

Le Professionnel de Santé et La Problématique de L'éthique Médicale dans les Institutions Sanitaires Modernes en Côte d'Ivoire : Le Cas du Centre Hospitalier Universitaire (C.H.U) de Cocody et des Centres de Santé Périphériques.

M.Tuo Donoupkoro, *Docteur en Sociologie des Organisations, Attaché de Recherche au Centre de Recherche pour le Développement (C.R.D) à l'Université Alassane Ouattara de Bouaké. (Côte d'Ivoire), Cel : +22507835849/+22501637545. B.P.VI8 Bouaké 01 tuodonoupkoro@gmail.com.*

Résumé

Les usagers des centres hospitaliers se plaignent du fait que les soignants affichent des comportements frustrants ou traumatisants. A travers cette étude nous avons cherché à décrire et analyser l'assise culturelle de la profession de santé chez les soignants. Dans nos tentatives de compréhension, il ressort que le professionnel de santé en dehors de son savoir académique essentiellement centré sur la biologie ne bénéficie pas des acquis des sciences humaines dans le domaine sanitaire. Du coup les aspects psychologique, social et culturel sont banalisés. Il importe de créer une structure parallèle à la formation académique pour une prise en charge réelle de sa personnalité. Dès lors, il paraît nécessaire de convoquer la culture organisationnelle pour la réorganisation de la formation du professionnel de santé sous le vecteur épistémologique des sciences humaines. En effet, l'intégration des dimensions psychologique, sociale et culturelle dans les modules de formation pourrait participer à améliorer ces comportements irréguliers des soignants. Ainsi serait-il possible de leur inculquer une véritable culture de la profession médicale.

Mots-clés : *Professionnels de santé- problématique-éthique médicale-institutions sanitaires modernes.*

Abstract

In modern health institutions, the behaviors of health professionals (doctors, nurses, midwives, etc.) are decried by the population. Oftentimes,

users complain that these caregivers display frustrating or traumatic behavior. In other words, these health workers devote themselves, devoutly, to deviant practices with regards to medical ethics. Through this study, we sought to describe and analyze the cultural basis of the health profession among caregivers. In our attempts to understanding this study, it appears that the health professional, apart from his academic knowledge which is essentially focused on biology, does not benefit from the achievements of humanities in the health field. As a result, the psychological, social and cultural aspects are trivialized. It is important to create a structure parallel to the academic training for a real management of his personality. Therefore, it seems necessary to convene the organizational culture for the reorganization of the training of the health professional under the epistemological vector of the human sciences. This will certainly enable healthcare providers to adapt to health practices as defined in the various ethics and ethical codes. Indeed, integrating the psychological, social and cultural dimensions into the training modules could help to improve these irregular behaviors of caregivers linked to a lack of cultural foundation of the health profession. Thus, it would be possible for a true culture of the medical profession to be inculcated.

Keywords : *Health professionals-Problematic-Medical ethics-Health institutions.*

Introduction

Depuis quelques temps, les professionnels de santé sont sujets à de nombreuses critiques. Les usagers des centres de santé se plaignent de leurs comportements. « *Pour des patients ordinaires, l'univers médical moderne est un univers non seulement traumatisant à cause de la maladie, mais aussi traumatisant à cause de l'attitude indifférente ou arrogante des personnels de santé* » (Jaffré, Olivier de Sardan, 2003). A en croire ce constat, le cadre hospitalier est un environnement hostile à la réception des malades. Les résultats de nos observations ou les confidences de certains malades, ne nous incitent pas à un optimisme. Dès lors, nous nous interrogeons si les professionnels de santé sont informés de l'existence de l'éthique médicale ou d'une déontologie médicale sur laquelle ils doivent s'appuyer pour l'exercice de leur profession. En

effet, l'éthique vient étymologiquement du grec « ethos » qui signifie la manière d'être et de se comporter selon les mœurs. La notion d'éthique dans son acception générale serait donc la science des mœurs ou de la morale c'est-à-dire la science définissant l'ensemble des règles gouvernant les habitudes ou conformant les comportements des individus aux dispositions sociales prévues pour réguler les groupes. « *L'éthique désigne des valeurs adoptées librement par l'individu, tandis que la morale caractérise des règles imposées par une autorité à l'exemple des membres de la société* » (Leconte, 1995). La tradition latine désigne par « morale », les vertus de caractères qu'Aristote appelle « éthique » et qu'il distingue des vertus intellectuelles. Il apparaît clairement qu'il n'est pas facile de faire une démarcation nette entre éthique et morale. Cependant il n'est pas tout à fait juste de dire que ces deux notions sont équivalentes. Pour Balandier, par exemple, « *il existe une distinction basée sur la dichotomie universel/particulier. Il fait remarquer que l'éthique serait donc universelle alors que la morale est socialement et culturellement marquée* » (Balandier, 1990). Quant à la déontologie médicale, « *elle est une éthique spéciale adaptée aux conditions d'exercice d'une profession, en occurrence la médecine* », (Hottois et Missa, 2001). En effet, la profession médicale s'est toujours donnée des normes qui lui sont propres, exprimées initialement (en Occident) par le serment d'Hippocrate, puis par des codes et directives d'éthique de toute nature qui sont formulés au plan national et international. Quant au concept professionnel, il est issu du mot profession. Selon G. Ferrol, la profession « *renvoie plus au développement de formation et de qualification spécialisées, compétences spécifiques* » (Ferrol et al., 1991). Ainsi dans notre étude entendons-nous par professionnels de santé, le personnel médical ayant une qualification spécialisée pour l'administration des soins de santé aux patients dans les formations sanitaires. Cependant, dans le cadre de ce travail, nous allons nous limiter

exclusivement aux médecins et aux paramédicaux (infirmiers, sages-femmes et aides-soignants) qui sont en contact direct avec les malades. La saturation des professionnels de santé assaillis de toutes parts par tant d'occupations, leur déficit d'estime de soi qui s'installe à mesure que se déroule leur carrière, le mode de gestion peu efficace des structures sanitaires, l'influence des réseaux clientélistes qui se densifient après avoir installé leurs connexions qui transgressent bien des barrières, sont autant de manifestations d'une culture organisationnelle qu'il convient d'interroger. Ces constats empiriques et théoriques nous interpellent : pourquoi, malgré l'existence de ces règles ou normes pour réguler l'exercice de la profession médicale, les professionnels de santé affichent-ils des attitudes hostiles dans l'accueil des malades dans les centres de santé modernes ? Cette interrogation nous emmène à décrire et analyser l'assise culturelle de la profession médicale chez le professionnel de santé. Car nous disons que ces comportements irréguliers ou déviants sont liés au fait qu'ils n'ont pas reçu la culture de la profession médicale en éducation contrairement à ce qu'eux-mêmes soutiennent en justifiant leurs attitudes par le manque de motivation matérielle. Autrement dit, les comportements anormaux des soignants sont liés à un manque d'assise culturelle de la profession de santé. Les pratiques professionnelles sanitaires pourraient s'améliorer avec le concours des sciences humaines et sociales notamment les sciences managériales pour une réorganisation des formations aux professions de santé.

Notre étude va s'articuler autour de trois axes principaux : le premier indiquera la méthodologie utilisée pour la collecte des informations. Le deuxième se construira autour de la formation reçue par le professionnel de santé et la nécessité de lui forger une personnalité de base soutenue par des valeurs. Celles-ci sont d'ordre social, culturel et psychologique c'est à dire ses systèmes de pensées ou de valeurs, ses représentations

de la médecine ou même de la maladie, puisque son support de travail est l'Homme. La troisième investigation se fera autour de l'examen et de l'analyse de l'assise culturelle chez le professionnel de santé souffrant d'un manque d'organisation de formation aux règles éthiques et déontologiques des professions de santé ; cette analyse va s'instruire des approches axées sur les dimensions identitaires et culturelles appliquées aux professionnels de l'institution sanitaire en tant qu'une organisation. Et enfin, en guise de conclusion, nous ferons le récapitulatif de nos propos montrant le manque d'assise culturelle de la profession de santé chez le soignant induit par une absence d'organisation de cours d'éthique sous le regard épistémologique des sciences humaines.

1-Méthodologie

Pour amorcer véritablement cette étude, nous avons été amenés à consulter des documents écrits comprenant à la fois des ouvrages généraux, des ouvrages sur la sociologie des systèmes sanitaires, des ouvrages sur la sociologie de la déviance. A ces ouvrages, il faut ajouter la consultation ou le dépouillement de mémoires et de thèses en médecine et sciences sociales, des articles ou de revues scientifiques ou de colloques sur la politique sanitaire en Afrique ayant un rapport avec notre champ d'investigation ou même par rapport à la méthodologie. Cette phase nous a été extrêmement utile pour deux raisons essentielles : elle nous a permis, d'une part de mieux circonscrire notre thème de recherche, à partir de la connaissance approfondie des concepts de système sanitaire, d'éthique médicale et de la déviance des comportements des professionnels de santé ; et d'autre part de voir comment les autres chercheurs ont abordés le sujet que nous nous sommes proposés de traiter, afin de mieux construire notre problématique.

En effet, la recherche documentaire a facilité la confrontation des différents points de vue des auteurs aux constats empiriques découlant de l'observation directe discrète sur le terrain.

Parlant de l'observation, il est essentiel de préciser que notre observation du système sanitaire ici s'est effectuée de manière discrète. Car nous nous sommes dit que si les agents de santé savent que leurs comportements vont être l'objet d'une étude sociologique, ils peuvent changer les habitudes.

L'observation a porté sur : les professionnels en activité, l'accueil des patients, les échanges entre soignants et patients, les échanges entre soignants eux-mêmes, le circuit des patients dans le service. Parallèlement à ces manifestations publiques de l'activité médicale, nous avons assisté à des moments privés des activités des soignants : réunions d'équipe et consultations.

Pour comprendre le comportement des professionnels de santé en vue d'étudier l'assise culturelle de leur profession chez eux, nous avons privilégié l'enquête qualitative propre à la sociologie compréhensive, c'est-à-dire que nous avons procédé par des entretiens aussi bien avec les professionnels qu'avec des patients dans les différents centres de santé (C.H.U de Cocody et des formations sanitaires périphériques : le Centre de Formation Communautaire d'Abobo Avocatier et la Formation Sanitaire Urbaine (F.S.U) de Yopougon Kouté). Notre approche méthodologique s'est aussi appuyée sur l'observation discrète des usagers de ces centres de santé.

Il convient de souligner que de toutes les techniques de recherche utilisées en sociologie, l'observation est certainement la plus importante car elle nous permet le contact direct avec l'objet de l'étude. Rien en effet ne peut remplacer un contact direct de l'enquêteur avec son terrain. Il est difficile d'imaginer une étude « sérieuse » de comportements où l'observation ne jouerait aucun rôle. Les formes routinières doivent se fonder sur une phase antérieure d'observation. Cette

observation de préférence impersonnelle permet à l'enquêteur d'avoir une idée réelle de ce qu'il veut étudier. L'observation est donc la plus exigeante de toutes les techniques de recherches. Car elle demande énormément d'entraînement et de pratique et soumet aussi l'observateur à une tension intellectuelle affective pénible. Car comme le montre Bachelard « face au réel, ce que l'on croit savoir clairement offusque ce qu'on devrait savoir. Quand il se présente à la culture scientifique, l'esprit n'est pas jeune, il est même très vieux car il a l'âge de ses préjugés » (Bachelard (G), 1993). Ceci signifie que le chercheur en sciences sociales doit nécessairement se rajeunir spirituellement pour pouvoir accéder à la science, c'est dire qu'il doit accepter une mutation brusque qui va contredire un passé. Il s'agit donc d'opérer une rupture avec ce que Bacon appelle les prénotions. Alors pour mener à bien cette étude nous devons nous affranchir de tous les préjugés.

Nous nous sommes intéressés lors des entretiens aux soignants composés de médecins, d'infirmiers ou de sages-femmes, et de garçons ou filles de salle. Il faut surtout dire que l'entretien avec les professionnels de santé est axé sur les pratiques ou l'éthique médicale.

Les entretiens ont concerné trois professionnels par catégorie et par service choisis de manière aléatoire. Ils ont été répétés durant la phase d'observation du fonctionnement de la structure. Par conséquent, les entretiens suivants l'entretien initial sont construits en fonction des informations délivrées lors de la pré-enquête. Les thèmes traités sont la formation académique et continue (pour l'évaluation de l'assise culturelle de la profession médicale).

Les entretiens réalisés avec les malades ont pour but essentiel de recueillir leurs impressions sur les comportements des professionnels de santé. Ces entretiens étaient orientés aussi sur les pratiques sanitaires en vue de déterminer le niveau de satisfaction des demandeurs de soins et surtout la qualité du

service sanitaire. L'objectif était aussi de faire une analyse comparée des informations recueillies auprès des soignants et celles données par les patients.

2-Résultats

Les entretiens réalisés avec les professionnels de santé ont pour but d'évaluer leur niveau de connaissance de l'existence de l'éthique médicale. Ils ont été donc interrogés sur leurs différentes formations, qu'elles soient académiques ou continues. En outre, cela vise une meilleure connaissance de la personnalité de base du professionnel de santé. C'est en fait une sorte d'évaluation que nous avons faite pour savoir la place qu'occupent l'éthique médicale ou les règles déontologiques dans la formation des différents corps des professions de santé.

Il importe de noter que le système sanitaire ivoirien se présente sous la forme d'une pyramide et comprend les services de soins et l'administration sanitaire (voir arrêté n° 28 du 8 Février, 2002). Les services de santé sont organisés suivant une pyramide à trois niveaux encore appelée « pyramide sanitaire ». Le niveau primaire est constitué des centres de santé, centres de santé spécialisés, formations sanitaires. Le niveau secondaire est constitué des établissements sanitaires de recours pour la première référence départementale ou régionale (HCO, CHR, CHS) tandis que le niveau tertiaire est composé des établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence (CHU, INS).

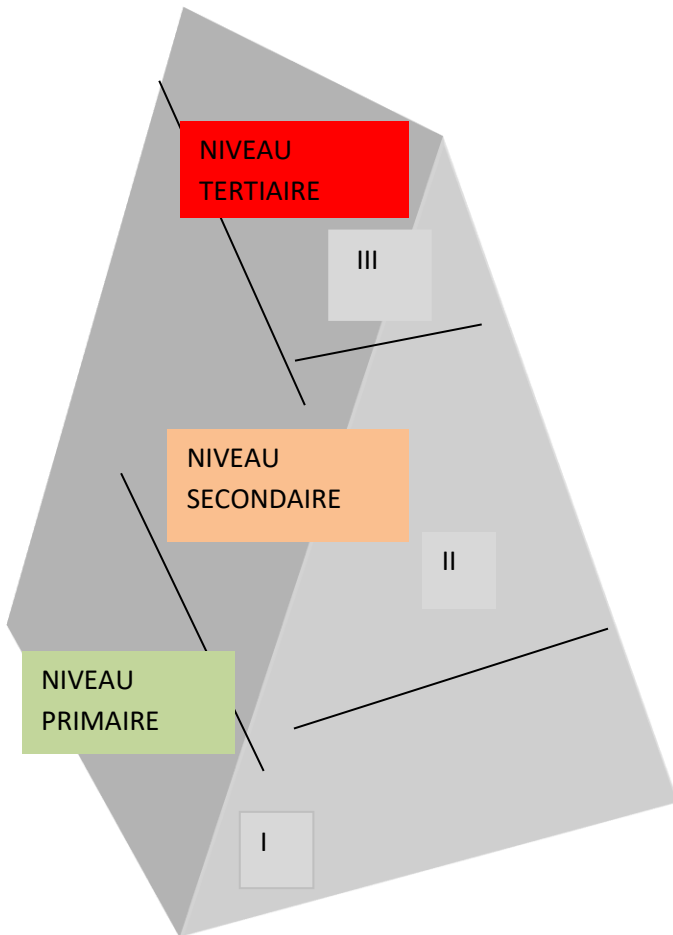


Image I : La pyramide sanitaire en Côte d'Ivoire

(cf arrêté n°28 du 8février, 2002)

La légende

III-CHU (Centres Hospitaliers Universitaires),

-INS (Instituts Nationaux de Santé).

II-C.H.S (Centres Hospitaliers Spécialisés),

-C.H.R (Centres Hospitaliers Régionaux),

-H.G (Hôpitaux Généraux).

I-C.S (Centres Spécialisés),

-F.S (Formations Sanitaires),

-C.S (Centres de Santé).



Image II - Une vue panoramique du Centre Hospitalier Universitaire de Cocody.

Le centre hospitalier universitaire de Cocody, ouvert en Juin 1970, est l'une des plus grandes formations sanitaires du pays.

2-1 La formation académique

Dans les centres de santé, les diverses catégories d'agents qui se côtoient quotidiennement n'ont pas la même formation

de base. Les médecins sont formés à l'Unité de Formation et de Recherche (UFR) en Sciences médicales, odontologistes et pharmaceutiques. Ces facultés sont des structures formelles. L'attribution du diplôme de docteur en médecine ou en pharmacie suit une procédure. Après l'obtention du baccalauréat de série scientifique et l'orientation à l'UFR de médecine ou de pharmacie, commence l'itinéraire de la formation. A l'issue de la formation théorique et pratique qui dure au moins sept ans, l'étudiant doit soutenir une thèse devant un jury. Après la proclamation de son admission, il lui est demandé de prêter serment, c'est le serment d'Hippocrate. Cette thèse lui confère ainsi le titre de docteur en médecine et la qualité pour exercer en tant que tel. Ce dernier peut alors opter pour une spécialisation en vue de préparer un Certificat d'Etudes Spécialisées (C.E.S), d'une durée de trois ans dans un domaine de son choix ou alors décider d'exercer en tant que médecin généraliste.

Quant aux infirmiers et sages-femmes, ils sont formés à l'Institut National de Formation des Agents de Santé (INFAS). Cette formation dure trois années dont deux années de cours théoriques ponctuées par des stages, et la dernière année réservée uniquement à un stage dans une structure sanitaire. Il faut souligner que c'est à l'issue d'un concours organisé par l'institut que les candidats retenus y suivent les cours dont certains comprenant des modules définissant la morale ou l'éthique médicale. Quant aux «aides-soignants» nous notons que cette appellation au sein du ministère fait suite à un réaménagement afin de changer l'expression péjorative de «garçon de salle» ou «fille de salle». Tout comme les médecins, ils reconnaissent que des cours de déontologie et d'éthique leur sont enseignés pendant la formation.

Outre ces formations académiques ou théoriques, il faut souligner que ces différentes catégories socioprofessionnelles ont des ordres qui prescrivent leurs droits et devoirs dans l'exercice de la profession. C'est en quelques sortes des codes

de bonne conduite du professionnel de santé. Pour les médecins par exemple nous avons le code de déontologie médicale issu de la loi n°62-248 du 31 juillet 1962 et la charte des sages-femmes mise en place au sortir du congrès tenu les 18, 19 et 20 du 31 juillet 1979. Il convient de souligner que toutes ces lois sont sous forme de normes qui mettent essentiellement en exergue le caractère social des professions de santé c'est-à-dire que le professionnel de santé a une mission sociale dans la société.

De tout ce qui précède, le professionnel de santé paraît mieux nanti (car il existe toute une conduite prescrite par les différentes règles déontologiques ou normes médicales et mise à sa disposition) pour accomplir ses tâches dans la logique du bien-être du malade, il affirme donc, lors des entretiens, l'existence de ces normes de bonne conduite établies pour réguler la pratique des professions de santé. Toutefois, nous avons relevé que l'accent est mis sur sa formation académique mais son état d'âme nous semble quelque peu négligé (sa personnalité de base qui pourrait renseigner sur son système de valeurs ou de pensée n'est pas prise en compte dans la formation) surtout quand il s'agit de le recruter dans une structure sanitaire. En dehors donc de l'instruction qu'il reçoit dans les amphithéâtres, la prise en charge du professionnel de santé avec rigueur ne s'effectue pas dans une structure formelle parallèle spécialisée. Car ceci permettrait la construction d'une identité imprégnée des réalités sociales, psychologiques et culturelles.

Le constat que nous avons pu relever est que l'aspect éthique est minimisé dans la formation du professionnel de santé. « *Les cours d'éthique ou de déontologie ne sont pas obligatoires* » nous confiait un médecin. En effet ce médecin relève que le caractère essentiel de la déontologie dans la formation d'un professionnel de santé est ignoré par celui-ci parce qu'il ressort tout simplement que la connaissance du contenu de l'éthique n'est pas nécessaire pour la validation de

l'année universitaire. Du coup il est donc permis à l'étudiant d'aller en année supérieure sans toutefois avoir des acquis en éthique médicale ou en déontologie. A en croire ses propos, nous notons qu'à la limite, les cours d'éthique médicale sont considérés comme facultatifs. Or, ce sont ces cours qui doivent relayer les formations purement académiques pour instruire l'étudiant c'est-à-dire le futur médecin sur le comportement ou la conduite d'un professionnel de santé.

1-2 La prise en charge du professionnel au plan psychologique, social, et culturel.

Comme nous l'avons relevé ci-haut, le professionnel de santé est celui que l'on contacte pour aider dans les besoins de santé les plus pressants, soulager des douleurs et des souffrances en vue de recouvrer la santé et le bien-être. « *Cela va exiger donc du professionnel un savoir-être dans ses rapports avec les patients c'est-à-dire avoir le respect de chaque patient, de ses valeurs personnelles et confessionnelles. La relation avec le patient implique une approche empreinte de tact et d'empathie. Son souci constant doit être d'avoir un langage approprié et surtout une tenue conforme aux règles hospitalières en vigueur* », soutient un de nos informateurs. Présenté sous ce rapport, il paraît évident que le professionnel de santé doit jouir d'un équilibre psychologique. Mais le constat, il faut le dire, est souvent inacceptable car le spectacle qu'offrent à voir certains professionnels de santé n'est pas reluisant. La variété des situations, où entrent en ligne de compte le cas pathologique individuel, aussi la capacité cognitive du patient, sa capacité émotionnelle, ses a priori, son origine culturelle permet d'affirmer cela. Ce fait est souvent à l'origine d'altercations entre le patient et le soignant. Nous avons pu relever des situations difficiles lors de nos entretiens. Il s'agit des injures que des malades profèrent à l'endroit des professionnels parce qu'estimant que « *ceux-ci sont indifférents à leur souffrance* ».

-La formation au psychologique

Aujourd'hui l'idée générale qui ressort des différentes visions de la personnalité est qu'elle est l'ensemble des comportements qui constituent l'individualité d'une personne. Elle rend compte de ce qui caractérise l'individu : permanence et continuité des modes d'action et de réaction, originalité et spécificité de sa manière d'être. C'est le noyau relativement stable de l'individu, sorte de synthèse complexe et évolutive des données innées (gènes) et des éléments disponibles dans le milieu social et l'environnement en général. La personnalité est donc une combinaison de caractéristiques émotionnelles, d'attitude et de comportement d'un individu. Pendant nos observations nous avons relevé des situations où le professionnel n'arrive pas à maîtriser ses émotions, ce qui détériore les relations entre lui et son patient. Les professionnels dans leur grande majorité ont tendance à croire que des patients sont capricieux et surtout ceux qui n'ont pas suffisamment de moyen pour leur prise en charge sont refoulés. « *Ici à l'hôpital, on ne s'occupe que de ceux qui ont l'argent, si tu n'as rien pas de soins pour toi* », nous confiait un malade couché à même le sol dans le couloir. Un autre qui serait forcé d'attendre dans le couloir (voir photo ci-dessous) parce qu' « *il serait ennuyant* », nous dit un garçon de salle. Il ressort de ces observations que certains professionnels de santé ne se préoccupent pas du côté psychologique de la maladie.

Il nous est arrivé de voir des malades qui refusent de prendre leur médicament refoulé devant les salles de consultations et le soignant ne comprenant pas pourquoi, banalise ce fait au lieu d'amorcer une prise en charge psychologique. Autrement dit, il faut maîtriser tout l'environnement social dans lequel vit le malade. Ainsi, pour une meilleure prise en charge de ses patients, le professionnel de santé en plus de sa formation académique en médecine doit nécessairement avoir des acquis en psychologie sociale. La connaissance de ces savoirs

pourrait, sans nul doute, permettre de réorienter la pratique médicale vers le social. En effet des malades sont refoulés parce que n'ayant pas les moyens pour assurer les frais de leur consultation.



Image III : Ce patient est abandonné dans le couloir des urgences parce qu'il n'a plus de moyens pour la prise en charge des soins de santé ; il attend donc l'arrivée de ses parents ou amis.

-La formation au social

Nos observations révèlent l'existence de gestes ou comportements des professionnels de santé dénués de tout caractère social. Or, la maladie est un événement social dans nos sociétés africaines. Sur l'image qui est en dessous, nous voyons un malade escorté par trois personnes. Et c'est l'une d'entre elles mêmes qui pousse le fauteuil roulant. Or, il nous a souvent été donné de relever que les professionnels n'autorisent pas les parents de malades dans les salles de consultation. C'est ainsi que des malades ne sachant pas s'exprimer dans la langue officielle (le français) éprouvent des

difficultés à expliquer leur mal. Cela est souvent mal vu par les soignants parce pour eux « *ça fait perdre énormément de temps* ». Cette situation est par moment source d'énervement chez les professionnels de santé. Dans l'univers social sanitaire, nous assistons à des interactions entre les divers acteurs sociaux sur des bases normatives données. Le professionnel de santé devrait être capable de comprendre les sens ou les significations qui émergent de ces interactions. En dehors de sa formation académique sur l'anatomie ou la biologie, le soignant ne semble pas être imprégné des réalités sociales. A partir de l'observation de son comportement avec les malades nous retenons que le professionnel de santé ignore ce que représente la maladie ou la santé dans la société africaine. Ainsi, le manque de toutes ces connaissances relatives à la société traditionnelle africaine rend fragile la culture médicale du professionnel de santé pouvant l'aider aussi à améliorer sa relation avec les patients.



Image IV : Le traitement subi par les patients dans les structures sanitaires

Nous observons là une situation où le parent est obligé de pousser lui-même son patient parce qu'il n'y a pas de garçon ou de fille de salle. Le personnel affecté à ces différentes tâches se trouve occupé à faire autre chose. Il est plutôt en train de chercher son « pain quotidien ».

-La formation au culturel

Durkheim désigne par l'activité sociale le concept de culture. Pour lui *l'activité sociale comporte les manières d'agir, de penser et de sentir, extérieures à l'individu et doté d'un pouvoir de coercition qui s'impose à lui* (Durkheim, 1895). Dans le cas des professionnels de santé il s'agit de leur enseigner l'aspect culturel de la maladie. Il faut lui inculquer les façons dont les malades se présentent la santé ou la maladie. Car nos constats empiriques montrent que la plupart des professionnels de santé lient uniquement la santé ou la maladie à l'aspect biologique. Nous avons assisté à des scènes où le soignant renvoie le malade sous prétexte que celui-ci aurait refusé de prendre les médicaments prescrits la veille. Le malade apparemment traumatisé, ne comprend pas l'attitude de son « docteur ». Cet exemple témoigne que le professionnel de santé ignore que dans la cosmogonie africaine et même dans la logique de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S) aujourd'hui la maladie n'est pas seulement définie au plan biologique ; mais il y a plusieurs paramètres pris en compte dans cette définition. En outre, nous avons relevé que le phénomène de la responsabilisation des individus sans qualification prend de plus en plus de l'ampleur dans les services : il s'agit de la délégation des tâches qui consiste à demander à un infirmier de faire le travail d'un médecin ou à un aide-soignant de poser des gestes d'infirmier, etc. Cela se déroule dans une atmosphère de confusion totale. Le caractère éthique est ignoré. Dès lors, la personnalité du soignant a besoin d'être examinée et prise en charge en vue de conformer sa conduite aux attentes des usagers et de la société. Car la culture peut façonner la personnalité en lui imprimant des

façons de se comporter, en orientant ses goûts ou ses préférences pour certaines choses et une indifférence pour d'autres. Ainsi, l'acquisition d'une culture réellement médicale serait en effet source d'un amour de la profession.



Image V : Ici nous sommes dans une salle d'examens. Nous assistons là, à la réalisation d'une radiographie pulmonaire. C'est un examen qui consiste à explorer la trame pulmonaire. Le problème que nous relevons là est culturel, car dans la culture de la patiente, se déshabiller devant un homme autre que son mari est une « forme d'infidélité ». Or pour la réalisation de ce type d'examen, il faut forcément enlever la chemise et même les soutiens-gorges pour éviter qu'il y ait des artéfacts sur le cliché radiographique. Malheureusement l'agent de santé qui recevait la malade ne semblait pas comprendre ces détails culturels et cela a entraîné des altercations entre lui et la patiente.

3-Discussion

La question de l'assise culturelle de la profession de santé chez le professionnel soignant devient cruciale vue la dynamique des comportements déviants dans l'institution sanitaire moderne en Afrique en général et singulièrement en Côte d'Ivoire.

Le système de santé africain, au plan institutionnel, a hérité de la colonisation les textes de base de son code de santé publique notamment en ce qui concerne le monopole pharmaceutique et la définition du médicament et surtout les règles ou le code de déontologie médicale régissant la pratique des professions de santé.

Des textes intervenus après l'indépendance ont enrichi ce dispositif et ont permis globalement le fonctionnement du système de santé. Aujourd'hui tous ces textes sont considérés « dépassés » selon des professionnels de santé ; et nous pensons effectivement que ces textes doivent tenir compte des évolutions ou des exigences des populations observées au niveau du secteur. Car, la raison majeure serait certainement culturelle. Ces textes hérités, ont été mis en place dans un cadre culturel (la société occidentale) qui ne correspond pas forcément aux réalités des sociétés africaines bien que la médecine moderne soit universelle. En effet, parlant de santé il faut noter que les représentations qui sont faites de la maladie sont fonction des aires culturelles. Ceci implique que l'organisation du savoir médical doit prendre en compte tous les paramètres environnementaux. Dès lors, nous nous interrogeons sur la place qu'occupe l'éthique médicale dans la formation du professionnel de santé en Afrique en général et singulièrement en Côte d'Ivoire ?

3-1 La place de l'éthique médicale dans la formation du soignant

Il s'agit d'appréhender le patient comme une « *personne globale* » (Paula La Marne, 1999). Ce genre de « *principes* », à

peine esquissés ici, ne sont pas des recettes rigides mais des indications, des pistes, des directives, élaborées par la pratique médicale telle qu'elle se pense. Il s'agit donc de montrer aux étudiants de médecine qu'il faut se garder de deux écueils : une pratique aveugle et un dogmatisme inflexible. L'éthique médicale est une morale « *en situation* », capable de dire ce qui convient dans tel ou tel genre de situation et au nom de quel principe (autonomie, qualité de vie, justice, engagement...). Elle se présente comme une voie capable d'atteindre l'universel par la valeur de ses arguments et capable d'appréhender la particularité des situations sans s'y noyer. C'est une activité rationnelle. Il va donc de soi que le professionnel lui-même doit être stable mentalement et avoir toutes ses facultés psychiques normales. La tâche du médecin ou de l'infirmier devient complexe, puisqu'elle ne consiste plus seulement à poser un diagnostic et administrer un traitement à base de médicament. Le philosophe Paul Ricoeur a expliqué avec finesse dans quelle sorte de rationalité l'on se trouve. Il fait remarquer que toute réflexion qui porte sur des questions de morale (et cela concerne le magistrat, le décideur politique, le médecin...) manie des arguments rigoureux, mais qui ne peut avoir le caractère implacable de la vérité mathématique, forcément univoque. En clair l'argumentation du magistrat, par exemple, fait au mieux avec les données dont elle dispose (textes réglementaires, faits, confrontation des parties en présence...) ; mais il faut noter qu'à tout instant un nouvel argument, que l'on n'avait pas vu, peut surgir et corriger la position (ce que l'on rencontre en appel). Mais cette rationalité ne peut être autrement, et il s'agit de faire comprendre aux étudiants qu'une pensée morale est forcément nuancée, prudente, capable de remise en cause et qu'elle n'a rien de binaire (oui/ non) c'est-à-dire rien de simpliste. Cependant, c'est vrai que l'incivisme est devenu une règle générale, pourquoi le médecin à qui la société demande de prêter serment (le serment d'Hippocrate) après la soutenance

de sa thèse en médecine (ce qui n'est pas le cas dans le cadre d'une thèse en mathématique ou d'une thèse en sociologie) doit-il se dérober à son rôle social dans la société ? Appelé à guérir, parfois à rassurer souvent, le médecin apparaît l'intervenant primordial dans son colloque avec le malade, rencontre de deux consciences, petit jeu sans réel divertissement, insolite et singulier qui se joue indiscutablement à trois. Ce colloque doit entendre, écouter, interroger la maladie qui s'invite, s'insinue, étrange et mystérieuse, et qui ne dit pas son nom. Or, ce dialogue à trois, véritable antithèse de cette relation, doit être pour le praticien la trace du cheminement vers la reconnaissance de l'autre, de ses plaintes, de ses doléances, de son intimité, conduisant à découvrir, parfois décrypter l'attente du patient sans doute, son espérance sûrement.

Les acquis des disciplines des sciences humaines et sociales apportent leur contribution justement pour préparer le soignant à comprendre et gérer le côté social, psychologique ou culturel de la maladie chez les populations. Autrement dit, les disciplines des sciences sociales permettent *« d'expliciter la création de soi à travers l'expérience de la socialisation, et de comprendre plus précisément la permanence des règles à travers les phénomènes de culture (qui sont plus ou moins remplacées dans la théorie de la régulation par le problème de l'application et du maintien des règles à travers les organes assurant le déploiement de l'autorité) »*, (Sainsaulieu (R), 1992). Ces approches se centrent donc sur l'identité sociale au travail. Cette forme de socialisation nous permet ainsi de forger une personnalité de base en notre professionnel de santé. En clair *« le médecin doit écouter, examiner ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver*

à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée », (Jean Pouillard, 2005). Cela nécessite certainement une personnalité de base imprégnée de valeurs morales, sociales solides.

3-2 Les représentations de la santé ou de la maladie chez le soignant

Le résultat de l'action médicale dépend de la qualité de la communication entre soignant et soigné. Il est aussi vrai que le discours du praticien n'est pas celui de son patient. Est-il nécessaire de rappeler que notre professionnel de santé et notre malade, a priori, sont issus de deux logiques souvent contradictoires ? Pour le premier, la maladie serait une attaque ou une défaillance biologique causée par une bactérie et pour le second cela serait le résultat de la colère des ancêtres ou de Dieu suite à la transgression d'un totem ou même tout simplement la méchanceté d'un voisin. Cependant cela ne doit pas nous verser dans le scepticisme et le relativisme, auquel cas chaque professionnel n'ayant plus qu'à compter sur ses « valeurs », ses « habitudes » et ses « intuitions » ? Dès lors, s'il n'y a plus de point de repère quelque peu stable, alors on assistera à une sorte de danger d'une liberté d'actions qui ouvre la voie à l'arbitraire. Pour éviter cela justement, il faut le concours d'autres formations complémentaires en éthique et qui traversent le médical et le paramédical tout en renforçant de confronter les points de vue, de s'enrichir par l'interdisciplinarité. Une personne est malade en fonction des représentations qu'elle se fait de la santé ou de la maladie. En effet, la santé est un état subjectif, une sensation physique ou psychologique. Ceci implique que le professionnel de santé doit être à même de comprendre le comportement du malade.

Dans les pays africains, il est indéniable que les obstacles socioculturels compromettent souvent les résultats de l'action médicale. L'échec de nombreux programmes de

développement sanitaire leur est imputable. Dans la pratique quotidienne, l'agent de santé et son patient se trouvent dans une alternance symbolique. Une étude linguistique s'impose en ce domaine moins pour établir une taxonomie que pour appréhender les représentations culturelles de la maladie à travers le vocabulaire. Un tel travail doit, pour atteindre son objectif, être effectué en tenant compte des exigences de la linguistique appliquée et de la spécialité médicale, dans la conscience que la réalité sociale est condition et but de l'action médical.

Nous notons un autre phénomène dans les centres de santé que Dussault (1985) appelle *une déprofessionnalisation de la pratique médicale avec l'irruption dans le champ médical d'agents a priori sans qualification*. C'est vrai que les structures sanitaires, pour la plupart, se caractérisent par une insuffisance criante des personnels qualifiés, mais il ne serait pas juste d'engager des individus sans titre pour palier à cette insuffisance de personnel qualifié. Car ceux-ci poseraient inévitablement des gestes vides de sens médical. Cela peut expliquer aussi le manque d'assise culturelle au sommet même de la hiérarchie médicale. Il semble urgent de procéder à une analyse institutionnelle ou organisationnelle au niveau de la formation des professionnels de santé.

3-3 De la nécessité de formation du soignant par rapport à son rôle social dans la société.

La formation médicale met l'accent sur la biologie et ses déterminants physiques et chimiques ; cela a permis d'obtenir des résultats fantastiques dans la médecine moderne. Cependant elle n'accorde qu'une place minimale aux sciences humaines en particulier l'anthropologie, la linguistique, la philosophie pour les acquis de la bioéthique et la psychologie. Or, s'il est vrai que la maladie est avant tout un problème fonctionnel et physique, l'étude des conduites qu'elle suscite relève pour une grande part des sciences de l'Homme. Car il

serait important de souligner que la maladie n'est pas seulement une simple agression biologique, comme nous le disions tantôt, mais aussi et surtout un état psychologique, social ou culturel. Ceci impliquerait donc qu'un « mauvais » accueil du malade pourrait aggraver sa santé déjà précaire. En effet la stratégie sanitaire doit être définie non pas à partir des grands appétits des professionnels de santé, mais à partir des besoins des malades qui vivent « *leur maladie comme un châtement ou un destin malheureux, dans le silence et dans la douleur, dans l'incapacité à comprendre et à réagir* », (Brunet-Jailly, 2003). Au-delà de ce manque de considération pour les sciences humaines et sociales nous notons d'autres phénomènes comme la délégation des tâches qui seraient aussi à la base de ces conduites des professionnels de santé dénuées de tout caractère social. Ainsi, nous relevons avec Jaffré (Y) et al, (2003), que « *l'une des conséquences majeures de la délégation des tâches est que les gestes techniques sont parfois très largement « vidés » de leur raison scientifique et clinique* ». En général, en comparant le professionnel de santé actuel à un travailleur d'un supermarché ou un ouvrier d'usine il n'y a vraiment pas de différence notable entre ces individus au niveau comportemental. La plupart des soignants n'ont pas en esprit que le support de travail du médecin ou de l'infirmier est l'Homme. Il importe donc de procéder à une prise en charge du professionnel de santé dans le cadre d'une formation complémentaire pouvant lui expliquer le caractère social ou culturel de la pratique de la médecine sociale. En tout état de cause, il ressort que la culture est l'ensemble des modalités de l'expérience sociale, conduites sur des savoirs appris et organisés comme des systèmes de signes, à l'intérieur d'une communication sociale qui fournit aux membres d'un groupe un répertoire. Elle constitue en quelques sortes un modèle de significations socialement partagées, leur permettant de se comporter et d'agir de façon adaptée au sein d'une société. La culture donne donc « *une grande cohérence aux conduites des*

individus, en leur conférant une personnalité de base constituée par l'ensemble des éléments culturels qui vont façonner les traits de personnalité de chacun », (Kardiner, 1939). Autrement dit, la culture a pour fonction de dynamiser les conduites à travers le support cognitif et affectif qu'elle leur fournit. L'idée est que la culture émerge de l'activité de travail. Les cultures de métier se constituent à partir d'expériences cumulées et historicisées de capacités stratégiques. Ces expériences proviennent soit de la culture sociale antérieure, des caractéristiques du travail à travers ses symboles, le système des relations de travail.

« La culture se repère ainsi à travers la construction de règles issues en partie de la situation d'action, en partie des représentations des relations entre acteurs », (Sainsaulieu (R), 1992).

On montre alors que l'application d'une régulation de contrôle peut se heurter à la micro-culture d'un usager ou d'un malade. Les acteurs gardant, du fait du pouvoir de négociation que leur confèrent les zones d'incertitude, la possibilité de faire échouer les règles qui émanent de la direction. Par conséquent, un changement d'organisation doit être accompagné de la prise en compte de ces règles sociétales. Et ces règles peuvent être élaborées et sélectionnées au cours d'un long processus d'essais et d'erreurs, qui va permettre l'accumulation et l'amélioration d'un savoir-faire local. Les règles peuvent alors servir une ou plusieurs finalités masquées. Et ces finalités seront le plus souvent méconnues du régulateur, dans la mesure où n'étant pas intégré dans le contexte de travail, il n'a pas accès à « l'historique » de cette règle au moment où il entreprend d'exercer son pouvoir de régulation.

En clair, au-delà de la connaissance académique, on n'ignore tout sur la personnalité, l'état d'âme, le système de valeurs, le système de pensée du médecin ou tout autre professionnel de santé. On substitue donc avec Sainsaulieu une approche du

pouvoir en termes d'identité à une approche du pouvoir en termes d'utilité. Fondamentalement, le pouvoir, la négociation dans l'action deviennent aussi importants, si ce n'est plus, que le contenu des négociations. Malgré cette avancée théorique, l'analyse des identités porte surtout sur les motivations psychologiques et sur les processus d'édification de la personnalité à travers la vie sociale de l'entreprise, aussi, elle ne résout toujours pas le problème de la permanence des règles ? Comment le mettre en évidence ? On fait appel pour cela aux approches culturelles. On trouve deux grands types d'analyses : celles qui s'intéressent à la culture nationale et à ses effets sur l'entreprise, celles qui se focalisent sur la culture de travail qui émerge de l'activité continue au sein des lieux de travail. Dans le cadre de la formation de notre professionnel ces deux types de culture nous intéressent. Et cela permet en quelques sortes d'adapter le soignant à la pratique réelle de la profession de santé pour une amélioration de sa conduite avec les malades. La culture se repère ainsi à travers la construction de règles issues en partie de la situation d'action, en partie des représentations des relations entre acteurs. Ces approches en termes de culture montrent que l'application d'une régulation de contrôle peut se heurter à la micro-culture d'une entreprise ou d'un atelier. Les acteurs gardent alors, du fait des zones d'incertitude, une possibilité permanente de faire échouer les règles qui émanent de la direction. Par conséquent un changement organisationnel doit être accompagné de la prise en compte des règles sociétales qui ont été élaborées au fur et à mesure, et qui peuvent servir une fonctionnalité « masquée ». Ces formations pourraient asseoir en lui une certaine culture médicale et un certain amour de sa profession, induisant ainsi une assise culturelle de la profession de santé.

Conclusion

Au terme de cette étude, nous retenons que de plus en plus le professionnel de santé s'éloigne de son rôle social dans la

société. Il paraît utile de revoir sa formation. Ainsi sollicitons-nous l'association réelle des sciences sociales et humaines pour instruire le soignant sur le caractère social de la pratique médicale. La convocation de ces sciences de l'Homme, les sciences organisationnelles ou managériales pour une réorganisation de la formation des professionnels de santé aidera surtout à renforcer la rationalité culturelle et sociale du soignant. Cela renvoie, en fait, à son histoire personnelle et sa socialisation c'est-à-dire son identité ou sa personnalité de base qui conditionnent ses envies ou ses préférences. Car, les problèmes du système sanitaire aujourd'hui sont essentiellement engendrés par les comportements déviants des professionnels de santé. Ces approches culturelles ou identitaires peuvent amener les soignants à aimer leur métier de rétablir la santé pour ainsi créer une assise culturelle de la profession de santé chez eux et débarrasser l'institution sanitaire moderne ivoirienne des dysfonctionnements induits par les comportements déviants à l'éthique médicale. Les valeurs, les règles et les représentations collectives permettent à l'action collective de se structurer. Les rapports de travail expliquent la forme et le fonctionnement des organisations. Comme l'exercice d'un métier est constitutif d'une collectivité humaine, l'action collective aura pour but essentiel de défendre les communautés ou les usagers du système sanitaire ivoirien.

Références bibliographie

Balandier (G), 1990 : *Introduction : la demande d'éthique, cahiers internationaux de sociologie. Vol.88 n°9, Paris : seuil, p6.*

Bernoux, Philippe : *La sociologie des entreprises*, Seuil, 2009.

Bernoux, Philippe : *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Seuil, 2010.

Boltanski, Luc & Thevenot, Laurent : *De la justification Les économies de la grandeur*, Gallimard, 1991.

Boltanski, Luc & Chiapello, Eve : *Le nouvel esprit du capitalisme*, Gallimard, 1999.

Ferrol (G) et al, 1991 : *dictionnaire de sociologie*, Paris, Armand Colin, p205.

Garfinkel, Harold : *Recherches en ethnométhodologie*, Puf, 1967, (trad. 2007).

Giddens, Anthony : *La constitution de la société*, Puf, 1984, (trad. 1986).

G. Hotois, J-N Missa, 2001 : *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*, Bruxelles : De Boeck et Larcier, S.V « déontologie ».

Jaffré (Y), Olivier de Sardan (J.P), 2003 : *une médecine inhospitalière : des difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales de l'Afrique de l'Ouest*, p54-55.

Leconte(J), 1995 : *les valeurs morales aujourd'hui*, sciences humaines n°46 p12.

Mohamed (M), (2001 : « *le capital relationnel et la logique des acteurs dans les services de santé en Algérie* », (in *les professionnels de santé, bulletin de réseau anthropologie de la santé*, n°2, Paris, IRD).

Ouattara (F), 2001 : « *la conscience professionnelle, clientélisme et corruption : pratique et justifications des professionnels de santé du centre médical d'Orodora (B.F)* » : 63-95, in *professionnels de santé bulletin* n°2.

Paula La Marne, 1999 : *Ethiques de la fin de vie*. Paris : Ellipses, « la bioéthique en question ».

Paula La Marne, 1999 : *Ethiques de la fin de vie*. Paris : Ellipses, « la bioéthique en question ».

Scott 1983, *les domaines de la psychologie sociale : le champ du social*, p193). Sites Internet google.fr.

Damon Adams. Foi et médecine. Page consultée le 27/08/2016 sur www.g.

Hervé Christian. La consultation médicale. Page consultée le 27/08/2016 sur www.google.fr.

Rougeron C.. La dimension spirituelle de l'accompagnement des patients en fin de vie. [en ligne]. Page consultée le 27/08/2015 sur www.google.fr.

Stril-Rever Sofia et Mantel Jean-Marc. Entretien sur le thème de « Médecine et Compassion ». Page consultée le 27/08/2015 sur jmmantel.net.

Sainsaulieu, Renaud : *L'identité au travail*, Presses de Sciences Po, 1988

Sainsaulieu, Renaud dir. : *L'entreprise, une affaire de société*, Presses de Sciences Po, 1992

Ternisien Xavier. « M. de Villepin veut créer une fondation pour gérer le financement des mosquées ». Page consultée le 18/11/2004 sur www.lemonde.fr.