pénible...La charge n'était pas contrôlable...Dans le privé c'est une autre chose, c'est le médecin qui contrôle les horaires, et la qualité elle est différente, c'est-à-dire que le malade qui vient chez le privé est un malade qui vient chez le médecin qu'il a choisi, donc il y a un choix, dans le public il est obligé de venir, donc la qualité ça change* » dit R. H. (47 ans MG privé à Hassi Mameche, Mostaganem, 22 ans de service). Qui compare son travail quand il était dans le secteur public et actuellement dans son cabinet privé. Un autre disait « *Le généraliste quand il fait 50 malades entre 8h et midi...Je pense que c'est beaucoup, c'est vraiment énorme...Je me demande comment il va faire ça consultation* » (N. D. 54 ans, MG publique Dans une salle de soins à Radar, Commune de Kheireddine, Mostaganem, 26 ans de service). « *Normalement quand le patient vient chez le médecin généraliste, il faut qu'il prenne son temps avec lui, pour bien l'examiner*

et le voir. Nous on n'a pas ça, tu as un malade, il y a beaucoup d'autres qui attendent dehors, donc au lieu de faire une consultation normale ça sera une consultation rapide à cause de la surcharge... Quand on a beaucoup de gens à la salle d'attente et le bruit et tout, on ne peut pas travailler à l'aise » dit A.O.

La charge de travail peut aussi se traduire par la tâche importante inhérente à la responsabilité du médecin généraliste autant que médecin de soins primaire. C'est à lui que revient la tâche de détecter en premier temps les maladies pouvant causer un problème de santé publique. Cela dépend aussi de la particularité du secteur dans lequel le médecin généraliste pratique. La charge est souvent définie comme importante même dans des structures dans lesquelles le nombre de malades n'est pas trop important ; *« Tout dépend du secteur. Le secteur dans lequel je travaille, c'est un secteur qui demande des compétences... Ce n'est pas une charge importante, mais c'est des tâches importantes. Je sais qu'il y a un paradoxe dans ce que je viens de dire, parce que là où je travaille par exemple, il y a beaucoup de prudence, j'ai le cœur un peu serré dans ce qui se passe, pourquoi ? J'ai beaucoup d'étrangers, et je n'aimerais pas faire une erreur fatale qui est susceptible de créer un problème de santé publique, sans parler des maladies fréquentes que tout médecin généraliste peut trouver dans sa pratique »* dit K. M. (35 ans MG publique dans la cité universitaire de Kharrouba, Mostaganem, 9 ans d'expérience).

La charge est liée aussi à l'organisation du travail dans la structure de santé, et la manière avec laquelle le flux de la consultation est géré. *« Il y a une charge, mais il y a une charge pas parce que... Il y a une charge parce que... Je vous explique, il y a une charge parce qu'il n'y a pas d'organisation, c'est pourquoi il y a la charge »* dit K. B.

L'organisation de travail ne peut se faire sans le concours de l'administration, et le rapport du médecin généraliste avec cette dernière peut différer, dans le sous-chapitre suivant nous allons décrire les différents aspects du rapport entre les médecins généralistes et l'administration.

1.1.3 Distance avec l'administration :

La médecine se pratique dans un cadre organisé qui influence le comportement des médecins et celui des patients, ce cadre semble évoluer vers des formes plus élaborées qui modifieront vraisemblablement la nature de la dite relation (Freidson, 1984). L'administration joue un rôle dans cette évolution et le rapport qu'ont les médecins généralistes avec elle diffère selon les médecins, leurs lieux d'exercice, leurs expériences et les administrations elles-mêmes. Les

médecins généralistes qu'ils soient dans le secteur privé ou le secteur public disent qu'il y a un rapport distancié avec l'administration. Cette dernière n'écoute souvent pas leurs doléances. Elle n'essaie pas de se rapprocher d'eux pour voir les conditions dans lesquelles ils exercent. Pour eux, l'administration donne des instructions et attend des médecins l'application. Elle n'écoute souvent même pas les propositions de ces derniers pour améliorer la prise en charge des patients. Car les médecins sont sur le terrain, ils connaissent mieux l'applicabilité des instructions venant de haut et comment les améliorer selon la réalité du terrain. Cet excès de régulation centralisée peut conduire à l'anomie (Reynaud, 1993), provoquant l'effondrement et l'éclatement de ce système de soins qui ne peut plus se reproduire à l'identique (Mehtoul, 2005) ; *« Ça diffère toujours, il y a un responsable qui écoute...Même quand tu veux créer quelque chose, le responsable est en haut, nous on est les médecins de la première ligne on voit le malade, on voit le manque qu'il y a...Il y a des propositions qu'il aimerait faire pour faciliter sa tâche à faire un travail de qualité, pour gérer la charge de la population. Il aimerait discuter avec le responsable quant à l'amélioration du service...Il y a certains responsables qui écoutent vraiment et donnent de l'aide et il y en a d'autres avec qui il parle ou il ne parle pas c'est la même chose »* dit A. O.

Le médecin mentionne qu'il n'était pas en contact direct avec l'administration durant ses études, et qu'il a été brutalement mis en contact avec celle-ci lors de son exercice. Il n'a pas de notions de *protocoles* administratifs. Il ne comprend pas comment l'administration raisonne et il pense qu'elle ne le comprend pas à son tour, créant un cloisonnement de l'un à l'égard de l'autre et cela accentue les conflits et les malentendus ; *« Le début c'était un peu difficile, pourquoi ? Parce qu'on était dans un milieu tout à fait différent de celui qu'on a trouvé quand on a commencé à travailler...quand on sort pour travailler dans un EPSP ou la santé universitaire là où j'exerce, on n'avait aucune notion de rapport avec l'administration. C'est après quand on a commencé à travailler qu'on a appris à s'adapter avec l'administration, à rentrer en contact avec l'administration, à parler à des administrateurs, auparavant on le faisait jamais »* dit K. M.

Certains préfèrent éviter tout contact avec l'administration et rester là où ils doivent être, le terrain de pratique. Pour eux l'administration doit s'occuper du côté purement administratif et eux de celui purement médical ; *« Moi franchement, je n'aime pas avoir beaucoup de contact avec l'administration, moi je suis clinicien et j'aimerais bien m'occuper que de la clinique. Même si j'occupe un poste de chefferie, qui est un poste technico-administratif, dans ma tête je suis clinicien, je m'occupe de la clinique »* dit M. L.

L'administration est accusée d'imposer aux médecins où travailler sans prendre en considération les préférences de ces derniers ; « *Notre problème c'était l'administration* » dit M. B. 58 ans, MG publique coordinateur à Boulélis, Oran, 32 ans d'exercice, « *À l'époque, ils ont décidé de m'envoyer à Tiaret, moi ça m'arrangeait pas, ils voulaient que j'habite à l'hôpital et m'envoyer aux environs de la ville, chaque jour une localité. J'ai décidé d'aller au service militaire. C'était dans le cadre du service civil, on était dispatchés au niveau du ministère* ».

L'éloignement de l'administration et son peu de contact sont mal vus par le médecin généraliste. Il voit qu'elle se limite juste à l'exécution des directives hiérarchiques souvent bureaucratiques sans pour autant vérifier ce qui se passe sur le terrain ; « *Pour ouvrir un cabinet il fallait 13 documents. L'administration elle est un peu napoléonienne et trop administrative, les rapports avec la direction de santé sont purement administratifs. Il y a gestion du tableau de garde entre guillemet, mais il n'y a aucun contrôle, aucun suivi, rien. C'est des exécutants d'une administration avec lesquels on est en train de subir, quand ils ont des directives ils envoient un document, s'il arrive, mais il n'y a pas d'interactivité* » dit R. H.

Le travail du généraliste est souvent perçu comme peu ou pas reconnu. Il considère que l'administration affecte le généraliste pour apaiser une population donnée sur le point de se révolter justifiant la mise à la disposition de la population un médecin dans une logique populiste. La qualité de son travail et sa capacité réelle à prendre en charge cette population importent peu ; « *Il y a des responsables qui reconnaissent au moins qu'il travaille malgré la charge de travail et tout. Et il y a ceux qui disent que le médecin doit faire son travail et c'est tout...Et c'est généralement...Dans tel endroit la population réclame un médecin, il faut y envoyer un médecin pour que ça s'apaise. C'est une politique...Pas pour la qualité, l'essentiel c'est d'éviter les problèmes et dire qu'ils ont un médecin sur place et peu importe la qualité...On est trop loin de la qualité* » dit A. O.

L'administration peut être vue distante non seulement à l'égard du médecin généraliste mais aussi du patient lui-même, la sous-estimation et la non reconnaissance du système interprétatif du patient expliquent en partie les limites des programmes sanitaires élaborés et mis en œuvre uniquement à partir du savoir médical. Les concepteurs des programmes sanitaires ont souvent considéré qu'ils agissaient sur un terrain vierge qu'il suffit d'investir pour transformer mécaniquement les comportements sanitaires des usagers (Mebtoul, 2005). Dans le chapitre suivant nous allons voir comment les médecins généralistes voient leurs rapports avec les malades.

Chapitre 2 : Rapport aux malades

Loin d'exercer dans la solitude, le médecin partage son activité de manière plus au moins visible avec de nombreux acteurs sociaux. La participation des malades à l'organisation des soins est bien souvent méconnue et elle nécessite pour être rendue visible une immersion dans le travail médical. Bien que le groupe de référence du médecin soit celui de ses collègues et non celui de ses patients, c'est pourtant de ces profanes que dépend son existence ; S'en désintéresser c'est négliger un aspect fondamental de l'activité médicale dans la mesure où l'expérience du patient est susceptible d'affecter significativement l'exercice de la médecine (Carricaburu & Ménoret, 2004). La population attend du personnel de santé moins de distance sociale et d'anonymat, plus de tolérance, de dignité, de respect mutuel et de dialogue (Mebtoul, 2015).

Dans ce chapitre nous allons appréhender le rapport du médecin généraliste avec les malades, et explorer la place de l'accueil, et la satisfaction ainsi que la confiance entre le médecin et son patient vu par le généraliste lui-même.

1.2.1 La place importante de l'accueil :

L'accueil joue un rôle capital dans la relation médecin-malade. Le médecin généraliste met l'accent sur cette phase de la consultation médicale en estimant qu'elle est un moment clé pour le reste de la consultation. Quand le malade se sent à l'aise, il révèle au médecin ce qu'il ne pourrait dire dans d'autres conditions et les informations qu'il donne sont cruciales pour l'établissement du diagnostic par le médecin, les premières minutes semblent importantes dans l'établissement de la confiance entre le patient et son médecin et l'écoute fait partie intégrante de l'accueil à côté du sourire et le fait de montrer que le médecin donne toute son attention au malade ; « *Les cinq premières minutes sont très importantes, le relationnel, le relationnel...L'accueil c'est la clé du malade, pour pouvoir entrer dans l'intimité du malade, bein il faut savoir l'écouter* » dit S. C.

L'accueil joue aussi un rôle dans l'engagement du malade à l'égard du médecin, est-il bon ou pas, et à partir de là il déduira s'il suivra son traitement, revient chez lui et le recommande à d'autres malades, car le patient remarque tous les gestes, les détails mêmes ceux auxquels le médecin ne prête pas attention ; « *Selon mon expérience, la première chose qui fait que le patient dise si c'est un bon médecin ou pas c'est l'accueil. L'accueil du malade est très*

important, si on le fait avec un sourire c'est une chose, si on le fait avec les nerfs ce n'est pas bien... Tu t'assoies avec lui, tu lui parles, tu prends ton temps avec lui, tu le mets à l'aise, là le malade ça y est, il se relâche. Même si tu lui donnes disons une prescription médicamenteuse qui ne l'a pas aidé, mais tu restes toujours un bon médecin ». dit A. O.

L'accueil n'est pas une finalité en soi, mais seulement la première phase, l'ouverture du lien social (Fisher, 1996), ce lien entre le médecin et ses patients peut durer des années et parfois toute une vie. L'accueil est peu pris en considération par les responsables sanitaires malgré qu'ils reconnaissent qu'il mériterait quelques rectificatifs, ils se limitent aux campagnes d'humanisation des structures de soins, et en se focalisant sur la formation de l'acte technique et le mode d'organisation des structures dans une approche quantitative (Mebtoul, 2013).

En plus de l'accueil, notre enquête nous a montré qu'il y a d'autres facteurs qui jouent un rôle important dans la relation du médecin généraliste avec son patient. Dans le sous-chapitre suivant nous allons analyser la place de la satisfaction du patient perçue par le généraliste.

1.2.2 L'attente de la satisfaction :

Dans la littérature internationale, la satisfaction est conçue comme la principale mesure de résultat d'un service de santé du point de vue des patients, parmi d'autres envisageables (disparition des symptômes, compréhension de la situation clinique, rassurance) (Anden, Andersson, & Rudeneck, 2005). Plusieurs études ont montré l'existence d'une relation positive entre le niveau de satisfaction des patients et l'utilisation des ressources médicales (propension à consulter un 2ème professionnel de santé pour le même motif de recours) (Anden, Andersson, & Rudeneck, 2005), ou l'observance thérapeutique (Guldvog, 1999). La satisfaction des patients est progressivement devenue un objectif en soi des systèmes de santé (World Health Organization, 2000). En pratique, elle peut être évaluée pour l'ensemble du service rendu par le professionnel de santé et/ou pour les différents aspects de ce service (Oliver, 2010). L'approche de cette satisfaction diffère de celle commerciale cherchant à attirer le client à tout prix. Pour le médecin la satisfaction est souhaitée dès qu'elle n'est pas contraire aux règles de la déontologie et la santé de son patient.

Dans cette partie, notre enquête montre l'importance de la satisfaction du patient dans la consultation médicale, dont plusieurs facteurs rentrent en considération, y compris l'accueil, l'attention et le temps consacrés aux patients, l'examen clinique minutieux et la guérison.

L'enquête nous montre aussi le rôle de la satisfaction pour le médecin généraliste dans sa pratique quotidienne.

Le médecin généraliste considère la satisfaction comme un élément clé dans sa relation avec son malade. Elle est très importante aux yeux des malades et des médecins au même. « *La satisfaction c'est la consultation, c'est de bien voir le malade, le malade aime que le médecin le fouille (بفتشه), donc lui, il dit, si le médecin l'a fouillé ou pas, si le médecin le fouille, c'est un bon médecin, sinon c'est n'est pas un bon médecin...Il aime l'examen complet, la prise de tension, la palpation, consultation du dos, des pieds, là il juge que le médecin est bon, même si le médicament ne le guérit pas, il dit que celui là est un bon médecin* » dit N. D.

Le médecin parle aussi de sa propre satisfaction, qui est exprimée par le fait de trouver le bon diagnostic, voir que le malade est satisfait lui-même, mais aussi quand le malade revient ou recommande le médecin à d'autres malades ; « *Le lendemain d'une garde, le frangin d'un patient est venu me remercier pour son frère que j'ai évacué pour suspicion d'une appendicite. il m'a dit que c'était vraiment une appendicite et il a été opéré en urgence, s'il avait trainé un peu ça aurait compliqué en péritonite. Et ça fait plaisir...Et ça te redonne la vie* » dit A. O. « *Un autre malade est venu pour une pathologie dermatologique après avoir vu plusieurs dermatologues, je l'ai suivi et il est guéri. Puis je l'entends dire qu'il est guéri après avoir consulté chez moi...C'est un plaisir* » rajoute-il.

Le patient remarque les moindres gestes de son médecin et peut en déduire si le médecin fait une bonne consultation ou pas, même s'il ne maîtrise pas les aspects purement médicaux de la consultation ; « *L'accueil et l'entretien, c'est tout. Soit il se sent bien et il ne dit que du bien sur le médecin, soit il sort...Tu lui fais tout mais sans sourire, ton traitement ne va pas le guérir mais si tu réurrectes les morts* » dit M. B.

Les patients essaient souvent de comprendre mieux leur maladie et même négocier, et l'observation de près des malades évoluant à l'hôpital fait apercevoir qu'ils négocient pour obtenir non seulement des privilèges, mais aussi des informations précieuses et pertinentes pour leur propre compréhension de leur maladie. Encore faut-il ajouter que nécessairement ces négociations se transformeront aux différentes étapes de leurs carrières autant que malades (Strauss, 1992). Le médecin généraliste qui prend en considération le raisonnement de ses patients arrive à les comprendre et à leur montrer qu'il les écoute, donne de l'importance à leurs questionnements et leurs peurs et arrive à gagner leur confiance et les soulager ; « *Le patient est satisfait quand il sait qu'on fait vraiment un effort pour poser un*

bon diagnostic et lui donner un bon traitement. Même s'il n'est pas guéri, le médecin a fait l'effort, là il y a satisfaction...Le malade quand il sait que le médecin consulte juste parce que c'est son travail, même si la consultation est bonne il n'est pas satisfait » dit K. B.

Pour une satisfaction de ses patients, le médecin généraliste doit d'abord connaître ce qu'ils cherchent, mais la sous-estimation des aspects culturels, sociaux et psychologiques aboutit à une distanciation vis-à-vis des patients, les médecins sont à l'aise devant une maladie, mais mal à l'aise devant le malade, et ça nuit gravement à cette relation sensée fonder la logique professionnelle (Iddir, 2014). Les personnes malades veulent être respectées, et ce respect de leur dignité passe par la prise en considération de leur demande d'information, mais aussi de qualité de la rencontre. La perception que peuvent avoir des patients est parfois opposée à celle dispensée par les médecins généralistes prescripteurs (Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes, 2005).

La satisfaction est attendue par le médecin et le patient à la fois, car elle fait partie intégrante de la relation du médecin généraliste avec son malade, et elle mène à la confiance que nous allons présenter dans le sous-chapitre suivant.

1.2.3 La valorisation de la confiance :

Notre recherche a démontré que le rôle de proximité du médecin généraliste ne peut se faire sans qu'il y ait une vraie relation de confiance qui fait une partie intégrante de l'esprit des soins primaires. La confiance est sans aucun doute une forme de savoir sur un être humain, mais ce savoir englobe toujours une part d'ignorance : Celui qui sait tout n'a pas besoin de faire confiance, celui qui ne sait rien ne peut raisonnablement même pas faire confiance (Simmel, 2013). Un médecin, est fiable à partir du moment où il semble maîtriser son métier : il montre une compétence technique qui le rend capable d'un bon diagnostic ; il sait quel genre d'examens il doit prescrire à son patient ; il connaît les médicaments indiqués pour une infection particulière, etc. Il est aussi fiable lorsqu'il se montre à la hauteur des attentes de ses patients, en étant à leur écoute, en leur laissant la possibilité de se plaindre, en leur proposant des soins sans pour autant les leur imposer, etc. Mais en réalité, rien n'est moins sûr. On peut *compter sur* ce médecin sans pour autant lui faire véritablement confiance, c'est-à-dire sans être capable de s'abandonner à lui en toute sécurité. Quelqu'un de fiable et sur qui les patients peuvent compter peut les décevoir, notamment lorsqu'il ne remplit pas correctement son rôle et qu'il ne répond pas à leurs attentes (Marzano, 2010).

Le patient cherche un médecin à qui il peut faire confiance. Cette confiance est importante pour qu'il puisse parler des vraies raisons qui le ramènent chez lui. Le médecin aussi a besoin que le patient lui fasse confiance, car il base sa conduite à tenir sur les informations fournies par son patient. Il valorise aussi la confiance de ses patients qui signifie souvent pour lui un signe de compétence professionnelle ; « *Quand le patient vient chez nous, il est vulnérable, parce qu'il est malade il se livre à nous...C'est ça le moment magique, la moment sacré, c'est quand il se livre à toi, quand il te raconte toutes ses histoires, il voit en toi...Son sauveur, sur le plan médical, c'est cette image là que je vois du médecin généraliste, et mon amour au métier c'est par rapport à cela, c'est par rapport au plan relationnel du médecin et son patient* » dit K. M.

C'est la confiance qui semble le moteur qui fait que le responsable d'une famille ramène sa femme ou sa fille consulter dans une société qui met l'honneur au dessus de toutes autres considérations ; « *La confiance est déjà le sésame ouvre-toi...Le médecin a une relation particulière avec le patient, dans la mesure où le patient lui livre tous ses secrets, du moins dans notre société arabo-musulmane. La plus grande marque de confiance que peut avoir quelqu'un dans son médecin c'est de lui ramener sa femme et sa fille, il les ramène ou les envoie toutes seules, dans notre société c'est une marque de confiance très importante* » dit S. C.

Le médecin construit sa prestation sur la connaissance de longue date du patient et de son groupe familial, à la fois pour définir les thérapeutiques et pour construire une proximité à bonne distance des différents proches. L'ancienneté permet une familiarisation mutuelle et un niveau de confiance des patients et de leur entourage envers le médecin traitant (Pennec, 2010). Cette confiance s'alimente et grandit avec le temps. Elle se transmet d'une génération à une autre influençant la motivation d'aller consulter chez son généraliste et pour beaucoup même lui montrer ce que le spécialiste a donné comme avis avant d'entreprendre le traitement, car le patient qui a un généraliste à qui il fait confiance le considère plus qu'un médecin, c'est un membre actif de la société et même un membre de la famille, influençant plusieurs décisions devant être prises par ses patients, même celles qui ne sont pas d'ordre médical ; « *Le médecin est membre de la famille, on l'invite aux mariages...Quand ils te voient, ils te racontent leur vie de A à Z...Donc tu es le premier à être sollicité, c'est une question d'accessibilité* » dit M. B.

Pour acquérir la confiance du patient, il importe de parler le langage qu'il comprend. Certains médecins généralistes mettent l'accent sur la difficulté d'échanger avec des patients de

conditions sociales et culturelles modestes, ils avouent leur impuissance à trouver les mots pour pouvoir communiquer avec eux (Mebtoul, 2013). la plus grande part des erreurs thérapeutiques et des ruptures de confiance viennent d'un défaut d'examen plus que d'un défaut de connaissance médicale (Honorat, 2009). Mais quand le médecin généraliste arrive à gagner la confiance de ses patients il devient plus que leurs médecin ; *« Là où c'est adorable aussi c'est le rapport avec nos malades, c'est-à-dire qu'on sent qu'on a été utile, même socialement utile pas que médicalement. Par exemple un père a arrêté la scolarité de sa fille...Je lui ai fait passer le message qu'il va mourir et elle va le blâmer dans sa tombe pour ne pas la laisser faire ses études...Ah bein, il lui a réadmis de nouveau et ça m'a touché...Et là, je rentre dans le cadre du médecin généraliste-médecin de famille, c'est-à-dire qu'il a une influence même en dehors de ce qui est technique dans sa pratique »* dit R. H.

Les rapports du généraliste aux malades sont très importants pour sa réputation et la réussite de sa pratique, les généralistes semblent conscients de la valeur des points cités, ils disent essayer de les prendre en considérations et les intégrer dans leur pratique médicale courante. Dans le chapitre suivant, nous allons voir comment déconstruire la relation des généralistes avec leurs confrères.

Chapitre 3 : Relation avec les autres médecins

Les relations entre médecins jouent un rôle très important dans la prise en charge des patients, sa qualité et sa continuité. Le médecin généraliste de par sa place de premier contact du patient avec le système de santé et le centre de ce dernier, est en mesure de rentrer en contact avec d'autres médecins généralistes et spécialistes. Le généraliste a souvent recours aux demandes d'avis d'autres confrères pour la prise en charge de ses patients, surtout quand le cas dépasse ses compétences ou quand il veut confirmer son diagnostic. Les généralistes nouvellement recrutés demandent de l'aide à leurs confrères généralistes qui sont généralement plus anciens et ayant plus d'expérience qu'eux. Ils trouvent en eux une compétence et des réponses à des situations auxquelles ils n'ont pas été confrontés et n'ont pas étudié durant leur cursus. Cette aide reste très importante à leur yeux, marque leur esprit et les incitent à aider leurs futurs confrères à leur tour ; *« Même les confrères et nos aînés ils nous aident à mieux intégrer dans l'hôpital ou la structure »* dit N. D.

La socialisation professionnelle des médecins généralistes semble représenter un élément explicatif important et récurrent de leur interprétation de leur activité dans des espaces sociaux souvent étroits caractérisés par la pénurie de moyens et l'absence de la hiérarchie médicale, marquant une rupture forte avec la médecine rêvée et apprise à l'hôpital. La figure emblématique est celle du médecin-technicien désabusé, assurant une activité routinière et focalisée sur les mêmes maladies peu captivantes en opposition à la recherche de la belle maladie (Herzlich & Pierret, 1984). Les généralistes évoquent le temps où il y avait un travail d'équipe avec les spécialistes où chacun faisait de son mieux pour arriver à une meilleure prise en charge du malade. C'était au temps du secteur sanitaire où tout le monde travaillait dans un même établissement qui englobe un hôpital, des polycliniques et des salles de soins. Les médecins avaient l'occasion de discuter les cas ensemble et décidaient ensemble. Les généralistes ne se sentaient pas isolés, et les spécialistes avaient l'habitude de donner des avis à leurs confrères ; « *Le spécialiste avant et maintenant ce n'est pas pareil, avant il discutait avec le généraliste, il voulait que le généraliste apprenne, et qu'ils travaillent ensemble, ce n'est pas le cas maintenant* » dit K. B.

Le généraliste de par sa vision globale sur le malade a parfois besoin des avis sur des problèmes précis que seul le spécialiste maîtrise. Le généraliste qui suit réellement un patient dans le temps, quand il l'oriente il s'attend à le revoir avec une réponse d'un spécialiste. Seulement ces généralistes disent qu'il ne reçoivent pas une réponse tout le temps, ils souhaiteraient une réponse pour plusieurs raisons : s'orienter sur la prise en charge des malades et acquérir un savoir sur ce problème précis pour lequel ils ont orienté le patient, qui sera considéré comme expérience pouvant servir à mieux prendre en charge le patient ; « *Des fois il y a des cas qui nous dépassent...Nous on aimerait bien revoir le malade après l'avoir orienté chez le spécialiste...Il y a certains spécialistes qui font un excellent travail, ils répondent par écrit. Avec ce type de spécialistes, on apprend, on avance* » dit A. O.

L'éloignement du spécialiste est souvent évoqué par le généraliste. Ce dernier remarque que dès que son confrère réussit le concours de spécialité et acquiert le statut de résident, il commence à prendre distance, critique hâtivement les diagnostics, conduites à tenir et lettres de ses confrères. Ceci est accentué par les contacts peu fréquents entre les deux. Les résidents sont formés dans des services hospitalo-universitaires et les généralistes travaillent généralement dans le secteur extrahospitalier. Les généralistes perçoivent une certaine mégalomanie auprès de certains confrères spécialistes, expliquée par le fait qu'ils ont *réussi* là où les généralistes auraient *échoué*. Mais ceci n'est pas le cas pour tout le monde. Certains

généralistes disent que s'ils sont à la hauteur sur tous les côtés et ils se respectent eux-mêmes, ils vont finir par se faire respecter par tout le monde y compris leurs confrères spécialistes ; *« J'estime que le spécialiste...C'est normal, il estime en lui-même...Ça relève du côté psychologique. Le spécialiste pour lui, parce qu'il a fait un BAC plus sept. Après avoir été un médecin généraliste, il a été un médecin spécialiste. Pour lui, il a beaucoup plus d'expérience, et de compétence qu'un médecin généraliste...Pour lui on est des subordonnés...Maintenant tout dépend du profil...Si le médecin généraliste a un profil...Il est confiant, il sait comment faire sa lettre d'orientation, il sait comment retenir ses patients, il sait comment faire le suivi de ses patients, il sait comment gagner la confiance de ses patients, il aura d'excellentes relations avec le médecin spécialiste parce que c'est un travail de collaboration »* dit K. M.

Chaque catégorie de médecins semble à sa façon et selon une argumentation propre, regretter que les relations professionnelles soient rares et fragiles. Elles les conduisent malgré eux à se replier sur leur territoire professionnel respectif ; Créer un espace d'échange entre les catégories de médecins est donc perçu comme un non sens au regard des multiples dysfonctionnements internes de l'institution hospitalière (Mebtoul, 2005). Les rapports qui lient le médecin généraliste à ses confrères sont nombreux et les facteurs les influençant sont multiples comme démontrés dans notre recherche. Ils jouent tous un rôle très important dans le rapport du généraliste avec ses patients, et le fait de les connaître et maîtriser comment les utiliser doit être pris en considération par le médecin. De ce fait nous allons voir dans la partie suivante de ce travail les attentes des médecins généralistes en général et si leur formation de base est en adéquation avec les réalités du terrain qu'ils trouvent aux structures des soins primaires.

Partie 2 : Attentes du médecin généraliste

Dans cette partie de notre recherche, les médecins généralistes ont mis en exergue leurs attentes et leurs souhaits concernant une médecine générale à laquelle ils aspirent et aimeraient pratiquer.

La formation est toujours évoquée en premier par les médecins généralistes lorsqu'ils parlent de la pratique idéale de leur profession, sujet qui va être exploré dans le premier chapitre de cette partie.

Chapitre 1 : La question de la formation

Dans ce chapitre nous allons analyser la répercussion de la formation médicale qu'elle soit initiale ou continue sur la vie professionnelle des médecins généralistes, notre enquête nous a montré la place importante qu'à la formation aux yeux de ces derniers et leurs souhaits quant à l'amélioration de leur pratique médicale via la formation.

2.1.1 Une formation de base insuffisante :

Pendant les études médicales de base, les étudiants de médecine aspirent à devenir des bons médecins. Ils sont conscients que les stages pratiques sont d'une très grande importance. En effet ils vont forger la manière avec laquelle ils vont interagir avec leurs patients et apprendre la pratique de la profession médicale. Or ces stages leur semblent insuffisants. Ils estiment que le volet théorique l'emporte beaucoup sur le volet pratique. Les stages commencent tard et qu'ils ne sont pas bien encadrés. *« Notre imaginaire de la médecine qu'on avait dans nos têtes, sur comment on aurait fait les études et ce qu'on a trouvé sur le terrain sur le volet formation, était une grande déception... On s'est senti délaissés, non encadrés, et tout le rêve et ce qu'on imaginait sur la formation de médecine a été anéanti au niveau de la faculté... Les stages pratiques étaient médiocres, et l'encadrement des stages était par des personnes à mon avis qui manquaient de formation pour encadrer. C'était beaucoup plus théorique, avec des cours magistraux et amphi plein. C'était catastrophique du point de vue pédagogique »* dit R. H.

Les stages d'externat commencent à partir de la fin du 1^{er} cycle (cycle préclinique), où l'étudiant rentre en contact avec le système hospitalier pour la première fois. Les généralistes estiment qu'ils sont mal encadrés voir non encadrés, vu le nombre très important des étudiants et la limite des structures hospitalo-universitaires qui sont sensées les encadrer. Donc

beaucoup d'étudiants se voient refuser l'accès aux services, tandis que d'autres préfèrent revenir en dehors des périodes officielles des stages externes et d'autres étudiants évitent ces stages vu qu'ils ne sont pas vraiment sanctionnants et jugeant qu'ils ne se pas du tout considérés en tant qu'externes.

« La formation initiale est très incomplète...quand on termine on se sent pas médecin généraliste capable de... Il n y a pas beaucoup de terrain, on commence à voir le terrain à partir de la quatrième année, il y a des stages au sein de l'hôpital mais sincèrement ils n'étaient pas sérieux...Jusqu'à la septième année où on sent le côté pratique de la médecine...Avant d'être interne déjà le terme externe fait sentir qu'on ne considère même pas l'étudiant » dit M. A. B. (33 ans, MG publique dans la polyclinique de Saddikia, Oran, 4 ans de service).

Les stages sont considérés comme des moments privilégiés. C'est le passage de la vie estudiantine à la vie professionnelle. Les étudiants apprennent tous ce qui a un rapport avec la pratique médicale, que ce soit des gestes pratiques, le raisonnement clinique ou le côté relationnel avec ses interactions avec les malades et les autres professionnels de santé et comment se comporter dans les différentes situations que peut rencontrer le médecin quotidiennement. Cependant les médecins estiment que les stages sont courts dans la durée. Ils ne permettent pas d'apprendre l'essentiel de ce qu'ils peuvent trouver sur le terrain après ; *« Quand on est étudiant en médecine, on voit les avancés comment ils pratiquent, qu'ils soient résidents ou généralistes exerçants...On apprend comment ils font les gestes pratiques, par exemple la ponction de la moelle ou le liquide pleural, mais aux moments de stages on les pratique. Dans mon internat, j'ai fait tous ces gestes...Mais les stages sont limités. Dans la théorie on apprend beaucoup de choses, mais dans la pratique si on s'impose pas et on s'immisce parmi les confrères on apprend rien. Et parfois la pratique et la théorie c'est pas la même chose...Il y a un manque dans les stages, en internat on a 4 stages par an, deux obligatoires et deux au choix, un médical et un chirurgical, c'est impossible d'apprendre tout...En exerçant mon travail, j'ai appris beaucoup de choses, grâce aux collègues qui travaillent avec moi. Le stage d'internat est insuffisant pour moi »* dit A. O.

En plus de la formation médicale de base débouchant sur le diplôme de docteur en médecine avec ses stages jugés en deçà des attentes des étudiants. Les généralistes pensent qu'il y a beaucoup à faire pour former des médecins généralistes compétents, surtout par des stages spécifiques en médecine générale effectuées dans des structures extrahospitalières ; *« La formation est à revoir sur beaucoup de plans, ne serait-ce que sur le plan je dirais stage. Les*

jeunes ne font pas suffisamment de stages. C'est surtout de la théorie et puis c'est tout...En général le médecin généraliste d'aujourd'hui est médecin par défaut, n'ayant pu réussir à son examen, son concours de résidanat, se trouve disons généraliste, et comme il n'a pas été formé au terrain, bien forcément il a des difficultés dans sa pratique quotidienne. Il doit être formé dans une structure extrahospitalière...On apprend aux futurs médecins à prendre en charge la maladie pas le malade, donc forcément tout ce qui est social, tout ce qui est psychologique n'est pas enseigné » dit S. C.

Les généralistes mettent l'accent sur les stages pratiques à plein temps après la formation médicale de base. Ces stages sont importants pour forger la pratique de la profession médicale chez l'étudiant de médecine. Cependant les stages d'internat sont jugés insuffisants en nombre, durée et qualité. Quatre stages dont deux sont obligatoires en gynécologie-obstétrique et pédiatrie et deux autres dont un en médecine et un en chirurgie ne suffisent plus pour que l'étudiant pratique la majorité des cas auxquels il va être amené à prendre en charge en tant que médecin. Ces stages d'internat varient beaucoup sur le plan de leur qualité de formation selon les terrains, les encadreurs et du nombre d'internes. *« L'internat c'était une année de stages, reparti sur quatre stages différents, c'était une durée de trois mois à peu près et si on enlève les vacances, ça serait deux mois et demi par service. C'était des stages...Parfois je dirais des stages spécialisés. Mais dans ces stages, on a pu acquérir des compétences par rapport au ratissage des dossiers médicaux dans, certains services. Par exemple, moi j'étais à la chirurgie générale, des étapes d'interrogatoire, d'examiner le patient de...Comment remplir le dossier médical du patient, les examens nécessaires à faire, c'est des compétences que j'ai acquies durant les stages de chirurgie générale...On a été formés par des résidents...Le résident en lui-même, il nous dépassait à l'époque d'une seule année...Le résident est ce qu'il a les compétences pour nous former ?...Pour ça il faut des maitres de stage » dit K. M.*

Beaucoup d'étudiants ne donnent pas trop d'importance aux stages d'internat. Ils préfèrent choisir des stages pas trop astreignants pour pouvoir se préparer au concours de résidanat. Ils n'ont pas la possibilité d'apprendre les bases de la pratique médicale nécessaire pour chaque médecin quelle que soit sa spécialité. En outre tous ces étudiants ne vont pas réussir au concours en raison des places limitées. Beaucoup vont se trouver sans spécialité et être appelés *généralistes* par défaut. N'ayant pas été bien formés ni pour être de bons médecins, ni pour être de bons médecins généralistes. Dans notre enquête les généralistes perçoivent le concours de résidanat tel qu'il est pratiqué actuellement comme étant inadéquat.

Passé juste après la fin des études, l'internat ne répond plus aux exigences de la réalité de la pratique médicale ; *« Il faut que le concours de résidanat se fasse à la fin du cycle clinique, et non pas tel qu'il se pratique actuellement, à la fin de l'internat où l'étudiant ne fait pas de stage pratiquement. Donc c'est une année de perdu pour le médecin, parce qu'il n'a pas assez appris. C'est une année quand même qui est une année clé où il va faire la synthèse de toutes ses connaissances. Or il va passer à côté de cette synthèse »* dit S. C.

La formation graduée de médecine a en principe pour objectif de former un docteur en médecine maîtrisant la médecine de base et capable de répondre aux questions médicales essentielles quelle que soit sa future spécialité, dans le sous-chapitre suivant, on va voir le devenir et les attentes des médecins généralistes après la graduation.

2.1.2 Pratique d'une médecine générale sans préparation, ni assistance :

Après avoir obtenu leur diplôme, les médecins choisissent différents parcours. Ceux qui acquièrent le statut de médecins généralistes, sont brutalement confrontés à des situations cliniques, administratives et sociales inattendues, auxquelles ils n'ont jamais été préparés directement. Leur formation est davantage destinée à une pratique dans l'espace hospitalier. Or la médecine générale conçue et enseignée actuellement au niveau mondial est focalisée sur soins de santé primaires, donc pour une pratique extrahospitalière et en proximité avec la population. *« C'est un paradoxe total. Ce qu'on a appris durant les stages d'internat, et la pratique en elle-même. Pourquoi, parce qu'on a été formés dans des services spécialisés, dans des domaines de compétences un petit peu spécialisés, on a appris quelques compétences générales sur la gynécologie, la pédiatrie...Mais c'était le paradoxe. Parce qu'on était en face à des trucs qui étaient un peu plus spécialisés de ce qu'on fait nous autant que médecin généralistes dans notre pratique courante. C'était un paradoxe, au fur et à mesure qu'on commençait à pratiquer la médecine générale. Sur le terrain de stage, si on a été formés pour pratiquer la médecine générale...Je te dis que si je donne un pourcentage, je te dit à vingt pour cent, on a été formés pour pratiquer la médecine générale, quatre-vingt pour cent des compétences, on les a acquis si bien on les a acquis ou je ne sais pas. C'était par rapport à la pratique en elle-même, on commençait à vraiment pratiquer de la médecine générale qui était tout autre de ce qu'on pratiquait auparavant, parce qu'on était dans un milieu hospitalier proprement hospitalier, puis on s'est trouvé dans un milieu extrahospitalier dans lequel il y a beaucoup de choses qui n'existent pas dans l'hospitalier »* dit K. M.

Notre enquête montre que les médecins généralistes pratiquent une médecine générale selon leur perception et expérience personnelles ou celles de ceux qui l'ont suivi sur le terrain. Les généralistes n'ont reçu aucune formation spécifique les préparant à pratiquer une médecine générale proprement dite, d'où la nécessité de créer une spécialité à part entière en médecine générale (médecine de famille) à l'instar de beaucoup de pays, préparant les futurs généralistes à pratiquer cette discipline de soins primaires selon un référentiel de la profession s'inspirant de la définition de l'organisation mondiale des médecins de famille (Wonca, 2011), et des autres instances internationales gouvernant la domaine de cette spécialité. *« Ce qui a manqué dans notre cursus, notre profession de médecine générale n'existe pas dans la formation, on a eu des compétences médicales pratiques, mais pas de professionnalisme en médecine générale. Ce qui est terrible, c'est qu'on a appris la médecine générale en pratiquant la médecine générale, il n'y a pas de référentiel de formation de médecins généralistes au niveau des universités, ce qui a créé des difficultés à s'adapter sur le terrain »* dit R. H.

L'autre point ayant attiré notre attention dans cette partie de notre recherche, en dehors de la nécessité de la formation spécialisée en médecine générale, c'est la formation continue ou le recyclage des connaissances médicales des médecins en général et les médecins généralistes en particulier. La formation continue est une obligation déontologique pour tout médecin pratiquant (J.O., 1992). Dans le statut des médecins fonctionnaires l'employeur est tenu de d'actualiser leurs connaissances et même leur offrir des journées de formation sans perte de rémunération (J.O., 2009). Tout ceci dans l'esprit d'une prise en charge optimale des patients. Mais les médecins enquêtés ont révélé que beaucoup de médecins généralistes ne font pas de formation continue. Ils s'absentent des journées scientifiques. Ils ne font pas d'effort pour se mettre à jour malgré une certaine disponibilité des formations et la démocratisation des moyens d'apprentissage surtout grâce à internet. Pour comprendre ce phénomène une étude plus approfondie serait nécessaire. *« Il y a des médecins qui dès qu'ils ont leur diplôme, ils exercent et ne cherchent pas à mettre à jour leur savoir malgré que tout est accessible...Il y a internet, il peut bookiner...Même le généraliste lui-même est impliqué dans sa propre formation, s'il y a disponibilité de formations et lui, il reste à l'écart c'est de sa faute »* dit A. O. *« Il faut qu'il y ait un recyclage de temps à autre, normalement à chaque fois il y a une promo qui fait l'ECG, parce que tu es amené à faire un ECG et à l'interpréter, la même chose pour la radiologie standard, il faut qu'il y ait la formation continue dans ce sens »* dit K. B.

Après avoir terminé leurs études, les médecins généralistes sont obligés de pratiquer une médecine générale à laquelle ils n'étaient pas préparés et certains essayent de rattraper ce manque de formation par un développement continu de leur profession pour arriver au niveau requis pour pratiquer une médecine de famille selon les standards internationaux (Wonca, 2013). Dans le chapitre suivant, nous allons voir la vision qu'ont les médecins généralistes sur la médecine de famille.

Chapitre 2 : Assurer le rôle du médecin de famille

Le médecin généraliste est le médecin de la personne. Il ne se limite pas dans sa consultation à un organe particulier ou un système d'organes, à un âge ou un sexe particulier. Il prend en charge toute personne qui vient à son niveau sans restriction aucune. Il prend en charge du nouveau-né au mourant, en passant par l'enfant, l'adolescent et la femme enceinte. Tous les membres de la famille peuvent être pris en charge par le même médecin généraliste. Ce qui fait de lui le médecin de famille. Nous allons appréhender dans ce chapitre comment les généralistes des soins primaires voient le rôle du médecin de famille et quelle est sa place dans le système de santé.

Les généralistes reconnaissent l'importance du rôle du médecin de famille du fait de sa multidisciplinarité. Il peut répondre aux problèmes de santé de son malade même s'ils relèvent de plusieurs maladies appartenant à plusieurs spécialités, chose que fait rarement le spécialiste avec la même efficacité. Ce dernier préfère juste consulter la maladie qui relève de sa spécialité et envoyer le malade chez un autre spécialiste ou chez son généraliste ; « *Le spécialiste ne fait que sa spécialité pas plus, ça c'est sûr, par exemple si on l'envoie un malade qui a un problème chirurgical, et en plus un problème d'angine, il le renvoie chez le médecin généraliste pour le traiter* » dit N. D.

Il existait dans le passé, une forme de médecine de famille surtout chez le médecin privé. Le généraliste se sentait comme le responsable direct de la santé de ses patients. Il y avait une confiance des patients envers leur généraliste. Ils étaient satisfaits des consultations et les médecins savaient comment prendre en charge leurs patients du côté médical, mais aussi psychologique et social. il se déplaçait à domicile quand c'est nécessaire, il était une figure publique dans son quartier ou dans son village, respecté par les citoyens et les officiels de sa région ; « *Auparavant c'était le médecin de famille, c'était le médecin qui connaît ton père,*

qui connaît ton nom, qui connaît toute ta famille, c'était le médecin qui connaît le milieu social dans lequel tu vis... Tes défauts, tes qualités, ton entourage en entier, c'était la vraie médecine de famille, quand il rentre chez toi... Un ancien dicton populaire dit que quand on le voit on est guéri, c'était ça, l'était le pacte de confiance entre le médecin et son patient... C'était le profil du médecin qui inspire la confiance... Il sait comment convaincre, comment prendre en charge, rien que sur le plan psychologique le malade peut sortir avec une petite ordonnance ou peut être avec rien mais pour lui, il est très satisfait ce patient, avec nos parents c'était comme ça, avec nous c'était comme ça. Moi j'avais un médecin de famille on consultait tous chez lui... C'était quelque chose de merveilleux... On n'avait pas l'idée d'aller voir un cardiologue, ou d'aller voir un dermatologue ou qui que ce soit, on avait l'habitude d'aller voir ce médecin de famille, parce que on lui donne une confiance aveugle... Ce qui a changé c'est que le système de santé qui a fait en sorte que le médecin généraliste ou le médecin de famille il a complètement disparu... » dit K. M.

Réaliser une médecine de famille centrée sur la personne s'avère très difficile dans le système actuel en raison du cloisonnement des structures de santé publique entre elles. Les structures privées ne sont pas encore incluses dans le système de santé publique. Il n'y a pas de parcours du malade bien tracé et reconnu. La carte sanitaire ne concorde pas à la réalité dans laquelle vit le patient algérien. La réalisation d'une vraie médecine de famille efficace ne peut se faire que suite à une réelle volonté politique et doit faire intervenir plusieurs acteurs y compris : les autorités de la santé, la sécurité sociale, l'enseignement supérieur, la solidarité et la commune. Le patient algérien peut actuellement consulter là où il veut, même en dehors de l'urgence. La création des structures de proximité n'a pas vraiment réglé le problème de l'errance thérapeutique des patients. La logique par laquelle les patients décident de recourir à telle ou telle structure diffère de celle voulu par ceux qui ont mis en place les EPSP (J.O., 2007), ces structures ont été créées dans une logique de proximité physique et non sociale. Les patients sont contraints de multiplier les recours aux soins, traversant parfois de très longues distances entre établissements publics et privés cherchant où leurs attentes sont prises en considérations. Les médecins généralistes sont confrontés à une population très importante par rapport à leur nombre et moyens dont disposent leurs services. Ceci favorise l'épuisement professionnel du personnel, la rupture rapide des médicaments et autres consommables et moyens techniques nécessaires dans la prise en charge des malades. Ainsi surchargeant rapidement les lits de surveillance et utilisant avec excès les moyens de transports déjà limités dans le nombre. Tout cela peut obliger certains patients dont le cas ne peut pas attendre à aller aux structures spécialisées avec leurs propres moyens. Ajoutant à cela la facilité d'accès chez le médecin

généraliste vu l'absence de secrétaires médicales pour gérer le flux des patients et leurs rendez-vous et le manque d'agents de sécurité qualifiés. Tout cela peut provoquer une perte de patience des malades ou leur accompagnateurs pouvant dégénérer vers la violence verbale ou même physique envers le personnel soignant, dont les médecins généralistes sont les premières victimes ; « *Il n y a pas d'organisation, celui qui vient consulter, pas de rendez-vous, pas de secrétaires formées en secrétariat médical...Il y a une médecine de quantité, et pas une médecine de qualité* » dit K. B.

Les problématiques de la pratique d'une médecine de famille sont : l'existence d'une médecine de base définie administrativement dans un but de combler des vides diminuant le professionnalisme et qualité des soins, une formation initiale hospitalière et une pratique extrahospitalière, l'inexistence d'une médecine générale académique et universitaire avec un diplôme spécifique, formation non choisie mais le généraliste le devient par défaut et l'absence d'outils de développement de la discipline (Hadjij, 2014).

Avec l'hyperspécialisation de la médecine et de ses disciplines, les tendances internationales actuelles reviennent vers la valorisation de la médecine de famille, qui doit reprendre la place qui lui sied, et regagner la confiance du citoyen afin de lui garantir en retour un service de qualité, cette revalorisation doit reposer sur l'identification des attentes vis-à-vis des fonctions que devraient remplir les médecins généralistes et les stratégies à suivre, mais aussi sur l'amélioration des conditions d'exercice de la médecine générale pour la rendre attrayante pour les étudiants en médecine dont le seul but aujourd'hui est d'accéder à...La spécialité (Boukrissa, 2014).

Pour assurer un vrai rôle du médecin de famille, la création d'une spécialité à part entière en médecine de famille s'avère indispensable, là où le résident en médecine de famille apprend sa spécialité sur le terrain, là où il va exercer sa profession, supervisé par des médecins de famille formés à la pédagogie médicale, suivant un programme universitaire national, créé par un comité d'experts multidisciplinaire répondant aux vrais besoins de la population algérienne en matière de la prise en charge médicale en soins primaires. Les généralistes évoquent l'errance thérapeutique des malades, ils multiplient les recours aux médecins vu qu'il n'existe pas de notion du médecin de famille dans notre système de santé, et ça a comme effet une répercussion directe sur leur santé due au retard de diagnostic, complications nécessitant l'hospitalisation pour des problèmes qui auraient pu être évitées si pris en charge par un médecin qui connaît bien ses malades. Et aussi la sur-médication avec comme conséquence les interactions médicamenteuses nuisant davantage la santé des malades. Tout ça favorise le

manque de confiance envers les généralistes incitant les malades à aller chez le spécialiste pour n'importe quel problème de santé. L'absence du médecin de famille a aussi d'autres effets d'ordre économique dus à l'augmentation du nombre des hospitalisations, et aux dépenses de santé en médicaments et d'autres procédures thérapeutiques très coûteuses.

Dans un système de santé centré sur le médecin de famille, la satisfaction des patients sera prise en considération et le médecin sera responsabilisé vu que chaque patient aura son propre médecin de famille ; « *La spécialité de médecine de famille serait bien, ça ne laisse pas les gens traîner. Je te donne un exemple, une famille qui consulte chez un médecin...Aujourd'hui il vient chez moi, je lui donne un traitement, après une semaine il va consulter chez X, puis chez un autre...Donc le malade ici pour moi il traîne, parce qu'il a consulté chez 3, 4 médecins et ça n'a rien donné. Et quand il consulte chez moi puis chez un autre, peut être l'autre ne sait même pas qu'il a consulté chez moi, moi je peux suspecter une chose et l'autre pas...Tandis qu'un médecin de famille, il commence avec lui dès le début...Il y a même une certaine...Le malade est rassuré, il est entre les mains du médecin de famille, il le connaît, il se soulage quand il le voit...Il connaît son histoire du début à la fin, il ne va pas traîner ailleurs à voir d'autres médecins...Le médecin le traite avec son cœur, et le malade le considère comme membre de la famille...Même le médecin a un nombre de malades restreint avec leurs propres dossier médicaux » dit A. O.*

La réforme de la formation initiale est souhaitée par le médecin généraliste pour arriver à former des vrais médecins généralistes faisant efficacement leur rôle de médecins de famille, la formation de médecine générale est définie comme formation universitaire post-graduée après la formation médicale de base ayant un contenu de programme qui lui est propre, et ses terrains de stage majoritairement extrahospitaliers ; « *Tout ce qui s'agit de la formation initiale, des terrains de stage et tout ce qui s'agit de la pratique en elle-même...On gaspille beaucoup d'argent...Maintenant comment changer les choses, pour moi c'est très simple. Voir des modèles qui ont réussi leur système de santé. Et franchement ceux qui ont réussi leur système de santé, c'est ceux qui ont fait la médecine générale...Sa vraie place, qui ont fait de la médecine générale une spécialité à part entière...Ce que je propose, c'est faire la part des choses, on donne à Cesare ce qui lui revient de droit...C'est de revoir cette médecine générale, les terrains de stages, le diplôme final parce qu'en fin de compte on n'est pas des médecins généralistes, on est médecins par défaut » dit K. M.*

Dans notre enquête, les généralistes ont assuré que mettre un terrain favorable à la pratique de la médecine de famille serait la solution à la majorité des problèmes de prise en charge des

malades au niveau des différentes structures publiques et privé en soins primaires, et ça se répercutera favorablement même sur les autres niveaux secondaires et tertiaires ce qui ne peut être que favorable aux patients et aux professionnels de santé à tous les niveau.

Conclusion

Au terme de notre recherche sur le regard des médecins généralistes des soins primaires sur leur pratique professionnelle, plusieurs aspects peuvent être mis en exergue sur la pratique de la médecine générale en Algérie :

- Le médecin généraliste est perçu actuellement par la population ou les médecins eux-mêmes comme un médecin n'ayant pas fait une spécialité. C'est celui qui ne maîtrise aucun domaine précis de la médecine, amenant plusieurs patients à préférer aller directement chez le médecin spécialiste même pour des problèmes de santé qui ne nécessitent pas, créant ainsi une forte demande dans les cabinets de spécialistes et les hôpitaux, rallongeant les périodes de rendez-vous et pouvant même remettre en cause la qualité de la prise en charge spécialisée de ces malades et la formation des résidents due à la surcharge des malades. La frustration des malades peut se sentir quand leur diagnostic n'est pas fait car ils n'ont pas consulté le spécialiste de leur maladie.
- Le médecin généraliste se retrouve dans un système de santé qui le considère comme un médecin de « second niveau » et qui fait de lui le « bouche trou » des services quand il n'y a pas de spécialistes. Mais ne reconnaît pas ouvertement ses compétences médicales, et son expertise en médecine générale, ne l'associant pas aux décisions importantes au niveau central et créant des textes qui le concernent sans lui. Dans la pratique quotidienne, le médecin généraliste est affecté dans des zones selon des décisions administratives dans une logique souvent populiste, parfois sans les conditions basiques nécessaires pour l'exercice sa profession. Il finit par exercer son travail d'une façon routinière, face à une population qui n'a pas de médecin de famille, créant une charge de travail importante menant à l'épuisement professionnel qui associé à son sentiment de cloisonnement et de séparation des autres confrères dans d'autres secteurs accentuent sa sensation d'être mis à l'écart par les autorités et le corps médical, chose qui ne peut être bénéfique pour une prise en charge optimale des patients.
- Les soins primaires vers lesquels la médecine générale est orientée ne sont pas évoqués dans les textes officiels. La santé de proximité est citée à leur place prenant en considération la proximité physique des structures de santé et négligeant la proximité

sociale, ne donnant pas trop d'importance aux notions d'accueil, satisfaction de la population et le développement de la confiance mutuelle entre soignants et soignés. Choses qui sont très importantes dans la profession du médecin généraliste dans les soins primaires.

- Beaucoup de médecins généralistes disent qu'ils pratiquent la médecine générale malgré eux, qu'ils n'ont pas choisi d'être médecins généralistes. Ils la pratiquent par défaut car ils n'ont pas fait de spécialité. La médecine générale n'est pas considérée comme attractive par rapport aux spécialités, le fait de faire une spécialité est perçu comme une réussite professionnelle et sociale pour le médecin et rester médecin généraliste est senti inversement, par la société, le corps professionnel et le médecin généraliste lui-même. Cette sensation de faire une profession qu'ils ne choisissent pas, ne les incite pas à faire des grands efforts pour donner un plus à cette profession en matière de recherche, d'enseignement, d'innovations dans les gestes techniques et les pratiques professionnelles, se répercutant sur la santé des malades.
- Les systèmes de santé qui ont développé une médecine générale efficace, ont fait du médecin généraliste un vrai acteur de santé publique, et ont investi sur lui pour avoir des résultats positifs surtout en matière de prévention, satisfaction de malades, réduction de la mortalité des adultes et enfants, et des dépenses en matière de santé.

Notre enquête nous a confirmé que le développement d'une médecine générale répondant aux attentes de la population et des médecins généralistes eux-mêmes s'avère une nécessité absolue. La spécialité de médecine générale doit être développée et le système de santé doit se réorienter vers les soins primaires centrés sur le médecin généraliste assurant son rôle de médecin de famille. Pour réaliser ce rôle, la formation initiale et continue en médecine générale doit être considérée comme une priorité des pouvoirs publics, en regard des bénéfices que le système de santé peut en tirer. Une politique de soins primaires centrée sur une médecine de famille doit devenir une réalité. Et pour cela les besoins en matière de santé doivent être connus faisant participer les différents acteurs de la santé entre ordre des médecins, sociétés savantes, syndicats et d'autres experts dans différents domaines y compris médical, technologique, déontologique, psychologique, social et bien autres dont les avis peuvent contribuer à l'amélioration de la médecine générale et le système de santé.

Bibliographie

Ouvrages :

Carricaburu, D., & Ménoret, M. (2004). Sociologie de la santé : Institutions, professions et maladies. Armand Colin.

Fisher, G. N. (1996). Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale. Paris: Dunod.

Freidson, E. (1984). La profession médicale. Payot.

Herzlich, C., & Pierret, J. (1984). Malades d'hier, malades d'aujourd'hui : De la mort collective au devoir de guérison. Payot.

Mebtoul, M. (2015). Les soins de proximité en Algérie : A l'écoute des patients et des professionnels de la santé. L'Harmattan.

Mebtoul, M. (2005). Médecins et patients en Algérie. Dar El Gharb.

Reynaud, J. (1993). Les règles du jeu : L'action collective et la régulation sociale. Paris: Armand Colin.

Simmel, G. (2013). Sociologie. Etudes sur les formes de la socialisation (éd. 2e édition (29 mars 2013)). PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE - PUF.

Strauss, A. (1992). La trame de la négociation. L'Harmattan.

Articles de journaux et de revues :

Anden, A., Andersson, S., & Rudeneck, C. (2005). Satisfaction is not all: Patients' perceptions of outcome of general practice consultations, a qualitative study. BMC Family Practice , 24, 6-43.

Boukrissa, M. (2014). Quelle place pour le médecin généraliste? Les cahiers du GRAS (3), pp. 37-39.

Conrad, P., & Barker, K. (2010). The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications. Journal of Health and Social Behavior , 51 (1), 67-79.

Décret executif n° 07-140 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité. (2007, Mai 20).

Journal officiel de la république algérienne (33), pp. 9-19.

Décret executif n° 09-393 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps des praticiens généralistes de santé publique. (2009, Novembre 24). Journal officiel de la république algérienne (70), pp. 7-14.

Décret exécutif n° 92-276 portant code de déontologie médicale. (1992, Juillet 06). Journal Officiel de la République Algérienne (52), pp. 1160-1175.

Gerhardt, U. (1990, 11 30). Qualitative research on chronic illness : The issue and the story. *Social Science and Medicine* , 1149-59.

Guldvog, B. (1999, 3 11). Can patient satisfaction improve health among patients with angina pectoris? *International Journal of Qualitative Health Care* , 233-240.

Hadjij, R. (2014). La médecine générale/médecine de famille : Les problématiques des théories et de la pratique en Algérie. *Les cahiers du GRAS* (3), pp. 40-42.

Iddir, M. (2014). Bureaucratie et pratique médicale. *Les cahiers du GRAS* (3), pp. 131-137.

Marzano, M. (2010). Qu'est-ce que la confiance ? (S.E.R, Éd.) *Études* , 412, 53-63.

Mebtoul, M. (2013). Quel accueil dans les structures de soins? *Les empreintes du GRAS* (1), pp. 5-7.

Oliver, R. (2010). *Satisfaction: A Behavioral Perspective on the Consumer*. Press: M.E.Sharpe , 591.

Pennec, S. (2010). La médecine générale, une "profession consultante" entre profession savante et prestations de services. Dans G. Bloy, & F. Schweyer, *Singuliers généralistes : Sociologie de la médecine générale* (pp. 207-220). Presse de l'EHESP.

Comptes rendus de conférences :

Honorat, C. (2009). *L'approche clinique en Médecine Générale*. Cours de séméiologie de Second Cycle de Médecine DCEM1. Faculté de médecine de Rennes.

Mebtoul, M. (2013). La complexité des rapports soignants-soignés en Algérie. Actes des IV^o journées "Egologie -Travail - Développement", (pp. 65-70). Tlemcen.

Mekhatria, A. (2014). Résultats de l'enquête sur la médecine générale en Algérie. 3ème congrès de la Société Algérienne de Médecine Générale. Adrar.

Rapports :

Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes. (2005). Etude sur les attentes et les représentations de la population vis-à-vis de la médecine générale : enquête auprès de la patientèle des médecins généralistes. Rhône-Alpes.

World Health Organization. (2000). Health systems: Improving performance. The World Health Report.

Sites web :

OMS. (1978, 09 12). Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. Consulté le 08 17, 2016, sur Organisation mondiale de la santé:

http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/

Starfield, B. (2009). Primary care and equity in health: the importance to effectiveness and equity of responsiveness to peoples' needs. Consulté le 08 18, 2016, sur Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health: http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications_PDFs/A243.pdf

Wonca. (2011). The European Definition of General Practice/Family Medicine. Consulté le 08 14, 2016, sur Wonca Europe:

<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>

Wonca. (2013, 06). WONCA Standards for Postgraduate Family Medicine Education.

Consulté le 08 18, 2016, sur Global Family Doctor:

http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Education/WONCA%20ME%20stds_edit%20for%20web_250714.pdf

Annexe 1

Guide d'entretien

Nom :

Prénom :

Age :

Secteur :

Lieu :

Années d'expérience :

Faculté de formation :

Expériences (professionnelles) antérieures :

Lieu d'entretien :

Date d'entretien :

1) Formation

Racontez ce qui vous a marqué durant les stages des études médicales ?

L'apport du stage

Ses limites

Les manques (Pourquoi ?)

2) La pratique de médecin généraliste

Comment s'est passée votre insertion professionnelle juste après la formation ?

Avec les malades

Avec les collègues

Avec l'administration de la santé

Pouvez-vous nous décrire les contraintes qui vous semblent essentielles dans votre travail quotidien ?

Charge de travail

Relationnelles

Manque de formation. Quel type ? Pourquoi ?

Autres. Pourquoi ces contraintes ?

Routine dans le travail. Pourquoi, si c'est le cas.

Comment cela se passe t-il avec les spécialistes ?

Coopération

Conflits

Autres types de relation. Pourquoi d'après vous.

Comment cela se passe t-il avec les responsables sanitaires ?

Distance sociale

Reconnaissance de votre travail

Indifférence

Décrivez nous vos attentes professionnelles dans la société algérienne ?

Pourquoi ces attentes ?

Pourquoi ne se concrétisent-elles pas ?

3) **Attentes des patients à l'égard du médecin généraliste**

Comment cela passe t-il avec les patients ?

Pourquoi ont-ils recours au médecin généraliste - public ? privé ?

Quand il a recourt au médecin généraliste, au début ou après un longue période ? Pourquoi ?

Comment organisez-vous votre consultation ?

Racontez les bonnes et les mauvaises tâches du médecin à l'égard des patients. Pourquoi ?

Racontez pourquoi le patient peut être insatisfait ou satisfait ?

Comment cela se passe t-il pour les médicaments ?

Négociation, refus ou acceptation de l'ordonnance remise au patient ?

Racontez ce qui a changé aujourd'hui dans la pratique du médecin généraliste

Importance dans la société ou non. Pourquoi ?

Que proposez-vous pour améliorer la pratique du médecin généraliste ?

Pourquoi ces solutions ?

Un dernier mot sur la médecine générale.

Annexe 2

Exemple 1 d'un entretien

Nom : A

Prénom : O

Age : 32

Secteur : Public (EPSP)

Lieu : Ain Kerma

Années d'expérience : 7

Faculté de formation : Oran

Expériences (professionnelles) antérieures : non

Date de l'entretien : 09/03/2016

Lieu de l'entretien : A la polyclinique Ain Kerma (en dehors des horaires de travail)

Racontez ce qui vous a marqué durant les stages des études médicales ?

Ce qui m'a marqué aux stages c'est l'aide aux gens, c'est important...On apprend des nouvelles choses, en apportant l'aide aux gens...On apprend les choses qu'on ne connaissait pas avant. Quand on est étudiant en médecine on voit les résidents et les généralistes exerçants faire...Ils ont la main, la ponction de la moelle, le liquide pleural et ces choses là. On les voit mais au moment des stages on pratique ces gestes. C'est-à-dire dans mon internat j'ai fait tous ces gestes. Durant le stage d'hématologie j'ai fait la ponction de moelle, la ponction lombaire. J'ai fait ces gestes qui sont faits par les médecins praticiens, c'est une chose bénéfique, on sent qu'on fait quelque chose.

Parlez-moi des limites des stages s'il y en avaient ?

Bien sûr les stages sont limités. Car en théorie on apprend beaucoup de choses, mais quand on arrive à la pratique, si on s'impose pas et on s'immisce pas entre les confrères on n'apprend pas. Ça c'est en premier. Deuxième chose, entre la pratique et la théorie ce n'est pas pareil, ce n'est pas la même chose. Tu m'as compris, chacun a sa propre pratique.

Moi j'ai commencé ma carrière à Achaacha, je me suis retrouvé dans la garde aux urgences, et Hamdoulillah. J'ai trouvé les stages bénéfiques, c'est-à-dire, si j'ai pas appris certaines pratiques dans les stages, j'aurais pas pu m'en sortir tout seul.

Parlez un peu du manque

A l'internat on a 4 stages durant l'année, 2 obligatoires et 2 au choix, un médical et un chirurgical. C'est impossible d'apprendre tout, c'est impossible. Moi en exerçant mon travail, j'ai appris des choses grâce à mes collègues, ils me donnaient les astuces, les gestes...etc. Moi j'ai pas tout appris.

Le stage d'internat est insuffisant pour moi. Pour tout apprendre c'est impossible, et il faut s'imposer pour apprendre. Personne ne va venir pour t'apprendre, il faut aimer son métier pour arriver.

Comment s'est passée votre insertion professionnelle juste après la formation ?

Le 1^{er} jour c'était un peu difficile. Parce qu'au début pendant le stage on n'est pas seul on a quelqu'un avec nous, les résidents avancés et tout. Donc on n'a pas peur, quand on est seul un peu, on a un peu le trac.

Pour moi j'ai considéré mon insertion autant qu'une extension de mon stage, comme si je terminais mon stage, on ne va pas dès le premier jour tout connaître il faut un certain temps.

Et avec les malades ?

Hamdoulillah, avec les malades c'était bien. Pendant l'externat, je me rappelle je faisais des stages volontaires aux UMC. Au début c'était un peu difficile d'aborder le patient, après on a

un contact direct avec le patient, il n'y a plus d'hésitation, ou de timidité pour lui parler. Et petit à petit avec la pratique, tout devient normal.

Avec les collègues ?

Quand on a des collègues bien, on est obligés de s'intégrer avec eux, et on apprend beaucoup de choses. Ils te passent leur expérience, des conseils. Car si on est seul, on ne trouvera pas ces conseils, et même à l'endroit là où on travaille, car la population diffère d'un endroit à un autre. Et pour connaître la mentalité de cette région et tout, il y a des gens qui travaillent là avant moi et me donnent des conseils, pour ne pas faire des erreurs.

Avec l'administration ?

Ça diffère d'une administration à une autre. Moi j'ai travaillé dans plusieurs endroits et je peux te dire, il y a une administration qui facilite la tâche du médecin et l'écoute et l'aide et lui donne tout. Et il y a l'administration qui ne fait rien. J'ai travaillé à Achaacha (Mostaganem), à Mascara EPSP Zahana, et actuellement je suis à l'EPSP Boutlélis. J'ai assez d'expérience et les administrations ça diffère, il y a l'administration qui t'aide et te donne et qui est à ton écoute, c'est-à-dire elle est avec toi dans tout. Et il y a l'administration qui ...on peut dire te néglige, c'est-à-dire tu parles ou pas c'est *kif kif* (c'est pareil). Et je te dis, ça c'est pas pour mon intérêt, c'est pour l'intérêt du malade. Moi quand je dis il me faut ça et ça et ça, c'est pour l'intérêt du malade et l'intérêt de la fonction du médecin. C'est les choses qui l'aide dans son quotidien et qu'il ne trouve pas des difficultés.

Pouvez-vous nous décrire les contraintes qui vous semblent essentielles dans votre travail quotidien ?

Quand j'étais à l'EPSP Zahana, dans une garde de 24 heures. Je faisais 90 malades, 90 malades, c'est une charge immense. Déjà au début, on a une certaine capacité pour voir les malades, après un certain temps c'est bon, c'est la fatigue, *Allah Ghaleb*. Même moralement on n'est pas bien. Car il y a la population, les gens ne sont pas tous pareils. Il y a ceux qui viennent provoquer, donc 1, 2 provocations c'est bon, c'est le plein. Et là pour finir avec les gens qui attendent, il y a certainement des erreurs. Pas exprès, mais c'est plus fort que moi. Chacun à son seuil, pour assurer 90 malades seul c'est trop. Il y a les urgences, les faux

malades, la maternité. Assurer tout ça par un seul médecin durant 24 heures, c'est pas évident, c'est pas évident. C'est une charge immense, même dans ce cas on parle de quantité, mais la qualité, on ne peut pas assurer la qualité. Peut être avec les premiers 10 malades, mais après, *allah ghaleb*, on est dépassé, on ne peut pas.

Relationnelles ?

Pour les patients, nous, on est dans le secteur public. On s'attend à toutes les classes de patients. Il y a celui qui comprend le langage simple et il y a celui qui ne comprend pas. Et là il faut des efforts pour lui faire comprendre sa maladie, sa prise en charge et comment faire...Ça prend un temps. Et il y a le patient qui ne te comprend pas.

Manque de formation. Quel type ? Pourquoi ?

Les contraintes de travail du généraliste ne sont pas pris en considérations durant les études, tu termine tes études. On te donne ton diplôme et c'est tout, tu exerces sur les gens, donc tu es livré à toi-même (عوم بحرك). Et chacun a ses capacités, il y en a qui supportent et d'autre pas. Et plus je t'ajoute une chose, moi à mes début à Zahana pendant que je travaillais 24 heures avec 3 jours de récupération pendant 5 ans. Je te mente pas au bout de trois ans...la 4^{ème} année ça y est, je me suis saturé. Je commençais à sentir que ça y est, je dois quitter cet endroit, ça y est, tu ne peux plus *allah ghaleb*. Quand on est nouveau, on est dynamique et on travaille. Je consulte, normal, mais après ça y est. Tu rentres dans cette routine, et tu te trouves stagné. Et cette stagnation commence à te donner des ondes négatives dans ta tête, parce que, je te mente pas, on dit que de temps en temps, il faut changer. Et avec quoi, des formations, les nouveautés, tandis qu'on se trouve sans progression, c'est-à-dire la même chose. Cette ordonnance se répète quotidiennement. Et ça, ça te tue c'est bon. Même si t'as dans ta tête l'idée de continuer les études et progresser, tu ne vas pas progresser. Dans un patelin où tu vois les même gens tous les jours, tu ne vas pas y arriver. Donc il faut changer, moi je te mente pas, un endroit là ou tu restes longtemps...Car tu vas rentrer dans une routine, et même si au début tu aime ton métier, après tu vas le détester. Tu vas aller travailler détestant ta vie, pas heureux. Pas parce que tu vas travailler, mais le contraire, parce que cet endroit te frappe dans le système. il faut changer, c'est-à-dire un médecin, pour moi, s'il reste dans une structure avec toute la charge pendant longtemps, c'est trop, c'est trop. Il faut changer, et je parle d'une structure publique, car en comparant bien, toi tu travaille la garde tu fais 90

malades par jour, et un autre médecin même dans le secteur public, je parle pas du privé, tu trouve par exemple, ils ont le nombre de médecins renforcé, au lieu d'un seul médecin ils ont 2 à 3 médecins qui s'entraident, ou par exemple il est dans une zone pas peuplée, il fait 20 malades. S'ils sont 2 médecins ce n'est pas pareil, un travaille surchargé et les autres à l'aise. Le 1^{er} n'est pas bien moralement, mais l'autre il est bien. Et quand le 1^{er} voit le 2^{ème} c'est pas pareil, et ils touchent le même salaire. Là ça me semble que c'est injuste. Et tous ces médecins qui ont une charge importante de population avec la garde et tout, avec les années ils vont développer des maladies, le stress. Si tu mets un médecin urgentiste tout seul dans une structure pendant un laps de temps, ça y est.

Le médecin généraliste ça englobe tout, quand il reçoit un patient il faut prendre son temps avec lui, l'examiner et le voir...prendre le temps. Nous on a pas ça, pourquoi ? Car t'as un malade, une foule attend dehors. Donc au lieu de prendre ton temps avec lui, ça sera une consultation rapide, parce que pourquoi, la surcharge. Même si tu reçois un malade et il a une symptomatologie et toi tu aimerais bien le voir pour poser un diagnostic. Tu peux par exemple, le temps que tu ne lui accorde pas bien tu passes à côté de quelque chose, ça se peut. Ou par exemple, il faut faire un interrogatoire très minutieux, car la médecine c'est l'interrogatoire le 1^{er} temps. Et si tu as beaucoup de malades à la salle d'attente, et le bruit, et ils attendent tous leur tour, tu ne peux pas, tu ne travailles pas à l'aise. Et la solution, il faut par exemple ajouter du personnel pour réduire la charge, renforcer le personnel par exemple. Dans le consensus international combien les généralistes doivent atteindre par jour ? Une vingtaine ? Chez nous ça c'est fois 4, fois 5.

Comment cela se passe –t-il avec les spécialistes ?

Des fois que tu travailles tant que généraliste, il y a des cas qui nous dépassent. Quand on suspecte quelque chose, on fait une orientation chez le spécialiste. Nous on aimerait bien revoir le malade après. Moi j'ai suspecté telle ou telle chose, j'ai fait des bilans et autres choses et j'envoie chez le médecin traitant, un cardiologue ou autre. Il y a certains spécialistes, vraiment ils font un excellent travail. Je lui confie le malade, il le voit et il fait une lettre pour répondre sur ce qu'à le malade. ça c'est bien, c'est que tu apprends, tu prends de l'aide de la part du spécialiste. Si demain un cas semblable te vient, tu pourras le traiter tout seul. Donc tu avances dans ta formation. Généralement c'est les spécialiste privé qui me renvoie le malade, et me dis voilà ce que je lui ai donné comme traitement et tout. Et c'est bon

tu le mets dans ta tête, tu apprends, que ce soit l'ORL que se soit...C'est bien, tu évolues, car aussi on est dans une structure, notre milieu n'est pas comme le milieu hospitalier. Dans le milieu hospitalier, t'es entouré par tous les spécialistes, si tu demande un avis, tu discute avec spécialiste et tu apprends de lui. Tandis qu'ici on est dans une zone où il n'y a que des généralistes entre eux, donc c'est juste l'ordonnance qui est entre toi et le spécialiste, s'il te revoie ton malade avec une lettre.

Comment ça se passe avec le malade adressé au spécialiste ?

Moi personnellement j'aimerais le revoir, j'aimerais lui donner le traitement et voir si ça ne donne pas de résultat. J'aimerais bien envoyer le malade chez le spécialiste et qu'il revienne chez moi. À plusieurs fois je dis au malade *va chez le spécialiste mais reviens chez moi*, je vois ce qu'il lui a donné le spécialiste. C'est bénéfique pour moi, c'est-à-dire demain, si je vois un malade qui a le même tableau clinique, je peux le traiter tout seul. Et là tu sens vraiment que t'as fait un pas vers l'avant.

Comment cela se passe t-il avec les responsables sanitaires ?

Ça diffère toujours. Il y a un responsable qui t'écoute, c'est-à-dire tu pars lui parler...Même si tu veux créer quelque chose, le responsable est en haut. Nous les médecins généralistes, on nous appelle les médecins de la 1^{ère} ligne. Tu vois le malade, tu vois le manque qu'il y a, tu vois...Donc toi qui travailles avec ton expérience, il y a des propositions que toi tu aime les faire, pour faciliter la tâche au médecin généraliste pour qu'il fasse un travaille de qualité. Par exemple pour gérer la charge de la population, tu discute avec le responsable pour qu'il t'écoute, voilà, voilà, voilà, pour comme on dit...pour améliorer, pour améliorer, pour l'amélioration. Il y a certains responsables qui t'écoutent et ils te donnent de l'aide et tout. Il y a certains responsables avec qui tu parles ou tu ne parles pas c'est la même chose, et les choses restent comme elles sont. Quand tu restes dans une structure pendant 5 ans, et elle reste la même après 5 ans comme elle était au début, ça stagne, ça se dégrade.

Pensez-vous que le travail du généraliste est reconnu ?

Pas tout le temps, il y a qui voit son travail reconnu vu la surcharge et tout, et d'autre non. On dit qu'il fait son travail et c'est tout, il travaille c'est ça son travail.

Racontez la prise en considération de la qualité du travail ?

La qualité non, c'est généralement...A cet endroit la population proteste, allez ramenez leur un médecin, pour que ça s'apaise. C'est une politique, ce n'est pas pour la qualité...allez ramène les un médecin, l'essentiel c'est d'éviter les problèmes. On dit ils ont un médecin là-bas c'est bon, peu importe qualité pas qualité, l'essentiel ils ont un médecin là-bas sur place. On est trop loin de la qualité.

Décrivez nous vos attentes professionnelles dans la société algérienne ?

Généralement...J'ai terminé en 2008, maintenant je suis généraliste depuis 7 ans, tu trouves, comme t'étais comme tu es. C'est-à-dire la moindre des choses...Ils parlent de CES, nous on a rien vu. Par exemple quelqu'un qui veut faire plus d'études, il évolue. Par exemple ils organisent des journées là où tu apprends, tu me comprends. Il y a des journées de temps à autre, mais pas comme ça, c'est-à-dire pour être...Parce que la médecine évolue. Dès fois tu vois certains gens, je te mens pas, tu vois une ordonnance, un traitement de ça fait 5 ans et maintenant, il y a des nouveaux qui sortent. Et nous, des fois on a pas le cours, on ne sait pas c'est quoi cette molécule, donc là c'est pas normal...Le rôle de qui...Le rôle...Peut être...C'est le rôle de l'administration. Tu a un médecin qui a son établissement, et le responsable doit avoir une réputation, réputation pour sa structure. Pour qu'il y ait une réputation il faut former les gens des nouveautés qu'il y a. Même le médecin il apprend, ça va un peu...on dit par exemple tel établissement a un médecin qui a une sous-spécialité en HTA, diabète ou pédiatrie. Même tu avances, c'est-à-dire tu sens que tu apportes une aide, et t'es pas à la même chose. Nous que ce qu'on voit ici le plus, la grippe, arthrose, douleur...c'est pas...Tu me comprends. C'est des choses de tous les jours, j'ai mal à la tête, j'ai une constipation, j'ai une grippe, donc t'as pas recours à quoi que ce soit. Moi je te mens pas, j'ai un cas si tu le vois vraiment, il va te rendre confus, et moi que ce que je fais, tu examines et tu vois, tu donne un traitement symptomatique pour une durée de 3 jours, tu demande à le revoir. Toi après avoir vu ce cas, tu vas bookiner, tu vas à la maison, voir sur internet la symptomatologie qu'il y a et tu réoriente ton diagnostic. Dès fois tu trouves, cette pathologie tu peux la traiter, s'il le faut tu contactes un confrère spécialiste.

Le généraliste au niveau national son nombre est trop élevé, mais il faut voir la qualité comment elle est. Moi je ne suis pas entrain de critiquer les confrères, mais il y a certains généralistes nouvellement recrutés qui ne savent rien. Donc il leur faut un encadrement et une

orientation. Donc moi il me semble qu'un médecin nouvellement recruté, sans avoir pratiqué auparavant, qui est affecté directement au point de garde... Là, c'est pas faisable.

Comment voyez-vous tout ça ?

Par exemple, pour le médecin du pool de garde, ça veut dire le médecin urgentiste, ils font des CES, des sous-spécialités. Comme ça, la prise en charge sera bien. Et pour le généraliste qui fait la consultation aussi, car il touche à tout, pathologie pulmonaire, les infections urinaires, obstétrique, il touche aussi aux maladies chroniques, HTA, diabète. Toutes ces choses contiennent des nouveautés, il y a des classifications qui changent, des médicaments qui changent, tu me comprends. Donc tu vas pas rester à faire les mêmes choses pendant 5, 10 ans, tu me comprends. Chaque année il y a du nouveau, même le médecin de consultation aussi, il lui faut ces choses, les choses changent, les épidémies changent, tout change. Et déjà il y a toujours de nouvelles maladies qui apparaissent, il faut des CES et des formations continues, et un recyclage chaque 2 à 3ans, et ça met à jour.

Racontez l'importance de la formation supplémentaire pour le généraliste ?

La spécialité de médecine générale c'est bien, ça laisse pas les gens trainer. Donc déjà... Je te donne un exemple, déjà une famille qui veut consulter chez un médecin, aujourd'hui il vient consulter chez moi, tu me comprends, demain il va consulter chez X, après chez un autre. Donc pour moi là, la maladie traîne, parce qu'il consulte chez 3, 4 médecins et ça ne donne rien. Et moi, quand je lui consulte et les autres lui consulte après moi, ils ne savent pas qu'il a consulté chez moi, moi je peux suspecter une chose que l'autre ne suspecte pas. Tandis que chez le médecin de famille, il commence avec lui dès le début, il le voit et revoit, même il y aura... comment je vais dire... une complicité. Le malade il va être rassuré, il est entre les mains du médecin de famille. Et même il se soulage quand il le voit, pas quand il voit un médecin qui va le revoir dès le début, il va le revoir pour la moindre chose. Et ce médecin qui le suit, il connaît son histoire dès le début à la fin, tu me comprends ou pas. Le malade ne va pas trainer ailleurs, il ne va pas voir celui là et l'autre, il a son propre médecin qui connaît son traitement. Et en cas de problème, c'est lui qui va l'orienter. Et quand tu es médecin de famille et tu connais le malade tu vas le traiter avec ton cœur, parce que c'est ton malade et tu peux dire qu'il est membre de ta famille, car il vient que chez toi. Tandis qu'un malade qui traîne d'un médecin à un médecin, s'il va chez un médecin qui est dépassé malgré lui... Ça y

est, le diagnostic est faux ou il va l'orienter vers autre chose, et ça traîne. Et certains malades tellement qu'ils traînent, ils restent chez eux, ils s'aggravent. Et le médecin de famille c'est quelque chose de bien, pour moi c'est bien, et même le médecin a des malades précis, avec leurs cartons et tout, il travaille à l'aise. C'est-à-dire même quand il vient consulter chez lui, quand il voit son dossier il voit ses antécédents, il va pas perdre assez de temps avec lui, et là le facteur de temps est essentiel. Quand il vient chez toi tu connais tout ce qu'il a, et tu ne commences pas à discuter son cas du début à la fin, et à savoir si tu le fais bien, car si t'es dans un endroit là où il y a la charge, là le facteur de temps joue un rôle.

Comment voyez-vous la médecine de famille ?

Médecin de famille, il voit du petit au grand. Donc on peut dire que tu prends un peu de toutes les spécialités. Le petit avec ses problèmes pédiatriques, des pathologies comme la bronchiolite, la déshydratation...etc. Tout ça doit être connu par le médecin généraliste, tu me comprends. Et quand il grandit la chronicité des maladies commence...Donc quand les grands ou petits viennent, le médecin assure. Et il les prend tout seul, à part quand le cas le dépasse vraiment.

Pourquoi les patients ont-ils recours au médecin généraliste ?

Parce que c'est le médecin le plus accessible à eux. Parce que maintenant, presque dans chaque région il y a un généraliste. Dans toutes les régions, commune, douar, c'est lui le médecin de 1^{ère} ligne, c'est lui le plus accessible.

Public ou privé ?

Le public...Ça dépend de la classe populaire, il y a des classes populaires qui n'ont pas de moyens ils vont chez le public, et il y a celui qui en a, il veut aller...Dans le luxe.

Comment organisez-vous votre consultation ?

Premièrement, le patient rentre, tu lui parles. Moi je ne suis pas du genre...Je prends mon temps avec le patient. Deuxièmement, il faut qu'il y ait cette confiance entre le patient et le

médecin. Une fois tu gagnes cette confiance c'est bon, il peut tout te raconter, des fois il rentre pour une pathologie, tu le trouves entrain de te raconter un problème, un problème familial. Parfois non seulement tu fais le métier du médecin, tu te trouves psychologue en même temps. Parce que pourquoi, parce qu'il a trouvé quelqu'un à qui il peut se confier. Ça s'appelle la relation médecin malade, ça c'est une bonne chose. Donc il te parle normal, donc il n'est pas timide pour parler au médecin et tout.

A qui le patient raconte mieux ses problèmes, le généraliste ou le spécialiste ?

Je pense qu'il raconte tout au généraliste. Je ne sais pas, peut être le spécialiste est concerné par son organe cible et c'est tout. Je pense que dans le privé ce n'est pas pareil, dans le privé il passe beaucoup de temps avec son malade, c'est une question de rendement.

Racontez les bonnes et les mauvaises tâches du généraliste à l'égard des patients.

Pourquoi ?

Normalement, quand le malade vient en demandant de l'aide, il faut le traiter et tout. Il y a certains malades qui viennent demander des choses qu'on ne doit pas faire. Par exemple, le problème des certificats médicaux, la demande des certificats antidatés ça crée un litige avec le patient et tu peux te disputer avec lui, il peut t'insulter, parce que pour toi tu fais ton travail mais pour lui non, tu dois lui rendre service, ça c'est un problème. par exemple, le problème du patient qui vient pour un décès en dehors de ta structure, en voulant que tu sortes pour faire le certificat du décès, quand tu refuses, pour lui tu fais quelque chose qui n'est pas bien, et je refuse parce que je ne suis pas couvert si je sors dehors. il y a des choses qui...Comment je vais te dire, il y a des trucs, je peux dire qu'on est les gilets par balle des spécialistes, parce que le sal travail, eux il ne les atteint pas, le sal travail c'est le médecin généraliste. Le citoyen atteint le généraliste avec des choses qu'il n'atteint pas le spécialiste avec, surtout dans les petits patelins et tout...Les petites localités. Ils vident tout sur le généraliste, tu me comprends, ça c'est très difficile, c'est très difficile. Je me rappelle une fois quand j'étais à Zahana, un parent m'est venu pour faire un certificat d'accouchement pour le bébé, la maman a accouché dehors, moi je ne peux pas donner un certificat à quelqu'un comme ça, donc tu te trouves dans un problème. Mais celui là ne va pas demander une chose pareil dans un milieu hospitalier. Donc tu te trouves toujours coincé dans des choses qui ne sont pas les tiennes et qu'on veut te les coller. Et les belles choses...Je me rappelle, j'étais de garde, dépassé, pas de

moyens, on n'avait pas de thermomètres et ces choses... pas de labo, pourtant c'était un point de garde. Je me rappelle un patient qui vient à 6 heures du matin, j'étais je me rappelle, dépassé et fatigué. Je l'ai reçu en position de chien de fusil, je l'ai examiné et suspecté une appendicite. Je l'ai orienté sur place à l'hôpital, je me rappelle le lendemain quand je suis revenu, le frangin m'a remercié, en me disant sincèrement qu'était une appendicite opérée en urgence. S'il avait trainé ça aurait éclaté provoquant une péritonite, ça fait plaisir, ça rend heureux, ça rend heureux. Il y a des choses qui rendent heureux, surtout quand tu trouves le diagnostic alors qu'il n'y a pas de moyens, il y a pas de prise de température... Juste avec la clinique, juste comme ça tu suspecte quelque chose et tu envois, et tu trouves que ton diagnostic était juste, malgré les choses et tout. Et ça donne envie, et tout ce dégoût de ton métier, et des choses pareils qui arrivent de temps à autre... Ça te redonne vie de nouveau. Et ça te rend... Comment je vais dire, tu es capable de faire des choses qui sauvent des gens, ça fait c'est humanitaire, c'est une bonne chose. Il y a ces choses que je me rappelle des fois.... Je me rappelle un patient ayant une pathologie dermatologique, alors qu'il a visité plusieurs dermatologues, il est venu chez moi, je l'ai suivi, et il est guéri. Après tu entends dire que « *j'ai consulté chez un généraliste, et je suis guéri* ». Ça fait plaisir. Tu sens ta valeur, parce que la chose qui a découragé le généraliste, c'est qu'on lui donne pas de l'importance, on l'écrase. Et on parle franchement, juste entre confrère, il y a cet écrasement, entre généraliste et spécialiste, et pas entre généraliste et généraliste, ou entre étatique et privé. Le privé écrase l'étatique, parce que... Pour sa réputation à lui. Parce que pour lui c'est pas l'intérêt du malade, c'est l'intérêt de sa poche, c'est ça la réalité. Et c'est des choses qui sont arrivés, il écrase son confrère, tu orientes un malade avec une ordonnance chez un confrère comme toi dans le privé, il te critique, après ce malade vient chez toi... Ça c'est pas faisable, c'est pas faisable. Il n'y a pas de confraternité entre les médecins, il n'y en a pas, même si un médecin fait une erreur et le malade demande un deuxième avis, et ce médecin a su que son confrère a fait une erreur, le patient, moi je lui dis pas, je couvre, c'est pas faisable... Ça c'est pas un geste, je ne fais pas tomber mon ami, parce que comme celui là a fait une erreur demain je peux la faire moi-même, je fait une erreur pas par ignorance ou autre, non. Ça arrive, trop de charge, le médecin n'est pas dans son jour, des fois il a des problèmes sociaux, ça arrive, ça peut arriver. Il y a des jours là où arrivent des choses au médecin... *Hamdoullah*.

Racontez pourquoi le patient peut être insatisfait ou satisfait l'égard du travail du généraliste?

Selon mon expérience la chose la plus importante chez le patient pour qu'il juge si c'est un bon médecin ou ce n'est pas un bon médecin, c'est l'accueil. La première des choses, c'est l'accueil du malade qui est très important, quand tu accueilles un malade en souriant est une chose, avec les nerfs...C'est pas bien. Regarde...tu t'assoies avec lui, tu lui parles, tu prends ton temps avec lui, tu le mets à l'aise, tu prends ton temps avec lui, le malade là...Ça y est, il se relâche. Malgré si on considère que tu lui donnes une prescription médicamenteuse qui ne lui a pas guéri et soulagé, tu restes toujours un bon médecin. Car nous on entend les gens, ils disent « *moi j'ai consulté chez tel médecin, il m'a même pas touché, il m'a même pas pris ma tension artérielle, il m'a même pas posé de question* » il te dit « *il entre, s'assoit, comment tu t'appelles, que ce que tu as, que ce qui te fait mal, il rédige l'ordonnance, comme si c'était une machine* ». Ces choses là sont importantes, c'est l'accueil, l'accueil des malade c'est ça le plus important, la population se base sur ce critère.

Comment cela se passe t-il pour les médicaments ?

Parfois des malades chroniques viennent avec leur carton et te disent, « *Ça c'est mon traitement et il veut le renouveler* », et tu es dans un petit patelin dans un endroit lointain, et il n'y a pas de spécialiste et tout. que ce que tu va faire, tu lui prescries son traitement. Traitement de maladie chronique, HTA, diabète, tu l'aides que ce que tu veux. S'il consulte chez un médecin et il veut refaire le traitement qui l'a guéri là non. Là je préfère examiner le malade, et je lui donne le traitement dont il a besoin. S'il négocie, moi je dis au malade « *essaye ce traitement et on verra, essaye, peut être ça va donner quelque chose* » Parce que s'il vient pour refaire l'ordonnance, là pour moi si tu reconduis l'ordonnance et il s'en va, là il ne reste pas de valeur au médecin généraliste, tu deviens écrivain public. Et il dira qu'il a reconduit l'ordonnance chez x. Il vient, je l'examine et je vois sa pathologie et je lui donne son traitement. Mais si son traitement est pour une maladie chronique donné par un spécialiste, c'est normal je lui donne son traitement, et je lui pose toujours la question s'il a fait son contrôle de 3 mois chez son spécialiste. Et même moi si je vois une anomalie je lui dis de revenir le revoir. Pour les maladies psychiatriques, moi je ne prends pas la responsabilité pour prescrire les psychotropes, je le réoriente chez son médecin. Je ne te mens pas, les psychotropes prescrits par des généralistes, c'est une très grande responsabilité. Tu peux avoir

des mauvaises conséquences en voulant faire du bien. Parce que maintenant tu vois, tout le monde vend les psychotropes dehors, et les gens se droguent avec, leur possession est facile. Moi je te mens pas...tu veux faire du bien tu seras dans autre chose...Moi je préfère qu'il revienne chez son médecin traitent, c'est mieux. Déjà il y a certaines structures qui consacrent des médecins spécialement pour ces choses, il vaut mieux qu'il aille chez ce médecin, c'est mieux.

Racontez ce qui a changé aujourd'hui dans la pratique du médecin généraliste ?

Ce qui a changé...Peut être que les moyens de travail s'améliorent d'un jour à l'autre. Il y a une amélioration des moyens techniques. Il y a certains gens qui aiment dans leur nature les gestes techniques, la chirurgie, la circoncision. Il a ce...Lui il est comme ça, il aime. Moi personnellement, je te mens pas, quand je reçois une plaie ou autre...Je vois, je suture et c'est comme ça. Et selon la charge de travail, tu sors de l'ordinaire, et ça change un petit peu, ça sort de l'ordinaire. Il me paraît que les gens qui font les gestes, c'est pas par obligation, c'est par lui-même, son consentement, lui il veut s'immiscer dans ces choses. je te mens pas. Moi dans mon poste, quand je reçois un cas, je le vois, si le paramédical hésite, je lui dis de céder et je prends la responsabilité. Je préfère la suture, en internat je faisais des gestes de ponction lombaire, ponction pleurale, accouchement. Déjà à Achaacha durant une garde, la sage-femme n'est pas venue, je me rappelle, j'ai assuré 2 accouchements à la fois, d'un seul coup. Je me suis retrouvé dans un bloc...Donc ces choses là, il y a des médecins qui te disent : « moi ça me concerne pas, c'est pas ma tache, moi je fais la consultation et c'est tout ». Il y a des médecins qui s'immiscent partout, il me semble que ça, ça se fait à titre personnel, chacun à sa manière.

Dans ton environnement...tu peux toi-même faire ta propre évaluation, quand tu vois que les gens sont venus chez toi, tu les entends dire, que tel docteur est *Machaallah* et tout. La réputation pour toi est une chose extraordinaire, malgré que je sois dans le public. Ça n'a rien à voir avec le privé, et tu entends ces paroles ça fait plaisir. Je te mens pas, moi ça me rend heureux d'entendre dire « moi je suis allé chez tel médecin il est réputé et tout... ». Ça fait plaisir, ça te fait donner ton maximum, tu te sens utile, tu te sens utile dans cette société, tu veux apporter encore plus.

Que proposez-vous pour améliorer la pratique du médecin généraliste ?

Pour l'amélioration de la médecine générale premièrement, il faut alléger la charge. La charge des patients. Par exemple on voit qu'il y a un médecin dans chaque secteur, nous ici on voit des malades qui viennent d'autres secteurs, pourtant il a un médecin et tout. Nous, on est la santé de proximité, c'est la rapprochement de la santé du citoyen, la population va à l'endroit le plus proche là où il y a son médecin. Mais on voit qu'il laisse son unité et vient ici, là c'est pas normal, c'est pas normal. Notre gouvernement peut faire quelque chose de bien, la sectorisation, chacun dans son secteur, car on est tous des médecins généralistes tous des confrères. Déjà même si demain on fait la sectorisation la charge s'amoinerait, ta prise en charge devient de qualité, pas de liquidation...Même tu as assez de temps. Même le médecin qui travaille dans une charge diminuée, il travaille à l'aise, il travaille avec son cerveau. et même donne lui des occasions pour faire des formations, laisses lui évoluer. Et une chose très importante, un médecin, ne lui laisse pas dans un seul patelin pendant une longue période. Il faut changer, car il y a des gens, tu lui mets dans un endroit, il passe une longue période là-bas, ça devient ennuyeux, c'est de la routine, il va travailler juste comme ça et c'est tout. Changez, mets le dans un autre endroit, il faut qu'il y ait toujours un contact, un médecin qui est seul, intègre le dans un groupe, il apprend de celui-ci et celui-là. Puisque on a pas des spécialistes avec nous ici, mais il y a des confrères des généralistes que tu apprends d'eux, il est anciens que toi, il a fait une formation...Il te donne des données, tu sens que tu n'es pas seul. Il y a l'autoformation, certains médecins, il sort...il y a certains médecins que la faute leur appartient. Il prend son diplôme, il exerce et il reste, il ne se préoccupe ni de ce qui est nouveau ni de ce qui ne l'est pas. Et tout nous est accessible, ici durant la garde tu as internet tu peux consulter, voir ceci et cela. Même le généraliste lui-même il est impliqué dans sa formation, donc si lui-même, a fait un CES ou pas, et il reste à l'écart, c'est de sa faute. Ça et d'autre ça diffère d'un généraliste à un autre, moi je t'ai parlé de ça, il se peut qu'un autre me dit « *Je m'en fiche, moi je viens, je travaille je prends mon salaire et je pars* » et pas « *Je veux voir le malade, j'essaye de trouver une chose, ou un changement, ou je veux progresser dans ma formation et tout* », donc lui-même il ne veut pas contribuer, et ça diffère d'un généraliste à un autre. Nous, on est pas les mêmes, nous avons une unit de stomatologie, on avait peu de malades.....Je te disais, le médecin qui veut avancer avance, et qui veut rester il reste, c'est ça. Et il y a certains médecins à qui tu ramènes la formation jusqu'à lui et tu lui dis t'es candidat viens, il ne vient pas. Il te dit « *laisse-moi* ». Je ne sais pas pourquoi, il veut la paix, il ne cherche rien, il se dit « *J'ai un poste, j'ai un salaire, je me casse pas la tête* ». Quand il fait un certificat d'étude on doit le rémunérer, après une formation il faut lui

augmenter le salaire, ça c'est bien, c'est attractif, ça tire les gens vers toi. Et pour qu'il y ait une qualité il faut créer une concurrence, et la concurrence c'est elle qui favorise la qualité. Chacun donne de son mieux, par exemple on dit que pour cette année on va créer des postes de généralistes avec sous-spécialité, 2 ou 3 postes avec une formation et évaluation à la fin. Ça, ça pousse les gens, pour venir faire une formation et tout. Et c'est bénéfique, c'est bénéfique pour le médecin lui-même et pour la société aussi. Donc quand il a un grade élevé ça fait plaisir, il ne reste pas toujours stagné. Il faut, l'inciter, lui créer des postes, des formations, des rémunérations. Ça c'est bien, ça incite le médecin à toujours bouger, la formation peut être prise en considération dans les avancements, les postes supérieurs.

Un dernier mot sur la médecine générale.

La médecine générale entre avant et aujourd'hui, c'est un grand changement. Parce que ça évolue, et cette évolution est grande, il y a beaucoup de maladies, et à chaque fois il y a une nouvelle maladie. Et la société actuelle et celle d'avant c'est pas pareil, ceux d'avant ne connaissaient pas, actuellement ils savent tout. Et le médecin actuellement, il faut qu'il soit à jour, il faut l'inciter, il ne faut pas que cette notion de généraliste ils te voient comme le dernier. Car beaucoup de gens...même notre société ne considère pas le généraliste. celui qui voit le généraliste c'est comme si il n'a pas consulté, toujours leur recours c'est le spécialiste « *je suis allé chez tel et tel spécialiste* ». Peut être tous ces spécialistes, sans critiquer, peut être, ne l'ont même pas bien examiné, mais il lui paraît qu'il lui a fait quelque chose. Tandis que le généraliste, s'il fait des efforts pour l'aider, ça lui paraît comme rien. Et l'évaluation du médecin généraliste, il faut qu'il se valorise lui-même, il se revalorise, c'est comme ça. Le médecin, premièrement il faut qu'il soit respectueux, tous les gens le respectent, avant il y avait ça, car les médecins généraliste était peu nombreux. Le patient pour arriver au médecin faisait une centaine de calcul, maintenant où tu vas, il y a un médecin...Ils sont devenus nombreux. Et je t'ajoute une chose, la gratuité, la gratuité aussi n'est pas bien. La gratuité de l'étatique, c'est elle qui a dévalorisé le médecin. Il vient consulter à 50 DA ? je te mens pas pour moi, ça c'est honteux, honteux. Il consulte avec 50 DA, comment...Car on voit avec nos yeux, chez le généraliste privé et le généraliste étatique, pourquoi ils considèrent le privé et pas l'étatique, parce que celui là est gratuit et l'autre avec l'argent, chez qui il va tôt la matinée, il met son nom dans la liste d'attente, il paye à l'avance et il reste attendre 4 heures, il passe des gens avant lui et il se tait et ne parle pas, et normal il sort satisfait. Ici il rentre, il est le 1^{er} il paye 50 DA, et il se dispute, ça ce n'est pas normal.

Annexe 3

Exemple 2 d'un entretien

Nom: C

Prénom: S

Age: 61

Secteur : Privé

Lieu : Derb, Oran ville

Années d'expérience : 36

Faculté de formation : Oran

Expériences (professionnelles) antérieures : non

Date d'entretien : 16/02/2016 (complété le 28/08/2016)

Lieu d'entretien : Chez lui (maison)

Racontez ce qui vous a marqué durant les stages des études médicales ?

Ma fille a fait médecine, il n'y a pas d'encadrement, purement et simplement, on ne peut pas parler d'encadrement puisqu'il n'existe pas. D'abord parce qu'un médecin généraliste logiquement doit être formé dans une structure extrahospitalière, et comme la formation initiale ne se fait qu'à l'hôpital et encore vu qu'au niveau de l'hôpital actuellement vu le nombre de stages ne sont pas aussi obligatoires comme avant. La médecine est un art ce n'est pas une science exacte, d'où la nécessité de rétablir au niveau des CHU les stages obligatoires. Les stages actuellement ne préparent pas le médecin au terrain, eih les stages ne sont pas obligatoires, puis bon c'est vrai qu'il y a une pléiade de... Le nombre est important, et ...Malheureusement les CHU ne fonctionnent que de 9h à 11h du matin, ce qui est une aberration entre nous. Un CHU est sensé fonctionner de 8h du matin à 18h de l'après midi, et

là il aurait été possible qu'il y ait des groupes, et que tout le monde puisse bénéficier...Je dirais d'un terrain de stages. Malheureusement ce n'est pas le cas.

La formation est à revoir sur beaucoup de plans, ne serait-ce que sur le plan je dirais stages. Les jeunes ne font pas suffisamment de stages, c'est surtout de la théorie et puis c'est tout, et quelle théorie. Premièrement, personnellement je suis contre qu'un résident fasse des cours à des futurs médecins, logiquement il faut revenir à ce qui passais en notre temps où c'était le professeur qui faisais le cours même pas le maître assistant, voilà.

Comment s'est passée votre insertion professionnelle juste après la formation ?

Le plus naturellement du monde. Bon peut être parce que j'ai eu une formation un petit peu spéciale, j'ai habité l'hôpital. Donc j'étais en contact permanent avec les malades, et puis bon. Nous durant notre formation les stages cliniques étaient obligatoires. Et puis j'ai fait un internat aux urgences médicales. L'internat en pédiatrie. L'internat en maternité et chirurgie donc finalement je n'ai eu aucun, finalement aucun souci d'insertion professionnelle.

Comment ça s'est passé avec les collègues et l'administration ?

J'étais le seul médecin au niveau du dispensaire donc...Il y avait un chirurgien-dentiste, un adjoint médical de santé publique, une sage-femme, une accoucheuse, deux infirmières, une femme de ménage, et autre infirmier plus un servant de salle...un planton. Avec l'administration je n'avais absolument aucun problème, car en étant médecin j'étais de facto membre de l'APC et puis avec l'administration j'avais pratiquement une relation tout à fait, je dirais respectable.

Pouvez-vous nous décrire les contraintes qui vous semblent essentielles dans votre travail quotidien ?

La contrainte numéro un, c'est le déphasage entre les études et le terrain. Actuellement. Je parle des nouvelles générations, il y a un déphasage extraordinaire. Surement je pense que la formation...Beaucoup de choses sont à revoir dans la formation initiale. Ma fille fait des cours de 09 heures du matin à midi, c'est une aberration. Je l'ai vue se voir refuser d'avoir

accès à des services sous prétexte que le service était complet. Alors qu'un hôpital universitaire qui ne travaille pas l'après-midi, bon... Sans commentaire.

Maintenant, la médecine générale est dure. Parce qu'en général le médecin généraliste d'aujourd'hui est un médecin je dirais par défaut. N'ayant pu réussir à son examen à son concours de résidanat il se trouve disons généraliste Et comme il n'a pas été formé au terrain, ah bein forcément eih il a des difficultés à... Je dirais... Dans sa pratique quotidienne voilà.

On n'a pas d'enseignements autres que médecine, il n'y a pas. On apprend aux futurs médecins à prendre en charge la maladie pas le malade. Donc forcément tout ce qui est social, tout ce qui psychologique n'est pas enseigné. Parce qu'on ne traite pas le malade, le malade n'intéresse personne, c'est tout [rire].

Décrivez la routine du travail du généraliste.

Il y a une routine et non. Oui à 80 % et non parce que, je dirais que le profil pathologique a complètement changé depuis que nous sommes partis des maladies infectieuses qui étaient très répondues aux maladies chroniques non transmissibles. Tout a changé, le mode de vie a changé. Donc forcément la pathologie a changé. Maintenant le généraliste est plus confronté à des pathologies qui dans notre temps étaient presque rares. Le diabète, l'hypothyroïdie, le cancer et... Les pathologies digestives qui sont très courantes. De mon temps durant une garde, voir un infarctus du myocarde c'était un événement scientifique extraordinaire. Plus maintenant.

Charge de travail ?

Bon actuellement, je suis pratiquement ... Actuellement mon travail c'est un loisir en ce qui me concerne. Je prends tout mon temps avec les malades. Je ne stresse plus, je les écoute. Les gens qui sont pressés de partir, alors ils n'ont qu'à partir.

Relationnelles

A mon avis la 1^{ère} chose, c'est de se remettre en question. Et bien sûr se remettre en question veut dire qu'éventuellement essayer de se former dans le relationnel, se former dans le pathologique, se former dans le biologique, hein... Revenons à la formation il faudrait que

dans la formation il y a le management, le psychologique. Il faut qu'il y ait des modules complets...Hein...Dans le relationnel...Quelque part nous avons tous été influencés par notre formation. Et comme notre formation est insuffisante sur la plan relationnel, sur le plan je dirais social. Hein d'ailleurs il faut discuter avec les gens pour savoir que pour la société pratiquement tout le monde est convaincu que les médecins sont imbus dans leur personnalité et de leur savoir. Ils sont dans leur tour d'ivoire et ils pensent tout savoir. Mais en général ils n'écoutent pas les malades, et il nous arrive à tous de faire cette erreur.

Manque de formation. Quel type ? Pourquoi ?

Je dirais autre que la maladie, ce côté humain qui manque essentiellement au futur médecin, qu'il n'a pas, qu'on ne lui a pas appris à voir. La preuve pendant les stages quand il y en a, on apprend...Les malades sont reconnus pas par leur noms et prénoms mais plutôt par leurs maladies, c'est le lit numéro 12, la maladie est telle maladie, et son nom, son prénom, son âge ne comptent pas.

Comment cela se passe-t-il avec les spécialistes ?

Alors...Du point de vue déontologique, il y a beaucoup de choses à faire dans notre pays. Maintenant les relations que peut avoir un généraliste avec certains spécialistes sont des relations, je dirais personnelles. Voilà. Ce sont des relations personnelles, ce ne sont pas des relations d'éthique. Donc, si on connaît la dite personne, on a des rela...disons des relations humaines avec elle parce qu'on a fait des études ensemble et tout. Peut être que vous pouvez avoir un feedback sinon, c'est négatif. Et puis ce qui est malheureux en Algérie c'est que le spécialiste se voit supérieur au généraliste. Alors qu'ils agissent dans des camps totalement diff...dans des terrains totalement différents et que l'un n'est pas plus fort que l'autre puisque ce sont des spécificités d'exercice totalement différentes. Chacun il a son créneau c'est tout. Et comme je l'ai dit tout à l'heure (*avant le début de l'entretien*), quand on fait un ECG, nous avons 12 électrodes, chaque électrode voit quelque chose, et pourtant la 1^{ère} et la 12^{ème} voient le contraire, l'une de l'autre, et les deux ont raison.

De toute façon le médecin qui a fait spécialité a fini par se...Je dirais par se...S'emprisonner ou se cloîtrer ou bien limiter son champs d'action, et de surcroît devenant spécialiste. Il est

devenu un médecin de 2^{ème} ligne ou de 3^{ème} ligne. Donc il ne peut pas, il ne peut plus prendre les soins primaires en charge.

Le spécialiste est beaucoup plus, c'est-à-dire dans mon approche le spécialiste est beaucoup plus, disons technique. Dans une pathologie donnée...Il a besoin d'un support, il a besoin d'un...Son champs d'action étant limité, les investigations doivent être bien ...Je dirais bien cadrées. Donc forcément il a bien besoin d'un support technique, d'un plateau technique. Et...La médecine générale c'est tout un foisonnement. C'est tout une approche globale, c'est tout une approche propabilistique. Donc c'est beaucoup plus euh comment on appelle ça... Un filtrage et ...N'ira vers le spécialiste que celui qui nécessitera une consultation de spécialité. Donc forcément le spécialiste ne peut pas être un généraliste et l'inverse aussi.

Les spécialiste peuvent voir le généraliste comme des sous...ils voient le généraliste comme un sous-métier, quelqu'un qui n'a pas réussi, il est généraliste parce qu'il n'a pas réussi à faire résidanat c'est tout. Et le résident...Bein il le voit comme quelqu'un qui n'a pas pu faire la spécialité ; bein c'est clair c'est le résident qui est devenu assistant.

Comment cela se passe t-il avec les responsables sanitaires ?

Alors là il y a beaucoup de choses à dire. C'est-à-dire quelque part comme je l'ai dit tout à l'heure (*avant le début de l'entretien*) il y a une bouc-émissaire. L'administrateur, le gestionnaire subit la pression de ses supérieurs, donc et forcément...Et comme le généraliste est la seule...Je dirais le seul membre de santé qui n'est pas bien structuré sur la plan syndical. Hein...Forcément c'est lui qui...Il est vu comme...Bon bien sûr il fait tout pour qu'on le voie comme ça. Parce qu'en ne respectant pas ses horaires de travail, en respectant pas...Je dirais ses patients, hein fortement ils prêtent le flanc à cette mésestime.

Décrivez les attentes professionnelles du médecin généraliste dans la société algérienne ?

Connaissance, compétence et puis, je dirais...Bon, bien sûr un bon salaire parce qu'on ne peut pas être efficace si on a faim, si on manque de minimum de...Je dirais de confort. Il faudrait que le salaire du médecin lui permette de vivre assez décentement parce qu'on le veille ou non...Je dirais, au niveau de la société le médecin est vu comme...Comme disons, entre parenthèses avant un petit peu comme le sorcier du village. Donc disons il a sa place dans la

société, il a une place quand même au dessus de la mêlée. Il faut que son salaire lui permette d'avoir son statut social, parce qu'en bout de course, tout le monde a besoin d'espoir.

Pourquoi ces attentes ne se concrétisent pas ?

C'est un problème de politique nationale. Le jour où nos politiques seront soignés en Algérie tout changera dans ce pays.

Quelle est la place des moyens techniques dans le travail du généraliste ?

Alors là, là justement c'est une très bonne question puisque...Je dirais que le plateau technique a fait que le médecin est passé de son statut de clinicien à un autre statut qui est celui de technicien en santé. Donc toute cette technologie et tout cela a fait que le médecin a changé son statut, il n'est plus un médecin clinicien il est plutôt un technicien de la santé. Et donc il s'appuie un petit peu trop à mon goût sur tout ce qui est, je dirais paraclinique. Avec toutes les carences qu'on a dans notre pays...Tout ce qui est laboratoires d'analyse, défaut d'étalonnage d'appareils. Par exemple quand on fait une FNS, il faut étalonner l'automate toutes les dix formules pas tous les dix ans.

En basant tout son travail sur les moyens techniques, le médecin généraliste est passé de...De source d'économie à une source...je dirais de coût. La médecine actuellement coûte trop chère pour tous les pays du monde.

Comment cela se passe-t-il avec les patients ?

Le généraliste doit être un petit peu plus humain, et s'intéresser un petit peu plus à la personne qui est en face de lui. Et connaître ses habitudes alimentaires, ses problèmes de vie quotidienne. Pour une meilleure prise en charge et ne pas penser forcément à tout un arsenal de technologie pour prendre en charge souvent, souvent, souvent les gens ont beaucoup plus besoin d'être écoutés. Ceci dit, la compétence...Il faut être de rigueur. Il faut consacrer plus de temps à l'être humain qui est en face. Et là on peut résoudre beaucoup de choses. Il faut que le médecin retrouve son titre pour pouvoir réellement être efficace.

Pourquoi ont-ils recours au médecin généraliste - Public ? Privé ?

Bon pour le privé, en général c'est peut être pour sa réputation. Pour le publique, ma foi je ne sais pas. C'est peut être parce que ça coute 100 DA ou 50 DA la consultation. Est ma question : Sont-ils des vrais malades ? La polyclinique à mon avis est devenue un lieu de rencontre, on va, on discute, puis on rentre à la maison... Comme aller au café du coin. Pour avoir des nouvelles, savoir ce qui se passe dans le quartier. Voilà.

Quand le patient a t-il recourt au médecin généraliste, au début ou après un longue période ?

C'est après avoir fait le tour des spécialistes du coin... En général, chez nous la rumeur est la chose la plus importante. Les gens... Parce qu'ils étaient dans une salle d'attente en train de parler de la réputation de tel ou tel praticien, ben, ils vont aller le voir.

Comment organisez-vous votre consultation ?

Actuellement, bon. Moi je prends tout mon temps, avec mes malades. Je ne regarde plus le volume de malades, ni le volume horaire par malades. Je me fais plaisir maintenant. C'est-à-dire que, pour faire je dirais de la bonne médecine, il faut compter une d'une demi-heure par malade. Quoi que chez certains malades ça peut aller à beaucoup plus. Mais avec une demi-heure en exagérant, c'est 15 malades jour. Comme ça le médecin a le temps, surtout que maintenant il y a l'interrogatoire, il y a l'examen, on reporte des données. Il y a si on veut dire, disons le dossier médical à remplir et tout. Une demi-heure c'est juste juste, encore pour des pathologies simples.

Leur demandez-vous de revenir ?

En général je leur dis de revenir, s'ils ont un problème de santé, ou sinon je ne leur demande pas de revenir. S'il est guérit, il est guérit, il n'a pas à revenir.

Racontez les bonnes et les mauvaises tâches du médecin à l'égard des patients et Pourquoi ?

Il y a 30 ans, je faisais beaucoup de choses. Je faisais pratiquement tout ce qui est petite chirurgie, tout ce qui est...Je faisais véritablement la médecine de compagnie. On essayait de soulager. On faisait tout pour soulager les gens, pour leur faciliter leur vie quotidienne. Plus maintenant. Peut être avec le temps, parce que le recrutement avec le temps, il change. Et l'on se retrouve forcément coincé dans des créneaux, dans des réputations ou bien dans des créneaux que les malades vous donnent. Alors vous êtes en train de faire beaucoup plus tel volet pathologique qu'un autre.

Je préfère les malades chroniques. Parce qu'en général c'est des gens qu'on va suivre dans le temps. Puis on aura le temps de réparer notre approche. Je dirais qu'avec eux on peut améliorer notre savoir faire, notre savoir être. On a le temps d'apprendre, avec eux...Parce qu'il y a un retour. Alors que dans l'aigu non, dans l'aigu il est difficile, parce qu'il n'y a pas de retour. Et je n'aime surtout pas les intellectuels atteints de maladies chroniques, je préfère de ne pas les voir. Parce qu'en général les intellectuels sont un peu, un petit peu...Je dirais en général, ils ont les moyens...Disons ils s'informaient or n'ayant pas les outils nécessaires pour bien saisir l'information. Quand vous les approchez, ils ont beaucoup d'apriori, et...Et ce qui rend, je dirai la prise en charge très difficile avec ce type de personnes.

Je ne pratique plus les accouchements. Je ne pratique plus les curetages. Je ne pratique plus de petite chirurgie, hein....Je n'ai plus le temps, ni la patience.

Actuellement...Actuellement avec disons la...Pfff disons actuellement...Il y a beaucoup de gestes. Par exemple, que je préfère déléguer ne serait-ce que pansement. Et tu n'aies plus la patience de les faire. Et puis...c'est-à-dire étant libéral...Hein ce sont des gestes qui peuvent être sources de...Je dirais peut être de problèmes, de problèmes...Et vu maintenant la *justicialisation* de tous les actes médicaux et la responsabilité civile et tout. Personnellement, je préfère les laisser aller à l'hôpital, comme ça pfff.

Racontez pourquoi le patient peut être insatisfait ou satisfait l'égard du travail du généraliste?

C'est les cinq premières minutes, c'est le relationnel, le relationnel, le relationnel. C'est la chose la plus importante. C'est la...La...Hein, je dirais le...C'est la clé du malade, pour

pouvoir entrer dans l'intimité du malade il faut savoir l'écouter...Je peux me permettre de le dire maintenant. Il m'est arrivé de voir des malades, avec qui je suis resté...Hein quelque temps entrain de discuter et puis ces malades là plus tard m'ont avoué n'avoir pas pris le traitement. Le simple fait d'avoir discuter pendant 20 minutes, une demi-heure. ça les a soulagé. Ils n'ont pas eu besoin de prendre le traitement.

La confiance...Elle est très importante, parce que comme je l'ai déjà dit, il y a quelque part...Hein, la confiance est déjà le *sésame ouvre toi*, quand on fait confiance à quelqu'un...D'ailleurs le patient...Le médecin a une relation particulière avec le patient. Dans la mesure où le patient...Il lui livre tous ses secrets. Hein du moins dans notre société, dans la société arabo-musulmane, la plus grande marque de confiance que peut avoir quelqu'un envers son médecin, c'est de lui ramener sa femme, sa fille ; il les ramène ou les envoie toutes seules, c'est...Dans notre société, c'est une marque de confiance très importante. On ne laisse jamais sa femme ou sa fille avec quelqu'un à qui on n'a pas confiance.

Et du côté des malades, bein il s'exp...en général ils parlent. Ils s'expriment, maintenant...la problématique est que le médecin apprenne à écouter, et...De ne pas s'empresser à avoir un diagnostic. Donc, il faut que le médecin se remette en question. L'absence de l'écoute...Ça peut créer de l'angoisse, parce que peut être le 1^{er} médecin ne les a pas écouté, peut être qu'il est passé à côté de quelque chose. Maintenant c'est vrai, il est vrai qu'il y a, qu'il ya...Le tort on ne peut pas le jeter uniquement sur le médecin. Mais maintenant disons avec l'internet, avec la mondialisation et tout. Les gens ont tendance à voir l'être humain...D'ailleurs, la médecine est derrière tout ça, la médecine moderne est derrière tout ça. A voir l'être humain comme un appartement. La cuisine est différente du salon donc...dans la cuisine il faut cuisiner, pour...Donc j'ai mal à la tête, il me faut un neurologue. J'ai mal au poumon, il me faut un pneumologue. J'ai mal à l'oreille, j'ai besoin d'un ORL. Donc c'est cette division de l'être humain en cases qui a fait peut être, qui a participé, je dirais, à ce que les médecins...A ce que les malades fassent du nomadisme.

Comment cela se passe avec les patients qui essaient d'influencer votre prescription ?

Là il faudra faire la part des choses. Hein...Oui c'est clair, certaines fois on les fera, d'autres non, ne serait-ce que peut être, parce que on arrive à convaincre le patient que c'est inutile. Il faut toujours essayer de le convaincre que c'est inutile, hein...Oui, oui dans le cadre, par exemple dans le cadre de la prise en charge d'un dépressif. On est souvent amené des fois à

demander des examens d'imagerie médicale et tout. Mais serait-ce que pour assoir notre, notre, je dirais notre diagnostic. Non pas pour nous, mais pour le malade, pour rassurer le malade. C'est-à-dire que la prescription de l'acte est un traitement en lui-même. Ce qui fait partie intégrante du traitement, parce que le malade est soulagé de savoir qu'il n'a rien. Quand c'est possible oui, à tout prix non. Souvent oui, parce que le... Le... Ce qui est important, c'est que le patient retrouve ce goût de vivre, cette qualité de vie. Il faut essayer de le remettre sur les rails parce que... Comme je l'ai dit au départ, le médecin généraliste prend en charge un malade pas une maladie. Donc forcément, forcément il traite des êtres humains avec des sentiments, avec... Qui a une vie, et cette vie, là il doit la maintenir en vie le plus longtemps possible, cette qualité de vie.

Racontez ce qui a changé aujourd'hui dans la pratique du médecin généraliste ?

Actuellement, il a une mauvaise image pour lui-même. Hein... Je ne sais pas, j'ai l'impression qu'il se considère déjà comme le souffre-douleur des politiques, du peuple, et il faut bien qu'il y ait... Je dirais, comment on appellerait ça... Un bouc-émissaire. Dans ce marasme de santé, un dindon de la farce, bien c'est le généraliste. Je pense qu'il se voit lui-même comme une victime du système. Bah malheureusement tout est politique est voilà. Les généralistes n'ont pas de pignon sur eux, ni pignon de décision. Malheureusement non, parce qu'ils ne se considèrent pas comme des généralistes. Je vais faire la comparaison, en 80 quand j'ai commencé à exercer, le médecin généraliste était membre de l'APC, donc toutes les questions de santé au niveau des APC, des communes... Le médecin avait son mot à dire, ce n'est plus... Ce n'est plus le cas.

Je pense que... en général bon. En général actuellement, je que je... Donc tout dépend de si on parle du secteur public ou du privé. Il y a quand même une petite différence. En général les... Secteur privé sont beaucoup plus d'anciens médecins qui exercent depuis au moins 20 ans donc le contact humain est différent. Et les patients du privé et les patients du public n'ont pas la même conception des choses. Mais dans le public, par exemple il y a une expression qui m'a toujours frappé dont j'ai fait les frais au départ, c'est *Tbib Batel* (médecin du gratuit). De part cette gratuité... Je dirais des soins, n'est gratuité... disons que l'acte médical n'a pas de valeur. Donc forcément celui qui le prodigue n'a pas de valeur.

Parlez-moi du rôle du médecin de famille.

Je dirais bon, pour être plus technique. Il est très bien défini par la définition de la Wonca. Maintenant pour être très terre à terre, c'est... Je crois c'est, je crois le médecin c'est la compétence. Il faut être compétent. Il doit mettre ses compétences au service du patient et je dirais au niveau intellectuel de la personne qui est en face de lui et l'accompagner dans sa détresse, qu'elle soit une détresse psychologique ou de toute façon dans sa détresse quotidienne. De lui redonner de l'espoir, et lui permettre une meilleure insertion socioprofessionnelle à moindre coût.

Est-ce que le fait d'aller vers ce genre de pratique serait bénéfique pour le système de santé ?

Evidemment, évidemment, Parce qu'en voulant rendre trop technique la prise en charge, nous sommes passés à côté de l'humain. Et cette technicité a montré ses limites, il n'y a qu'à faire un tour pour voir combien les gens se sont tournés vers la médecine complémentaire. Et malheureusement pour eux, qui dit médecine complémentaire, ne dit pas forcément une personne compétente en médecine complémentaire. C'est un marché juteux, il n'y a qu'à faire un tour dans toutes les villes du monde pour voir tous ces magasins qui ouvrent, qui vendent des produits, des compléments alimentaires, des trucs. Ça c'est le reflet type de l'échec de la prise en charge technique de la médecine moderne trop impersonnelle, trop mécanique. Voilà.

Que proposez-vous pour améliorer la pratique du médecin généraliste ?

Ah, je suppose que forcément, le médecin. Bon, il faut qu'il y ait une formation initiale. A mon avis, il faut que le concours de résidanat se fasse à la fin du cycle clinique, et non pas tel qu'il se pratique actuellement, à la fin de l'internat. Où l'étudiant en médecine prépare l'internat ne fait pas de stage pratiquement. Donc c'est une année de perdue. De perdue pour le médecin, parce qu'il n'a pas assez appris. C'est une année quand même clé où il va faire une synthèse de toutes ses connaissances. Or il va passer à côté de cette synthèse, il va se retrouver entraîné de faire spécialité et forcément ça va se répercuter sur... Parce qu'on ne peut être un bon spécialiste que si on a été... Je dirais, on a fait une bonne formation initiale. Si on a une formation initiale, hein je dirais passable pour ne pas dire autre chose, bien forcément

...Forcément, autant que spécialiste nous serons passables. Et puis...Comment dire ça, actuellement nous nous sommes entrain de parler de former des médecins. Alors actuellement les facultés forment des techniciens. Et je pense que la différence elle est énorme. Ce sont des techniciens en santé, qui n'ont pas, je dirais la technologie nécessaire pour la prise en charge technique de la santé. Et puis, hein quelque part il y a...Le technicien de la santé prend en charge les maladies, et les malades eux sont des êtres humains et ils ont besoins d'êtres humains qui les prennent en charge dans leur globalité. Ce ne sont pas...Ce n'est pas un ulcère, ce n'est pas emphysème, ce n'est pas un asthme, ce n'est pas une tumeur, ce n'est pas...C'est Ahmed et Kaddour et Kouider, avec ses sentiments, avec ses problèmes sociaux, avec ses problèmes familiaux, avec ses...Hein...Ses convictions religieuses, avec...Il lui faut en plus le côté social, le côté psychologique...Et ceci, c'est vrai ça peut être enseigné à l'université mais ne remplacera jamais le terrain, jamais.

Bon dans le système de santé en général c'est, c'est...Je dirais la 1^{ère} source d'économie pour l'état. Et c'est la 1^{ère} source de prise en charge des patients. C'est une pièce incontournable de tout système de santé qui se veut performant. Si on veut faire des économies, il faut des soins primaires très performants. Donc il faut investir sur l'humain, l'humain c'est le médecin. Il faut bien le former pour qu'il y ait une prise en charge de qualité. Et ce n'est qu'à partir de là que les répercussions...Je dirais tant sur le plan économique, psychologique social seront palpables au bout de quelques années.

Pour le généraliste lui-même, bein il y a l'efficacité. C'est cette efficacité qui va lui permettre justement...Parce qu'on ne peut exercer un métier dans lequel on ne s'épanouit. Si on ne s'épanouit pas dans un métier on ne peut pas durer dans ce métier là. Donc forcément, forcément hein...Pour pouvoir s'épanouir il faut bien exercer. Pour bien exercer il faut bien connaître. Pour bien se connaître il faut bien se comporter, et donc forcément...Hein il faut un savoir, un savoir faire, et bien un savoir faire, c'est clair. En plus...Ah bien je pense qu'on ne va pas inventer la poudre hein. La prise en charge est nécessaire parce que de toute façon il est temps que le médecin qu'il soit généraliste ou spécialiste sorte de sa bulle, sorte de sa tour, passe sur le terrain. Et sur le terrain c'est des équipes qui travaillent. Personne ne peut tout faire tout seul. Et pour améliorer les choses, bien sur, il faut des gens du terrain. on ne peut pas prendre une décision dans un bureau au niveau du sénat, hein avec des chiffres et des statistiques. Il faut aller vers des gens du terrain pour qu'il y ait justement ce...Ce retour d'information est très important pour la bonne décision, pour l'économie de santé, il faut les gens du terrain...Je ne sais pas, je veux construire une maison dans une...Bein, si ce terrain là

est...Si je ne fais pas une étude de terrain, pas forcément, je vais peut être me tromper, peut être ce terrain là n'accepterait pas un immeuble de 20 étages, mais accepterait un immeuble d'un étage. Il me faut une étude de terrain pour pouvoir justement, hein, agir efficacement et proposer quelque chose, je dirais de durable, de...D'économique, de bon voilà.

Un dernier mot sur la médecine générale.

Si c'était à refaire je referais médecine générale, si c'était à refaire je le referais, car c'est quelque chose que j'ai toujours souhaité dans ma vie.