

**INFLUENCE DES GROUPES EN RELATION EN MILIEU HOSPITALIER SUR L'ACCES AUX SOINS :
CAS DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE SYLVANUS OLYMPIO DE LOME**

Malaba BATCHOWANG
Université de Lomé (UL)
Email : batchomalaba@gmail.com
&
Kokouvi Elikplimi DOGBE
Université de Lomé (UL)

Résumé

Le Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio (CHU-SO) abrite des interactions entre divers acteurs, rendant dans la plupart des cas, les relations de soins complexes qui ont pour conséquence l'insatisfaction des usagers. Si pour les usagers, le problème de ce centre se traduit par les comportements et pratiques des soignants dans les rapports cliniques, il est constaté qu'il y a d'autres acteurs qui agissent modifiant constamment ces rapports. Quels sont ces acteurs et quel est le lien de chacun avec le comportement qui le détermine ? Cette présente recherche vise à mettre en évidence les relations qui impactent l'accès aux soins au CHU-SO. Comme hypothèse, nous disons que les pratiques et comportements des différents groupes en relation au CHU-SO créent le paradoxe entre le rôle social du malade et celui du médecin. La méthodologie mixte a été utilisée notamment la méthode quantitative et celle qualitative. Au terme de cette recherche, nous avons identifié quatre groupes qui sont en relation : les usagers, les soignants, la direction et le service social. En effet, entre la direction et les soignants, l'insuffisance de l'administration dans la gestion du centre ainsi que les comportements des soignants à travers les rackets et l'administration des produits d'origine douteuse aux patients font développer les rapports de pouvoir. La crise de confiance entre les soignants et le service social fait croire l'indifférence de ceux-ci vis-à-vis des malades indigents. Quant à la relation usagers et soignants, elle est basée sur les considérations sociales du malade.

Mots clés : soignants, usagers, accès aux soins, CHU-SO

Abstract

The Sylvanus Olympio University Hospital Center (CHU-SO) is home to interactions between various actors, making care relationships complex in most cases, which results in user dissatisfaction. If for the users, the problem of this center translates into the behaviors and practices of the caregivers in the clinical reports, it is noted that there are other actors who act constantly modifying these reports. Who are these actors and what is the link of each with the behavior that determines it? This present research aims to highlight the relationships that impact access to care in the CHU-SO. As a from the hypothesis, we say that the practices and behaviors of the different groups in relation to the CHU-SO create the paradox between the social role of the patient and that of the doctor. The mixed methodology was used in particular the quantitative method and the qualitative method. At the end of this research, we identified four groups that are related: users, caregivers, management and social

services. Indeed, between the management and caregivers, the insufficiency of the administration in the management of the center as well as the behavior of the caregivers through racketeering and the administration of products of dubious origin to the patients develop power relations. The crisis of confidence between caregivers and social services increases their indifference towards indigent patients. As for the relationship between users and caregivers, it is based on the social considerations of the patient.

Keywords: Caregivers, users, access to care, CHU-SO.

Introduction

L'obtention des soins de qualité est un problème dont fait face un grand nombre de personnes en cas de maladies ou de leurs proches. Cette question longtemps traitée sous le seul angle biomédical par les acteurs de la santé, fait intervenir de nos jours plusieurs disciplines notamment les sciences sociales qui n'ont d'ailleurs cessé de porter un regard sur le phénomène. Pour sa part, l'approche biomédicale cherche à favoriser l'accès aux soins à la population sous la seule dimension objective qui consiste essentiellement à construire les centres de santé et ainsi, rapprocher les lieux d'offre de soins aux populations, à rendre disponible le personnel qualifié en nombre suffisant, à garantir le matériel de soins et à mettre un accent sur la gouvernance du système sanitaire. Tous ces éléments sont certes incontournables et incontestables lorsqu'il s'agit de prendre en charge un malade. Cependant, cette seule manière d'aborder et de traiter le problème est loin de le résoudre d'autant plus qu'au-delà de ces aspects, les personnes qui œuvrent dans les formations sanitaires et qui sont constamment en relation en vue d'atteindre les objectifs fixés constituent un autre aspect non négligeable. En effet, ces centres abritent une multitude d'acteurs en interaction qui sont les professionnels de santé (divers corps de thérapeutes et ceux qui les administrent), leurs clients c'est-à-dire les usagers. Ces interactions naissent d'attentes réciproques, d'intérêts convergents et concurrents, qui tissent des relations d'interdépendance. Ces différents acteurs sont alors pris dans ce que Abbott A. (2003 : 43) a appelé des « *écologies liées* », écologies qui organisent le monde professionnel. Ainsi, ces acteurs, en fonction des rôles qui leurs sont attribués, constituent des groupes. Les relations qui existent entre ces groupes agissent sur les comportements des individus qui les forment que ce soit dans la prise en charge des malades ou bien dans le processus de traitement. Il s'agit de la nature des relations qui existe entre ceux-ci et qui relève des réalités sociales en santé.

Le changement des comportements des malades observé de nos jours avec l'adoption de la médecine moderne comme itinéraire thérapeutique au détriment du traitement traditionnel s'est opérée parce qu'ils veulent jouer leur rôle social de malade tel que décrit par Parsons T. (1951). Ce choix rationnel et légitime pour le maintien de l'ordre social établi favorisant le développement socio-économique des sociétés, est le plus souvent influencé par l'état social de l'institution de santé qui est censée assurer leur prise en charge. Ces malades se heurtent à des contraintes fonctionnelles lorsqu'ils doivent entrer en relation avec les institutions de santé et même quand ils y sont.

Dans la plupart des cas, les malades qui rentrent en relation avec les formations sanitaires, s'en sortent déçus. Mais comme le souligne Meyer P. (1993), en réalité, ce n'est pas la médecine reçue dont les malades se plaignent, mais la manière dont elle est donnée. Les malades redoutent en fait ce qui concourt à l'aliénation de leur liberté, l'immersion dans un anonymat usinier [...]. Pour Meyer P., la médecine hospitalière a sans doute gagné en science, mais non en humanité.

L'organisation et le fonctionnement de ces institutions de santé excluent indirectement une grande partie des malades qui ne se retrouvent pas selon leurs attentes, creusant le fossé entre les soins reçus et ceux attendus.

Le Togo, dans ses efforts pour garantir un meilleur état de santé à la population, selon le Plan National de Développement de la Santé (PNDS 2012-2015), a ratifié et s'est efforcé à respecter les clauses des différentes conventions sur le plan régional et international sur la santé. Il s'agit entre autres des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), des Objectifs du Développement Durable (ODD), les recommandations du sommet d'Abuja et le Nouveau Plan d'Action de Partenariat pour le Développement issu du sommet des Chefs d'Etat de l'OUA tenu à Lusaka. Sur le plan national, les Politiques de Santé (PNS) desquelles découlent les Plans Nationaux de Développement Sanitaire (PNDS), le Document de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP-C), la Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l'Emploi (SCAPE) et tout récemment en 2017, le Plan National de Développement (PND). Tout ceci lui a permis d'améliorer l'accessibilité géographique (même si elle se fait plus remarquer dans les milieux urbains), de mettre en place les systèmes de protection sociale à travers les assurances maladies (INAM, school assur...), de subventionner la césarienne ainsi que les consultations prénatales (CPN) dont le but est de réduire les taux de mortalité maternelle et infantile. Face à ce chapelet d'actions de la part du gouvernement, dans un environnement où cohabitent les services publics, privés, associatifs et confessionnels d'offre de soins, le constat est que la population éprouve encore des difficultés à se faire soigner. Si les services privés de soins de santé sont reconnus plus coûteux comparativement au niveau de vie de la population, ceux publics ont le privilège d'accueillir une très grande partie des malades issus des couches sociales plus défavorisées. Toutefois, cette même population exprime son insatisfaction vis-à-vis de ces centres qui, selon elle, ne répondent pas à leurs attentes en matière d'offre de soins. Au rang de ces centres publics, le Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio (CHU-SO) de Lomé qui est le plus grand et de référence nationale. Malgré la reconnaissance de son statut en matière d'offre de soins principalement spécialisés, force est de constater que les malades qui ont besoin de ses services en font un recours tardif (Rapport annuel des activités du CHU-SO, 2019), et ne sont pas satisfaits des soins reçus. Cette insatisfaction s'explique par l'organisation interne de cet hôpital à laquelle s'ajoutent les comportements des différents acteurs qui y interviennent directement ou indirectement rendant encore plus difficile les relations soignant-soigné. En effet, le CHU-SO est une structure où coexiste un système administratif et un système professionnel, ayant chacun un dispositif de régulation, dualité qui génère une situation de tension interne permanente comme on peut l'observer dans toute organisation Carricaburu D. et Ménoret M. (2004).

En plus de la santé strictement mesurée à partir des normes médicales au détriment de la santé ressentie, du vécu du malade et aussi la façon dont il vit son mal qui s'applique, les rapports de pouvoirs (économique et social), les conflits d'intérêt des acteurs caractérisent l'accès aux soins au CHU-SO rendant ce lieu très peu agréable pour les usagers. Comment les groupes en relation au CHU-SO influencent les relations thérapeutiques et par ricochet, l'accès aux soins ? L'objectif général de cette étude est donc de mettre en évidence les relations qui impactent l'accès aux soins dans l'environnement hospitalier du CHU-SO. Nous partons de l'hypothèse selon laquelle les pratiques et comportements des différents groupes en relation au CHU-SO créent le paradoxe entre le rôle social du malade et celui du médecin dans ce centre hospitalier.

Ce présent travail est subdivisé en quatre parties à savoir : la problématique, l'approche méthodologique et cadre théorique de référence, les résultats de la recherche et la discussion des résultats.

1. Approche méthodologique et cadre théorique de référence

1.1. Approche méthodologique

Deux méthodes d'enquête ont été utilisées dans le cadre de cette recherche. Il s'agit de la méthode quantitative avec comme outils le questionnaire qui a été administré aux usagers (malades et/ou accompagnants) des services techniques de soins du CHU-SO, regroupés en quatre (4) pôles de services (chirurgie et spécialités, médecine et spécialités, gynécologie obstétrique et la pédiatrie). En ce qui concerne la portion de la population enquêtée, vue la spécificité de notre population d'enquête qui est au CHU-SO juste pour les soins et le plus souvent pour un court temps, nous n'avons pas une base de sondage. Pour cette raison, nous avons estimé cette population à partir du nombre annuel des patients consultés dans le centre. Sur cette base, notre estimation des patients consultés en 2021 est de 56340 (25 489 en chirurgie et spécialités, 14 072 en médecine et spécialités, 11 845 en gynécologie obstétrique et 4 934 en pédiatrie). La méthode d'échantillonnage non probabiliste plus précisément la méthode par quotas a été appliquée en respectant une taille minimale de 40 patients dans le plus petit pôle de soins afin d'assurer une meilleure représentativité. Le nombre total des usagers retenus pour répondre aux questions est de 440. Nous soulignons que les registres consultés n'ont pas tenu compte de la répartition des patients par sexe. Nous nous sommes basés sur les données du quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH 4) qui montrent que la population féminine représente 52% et celle masculine 48% au Togo en 2010 pour déterminer le nombre de femmes et d'hommes à enquêter.

Tableau 1 : Récapitulatif de l'échantillon

Pôles de soins	Nombre de patients estimé	Pourcentage	Quota à l'intérieur de l'échantillon de 440	Nombre d'hommes à enquêter	Nombre de femmes à enquêter	Total
Chirurgie et Spécialités	25 489	45%	200	96	104	200
Médecine et Spécialités	14 072	25%	107	51	56	107
Gynécologie et Obstétrique	11 845	21%	93	45	48	93
Pédiatrie	4 934	9%	40	19	21	40
Total	56340	100	440	211	229	440

Source : Enquête de terrain, octobre 2020.

Ils ont donc répondu aux questions relatives à l'accessibilité au CHU-SO ainsi que la relation qu'ils entretiennent avec les prestataires.

En ce qui concerne la méthode qualitative, par rapport aux informations que nous voulons collecter, nous avons fait des entretiens semi-directifs sur la base de trois (3) guides d'entretien réalisés à l'endroit du personnel soignant, la direction et le service social du CHU-SO. Concernant les soignants, ils ont répondu à travers un guide d'entretien, les sujets de discussion portant sur la relation qu'ils entretiennent avec les patients et aux conditions structurelles de prestations ont été menées. Un guide d'entretien a été également adressé à la direction pour les interviews liées aux conditions institutionnelles de prestations de soins, l'application ou le fonctionnement de la réglementation. Un dernier guide a été élaboré et adressé au service social pour voir son fonctionnement dans l'assistance des patients issus des couches sociales défavorisées. Le traitement des données quantitatives a été réalisé avec le logiciel STATA 13 tandis que le traitement des informations recueillies lors des entretiens individuels et l'observation a porté sur l'analyse du contenu.

1.2. Cadre théorique de référence

Pour expliquer le phénomène réel que nous avons constaté au CHU-SO, nous avons retenu le modèle conflictuel porté vers les différentes perspectives entre médecin et patient et l'intérêt du personnel soignant qui s'oppose à l'altruisme véhiculé par sa rhétorique professionnelle de Freidson E. (1984).

En effet, Freidson, interactionniste, a fait une analyse de la relation médecin-malade en critique de la position Parsonienne. Pour l'auteur, cette relation est conflictuelle et non consensuelle. Les conflits surgissent dans la relation thérapeutique du moment où les patients et les médecins ont des

orientations normatives spécifiques c'est-à-dire, le médecin à partir de sa formation professionnelle essaye de répondre à la demande du patient alors que ce dernier possède un savoir qui est d'une autre nature que le savoir du médecin. Différentes perspectives peuvent entrer en conflit. Le médecin défend une culture savante ou professionnelle alors que le patient quant à lui, défend sa culture profane.

2. Résultats

La nature de la relation qui existe entre les usagers, les soignants, l'administration et le service social impactent l'accès aux soins de qualité voulue par les malades au CHU-SO.

2.1. Relation usagers et soignants

La relation la plus observée est celle dans les relations thérapeutiques où le malade a besoin des compétences techniques et scientifiques du soignant pour venir à bout de sa maladie. Cette relation le plus souvent décriée par les malades résulte des comportements et pratiques des soignants que les usagers trouvent anormaux selon leur perception. Au même moment, les soignants déplorent certains comportements des usagers qu'ils trouvent eux aussi pas du tout corrects.

Tableau 2: Indifférence des soignants à la souffrance des malades selon les enquêtés

	Chirurgie et spécialités		Gynécologie et obstétrique		Médecine et spécialités		Pédiatrie		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Oui	94	88.3	73	78	180	89.9	37	92	384	86.5
Non	13	11.7	20	22	20	10.1	3	8	56	13.5
Total général	107	100	93	100	200	100	40	100	440	100

Source : enquête de terrain, septembre 2021

86.5% des 440 enquêtés ont exprimé leur insatisfaction par rapport au comportement des soignants lié à l'indifférence à la souffrance des malades. A la pédiatrie, c'est 92%, médecine et spécialités 89.9%, chirurgie et spécialités 88.3% et à la gynécologie obstétrique 78%.

Nos enquêtés se sont également exprimé sur la question des prescriptions qui parfois sont de trop. Le soignant écoute moins le patient et prescrit plus. Ceux qui ne disposent pas toujours les moyens financiers pour s'en procurer, certains s'évadent et d'autres demandent des sorties par décharge (8,52% en 2019) pour se faire traiter à l'indigénat (Rapport d'activité CHU-SO, 2019).

Quant aux soignants toujours dans la relation avec les usagers, ils déplorent certains de leurs comportements. A entendre cette soignante de la médecine et spécialités : « *les malades manquent de patience. Nous n'avons pas le matériel nécessaire pour leur prise en charge et même quand on leur explique, ils ne comprennent pas et pensent que nous ne voulons pas nous occuper d'eux. On ne peut pas faire de la magie* ».

Parlant toujours des comportements des usagers qui compromettent l'offre de soins de qualité, un médecin ajoute : « *il y a certains malades qui ne respectent pas le traitement prescrit même avec le rappel, ils ne font qu'à leur tête et quand on insiste, ils trouvent que nous les traitons mal* ».

Les patients sont alors dans leur logique quand ils réagissent comme le disent ces soignants. Le manque de communication et d'écoute des préoccupations de l'un et de l'autre occasionnent une crise entre le soignant et le malade ou son accompagnant.

2.2. Relation usagers et administration du CHU-SO

Il n'y a pas une relation directe entre les deux groupes. Elle est strictement réservée à la gestion des plaintes des usagers et aux demandes de prise en charge par le service social. Dans ce travail, il ressort que les usagers ne sont pas informés de la procédure pour porter une plainte, n'ont pas confiance en l'administration dans le traitement et la gestion objectifs de ces plaintes.

Tableau 3 : Enquêtés victimes de maltraitance ou de rackets ayant porté plainte ou pas contre le soignant

	Chirurgie et spécialités		Gynécologie et obstétrique		Médecine et spécialités		Pédiatrie		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Oui	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Non	48	100	27	100	22	100	8	100	107	100
Total général	48	100	27	100	22	100	8	100	105	100

Source : enquête de terrain, septembre 2021

Sur les 440 personnes enquêtées, 105 ont été une fois victime de maltraitance ou de rackets de la part des soignants soit 48 en chirurgie et spécialités, 27 en gynécologie et obstétrique, 22 en médecine et spécialités et 8 en pédiatrie.

Au regard de ce tableau, tous les patients victimes de maltraitance ou de rackets n'ont pas porté plainte contre le soignant.

Tableau 4 : Raisons pour lesquelles les usagers ne portent pas plainte

	Chirurgie et spécialités		Gynécologie et obstétrique		Médecine et spécialités		Pédiatrie		Total	
	Eff	%	Eff	%					Eff	%
Je ne sais pas comment procéder	34	71.4	9	33.4	10	44.4	4	50	57	52.4
Peur de représailles dans ma relation avec le soignant	0	0	9	33.3	10	44.4	4	50	23	28.6
Autres	14	28.6	9	33.3	2	11.2	0	0	25	19
Total général	48	100	27	100	22	100	8	100	105	100

Source : enquête de terrain, septembre 2021

Ce tableau montre que les usagers ne portent pas plainte parce que, soit ils ne savent pas comment procéder (52.4%), soit ils ont peur des représailles dans la suite de leur relation avec le soignant (28.6%) en question. Le reste des enquêtés (19%) évoquent d'autres raisons qui leur empêchent de porter plainte entre autres le fait que leurs connaissances qui ont eu à le faire, n'ont pas eu gain de cause. Ainsi, pour ces derniers, porter plainte ne changera rien donc ce n'est pas la peine de s'aventurer.

Pour l'administration, ils sont très peu soit 10% environ à suivre la procédure normale leur permettant de prendre les sanctions. A quoi consiste réellement cette procédure ? Elle consiste à recevoir la plainte de l'utilisateur, à interpeller le soignant pour une demande d'explication. Au cas où ce dernier ne reconnaît pas les faits, l'administration demande une confrontation et c'est à ce niveau que plusieurs plaignants désistent. Ce qui fait dire un responsable de l'administration que : « *les plaintes sont résolues de la manière dont elles sont portées. Les patients qui arrivent au niveau de l'administration pour porter plainte mais refuse de dénoncer du coup, c'est difficile à l'administration de faire quoi que ce soit et après, l'utilisateur trouve que l'administration ne joue pas son rôle* ».

2.3. Relation soignants et administration du CHU-SO

La relation qui existe entre ces acteurs nous amène à faire une analyse du fonctionnement du CHU-SO car l'administration n'intervient pas directement dans la relation de soins mais contribue à l'améliorer. Un responsable de l'administration explique cette relation en ces termes : « *l'administration assure la gestion courante et la gestion liée à l'évolution des carrières des soignants. Pour intervenir dans les soins, il y a l'administration rapprochée (les surveillants au niveau de chaque service)* ».

Pour le même responsable, les conflits surviennent entre l'administration et les soignants :

premièrement, lorsqu'un personnel a besoin de matériel de travail et se réfère à l'administration et que celle-ci n'a pas les moyens d'améliorer les conditions de travail. Deuxièmement, quand l'administration constate les mauvaises pratiques et demande les explications. Les sources de conflits se situent alors à deux niveaux : l'insuffisance de l'administration et l'insuffisance au niveau du personnel.

Pour traiter les plaintes, la direction se base sur les textes en vigueur notamment le code du travail qui s'applique au statut général de la fonction publique, le règlement intérieur dudit centre, le manuel du ministère de la santé et le manuel de procédure et outils de gestion des ressources humaines en santé pour sanctionner. Au même moment, en essayant de justifier le phénomène de rackets, de maltraitance et de détournement des patients, la vente des produits d'origine douteuse aux patients, un médecin s'exprime en nous confiant : « *on nous accuse dans les relations de soins tout en ne cherchant pas à nous comprendre. Si certains collègues ont des comportements et pratiques tels que les rackets, mauvais accueil et de détournement de malades, c'est parce que les conditions de vie des soignants ne sont pas du tout ça* ». Poursuivant son idée, il affirme : « *notre métier est noble et consiste fondamentalement à sauver des vies humaines. Comment peut-on comprendre que d'autres secteurs d'activités ont des statuts particuliers et pas nous ?*».

Pour ce médecin, il ne dédouane pas ces agissements de certains de ses collègues mais il faut chercher l'origine qui selon lui, n'est autre que les conditions de vie des soignants en général au Togo qui sont pour lui « laisser pour compte ».

2.4. Relation soignants et service social du CHU-SO

Malgré l'importance que revêt ce type de relation dans l'efficacité de prise en charge des malades surtout ceux qui sont issus des couches sociales défavorisées, force est de constater qu'elle rencontre des difficultés. De la part des soignants, la procédure est trop longue quand le soignant fait les démarches¹ pour que le patient bénéficie de ces services. En effet, ce service doute de ceux-ci et met assez de temps pour passer à la vérification avant de décider de venir en aide ou pas. Pendant ce temps, le malade est sans soins, souffre et si le cas est très grave, il arrive qu'il en perde la vie. Les soignants évoquent une crise de confiance qui s'est installée depuis que certains soignants « mentent » dans le compte des patients qu'ils sont des indigents pour trouver leur part dans les ressources qui sont mis à leur disposition.

Ainsi, nous livre cette soignante de l'urgence chirurgicale :

quand on amène les accidentés dans notre service, le plus souvent, ces derniers n'ont pas de pièce d'identité ni d'argent pour les premiers soins. Étant donné que le service social n'a pas confiance en nous, nous ne faisons rien. Il arrive que les gens meurent devant nous. Qu'est-ce qu'on peut faire ?

¹ Le soignant fait les démarches pour que le patient bénéficie de la subvention du service social quand celui-ci arrive au CHU-SO inconscient. Dans la plupart des cas, c'est à l'urgence chirurgicale que ces cas sont fréquents. Généralement quand les ambulances transportent les accidentés au centre qui sont dans un état critique mais qui n'ont pas d'accompagnant, ni argent et même pas de pièce d'identité.

La conséquence de cette difficile relation se traduit par le faible pourcentage des malades qui n'ont pas les moyens de payer leurs traitements qui sont orienté vers le service social par le soignant (9.1%). En effet, les comportements des soignants dans ce cas se résument à l'indifférence vis-à-vis des malades qui n'ont pas les moyens de se payer les prescriptions (86.5% tableau 2) et ne font rien pour les aider (75%).

3. Discussion

La première relation plus visible et qui fait objet de controverse est celle qui existe entre le soignant et le malade. Au CHU-SO, les usagers (malades et accompagnants), la direction et même le service social déplorent certains comportements et pratiques (indifférence à la souffrance des malades, les rackets, la vente des produits d'origine douteuse, les détournements des patients vers leurs cliniques privées) qui mettent en péril la qualité des soins souhaitée. A ce sujet, Fassin D. et Jaffré Y. (1990 : 47) pense que « dans la notion de qualité, il faudrait pouvoir prendre en compte la façon dont les gens sont traités, au double sens que peut revêtir ce mot, c'est-à-dire comment ils sont soignés mais aussi comment ils sont reçus ». Ces comportements et pratiques des soignants ne répondraient pas à l'éthique de la profession selon ces acteurs. A ce sujet, Winckler M. (2001) cité par Malvezin E. (2010 : 105) réfléchissant sur l'éthique médicale en comparaison de la réalité sur le terrain trouve qu'il n'existe pas d'éthique médicale car l'éthique est une morale commune et un respect de l'autre. Le médecin n'a aucune supériorité, il ne doit pas faire passer ses croyances avant celles de ses patients, il ne doit pas considérer les autres comme des sous-fifres, il doit partager son savoir avec ceux qui en ont besoin et être loyal envers ses patients.

Sur la base des conflits d'intérêts des soignants dans leurs relations avec les malades à travers les rackets, le détournement des patients, le vol de produits des patients brefs, comme Olivier de Sardan J.-P. et Jaffré Y. (2003) ont su les résumer en « normes pratiques » d'accès aux soins, Périno L. (2006) quant à lui, refuse le terme « relation médecin-patient » en préférant distinguer trois aspects qui lient le patient et le médecin. En effet, selon l'auteur, il y a d'abord la relation inter individuelle, qui est la relation humaine entre le médecin et son patient, basée sur le savoir-vivre et constitutive ou non de chaque individu. Vient ensuite la relation commerçant-client, qui est « la relation de celui qui a la connaissance à celui qui la demande », le médecin ne devant pas abuser de la crédulité de son « client ». Enfin, il y a la relation d'expert à patient, dans laquelle le médecin utilise et applique son savoir pour répondre au problème de son patient, et dont les missions les plus importantes sont l'explication et la vulgarisation.

L'explication du savoir du médecin à son patient dont Périno L. fait mention est une réalité presque inexistante dans le cadre de cette étude ce qui fait croître des incompréhensions conduisant aux tensions. Au fait, il n'y a pas une étroite collaboration entre le soignant et le malade. Une collaboration qui ne saurait exclure les interactions entre patient et personnel de santé, comme l'a suscité Strauss A. (2011), dans la trame de la négociation, en partant du concept « d'ordre négocié » dans les trajectoires thérapeutiques.

Malgré de nombreuses critiques faites sur leurs pratiques de soins au CHU-SO, les soignants ont des difficultés à se remettre en cause mais essaient de se justifier en faisant un lien avec les différentes conditions dont selon eux, explique le phénomène. Smith A. (2006 : 75) partage cette réalité dans sa réflexion sur le sujet, en pensant que : « un personnel sous-payé qui constate des différences injustes a du mal à être productif et performant ». Par contre, Malvezin E. pense à cet effet que les médecins ont tout simplement beaucoup de difficultés à se remettre en cause. Ils font ce qu'ils veulent et rien ne les oblige à modifier leurs pratiques et qu'ils s'attachent à l'académisme médical et aux consensus au détriment de l'action. Allant dans le même sens, Fall D. (2002 : 217) trouve que, « tout fonctionne comme si les pratiques biomédicales ne s'accommodaient pas des exigences de la communication sociale ». Ainsi, pour les enquêtés, les soignants du CHU-SO qui ont des comportements contraires à leur mission doivent être sévèrement punis tout simplement (55.6%). Pour Winckler M. (2001), les règles doivent être clairement définies et « les infractions punies sévèrement » pour qu'une cohabitation soit possible.

Les soignants et l'administration qui travaillent pour la satisfaction des usagers ont des divergences en ce qui concerne la disponibilité du matériel de travail et aussi la gestion des comportements et pratiques des soignants. Chacun cherche à s'affirmer en faisant valoir les rapports de pouvoir. A cet effet, Weber M. (1922), dans sa réflexion sur l'hôpital en tant qu'organisation, exprime le type de domination légale-rationnelle. Cette domination selon lui, se fait remarquer au niveau du personnel soignant à travers leur position de contrôleur social de la maladie et par les techniques scientifiques avec lesquelles ils parviennent à assumer ce rôle. Cette domination avérée dans ce centre complexifie les rapports entre les deux groupes d'acteurs avec des répercussions sur les rapports cliniques que les enquêtés ont qualifié par « désordre » parce que la direction est consciente du problème mais incapable de venir à bout. Ce qui justifie la dégradation de l'offre de soins.

Conclusion

Cette recherche nous a permis de traiter la question d'accès aux soins du point de vue de l'influence des groupes en relation sur les relations thérapeutiques.

Au terme de cette étude, il est clair que le problème d'accès aux soins se pose au CHU SO et est fortement influencé par la nature de la relation entre les différents groupes qui sont en interaction. En effet, traiter la question d'accès aux soins aujourd'hui sous le seul angle biomédical avec des indicateurs purement objectifs semble insuffisant. Les résultats de cette étude montrent clairement les enjeux subjectifs des acteurs dans leurs rôles d'offrir les soins aux populations. Il s'avère nécessaire voire indispensable de concilier les approches objectives et subjectives pour parvenir à l'accès universel aux soins.

Références bibliographiques

- ABBOTT Andrew, 2003, « Écologies liées. À propos du système des professions », dans MENGER P. M. (dir.), *Les Professions et leurs sociologues. Modèles théoriques, catégorisations, évolutions*, Paris, Éditions de l'EHESS, pp. 19-50.
- CARRICABURU Danièle et MENOIRET Marie, 2004, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*. Paris : Editions Armand Colin. 235p.
- FASSIN Didier & JAFFRE Yannick, 1990, *Sociétés, développement et santé*, Paris, Ellipses/AUPELF.
- FREIDSON Eliot, 1970, *Profession of Medicine*, New York, Harper & Row, (Traduction française en 1984).
- HOUNKPATI Jean-David, 2007, *Autofinancement d'une structure de soins (étude exploratoire de mise en œuvre d'une initiative de ré-assurance sociale au Togo)*. domain_other. Université Claude Bernard – Lyon I.
- JAFFRE Yannick et OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 2003, « Une médecine inhospitalière : Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest ». Editions KARTHALA, pp461.
- MALVEZIN Elodie, 2010, *La relation médecin-patient à l'ère de la médicalisation : point de vue de trois médecins généralistes et écrivains contemporains : Christian LEHMANN, Luc PERINO et Martin WINCKLER*, thèse de doctorat en médecine, Université PARIS DIDEROT - PARIS 7
- MEYER Philippe, 1993, *l'Irresponsabilité médicale*. Grasset, Paris.
- PARSONS Talcott, 1955, « Structure sociale et processus dynamique. Le cas de la pratique médicale moderne », Paris, Ed. Plon, Coll. Recherches en Sciences Sociales, pp. 193-250.
- PERINO Luc, 2006, *Humeurs médicales*. Paris : Editions du Félin, 192 p. Collection Questions d'époque. 2-86645-614-9.
- SMITH Andrew, 2006, *Tirer le meilleur parti du personnel de santé existant, Rapport sur la santé dans le monde*.
- WEBER Max. 1922, *Economie et société*, Paris, Plon (réédité aux éditions Presses-Pocket, coll, « Agora », 1995).
- WINCKLER Martin, 2001, *En soignant, en écrivant*. Paris : Editions J'ai Lu. 224 p. 978-2-290-31194-3