

2015-2016

THÈSE

pour le

DIPLOÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE

**Exercer la médecine
générale en Palestine :
influence des contraintes
en territoires occupés**

JUILLET Laure

Née le 06 août 1986 à Le Mans (72)

Sous la codirection des Docteurs BELLANGER William et FLEURET Sébastien

Membres du jury

Madame le Professeur RICHARD Isabelle	Présidente
Monsieur le Docteur BELLANGER William	Codirecteur
Monsieur le Docteur FLEURET Sébastien	Codirecteur
Monsieur le Professeur HUEZ Jean-François	Membre
Monsieur le Professeur EL HANNANI Mustapha	Membre

Soutenue publiquement le :
29 juin 2016



UFR SANTÉ

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée JUILLET Laure
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **17/05/2016**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Isabelle RICHARD

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric LAGARCE

Directeur du département de médecine : Pr Nicolas LEROLLE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine

FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophtalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine

ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmacochimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine

DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRICAUD Anne	Biologie cellulaire	Pharmacie
TURCANT Alain	Pharmacologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane	Informatique	Médecine
AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
LETERTRE Elisabeth	Coordination ingénierie de formation	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Isabelle RICHARD, Présidente du jury
Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury. Merci pour votre soutien à la réalisation de ce projet qui, sans vous, n'aurait pas vu le jour.

A Monsieur le Docteur William BELLANGER, Directeur de thèse
Votre soutien aura été indéfectible dès le début de ce travail. Votre confiance et vos encouragements m'auront permis de le mener à terme. Un grand merci d'avoir accepté de codiriger cette thèse.

A Monsieur le Professeur Sébastien FLEURET, Directeur de thèse
Merci Sébastien de m'avoir proposé et d'avoir codirigé ce travail. Tu as su me faire confiance pour une exploration de terrain parfois hasardeuse. J'ai grâce à toi élargi mes connaissances et mes compétences.

A Monsieur le professeur Jean-François Huez, Membre du jury
Merci d'avoir initié ce travail et de me faire l'honneur d'être membre de ce jury. Je vous suis reconnaissante de vos enseignements en Médecine Générale de grande qualité.

A Monsieur le professeur Mustapha EL HANNANI, Membre du jury
Merci de m'avoir accompagnée lors du premier déplacement en Cisjordanie. Votre aide précieuse tout au long de ce voyage, m'aura permis de poursuivre en pleine confiance l'exploration du terrain.

A Monsieur Safwat IBRAGHIT, Premier conseiller auprès de la Mission de palestine en France
Vous nous avez aidés gracieusement et mis en relation avec le Ministère de la santé palestinien. Un grand merci pour l'intérêt que vous avez porté à notre étude.

Au Consulat Générale de France à Jérusalem et à Monsieur Philippe CAPPELAERE, ancien attaché de coopération universitaire et administrative
Merci d'avoir apporté votre aide sur le terrain et d'avoir contribué au financement de l'étude.

Au Ministère de la santé palestinien et à Monsieur le Docteur Asad RAMLAWI, Directeur Général des soins primaires

Sans votre autorisation, il n'aurait pas été possible de conduire cette étude. Merci d'avoir bien voulu me recevoir.

Aux Professeurs Ahmad Abu Hamad et Ahmad Alnoubani

Je n'oublierai jamais votre accueil chaleureux en dépit des circonstances. Merci de nous avoir accueillis chez vous et dans votre faculté et de nous avoir fait découvrir les Territoires palestiniens.

A Madame Aurore FAIVRE, coordinatrice de la plateforme des ONG Française pour la Palestine

Merci d'avoir suivi ce projet dès le début. Les contacts que vous m'avez donnés ont été d'une grande utilité en Palestine.

A tous les médecins rencontrés en Palestine

Vous m'avez beaucoup apporté tant sur le plan professionnel que personnel. Un grand merci d'avoir pris le temps d'échanger sur le sujet malgré vos conditions de travail difficiles.

Au Docteur Sameer

Merci pour votre sincère amitié et votre accueil chaleureux. C'est toujours un plaisir de continuer à échanger avec vous.

Au Docteur Haddad

Merci à vous de m'avoir fait découvrir la Cisjordanie d'un centre de soins à un autre que nous avons visités ensemble.

Au Docteur Sawsan

Je n'oublierai jamais notre rencontre. Vous m'avez accueillie à bras ouverts. Merci de nous être confié sur vos craintes et vos espoirs pour l'avenir des vôtres.

Au Docteur Omer

Merci pour votre incroyable joie de vivre et votre enthousiasme à échanger librement sur tant de sujets.

Au personnel soignant des centres de soins primaires

Merci à vous tous pour votre accueil et votre aide.

A Fallah

Merci pour ton aide dévouée sur le terrain.

Merci aux responsables des ONG visitées et aux responsables de l'UNRWA (Merci Khawla).

A toutes les rencontres faites en Palestine

Merci d'avoir enrichi ma vie. Je retiendrais votre merveilleuse hospitalité et l'espoir intarissable qui vous anime.

REMERCIEMENTS

A Nicolas

Merci d'être arrivé dans ma vie. Mon amour pour toi n'a besoin d'aucun décor pour exister. Indescriptible, il l'est. Inutile de lui donner de raisons d'être : ce que j'aime c'est toi.

A mes parents

Merci de m'aimer, d'être vous-mêmes, de toujours me faire confiance, peu importe le chemin que je souhaite prendre. Je suis fière de vous et je vous aime.

A ma sœur

Impossible d'envisager le reste de ma vie loin de toi. Tu resteras toujours ma grande sœur, celle que j'aime et que j'admire : nous sommes différentes à bien des égards mais tu restes mon modèle que je tente d'imiter. Merci pour tes talents graphiques sur ce travail !

A Ronan

Merci d'être au côté de ma sœur et de faire partie de notre famille. Ta joie de vivre est une source de bonheur inépuisable. Qu'on n'ait jamais à s'en priver.

A ma famille

Diane, Mathilde, Papi, Fabienne, Pierre, Sylvie, Hughes, Antoine, Benoit, Bamian et les enfants : que l'on continue à partager des moments par simple bonheur d'être réuni.

A Mitra, Amir, Mélinda et Romain

Je me suis sentie des vôtres très rapidement. Deux mots caractérisent votre famille : bonheur et amour.

A Marylène

Merci d'être ma meilleure amie. Tu es la première belle personne, en qui je crois, que j'ai rencontré. Il ne m'a fallu que d'un coup de tête dans un casier, des tennis argentées et une touche Echap pour que notre amitié dure maintenant depuis plus de 15 ans !

A Louisette et Christian

Merci pour les moments passés avec vous depuis le lycée. J'apprécie que vous soyez venu me soutenir.

A Rosen

Merci de m'avoir encouragée et de toujours croire en moi. Va-t'en où tu veux mais restons toujours proches ! Nos longues discussions tardives vont me manquer.

A Aurélie et Aurélie

Toujours si loin sur terre mais si proches de cœur que les distances ne comptent vraiment pas. La preuve de belles amitiés qui durent aussi depuis plus de 15 ans.

A Marion et Fred

Marion, ton amitié compte énormément pour moi. Tes écrits sont précieusement conservés... J'admiré votre bonne humeur à tous les deux et votre générosité. Je me sens en famille en étant près de vous.

A Christophe, Vianney, Marion, Audrey et Noura

Merci pour tous les moments simples que nous passons ensemble ! A Angers, à Laval ou ailleurs : pourvu que ça dure !

A Camille, Fedoua, Marion, Elsa, Sophie et les autres Lavalois

Les férias, les pépites de chacun, la dure vie aux fourches... Autant de souvenirs qui feront de ce semestre le meilleur de tout mon internat !

A Bastien et Elise

Vous avez suivi avec intérêt mon travail. Nos échanges ont fait vivre certains récits d'un univers lointain pour beaucoup. Merci.

A mes amis palestiniens : Delia et Ashraf

Merci de m'avoir hébergée pendant mon voyage. Je m'estime chanceuse de faire dorénavant partie de vos amis.

A Hadeel et Mohammad

Merci de m'avoir introduite dans vos familles respectives. Sans vous, mon voyage n'aurait pas été abouti.

Merci à tous ceux qui m'entourent et qui m'enrichissent de leur personne :Bamba, Emma, Markus, Marie et Alioune...

PLAN

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

INTRODUCTION

PREREQUIS A L'ETUDE

1. Conflits et morcellement de la Palestine
2. Organisation du système de santé palestinien

MÉTHODES

1. Phase préparatoire de l'étude
2. Type d'étude
3. Formation du corpus
4. Les entretiens
5. Recueil de données
6. Analyse des données

RÉSULTATS

1. Population étudiée
2. Rôles et considérations des médecins généralistes palestiniens
3. Le contexte palestinien : conséquences territoriales, économiques et sur l'organisation du système de santé
4. Isolement des médecins sur le territoire...
5. ...Et dans le système de santé
6. La pratique des médecins généralistes dans ce contexte
7. Maintenir l'accès aux soins
8. La relation médecin-patient dans le contexte palestinien

DISCUSSION

1. Résultat principal et son implication
2. Le médecin généraliste en tant que défenseur des soins de proximité
3. Forces de l'étude
4. Limites de l'étude

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES CARTES

LISTE DES FIGURES

LISTE DES ENCADRES

LISTE DES TABLEAUX

ANNEXES

LISTE DES ABREVIATIONS

MOH	Ministry of health : Ministère palestinien de la santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unis
TPO	Territoires palestiniens occupés
	United Nation Relief and Works Agency for Palestine refugees in the near
UNRWA	east
Unscop	United Nations Special Committee on Palestine
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, souvent abrégé en World Organization of Family Doctors. C'est l'association mondiale des médecins généralistes

RESUME

Le contexte d'occupation et de morcellement du territoire palestinien interroge sur l'organisation du système de santé et notamment de la médecine de première ligne. Est-ce que le contexte géopolitique est à l'origine de spécificités et/ou de variations d'exercice ? Nous avons étudié la pratique des médecins généralistes en Cisjordanie en identifiant les facteurs extérieurs d'influence de cette pratique. Une enquête de terrain (du 03 au 16 mars puis du 01 juillet au 31 août 2014) s'est appuyée sur une approche qualitative en réalisant des entretiens semi-structurés avec des médecins généralistes. Le contexte géopolitique, économique et structurel de la Palestine impacte leur exercice professionnel : les médecins sont isolés sur le territoire et dans le système de santé. Ils assurent des missions communes en soins de premier recours mais ont des difficultés pour répondre efficacement aux problèmes de santé des palestiniens notamment pour optimiser la prise en charge des maladies chroniques. Le développement de la médecine de famille en Palestine doit s'appuyer sur l'expérience des médecins généralistes sur le terrain et prendre en compte leurs conditions.

INTRODUCTION

Le contexte d'occupation et de morcellement du territoire palestinien interroge sur l'organisation du système de santé et notamment de la médecine de première ligne. L'Autorité nationale palestinienne n'a aucun pouvoir sur 60% de la Cisjordanie (*prérequis p.19*). Quant au reste du territoire, il ressemble à un « Archipel » constitué d'îlots reliés par un réseau routier contrôlé par l'armée israélienne. « L'autodétermination » de l'Autorité palestinienne nécessiterait sa souveraineté sur un territoire aux frontières bien définies. Comment administre-t-elle son système de santé et organise-t-elle les soins de première ligne sur un territoire discontinu ?

Alors que la libre circulation des personnes est déterminante pour la protection et la promotion de la santé, le mur de séparation, érigé depuis 2002 par l'Etat d'Israël, prive les palestiniens d'accès aux hôpitaux de Jérusalem Est et le régime de check points sur les routes principales constraint fortement les déplacements des palestiniens entre les villes et villages de Cisjordanie. Enfin, la dernière guerre de Gaza au cours de l'été 2014 nous rappelle que les palestiniens vivent en zone de conflits où leur sécurité est en permanence compromise. Ces aspects géopolitiques sont-ils à l'origine de spécificités d'exercice des médecins généralistes ? Les contraintes d'occupation font-elles varier l'exercice des médecins selon leur lieu de travail ? Dans ce contexte géopolitique singulier, le système de santé palestinien se construit depuis 1994 sur des infrastructures et des services préexistants de secteurs d'activités variés. Les Organisations non gouvernementales (ONG), l'Office de secours et de travaux des Nations unies pour les réfugiés de Palestine (UNRWA) et le secteur privé se partagent avec le Ministère de la santé la gestion des soins sur le territoire. Même si ce dernier est responsable de la coordination des prestataires de santé, le système de santé reste donc fractionné (*prérequis p.26*). Le travail des médecins de premier recours occupe cependant une place importante dans l'organisation des soins en Palestine : les prestataires de santé assurent une « large

couverture géographique » permettant l'accès aux soins pour la majorité de la population. Comment s'organisent les médecins généralistes pour que l'ensemble de la population palestinienne ait accès aux soins de premier recours tels qu'ils sont définis par le Ministère palestinien de la santé ? Les médecins généralistes ont-ils des rôles en commun ou leur travail varie-t-il en fonction du secteur d'activité ?

Les aspects spécifiques et structurels de la Cisjordanie nous interrogent sur les possibilités d'exercer la médecine générale et sur les facteurs qui peuvent influencer cet exercice, nous conduisant à la question suivante :

Comment les médecins généralistes palestiniens exercent-ils dans un système de santé en construction dans un territoire morcelé ?

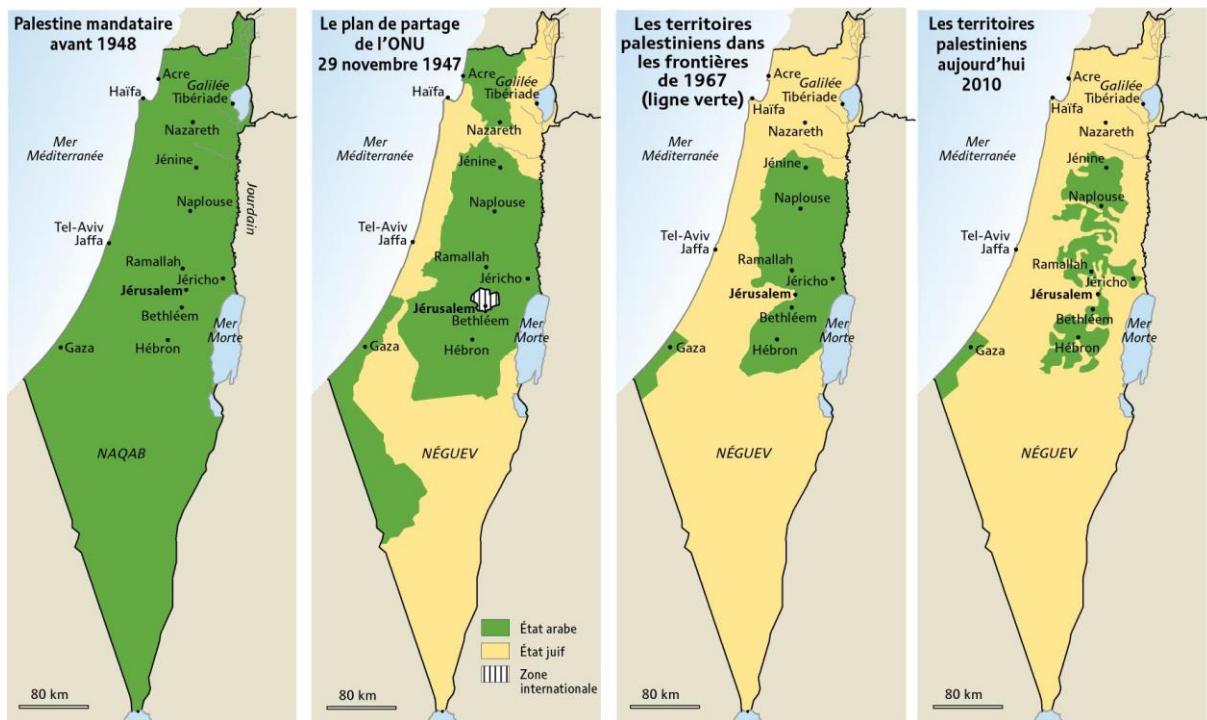
L'objectif principal est d'étudier la pratique des médecins généralistes en Territoires palestiniens occupés en identifiant les facteurs extérieurs d'influence de cette pratique. L'hypothèse de recherche est que l'exercice des médecins généralistes peut varier en fonction de facteurs extérieurs propres à la Cisjordanie, à savoir le système de santé en construction et les contraintes territoriales liées à l'occupation.

PREREQUIS A L'ETUDE

Cette section a pour but de contextualiser l'influence de la situation géopolitique de Palestine sur l'actuel système de santé. Elle détaille les éléments de contexte qui sont à l'origine de notre questionnement. Le morcellement des Territoires palestiniens a été largement décrit dans la littérature. D'abord nous ferons une rétrospective sur l'histoire de la Palestine ayant conduit à la séparation physique de la Bande de Gaza et de la Cisjordanie. Nous nous intéresserons ensuite au contexte géopolitique de la Cisjordanie. De nombreuses informations sont extraites de l'ouvrage *Atlas des Palestiniens*, écrit par Eric Blanc Jean-Paul Chagnollaud

et Sid-Ahmed Souiah, Edition Autrement [1]. Enfin, la construction du système de santé depuis la Palestine mandataire sera détaillée.

1. Conflits et morcellement de la Palestine



Carte 1 : Le morcellement de la Palestine depuis le mandat britannique à nos jours
(Philippe Rekacewicz, 2011)

La carte 1 représente l'évolution de la Palestine selon quatre périodes ayant marqué l'histoire de ce territoire. Les chapitres suivants reprennent les faits importants de l'histoire de la Palestine à partir de la Palestine mandataire jusqu'à nos jours.

1.1. Histoire de la Palestine mandataire à nos jours

1.1.1. La Palestine mandataire : bouleversement démographique et début de l'occupation territoriale juive

Après le démantèlement de l'Empire Ottoman vers 1920, la Palestine passe sous mandat britannique dès 1922, par décision de la Société des Nations. La Palestine mandataire comprend les territoires actuels d'Israël, de la Cisjordanie et de la bande de Gaza. En 1917, la

Grande-Bretagne reconnaît par la déclaration de Balfour l'établissement d'un foyer juif en Palestine.

La démographie de la Palestine est totalement bouleversée par les flux d'immigrants juifs qui s'intensifient notamment entre 1922 et 1931. « Les tendances démographiques observées (1922-1931 et fin 1944) et la localisation des terres acquises par la communauté juive montrent que le processus d'installation privilégie la plaine littorale à fortes potentialités agricoles et le secteur nord ». L'analyse de l'immigration juive à cette époque est considérée par les auteurs de l'ouvrage *Atlas des palestiniens* comme « une première phase d'occupation de l'espace, une arme stratégique pour déposséder les Palestiniens de façon planifiée » [Atl, 13].

La Grande-Bretagne estime que le partage territorial est la seule solution au problème démographique et à l'opposition de deux communautés en Palestine (celle représentée par le Haut Comité arabe et celle défendue par l'Agence juive). Mais le premier plan de partage proposé en 1937 par la Grande-Bretagne est un échec (Plan Peel). L'immigration juive et les dépossessions des paysans palestiniens se poursuivent sans que l'Empire réussisse à les contrôler. En 1939, on compte près de 445 000 immigrés juifs (soit 31% de la population résidente en Palestine) et plus 970 000 arabes en Palestine mandataire.

1.1.2. Le plan de partage de l'ONU 1947 et son échec

A la fin de 1947, la Palestine compte près de 2 millions d'habitants : un tiers de juifs, deux tiers d'arabes. La situation devient difficile à contrôler pour la Grande-Bretagne (révoltes de paysans arabes 1936-1939 ; violences qui s'intensifient par la suite entre les deux communautés). Elle fait donc appel à l'Organisation des Nations Unis (ONU). L'ONU crée une nouvelle commission dépêchée sur place, l'United Nations Special Committee on Palestine (Unscop). L'Unscop remet ses conclusions à l'ONU qui adopte le 29 novembre 1947, un nouveau plan de partage de la Palestine. Cette résolution prévoit la création d'un Etat juif, d'un

Etat arabe et d'une zone « *sous régime international particulier* » pour la ville de Jérusalem [2]. Le plan de partage est approuvé par la communauté juive mais non par la population arabe. La résolution ne sera jamais appliquée.

1.1.3. La première guerre israélo-arabe 1948-1949

La première guerre israélo-arabe débute juste après la proclamation de l'Etat d'Israël le 14 mai 1948. Elle a comme conséquence « l'engloutissement quasi-total du territoire des Palestiniens » [Atl, 17]. Israël occupe alors 78% de la Palestine. La Transjordanie annexe la Cisjordanie et Jérusalem-Est alors que l'Egypte prend le contrôle de la bande de Gaza. La ligne de démarcation, appelée ligne verte (accords d'armistice de 1949) définit les nouvelles frontières entre Israël et les Etats arabes voisins (carte 1 p.15).

L'année 1948 est marquée par l'expulsion forcée de palestiniens vivants dans de vastes régions d'Israël. L'opération, connue sous le nom de plan Daleth, est à l'origine du déracinement de plus de 750 000 Palestiniens réfugiés dans des camps à l'extérieur du territoire et la destruction de plus de 500 villages. Cette période est communément appelée la *Nakba* (la catastrophe) par les Palestiniens. Ilan Pappe, historien israélien, décrit cette période dans un ouvrage intitulé *Le nettoyage ethnique de la Palestine* (2008) [3].

1.1.4. La guerre des Six Jours

En 1967, Israël obtient une victoire écrasante en six jours contre la coalition arabe réunissant les armées de la Jordanie, la Syrie et l'Egypte [4]. Cette période est aussi appelée la *Naksa* (« l'échec ») et est considérée comme une grande défaite arabe. A l'issue de la guerre des Six Jours, Israël conquiert le Golan et le Sinaï et occupe la Cisjordanie, Jérusalem-Est et Gaza. Environ 1,3 millions de Palestiniens deviennent réfugiés [5].

1.1.5. De 1967 à nos jours

Le morcellement de la Palestine continue après la guerre des Six Jours. La colonisation des territoires occupés débute juste après la guerre des Six Jours et se poursuit actuellement à

Jérusalem-Est et en Cisjordanie (voir plus loin, chapitre 1.2.4 p.63). Cette période est marquée par des mouvements politiques importants et complexes ainsi que des stratégies militaires israéliennes dans le Proche-Orient que nous ne développerons pas.

1.2. Le morcellement de la Cisjordanie



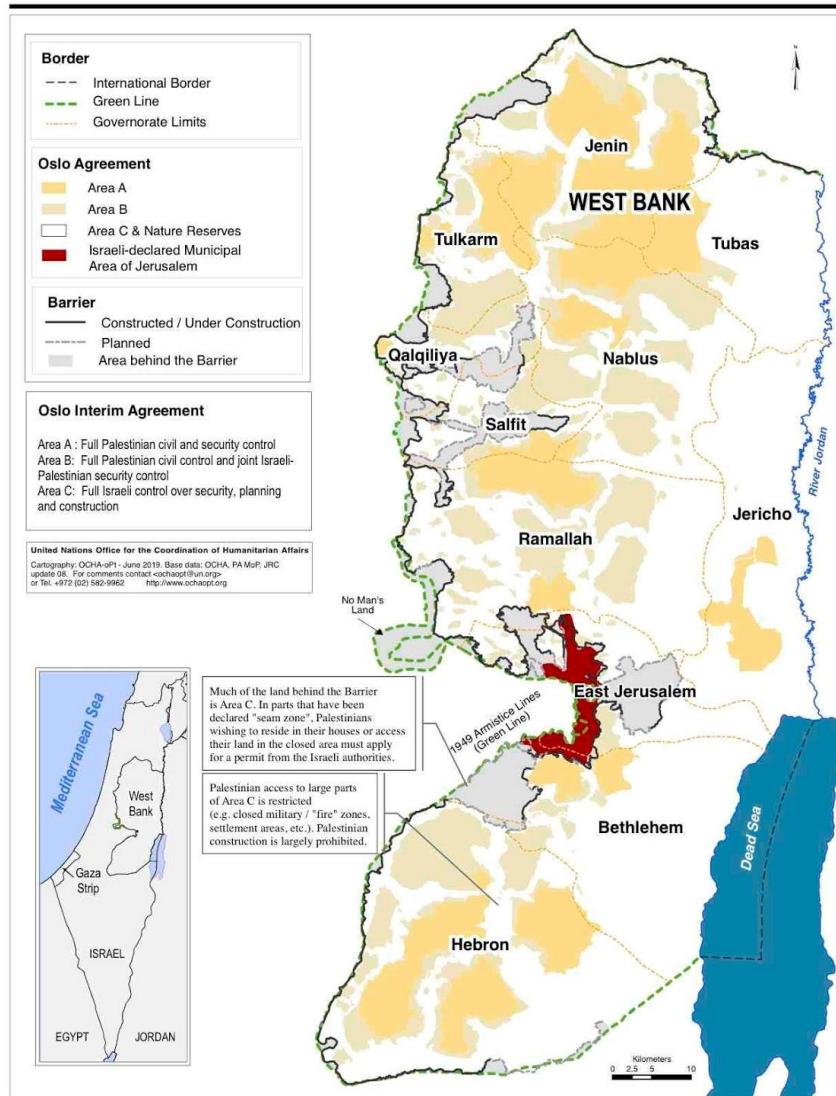
Carte 2 : Etat-Archipel de Palestine (Julien Bousac, 2011)

Le morcellement des Territoires palestiniens est largement décrit et interprété dans la littérature. Julien BOUSAC a imaginé et produit une carte de la Cisjordanie actuelle (carte 2). Sur cette carte, les zones occupées et colonisées par l'Etat d'Israël ont été transformées en mer. La géopolitique actuelle de la Palestine a des conséquences territoriales importantes :

elle contraint les déplacements des palestiniens, elle isole géographiquement les populations palestiniennes et restreint l'utilisation du territoire par l'Autorité Nationale Palestinienne.

1.2.1. Les Accords d'Oslo

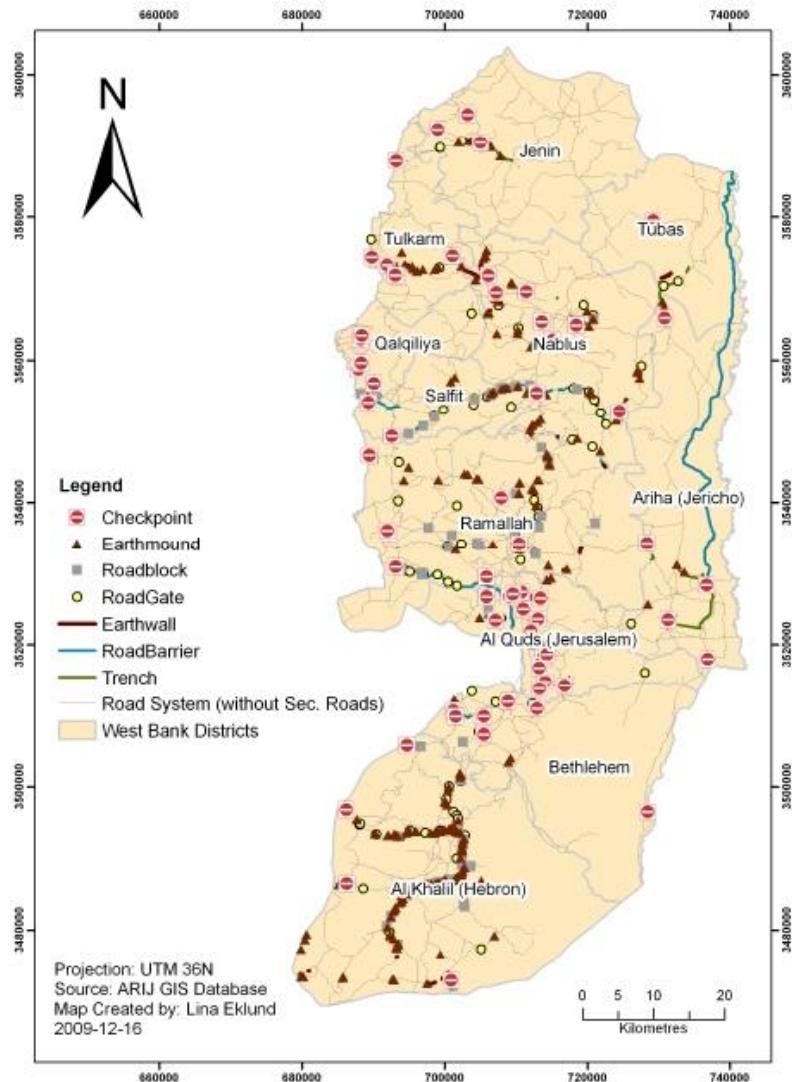
Les Accords d'Oslo [6] sont signés en 1993 entre le gouvernement de l'Etat d'Israël et l'Organisation de Libération de la Palestine (OLP). Ces accords ont pour but d'établir une Autorité Palestinienne intérimaire provisoire dans le cadre du processus de paix pour la résolution finale du conflit. Le second accord intérimaire (Oslo II), signé le 28 septembre 1995, met en place une Autorité exécutive et un Conseil palestinien et arrête le principe de trois zones de compétences en Cisjordanie (carte 3 p.20). Ils divisent les Territoires palestiniens selon l'autonomie civile et sécuritaire de l'Autorité Nationale Palestinienne. Dans La zone A (principales zones urbaines de la Cisjordanie, 3 % des terres), l'Autorité est en autonomie totale (responsabilités civiles et sécurité intérieure). Dans la zone B elle est autonome en matière civile mais la sécurité est contrôlée par Israël. La zone C (régions agricoles, la Vallée du Jourdain, les réserves naturelles et les zones à faible densité de population, les zones militaires israéliennes ainsi que les colonies israéliennes) reste sous le contrôle total d'Israël.



Carte 3 : Le découpage de la Cisjordanie (WEST BANK) selon les Accords d'Oslo (United Nations OCHA-oPt, 2010)

1.2.2. La présence militaire israélienne en Cisjordanie

La Cisjordanie est morcelée en plusieurs zones territoriales par les différentes méthodes d'obstruction : l'armée israélienne utilise des check points permanents ou ponctuels. Les check points sont présents sur l'ensemble du réseau routier de la Cisjordanie. Ils permettent le contrôle par l'armée israélienne des axes principaux Nord-Sud et Est-Ouest. L'armée israélienne utilise aussi des barrières, des blocs de pierres, des ponts ou des monticules de terres pour barrer les routes de façon permanente ou occasionnelle (carte 4).

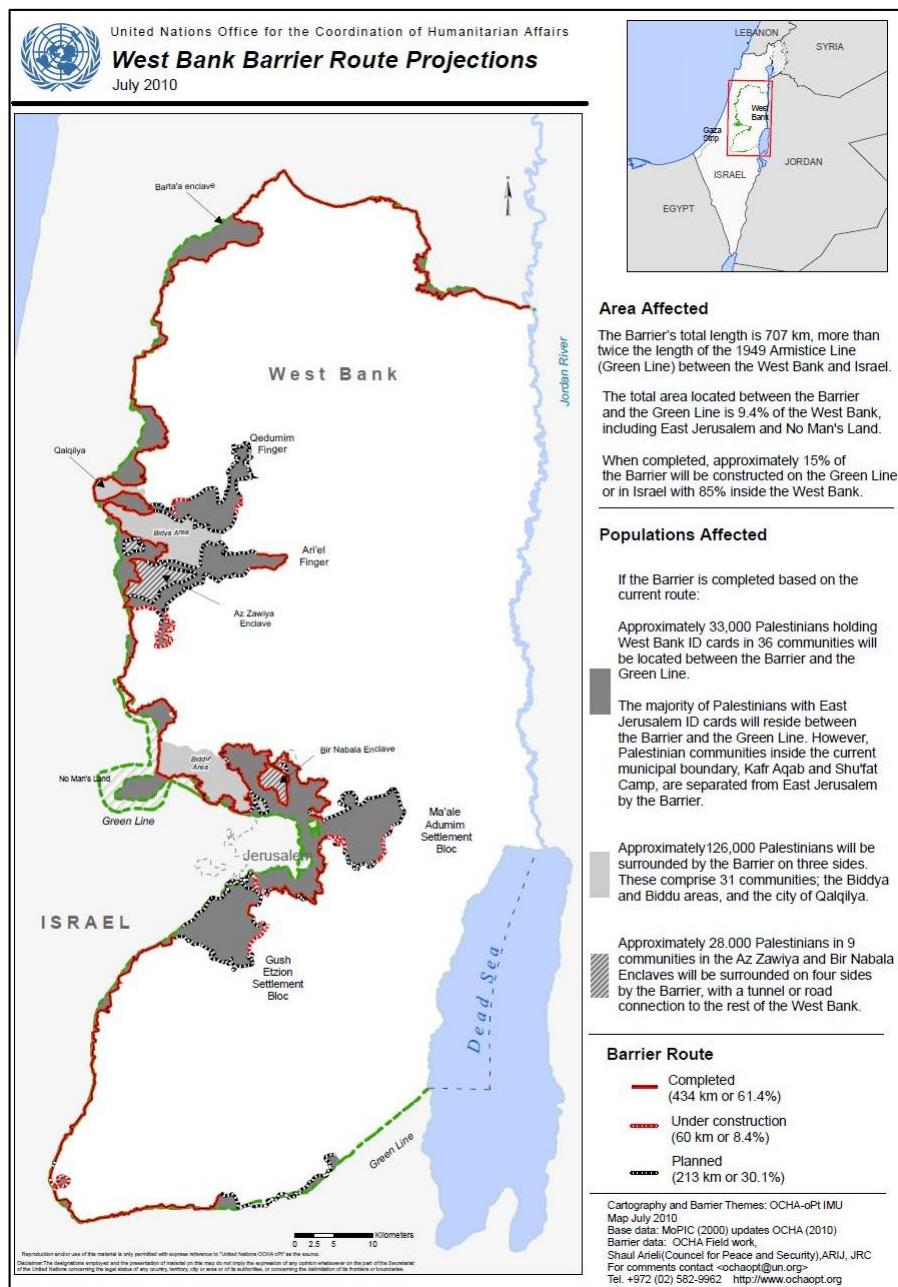


Carte 4 : Moyens d'obstruction utilisés par l'armée israélienne en Cisjordanie (Lina Eklund, 2009)

1.2.3. Le mur de séparation

La construction du mur de séparation par l'Etat d'Israël débute en 2002, sous le gouvernement d'Ariel Sharon (carte 5 p.22). Le mur de séparation devait suivre les tracés de la ligne verte. Aujourd'hui, son tracé empiète la Cisjordanie, notamment dans sa partie Nord-Ouest. Le mur la sépare en deux et est à l'origine de l'isolement de nombreuses zones habitées. Jérusalem Est a été conquise puis annexée par Israël à l'issue de la Guerre des Six Jours en 1967. Depuis

la construction du mur, la ville est actuellement isolée du reste de la Cisjordanie. Autour d'elle, de nombreux villages palestiniens sont enclavés par ce mur de séparation.



Carte 5 : Empiètement du mur de séparation sur la Cisjordanie en 2006 (United Nations

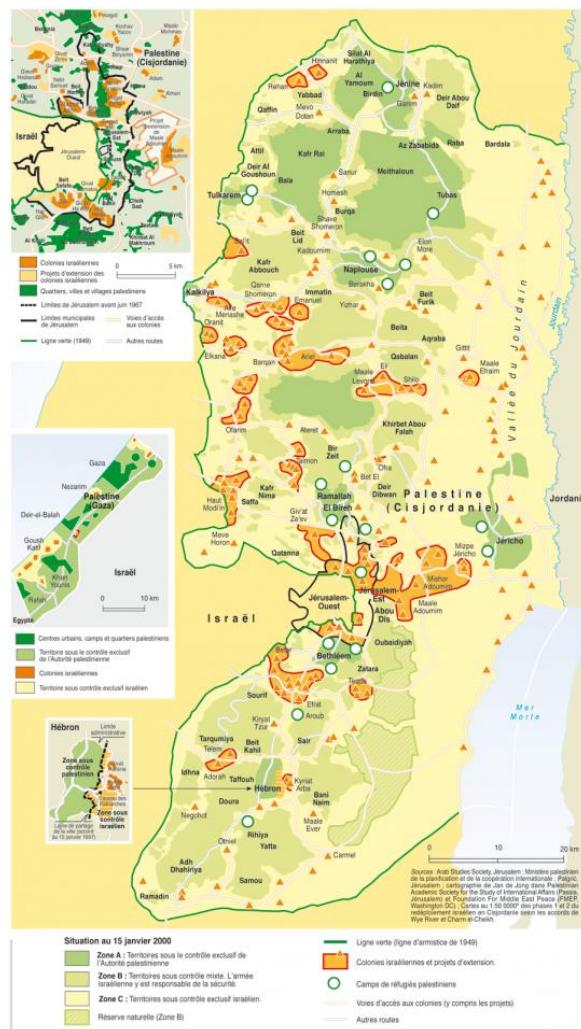
OCHA-oPt, 2010)

En 2004, la Cour internationale de Justice estime que la construction du mur par l'Etat d'Israël est illégale, puisqu'il « entrave gravement l'exercice du droit à l'autodétermination du peuple palestinien et constitue par conséquent une violation de l'obligation d'Israël à respecter ce droit

» [7]. La destruction du mur est votée par l'Assemblée générale de l'ONU le 20 juillet 2004, conformément à la décision de la Cour internationale de Justice.

1.2.4. L'expansion des colonies en Cisjordanie

La Guerre des Six Jours marque le début de la colonisation, « fer de lance » [8] de la stratégie israélienne. L'expansion des colonies limite l'accès du territoire aux palestiniens. Elle fractionne la Cisjordanie en plusieurs zones territoriales (carte 6).



Carte 6 : Le fractionnement de la Cisjordanie par la colonisation israélienne (Jan de Jong, 2010)

Le réseau routier israélien relie les colonies israéliennes à Israël et forme un maillage du territoire qui limite les connexions entre les différentes régions de la Cisjordanie. Les routes construites pour rejoindre les colonies sont des extensions aux routes palestiniennes

préexistantes. Les terres colonisées impliquent de détourner les axes routiers principaux de la Cisjordanie.

1.3. Les conflits en Territoires palestiniens

Les conflits armés et les altercations sur le territoire peuvent ponctuellement isoler un territoire du reste de la Cisjordanie. Pendant les périodes de tension, l'armée israélienne multiplie les contrôles en Cisjordanie. Les entrées et sorties des palestiniens de zones géographiques délimitées par l'armée peuvent être interdites pour une période indéterminée.

2. Organisation du système de santé palestinien

2.1. Le système de santé depuis 1948 à nos jours

La structure actuelle du système de santé s'explique par le contexte historique des Territoires palestiniens depuis le mandat Britannique (1920-1948) jusqu'à nos jours après l'établissement du Ministère de la santé palestinien en 1994. Aujourd'hui, la Bande de Gaza et la Cisjordanie sont divisées géographiquement par l'Etat d'Israël. Cette séparation physique, aggravée par les conditions politiques des années passées est à l'origine de la création de deux systèmes de santé distincts. Dans cette configuration, il est difficile d'imaginer un système de santé uni et efficient dans les Territoires palestiniens.

La revue de littérature de plusieurs auteurs [9-12] a permis de repérer les éléments chronologiques importants du système de santé palestinien qui seront reportés dans ce chapitre.

2.1.1. Mandat britannique en Palestine, 1920-1948

Entre 1920-1948, sous l'administration civile britannique, le Ministère de la santé britannique est responsable des services de santé disponibles en Palestine. Pendant cette période, l'Empire colonial britannique développe des hôpitaux gouvernementaux et des centres de soins, principalement localisés dans les grandes villes de la région. L'accès aux soins pour la

population rurale, la plus pauvre de Palestine, est limité : les services de santé accessibles à cette population sont moins développés par l'Empire britannique.

2.1.2. Régime jordanien et égyptien, 1948-1967

Suite à la guerre israélo-arabe, qui commence après la proclamation de l'Etat d'Israël, le 14 mai 1948, la Transjordanie annexe la Cisjordanie et Jérusalem Est et l'Egypte prend le contrôle de la bande de Gaza. Deux systèmes de santé se développent alors. L'Office de secours et de travaux des Nations unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient (UNRWA) est créé par l'Assemblée générale des Nations Unis. Dès 1950, des services de santé sont disponibles pour les réfugiés et dans les régions rurales, tels des services de santé de premier recours.

2.1.3. Le système de santé palestinien sous l'administration israélienne, 1967-1994

A cette époque, trois systèmes de santé existent en Territoires palestiniens : les gouvernements de Jordanie et d'Egypte supervisent respectivement la Cisjordanie et Gaza alors que l'UNRWA s'occupe de la santé des réfugiés. Plusieurs hôpitaux majeurs et centres de soins primaires sont dirigés par des organisations privées, dont certaines sont caritatives. A partir de 1967, la Cisjordanie et la Bande de Gaza passent sous contrôle israélien. L'Administration civile d'Israël (sous le Ministère de la défense) dirige et administre le système de santé palestinien.

La Bande de Gaza et la Cisjordanie sont gérées par deux administrations différentes et continuent de suivre des protocoles différents bien que certaines politiques de santé soient standardisées.

Israël s'efforce de maintenir et d'améliorer la santé de la population en développant les services de santé primaire. Sous son administration, les programmes de prévention et de vaccinations et les programmes de soins de la mère et de l'enfant se développent.

Mais l'Etat d'Israël impose des restrictions budgétaires limitant le développement du système palestinien. Le système de santé palestinien manque de personnel médical, de médicaments essentiels, de services de soins spécialisés et de lits d'hôpitaux. Les décisions politiques israéliennes rendent le système de santé palestinien dépendant du leur.

L'UNRWA développe parallèlement ses services pour les réfugiés incluant les services de santé. Mais les politiques en santé sont discutées depuis l'étranger (siège de l'UNRWA à Vienne, Autriche) ce qui empêche toute implication palestinienne dans les décisions prises.

Le nombre de services privés de santé (petits hôpitaux et installations de médecins indépendants) augmente pendant cette période. Mais le secteur privé est contraint par les règles militaires israéliennes : des restrictions de licences sont imposées par Israël. Le développement du secteur privé reste marginal.

Des comités locaux, aux liens étroits avec les mouvements palestiniens politiques, voient le jour dans les années 1970. Ils souhaitent faire face à la demande de la population et aux déficiences du système de santé administré par Israël. C'est le début de l'investissement des Organisations Non Gouvernementales (ONG) pour la santé en Palestine. Le développement des ONG en Palestine est prépondérant pendant la première intifada (1987-1991) et juste avant les Accords d'Oslo.

2.1.4. Le système de santé palestinien depuis 1994

Après les Accords d'Oslo, certaines responsabilités publiques sont transférées de l'état israélien à l'Autorité nationale palestinienne. Le Ministère de la santé est donc créé en 1994.

Les infrastructures, qui ont été négligées sous l'Administration militaire israélienne, sont rénovées et rendues fonctionnelles grâce au soutien massif de donneurs internationaux.

Le premier plan national de santé date de 1994. Il prévoit de réguler et d'intégrer l'ensemble des actions de santé des quatre dispensateurs de soins sous la gouvernance du Ministère de la santé. Le Ministère de la santé développe certaines coordinations avec l'UNRWA, quelques

ONG locales et le secteur privé à partir de cette période. Le nombre de lits d'hôpitaux, de centres de soins primaires gérés par le Ministère de la santé augmentent considérablement en l'espace de 20 ans. En 2006, il gère 54% des lits d'hôpitaux et emploie 33% du personnel de santé. Le Ministère devient le premier dispensateur de soins primaires devant l'UNRWA, le secteur privé et les ONG. Après les Accords d'Oslo et particulièrement après la seconde intifada (2001-2006), l'investissement des donateurs internationaux diminue pour les ONG au profit du Ministère de la santé.

En 2014, selon l'OMS, « Le Ministère palestinien de la Santé, l'UNRWA et les organisations non gouvernementales assurent ensemble une large couverture géographique en ce qui concerne la santé publique et les services de soins de santé primaire à but non lucratifs, notamment les services de prévention et de vaccination » [13].

Cependant, certains services spécialisés, notamment les soins tertiaires, restent manquant en Territoires palestiniens : le Ministère continue d'adresser les patients à l'étranger (Egypte, Israël et Jordanie).

2.2. L'offre de soins primaires

En 2014, 2 790 331 palestiniens vivent en Cisjordanie et 1 760 037 dans la Bande de Gaza [14]. En Cisjordanie, 762 288 palestiniens soit environ 27 % de la population totale sont enregistrés avec le statut de réfugié [15]. La majorité d'entre eux vit dans les camps de réfugiés.

Le Ministère de la santé est en 2014 le principal dispensateur de soins primaires devant les ONG et l'UNRWA en gérant 61,3% de l'offre globale [16-17] (sur 604 centres enregistrés, 418 centres sont administrés par le Ministère de la santé, 41 par l'UNRWA, 129 par les ONG). Bien que l'OMS considère que l'offre de soins primaires couvre largement le territoire de Cisjordanie [13], grâce à l'action des quatre principaux dispensateurs de santé, cette offre n'est cependant pas bien précisée. Les paramètres pris en compte dans la description de l'offre sont quantitatifs

et linéaires. Ainsi, le nombre de médecins généralistes en activité (622 médecins généralistes en Cisjordanie) est précisé tout comme le nombre de centres par région ou encore le nombre de patients par centre de soins (en Territoires palestiniens : 5 599 patients par centre) [16]. Une évaluation de l'accessibilité aux soins semble manquante en Palestine. Plusieurs paramètres spécifiques au contexte palestinien seraient à prendre en compte pour évaluer avec plus de justesse l'accessibilité aux soins notamment, l'accessibilité des lieux d'exercice, la densité de population ou encore la disponibilité des médecins. Dans ce domaine, une équipe française a élaboré un outil appelé Accessibilité potentiel localisé (APL) pour mesurer l'accessibilité aux soins appliqué aux médecins généralistes libéraux de France [18]. Pour mesurer l'accessibilité spatiale des médecins généralistes, elle a intégré simultanément la demande, l'offre de soins et l'accès aux soins (basée sur une méthode développée dans certains pays anglophone *Two-step floating catchment area*) en adaptant ces paramètres au contexte français. L'APL prend ainsi en compte l'offre et la demande de soins à l'échelle de la commune et est un outil utile pour l'organisation des soins à un niveau local.

2.2.1. Le Ministère de la santé

A partir de 1994, le Ministère de la santé structure ses services de soins primaires selon le modèle défini par la déclaration d'Alma-Ata [19]. Les soins primaires sont définis à Alma-Ata par huit composants : éducation pour la santé, promotion des bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, approvisionnement suffisant en eau saine et mesures d'assainissement de base, protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, prévention et le contrôle des endémies locales, traitement des maladies et lésions courantes, fourniture des médicaments essentiels.

Le premier plan de santé national souligne la volonté du Ministère de rendre accessible les soins primaires à l'ensemble de la population. Le Ministère encourage la communauté à s'impliquer dans les soins afin d'améliorer la santé de la population en développant les services

de soins primaires. A partir de 1999, il les développe par une stratégie globale et les définit selon plusieurs critères. Les soins primaires constituent le premier contact avec le système de santé. Ils fournissent des soins continus et globaux incluant les diagnostics et les traitements initiaux, la supervision et la gestion des maladies chroniques, ainsi que la médecine de prévention. Les soins primaires ne requièrent pas nécessairement d'équipements sophistiqués ou spécialisés.

Les soins primaires sont dispensés dans les centres de soins qui sont hiérarchisés par le Ministère de la santé selon quatre niveaux [20] (encadré 1)

Encadré 1

La hiérarchisation des centres de soins primaires selon le Ministère de la santé [20]

Niveau 1 : une infirmière ou un agent de santé donne quotidiennement des soins de préventions basiques, les vaccinations de la mère et de l'enfant, des soins curatifs de première nécessité. Un médecin généraliste vient consulter une à deux fois par semaine. Les localités desservies ont une population de 2 000 personnes ou moins.

Niveau 2 : un médecin, une infirmière et une sage-femme donnent quotidiennement des soins divers pour une population de 2 001 à 6 000 habitants. En plus des soins de prévention basiques, ils donnent des traitements curatifs et font quelques examens de laboratoire d'analyses médicales.

Niveau 3 : en plus des soins de niveau 2, des médecins de spécialités médicales consultent généralement les mères et les enfants. Des examens de laboratoire peuvent y être réalisés. Les localités desservies ont entre 6 000 et 12 000 habitants.

Niveau 4 : il s'agit de centre de soins globaux (« comprehensive health centre ») qui fournit plus de soins spécialisés que dans un centre de niveau 3. Il possède des services de consultations médicales et psychologiques, de soins dentaires et un service de radiologie, principalement radiologie conventionnelle et échographie (si de ce service n'était pas disponible dans les 5 km environnant le centre).

2.2.2. L'UNRWA

L'UNRWA dispense des soins aux réfugiés en Cisjordanie et à Gaza (et aussi en Jordanie, Liban et Syrie). Les réfugiés accèdent principalement aux soins primaires par cette organisation.

Les centres de soins primaires se trouvent principalement dans les camps de réfugiés, là où cette population est la plus importante. Les soins sont aussi fournis par des cliniques mobiles.

Au total, en 2014, 42 centres de soins primaires sont localisés en Cisjordanie pour 762 288 réfugiés enregistrés et 22 centres dans la bande de Gaza, pour 1 258 559 réfugiés enregistrés [15]

L'UNRWA fournit des soins globaux comprenant des soins de la mère et de l'enfant, des soins préventifs et curatifs incluant des soins spécialisés. L'organisation propose aussi des programmes d'éducation pour la santé, en médecine scolaire, dans la santé environnementale. La santé mentale est aussi un programme suivi dans les centres de soins primaires.

L'UNRWA dispense des soins secondaires au sein de ses hôpitaux. Il n'existe qu'un seul hôpital en Cisjordanie, situé à Qalqiliya.

2.2.3. Les Organisations Non Gouvernementales (ONG)

Les ONG ont joué un rôle important dans la qualité des soins offerts pendant l'administration israélienne du système de santé et gardent un rôle important après la création du Ministère de santé [12]. Toujours aujourd'hui, les ONG dispensent un panel de soins primaires, secondaires et tertiaires. Elles dispensent des soins préventifs et curatifs et des soins d'urgence. Les ONG développent des programmes pour la santé mentale, l'éducation pour la santé et la rééducation. Elles sont aussi actives dans le système de santé en tant qu'acteur de la structuration du système de santé et les programmes de santé nationaux.

2.2.4. Le secteur privé

L'investissement du secteur privé dans la santé ne devient considérable qu'à partir de 1994. Le secteur privé développe majoritairement des cliniques privées, des hôpitaux, des pharmacies, des centres de diagnostiques (radiologies, laboratoires d'analyses médicales) et des centres de rééducation.

2.3. Les assurances de santé

En 2009, l'assurance santé du Ministère de la Santé (assurance sociale¹) assure 60 % de la population palestinienne [20]. Elle assure les employés et les retraités de la fonction publique et assiste de plus en plus la population pauvre [13]. L'assurance sociale permet de bénéficier de soins qui sont donnés au sein de ses infrastructures. Lorsque les soins ne peuvent être fournis par le Ministère de la santé, les patients sont adressés vers des infrastructures avec lesquelles le Ministère est en partenariat (ONG et secteur privé). Lorsque les patients sont transférés par le Ministère dans les pays étrangers (Egypte, Israël, Jordanie), les soins sont alors couverts par l'assurance sociale.

L'UNRWA prend en charge les soins donnés aux réfugiés dans ses établissements. Dans ceux avec lesquels l'organisation est en partenariat (ONG et structures privées), les patients doivent payer une partie des soins.

Il existe de nombreux schémas d'assurances privées qui offrent une couverture de soins variée.

MÉTHODES

1. Phase préparatoire de l'étude

La phase préparatoire de l'étude, qui s'est déroulée de décembre 2013 à mars 2014, avait plusieurs objectifs.

Elle a permis de mettre en place une codirection entre deux départements de l'Université d'Angers pour encadrer l'étude : la faculté de géographie et des sciences humaines et le

¹ Pour une meilleure lisibilité du texte, nous désignerons par « assurance sociale » l'Assurance santé du Ministère de la santé qui n'est cependant pas une désignation officielle.

département de médecine générale de l’UFR santé. L’étude portait sur l’exercice des médecins généralistes dans un contexte géopolitique complexe, en Territoires palestiniens occupés. Elle s’ouvrait donc au champ des sciences humaines. L’analyse de l’influence du contexte géopolitique palestinien nécessitait des compétences en géographie.

La sortie du territoire français pour la conduite d’une étude scientifique a été autorisée par Madame Isabelle Richard, directrice de l’UFR santé d’Angers.

Le financement de l’étude a été gracieusement soutenu par l’Université d’Angers et le consulat de France à Jérusalem permettant l’achat des billets d’avion pour les deux voyages.

Avant notre départ, notre projet a été supporté et diffusé auprès du Ministère de la santé grâce au Premier Conseiller de la Mission de Palestine en France, Monsieur Safwat Ibraghith. Des autorisations du Ministère de la Santé de l’Autorité Palestinienne étaient requises pour mener l’étude en Cisjordanie : l’étude s’est déroulée avec l’accord du Ministère des soins primaires et de santé publique nous permettant d’interroger les acteurs de santé du système public. Pour ces démarches, la Mission de Palestine en France a apporté son soutien précieux.

Le consulat de France à Jérusalem a par ailleurs facilité nos démarches à l’arrivée en Palestine. La délivrance d’un document attestant notre présence en tant que convoi diplomatique français permettait, en cas de contrôle, de faciliter nos déplacements en Cisjordanie.

La phase préparatoire a permis de déterminer la faisabilité de l’étude : une enquête de terrain a été menée lors d’un premier voyage en Cisjordanie en mars 2014. L’exploration territoriale a été circonscrite en Cisjordanie en raison du contexte géopolitique nous prévenant d’un accès dans la Bande de Gaza. L’enquête de terrain a permis de rencontrer des médecins généralistes. L’objectif était de déterminer les axes principaux pour mener les entretiens. Ces médecins généralistes ont été sélectionnés selon les critères d’inclusions décrits ci-dessous.

2. Type d'étude

Il s'agissait d'une enquête de terrain menée au cours de deux voyages : du 03 au 16 mars puis du 01 juillet au 31 août 2014, en Cisjordanie, réalisée par une seule chercheuse. Cette étude a associé des éléments d'observation directe et une analyse descriptive de la pratique médicale en soins primaires. Elle s'est appuyée essentiellement sur une approche qualitative en réalisant des entretiens semi-structurés sur place avec les médecins généralistes.

3. Formation du corpus

L'étude s'intéressait principalement aux médecins généralistes de Cisjordanie exerçant en soins primaires.

3.1. Critères d'inclusion

Au terme de la phase préparatoire, la population à étudier a été modifiée. Nous avons constaté que les médecins généralistes n'exerçaient pas tous en contexte de soins primaires selon les critères de l'Organisation mondiale des médecins de famille (WONCA) définissant la discipline [21].

Les médecins devaient donc avoir une formation de médecine générale, c'est-à-dire avoir obtenu le premier degré des études médicales permettant l'exercice de la médecine en Palestine. Les médecins devaient travailler en soins primaires, définis selon le Ministère de la santé (Prérequis chapitre 2.2.1 p28).

Les principaux pourvoyeurs de soins primaires devaient être représentés : le Ministère de la santé, les ONG, l'UNRWA et le secteur privé. Le nombre de médecins à interroger par dispensateur de soins primaires devait être représentatif de l'importance numérique des centres de soins en Cisjordanie. Ainsi, les médecins employés par le Ministère de la santé à interroger devaient être numériquement plus nombreux que ceux travaillant pour les ONG puis l'UNRWA puis le secteur privé.

Des critères géographiques ont été retenus pour la sélection des lieux d'exercice des médecins interrogés. Afin de faciliter la couverture du territoire, quelques circonscriptions de la Cisjordanie ont été préalablement sélectionnées. Le choix des circonscriptions devait permettre de représenter les aspects géopolitiques de la Palestine qui pourraient influencer l'exercice des médecins. Les zones rurales et les pôles urbains devaient être représentés dans l'hypothèse d'une variation d'exercice compte tenu de la démographie de la population et de la démographie médicale. En raison de l'impact probable du contexte géopolitique sur l'exercice des médecins généralistes, leur sélection devait prendre en compte les zones définies selon les Accords d'Oslo (prérequis chapitre 1.2.1 p.19) soit A, B et C, et les aspects de l'occupation territoriale de la Cisjordanie. Il s'agissait de la présence militaire israélienne sur les routes, l'obstruction des axes routiers par les check points, le mur de séparation et la colonisation du territoire en zone C. Ont été choisis pour faire varier les zones géographiques d'exercice des médecins généralistes les circonscriptions de Ramallah, Jéricho, Jenin, Hébron.

Les médecins généralistes devaient parler l'anglais pour faciliter la communication avec l'investigatrice principale.

3.2. Critères d'exclusion

Les médecins généralistes exerçant dans la Bande de Gaza ainsi que dans les zones difficiles d'accès en Cisjordanie ont été exclus de l'étude. Le contexte géopolitique ne permettait pas de s'y rendre en sécurité.

Les médecins d'autres spécialités exerçant dans les centres de soins primaires ou dans les hôpitaux ont été exclus.

Les médecins ne parlant pas l'anglais ont été exclus sauf s'ils étaient accompagnés d'un traducteur anglophone.

3.3. Sélection des médecins à interroger

Différentes voies ont été utilisées pour recruter les médecins à interroger.

De proche en proche. Différents contacts obtenus sur le terrain ont permis de sélectionner les médecins à interroger selon les critères d'inclusions et d'exclusions préalablement définis. Un professeur de l'université de Birzeit nous a mis en contact avec des médecins généralistes qu'il connaissait personnellement. Par ce biais, plusieurs médecins qui exerçaient dans les circonscriptions de Ramallah et de Jenin ont été contactés. Les entretiens ont été programmés par rendez-vous. A Jéricho, alors qu'un médecin du Ministère de la santé était interrogé, le personnel de santé a directement contacté un médecin de l'UNRWA du camp de réfugiés à proximité de la ville pour qu'il soit inclus dans l'étude. Un médecin de la circonscription de Ramallah a été contacté personnellement par un professeur de l'université de Birzeit rencontré lors du premier voyage. Ce médecin a été de nouveau contacté lors du second voyage.

Par le biais des responsables de santé. Après avoir obtenu les autorisations auprès des directeurs généraux des soins primaires des circonscriptions de Ramallah et de Jéricho, les médecins généralistes ont été contactés directement par ces directeurs. Les entretiens ont été réalisés sans rendez-vous préalable, directement après avoir rencontré les directeurs.

Le Dr Khammash Umayeh, responsable des programmes de santé pour l'UNRWA en Cisjordanie, a donné son autorisation pour conduire auprès des médecins généralistes de l'UNRWA. L'étude a été menée à bien grâce à l'aide précieuse de Madame Khawla Abu-Diab, infirmière responsable des services infirmiers en Cisjordanie. Avec son aide active et son soutien pour promouvoir l'étude, plusieurs rendez-vous avec des médecins généralistes ont été programmés.

La coordinatrice de la Plateforme des ONG française pour la Palestine, Madame Aurore Faivre, nous a gracieusement confié les coordonnées de l'ensemble des ONG actives pour la santé en Palestine. Nous pouvions compter sur l'aide de cette organisation si des difficultés de

correspondance devaient survenir avant et pendant l'étude. Les deux ONG palestiniennes prépondérantes dans les soins primaires en Cisjordanie, Palestinian Medical Relief Society et Health Work Committee ont été sélectionnées. Les responsables des ONG ont sélectionné les médecins généralistes à interroger selon nos critères.

Directement en se présentant dans les centres de soins. Certains médecins ont été rencontrés puis interrogés en nous présentant directement dans les centres de soins, notamment à Hébron.

4. Les entretiens

4.1. Les entretiens avec les médecins généralistes

Des entretiens semi-dirigés ont été conduits auprès des médecins généralistes à l'aide d'un guide d'entretien testé lors du premier voyage (annexe 1) puis modifié et amélioré avant le second voyage (annexe 2).

4.1.1. Les guides d'entretien

Le guide comportait initialement 4 thèmes. Il devait permettre de préciser les modalités de l'exercice des médecins généralistes et les éléments de contexte influençant cet exercice. Nous souhaitions d'abord interroger les médecins sur la place qu'ils pensaient avoir dans le système de santé en tant que médecins de soins primaires. Pour caractériser l'exercice des médecins, nous nous sommes basés sur le référentiel métier édité par le guide français du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) [22]. La réalisation du guide s'est aussi basée sur la principale hypothèse de recherche initiale à savoir que le contexte géopolitique et la présence de quatre gestionnaires de santé influençaient l'exercice des médecins généralistes.

Le premier thème cherchait à interroger le médecin sur son mode d'exercice (*Pouvez-vous caractériser votre exercice ? Pouvez-vous décrire votre exercice ?*). Dans ce thème, nous cherchions aussi à caractériser leurs parcours universitaires et formations professionnelles

(*Quelle est votre formation universitaire et professionnelle ? Où avez-vous étudié la médecine ?*). Le deuxième thème interrogeait sur les conditions d'exercice (*Pouvez-vous décrire vos conditions d'exercice ?*). Le troisième thème abordait son activité professionnelle (*pouvez-vous décrire votre activité ? quelles sont vos fonctions ?*) et le dernier thème portait sur sa place dans le système de santé (*selon vous, quelle place avez-vous dans le système de santé actuel ?*).

Au terme des premiers enregistrements (entretiens tests), le guide d'entretien a été amélioré en incluant des éléments de contexte géopolitique de la Palestine.

La version définitive du guide comportait 3 thèmes constituant 3 principaux axes. Les deux premiers reprenaient les thèmes de la première grille. Ils cherchaient à définir et caractériser l'exercice des médecins (*Pouvez-vous me présenter votre activité professionnelle ?*) et explorer leurs pratiques professionnelles (*Pourriez-vous décrire vos rôles et fonctions comme médecin généraliste ?*). Le dernier permettait de mieux discuter sur le contexte d'exercice (*Dans quel contexte exercez-vous ? Comment le contexte palestinien dans lequel vous exercez influence selon vous votre exercice ?*). Le médecin était dirigé sur les sous thèmes suivants reprenant les facteurs d'influences hypothétiques de leur pratique : population soignée et prévalence des maladies, conditions matérielles de l'exercice, le système de santé, les Territoires palestiniens et l'offre de soins secondaires.

4.2. Les entretiens complémentaires

Des entretiens complémentaires ont été réalisés auprès d'autres acteurs de santé afin d'enrichir les données sur l'exercice des médecins généralistes et d'obtenir des informations sur le fonctionnement du système de santé palestinien. Ils ont été réalisés en fonction des interrogations formulées avant et au cours de l'étude. Lors de l'étude, la réalisation de ces entretiens permettait de mettre en résonnance les réponses des médecins interrogés avec celles des autres acteurs de santé. Des responsables des autorités de santé au Ministère de la

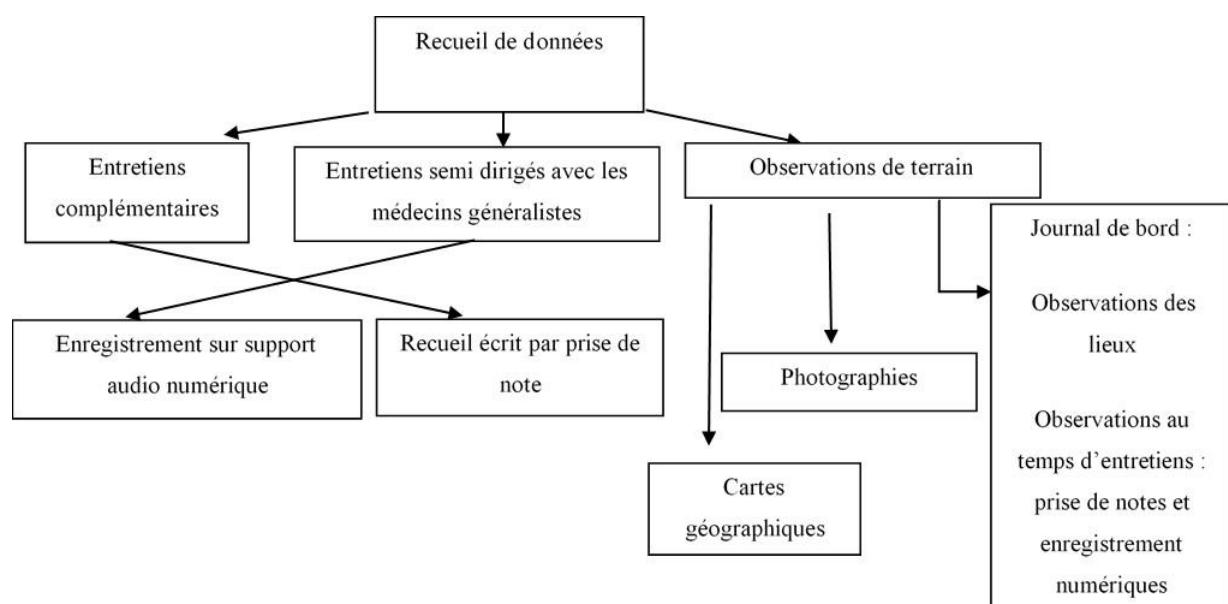
santé ont été interrogés. Il s'agissait d'avoir des informations globales sur les politiques de santé concernant les soins primaires notamment. Ainsi les représentants du Ministère des soins primaires et de l'autorité responsable des soins primaires à l'UNRWA ont été interrogés. Des infirmiers et aides-soignants du Ministère de la santé, de l'UNRWA et des ONG ont été interrogés. Un entretien a été conduit auprès du directeur d'un hôpital gouvernemental et deux entretiens auprès de directeurs d'hôpitaux gérés par une ONG et un organisme privé. Un responsable des urgences d'un hôpital gouvernemental a également été interrogé.

Les informations ont été recueillies soit par enregistrement sur support audio numérique soit par la prise de notes.

5. Recueil de données

Les données « brutes » ont été recueillies de plusieurs façons. Elles sont détaillées ci-dessous et synthétisées par la figure 1.

Figure 1 : Méthodes utilisées pour le recueil des données « brutes »



5.1. Pour les entretiens

5.1.1. Enregistrement sur support audio numérique

Des enregistrements audio ont été réalisés pour 28 entretiens. Tous les enregistrements audio ont été menés après avoir obtenu le consentement (annexe 3) des médecins interrogés.

Le matériel utilisé était neuf et de la marque Olympus modèle WS-812.

Les entretiens ont été retranscrits et ont constitué le verbatim en français puis ils ont été rendus anonymes. La plupart des entretiens ont été retranscrits intégralement. Certains ont été retranscrits selon la méthode du minutage : une première écoute a permis de déposer des marques temporelles dans l'entretien identifiant précisément à quel moment de l'entretien est formulé un passage qu'il convient de retranscrire pour l'inclure dans l'analyse. Cette méthode permettait de ne pas retranscrire les « temps morts » des entretiens (E31 ; E32 ; E34).

5.1.2. Recueil écrit

Une prise de note pendant les entretiens a complété les enregistrements sur support audio numérique. Certains n'ont été recueillis qu'en prise de note car les enregistrements n'étaient pas autorisés par les médecins ou acteurs de santé interrogés (E1 ; E6 ; E7 ; E9 ; E10 ; E29 ; E16 ; E17 ; E30). Les notes ont été incluses directement dans l'analyse.

5.2. Pour les observations de terrains

5.2.1. Journal de bord

Le journal de bord a été tenu pendant toute la durée du séjour jusqu'au départ de la Cisjordanie. Il a été complété quotidiennement, pendant les entretiens et les trajets notamment.

Il a permis d'organiser et de planifier l'ensemble des entretiens et des rendez-vous programmés. La transcription écrite des entretiens non enregistrés ainsi que la prise de notes pendant les entretiens enregistrés figurent dans le journal de bord. Tous ont été datés et

répertoriés. Les notes prises pendant les entretiens devaient permettre de relever les idées importantes du discours des médecins. Des réflexions personnelles lors des entretiens ont aussi fait l'objet d'une prise de note.

Les observations directes de consultations² pendant les entrevues ont fait l'objet d'une prise de note systématique. La relation entre le médecin et les patients était observée ainsi que les attitudes gestuelles des médecins. Le temps de consultation a pu aussi être relevé.

L'observation directe des lieux d'exercice a permis le recueil de données sur les conditions matérielles d'exercice des médecins généralistes. Ce recueil a été aidé d'une grille d'observation préalablement construite (Annexe 4). Ainsi, des données sur le matériel médical à disposition, le personnel médical présent, le type de structure d'exercice, l'estimation du nombre de patients ont été recueillis. Certaines caractéristiques, telles que la situation du lieu d'exercice, l'ambiance du centre de soins ont aussi été reportées.

Les trajets effectués ont aussi fait l'objet d'observations. Les caractéristiques physiques (montagne, mer, plaine etc...) ont été précisées. Les routes empruntées pour se rendre sur les lieux d'exercice des médecins ont été détaillées : le temps et la pénibilité des trajets, la présence militaire israélienne et les obstacles physiques rencontrés ont été relevés. Les routes ont été repérées à l'aide de la carte en annexe détachable. Ces observations ont été analysées par la même grille en Annexe 5. Ces données ont donc été ensuite numérisées en fichier informatique de type Word ®.

Le journal de bord a permis le recueil de nombreuses données sur le contexte géopolitique de la Cisjordanie. Ainsi, l'évolution de la Guerre de Gaza, en datant les évènements principaux a

² Certaines consultations se sont déroulées lors des entretiens réalisés, sans demande de la part de l'investigatrice. Les entretiens pouvaient se dérouler en pleine plage de consultation, ce qui rendait difficile de maîtriser les conditions d'entretiens. Les patients étaient informés de l'étude. L'investigatrice était présente en tant qu'observatrice et n'interagissait pas avec les patients.

été relevée. Les évènements sociaux ou politiques en Cisjordanie (manifestations de soutien à la population de Gaza par exemple) et les conflits en Cisjordanie ont aussi été datés et rapportés. Les évènements culturels, comme le mois du ramadan, ont été rapportés. Le déroulement de l'étude dans ce contexte a été décrit, notamment les difficultés sur le terrain en raison du contexte. « L'atmosphère » générale en Cisjordanie a été décrite selon une interprétation personnelle. Les rencontres et les liens sociaux créés avec la population palestinienne ont aussi été rapportés. Les deux mois vécus en Cisjordanie et les éléments de contexte rapportés ci-dessus ont fait l'objet de réflexions personnelles. Quelques-unes ont été transcrrites et reportées en annexe 6.

5.2.2. Les photographies

Quatre cent quarante et une photographies ont été réalisées au total lors de la phase d'exploration et de la période d'étude.

Les photographies permettaient d'illustrer les propos des médecins et des acteurs de santé et de recueillir des informations permettant de répondre à la question de recherche.

Les lieux d'exercice ont été photographiés avec l'accord des médecins interrogés ou des directeurs des centres de soins. Les photographies n'ont pas été systématiques à chaque entretien.

La photographie des structures d'exercice permettait de caractériser le type d'infrastructure (complexe médical, hôpital, cabinet de consultation) et de rendre compte de sa vétusté ou de sa modernité. L'environnement géographique et démographique du lieu d'exercice pouvait être représenté par des photographies. L'état des routes reliant le centre de soins, son accessibilité et sa signalisation étaient des éléments observés. Les éléments de contexte ont aussi été photographiés : certains conflits et manifestations, le mur de séparation, la présence des colonies, la présence militaire israélienne et les moyens d'obstruction des routes palestiniennes. Des photographies ont été réalisées pendant les trajets effectués lorsqu'il y

avait des obstacles visibles tels que des opérations militaires pendant les trajets ou des check points par exemple.

5.2.3. Les cartes de géographie

Des cartes de géographie ont été utilisées pendant l'étude pour une meilleure analyse géographique.

6. Analyse des données

L'ensemble des entretiens et des données recueillies ont été analysés. Afin de faciliter la lecture des résultats, l'abréviation E suivie d'un chiffre a été utilisée pour renseigner l'extrait de l'entretien cité. (Ex : E5 faisait référence au cinquième entretien réalisé). Les entretiens ont été numérotés dans l'ordre chronologique de réalisation.

Les résultats ont été obtenus par l'analyse de contenu thématique. Cette méthode a consisté à l'analyse systématique des données recueillies et au regroupement par thèmes repérés dans le corpus des données. Les thèmes identifiés et les sous-thèmes ont été reportés sur un classeur Excel (Annexe 5). Chaque thème a été répertorié sous forme de feuille dans le classeur Excel. Pour chaque thème identifié correspondait des sous-thèmes. Ils ont été répertoriés en colonnes. A chaque entretien, les données recueillies et analysées ont été répertoriées aux thèmes identifiés.

Le codage thématique a été conceptualisé au préalable, c'est-à-dire que la liste des thèmes à étudier a été établie à l'avance, sur la base des conceptions existantes de la pratique médicale de soins primaires définie par la WONCA. Ont aussi été prises en compte, les connaissances préalables du terrain notamment le contexte géopolitique en Cisjordanie. (MILES et HUBERMANN 2003 issu d'une note de travail de Pierre Lannoy (mars 2012)).

RÉSULTATS

1. Population étudiée

Au total, 35 entretiens ont été réalisés, 11 lors du premier voyage et 24 entretiens lors du second. Vingt-quatre ont été conduits auprès de 23 médecins généralistes différents.

1.1. Les entretiens réalisés auprès des médecins généralistes

La population étudiée est constituée de médecins généralistes exerçant dans des centres de soins primaires du Ministère de la santé, de l'UNRWA et de plusieurs ONG et des médecins généralistes exerçant dans des cabinets ou centres de soins privés.

Le même médecin a été interrogé lors de trois entretiens distincts : lors du premier voyage (E2) et du second voyage (E20 et E21). Ce médecin a été interrogé dans les cadres de son exercice privé (E21) et de son exercice pour le Ministère de la santé (E2 et E20).

Lors du premier voyage, 6 entretiens ont été réalisés auprès de médecins généralistes travaillant dans des centres de soins primaires et 18 entretiens lors du second voyage.

Les entretiens E20 et E21 ont été conduits auprès du même médecin : lors de l'étude, il exerçait dans un centre de soins primaires dirigé par le gouvernement (E20) et possédait sa propre clinique privée (E21).

L'entretien E25 a été réalisé auprès d'un médecin d'une ONG à deux reprises. Lors de première rencontre, le médecin était accompagné par un directeur des centres de soins primaires de l'ONG. Nous nous sommes entretenus avec ce médecin une seconde fois, un mois plus tard, pour avoir des informations complémentaires sur son exercice.

L'entretien E13 a été conduit auprès d'un médecin à la retraite depuis plus de 20 ans. Il travaillait pour l'UNRWA dans un centre de soins primaires dans la région de Jenin.

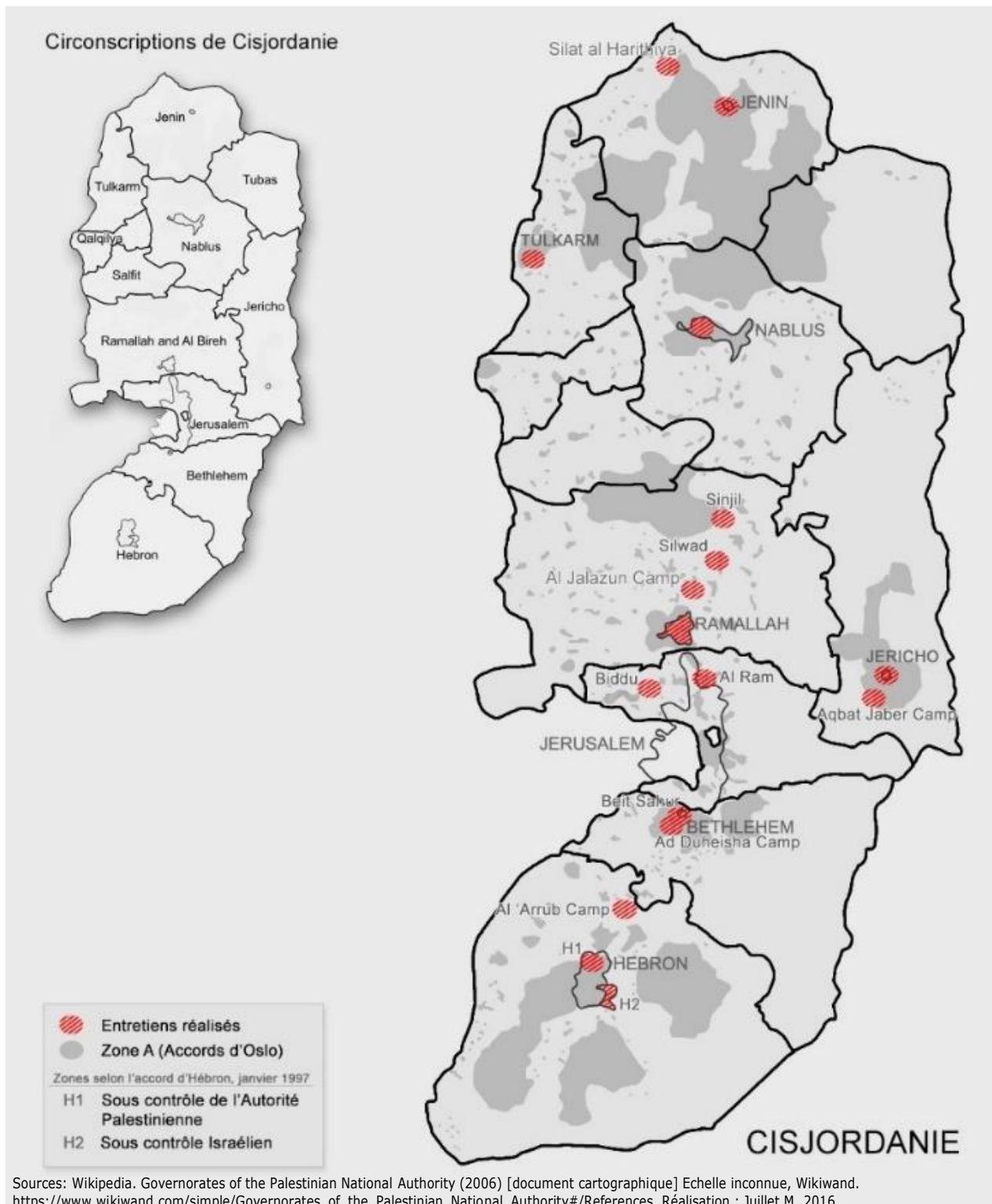
1.2. Les entretiens complémentaires

Lors du premier déplacement, 5 entretiens complémentaires ont été réalisés auprès d'acteurs de santé variés. Un entretien (E7) a été conduit auprès du responsable du cycle d'enseignement universitaire de médecine de famille à l'université d'An Najah de Naplouse. Des directeurs de centres de soins primaires gérés par le Ministère de la santé ont été interrogés (E8 et E10). L'entretien (E9) a été conduit auprès d'un directeur d'hôpital gouvernemental. Un entretien (E11) a été réalisé auprès d'un directeur du service des urgences d'un hôpital gouvernemental.

Pendant le second déplacement, 5 acteurs divers de la santé en Cisjordanie ont été interrogés. Un entretien a été conduit auprès du directeur d'un hôpital géré par une ONG (E16) et un autre après du directeur d'un hôpital privé géré par une organisation charitable (E17). Un directeur de centre de soins primaires du Ministère de la santé a été interrogé (E18). Lors de l'étude, il était aussi responsable du centre de cytopathologie (frottis cervicaux utérins) regroupant plusieurs circonscriptions de Cisjordanie. Le personnel médical d'un centre de soins d'une ONG exerçant dans la région de Jéricho a aussi été interrogé (E26). Des infirmières d'un centre de soins primaires de l'UNRWA du camp de réfugiés Al Ama' ri (circonscription de Ramallah) ont été interrogées (E30).

1.3. Caractéristiques géographiques et démographiques

La carte 7 p.45 localise les lieux d'exercice des entretiens réalisés auprès des médecins généralistes. Les médecins pouvaient se déplacer en zone rurale ou en zone C en cliniques mobiles. Les principales caractéristiques géographiques et démographiques des lieux d'exercice des médecins généralistes interrogés sont répertoriées dans le tableau I p.46.



Carte 7 : Localisation géographique des entretiens réalisés auprès des médecins généralistes (Juillet M, 2016)

Tableau I : Caractéristiques géographiques et démographiques des lieux d'exercice des médecins généralistes

Gouvernorat de Cisjordanie	Entretiens	Zone suite aux accords d'Oslo	Localité d'exercice [23]	Localité*	Démographie moyenne des localités en 2014 [23]
Bethlehem	E29	A	Camp de réfugiés	Ad Duheisha	Entre 10 000 et 15 000 réfugiés
	E32		Urbain	Beit Sahour	Plus de 10 000 habitants
Hébron	E27	NSP H2	Urbain	Hébron	Plus de 10 000 habitants
	E34		Camp de réfugiés	Al' Arrub Camp	Entre 5 000 et 10 000 réfugiés
	E28	B ou C	Rural	Silat al Harithiya	
Jenin	E12 ; E15	A	Urbain	Jenin	Plus de 10 000 habitants
	E13		Camp de réfugiés	Jenin	
	E14		Rural	Silat al Harithiya	
Jéricho	E23	A	Urbain	Jericho	Plus de 10 000 habitants
	E24		Camp de réfugiés	Aqbat Jaber Camp	Entre 5 000 et 10 000 réfugiés
Jérusalem	E2 ; E20	B	Urbain	Ar Ram	Plus de 10 000 habitants
	E25		Rural	Biddu	Entre 5 000 et 10000 habitants
Naplouse	E33	A	Urbain	Naplouse	Plus de 10 000 habitants
Ramallah	E3 ; E4 : E19	A	Urbain	Ramallah	Plus de 10 000 habitants
	E1 ; E5		Camp de réfugiés	Al Jalazun Camp	Entre 10 000 et 15 000 réfugiés
	E6 ; E22	B	Rural	Sinjal	Entre 5 000 et 10 000 habitants
	E21			Silwad	
Tulkarem	E31	B	Camp de réfugiés	Camp de Tulkarem	Entre 15 000 et 20 000 réfugiés

* Correspond à la localisation du lieu d'exercice et non à la zone géographique d'exercice (visite à domicile en zone C par exemple).

1.3.1. Les régions non explorées

Les tensions en Cisjordanie pendant la Guerre de Gaza ont rendu l'accès dangereux à certaines zones. Le sud de Hébron n'a pas été exploré par exemple. Deux entretiens n'ont donc pu être réalisés dans ces régions. Par ailleurs, la zone C de la Cisjordanie a été peu explorée : les centres de soins étaient peu nombreux et éloignés des grandes villes et il y avait des tensions

dans ces zones. Nous verrons plus loin, comment la médecine générale s'exerce dans cette zone (Résultats, chapitre 7.2 p.116).

1.4. Caractéristiques d'exercice

1.4.1. Les structures d'exercice

Les principales caractéristiques d'exercice sont regroupées dans le tableau II p.48. Le centre de soins représente la principale structure d'exercice des médecins généralistes. En 2014, en Cisjordanie, 418 centres de soins primaires sont dirigés par le Ministère de la santé (MOH), 41 centres par l'UNRWA, 129 par les ONG. Les termes anglais utilisés pour décrire leurs structures d'exercice sont : « *health center* », « *clinic* » ou « *complex* » (E21).

Les niveaux de soins fournis (tableau II) dans les centres sont définis selon le Ministère de la santé (encadré 1 p.29). Le personnel soignant correspond à des infirmières, des sages-femmes et/ ou des travailleurs en santé, nommés « *health workers* », dont la fonction n'est pas précisée.

Tableau II : Caractéristiques des structures d'exercice

Gestionnaires de santé	Entretiens	Nombre de médecins généralistes	Autres spécialistes	Personnel soignant	Laboratoire d'analyses biologiques	Pharmacie	Radiologie
MOH niveau III	E2 ; E20 E19	1	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
	E3 ; E4	3	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
MOH niveau IV	E15	Plusieurs	Plusieurs				Oui
	E23		Oui				
MOH plusieurs niveaux	E27	Inconnu	Inconnu	Oui	Inconnu	Inconnu	Inconnu
ONG	E34	Inconnu	Plusieurs	Oui	Oui	Oui	Non
ONG niveau II	E6	2	1	Oui	Oui	Oui	Non
	E22	1					
	E25		Oui	Oui			
	E33	Inconnu	Plusieurs	Oui	Oui		
ONG niveau III	E14	1	1 (gynécologie)	Oui	Oui	Oui	Non
ONG niveau IV	E32	Plusieurs	Plusieurs	Oui	Oui	Oui	Oui
Privé	E1	Inconnu	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
	E12	1	Non	Non	Non	Non	
	E21	1	1	Oui	Oui	Oui	
UNRWA	E5	Plusieurs	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
	E13	Inconnu	Inconnu				
	E24	2	Oui gynécologue				
	E28		Oui gynécologue				Non
	E29		Non				
	E31	4	Non				Oui

1.5. Organisation de l'exercice

1.5.1. Mode de consultation

Les données recueillies permettent de représenter de façon globale les modes d'activité variés des médecins généralistes en Cisjordanie. Les médecins ont principalement une activité de consultation. Ils consultent sans et/ou avec rendez-vous : les rendez-vous sont souvent programmés dans le cadre du suivi des maladies chroniques. Les patients peuvent consulter pour tous motifs sans rendez-vous. Ce mode d'exercice est comparable entre les médecins

interrogés et donc entre les divers gestionnaires de santé. Il est possible de généraliser ce mode d'exercice à l'ensemble de la Cisjordanie selon les médecins interrogés.

1.5.2. Activité des médecins

a) Permanence des soins

Les centres de soins de l'UNRWA et du Ministère de la santé sont fermés le vendredi. Les centres du Ministère de la santé sont fermés le dimanche (E2 ; E23). Les centres de l'UNRWA et du Ministère de la santé sont ouverts le matin jusqu'à 14 ou 15H. Ces horaires sont valables pour l'ensemble des centres de soins en Cisjordanie, selon les propos des médecins interrogés.

Les jours et horaires d'ouverture des centres de soins privés et des ONG sont variables : ils peuvent être ouverts le matin, l'après-midi ou les deux. Il n'y a pas d'homogénéité dans les jours et horaires d'ouverture des centres de soins privés et des ONG en Cisjordanie. Cela dépend des organismes eux-mêmes.

Généralement, les médecins généralistes interrogés ne travaillent pas le vendredi. Le vendredi est un jour de prière pour la confession musulmane et n'est généralement pas travaillé en Palestine : les institutions publiques sont fermées. Les médecins généralistes travaillent 5 ou 6 jours par semaine généralement. Les médecins du Ministère de la santé ne travaillent pas non plus le dimanche.

Dans les centres de soins du Ministère de la santé localisés dans les zones rurales, les médecins généralistes ne travaillent que 3 jours par semaine (E15).

b) Activité de consultation

Le volume horaire des médecins est d'environ 6h sur des plages horaires de 8h à 14h par exemple. Le nombre de consultations par plage horaire travaillée varie fortement entre moins de 30 patients par jour à plus de 200 par jour.

Dans cet échantillon, les médecins exerçant pour l'UNRWA et le Ministère de la santé ont une activité plus importante que les médecins travaillant pour une ONG ou dans le secteur privé. Sur les 18 médecins dont l'activité de consultation a été précisée, les 6 médecins qui consultent moins de 30 patients par jour travaillent pour des ONG ou en secteur privé et les 7 médecins qui consultent plus de 100 patients par jour travaillent pour le Ministère de la santé et l'UNRWA (Tableau III). Même si l'échantillon est faible, cela confirme la tendance générale en Cisjordanie expliquée par les médecins généralistes. A l'origine de cette variation d'activé, plusieurs facteurs rentrent en jeu : la démographie médicale dans un bassin de population desservie, les demandes des populations, la structuration du système de santé et le contexte géopolitique de la Palestine. Ces facteurs seront développés dans la section Résultats, chapitre 3. p.76.

Tableau III : Nombre de consultations par jour en fonction des prestataires de santé représentés

Nombre de consultations par jour	Ministère de la santé	UNRWA	ONG	Secteur privé	Total
Moins de 30			3 (E14 ; E25 ; E33)	3 (E1 ; E12 ; E21)	6
Entre 30 et 50	1 (E19)		2 (E6 ; E34)		3
Entre 50 et 100		2 (E24 ; E28)			2
Entre 100 et 150	3 (E15 ; E23 ; E27)	3 (E5 ; E29 ; E31)			6
Plus de 200		1 (E13 médecin en retraite)			1
Total	4	6	5	3	18

c) La double activité

La double activité correspond à l'exercice dans deux secteurs d'activité différents. Les médecins (7 médecins sur 23. Aucune précision lors de l'entretien avec 4 médecins) ont généralement une activité privée secondaire à leur activité principale. Ils possèdent soit une clinique privée ou un cabinet privé de consultation (E2 E4 E27, E23). Parmi eux, 4 médecins travaillent pour le Ministère de la santé, 2 médecins travaillent pour des ONG. Un médecin de l'UNRWA travaille en parallèle pour une ONG (E24). Les médecins évoquent une issue financière pour expliquer cette double activité médicale : « *Beaucoup de médecins comme moi doivent travailler dans le privé* » explique un médecin du Ministère de la santé (E4). « *Juste pour vivre suffisamment* », explique un autre médecin justifiant son activité privée. Il explique que « *tous les médecins ont leur propre clinique* » (E23) car les salaires ne sont pas suffisants en raison du niveau de vie en Palestine. Certains médecins de l'UNRWA expliquent qu'ils nécessitent l'autorisation préalable de l'organisation pour exercer au sein d'une ONG ou posséder une activité privée : « *Nous avons des contrats avec l'UNRWA qui ne nous permet pas de travailler autre part. Si nous le voulons, il nous faut une permission du directeur et expliquer pourquoi nous voulons travailler autre part.* » (E28)

L'activité privée varie entre les médecins. La liberté d'exercice permet aux médecins d'orienter leur activité : un médecin a une activité principale de traumatologie par exemple (E23). En général, les médecins exercent le reste de la journée dans leur structure privée. Les horaires sont variables entre les médecins. Deux médecins exercent de 15h à 22h voire plus dans leur cabinet privé.

2. Rôles et considérations des médecins généralistes palestiniens

Les rôles et fonctions identifiés sont ceux tels qu'ils sont perçus à travers les discours des médecins et des autres acteurs de santé interrogés.

2.1. Rôles et fonctions des médecins généralistes de Cisjordanie

Un point de vue direct, à travers les discours des médecins, permet d'étayer les points communs et les complémentarités de leurs rôles tels qu'ils sont perçus par les médecins eux-mêmes. Les éléments de contexte qui nuancent les résultats obtenus sont introduits dans cette section mais seront développés dans la section Résultats chapitre 3 p.76. Leur réalité d'exercice est donc décrite dans ce chapitre.

2.1.1. Les médecins généralistes constituent le premier contact des patients avec le système de santé

Pour rappel, le Ministère de la santé palestinien définit les soins primaires comme le premier contact que la population a avec le système de santé (Prérequis chapitre 2.2.1 p.28), ce qui correspond aux définitions internationales. Les notions de « premier contact », « première porte d'entrée » ou « premier recours » ne sont pas toujours équivalentes dans les différents systèmes de santé. Dans les discours des médecins et professionnels de santé, plusieurs termes sont utilisés « *first contact* », « *patients come here first* », « *first care* ». Les notions de première nécessité, de premiers soins, de premier recours ou de porte d'entrée dans le système renvoient non pas à une traduction mot à mot des termes précédents mais de la compréhension globale du sens donné aux fonctions des soins primaires et des médecins généralistes par les professionnels interrogés et plus généralement par les pourvoyeurs de soins. Les médecins généralistes estiment qu'ils sont le premier contact des patients avec le système de santé. Pour cela, ils donnent leur vision de ce qu'est le premier contact et les fonctions abordées peuvent se regrouper de la sorte : premier recours/premiers soins et premier contact ou première porte d'entrée dans le système. Il ne s'agit donc pas des définitions admises dans notre système de santé français.

a) Notion de premier recours/premiers soins

Les médecins généralistes palestiniens se considèrent comme le premier recours des patients. Selon eux, plusieurs aspects définissent ce rôle de premier recours. Les patients viennent les voir en premier pour toutes demandes et les médecins s'occupent de ce qui semble relever de leurs compétences. « *Lorsque le médecin reçoit le patient en premier, il le consulte pour savoir s'il peut le traiter ou s'en occuper lui-même* » (propos du médecin traduit par un traducteur anglophone E15). La prise en compte de toutes les demandes des patients est dans la majorité des discours des médecins : « *Je suis le premier contact avec eux et je peux répondre à tous les problèmes de santé* » (médecin de l'UNRWA E29). « *Tout ! Médecine générale !* » est une notion qui revient souvent dans les entretiens. Les médecins l'utilisent pour globaliser les demandes des patients aux questions suivantes : « Quelle est votre activité médicale ? Que faites-vous ? Quels sont les problèmes de santé que vous voyez ici ? ». Par cela, les médecins caractérisent leur capacité à répondre à tous problèmes de santé indifférenciés en tant que médecin généraliste. Cette notion renvoie à la notion d'intervention à « un stade précoce et indifférencié du développement des maladies » qui caractérise l'exercice des médecins selon la WONCA. Elle renvoie aussi à la notion de prise en charge du patient dans sa globalité du modèle bio-psycho-sociale décrit par Engel (encadré 5 p.122). Très souvent, les médecins emploient aussi les termes « *demandes générales* », « *pathologies générales* », « *rien de spécifique* » pour les distinguer de demandes qui nécessiteraient une prise en charge spécialisée. Ils essaient de répondre aux demandes à leur « *niveau* » (E29) et si le médecin considère que le patient nécessite une prise en charge auprès d'un confrère d'une autre spécialité, il adressera le patient vers ce spécialiste. E19 : « *Si je peux aider je le fais. Si je ne peux pas et qu'ils doivent voir un spécialiste, je les envoie voir le spécialiste.* » Cette notion renvoie à la pratique disciplinaire d'organe au sens où la médecine générale ne s'exerce pas comme les disciplines dites d'organes (Discussion chapitre 1 p.122).

En étant le premier recours, les médecins explicitent qu'ils s'occupent de l'ensemble de la population, qu'ils donnent des soins « *pour tous !* » (E15), indépendamment de leurs âges, de leurs sexes ou de leurs cultures. « *Nous ne demandons pas de quelle religion ils sont* » (E22). Certains médecins hommes peuvent rencontrer des difficultés pour examiner les femmes de confession musulmane. Selon les soignants, en fonction des régions, l'opposition religieuse de l'examen d'une femme par un homme est plus ou moins marquée. Selon eux, les régions telles que Jenin ou Hébron sont généralement plus conservatrices ainsi que les villages éloignés des pôles urbains. « *Parce qu'ici à Jenin, les femmes préfèrent être consultées par des femmes* » ; « *Cela s'explique par les habitudes et traditions des femmes ici* » (E12). Les femmes sont alors vues par une femme médecin, généraliste ou gynécologue, qui vient consulter plusieurs jours par semaine dans le centre de soins. « *Mais la gynécologie, non... vous savez, notre population aime bien être vue par les femmes* » (E25). Elles répondent aux plaintes d'ordre gynécologique et s'occupent des femmes enceintes. Dans de nombreux centres de soins, un médecin généraliste ou une gynécologue s'occupent spécifiquement des femmes (pour le suivi obstétrique, le suivi gynécologique, le suivi du post-partum... etc). Il n'est pas possible de préciser si les médecins sont des généralistes avec une spécialisation de gynécologie ou si ce sont des gynécologues. Mais les femmes musulmanes consultent aussi les hommes, soit en présence d'un membre de la famille soit seule. Selon les médecins, l'ouverture des villes à l'internationale associée à l'abandon de la culture traditionnelle musulmane favorisent des relations « *plus ouvertes* » homme-femme entre médecin et patient. « *Avant, il était inconcevable pour une femme d'aller consulter un médecin homme à cause de ses traditions : se faire toucher par un homme autre que son mari pouvait être très mal perçu. Maintenant, les femmes vont voir des médecins spécialistes hommes car les gens sont plus ouverts d'esprit, ça ne leur pose pas de problème. Donc elles vont voir des spécialistes et des médecins de famille hommes* » (E12). Un médecin femme de Ramallah explique qu'elle voit autant de

femmes qu'un médecin homme car « *il y a différentes cultures... Ici, c'est comme une capitale, donc c'est différent* ».

Enfin, le premier recours prend un sens particulier dans le contexte palestinien. En cas de conflit à proximité, les médecins font les premiers soins d'urgence en situation de médecine de guerre et sont confrontés à des urgences vitales médico-chirurgicales qui relèvent préférentiellement d'une prise en charge hospitalière. Cet aspect original de leur exercice sera développé dans le chapitre 6.1 p 98.

b) Premier contact/première porte d'entrée dans le système

Les médecins généralistes se considèrent être la principale porte d'entrée ou le premier contact que les patients ont avec le système de santé. Les patients viennent les consulter en premier dès qu'ils nécessitent des soins. Ils considèrent aussi que les soins primaires sont « *en première ligne avec les gens* » (E24). Ils préservent aussi l'usage abusif du système de santé en limitant les prescriptions ou les consultations non justifiées auprès d'autres confrères spécialistes par exemple. Les médecins pensent que les patients doivent être éduqués au premier recours car leur rôle n'est pas toujours bien compris par la population (voir chapitre 2.1 p.71). L'éducation de la population pour la santé est développée plus bas (p.64).

La notion de premier contact renvoie régulièrement au rôle des soins primaires en général et non au médecin lui-même. Les patients viennent dans les centres pour faire des « *check up* » (E25) auprès du personnel médical sans forcément consulter les médecins généralistes auparavant. L'équipe soignante est directement en contact avec les patients dans les centres de soins : elle peut s'occuper de mesurer la tension artérielle par exemple ou de faire le suivi biométrique des nourrissons sans en référer au médecin. Une équipe soignante, constituée d'infirmières et d'aides-soignants travaillant pour une ONG dans la région de Jéricho, explique qu'elle constitue le premier contact avec la population dans cette région. Elle va directement

à la rencontre des populations éloignées des centres de soins primaires pour faire des « bilans de santé ».

Encadré 2

« Family Health Team Approach »

Cette approche a été élaborée par l'UNRWA en 2012 pour améliorer ses services de soins primaires. L'approche répond aux besoins des réfugiés palestiniens à la suite de l'écart croissant entre des ressources limitées et de plus en plus couteuses et des demandes pour ses services qui augmentent. Elle est basée sur une approche globale et des soins continus proposés aux membres d'une famille à travers une équipe pluridisciplinaire de professionnels de santé. Chaque équipe est composée d'un médecin et d'au moins une infirmière. Elle peut inclure plusieurs infirmières, une sage-femme, du personnel soignant et d'autres professionnels. Les services sont proposés à travers une approche horizontale et chaque équipe est responsable de tous les aspects de soins d'un individu ainsi que tous les membres de sa famille.

Sources : Entretiens avec les professionnels de santé et les représentants des soins primaires de l'UNRWA, juillet-août 2014. Informations complétées par la documentation disponible sur le site de l'organisation en 2014 : <http://www.unrwa.org/>

Si les patients nécessitent un avis médical, l'équipe les adresse auprès des médecins généralistes. L'équipe soignante s'occupe préférentiellement des patients âgés, des femmes enceintes. Elle réalise des soins de prévention (vaccinations) et propose des dépistages pour le diabète par exemple. Plusieurs infirmières estiment qu'elles sont directement en contact avec la population dans les centres de soins primaires. Elles « accueillent » les patients et les orientent vers le médecin lorsque c'est nécessaire. Elles réalisent en quelque sorte un premier triage en fonction des demandes des patients. Des infirmières d'un centre de l'UNRWA estiment qu'elles sont là pour écouter les patients, « *plus que les médecins* », en « *absorbant tout* », c'est-à-dire en écoutant les plaintes et les demandes des patients (E30). Selon elles, l'approche « *Family Health Team* » (approche FHT) (encadré 2) favorise l'écoute « *en passant plus de temps auprès des patients* », sous entendant que ce temps-là est moins accordé par les médecins.

Il existe d'autres portes d'entrée dans le système de santé palestinien. Les services des urgences des hôpitaux sont un autre moyen d'entrer dans le système. Un responsable du service des urgences de Ramallah explique que les patients viennent facilement consulter alors qu'ils devraient consulter « *dans des cliniques de soins primaires* » mais qu'il est « *facile de venir ici aux urgences.* » (E11). Ce médecin explique que les patients viennent directement au service des urgences car son accès aussi de « *faible coût* » et que les patients ne sont pas refusés. En venant aux urgences, les patients cherchent à consulter les médecins de diverses spécialités : « *L'accès facile aux spécialistes fait qu'ils viennent ici directement.* ». Le responsable des urgences évoque aussi le problème de la permanence des soins primaires. Le manque de coordination entre les centres de soins primaires favorise probablement ce problème en Palestine. Les médecins travaillent sur des plages de 6 heures et les centres de soins ferment une partie de la journée (Chapitre 1.5.2 p.49). En effet, les centres de soins primaires du Ministère de la santé et de l'UNRWA ferment l'après-midi. Certaines ONG visitées ferment aussi l'après-midi. Les patients peuvent consulter alors un médecin du secteur privé mais vont préférentiellement aux urgences. « *Comment font les patients l'après-midi lorsque le centre ferme à 15h, s'ils ont besoin de voir un médecin ? Docteur K : ils vont à Hébron, aux urgences* » (E28). Les urgences sont souvent surchargées : le flux de patients est très important et il manque de personnel. « *Le médecin vous conseille d'aller à l'hôpital pour voir combien de patients sont vus en 2 ou 3 heures par un médecin au service des urgences... Il n'y a qu'une seule section d'urgences et un seul médecin en exercice* » (E15 : propos du médecin traduit par un traducteur anglophone). Au service des urgences de l'hôpital de Ramallah, des médecins généralistes sont postés pour la consultation des patients ne relevant pas d'une prise en charge hospitalière et urgente. Il existe « *une zone au sein du département des urgences s'appelant le « premier tri » où les patients sont vus par un médecin généraliste* » (E11).

Les médecins d'autres spécialités peuvent aussi constituer une autre porte d'entrée dans le système de santé. Un patient peut effectivement consulter directement un médecin d'autres spécialités exerçant dans le privé : le patient n'a pas besoin d'être adressé par un médecin généraliste. « *Dans le secteur privé, ils peuvent aller voir n'importe quel urologue directement* » (E23). La consultation de médecins d'autres spécialités est fréquente en Cisjordanie, selon les propos des médecins généralistes. Les patients consultent le médecin de la spécialité qu'ils estiment le mieux correspondre à leurs plaintes. « *De nombreuses personnes vont directement voir le mauvais spécialiste !* » (E24). Les médecins généralistes constituent une barrière pour éviter des consultations inutiles auprès de confrères d'autres spécialités. « *Les patients viennent ici juste pour être adressé à un spécialiste : « Docteur, je voudrais voir un ORL. Ok, mais pourquoi ?! Parce que j'ai besoin de ça... » Mais il n'a pas de raison suffisante pour que je l'adresse à l'ORL. Cela m'est arrivé 3 fois cette semaine.* » (E23)

2.1.2. Suivi au long cours et continuité des soins

Les médecins généralistes considèrent qu'ils sont le garant du suivi des patients à différentes étapes du processus de soin. Ils répètent les consultations dans le temps lorsque cela est nécessaire en programmant des consultations de suivi. Les médecins évoquent majoritairement les maladies chroniques (« *non communicable diseases* ») en donnant fréquemment comme exemple des pathologies cardiovasculaires. « *Pour les patients chroniques, atteints par exemple de diabète ou d'hypertension artérielle, nous leur demandons de venir pour qu'ils soient suivis* » (E28). Ces patients sont généralement vus tous les mois pour renouveler leur traitement et faire le point avec le médecin généraliste. D'autres pathologies sont données comme exemple, notamment pour la dénutrition et l'anémie des enfants. Un médecin explique qu'il suit un enfant dont la croissance ne lui semble pas correcte. Il a demandé à son père de réaliser des examens et de revenir le voir une fois les examens

réalisés. Il explique qu'il le suivra dans le temps pour évaluer sa croissance (*E21-notes reportées sur journal de bord*).

La continuité des soins est assurée dès qu'un patient sort d'hospitalisation. Le patient consulte le médecin généraliste pour avoir les traitements nécessaires. Des conseils, sur leurs traitements par exemple, sont donnés par les médecins pendant les consultations de suivi. Le suivi et la continuité des soins par les médecins généralistes semblent organisés dans le système public (Ministère de la santé) et à l'UNRWA. « *A l'hôpital, ils lui donnent de l'insuline, contrôlent le taux de sucre dans le sang et ensuite, ils nous l'adressent en retour. Pour le suivre avec son traitement et contrôler son traitement* » explique un médecin du Ministère de la santé (E15). En effet, les patients reviennent voir les médecins généralistes avec un compte rendu d'hospitalisation qui leur est adressé. « *L'hôpital ensuite nous adresse un compte rendu d'hospitalisation* » (E28).

Dans le secteur public et à l'UNWRA, les patients doivent venir aux centres de soins primaires pour avoir les traitements prescrits par le médecin hospitalier. Il existe donc une centralisation des soins auprès des médecins généralistes pour que les patients soient suivis en soins primaires. Les patients reviennent généralement voir les médecins généralistes à la suite d'une visite chez un autre spécialiste. Selon les médecins, ils sont là pour leur donner des explications et des conseils sur les soins proposés et leurs demandes de revenir régulièrement pour faire le suivi. « *Lorsqu'elles doivent prendre des médicaments, elles viennent me voir pour avoir des conseils... Pour avoir aussi d'autres conseils à la suite des consultations avec les spécialistes.* » (E12). Les médecins généralistes s'attachent à cette fonction. Lorsqu'ils en donnent les raisons, ils évoquent essentiellement que la continuité des soins permet d'améliorer la santé de leurs patients. Les médecins estiment qu'une grande partie de la population est de « *faible niveau socioculturel* » limitant l'accès à une information appropriée et comprise. Ils estiment que les patients sont peu informés sur les maladies pour lesquelles

ils sont soignés, notamment pour les maladies cardio-vasculaires et les cancers. Les médecins peuvent rencontrer des difficultés à expliquer aux patients les risques liés à leurs facteurs de risque. La répétition des consultations dans le temps permet donc de répéter certaines informations nécessaires à la compréhension des traitements, à la promotion de la santé et à la prévention.

Le suivi au long cours donne une certaine satisfaction au médecin généraliste. La possibilité de suivre les patients et de programmer les consultations établit une relation privilégiée de soins entre le médecin et son patient. Les médecins évoquent souvent que la confiance s'acquière dans la durée et qu'ils apprennent à mieux connaître leurs patients et réciproquement avec le temps (chapitre 8 p.118). Ces caractéristiques se rapprochent d'une spécificité d'exercice basée sur l'approche centrée sur la personne définie par la WONCA.

2.1.3. Promotion, prévention et éducation pour la santé

a) Des actions coordonnées

La promotion, la prévention et l'éducation à la santé prennent une part importante dans le discours des médecins interrogés. Des programmes de santé sont élaborés en collaboration entre le Ministère de la santé, l'UNRWA et les ONG. Selon un responsable régional d'une ONG, ces collaborations ont pour but d'uniformiser les informations données à la population et les programmes de santé proposés par les gestionnaires sur l'ensemble des territoires (*notes reportées sur journal de bord, le 11.03.2014*). Les programmes de santé sont variés mais l'accent est porté sur la prévention. Les programmes de prévention des facteurs de risque cardiovasculaire sont fréquemment cités : risques de la consommation de tabac ou de la chicha, par exemple (*fascicule récupéré dans une ONG*). « *Nous faisons avec le Ministère de la santé plus de programmes pour la société, sur les handicaps par exemple etc... »* (E33)

Les médecins peuvent être directement impliqués dans l'élaboration des programmes de santé proposés à la société. La réflexion sur les programmes fait alors partie intégrante de leur activité médicale. « *Je m'occupe aussi des programmes de santé de la communauté dans le centre de l'UNRWA, pendant mes heures de travail.* » (E29). « *Les carnets de santé sont édités par la Communauté Arabe, le Ministère de la Santé et cette ONG.* » (E22).

Ainsi, le programme de vaccination est un des plus développés en Cisjordanie. Les vaccins sont effectivement distribués dans les cliniques mobiles qui se déplacent dans les zones C de la Cisjordanie, dans les zones proches des colonies et du mur de séparation. De plus, les vaccinations sont gratuites pour les bédouins, population de nomades vivant généralement dans les reliefs désertiques (E8 : *Notes directeur du centre de soins primaires Jéricho, le 05.03.2014*). Le programme de vaccination est « *une responsabilité nationale* » selon un médecin travaillant pour le Ministère de la santé (E23). Les vaccins obligatoires et recommandés sont majoritairement fournis par le Ministère de la santé et l'UNRWA. « *Ici, les vaccinations sont fournies par le Ministère de la santé qui emploie un travailleur de la santé pour les réaliser dans notre centre.* » (E22).

Par ailleurs, les coordinations existent pour la prévention et le traitement des maladies transmissibles. Une des collaborations visant à lutter contre les maladies transmissibles est de maintenir une couverture médicamenteuse sur l'ensemble du territoire. Par exemple, les cliniques mobiles gérées par les ONG sont dotées de médicaments par l'UNRWA ou le Ministère de la santé.

E24 : « *Nous avons de très bonnes coordinations avec les autres secteurs de soins, spécialement avec le Ministère de la Santé, pour les vaccinations et les maladies infectieuses. Par exemple, vous trouverez une ONG pour laquelle l'UNRWA fournit les médicaments nécessaires aux interventions de leurs cliniques mobiles.* »

Ces interventions conjointes occupent donc une place importante dans l'organisation et le rôle des soins primaires en Palestine puisqu'elles ont un réel impact positif sur la santé de la population : il existe une bonne couverture vaccinale et la lutte contre les maladies transmissibles est efficace.

En dehors de leurs implications dans l'élaboration des programmes de santé, leurs interventions se confondent généralement à leur activité de consultation.

b) Programmes de promotion de la santé et de la prévention

Trois programmes de santé dans la cadre de la promotion et de la prévention sont généralement cités par les médecins généralistes : la santé du nourrisson et de l'enfant, la santé de la femme et de la mère, et le dépistage et la prévention secondaire des maladies chroniques. Ces programmes sont cités par des médecins de l'UNRWA, du Ministère de la santé et d'ONG. Les patients sont généralement vus sur rendez-vous dans le cadre de ces programmes. Le suivi programmé des patients a été détaillé précédemment. Les informations permettent de préciser le contenu des programmes suivis par le Ministère de la santé et l'UNRWA (*en plus des entretiens, une documentation diverse a été recueillie au sein des structures de soins*). Les grands axes sont les mêmes entre les prestataires de soins et sont basés sur les recommandations de l'OMS. Les documents recueillis dans les structures de soins sont élaborés conjointement par le Ministère de la santé, l'UNRWA et l'OMS.

La santé de la femme et de l'enfant

Les femmes sont suivies dans le cadre du planning familial. Le suivi gynécologique permet la prévention et le dépistage du cancer du col de l'utérus notamment. La femme est suivie en anténatal, pendant la grossesse et en post-partum. « *Nous avons aussi bien sûr un service pour la santé de la femme. Elles sont suivies en préconception, en prénatal, il y a un planning familial et elles sont suivies en post-natal* » (E24)

Le programme de santé du nourrisson et de l'enfant se base sur le suivi biométrique et la recherche d'anomalies physiques ou psychologiques du nourrisson (depuis sa naissance jusqu'à 5 ans en général). Il prévoit aussi les vaccinations des nourrissons et de l'enfant obligatoires et recommandées par le Ministère de la santé. « *Premiers soins pour les bébés. Après l'accouchement, les nouveaux nés... pour les vaccinations, pour les examens, pour savoir s'il y a des anomalies...* » (E15)

La prévention primaire et secondaire des maladies chroniques

Le dépistage et la prévention des pathologies non transmissibles ou maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires et cancers) ainsi que leurs facteurs de risque (diabète, hypertension artérielle, tabac etc...) font généralement parties d'un programme de santé appelé par les médecins « *non communicable disease* » ou par l'acronyme anglais « *NCD* » (E29). Les programmes peuvent avoir quelques divergences dans l'organisation des soins entre les différents gestionnaires. Par ailleurs, certains médecins mentionnent qu'ils utilisent la « *PEN approach* » (E27) : « *avec le minimum d'investigations* », le médecin établit un « *score* » qui « *permet d'estimer la morbidité et la mortalité de chaque patient* » (Encadré 3 p.64). Le médecin établit ensuite un suivi pour son patient en fonction de ce score. L'étude ne permet pas de préciser si cet outil est utilisé par l'ensemble des médecins généralistes pour la prise en charge des maladies chroniques.

En fonction des gestionnaires de santé, c'est à dire le Ministère de la santé, l'UNRWA et les ONG, les programmes de santé cités précédemment sont soit intégrés à l'activité quotidienne (E28 ; E29) de consultation, soit distingués (E24, E12). Il existe, par exemple, des « *cliniques* » pour la consultation des patients chroniques qui sont intégrées dans les centres de soins primaires, comme la « *clinique du diabète* » (E4). « *Lorsque je vois les patients chroniques, il y a un autre médecin qui voit les autres patients.* » (E24). Les dossiers des patients sont par ailleurs destinés à ces programmes : les patients ont des dossiers consacrés

au suivi du diabète par exemple (E23) ou au suivi de la femme et de l'enfant. Ils sont distingués des autres consultations reportées sur un autre dossier. Même si ces dossiers permettent de faciliter la prise en charge des patients, certains médecins sont parfois gênés pour suivre leurs patients lorsque les dossiers sont dissociés : ils peuvent manquer d'informations (E23).

Encadré 3

« PEN approach »: Package of Essential Non communicable (PEN) Disease Interventions for Primary Health Care in Low-Resource settings [36]

Approche élaborée par l'OMS pour renforcer l'équité et l'efficience de l'intervention pour les maladies chroniques d'un système de santé aux faibles ressources économiques. Cette approche vise à intégrer la prise en charge des maladies chroniques au niveau des soins primaires. Les protocoles élaborés par cette approche aident les médecins généralistes dans leurs interventions dans la prévention et le contrôle des maladies chroniques. Des outils, tels que des scores permettent de dépister les principaux facteurs de risque et d'estimer le risque cardiovasculaire à l'aide d'un minimum d'investigations techniques.

Sont appelées maladies chroniques : les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète, les maladies respiratoires chroniques, les blessures, les violences et les troubles psychiatriques. Sont considérés comme facteurs de risque : le tabac, l'alcool, le déséquilibre diététique et le manque d'activité physique.

Le personnel paramédical accompagne les médecins dans la prévention et la promotion pour la santé. Les médecins expliquent que « beaucoup de patients viennent aussi juste pour faire des « check up », pour mesurer la tension artérielle par exemple » (E25). Généralement, ce sont les infirmières qui s'occupent de ces patients. Les patients sont accueillis par le personnel soignant en cas de consultation programmée par le médecin : les infirmières prennent les « premières constantes » des patients, « pèsent et mesurent les bébés » par exemple, puis rapportent les éléments de l'examen sur le dossier médical. Les équipes paramédicales sont par ailleurs actives dans la réalisation de focus groupes organisés par les centres et elles

interviennent avec les médecins à l'école. Dans certains cas, elles s'occupent des centres de soins de prévention de la femme et de l'enfant.

c) Education pour la santé

L'éducation pour la santé est un rôle des plus importants pour les médecins interrogés. Selon eux, elle permet de réduire « *le shopping* » des patients, terme utilisé par les médecins pour exprimer une consommation excessive de médicaments. « *L'éducation des patients est très importante pour moi... Le « shopping » a bien diminué. Avant, de nombreux patients venaient à la consultation pour avoir des médicaments gratuits comme des antibiotiques ou le paracétamol* » (E29). Les médecins expliquent que les patients viennent souvent pour avoir des médicaments gratuitement, avec des prescriptions d'un membre de la famille non présent à la consultation ou encore des prescriptions faites par d'autres médecins. « *Le patient vient avec une prescription pour sa femme et non pour lui par exemple : « Ma femme a eu la prescription par ce médecin et il me faudrait les médicaments* » (E23).

Les médecins s'inquiètent pour la santé de leurs patients, craignant les effets d'une consommation excessive ou inadéquate des médicaments à leurs dispositions. Certains estiment qu'un système informatique efficace permettrait de contrôler la délivrance des médicaments aux patients et de ne pas faire de doublon de prescription ou d'avertir les patients des risques plus facilement. Les médecins semblent par ailleurs dépassés par les demandes des patients et parfois du découragement peut se percevoir dans certains discours. « *Ils prennent des médicaments de tout le monde, tout le temps !* » (E20). Certains expriment un certain combat au quotidien pour ne pas céder à leurs demandes. Les facteurs à l'origine de cette consommation de médicaments seront expliqués plus bas.

Les médecins estiment qu'ils ont besoin d'*éduquer* leurs patients à l'assiduité des rendez-vous et du déroulement des consultations. En effet, le mode de consultation sur rendez-vous est

récent dans certains centres. Les médecins consultent très fréquemment sans rendez-vous et programmement des rendez-vous que depuis récemment dans le cadre des programmes cités plus haut (santé de la femme et de l'enfant, maladies chroniques). Le système de rendez-vous dans les centres de l'UNRWA accompagne l'implantation de l'approche FHT (voir encadré 2 p.56) qui ne date que depuis quelques années (2010). Les patients peuvent manquer d'assiduité dans le respect de la prise de rendez-vous : l'absentéisme aux rendez-vous est fréquent. Les équipes soignantes rappellent les patients pour leur demander de prendre un nouveau rendez-vous. Selon les équipes soignantes, le manque d'assiduité peut révéler des difficultés de sensibilisation des patients à leur santé. « *Nous demandons aux mères ce qu'il s'est passé lorsqu'elles ont manqué un rendez-vous pour le suivi de leurs enfants : « Vos enfants sont anémiés, nous voulons les revoir ! »* » (E28). L'assiduité s'améliore dans les centres où le système de rendez-vous est instauré depuis plusieurs années. Selon l'infirmière d'un centre de soins de l'UNRWA où le système existe depuis plus de deux ans (mis en place dans le cadre de la FHT), « *100% de rendez-vous sont tenus par les patients dans le cadre de la santé de la femme et l'enfant et 95 % environ pour les maladies non transmissibles* ». (E24) L'observation spontanée de médecins lors de leurs périodes d'activités rend compte de difficultés pour gérer le flux, souvent très important, des patients dans leurs cabinets. Les patients peuvent frapper ou directement ouvrir la porte du cabinet médical alors qu'une consultation s'y déroule par exemple. Ces interventions gênent les médecins dans leurs consultations car ils sont fréquemment interrompus.

L'éducation des patients pour leur santé permet selon les médecins de réduire ce flux quotidien de patients. « *Je pense que c'est cela qui permet la réduction du nombre de consultations.* » (E29) A travers les informations données aux patients sur les pathologies pour lesquelles ils sont soignés, sur les traitements et la sensibilisation des patients à leur santé comme « *donner des conseils sur l'exercice physique* » (E33), ils estiment que les patients consultent moins. Il

est possible de considérer que l'enjeu de l'éducation est de taille lorsque le flux de patient peut dépasser les 100 patients par jour pour les médecins de l'UNRWA et du Ministère de la santé. Enfin, les médecins limitent le recours inapproprié des secteurs secondaire et tertiaire. Les patients peuvent effectivement consulter les médecins de spécialités divers dans le secteur privé. « *Dans le secteur privé, ils peuvent aller voir n'importe quel urologue directement* » (E21). Les médecins éduquent les patients au premier recours mais ils rencontrent parfois des difficultés à expliquer aux patients qu'ils sont là pour les accompagner au mieux dans leurs demandes et estimer au mieux leurs besoins. « *C'était difficile d'expliquer que je suis le premier contact avec eux et que je peux répondre à tous les problèmes de santé* » (E29).

2.1.4. Coordinations et recours aux autres secteurs de soins

a) Les coordinations en soins primaires

Le Professeur à l'origine du cursus de médecine de famille proposé à l'université d'An Najah estime que les médecins de famille sont les coordinateurs des soins primaires (E7 : *notes entretien avec le Dr Musmar le 12.03.2014*). La formation se base sur les définitions internationales de la médecine de famille de l'OMS et de la WONCA du Moyen Orient. Les médecins généralistes estiment d'ailleurs qu'ils sont au centre des soins du patient. Dans les structures de santé, les médecins travaillent majoritairement en équipe. Le regroupement de plusieurs acteurs de santé dans la même structure de santé facilite leur travail notamment la coordination et la continuité des soins. « *Tous ensemble, avec la psychologue, l'équipe médicale et infirmière et le patient, nous essayons de résoudre leurs problèmes* » (E24).

Les structures regroupent facilement un médecin, du personnel médical (infirmière, sage-femme, aide-soignant), un pharmacien et un laboratoire d'analyses médicales. Les médecins expliquent qu'il est plus difficile de travailler dans de petites infrastructures ne regroupant pas ces acteurs de santé, comme les centres de soins de niveau 2 (encadré 1 p.21). « *Je pense*

qu'ici c'est vraiment bien... J'ai travaillé dans un petit village et il n'y avait pas beaucoup de médicaments, d'infirmières... alors qu'ici il y a ce qu'il faut en équipements » (E19).

Le travail en équipe dans un même lieu d'exercice semble donc être un mode d'exercice favorisé par les médecins généralistes. L'informatisation des dossiers permet aussi de coordonner l'ensemble des acteurs de santé (infirmiers, médecins, pharmacien). Cela augmente la lisibilité des actions de chaque intervenant. « *Si le patient vient voir le médecin ou s'il vient voir l'infirmière, c'est marqué. Aussi lors d'une visite par une sage-femme. Par exemple, pour ce patient, nous sommes sur la page du médecin. Le médecin à la fin de la consultation va noter les symptômes, l'examen clinique et les traitements... Puis il adresse le patient à la pharmacie. Et la pharmacie va voir ce qu'il lui a prescrit.* » (E24).

Dans certaines structures, la collaboration entre le médecin et le personnel soignant permet d'organiser les soins à l'extérieur de la structure d'exercice. Les visites au domicile des patients sont réalisées par les infirmières. Ces visites sont discutées avec les médecins. Lorsque le passage du médecin semble nécessaire après la visite de l'infirmière, le médecin prévoit un déplacement. Dans certains cas, la visite est faite en équipe avec le médecin et l'infirmière. « *Existe-t-il une coordination entre l'infirmière et le médecin de famille du centre pour les visites ? Le médecin : oui. Et parfois le médecin vient directement avec elle dans les cas spécifiques.* » (E22).

Si des coordinations existent au sein des structures de soins entre le médecin généraliste et d'autres acteurs de santé, il est difficile de savoir si elles existent entre plusieurs centres de soins primaires. Les dossiers des patients ne sont pas partagés entre les centres de l'UNRWA et les patients par exemple. La distribution des centres de l'UNRWA est liée à la démographie de la population de réfugiés : les centres sont présents où les populations de réfugiés sont les plus importantes, soit principalement dans les camps. Mais les dossiers informatisés à l'aide du système « e-health » ne sont pas partagés entre les centres de soins. Les centres n'ont pas

de réseau informatique commun. Au Ministère de la santé, les patients sont enregistrés dans les centres de soins au plus proche de leur lieu de domicile et les patients doivent consulter dans les centres où ils sont enregistrés. Il n'existe pas de réseau informatique commun aux centres de soins. Par conséquent, les dossiers des patients ne sont pas partagés entre les centres. Le partage d'informations et de collaboration entre les médecins de différents gestionnaires semble manquant. Dans l'organisation actuelle du système de santé, les médecins rencontrent des difficultés dans leur exercice à cause du manque de collaboration entre les centres de soins (voir chapitre 4.2 p.90).

b) Les coordinations avec les autres secteurs

Les médecins généralistes estiment être le garant d'un accès efficient aux soins. Selon eux, les patients nécessitent d'avoir un seul interlocuteur pour l'ensemble de leurs demandes afin de mieux les orienter si besoin vers un autre spécialiste. D'une part, ils considèrent être les médecins qui connaissent le mieux leurs patients : ils sont donc capables de répondre de façon globale à leurs demandes. « *Par exemple, ils ont besoin d'un neurologue mais vont voir l'orthopédiste ! Le médecin de famille en connaît plus sur vous et vos problèmes et il sait mieux que le patient lui-même où il doit être adressé : dans le bon endroit.* » (E24)

Les médecins généralistes connaissent les structures de santé adéquates aux besoins des patients, ce qui permet de mieux les conseiller. « *Les patientes ici viennent me voir d'abord puis moi je [...] les envoie voir le bon spécialiste* » (E12).

Il existe des partenariats entre certaines structures qui favorisent le lien entre les soins primaires et les autres secteurs de santé. Une ONG va par exemple être en partenariat avec un organisme privé qui fournit des soins spécialisés. Le médecin adresse son patient dans cette structure avec un courrier médical. « *Nous pouvons les adresser dans un centre de cardiologie à Ramallah, par exemple, par un courrier ou alors nous pouvons les appeler directement et*

parler avec eux du patient, pour savoir quand est-ce qu'il peut être vu. » (E25). L'UNRWA a aussi des partenariats avec des hôpitaux privés permettant aux patients d'y être admis pour des soins spécialisés par le courrier du médecin généraliste. « *A l'UNRWA, nous avons un centre pour le diabète à Bethlehem. Si nous avons besoin, nous adressons les patients. Habituellement, nous gérons les patients ici. Mais parfois, bien sûr, nous les adressons à l'hôpital ou au centre de diabétologie* » (E24).

Ces coordinations permettent de créer, selon eux, des réseaux de santé et favorisent le travail des médecins. Ces coordinations mettent par ailleurs le médecin au centre des prises en charge des patients car c'est avec leurs courriers que les patients sont admis dans les structures spécialisées partenaires. Dans le système public, les patients doivent avoir un courrier du médecin généraliste pour consulter un médecin hospitalier d'une autre spécialité.

Les médecins de l'UNRWA ont par ailleurs un rôle particulier : ils contrôlent les soins donnés à leurs patients lorsqu'ils sont hospitalisés. Ce contrôle permet de limiter les frais de santé occasionnés. Un médecin de l'UNRWA explique comment les médecins généralistes interviennent dans les structures hospitalières pour contrôler les soins donnés aux patients : « *Un médecin de ce centre vient deux fois par semaine récupérer les dossiers des patients de l'UNRWA pour les apporter à l'hôpital et suivre les patients sur place. Il contrôle ce qui s'y passe, il demande au patient s'il s'en sort avec les frais de santé... nous nous assurons que les hôpitaux n'utilisent pas le patient pour augmenter les charges des services, en faisant des examens par exemple alors qu'ils ne sont pas justifiés* » (E28).

Le rôle du médecin en tant que coordinateur des soins semble toutefois limité par la structuration du système de santé palestinien. Les coordinations dans le système de santé seront précisées dans les chapitres 3 et 4 p.75-92.

2.1.5. Les autres fonctions des médecins généralistes

Les médecins généralistes peuvent être les directeurs des centres ou des équipes de soins. « *Maintenant je suis à la tête de cette clinique à Al-Ram, clinique de soins primaires qui dépend du gouvernorat de Jérusalem, du Ministère de la santé Palestinienne* » (E20). Le statut de directeur ou leur place au sein de l'administration les amène à participer aux réunions régionales sur les thèmes de la santé : « *A côté de son rôle de médecin ou comme un administrateur, le Docteur A. est un membre de l'alliance des médecins de Jenin comme directeur... dans chaque circonscription de la Cisjordanie, les directeurs ont les informations à propos de la situation médicale de leur circonscription* » (E15). Ils peuvent aussi avoir d'autres rôles dans la communauté : « *Je suis responsable du centre social du camp* » (E29). Ils peuvent être responsables de sections de soins au niveau régional comme un médecin responsable d'un centre de soins du Ministère de la santé et responsable du laboratoire de cytopathologie de plusieurs circonscriptions (E18).

2.2. La considération de la médecine générale en Palestine

Les médecins généralistes palestiniens cherchent à valoriser leur exercice. Ils souhaitent être autant considérés que les médecins d'autres spécialités auprès de la population et au sein du système de santé. Les médecins sont en quête d'une identité commune alors que leurs parcours professionnels sont différents.

2.2.1. Vers une uniformisation des pratiques : l'hétérogénéité du niveau de formation initiale

Les médecins généralistes revendiquent un statut plus net au sein du système de santé palestinien. Ils considèrent qu'ils exercent « *comme des médecins de famille* » mais qu'ils ne sont pas reconnus comme tel car ils ne sont pas « *spécialistes* ». A ce jour, la médecine générale ne s'exerce pas de façon homogène en Palestine. « *Toutes les approches sont bonnes mais elles sont différentes et nous n'agissons pas dans un système uni. Un seul système devrait*

exister, un système uni » (E12). Les différentes formations médicales des médecins sont à l'origine de cette variété d'approche de la médecine générale. Premièrement, les médecins généralistes palestiniens ont validé leur premier cycle des études médicales dans « *de nombreux pays : la Russie, la Roumanie, les Etats Unis* » (E21). « *En médecine, il y a de nombreuses références, les modalités de traitement sont différentes... entre la Russie et les écoles de l'Ouest par exemple, c'est différent. Les approches sont différentes.* ». Cela s'explique par l'absence de faculté de médecine en Palestine avant l'établissement de l'Autorité nationale palestinienne en 1994 : la grande majorité des médecins interrogés ont plus de 45 ans et n'ont pu bénéficier de formation en Palestine. Pour les jeunes médecins interrogés, un d'entre eux a réalisé son premier cycle des études médicales au Caire. Il n'est cependant pas possible de préciser les raisons à l'origine de son parcours universitaire. Secondairement, les deux seules universités en Cisjordanie proposant l'enseignement de la médecine sont actuellement indépendantes. Les programmes d'enseignement peuvent alors différer. L'université d'Al-Quds se situant à Abu Dis est difficilement joignable par les routes, lorsque celles-ci sont coupées par l'armée israélienne. Par ailleurs, l'université souffre de la présence du mur de séparation qui traverse le campus et prévient l'accès à certains hôpitaux en partenariat se situant à Jérusalem pour l'enseignement clinique.

Pour exercer la médecine générale en Palestine, seul le diplôme du premier cycle des études médicales suffit. Les médecins formés à l'étranger valident leur diplôme auprès du Ministère de la santé en passant un examen. « *Quand je suis revenue ici, parce que j'ai suivi une formation en Turquie, je devais passer un examen au Ministère de la santé pour pouvoir exercer en Palestine* » (E21).

Secondairement, les médecins généralistes ne sont pas des spécialistes de médecine de famille, exceptés les médecins généralistes récemment formés à l'université de An-Najah à

Naplouse (encadré 4 p.73). Mais cet enseignement est récent et intéresse un petit nombre de médecins palestiniens en exercice.

Encadré 4

Enseignement supérieur de la médecine de famille en Palestine

Cet enseignement a été mis en place en 2010 par le Professeur Samar Musmar, médecin de famille diplômée aux Etats Unis. Il s'agit du premier enseignement supérieur en médecine de famille en Palestine. Le programme d'enseignement repose sur les définitions et recommandations de la WONCA East Mediterranean et de l'American Academy of Family Physicians. Le cursus est proposé à l'université d'An Najah à Naplouse. L'internat se déroule sur quatre ans et forme actuellement les médecins du Ministère de la santé. Quelques internes suivent ce cursus en exerçant dans des centres de soins primaires pilotes en Cisjordanie.

Sources : *Informations issues de l'entretien avec le Dr Musmar le 12.03.2014 (E7)*

Il n'existe pas d'autres universités en Palestine proposant un diplôme d'études spécialisées en médecine générale. Il n'existe non plus pas de formation continue obligatoire en Palestine en médecine générale. Les formations proposées sont diverses en fonction des gestionnaires qui les proposent. Les médecins généralistes palestiniens acquièrent par ailleurs des compétences supplémentaires dans diverses spécialités cliniques soit en Palestine soit à l'étranger. Des formations médicales équivalentes à des diplômes universitaires ou des formations médicales continues sont proposées par les différents gestionnaires, notamment au sein des ONG. « *J'ai un master de santé publique de l'université de Birzeit. J'ai obtenu mon diplôme de médecine générale en Roumanie en 1986. J'ai fait un cursus de soins primaires en France. J'ai fait un cursus de direction de la santé à l'université.* » (E33) Les médecins généralistes orientent parfois leur pratique à travers les différents diplômes qu'ils obtiennent. C'est le cas d'un médecin généraliste qui a obtenu un diplôme de pédiatrie et qui travaille pour le Ministère de la santé essentiellement auprès des enfants (E3). Un autre médecin s'est formé en santé

publique, ce qui lui permet d'être le directeur d'un centre de soin au dépend de son activité clinique (E33).

L'approche de la médecine générale ou de famille est donc seulement corrélée à l'exercice que les médecins ont au quotidien. Le sentiment d'appartenance à une discipline commune favoriserait l'estime que les médecins ont de leur métier.

Enfin, les médecins manquent de temps pour continuer à se former ou renouveler leurs connaissances. Un médecin explique qu'il assiste « *de temps en temps à des colloques ou des formations médicales continues* » mais cela reste peu fréquent car l'organisation du centre de soins ne permet pas de lui dégager du temps. « *Je n'y vais pas souvent car dans ces cas-là, je ne suis pas remplacé et je laisse beaucoup de travail à mon collègue.* » (E18).

2.2.2. Considération de la médecine générale par la population palestinienne

Les médecins généralistes ressentent une plus faible considération dans la population de leur métier par rapport aux autres spécialités médicales. Dans la société palestinienne, « *il est important pour les familles d'envoyer leurs enfants suivre des études universitaires pour obtenir un haut niveau dans la société. Les familles en sont très fières* » (E12 propos du traducteur présent à l'entretien). « *La médecine générale n'est pas aussi bien considérée que les spécialités médicales parce qu'il n'y pas de spécialité de médecine générale dans notre pays* » (E31). Parmi les médecins généralistes, certains souhaitent d'ailleurs se former à d'autres spécialités, plus valorisantes. « *Je voulais me spécialiser pour avoir ma propre clinique* », explique un médecin généraliste qui souhaite étudier en Allemagne pour devenir dermatologue (E19). Régulièrement, les médecins évoquent une issue financière leur ayant empêché de poursuivre les études. « *Elle aurait voulu devenir un gynécologue-obstétricien mais ne pouvait pas car n'avait pas l'argent pour financer par elle-même ses études. Elle est donc revenue ici pour commencer à travailler en tant que médecin généraliste.* ».

Certains médecins interrogés se sentent sous-estimés ou « *négligés* » (E27-*notes reportées sur journal de bord*). Certains médecins utilisent les termes anglais « *general* », « *basic* » ou encore « *nothing specific* » pour qualifier leur exercice qui ont une connotation dévalorisante dans certains entretiens. Les médecins évoquent fréquemment leurs difficultés pour expliquer aux patients leurs rôles dans leurs parcours de soins. Ils corrèlent le recours direct à des médecins de spécialités diverses à la méconnaissance de leur rôle de premier recours (voir chapitre 2.1.1 b) p.47).

En Palestine, la « *réputation* » d'un médecin est importante et les médecins généralistes peuvent avoir une considération différente envers d'autres confrères en fonction des pays dans lesquels ils ont étudié. La diversité des formations médicales favorise une certaine méfiance entre confrères. « *Certains sont nuls quand ils reviennent. Par exemple, j'ai dû renvoyer deux médecins car ils ne connaissaient rien. C'est un peu honteux* » (E21).

La reconnaissance du travail des médecins généralistes au sein de la population nécessiterait un cursus commun en Palestine et une spécialité valorisée à l'université. Le cursus universitaire à l'université d'An Najah va dans ce sens « *car il s'agit de développer la médecine de famille et de considérer cette spécialité égale aux autres spécialités médicales* » (E12). Enfin, les conditions de travail sont souvent déplorées par les médecins généralistes. La fatigue était visible sur plusieurs visages de médecins généralistes. Lors d'une rencontre informelle, dans un camp de réfugiés, un médecin non interrogé explique que les conditions de travail sont usantes et qu'il y a trop de patients à voir. Le médecin semblait résigné dans son métier ainsi que sa collègue, plus jeune, débutant son exercice dans ce centre de soins.

3. Le contexte palestinien : conséquences territoriales, économiques et sur l'organisation du système de santé

3.1. Le morcellement du territoire : constat sur le terrain

L'analyse des observations réalisées lors de l'étude confirme les données de la littérature concernant la situation géopolitique de la Palestine à l'origine du morcellement du territoire.

Les conséquences territoriales de l'occupation sont majeures. Des contraintes quotidiennes de déplacements et l'isolement géographique des populations palestiniennes ont été expérimentés ou observés.

Les opérations militaires de l'armée israélienne contraignent les déplacements de la population palestinienne. Les check points, les barrières ou les blocs de pierres (photo 1) entravent les routes, soit de façon permanente, soit ponctuellement et de manière imprévisible. Les conflits sur le territoire et les opérations militaires isolent aléatoirement un territoire du reste de la Cisjordanie. Certains villages autour de Naplouse étaient inaccessibles pendant 24h car l'armée israélienne avait instauré un couvre-feu empêchant les allers et venues (*informations issues de rencontres informelles lors de déplacements vers Naplouse*).



Photo 1 : Blocs de pierre obligeant les voitures à faire un détour à l'entrée du check point de Qalandiya (Juillet L. Cisjordanie, juillet 2014)

Le mur de séparation fragmente le territoire de plusieurs façons. Les observations sur le terrain confirment les données de la littérature en plusieurs points. Il empiète considérablement les Territoires palestiniens, prévenant l'accès aux palestiniens au-delà de son tracé. A proximité d'Abud, un village palestinien situé au Nord-Ouest de la circonscription de Ramallah (voir carte en annexe détachable), l'Etat d'Israël a tracé la construction du mur de séparation pour « intégrer » les colonies situées à l'ouest d'Abud à Israël. La route suivant le tracé (photo 2), inaccessible aux palestiniens et non franchissable, traverse les terres appartenant à la commune d'Abud.



Photo 2 : Route suivant le tracé du mur de séparation à l'ouest d'Abud (Juillet L. Cisjordanie, juillet 2014)

Autour de Jérusalem, de nombreux villages et villes avoisinantes sont privés de leurs accès à la ville sainte par le mur de séparation. Ar Ram est entouré par le mur et les deux check points Qalandiya et Jaba (voir carte en annexe détachable) sont les seuls points de passage pour Jérusalem. Le mur a par ailleurs divisé la ville d'Ar Ram : les zones habitées se trouvent de part et d'autre du mur (photo 3).



Photo 3 : Mur de séparation situé à Ar Ram marquant la séparation avec les territoires annexés par Israël
(Juillet L. Cisjordanie, mars 2014)

A travers les check points cités ci-dessus, seules les voitures avec une plaque israélienne (plaque de couleur bleue) sont autorisées à passer. Les palestiniens souhaitant se rendre à Jérusalem doivent avoir une permission préalablement demandée auprès des autorités israéliennes. Pour ces palestiniens, le passage de la frontière pour rejoindre Jérusalem Est se fait obligatoirement à pied, à travers le check point de Qalandiyia. (photo 4)



Photo 4 : Passage piéton au check point de Qalandiyia (Juillet L. Cisjordanie, mars 2014)

Le régime des permis est conditionné par le même régime des cartes d'identité (bleue et verte) et est considéré comme ségrégationniste car il divise les palestiniens entre eux : les palestiniens habitant en Israël et les autres. Les habitants de Shu'fat, camp de réfugiés situé

à côté de Jérusalem Est (voir carte en annexe détachable), ont une carte d'identité israélienne bleue ce qui leur permet de se rendre en Israël. Un médecin exerçant est originaire de ce camp et travaille en Cisjordanie à Biddu (E25). Les palestiniens de Cisjordanie « *n'ont pas de permission* » pour aller en Israël, « *parce que leur carte d'identité est différente* », explique le directeur régional de l'ONG lors de l'entretien avec ce médecin (E25).

Le mur de séparation est à l'origine « d'enclaves » où les villages sont entourés du mur. L'exploration de la région de Biddu (Circonscription Jérusalem *observation juillet-août 2014*) constitue un exemple de l'impact de la construction du mur sur l'isolement des populations. Les conséquences sur l'exercice des médecins et de l'accès aux soins sont expliquées dans le chapitre 4.1 p.85.

Le mur limite aussi la construction de nouveaux bâtiments dans la ville : il a été construit proche des zones habitées et empiète sur une bonne partie des zones constructibles (photo 5 p.80).

Enfin, les accords d'Oslo découpent la Cisjordanie en trois zones. Les administrations palestiniennes ne peuvent s'implanter qu'en zone A, c'est-à-dire, principalement dans les grandes villes. En zone B, comportant de nombreuses zones urbaines et des villages, l'Autorité Palestinienne a le contrôle administratif sous le contrôle militaire d'Israël. La construction d'établissement de santé reste difficile bien que l'Autorité Palestinienne en a le contrôle administratif. La zone C constitue une vaste zone rurale et agricole de la Cisjordanie où environ 190 000 palestiniens vivent. L'autorité Palestinienne n'a aucun contrôle dans cette zone. Sur le terrain, la zone C, qui constitue environ 60% du territoire, est la seule zone continue de la Cisjordanie. Elle divise et isole les zones A et B entre elles. Même si sur le terrain cela n'est pas aussi visible, certains éléments montrent bien la division du territoire. L'entrée en zone A est remarquable par la présence d'un panneau indiquant que l'entrée dans cette zone n'est pas autorisée aux israéliens (photo 6 p.81).



Photo 5 : Mur de séparation construit à proximité des habitations d'Ar Ram limitant les constructions dans cette zone (Juillet L. Cisjordanie, mars 2014)

La sortie de la zone A est visible à l'état des routes, souvent en moins bon état. Les zones construites sont plus éloignées des unes aux autres et les infrastructures sont moins abondantes. Les routes de bonne qualité sont celles contrôlées par l'armée israélienne et se trouvent en zone C. Elles sont utilisées par les israéliens et les routes reliant les colonies à Israël sont construites à partir du réseau natif palestinien. Ces routes sont donc surveillées par l'armée israélienne et des check points empêchent l'accès à ce réseau routier. Cela forme un maillage sur le territoire qui limite les connexions entre les différentes régions de la Cisjordanie. L'expansion des colonies limite donc l'accès du territoire aux palestiniens. Les terres colonisées impliquent un détournement des axes routiers principaux de la Cisjordanie. Les gouvernorats de Palestine sont morcelés en plusieurs zones géographiques qui ne peuvent être administrées indépendamment.



Photo 6 : Panneau de signalisation d'entrée en zone A près de Ramallah (Juillet L. Cisjordanie, mars 2014)

La séparation de la ville de Hébron en deux zones est un exemple supplémentaire d'isolement des palestiniens entre eux. La situation de la ville sera expliquée en p.106.

3.2. Le développement des infrastructures prévenues par le régime d'occupation

L'occupation du territoire pose des problèmes pour le développement du système de santé palestinien alors qu'il est indépendant. Des difficultés économiques affectent l'ensemble des secteurs d'activité investissant dans la santé et elles sont majoritairement liées à ce régime d'occupation. Le morcellement du territoire, l'absence de continuité territoriale et la privation des terres palestiniennes limitent beaucoup le développement et le bon fonctionnement du système de santé palestinien. Le contexte géopolitique est donc le principal facteur d'influence de la pratique des médecins généralistes palestiniens.

3.2.1. Le Ministère de la santé dépend de l'aide internationale...

Le budget du Ministère de la santé repose sur l'aide internationale. Les infrastructures du Ministère de la santé se sont développées grâce à la distribution des « fonds économiques [qui] vont vers le Ministère de la santé bien plus que vers les ONG » (E20). « Compte tenu de la

situation ici [de la Palestine] » (E15), les médecins estiment que le système de santé s'est néanmoins bien développé ces dernières années. Certains services de chirurgie ont ouvert en Cisjordanie dans les hôpitaux gouvernementaux. « *Les patients qui ont des cancers étaient auparavant transférés en Jordanie ou en Inde aussi. [...] Maintenant les patients peuvent se faire opérer ici et être suivis dans nos hôpitaux. Cela veut dire que c'est bien !* », explique un médecin généraliste du Ministère de la santé (E4). Mais les infrastructures du Ministère de la santé restent insuffisantes pour répondre à leur forte fréquentation.

3.2.2. ...et de l'importation de matériel contrôlée par l'Etat d'Israël

Les hôpitaux gouvernementaux manquent de matériel médical ou de services dans certaines villes. « *Par exemple, il n'y a pas de département d'urologie à l'hôpital de Jéricho* », explique un médecin du Ministère de la santé (E23). Et certaines structures spécialisées manquent dans les hôpitaux publics de Cisjordanie. Les médecins expliquent que le matériel médical à destination du Ministère de la santé est contrôlé par l'Etat d'Israël ce qui empêche le développement des infrastructures spécialisées en Cisjordanie : l'Etat d'Israël impose des contrôles rigoureux avant l'importation de matériel en Territoires palestiniens. « *Nous n'avons pas d'équipe expérimentée car nous ne pouvons pas développer les services de chirurgie ou de traitement pour le cancer : l'Etat d'Israël nous empêche d'acheter ce qu'il faut. Tout le matériel nécessaire arrive via leurs zones portuaires. Il n'y a pas d'autres moyens. Donc s'ils nous permettent d'avoir le matériel, c'est bon, s'ils ne veulent pas, nous n'avons pas.* » (E28, médecin de l'UNRWA). Il manque donc de médecins de spécialités diverses, « *parce qu'il n'y a pas les services en Palestine* » (E28) pour les accueillir. Ces médecins palestiniens sont formés à l'étranger et restent y travailler ; « *Nombre d'entre eux travaillent en Jordanie* » (E28). D'autant plus que « *depuis quelques années, le Ministère de la Santé ou l'Autorité Palestinienne depuis 3 ou 4 ans n'a pas la capacité d'employer des personnes.* », selon un médecin généraliste travaillant pour une ONG. Les médecins sont donc « *sous pression !* » (E15). Un

médecin urgentiste confirme que « *le financement est l'un des problèmes le plus important* » alors que le système de santé a « *besoin de spécialistes et des infrastructures qui coutent de l'argent* » (E8).

Les médecins généralistes aussi sont touchés par le manque de budget pour employer du personnel dans les centres de soins primaires du Ministère de la santé : « *Parce qu'il n'y a pas de fond, pas assez de budget pour payer 3 salaires, le docteur [interrogé] voit le double ou le triple d'un seul docteur* », explique le traducteur lors de l'entretien (E15).

Les patients sont adressés à l'étranger, en Israël ou en Jordanie par exemple, lorsqu'ils nécessitent des soins chirurgicaux spécifiques ou des thérapies pour un cancer (entre autres).

« *Une commission évalue les demandes de transferts à l'étranger* » dans les centres hospitaliers de Cisjordanie du Ministère de la santé, explique un médecin de Jéricho (E8). Ce médecin n'a pas souhaité s'exprimer plus sur le sujet. D'autres médecins étaient aussi réticents à répondre sur ce sujet. Il ajoute simplement que les assurances des patients sont prises en compte pour décider du lieu d'accueil (E8). Selon un médecin d'un centre hospitalier du Ministère de la santé, les transferts vers l'étranger sont pris en charge à « *99% par le Ministère de la santé* » (E9). « *Lorsqu'ils [médecins membres du comité qui décident des transferts au sein du Ministère de la santé] envoient les patients pour des chimiothérapies à l'étranger, en Jordanie, cela coûte au Ministère 50 000 dollars* », explique un médecin généraliste du Ministère de la santé (E15). Selon les médecins et un proche d'un patient soigné à l'étranger (entretien informel lors du second voyage), les patients ne paient pas les soins qui leur sont donnés à l'étranger. Mais le coût des trajets pour sortir du territoire est généralement important, ne permettant pas à toute la population d'en bénéficier. On peut supposer que les transferts à l'étranger ont une vraie issue financière pour le système de santé publique. Par ailleurs, les permissions de sortie du territoire sont cependant limitées, voire refusées par l'armée Israélienne. « *Combien d'enfants nécessitent d'avoir une permission pour avoir des*

soins à Tel Aviv et combien c'est coûteux pour eux alors qu'ils ne donnent pas de permission ! Ils ne nous permettent pas de bénéficier des services. », explique un médecin de l'UNRWA (E28).

3.2.3. Les ONG réduisent leurs services proposés

Les ONG limitent leurs actions en santé et réduisent les infrastructures de santé en Cisjordanie car les donations de mandataires internationaux réduisent leurs investissements. « *Chaque année les dons diminuent de 40%* » (E25). Selon un responsable de secteur d'une ONG, (*propos recueillis lors d'un entretien informel le 06.08.2015*), les mandataires internationaux investissent de façon « *préférentielle* » dans certains programmes de santé. Parfois, les programmes de santé ne correspondent pas aux besoins de la population. Et certains examens complémentaires, tels que le dépistage du diabète, étaient gratuits mais ne sont dorénavant plus disponibles : « *Avant, nous faisions des examens complémentaires. Vous savez que c'est cher. Les 5 dernières années c'était gratuit. Maintenant, il y a moins d'aide pour les gens* ». (E14) Les patients se dirigent alors vers les centres de soins du Ministère de la santé, s'ils ont l'assurance sociale. Les médecins généralistes des ONG interrogés envoient régulièrement leurs patients au Ministère de la santé pour réaliser des examens de radiographies car ils ne sont généralement pas disponibles dans les structures de leurs organisations. Il existe par ailleurs des infrastructures hospitalières gérées par des ONG en Cisjordanie et à Jérusalem Est. Mais les médecins ne mentionnent pas l'utilisation de ces infrastructures pour hospitaliser leurs patients. Certaines organisations développent aussi des partenariats avec des structures spécialisées et/ou hospitalières privées : les patients bénéficient d'un coût plus faible lorsqu'ils sont adressés par le médecin de l'ONG. L'accès à ces structures de santé sera évoqué plus bas.

3.2.4. Le développement du secteur privé est contrarié par l'occupation

L'étude n'a pas évalué l'offre de soins du secteur privé en Cisjordanie mais certaines précisions montrent que le secteur privé manque de lisibilité dans son développement et son organisation.

Ce secteur d'activité présente cependant un intérêt pour le système de santé car il existe des partenariats avec les institutions privées. Les ressources économiques du système public ne sont pas suffisantes pour compter que sur le développement de celui-ci. Le secteur privé contribue au panel de soins, notamment de soins spécialisés, disponibles en Palestine.

Mais l'économie locale de la Cisjordanie est affectée par la politique économique d'Israël vis-à-vis de la Cisjordanie. L'import de matériel médical nécessaire au développement des cabinets et des cliniques médicales est soumis à la taxation d'Israël. Les médecins généralistes expliquent que le développement de leur cabinet privé est limité par l'achat de matériel qui « coûte cher à cause de l'occupation israélienne. » (E10). Même si le matériel coûte cher, il est possible de constater sur le terrain que les infrastructures de soins spécialisés peuvent être nombreuses dans les grandes villes. En effet, à Jenin par exemple, les médecins interrogés expliquent qu'« il y a de nombreux médecins spécialistes » (E12) et que « certains d'entre eux viennent de Naplouse [...] parce qu'il y a beaucoup de médecins à Naplouse » (E12). Le traducteur ajoute qu'il existe « une grande concurrence entre les médecins » de spécialités cliniques diverses.

4. Isolement des médecins sur le territoire...

4.1. Un système de santé privé de son territoire : privation du territoire et discontinuité territoriale

Premièrement, les médecins généralistes sont isolés des ressources du système de santé lorsqu'ils n'exercent pas dans les pôles urbains de Cisjordanie. Les structures spécialisées et hospitalières sont majoritairement situées dans les grandes villes de Cisjordanie et il n'existe pas de réelle organisation territoriale de proximité. Il faut d'abord prendre en compte les

difficultés territoriales liées aux Accords d’Oslo. L’Autorité Palestinienne n’a autorité (administrative) que sur les zones A, soient, principalement les grandes villes de Cisjordanie et les zones B. Le développement des infrastructures hospitalières et des structures de soins spécialisés, incluant les pôles d’imagerie médicale et d’examens de laboratoires spécialisés, est limité à la zone A voire B. Ces infrastructures se regroupent donc dans les principales villes de Cisjordanie. Un médecin d’une ONG explique que « *à cause de la situation, le Ministère de la Santé ne peut pas contrôler toutes les zones. Donc les ONG peuvent aller là où le Ministère de la santé ne peut se trouver* » (E22). Bien qu’il existe quelques structures offrant des soins spécialisés dans certaines villes en dehors des grands pôles urbains, tel que Silwad (E21) qui compte entre 5 000 et 10 000 habitants, les principales structures spécialisées gérées par des organismes privés ou des ONG se concentrent aussi dans les principales villes de Cisjordanie. Des infirmières d’une ONG exerçant dans la région de Jéricho expliquent que les patients sont envoyés à Ramallah car il n’y a pas de structures spécialisées à Jéricho ou dans des villes plus proches que Ramallah (E26).

D’autre part, les médecins généralistes interviennent dans les villages éloignés où il existe un manque d’infrastructures de santé pourtant nécessaires aux soins de premier recours. Il n’est pas possible de faire des examens de laboratoires courants ou de réaliser des radiographies dans des centres de radiologie proches par exemple. Dans certaines cliniques de soins primaires du Ministère de la santé, les médecins généralistes n’interviennent qu’un jour par semaine ce qui limite l’offre de soins : il s’agit des centres de niveau I ou II (encadré 1 p.29) qui se situent généralement dans les villages palestiniens. Un médecin de Jéricho explique que « *les infirmières sont présentes tous les jours. Un jour par semaine, un médecin vient dans ces cliniques et donnent tous les médicaments nécessaires et fait les examens cliniques* » (E8). De plus, en fonction de la situation, les routes qui rejoignent les villages où se situent ces centres, peuvent être coupées ne permettant pas aux médecins de les rejoindre : « *Nous ne*

pouvons pas les rejoindre. Les infirmières peuvent sur place fournir les activités. ». Les patients doivent alors rejoindre les centres de niveau III ou IV pour voir un médecin généraliste et réaliser si nécessaire les premiers examens.

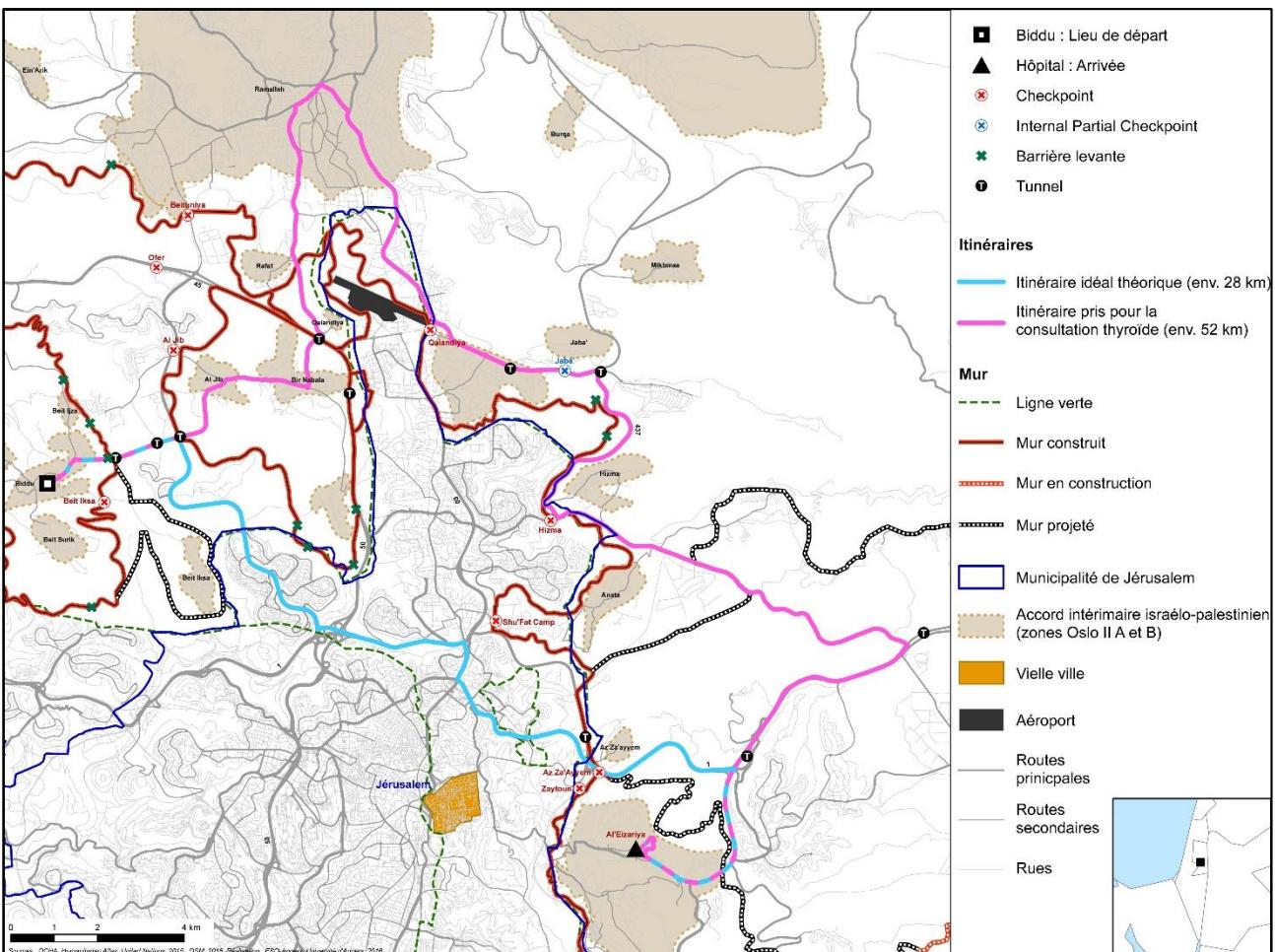
La problématique des Accords d’Oslo privant le développement des infrastructures d’une partie du territoire ne permet pas d’expliquer à elle seule les difficultés d’accès aux ressources de santé en Palestine. La discontinuité territoriale et les difficultés de déplacement en Cisjordanie sont deux autres problématiques qui s’associent limitant l'accès à ces structures. L’UNRWA ne possède qu’un seul hôpital géré par l’organisation qui se trouve à Qalqiliya. L’hôpital fournit des soins chirurgicaux mais, selon un médecin qui travaille pour l’UNRWA, « *il n'y a qu'un seul chirurgien pour toute la région* » (E28). La ville de Qalqiliya est située à l’extrême-est de la Cisjordanie (voir carte en annexe détachable). Elle est enclavée par le mur de séparation et il n’existe qu’une seule route pour la rejoindre depuis Naplouse. L’armée israélienne intervient fréquemment sur cette route par des barrages ou des monticules de terre, aggravant les conditions de circulation. L’organisation est par ailleurs en partenariat avec plusieurs hôpitaux privés : « *L'hôpital du Croissant Rouge à Ramallah ou l'hôpital d'Al-Makassed à Jérusalem ont des contrats avec l'UNRWA* », précise un médecin (E24). Les principaux hôpitaux se situent à Jérusalem mais « *les patients doivent avoir des permissions pour rentrer dans Jérusalem. Et tout le monde n'a pas de permission* » (E13), précise le médecin. Il existe cependant des infrastructures spécialisées qui se situent à l’intérieur du territoire avec lesquelles l’UNRWA est en partenariat. A Bethlehem, par exemple, il existe une structure de soins spécialisés en partenariat avec l’UNRWA. Cependant, l’utilisation de ces ressources est limitée par les clauses des partenariats (voir chapitre 5. p.92).

D’autre part, les examens de radiologie conventionnelle ou plus spécialisée sont difficiles d'accès pour plusieurs raisons. Les centres de radiologies par exemple, manquent dans

certaines régions tout comme l'IRM ou le scanner qui manquent dans plusieurs hôpitaux majeurs. « *Jenin a une population de plus de 300 000 habitants et il n'y a pas d'IRM à l'hôpital !* » (E15). Les patients doivent alors se déplacer vers les autres villes mais les difficultés pour rejoindre certaines villes de Cisjordanie limitent probablement le recours à ces examens. A Jéricho, par exemple, un médecin de l'UNRWA explique qu'il n'y a pas de scanner ou d'IRM dans les structures en partenariat avec le centre de soins et que les patients doivent aller à « *Naplouse, Jérusalem ou Hébron* ». Il existe par ailleurs un manque de coordination entre les prestataires de santé ne favorise pas l'utilisation des ressources à proximité (chapitre 4.2 p.90) Certains examens d'analyses biologiques ne peuvent être réalisés dans de nombreux laboratoires des centres de soins primaires publics. Selon les médecins, les tests hormonaux, comme les examens de la glande thyroïde ou les dépistages des infections sexuellement transmissibles sont centralisés dans les centres de soins de niveau IV, se situant dans chaque capitale de circonscription de la Cisjordanie (E25 ; E20). Un médecin généraliste du Ministère de la santé exerçant à Ar Ram, explique que dans sa « *clinique, qui n'est pas une clinique centrale ou un hôpital, vous n'allez pas trouver tout ce qu'il vous faut* » (E20). Les patients doivent alors aller à Al' Eizariya qui est très difficile à rejoindre en raison du contexte géopolitique : la présence du mur de séparation et les contournements nécessaires demandent bien plus de temps pour rejoindre la ville que si les patients traversaient Jérusalem (itinéraire bleu sur carte 8 p.90). Les deux itinéraires reportés sur la carte 8 (et sur la carte 9 p.100) correspondent à des trajets « types » c'est-à-dire que des variantes sont possibles en empruntant d'autres routes du réseau secondaire palestinien³. En l'absence de permission pour entrer dans Jérusalem Est, les patients doivent tout de même rejoindre en premier Ramallah

³ Les trajets dessinés peuvent comporter quelques inexactitudes : les trajets peuvent varier dans le temps et les tracés de ces routes sur les cartes sources sont difficilement identifiables

(itinéraire rose sur la carte 8 p.90) : les lésions en taxi collectif pour Al'Eizariya s'effectuent à la gare routière de Ramallah (*trajet réalisé en août 2014 en taxi collectif depuis Ramallah*). En voiture particulière, il est probablement possible de longer le mur entre Beituniya et Qalandiya. Depuis Biddu, la route empruntée passe sous un premier tunnel (photo 7 p.90) et rejoint l'enclave de Bir Nabala. La route est longée de part et d'autre (photo 8 p.90) d'un mur qui sépare la route palestinienne des colonies israéliennes. Les contrôles aux passages du tunnel sont fréquents (*notes reportées sur journal de bord août 2014 : témoignages de palestiniens et entretien avec le directeur d'une ONG lors du trajet effectué entre Ramallah et Biddu*). Depuis cette enclave, les palestiniens passent sous un autre tunnel sous la route n° 443 interdite d'accès aux palestiniens.



Carte 8 : Itinéraires-types pour rejoindre Al'Eizariya depuis Biddu issus des observations de terrain et entretiens (Juillet L. juillet-août 2014) (Carte : S. Giffon/ESO-Angers)

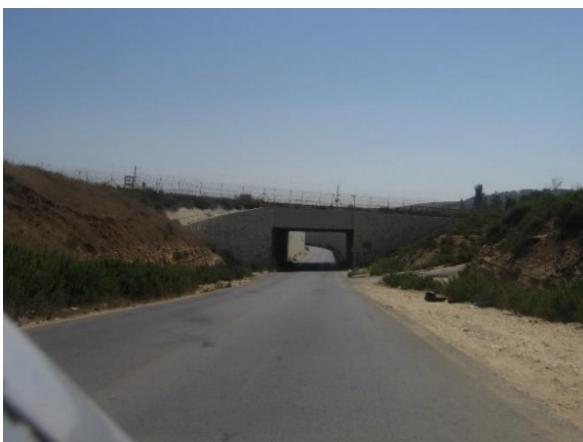


Photo 7 : Tunnel sous une route israélienne à la sortie de Biddu (Juillet L. Cisjordanie, août 2014)

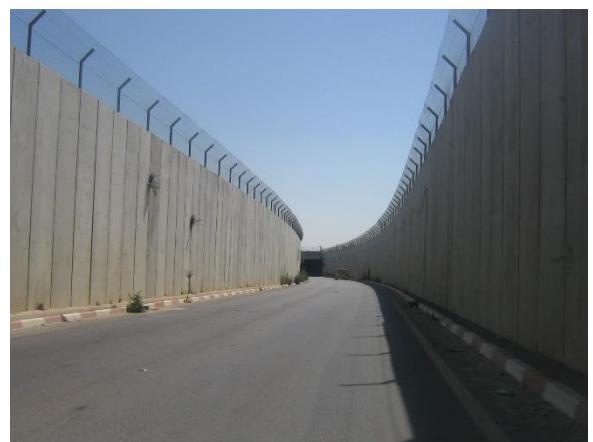


Photo 8 : Mur le long de la route palestinienne rejoignant l'enclave de Bir Nabala depuis Biddu (Juillet L. Cisjordanie, août 2014)

4.2. Manque de coordinations de proximité

Un directeur d'un centre de soins du Ministère de la santé explique que la réussite du système de santé palestinien doit se baser sur les coordinations entre gestionnaires : « Pour que notre

système de soins réussisse, nous ne devons pas avoir des cliniques du Ministère d'un côté et des cliniques privées de l'autre, nous devons avoir de bonnes relations et une bonne coordination avec l'ensemble des médecins et des systèmes médicaux existant en Palestine. Nous pouvons réussir. » (E8). La coordination « améliorerait le système de santé » (E12), selon un médecin de Jenin. Certains acteurs de santé affirment cependant qu'il existe de « bonnes relations » (E8) voire de « très bonnes coordinations » (E24) entre les gestionnaires. Cela permet selon un médecin de l'UNRWA, d'améliorer l'accessibilité aux soins sur le territoire « pour prévenir le risque de duplicité des services ! ». Il explique que les gestionnaires de santé s'organisent sur le territoire « pour ne pas aller dans les mêmes endroits » (E24).

Les médecins exerçant dans les zones éloignées des pôles urbains souffrent d'un manque de services spécialisés de proximité. Cependant, le morcellement du territoire affecte l'ensemble des médecins sur le territoire. En effet la discontinuité territoriale limite l'utilisation de ressources à disposition des médecins dès lors que celles-ci ne se trouve pas à proximité. Bien qu'il existe des coordinations entre les gestionnaires, celles-ci ne prennent pas forcément en compte les difficultés territoriales et la nécessité de services de proximité pour que la population ait un accès facilité aux soins. L'UNRWA, par exemple, est en partenariat avec plusieurs structures spécialisées (cliniques de spécialités médicales et hôpitaux). Cependant, les médecins de l'UNRWA expliquent qu'elles sont éloignées des centres de soins primaires : elles se trouvent principalement à Jérusalem et dans les grandes villes de Cisjordanie qui ne sont pas toujours facile à rejoindre depuis les camps de réfugiés. Certains camps de réfugiés ne se trouvent pas à proximité des villes, comme celui d'Al' Arub, dans la circonscription de Hébron. Al 'Arub se situe à une vingtaine de minutes de Bethléem et de Hébron (*deux trajets ont été effectués en taxi collectif entre Al' Arub et Bethléem et Hébron et Al' Arub en août 2014. Aucune intervention militaire n'a été observée lors de ces trajets, le trafic routier était fluide*). Les médecins généralistes adressent leurs patients à Bethléem dans une clinique

regroupant des cardiologues (pour le suivi cardiaque des patients diabétiques, par exemple). Ils expliquent que ce centre n'est pas toujours accessible et que l'UNRWA essaie de développer des partenariats avec d'autres structures de santé à Hébron, qui serait plus facile d'accès. Entre Al Arub et Bethleem, la route empruntée passe à proximité de nombreuses colonies israéliennes. Les interventions militaires sont plus fréquentes en raison d'altercations entre palestiniens et colons israéliens. Il existe par ailleurs plus de check points (qui n'étaient pas fermés lors de l'étude) sur cette route que sur celle reliant le camp à Hébron.

Il n'existe pas non plus de partenariat entre l'UNRWA et l'hôpital de Jéricho par exemple. Si les médecins nécessitent l'avis d'un médecin hospitalier ou d'examens complémentaires disponibles à l'hôpital de Jéricho, il n'est pas possible pour eux de les adresser (sauf en cas d'urgences).

5. ...Et dans le système de santé

5.1. Les va-et-vient des patients d'un gestionnaire à un autre

Le parcours d'un patient dans le système de santé est généralement complexe : il utilise plusieurs pourvoyeurs de santé. En plus de la problématique géographique décrite ci-dessus, la structuration du système de santé est un des facteurs à l'origine de l'isolement des médecins dans le système et des difficultés d'utilisation des ressources du système de santé.

Les assurances de santé qu'aura contractées le patient induit un va-et-vient des patients d'un prestataire de santé à un autre à la recherche d'une prise en charge optimale des frais de santé. Cependant, le manque de coordination entre les gestionnaires ne favorise pas la centralisation des soins par le médecin généraliste (voir plus bas). « *Si les patients ont l'assurance gouvernementale, ils vont là-bas [aux centres MOH]. Ou bien, ici et là-bas. Nous complétons leurs services. Certains patients que nous suivons ici pour les maladies chroniques, ils viennent ici pour le suivi et vont ensuite là-bas pour les analyses car ils n'ont pas d'argent* »,

explique un médecin d'une ONG (E33). « *Si le patient a de l'argent, il va aller dans le privé* », selon un médecin du Ministère de la santé (E18). Une majeure partie de la population est couverte par l'assurance du Ministère de la santé. Ils se dirigent aussi vers le Ministère de la santé pour les soins chirurgicaux : « *Ils veulent trouver quelqu'un qui les adressera à l'hôpital gouvernemental pour les opérations parce que tout est couvert par l'assurance* (du Ministère de la santé) », explique un médecin travaillant dans un cabinet privé (E20). Les patients ayant le statut de réfugié peuvent consulter gratuitement dans les centres de soins de l'UNRWA. Pour la réalisation d'examens complémentaires, selon plusieurs médecins, ils se dirigent vers les centres de soins de l'UNRWA après avoir consulté dans le privé ou dans une ONG. « *La plupart du temps, ils viennent ici en premier pour vous voir et avoir un diagnostic et ensuite ils vont dans les centres de l'UNRWA pour avoir les médicaments ? Le médecin : oui ou pour faire les examens de laboratoire.* » (E20)

5.2. Accès aux soins « rationnés » : manque de coordinations, pression sur les médecins généralistes

5.2.1. Rationnement des ressources du système de santé

Les coordinations entre les prestataires de santé permettraient d'optimiser l'utilisation des ressources de santé. Cela favoriserait l'utilisation de ressources « sous-utilisées » alors que les services publics sont surchargés. La population palestinienne a effectivement le plus fréquemment recours aux services du Ministère de la santé. « *Si les patients ont l'assurance gouvernementale* » (E33), ils se dirigent préférentiellement vers les infrastructures du gouvernement, selon les médecins généralistes. Une majeure partie de la population possède « *l'assurance gouvernementale* » et les patients bénéficient d'une large dispense d'avance des frais de santé dans les services du Ministère de la santé grâce à cette assurance. La « gratuité des soins », telle qu'elle est évoquée par les médecins favorise le large recours aux services publics. « *C'est le seul hôpital gouvernemental de la ville. Il existe d'autres hôpitaux privés ou*

des ONG mais ici les soins sont gratuits » (E11, médecin urgentiste de l'hôpital de Ramallah).

Les médecins estiment que l'utilisation des services de santé du gouvernement dépasse ses capacités d'accueil. Ainsi, les services de santé des hôpitaux gouvernementaux sont surchargés en demandes : « *Le temps d'attente pour certaines opérations est très important : entre 9 et 10 mois parfois... car le gouvernement n'a pas les infrastructures suffisantes pour couvrir la demande de tout le monde* », explique un médecin d'une ONG (E22). Les patients se dirigent aussi préférentiellement vers le Ministère de la santé pour réaliser les examens complémentaires. Seulement, les délais d'attente sont longs : « *Il va prendre un rendez-vous pour faire une échographie qui n'aura lieu que dans 3 ou 4 mois, pour que l'examen soit pris en charge par son assurance.* » (E23).

Mais le système de santé exerce une pression sur les médecins généralistes pour limiter les dépenses de santé alors que les patients les sollicitent pour obtenir la gratuité des soins. Les politiques internes de chaque gestionnaire conditionnent l'exercice du médecin généraliste.

Les possibilités de recours aux infrastructures de santé sont conditionnées par les clauses des contrats des assurances de santé des patients. L'UNRWA est en partenariat avec des structures hospitalières et spécialisées privées ou tenues par des ONG (E18). Un médecin de l'UNRWA (E29) explique que son centre est en partenariat avec une structure regroupant des médecins spécialistes qui « *reçoit seulement les patients chroniques* ». Les médecins généralistes adressent leurs « *patients qu'ils suivent pour maladies chroniques dans ce centre qui s'apparente à un pôle de spécialités regroupant cardioluges et ophtalmologues* ». Selon les médecins de l'UNRWA, ils ne peuvent pas adresser un patient aux médecins de cette structure pour d'autres raisons médicales (E29-notes reportées sur journal de bord). Un médecin de Jéricho (E24) travaillant pour l'UNRWA explique qu'il a des difficultés à coordonner les soins lorsqu'il doit prioritairement adresser ses patients dans les hôpitaux en contrat se situant à Jérusalem et à Ramallah. Depuis la région de Jéricho, l'accès à Jérusalem et même à Ramallah

posent des problèmes compte tenu des difficultés de circulation et du coût qu'impliquent les trajets. Le médecin essaie alors d'adresser ses patients dans d'autres hôpitaux en partenariat, comme à Hébron bien qu'il doive en priorité envoyer ses patients à Jérusalem ou Ramallah. Les médecins ne travaillant pas pour le Ministère de la santé n'ont pas la possibilité d'appeler « *pour prendre un rendez-vous* » pour leurs patients ou de les adresser directement au « *service des consultations externes* » de l'hôpital public (E25). Les médecins expliquent que si le patient nécessite une hospitalisation ou une consultation spécialisée, le patient doit « *aller au Ministère de la santé* », c'est-à-dire, consulter un médecin de soins primaires qui adressera le patient à l'hôpital (E14). L'accès aux services hospitaliers (service de consultations externes des hôpitaux ou centres de soins spécialisés) du Ministère et de l'UNRWA n'est possible que par le biais du courrier du médecin de soins primaires (E7, E8 ; E13 et E18). Un médecin d'une ONG explique qu'il ne peut pas « *adresser un patient directement à l'hôpital* » : ses patients doivent « *aller dans les centres de soins du Ministère de la santé puis de là, ils sont adressés à l'hôpital* » (E14). Par ailleurs, les examens complémentaires disponibles dans les infrastructures gérées par le gouvernement ne peuvent être prescrits que par les médecins du Ministère de la santé. Il « *n'est pas possible de prescrire un scanner ou de prendre un rendez-vous directement* » car « *il n'y a aucune coordination* » explique un médecin d'une ONG (E25). Ce médecin ajoute que les patients « *doivent aller [au Ministère de la Santé] et demander un rendez-vous. C'est difficile comme procédure* ».

Cependant, les consultations de spécialités dans les hôpitaux du gouvernement ne sont programmées qu'avec l'accord du médecin de spécialité en question. « *Si le spécialiste est d'accord, le patient aura un rendez-vous de coloscopie par exemple* », explique un médecin généraliste du Ministère de la santé (E23). Selon lui, ce « *système fait en sorte d'éviter les abus* ». D'autre part, les médecins généralistes du gouvernement n'ont pas l'autorisation de prescrire certains examens, comme un scanner par exemple, disponibles dans les hôpitaux. Le

même médecin explique qu'il « *adresse de nombreux patients juste pour des scanners* » directement au service des urgences ou au service des consultations externes car il n'a « *pas le droit de demander un scanner* ».

Pour obtenir des rendez-vous, les patients se dirigent parfois directement via les services des urgences : « *L'accès facile et de faible coût aux spécialistes font qu'ils viennent ici directement* », explique un médecin urgentiste à l'hôpital de Ramallah (E11). Les patients sont hospitalisés par entrée directe via les urgences et les rendez-vous aux services spécialisés sont programmés lorsqu'un patient consulte aux urgences. Les médecins généralistes n'exerçant pas pour ces deux gestionnaires ne peuvent pas directement envoyer leurs patients consulter les spécialistes ou programmer une hospitalisation dans leurs hôpitaux. « *En cas d'urgences* », les médecins envoient leurs patients au service des urgences médico-chirurgicales des hôpitaux gouvernementaux (E14). Mais si le patient « *n'a pas d'assurances* », en l'occurrence l'assurance sociale, le patient doit payer les soins, explique un médecin de l'UNRWA (E24).

Dans les établissements de l'UNRWA, le courrier du médecin généraliste est important car il « *permet au patient d'être admis dans les hôpitaux contractuels* » (E18), soient les hôpitaux privés ou gérés par des ONG en partenariat avec l'UNRWA. Les frais de santé occasionnés lors d'une hospitalisation ou d'une consultation sont partiellement pris en charge par l'UNRWA si le patient a été adressé par le médecin généraliste. Par exemple, l'UNRWA est en partenariat avec une clinique de spécialités médicales à Ramallah : si le patient « *est adressé par un médecin de l'UNRWA à cette clinique alors il ne paiera que 30 shekels au lieu de 60* », explique un médecin de l'UNRWA (E24).

5.2.2. Rationnement des moyens thérapeutiques

Les médicaments distribués par le Ministère de la santé sont délivrés dans les centres de soins primaires publics. La délivrance des médicaments nécessite la prescription du médecin généraliste travaillant pour le Ministère. Les prescriptions réalisées par d'autres médecins ne

sont pas autorisées. « *De nombreux patients vont dans le privé pour avoir un suivi ou être traités. Ils viennent ensuite ici juste pour avoir les médicaments. Nous devons les voir et nous leurs donnons les médicaments* », explique un médecin du système public (E23). Les patients sont vus par les médecins généralistes des centres de soins primaires qui font une nouvelle prescription en fonction des décisions médicales prises. Ce système permet d'éviter, selon les médecins, une consommation excessive ou inappropriée de médicaments par les patients. « *Les patients viennent parfois faire du shopping !* » (E24). Les patients viennent généralement dans les centres de soins du Ministère de la santé en « *priorité* » car les médicaments sont « *gratuits* » (E20). Un médecin du Ministère de la santé estime que « *les prescriptions sont souvent inadéquates* » lorsqu'elles ont été rédigées par des médecins du système privé. Dans le système privé, les patients peuvent consulter un médecin de spécialité médicale sans avoir pris l'avis d'un médecin généraliste. Selon les médecins interrogés, les prises en charge des patients sont souvent inadaptées car ils consultent souvent « *directement le mauvais spécialiste* » (E24). Les médecins généralistes de l'UNRWA assurent aussi la délivrance des médicaments dans leurs centres de soins, tout comme les médecins du MOH. Les prescriptions d'autres médecins ne permettent pas la délivrance des médicaments dans les centres de l'UNRWA. Leur faible coût implique une demande importante des patients ayant le statut de réfugié (« *Les médicaments à l'UNRWA sont gratuits ou coûtent 3 ou 5 shekels peut-être* » (E25)). Les médecins de l'UNRWA expliquent que les patients font du « *shopping pour avoir des médicaments gratuits comme des antibiotiques, le paracétamol* » mais que cela a bien diminué depuis l'implantation de l'approche « *Family Health Team* » (encadré 2 p.56) (E29). Les médecins estiment qu'ils ont plus de temps pour éduquer leurs patients ce qui permet de limiter aussi « *l'usage des antibiotiques* », largement prescrit jusqu'alors (E28). « *On prend le temps de les examiner, de discuter avec eux, de leur expliquer comment prendre les médicaments, ce qu'il faut faire* », explique un médecin d'une ONG (E14).

Par ailleurs, les médecins généralistes apposent leur signature pour la délivrance des médicaments à la suite d'une consultation spécialisée ou d'une hospitalisation dans les hôpitaux du Ministère de la santé. « *Ils viennent ici juste pour les médicaments puis ils sont suivis en consultation externe à l'hôpital.* », explique le même médecin (E23). Lorsque les patients sortent d'hospitalisation dans les hôpitaux gouvernementaux, ils sont « *référencés* » aux centres de soins primaires où ils sont enregistrés, explique le directeur d'un centre de soins de Jéricho (E8). Ils consultent le médecin généraliste qui assure la délivrance des médicaments nécessaire. Lors des observations réalisées pendant la période d'étude du 01 juillet 2014 au 31 août 2014, les médecins étaient fréquemment interrompus pour apposer leur signature ou leur tampon sur les prescriptions faites par les médecins hospitaliers.

6. La pratique des médecins généralistes dans ce contexte

6.1. Oppression de la population palestinienne : conflits et souffrances psychologiques

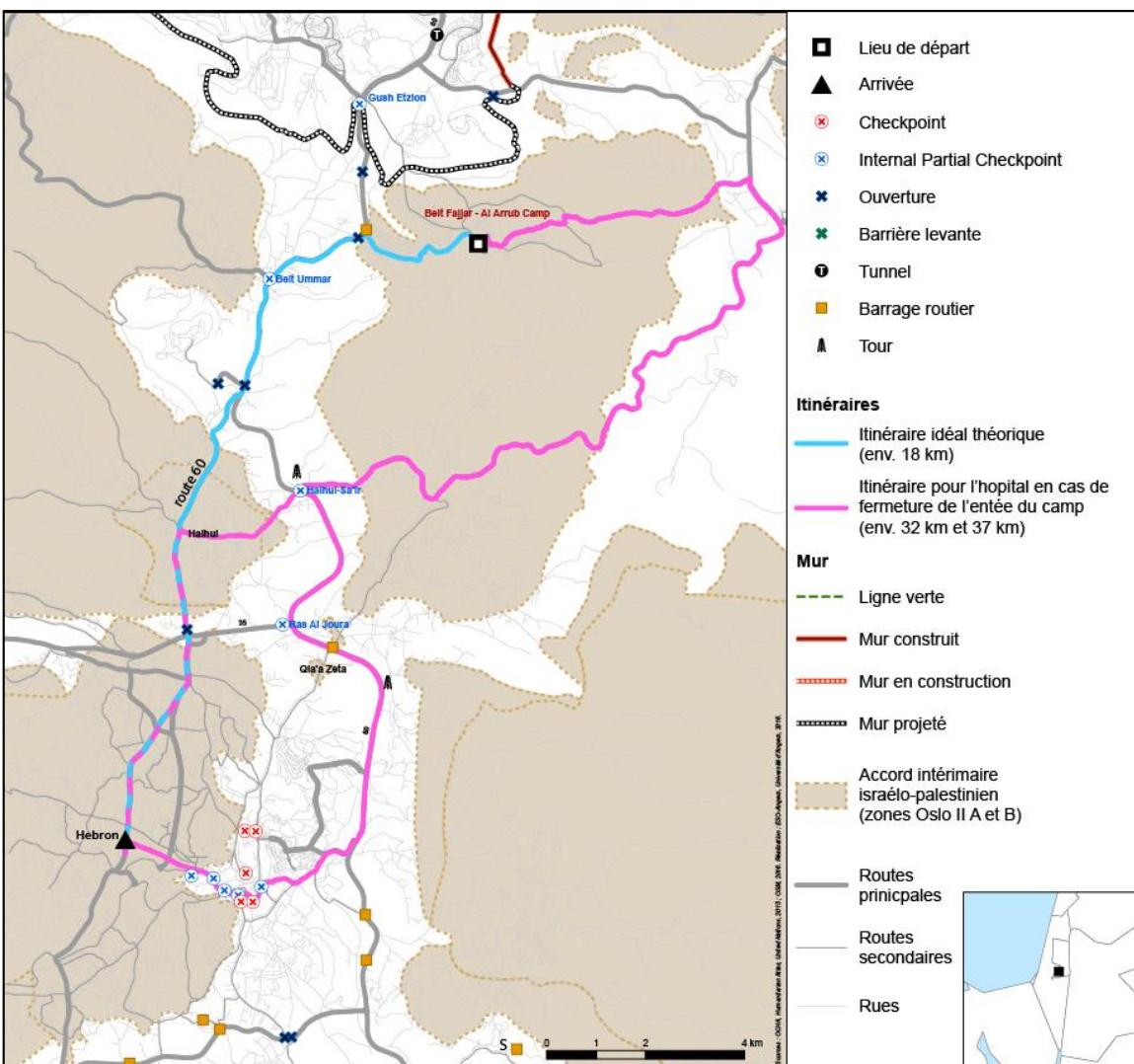
6.1.1. Les médecins généralistes sont en première ligne lors des conflits

La situation géopolitique en Palestine est instable et marquée par des conflits armés réguliers comme en témoigne la dernière Guerre de Gaza s'étant déroulée pendant l'étude (juillet-août 2014). En Cisjordanie, les deux *intifada*⁴ ont marqué les esprits et pour les palestiniens, la Cisjordanie peut toujours être le territoire de révoltes violemment réprimandées. Des altercations surviennent d'ailleurs à n'importe quel moment en Cisjordanie notamment entre les palestiniens et les colons. Les interventions militaires peuvent attiser des mouvements de révoltes pouvant se traduire par une réponse armée de l'armée israélienne. Les médecins

⁴ *Intifada* est un terme arabe qui signifie soulèvement. Il désigne dans ce contexte deux mouvements d'opposition populaire contre l'armée israélienne présente dans les Territoires palestiniens occupés. La première intifada ou guerre des pierres, s'est déroulée entre 1987 et 1993 et la seconde, appelée Intifada el-Aqsa, marque le soulèvement des palestiniens entre 2002 et 2004 (ou 2005 selon les auteurs).

expriment qu'ils sont toujours prêts à accueillir les blessés dans leurs centres de soins. « *Si la situation politique s'aggravait et que des émeutes éclataient dans les alentours, on ouvrira le centre 24h sur 24.* », explique un médecin. (E29) Dès que des conflits sévissent près de leurs centres de soins, ils sont amenés à soigner les personnes blessées dans les centres de soins jour et nuit. « *Ici, peuvent être fait la traumatologie ou les soins des crises d'asthme par exemple. On peut gérer ici. Lors des intifada, le centre était ouvert toute la journée et toute la nuit.* » (E29)

En raison de l'éloignement des centres hospitaliers et des services d'urgences, les médecins généralistes sont souvent en première ligne pour soigner les blessés et les centres de soins se transforment en centres d'urgence de proximité. « *Nous voyons les patients blessés ou qui se sont fait tirer dessus. Nous avons appelé le directeur de notre département de santé ici et nous avons ouvert pendant 24 heures, comme beaucoup d'autres, car les services d'urgences sont éloignés d'ici* » (E28). Al' Arrub Camp, situé dans la circonscription de Hébron, constitue un exemple d'enclavement temporaire d'une zone par l'armée israélienne. Une route principale permet de rejoindre les villes d'Hébron et de Bethléem depuis le camp. Devant l'entrée du camp, les militaires israéliens sont postés de façon permanente dans une tour de contrôle (photo 9 p.100). Une voie d'accès principale est bloquée par des pierres posées par l'armée israélienne qui prévient toutes entrées et sorties véhiculées (photo 10 p.100). La deuxième voie d'accès peut être aussi bloquée par une barrière amovible disposée par l'armée israélienne (photo 11 p.101). Le camp est alors privé de sa voie d'accès principale à ces deux villes. Il faut alors faire un détour important par l'Est du camp (carte 9 p.100).



Carte 9 : Itinéraires-types pour rejoindre Hébron depuis le camp d'Al 'Arrub issus des observations et entretiens (Juillet L août 2014) (carte : S. Giffon/ESO-Angers, 2016)

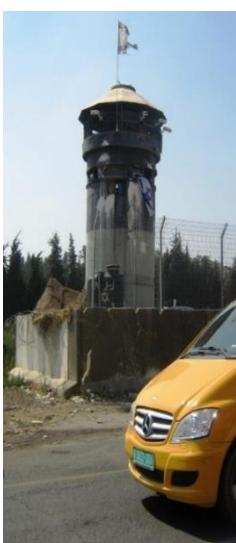


Photo 9 : Tour de contrôle de l'armée israélienne à l'entrée du camp d'Al' Arrub (Juillet L. Cisjordanie, Juillet 2014)



Photo 10 : Camp de réfugiés d'Al Arrub : voie principale entravée par des blocs de pierres (Juillet L. Cisjordanie, juillet 2014)



Photo 11 : Camp de réfugiés d'Al' Arrub : route principale (route 60) et barrière amovible sur la seconde voie d'accès au camp (Juillet L. Cisjordanie, Juillet 2014)

Lors de conflits, les ambulances ne sont pas automatiquement autorisées à passer les check points et à entrer dans les zones fermées. « *Peut-être que mes collègues vous ont déjà dit que de nombreuses femmes ont accouché au check point ! Ils ne les ont pas autorisées à passer avec l'ambulance ! Elles accouchent au check point ! En taxi, en ambulance ou en voiture !* » (E21). Certains villages ou camp de réfugiés peuvent alors être entièrement enclavés ; les allers et retours sont parfois totalement interdits (couvre-feu) pendant une période indéterminée.

Dans les situations les plus critiques, les médecins sont dépendants des délégations étrangères qui font le relais ambulancier pour les urgences critiques, comme lors de la dernière intifada. « *Il dit que lors de situation critique, par exemple en 2002, quand ils [l'armée israélienne] sont venus et qu'ils ont attaqué le camp [de réfugiés], plusieurs organisations étrangères sont venues pour aider les palestiniens. Par exemple, les médecins sans frontières sont venus ici. Eux pouvaient automatiquement passer les check points et ils aidaient les médecins d'ici à faire passer les cas médicaux critiques* » (E15).

Pour faire face à ces situations critiques, les centres sont équipés de matériel médical nécessaire. Nous avons pu constater que les centres les plus équipés sont ceux qui se trouvent dans les zones de conflits. (E21 ; E24 ; E28 ; E29 ; E33)

6.1.2. Un contexte oppressant : souffrances psychologiques et accompagnement par les médecins généralistes

Pendant l'étude, les conditions de vie ont été rapidement oppressantes. Pendant la Guerre à Gaza durant l'été 2014, l'ambiance en Cisjordanie s'est alourdie. Les opérations militaires en Cisjordanie se sont intensifiées ainsi que les altercations entre les palestiniens et les israéliens (militaires et colons). Les activités culturelles ont été annulées en Cisjordanie ralentissant considérablement le dynamisme de la Cisjordanie. De nombreuses manifestations en soutien aux palestiniens de la bande de Gaza se sont déroulées avec parfois des heurts violents liés à la répression de l'armée israélienne (un mort et 200 blessés lors d'une manifestation à Qalandiya le 21 juillet 2014).

Les conflits en Territoires palestiniens ont des conséquences psychologiques et physiques sur la population palestinienne. Les palestiniens consultent souvent pour des symptômes psychosomatiques. « *De nombreux patients ont des problèmes qui ne sont pas purement médicaux : ils ont des troubles psychologiques... Ils ont besoin d'un autre soutien.* » explique un médecin (E28). La présence de l'armée sur les routes, les confrontations entre les palestiniens et les colons, les arrestations, les dépossessions de terrains, la destruction d'exploitations agricoles (plantations d'olivier arrachées) ou encore les expulsions armées (puis destructions des habitations) génèrent des souffrances psychologiques majeures d'expression variée.

Les médecins et acteurs de santé ainsi que les rencontres faites lors des déplacements en Cisjordanie pendant l'étude ont permis de recueillir de nombreux témoignages de ces situations. Lors de la visite d'un centre de soins à Hébron (*notes+ observations du 07.08.2014*

E27), un médecin explique qu'une patiente vient consulter pour son bébé chez qui une éruption est apparue depuis 24 heures. Cette patiente s'est faite expulser avec son bébé de son lieu d'habitation par l'armée israélienne qui a ordonné la destruction de sa maison. Le médecin explique que la maman est très angoissée et revit la scène d'expulsion. Pour le médecin l'éruption de son enfant était d'origine anxiante. La population de Cisjordanie a par ailleurs souffert de la Guerre de Gaza lors de l'été 2014. Les consultations pour symptômes dépressifs et anxiété étaient plus fréquents. « *La plupart des patients qui viennent ici souffrent d'un stress psychologique à cause de ce qu'il se passe en Palestine. Les enfants et les femmes viennent et parlent de leur stress psychologique* » explique un médecin de Jenin (E11). Les conflits provoquent des syndromes de stress post-traumatique particulièrement chez les enfants. « *A cause de l'armée, de nombreux enfants dans les villages souffrent de stress post-traumatique* » (E24). « *Il y a des confrontations partout. Les enfants sont tout le temps stressés.* » (E11)

La présence militaire sur le sol est oppressante pour la population palestinienne. Les trajets en Cisjordanie sont quotidiennement oppressants, pénibles et fatigants. Pendant l'étude, les déplacements réalisés étaient difficiles en raison de l'intensification des contrôles militaires lors de l'été 2014. Le passage des check points est stressant malgré l'usage quotidien par les palestiniens. « *Si vous êtes en voiture avec une plaque palestinienne vous allez voir comment cela peut être vraiment dur... ils vont vous arrêter. Mais si vous êtes touriste, d'une ONG ou diplomate, cela ne posera pas de problème !... Des fois les soldats me tiennent en joue ! Pourquoi vous me tenez en joue ? Je suis médecin, je dois passer !* » (E21).

Les médecins prennent en charge la souffrance psychologique de leurs patients de différentes façons. Certains se forment à la psychologie, notamment en psychologie pédiatrique pour soigner les enfants souffrant de stress post-traumatique (E33). Ils soutiennent leurs patients

en les suivant régulièrement comme l'explique un médecin de l'UNRWA (E24) : « *Quand on voit fréquemment un patient et qu'on le connaît bien, on sait que ce n'est pas une maladie organique mais plutôt psychologique.* ». Pour dépister précocement les troubles psychologiques chez l'enfant, les médecins de l'UNRWA suivent psychologiquement les enfants depuis leur naissance à l'âge de 5 ans (E24 ; E28).

Les médecins travaillent souvent avec une psychologue affectée au centre de soins primaires (E23 ; E24 ; E28). Les interactions entre le psychologue et l'équipe médicale et paramédicale sont importantes. « *Tous ensemble, avec la psychologue, l'équipe médicale et infirmière et le patient, nous essayons de résoudre leurs problèmes* » (E24). Les psychologues sont souvent sollicités pour aider les médecins dans l'accompagnement des patients. « *Je les adresse à notre psychologue à ce moment-là. Ils savent qu'elle est là pour ça.* » (E29)

Le travail en équipe pour l'accompagnement psychologique des patients est important pour les médecins généralistes car l'écoute des patients peut être pesante. Les médecins expliquent d'ailleurs qu'ils sont sous pression (E27) et que la dépression n'est pas rare chez les médecins palestiniens. Un médecin de l'UNRWA explique qu'à cause de la Guerre de Gaza, son collègue ne souhaitait voir « *aucun patient* » car « *il ne voulait plus entendre parler de leurs problèmes* ».

6.2. Les difficultés quotidiennes pour répondre aux besoins de la population

6.2.1. Permanence et continuité des soins

La situation géopolitique fragmente la continuité des soins compte tenu des difficultés de déplacement et de l'imprévisibilité de la situation. La permanence des soins est difficile à maintenir car les conditions d'accès aux centres de soins sont imprévisibles.

Les retards ou les absences des patients ou des médecins aux consultations fixées sont imprévisibles. Le temps nécessaire pour traverser un check point est variable en fonction des opérations de contrôles militaires. Bien que les médecins aient théoriquement un accès facilité

aux check points, il est fréquent selon les médecins interrogés, que l'armée israélienne bloque leur passage. Un médecin exerçant dans la région de Silwad (E21) emprunte régulièrement la route n°60 puis la n°466 qui est coupée par le check point Bet El DCO au nord d'Al Bireh pour rejoindre son lieu de résidence à Ramallah (voir carte en annexe détachable). Cette route a été empruntée avec ce médecin pendant l'étude. Il explique lors du trajet que ce check point laisse passer les « *diplomates et les médecins* » mais le temps d'attente reste aléatoire et imprévisible. « *Mais cela peut arriver qu'ils me disent d'attendre. Pendant 10-30 minutes ou 1 heure... puis ils me laissent passer* ». Selon lui, les raisons de l'attente au check point ne sont pas « *valables* » et que le passage au check point dépend du « *militaire en poste* » (*notes recueillies sur journal de bord-juillet 2014*). Cette route est par ailleurs la « plus rapide » pour rejoindre Ramallah depuis la région de Silwad (voir plus bas p.107). Les médecins absents ne sont pas ou ne peuvent pas être remplacés dans l'urgence. Un médecin de Jéricho explique que son confrère venant « *de Bethlehem n'a pas pu venir pendant 3 jours* ». Les routes étaient coupées par l'armée israélienne et le médecin n'a pas été remplacé pendant son absence « *J'ai dû gérer et voir tous les patients* » (E24). En fonction des opérations militaires sur les routes ou lors de conflits à proximité, les centres de soins peuvent être inaccessibles car les voies d'accès sont bloquées. Un médecin de Jéricho explique que dans ce cas de figure, les médecins ou le personnel de santé sont fréquemment bloqués dans leurs déplacements. « *Quand il y a des routes fermées, certaines personnes ne peuvent pas venir jusqu'ici car ils vivent à l'extérieur de la zone fermée ! J'ai des employés qui vivent à Bethlehem ou Ramallah et ne peuvent pas venir à Jéricho à cause des fermetures !* » (E13)

Pour se rendre aux rendez-vous, les patients rencontrent des difficultés pour arriver à l'heure, impliquant des absences et des reports de rendez-vous. Un médecin de Jenin suit certains patients qui « *viennent d'Israël et de Bethlehem* ». « *Très souvent les opérations militaires, les check points ne leur permettent pas d'arriver jusqu'ici à temps...* » (E12). Les palestiniens

de nationalité israélienne sont communément appelés « *arabs of 1948* ». Ce médecin explique que de nombreux palestiniens israéliens « *préfèrent* » consulter en Palestine. Pour rejoindre Jenin, depuis le nord d'Israël (Tibère, Nazareth), les palestiniens doivent traverser le mur de séparation entre Israël et la Cisjordanie. A Hébron, la situation est particulière. La ville est séparée en deux dont une partie, appelée zone H2, est sous contrôle israélien. « *Les patients qui vivent en zone H2 ne peuvent pas venir facilement et c'est difficile de les suivre.* » Il existe très peu de centres de santé en zone H2, les patients doivent donc se rendre en zone H1. Les passages de ou depuis cette zone nécessitent des autorisations ou sont très compromis par les nombreux check points entourant la zone. La rue Shohada, artère principale de passage dans la vieille ville de Hébron et point de passage entre la zone H1 et la zone H2, est fermée par l'armée israélienne (photo 12). Un centre de santé visité se situe en zone H2, tout près du Tombeau des Patriarches.



Photo 12 : Un des check points à l'entrée de la rue Shohada, Hébron (Juillet L. Cisjordanie, août

2014)

Les palestiniens n'ont pas l'autorisation d'emprunter certaines routes bloquées par des check points permanents. Lors de l'étude, nous n'avons pu emprunter une route dont l'accès est contrôlé par l'armée israélienne au check point Bet El DCO. Véhiculés par un palestinien dans

une voiture avec une plaque palestinienne et malgré un courrier signé par l'ambassade de France, attestant nos déplacements en tant que convoi diplomatique, nous n'avons pas été autorisés à traverser ce check point (*observations-notes reportées sur journal de bord mars 2014*).

Pour contourner les routes entravées par l'armée israélienne ou dangereuses en cas de conflits, les palestiniens empruntent des voies souvent plus longues, sinuueuses ou en mauvais état. Le temps nécessaire pour rejoindre les centres de soins est variable. Dans la région de Ramallah, les routes secondaires reliant Ramallah à Silwad ont été empruntées en taxi collectif. Environ trente minutes ont été nécessaires pour faire le trajet alors que par le check point de Bet El DCO, une dizaine de minutes suffisent pour rejoindre les deux villes (*observations lors des trajets réalisés pendant l'étude*). « *Si je devais passer par d'autres villages ou d'autres routes, je mettrais 25 minutes ou une demi-heure, quelque chose comme ça, si c'est ouvert et qu'il n'y a pas de soldats* », explique un médecin qui travaille dans la région de Silwad (E21). Par ailleurs, les routes secondaires sont aléatoirement bloquées par des opérations militaires et restent imprévisibles. La photo 13 a été prise sur la route reliant Hébron et Bethléem : un contrôle de l'armée israélienne a bloqué la route pendant 20 minutes.



Photo 13 : Contrôle spontané de l'armée israélienne sur la route reliant Hébron et Bethléem (Juillet L. Cisjordanie-août 2014)

6.2.2. Recours aux examens complémentaires et aux autres secteurs

Le manque d'infrastructures en Cisjordanie, notamment dans les zones éloignées des pôles urbains, les difficultés de déplacement des patients et la fragmentation du système de santé empêchent les médecins de répondre correctement aux problèmes de santé de leurs patients. Dans ce contexte, les médecins limitent donc l'utilisation d'examens complémentaires et ne recourent pas nécessairement aux autres secteurs de santé même si cela peut être nécessaire. Les médecins généralistes soignent avec un minimum d'investigation et de moyens. D'ailleurs, les médecins généralistes du Ministère de la santé appliquent les principes de la « *PEN approach* » (voir encadré 3 p.64) (E26). Cette approche « *pour les pays pauvres* » permet de guider le suivi des patients chroniques et d'utiliser un « *minimum d'investigations* » pour le dépistage, la prévention et le suivi des maladies chroniques.

Les médecins généralistes sont contraints à ne pas utiliser certains examens complémentaires nécessaires pour le diagnostic de pathologies courantes ou qui les aideraient à surveiller un patient. Dans la région de Silwad, située à 20 km du centre de Ramallah, les contraintes de déplacements (décrivées plus haut) limitent l'accès aux examens complémentaires de la ville de Ramallah. Les check points imposent des détournements des principaux axes, le temps pour rejoindre la ville de Ramallah demande plus de 35 minutes. Les transports en commun sont chers pour une partie de la population ce qui limite leurs déplacements. La dangerosité des déplacements lors des conflits immobilise les patients de façon imprévisible. Et certains examens complémentaires ne peuvent être obtenus par sa prescription. « *Si vous voulez, nous ne pouvons pas vérifier avec un scanner si le nerf n'est pas endommagé. Nous n'avons pas la possibilité d'avoir un scanner. Nous ne pouvons pas faire de geste de décompression sans le scanner donc nous utilisons les vitamines B6-B12 en injections.* » (E21)

Les difficultés de recours aux examens complémentaires posent « *des problèmes pour le diagnostic de pathologies courantes : de nombreux examens de laboratoire ne sont pas*

disponibles ici. Surtout les tests hormonaux. » Un médecin de Jéricho explique que certains examens « *plus spécialisés, comme pour la thyroïde* » ne sont pas disponibles à Jéricho. Les patients doivent aller dans « *un centre spécialisé de Ramallah* » pour faire cet examen, d'utilité courante en soins primaires. Les examens ne sont donc pas toujours réalisés par les patients ou sont réalisés tardivement car rejoindre les centres principaux implique aux patients des déplacements difficiles et coûteux. Un médecin d'une ONG exerçant à Biddu explique que les patients doivent aller à Abu Dis pour faire des examens de biologie, tel qu'un dépistage d'IST : « *C'est très loin d'ici. Le patient doit aller à Ramallah, puis de Ramallah à Abu Dis. Cela prend 2 heures ! Et ça coûte cher... environ 70 shekels. 70 shekels, c'est un jour de paie en Palestine ! Tout ça c'est parce que c'est politique !* » (E25).

Il est difficile d'utiliser l'échographie selon les médecins car cet examen ne peut pas être fait en soins primaires, « *Où peuvent-ils la faire ? Ici, en soins primaires, ce n'est pas possible* » (E23). Cet examen peut être réalisé dans des cabinets privés mais « *de nombreux patients ont un bas niveau socio-économique* » (E23) ne leur permettant pas de payer l'examen dans les structures privées. Ils ont donc recours aux services du Ministère de la santé. « *Le patient n'a pas l'argent pour le faire dans le privé... Il va prendre un rendez-vous [dans les structures du gouvernement] pour faire une échographie qui n'aura lieu que dans 3 ou 4 mois ce n'est pas facile* » (E23). Les délais d'attente pour cet examen dans les hôpitaux publics sont généralement importants ce qui empêchent le médecin de dépister ou de diagnostiquer rapidement certaines pathologies. Alors qu'il travaille à Jéricho, il précise que lorsqu'un enfant nécessite de passer une échographie, il doit « *l'adresser à l'hôpital pédiatrique pour faire cette échographie alors qu'il n'y a qu'un seul hôpital référent qui se trouve à Ramallah.* ».

Les médecins limitent aussi le recours aux services spécialisés. Un médecin travaillant dans un camp de réfugiés proche de Bethleem explique qu'il « *demande très peu l'avis d'un spécialiste* » parce qu'il est « *souvent difficile d'accéder aux soins hospitaliers* » (E29). Il essaie

de « résoudre et de traiter » les problèmes de santé de ses patients par lui-même, au niveau des soins primaires. Le centre est proche « de la frontière avec Israël et du mur de séparation. Il y a beaucoup de check points sur les routes principales » et les hôpitaux en contrat avec l'UNRWA sont « par moment inaccessibles » (E29).

La région de Jenin constitue un contre-exemple qui permet d'appuyer l'impact de l'occupation territoriale et de la colonisation de la Cisjordanie sur l'accès aux soins. Il y a peu de colonies israéliennes et actuellement, il y a très peu de contrôles militaires sur les routes ou d'opérations dans les villages. Les déplacements effectués pour se rendre à Jenin et les alentours lors de l'étude n'ont pas présenté de difficultés une fois Naplouse dépassée (*observations lors des déplacements effectués en mars et juillet-août 2014*) : entre les villages et la ville de Jenin, il n'existe pas de check point et la présence militaire israélienne est moins visible. La situation est « plus calme », selon les médecins de Jenin (E12 ; E14) avec moins de conflits internes que dans d'autres régions de Palestine. Les médecins de cette région estiment qu'ils ont moins de difficultés pour hospitaliser un patient à Jenin ou pour l'adresser en consultation spécialisée. L'accès aux principaux examens complémentaires est aussi plus facile. « *Est-ce que vous pensez que c'est différent de travailler à Jenin et par exemple à Hébron ? Le médecin : non, la même chose, nous sommes sous occupation, nous avons la même situation économique... les mêmes conditions. Peut-être qu'à Jenin... il n'y a pas de colonies autour de Jenin alors qu'à Hébron il y en a plein. Le traducteur : elles sont vraiment très proches de Hébron. Peut-être qu'à Hébron c'est alors plus difficile. Ici il n'y a plus de colonies... »* (E14).

Les médecins expliquent qu'ils limitent le recours aux examens complémentaires et aux soins spécialisés parce que le coût qu'ils impliquent est trop important pour leurs patients. Les déplacements coûtent chers et de nombreux soins restent à la charge du patient. « *La pauvreté en Palestine est importante* » (E23), les patients n'ont généralement pas les moyens de payer pour les frais de santé. Les médecins expliquent que la majorité des patients « *n'ont pas*

*l'argent pour réaliser des examens dans le privé » (E23). « Le patient n'a pas l'argent pour le faire dans le privé. Alors si je lui prescris, je dois attendre le résultat 3 mois... Donc ce n'est pas facile. Donc vous devez faire un bon interrogatoire et bien l'examiner et jouer au détective en quelque sorte, juste pour vous préserver de demander d'examens onéreux... en pratique c'est difficile. Nous sommes de bons médecins mais pauvres. A cause de cela, cette pauvreté affecte le niveau de service rendu » (E23). Selon un médecin interrogé, les patients ont à charge près de 40% du coût total des soins, alors il limite aussi le recours aux secteurs secondaire et tertiaire (*ensemble des propos issus de notes prises lors de l'entretien E24 le 05.08.2014*).*

6.2.3. Des moyens thérapeutiques manquant

Les médecins rencontrent des difficultés pour traiter leurs patients. Un médecin du système privé explique que les thérapeutiques les plus manquantes sont celles utilisées pour les maladies chroniques : « *Très souvent il n'y a pas de médicament pour l'hypertension artérielle ou pour le diabète sucré. Il n'y a pas de médicament pour les patients cardiaques... Le Ministère de la santé est responsable de ces médicaments et il manque de ces médicaments.* » (E12).

Les pénuries de médicaments essentiels sont fréquentes dans les centres de soins du Ministère de la santé qui est le principal dispensateur. « *Les traitements pour les maladies chroniques tous les mois* » mais ils sont régulièrement en pénurie : « *Mais parfois nous ne les avons pas* » (E20). « *Il arrive que pendant 2 ou 3 mois, on ne trouve pas de l'aspirine au Ministère de la santé* » (E14). Un médecin du Ministère de la santé de Jéricho explique que la pharmacie de son centre de soins de niveau IV distribue « *les médicaments à toutes les cliniques du district de Jéricho et la Vallée de Jourdain.* ». Il ajoute qu'il y a « *parfois des pénuries de médicaments qui sont dues aux conditions économiques de notre Autorité* ». « *Lors de notre dernière requête nous avons signalé un manque pour 45 spécialités médicamenteuses non disponibles ici.* » (E8) Le MOH est aussi responsable de la délivrance des vaccinations ou autres traitements

curatifs, tels que les antibiotiques, dans les centres de soins des ONG ou les cliniques mobiles (partenariat entre ONG et Ministère) mais que les pénuries affectent les possibilités de soins au sein de ces structures. Un médecin mentionne que « *les médicaments pour les maladies chroniques coûtent la plupart du temps plus cher que les médicaments pour les pathologies aigües.* » ce qui limite probablement les possibilités de traitement des patients les plus pauvres.

6.2.4. Les médecins sont dépassés par le flux quotidien de patients

Les médecins du Ministère de la santé et de l'UNRWA voient plus de 100 patients par jour. Cette activité est due aux manques d'infrastructures et de personnel de santé affecté dans chaque centre de soins. Les soins y sont gratuits ou peu coûteux et la population a majoritairement recours à ces deux gestionnaires. Les médecins expliquent qu'ils rencontrent des difficultés pour identifier ou répondre aux problèmes de santé des patients car ils manquent de temps. « *De nombreux patients hypertendus viennent dans notre centre de soins primaires avec des céphalées et nous demandent du paracétamol. Pourquoi ?! Pourquoi nous demandent-ils du paracétamol pour des céphalées ? Pourquoi ? Personne ne va demander ici ! Alors vous prenez bétabloquants, 5 10 ? Ok, je vous prescris des bétabloquants* » ! « *Pourquoi vous voulez du paracétamol ?* » Peut-être qu'il souffre d'hypertension sous traitement... peut être qu'il a un organe cible touché... de nombreux scénarios sont possibles. Pour cela, l'organisation doit être plus appropriée, vous comprenez. Nous n'avons pas de temps ici, à la clinique générale pour demander pourquoi, savoir comment il va, leur situation, de bien examiner les patients chroniques. » (E24)

Les médecins généralistes expliquent qu'ils envoient facilement les patients aux urgences de l'hôpital alors qu'ils auraient pu les surveiller ou les traiter au centre de soins, mais le nombre de patients à voir quotidiennement les en empêche. « *Je vois tous les jours, je vois tous les jours 120, 130, 140, 150 patients par jour ! Par jour ! Il transfère les patients à l'hôpital parce*

qu'il a beaucoup de patients donc il ne peut pas suivre le bébé en même temps dans sa clinique » (E15). « Ils reçoivent donc une réponse comme quoi l'Autorité Palestinienne n'a pas assez de fond budgétaire pour couvrir les dépenses et les salaires pour ce dont ils ont besoin. Donc ils sont sous pression ! Par exemple : ils ont besoin de peut-être trois médecins dans le département où travaille le médecin. Mais parce qu'il n'y a pas de fond, pas assez de budget pour payer les 3 salaires des docteurs, le docteur [que j'interroge] voit le double ou le triple d'un seul docteur »

Dans ce contexte, les médecins doutent de la qualité de leurs soins. « Des fois, nous ne prendrons pas assez de temps pour un patient » (E20). « Le problème pour nous, il y a plein de monde qui vient ici, vous savez ça. Ici, le docteur voit 100 patients ! Qu'est-ce qu'il va pouvoir voir ?! Ici, il veut bien travailler mais il ne peut pas travailler correctement s'il voit de nombreux patients. » explique un médecin directeur d'un centre de soins du gouvernement. (E17). Les prescriptions thérapeutiques peuvent être réalisées trop rapidement, privées d'un temps de réflexion adéquate. « Mais il n'a pas le temps donc il prescrit et on verra ! Elle [le médecin] voit 80 à 90 patients par jour. C'est vraiment difficile, c'est trop ! »

6.2.5. Le suivi des patients au long cours

Le va-et-vient des patients d'un gestionnaire à un autre et leur manque de coordination impliquent des difficultés pour le médecin généraliste à faire l'historique médical de ses patients et le suivi au long cours. Ils n'ont pas systématiquement de compte-rendu des hospitalisations ou des consultations de leurs patients avec d'autres spécialistes. « Je n'ai pas de compte rendu de son opération, je n'ai pas de courrier de sortie ! », explique un médecin de l'UNRWA qui rencontre des difficultés lorsque les patients sortent d'hospitalisation (E29).

Le suivi est plus difficile lorsque le patient consulte dans le privé car les médecins auraient moins de courriers de leur part. « S'il va dans le privé, je ne peux pas savoir » (E18). Un médecin explique que les patients sortant de l'hôpital public viennent récupérer les

médicaments dans les centres de soins primaires et « *sont ensuite suivis au service des consultations externes* » de l'hôpital. « *Parce qu'ils viennent ici pour les prescriptions et les médicaments. Juste les médicaments puis ils sont suivis en consultation externe à l'hôpital.* Selon moi, ils devraient être vus en soins primaires. Les patients hypertendus qui ont tel ou tel médicament devraient être vu par l'équipe médicale et infirmière pour qu'elle prenne les constantes puis ensuite vu par le médecin avec lequel ils discutent » (E23) Les médecins ne sont pas engagés dans le suivi du patient en post-opératoire comme le suggère ce médecin. Enfin, les médecins estiment que s'ils travaillaient dans des centres de soins avec « *tout ce qu'il faut pour s'occuper des patients* », notamment des médecins de diverses spécialités cliniques, ils auraient moins de difficulté pour la prise en charge de leurs patients. Ils n'adresseraient leurs patients « *à l'hôpital que pour les urgences et les opérations* » (E20). Les difficultés de coordination entre les secteurs de soins sont aggravées par un outil informatique peu développé. « *Dans le futur peut être aurons-nous un réseau commun entre le secteur public et le secteur privé. Cela aura pour but d'accéder à l'historique du patient par son numéro de carte d'identité... L'identification du patient se fera par le numéro d'identité peu importe où il va, s'il va dans le secteur public, privé ou autres, on aura accès à son historique.* » (E17)

Un médecin du Ministère de la santé explique qu'il n'a pas toujours connaissance des « *examens de laboratoire par exemple* » de ses patients ou bien de « *ce qu'il s'est passé lors d'une hospitalisation* » (E18). Un médecin de l'UNRWA explique qu'il utilise « *logiciel informatique e-health depuis 1 an environ* », « *ce qui facilite l'accès au dossier du patient par rapport à avant.* » (E28). Le dossier médical informatisé facilite la continuité des soins et le suivi des patients. Les médecins ont plus facilement accès à l'historique médical de leurs patients (consultations et antécédents).

Lorsque le dossier informatique est partagé par le personnel soignant du centre de soins, la coordination entre les professionnels de santé est plus simple. Les prescriptions du médecin sont visibles directement par le pharmacien par exemple ou alors les soins donnés par l'ensemble des professionnels sont inscrits dans le dossier. « *Un patient qui vient pour un service [...] est adressé au bon service : s'il veut voir le médecin ou l'infirmière ou la sage-femme, c'est marqué. [...] A la fin de la consultation, le médecin va noter les symptômes, l'examen clinique et les traitements. Il adresse le patient à la pharmacie qui va voir ce qui lui a été prescrit.* » (E13)

7. Maintenir l'accès aux soins

7.1. Se regrouper pour travailler plus facilement ensemble

Le mode d'exercice des médecins généralistes est semblable à un exercice en centre de soins pluridisciplinaire ou maison de santé. Cette organisation facilite leur travail. En s'entourant de plusieurs acteurs de santé dans le même centre de soins cela peut faciliter la coordination des soins. Dans le contexte palestinien, travailler dans un centre de santé permet aussi d'assurer un minimum de soins en un seul déplacement. Les difficultés de déplacement peuvent compliquer la réalisation de certains soins. Les organismes de santé emploient d'ailleurs fréquemment du personnel de santé habitant dans la localité ou aux alentours proches du centre de santé. Cela permet de limiter les absences. Un médecin employé de l'UNRWA (E30) explique que l'organisation « *essaie toujours d'employer des personnes qui habitent proche du centre de soins à cause de la situation politique : cela permet de minimaliser le nombre d'absences* ». Et le recrutement de proximité permet de renforcer les liens dans la communauté entre le personnel soignant et les patients, comme cela a été décrit plus haut.

Dans les zones géographiques enclavées de façon permanente ou ponctuellement lors des conflits (E14), les centres de soins primaires s'organisent pour que des médecins d'autres

spécialités viennent y travailler plusieurs jours par semaine. Il s'agit généralement des spécialités médicales dont les médecins généralistes ont le plus souvent recours : dermatologues, gynécologues, ORL ou orthopédistes. Un médecin de la région de Jenin témoigne que lors de la dernière Intifada, « *les patients ne pouvaient pas se rendre à Jenin* », et demandaient « *aux spécialistes de venir une à deux fois par semaine ou toutes les deux semaines.* » (E14).

Bien que l'organisation en centre de santé soit à l'origine historique et possiblement économique, l'isolement géographique et temporel imposé par l'occupation semble favoriser ce mode d'exercice. Un médecin de la région nord de Ramallah a ouvert un « complexe » médical qu'il souhaite développer pour permettre de garder en observation des patients pendant la nuit. E21 : « *Moi : parce que vous voulez dans le futur, avec ces trois lits, donner des soins de premier recours ? Docteur G : oui* ». Il explique qu'il a besoin d'un moniteur de surveillance des paramètres hémodynamiques, de pieds à perfusion pour réaliser des soins surveillés et continus la nuit (*notes issues de E21*). Il explique que ce choix d'exercice est lié à la situation géographique de son centre de soins (voir plus haut). « *La nuit vous ne trouvez pas de « sherout »⁵ pour rejoindre Ramallah. Mais si vous n'avez pas votre propre voiture vous avez besoin d'une voiture spéciale ou alors en ambulance et en ambulance ça coûte 200 shekels pour rejoindre Ramallah !* ».

7.2. Les cliniques mobiles : servir les populations isolées

Les zones isolées par le mur de séparation, les zones d'habitations entourées de colonies ou les zones rurales éloignées des grandes villes sont dépourvues de structures de soins. En zone

⁵ Le « Sherout » est un taxi collectif permettant de réaliser des liaisons interurbaines dont les trajets sont fixes. Plusieurs arrêts sont réalisés sur le trajet en bordure de certaines villes ou villages de Cisjordanie.

C, l'Autorité Palestinienne nécessite l'autorisation d'Israël pour développer ses infrastructures. Un directeur d'une structure de soins à Jéricho explique qu'en « *zone C, il y est très difficile de faire certaines choses* » et que cela n'est possible « *qu'après de nombreuses permissions auprès d'Israël* » (E8). En tant que puissance occupante, Israël a la responsabilité d'assurer les besoins fondamentaux de la population palestinienne notamment en santé. L'accès aux soins dans cette zone est cependant très restreint. Les médecins généralistes se déplacent en cliniques mobiles pour fournir des soins primaires à ces populations isolées. « *Avec les cliniques mobiles, les équipes médicales vont dans les villages proches du mur de séparation. Lorsque les militaires israéliens ne leur permettent pas de passer alors ils choisissent le village le plus proche pour faire leurs activités.* » (E14). Les médecins vont aussi à la rencontre des bédouins, population de nomades vivant principalement dans les montagnes de la vallée du Jourdain en Cisjordanie. Le Ministère de la santé intervient auprès des bédouins de la vallée du Jourdain pour les vaccinations, selon le directeur d'un centre de soins de Jéricho (E8) et certaines ONG interviennent aussi auprès de cette population (*Entretien annexe avec une équipe paramédicale d'une ONG E26*).

Les possibilités de soins avec les cliniques mobiles restent cependant limitées. « *C'est plus une clinique générale, pour les patients ambulatoires* » (E24) qui fournit des soins de premier recours et de prévention. Les cliniques mobiles sont généralement constituées d'une équipe médicale et paramédicale (infirmière le plus souvent) (E14 ; E24). Lorsque les patients nécessitent des examens complémentaires, les patients doivent donc se rendre dans les centres de soins dans les villes. Il est par ailleurs probable que les médecins adressent plus souvent leurs patients aux urgences des hôpitaux lorsque les patients nécessitent des examens complémentaires ou lorsque la continuité des soins sur place est impossible en raison des difficultés de déplacement décrites plus haut.

8. La relation médecin-patient en Palestine

La situation géopolitique de la Palestine est oppressante au quotidien. La prise en compte des souffrances psychologiques des patients prend un sens particulier. Selon les médecins et le personnel de santé interrogés, les patients consultent souvent pour des troubles psychosomatiques ou de « *stress pathologique à cause de ce qui se passe en Palestine* » (E22)

L'appartenance à une même communauté en Palestine- « *Les patients sont issus du même peuple* » (E29) - est importante car ils comprennent ce que vivent leurs patients. « *Il faut vivre ici pour comprendre ce que nous vivons* ». L'expérience de vie singulière et difficile sous occupation est autant vécue par les patients que les soignants. Ce qui leurs permet une compréhension globale des « *conditions dans lesquels ils vivent* » (E17) et une empathie à l'origine d'une relation de confiance. Le sentiment d'insécurité lié à l'occupation peut favoriser un lien « *paternaliste* » ou « *vertical* » dans lequel le patient se sent rassuré et en sécurité auprès de son médecin. Les attitudes de certains médecins observés étaient réconfortantes et apaisantes. Le médecin cherchait à être bienfaisant : les décisions semblaient être prises par les médecins (*les consultations étaient en arabe, seuls les gestes pouvaient être interprétés*). *Les médecins expliquaient après chaque consultation la plainte du patient, ce qui a été dit pendant la consultation*). Mais l'interprétation des relations observées lors de l'étude ne permet pas de définir précisément le mode relationnel entre les médecins et leurs patients.

Par ailleurs, l'intégration des facteurs psychologiques et environnementaux des patients dans les soins se rapproche d'une approche holistique caractérisant la profession de médecin généraliste selon la WONCA ainsi que du modèle biopsychosocial définie par G. Engel (voir Discussion p.122). « *Soins centrés sur le patient et remis dans son contexte* » (E29). Lors d'une consultation observée dans une ONG à Hébron, le médecin explique qu'il droit prendre en compte si la patiente « *vit bien ou dans de mauvaises conditions* », connaitre « *ses liens*

familiaux » et « *ses relations au sein de son couple* » pour bien la soigner (*E34, propos issus des notes lors de l'entretien et de l'enregistrement audio*).

Les médecins insistent régulièrement sur le lien de confiance qu'ils ont avec leurs patients : « *Ils me connaissent, je les connais bien, ils me font donc confiance* » (E1). Elle s'installe grâce au temps accordé lors des consultations et donc au temps donné pour répondre aux questions des patients. Les médecins du secteur privé et des ONG affirment aussi qu'ils ont « *plus de temps pour expliquer les complications des maladies, pour laisser le temps aux patients de parler et d'expliquer leurs plaintes* » (E33) par rapport aux médecins du secteur public et de l'UNRWA. Mais l'approche appelée « *Family Health Team Approach* » (encadré 2 p56), permettrait d'améliorer la relation entre le médecin et son patient : « *De cette manière, on se connaît de mieux en mieux en se voyant plus souvent.* » (E24), « *Ils nous connaissent tous mieux... Ce qui nous aide à mieux négocier avec eux et à mieux prendre soin d'eux.* » (E28). Avec cette approche, les médecins ont augmenté leur temps de contact avec les patients. De plus, l'organisation en équipe s'occupant d'une même famille permet de renforcer les liens entre soignants et patients et d'intégrer plus facilement les composantes environnementales, sociales et familiales. La relation de confiance s'établit aussi dans la durée. Le suivi au long cours favorisé par la stabilité et la longévité d'exercice d'un médecin dans un lieu d'exercice améliore, selon eux, les relations avec les patients. « *Même clinique, même médecin* » est exprimé par certains médecins pour expliquer que c'est une des conditions pour avoir « *de bonnes relations avec les patients* » (E14). Un bon nombre de médecins employés par le Ministère de la santé changent fréquemment de centres de soins et cela affecterait la relation de confiance entre les patients et les médecins. Les médecins généralistes qui suivent un cursus de Médecine de Famille (encadré 4 p.73) considèrent que leurs relations avec les patients s'améliorent aussi grâce au suivi de leurs patients dans la durée parce qu'ils travaillent notamment dans un même centre de soins.

Les médecins souhaitent probablement se distinguer des médecins d'autres spécialités (secteur secondaire) et du milieu hospitalier. Connaitre la situation de leurs patients, prendre le temps de discuter avec eux et de les accompagner dans leurs souffrances renforcent les liens qu'ils ont avec leurs patients ce qui permet de « *mieux les soigner* ».

La relation médecin-patient ou de façon plus large, soignant-population, s'inscrit dans une démarche de cohésion sociale au sein de la communauté. Les liens communautaires entre les soignants et la population et entre les patients eux-mêmes sont renforcés par cette démarche. Le personnel médical et les médecins sont très souvent actifs dans la société à travers des réunions sur des thèmes de santé ou par des actions de solidarité (*une infirmière, activiste dans une association pour femmes faisant des actions communautaires, a participé à l'entretien E22*). Les soignants expriment facilement la nécessité de se rendre utile pour la communauté : « *Ca nous donne beaucoup de satisfaction... Cette satisfaction à donner du temps pour faire quelque chose de bien nous permet en fait de continuer* » (E22). Certains centres de soins organisent des groupes focus sur des thèmes divers (comprendre le diabète, manger équilibré par exemple). L'observation d'un focus groupe dans un centre de soins de l'UNRWA (*le 18.08.2014*) permet de donner un exemple. Les participants étaient des patientes diabétiques ou des femmes de patients diabétiques. Il était question de discuter de l'équilibre alimentaire des repas aux domiciles. Les patientes devaient se présenter et étaient amenées à parler d'elles-mêmes. Une psychologue intervenante demandait à chaque patiente « *d'exprimer ce qui les rendait triste* » lorsqu'elle se présentait. Le but était, selon la psychologue, de les amener à parler de « *leur situation quotidienne dans le camp* ». Les réponses des femmes renvoient toujours à la situation géopolitique de la Palestine et aux conditions de vie sous occupation. L'infirmière intervenante expliquait que l'un des buts de ce focus groupe était que les « *patientes se soutiennent entre elles* ».

Certains traits culturels de la population sont à prendre en compte pour qualifier la relation médecin-patient. La réputation d'un médecin dans la société est importante et prend une place considérable dans la relation soignant-patient. Elle est prise en compte pour déterminer le choix des patients. « *Il va y avoir une sorte de compétition entre nous si vous voulez : les patients vont savoir qui examine bien, qui prend mieux soin d'eux, qui va leur faire perdre de l'argent. Ça marche à la réputation ici.* » (E21). Selon les médecins, la réputation du médecin permet d'établir un lien de confiance rapidement. « *J'ai une bonne réputation, les patients ont confiance en moi. Je suis réputé pour l'examen clinique et pour faire des diagnostics et repérer les problèmes de santé. Je suis le meilleur médecin de la région* » (E29). « *Les patients entendent parler d'un médecin, qui a une bonne réputation, alors ils vont venir le voir bien sûr.* » (E12). Ce choix expliquerait pour ce dernier médecin que plusieurs de ses patients viennent la consulter depuis les villes de Nazareth ou Tibère en Israël. La religion musulmane majoritaire en Palestine demande au médecin de prendre certaines « précautions » pour l'examen d'une femme (voir plus haut). Enfin, les souffrances psychologiques ou psychiatriques peuvent encore être taboues dans la société palestinienne selon certains médecins. « *Tu dois aller voir le psychiatre- sa réponse est « non, non, non ! Ils vont me dire que je suis fou ! ». Vous voyez notre culture !* » (E18).

Le déroulement de certaines consultations peut cependant limiter la confidentialité entre le médecin et le patient. Certaines consultations observées se déroulaient alors que la porte était partiellement fermée par exemple. Les interruptions au cours de plusieurs consultations étaient fréquentes. D'autres patients pouvaient frapper à la porte ou même l'ouvrir, interrompant le médecin dans sa consultation. Il n'était pas rare aussi de voir un ou plusieurs membres d'une famille intervenir au milieu de consultation alors qu'ils n'étaient pas présents initialement. Le personnel de santé pouvait fréquemment s'entretenir avec le médecin pour des demandes ou des signatures de documents pendant les consultations. Les médecins observés semblaient ne

pas pouvoir contrôler leurs déroulements. Ils montraient fréquemment des signes d'impatience lorsque des intrusions successives interrompaient leurs consultations. Ces observations étaient plus fréquentes lorsque le flux de patients dans les centres de soins visités était important, particulièrement dans les centres du Ministère de la santé et de l'UNRWA.

DISCUSSION

1. Résultat principal et son implication

Encadré 5

Le modèle biopsychosocial défini par G. Engel [24-25]

Sur le plan théorique, il s'agit d'une représentation de l'être humain dans laquelle les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont considérés comme participant simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie.

Dans le cadre du modèle biopsychosocial, la pratique clinique a deux caractéristiques essentielles : un élargissement des perspectives et la participation active du patient. Un critère important d'un bon fonctionnement biopsychosocial est une réelle intégration des diverses perspectives, qui implique que les dimensions biologiques, psychologiques et sociales soient abordées de manière simultanée.

Le principal résultat de notre recherche est que les modalités de la pratique de médecine générale en Palestine sont proches des définitions internationales (WONCA) mais que les pratiques médicales sont fortement impactées par le contexte géopolitique palestinien qui isole les médecins généralistes dans un système de santé en construction. Certaines caractéristiques identifiées les différencient des autres spécialités médicales. Leur capacité à répondre à tous problèmes de santé, à des stades précoce, et la prise en compte de l'entièreté de l'individu en tant que premier contact sont des caractéristiques qui définissent les médecins

généralistes selon la WONCA [21]. Dans notre étude, nous avons aussi constaté que la relation médecin-patient se rapprochait d'un modèle biopsychosocial tel qu'il a pu être défini par Engel (encadré 5 p.122).

Ce résultat montre d'une part que les médecins généralistes assurent des missions de santé publique, en vivant et travaillant au contact des populations. Ils représentent un accès direct au système de santé palestinien. Dans le préambule de sa conférence en 1994 sur l'exercice de la médecine de famille, la WONCA affirme que « les médecins de famille sont considérés comme le pivot pour des soins globaux, continus, coordonnés et centrés sur la personne. Les médecins assurent avec les autres professionnels de soins primaires une utilisation optimale des ressources de santé. Leur rôle devient majeur lorsqu'ils permettent d'améliorer la coordination des soins d'un patient et des services de santé de la communauté ».

En 2014, les maladies chroniques, telles que le diabète ou les cancers, sont les premières causes de mortalité des palestiniens et représentent un enjeu de santé public [13]. La complexité de leurs prises en charge nécessite l'intervention de plusieurs acteurs de santé. Leur coordination est à l'origine d'un parcours de soins efficace dans la durée. Les patients atteints de maladies chroniques nécessitent un accompagnement tout au long de leur vie, un soutien pur comprendre leurs maladies, un suivi adapté pour limiter les complications inhérentes à l'évolution des maladies et des traitements [26]. Enfin, il est important de prendre en compte l'entièreté de la personne humaine en intégrant les dimensions psychologiques, sociales, familiales et environnementales. L'émergence des maladies chroniques a inquiété l'UNRWA qui a réévalué l'organisation de ces centres de soins primaires pour y faire face. Afin de mieux soigner les patients, les équipes de soins sont organisées autour d'un médecin de famille (encadré 2 p.56). Les médecins adoptent une approche globale et horizontale en intégrant l'ensemble des dimensions d'un individu. En 2015, le Ministère de la santé continue ses efforts pour l'amélioration de ces centres de soins primaires en implantant la même

approche basée sur la médecine de famille. Avec le soutien de l'OMS [27], il souhaite promouvoir des soins de qualité dans les centres de soins primaires qu'il considère comme le pivot et le garant d'un accès rationnel aux soins [16].

Selon l'Oms, jusqu'à présent les soins primaires restent organisés sur un « modèle vertical » axé sur le traitement des maladies et basés sur « les grands défis du passé à savoir les maladies transmissibles, la mortalité maternelle et infantile » [13]. Il est vrai que les interventions des médecins se limitent parfois aux traitements curatifs. La division des services selon les programmes de santé (prévention, prise en charge des maladies chroniques) dans les centres de soins primaires est certainement nécessaire compte tenu du flux quotidien important de patients. Le nombre de consultations dépasse souvent les 40 par médecin voire les 100. La répartition des « tâches » entre le personnel paramédical et médical permet probablement aux médecins de se concentrer sur les traitements et le suivi des patients, notamment pour les maladies chroniques. Considérer les patients dans leur totalité peut s'avérer difficile dans cette organisation : le patient n'est pas au centre des soins, la prévention et le traitement des maladies chroniques sont priorisés.

Par ailleurs, le contexte oppressant des territoires occupés est à l'origine de souffrances psychologiques répandues dans la population palestinienne. En 2005, l'Organisation mondiale de la santé s'inquiétait déjà de l'augmentation de la morbidité de la santé mentale parmi les jeunes adultes et les enfants [28]. Les troubles névrotiques, la dépression et autres troubles de l'humeur, les schizophrénies et le retard mental chez les enfants sont les pathologies psychiatriques les plus diagnostiquées [29]. La littérature a largement mis en évidence l'impact majeur des conflits sur la santé mentale des populations. Les palestiniens subissent des conflits armés, des restrictions dans leurs libertés et sont généralement en difficulté économique et sociale. Les arrestations d'enfants et d'adultes sont fréquentes et les conditions de détention sont déplorables. Le mur de séparation et l'impact sur l'accès aux terres ainsi que le manque

d'opportunité économique, la poursuite de la colonisation, la présence militaire en Cisjordanie, les refus de constructions et les démolitions des habitations sont autant d'aspects du quotidien des palestiniens ayant un retentissement psychologique. Les humiliations de la population palestinienne sont fréquentes et leurs relations avec les affections mentales ont aussi été décrites dans la littérature [30]. Nous avons pu observer dans notre étude que l'occupation et ses facettes engendrent des sentiments d'insécurité, d'exclusion, d'isolement et de pessimisme, directement en lien avec les conditions de vie sous occupation et la répression de l'armée israélienne. Se sentir pris au piège favorise le développement des troubles psychologiques [30]. Nous avons pu observer que les centres de soins primaires sont en fait des lieux d'accueil, d'écoute et d'accompagnement pour la population palestinienne. Une étude qualitative d'Azza Shoaibi et *al.*, publiée en 2011, sur la perception de l'accès aux soins par des patients(de Ramallah) atteints de maladies cardiovasculaires et de diabète [31], montrait que les patients préféraient les soins reçus dans les centres de soins primaires : les liens sociaux étaient plus solidement établis et les patients se sentaient intégrer au centre de soins. Ils représentent des lieux où les patients se sentent en sécurité et considérés. Les médecins de notre étude accordent beaucoup d'importance à l'écoute des patients. La relation de confiance favorise d'ailleurs le dépistage et l'accompagnement des souffrances psychologiques qui sont parfois tabous dans la société palestinienne. Les attitudes paternalistes des médecins peuvent sécuriser ou réconforter les patients. Enfin, le personnel de santé se sent proche des patients car les employés viennent des mêmes communautés.

A l'heure actuelle, les pathologies mentales restent cependant sous diagnostiquées et mal prises en charge par le corps médical [32]. Il serait nécessaire que les médecins généralistes puissent recevoir une formation appropriée au dépistage des maladies mentales et à l'accompagnement des souffrances psychologiques. Soutenu par l'OMS, le Ministère de la santé souhaite intégrer le programme de santé mentale dans tous les centres de soins primaires [17-

31]. En proposant des « soins dans la communauté », il reconnaît ainsi que les pathologies mentales sont au cœur des problèmes de la communauté palestinienne. Le personnel médical est formé à la thérapie cognitivo-comportementale ainsi qu'à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Un médecin de notre étude était d'ailleurs formé à la prise en charge des souffrances mentales de l'enfant (ONG).

2. Le médecin généraliste en tant que défenseur des soins de proximité

Le contexte géopolitique contraint les déplacements de la population et l'accès aux principaux centres spécialisés et hospitaliers est difficile depuis l'extérieur des zones urbaines. Notre étude montre que le morcellement du territoire isole les populations rurales des pôles urbains mais aussi des circonscriptions entre elles. Par ailleurs, depuis les zones rurales, une majorité de la population emprunte les services de taxi collectif. Le coût des transports est une contrainte pour se déplacer limitant l'accès aux principaux pôles urbains. L'éloignement ne se désigne pas en distance physique mais se mesure en temps nécessaire pour que les patients puissent rejoindre ces structures. Les obstacles sont principalement liés à l'occupation du territoire : check points, blocs de pierres, mur de séparation, contournement des check points, dangerosité des routes, imprévisibilité des contrôles routiers, etc. En 2014, l'OMS observait ces restrictions à la liberté de circulation des palestiniens et les résultats d'une étude de Lina Eklund et al. (2010) confortent les tendances observées dans notre étude [33]. Un Système d'information géographique a été créé en intégrant les données sur les facilités d'accès aux hôpitaux, sur les réseaux routiers, notamment la qualité des routes, les obstacles physiques de l'armée israélienne et de tout autre obstacle. Lina Eklund et al. ont analysé les limites de la mobilité dans l'actuel système de transport et l'impact sur l'accès aux services de santé. Ils ont étudié le temps nécessaire pour rejoindre un centre hospitalier, considéré comme un facteur limitant pour obtenir un service de santé. Ils ont démontré que le nombre moyen de

check points par route et par circonscription était le principal facteur affectant le temps de trajet pour rejoindre un hôpital et le mur de séparation, le principal facteur augmentant la distance parcourue. Douze pour cent de la population devait passer par au moins un check point pour rejoindre l'hôpital le plus proche et selon l'OMS, « *14,3 % de la population palestinienne de Jérusalem, qui est de 404 165 habitants, doit franchir le mur* » pour accéder aux services de santé [13]. La qualité des réseaux routiers affectait l'accessibilité de l'hôpital le plus proche. Cinquante pour cent de la population étudiée utilisait un service de taxi pour se déplacer, ce qui contribuait aux difficultés de déplacement vers l'hôpital le plus proche. La plupart des habitants des localités voisines avait un accès à l'hôpital le plus proche en 30 minutes. Les zones d'habitation de Cisjordanie se situaien t en zones A et B et dans une périphérie proche des pôles urbains, ce qui pouvait expliquer ce résultat. Cependant, l'étude de Lina Eklund montrait que cette situation n'était valable que si tous les check points présents étaient ouverts et qu'il n'y avait aucun véhicule arrêté par l'armée israélienne. L'étude suggérait que le temps moyen devait probablement être plus long, malgré une situation « convenable ». Elle montrait aussi que dans le cas où il n'y avait plus de barrières physiques, si la Cisjordanie n'était plus occupée, les localités auraient un accès à l'hôpital le plus proche en moins de 30 minutes. Même si certains check points étaient ouverts au moment de l'étude, la situation pouvait changer rapidement. Bien que les conditions de circulation et de déplacement étaient plus favorables qu'il y a quelques années, le temps de certains trajets réalisés à plusieurs reprises étaient variables en fonction des interventions militaires et des embouteillages à certains check points. Au niveau de Qalandiyia par exemple, principal accès à Jérusalem et point de passage obligatoire du Nord et de Ramallah pour rejoindre les villes du sud comme Bethleem et Jéricho à l'est, les embouteillages étaient fréquents au moment de notre étude.

Enfin, l'équipe de Eklund supposait qu'une partie de la population limitait ses déplacements et ne se déplaçait pas forcément pour obtenir les soins qu'elle nécessitait au dépend de leur santé. En 2013, selon les chiffres du Ministère palestinien de la santé, 6 circonscriptions sur 12 ne possédaient pas de centre de radiologie public, notamment les régions de Jéricho, Jérusalem, et Tulkarem [34]. La région de Jenin ne possédait qu'un seul centre d'investigation pour une population de près de 300 000 habitants. Ces constatations peuvent expliquer que les médecins de notre étude limitent les investigations et le recours aux autres secteurs de soins pour que les patients n'aient pas à se déplacer. Regrouper plusieurs acteurs de santé dans des centres à proximité des populations éloignées des pôles urbains permet alors de maintenir une certaine offre de soins, de ne pas perdre de temps ni de vue leurs patients. L'offre de soins primaires est majoritairement organisée en « centre », « clinique » ou « complexe » de soins. La plupart des structures que nous avons visitées regroupent plusieurs acteurs de santé de soins primaires, d'autres médecins de spécialités (gynécologue, ORL, orthopédiste, dermatologue) et un laboratoire d'analyse biologique. Dans les zones éloignées des pôles urbains, cela permet de maintenir une offre de soins de proximité. Même si les services médicaux varient, grâce à l'offre de plusieurs gestionnaires sur un territoire éloigné des villes (comme à Silwad), regrouper certaines spécialités et des moyens simples d'investigations permettait probablement aux médecins généralistes de suivre plus facilement leurs patients en limitant les va-et-vient des patients d'un gestionnaire à un autre.

Mais certaines spécialités ne sont pas retrouvées dans les centres de soins alors qu'elles peuvent contribuer à améliorer l'offre et la qualité des soins. Il n'y a pas de cardiologues par exemple alors que les patients ayant des facteurs de risque tels que le diabète ou le cholestérol nécessitent une surveillance cardiaque pour le dépistage et le suivi de maladies cardiovasculaires. La présence de confrères spécialistes dans les centres de soins peut donc avoir un but économique. Les consultations sont souvent plus chères que le reste de l'offre

dans les centres de soins primaires, notamment dans les centres de soins privés et les ONG, dont le budget dépend des aides internationales. Offrir des soins spécialisés dans les centres de soins est sans doute un moyen d'augmenter leur budget et maintenir ainsi une offre de soins primaires peu onéreuse. En 2014, près de 163 000 familles étaient couvertes par l'assurance sociale en Cisjordanie ce qui pouvait représenter environ 30% de la population palestinienne. Mais près de 40% des dépenses de santé sont supportées par la population contre seulement 30 % à la charge du système public. En 2013, le Ministère de la santé palestinien avait annoncé un plan de réformes concernant l'assurance sociale qui devait notamment permettre aux ménages d'avoir recours à plus de services gratuits. Etaient inclus dans ce plan : les soins de l'enfant de moins de 5 ans, les soins de la femme enceinte et le traitement des maladies infectieuses, des cancers, des maladies psychiatriques ainsi que les addictions. Ce plan de réforme n'avait toujours pas été mis en place en 2014 [16]. Les deux tiers des dépenses de santé par les ménages correspondent aux soins curatifs [13]. Les patients qui n'ont pas de couverture sociale peuvent recourir aux services des ONG à plus faible coût que les structures privées.

Même si l'organisation des centres répond à des enjeux économiques, certaines caractéristiques d'exercice en soins primaires reflètent les besoins des médecins et des patients. Les médecins généralistes se sentent isolés dans le système de santé et sur le territoire et la forte influence dans certains centres de soins peut être oppressante au quotidien. S'entourer de divers acteurs de santé et travailler en équipe permet aux médecins de ne pas être seuls face aux demandes de la population. Il est possible que le personnel soignant contienne de cette manière la demande des patients en limitant le nombre de consultations avec les médecins. Les centres de soins primaires favorisent la cohésion sociale en permettant aux personnes de venir sans rendez-vous. Etre issu des mêmes communes desservies par les centres de soins, renforce les liens avec la population soignée. Les activités

communautaires s'organisent d'ailleurs dans les centres de soins primaires et le personnel soignant participe activement aux mouvements sociaux organisés en Cisjordanie.

3. Forces de l'étude

3.1. La question de recherche

Notre étude porte sur l'exercice des médecins généralistes en Cisjordanie et aucune étude n'a été publiée sur le sujet jusqu'à présent. Cela peut expliquer la récente formation de médecine de famille à l'université d'An Najah. L'accès aux soins en Territoires palestiniens a cependant fait l'objet de nombreuses publications démontrant l'impact de l'occupation ou d'un conflit permanent sur la santé des palestiniens. Les publications rapportent les difficultés économiques et territoriales qui pèsent sur l'Autorité nationale palestinienne. Etudier l'impact du contexte palestinien sur la santé doit s'élargir aux pratiques des médecins qui répondent aux besoins d'une population opprimée. Nous nous sommes intéressés aux médecins généralistes car, selon les définitions européennes et internationales, ils sont les garants d'un accès aux soins pour tous, centrés sur la personne et constituent le premier contact qu'ont les patients avec le système de santé. L'accès à des soins primaires de bonne qualité, notamment grâce à la médecine de famille, améliore la santé d'une population. Par ailleurs, puisqu'aucune tutelle n'encadre à ce jour l'exercice des médecins généralistes palestiniens, il semblait important de savoir si leurs rôles variaient, pourquoi ils variaient et quel en était l'impact sur la qualité des soins des patients. S'intéresser aux médecins généralistes palestiniens, mieux connaître leurs conditions actuelles d'exercice s'avère utile pour l'amélioration du système de santé et la promotion de la médecine générale en Palestine.

3.2. La méthode choisie

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative et observationnelle s'appuyant sur des entretiens semi-dirigés et plusieurs méthodes de recueils d'informations. Les entretiens semi-

dirigés laissaient beaucoup de liberté aux médecins pour répondre. De cette manière, les médecins évoquaient d'abord les rôles qui leur semblaient les plus importants. Les médecins se sont exprimés librement sur leurs conditions de travail sous occupation. D'ailleurs, ils nous ont certainement sensibilisés à leur réalité quotidienne. Le temps accordé pour les entretiens dépassait largement une heure d'entrevue et témoigne de l'intérêt des médecins pour notre étude. Les médecins généralistes étaient probablement peu sollicités à participer à des études où leurs discours étaient au centre de la recherche. Sur le terrain, la méthode basée sur les entretiens a été enrichie d'une observation attentive et la rencontre d'interlocuteurs divers (entretiens avec des personnalités politiques etc...). Les informations recueillies enrichissaient les entretiens et permettaient de nuancer les propos des médecins. Des observations des lieux d'exercices (pour la plupart) permettaient de mieux appréhender les conditions d'exercice parfois occultées lors des entretiens. Le contexte de vie en Cisjordanie et les difficultés de déplacements ont été expérimentés. De cette manière, plusieurs points de vue ont été confrontés permettant une analyse plus riche des résultats obtenus.

4. Limites de l'étude

4.1. Le recrutement des médecins

L'investigation a été réalisée par une seule personne. Le nombre d'entretiens était limité alors qu'un plus grand échantillon aurait amélioré la représentativité de la population étudiée. Même si les principaux gestionnaires de soins étaient représentés, seules deux ONG ont été sélectionnées et nous avons interrogé très peu de médecins généralistes du système privé.

4.2. L'analyse par codage

L'analyse des résultats par codage a été réalisée par une seule personne. Un double codage aurait pu limiter les biais d'interprétations. Cependant, la compréhension des entretiens pouvait être difficile par une tierce personne qui n'était pas présente lors des entrevues. Les

informations obtenues par l'observation des conditions d'exercices, des consultations favorisaient la compréhension globale des propos recueillis. Ainsi, seul l'investigateur à l'origine des entretiens pouvait enrichir leur analyse grâce à ces informations.

4.3. Une exploration limitée du terrain

Une partie de la zone C n'a pas été explorée : les zones reculées, faiblement peuplées, les zones coupées du reste de la Cisjordanie situées entre la ligne de démarcation de 1949 et le mur de séparation (carte 5 p.22). Cette zone est appelée « Seam zone » soit « zone fermée » ou « zone charnière ». Par manque de services de santé, les 7 800 personnes (selon les données de l'United Nations OCHA oPt, 2010) y résidant se déplacent vers les villages et villes de Cisjordanie situés de l'autre côté du mur. Cependant, il nécessite un permis de l'armée, leur autorisant à quitter la zone au travers des check points. Les médecins et services de santé n'ont pas d'accès facilité pour cette zone pour la même raison [35].

Par manque de temps, nous n'avons pu organiser des déplacements avec les cliniques mobiles travaillant dans ces zones. Cela a pu limiter la diversité observée de la pratique des médecins généralistes et contribuer à obtenir des réponses homogènes quant aux conditions d'exercice des médecins. Toutefois, ces limites d'exploration montrent que les Territoires palestiniens étaient morcelés et non accessibles.

4.4. Les conditions d'entretien

Les entretiens n'ont pas été réalisés dans la langue maternelle des interlocuteurs : la langue anglaise a été utilisée. Cela a pu affecter la teneur des propos, chacun devant adapter son discours au vocabulaire qu'il maîtrise.

Les entretiens ont été parfois interrompus par des consultations médicales, des discussions avec le personnel de santé ou encore par des conversations téléphoniques. Certains entretiens ont été réalisés dans des lieux publics. Ces conditions d'entretien ont diminué la qualité des

enregistrements audio et ont parfois limité la compréhension des propos. La qualité de l'enregistrement n'était parfois pas suffisante pour retranscrire en totalité les propos des médecins. La prise de note a donc été utile pour compléter ou reprendre un entretien dans sa totalité.

4.5. Le financement de l'étude

Le coût de cette étude est estimé à environ 5 000 euros. Le budget était limité alors que l'étude aurait pu bénéficier d'un séjour en Palestine plus long afin de recueillir plus d'informations. Enfin l'investigatrice principale n'a eu qu'une seule fois recours à un traducteur anglophone : le coût de la prestation s'élevait à 50 euros par entretien et n'était pas prévu dans le budget initial.

CONCLUSION

Les caractéristiques professionnelles des médecins généralistes correspondent aux définitions internationales (WONCA) mais le contexte géopolitique en Palestine a une influence majeure sur leur exercice.

Notre étude montre que la problématique territoriale est indissociable de celle de la santé. Nous avons mis en évidence des facteurs contraignant l'exercice des médecins qui les isolent sur le territoire et dans le système de santé. Les conséquences sont des difficultés pour répondre aux besoins de la population alors qu'ils constituent un socle important pour l'accès aux soins. Ces mêmes facteurs ont été identifiés dans la littérature comme compromettant le droit fondamental à la santé des palestiniens : les inégalités dans l'accès aux soins s'alignent aux stratégies d'occupation des Territoires palestiniens.

Les médecins généralistes palestiniens exercent en contexte de soins primaires. Ils constituent le premier contact des patients avec le système de santé, ils répondent à tout type de problèmes de santé et ils facilitent l'accès aux soins de qualité. La « médecine de guerre » est

une des caractéristiques liées au contexte palestinien dans lequel ils exercent. Les conflits armés sont réguliers comme le témoigne la dernière guerre de Gaza durant l'été 2014. Les médecins généralistes s'occupent des blessés : ils sont au plus près des blessés et sont éloignés des centres hospitaliers. De plus, les ambulances ne sont pas toujours autorisées à accéder aux zones contrôlées par l'armée israélienne. En situation « calme », les contraintes physiques liées à l'occupation entravent les déplacements des patients limitant l'accès aux soins. La fragmentation du territoire et du système de santé ne facilite ni l'utilisation des ressources de santé ni la coordination des soins. Les médecins répondent aux problèmes de santé des patients « à leur niveau », limitant l'exploitation de ces ressources alors que plus de 40 % des soins de santé sont à la charge des patients.

Les médecins ont une approche centrée sur la personne mais les conditions d'exercice nécessiteraient d'être améliorées. Ils construisent une relation de confiance avec leurs patients, notamment dans la durée, assurant de cette manière le suivi des patients au long cours. Cependant, les affectations successives dans différents centres de soins, qui concernent principalement les médecins employés du Ministère de la santé, empêchent les médecins de s'établir dans la durée. Les caractéristiques identifiées des médecins généralistes ont de fortes similitudes avec le modèle biopsychosociale décrit par Engel qui prend en compte les dimensions existentielles et culturelles des patients. Intégrer l'ensemble des dimensions du patient nécessite du temps et de la confidentialité alors que les médecins sont fréquemment interrompus et les consultations sont souvent très courtes (environ 5 minutes) et trop nombreuses.

Depuis 2014, la médecine de famille se développe en Palestine avec le soutien de l'OMS et d'autres institutions étrangères. Une discipline homogène en soins primaires favoriserait un accès aux soins équitable et de qualité pour les palestiniens. L'OMS considère que la discipline de médecine de famille améliore les systèmes de santé : elle est à l'origine d'une meilleure

santé de la population. En Palestine, le développement de la discipline doit prendre en compte les conditions d'exercice des médecins généralistes. L'occupation du territoire, l'instabilité de la situation et l'absence d'Etat palestinien sont autant de paramètres à l'origine d'un exercice spécifique de la médecine de famille dans cette partie du monde. Les médecins en exercice actuellement sont les experts des patients qu'ils soignent : leur expérience doit être intégrée pour adapter la discipline aux besoins de la population. La communauté internationale doit aussi soutenir la formation des professionnels de santé et des étudiants. Afin de favoriser l'homogénéité dans les conceptions du métier de généraliste, les médecins doivent pouvoir se former dans leurs universités. Les médecins et étudiants doivent avoir la possibilité d'accéder facilement aux principales institutions universitaires notamment celles se situant à Jérusalem Est jusqu'à présent soumises à des restrictions d'accès sous occupation.

BIBLIOGRAPHIE

1. Blanc P, Chagnollaud JP, Souiah SA. *Atlas des Palestiniens Un peuple en quête d'Etat*. Paris : Autrement ; 2014
2. Assemblée générale de l'ONU, Résolution 181[en ligne]. 29 novembre 1947, [consulté le 29/03/2016]. Disponibilité sur Internet : <http://www.voltairenet.org/article153321.html>
3. Pappe I. *Le nettoyage ethnique de la Palestine*. Paris : Fayard ; 2008
4. Encel F, Thual F. *Géopolitique d'Israël*. Paris : Points Essais ; 2011. p. 364-365.
5. Dakhi L. *Histoire du Proche-Orient contemporain*. Paris : La Découverte ; 2015 (Repère ; 654) p. 63.
6. Perez S, Abbas M. *Les Accords d'Oslo [en ligne]*. 13 septembre 1993, [consulté le 29 mars 2016]. Disponibilité sur Internet : <http://www.voltairenet.org/article153321.html>

7. Chaigne-Oudin AL. Les clés du Moyen-Orient - Mur de séparation. 15 juillet 2010, [consulté le 29 mars 2016]. Disponibilité sur Internet : <http://www.lesclesdumoyenoriente.com/Mur-de-separation.html>
8. Gresh A. Palestine Vérités sur un conflit. Paris : éditions Pluriel ; 2010
9. Giacaman R, Khatib R, Shabaneh L, Ramlawi A, Sabri B, Sabatinelli G, et al. Health status and health services in the occupied Palestinian territory. *The Lancet*. 2009 Mar 5; 373(9666):837–49.
10. Giacaman R, Abdul-rahim HF, Wick I. Health sector reform in the Occupied Palestinian Territories (OPT): targeting the forest or the trees? *Health Policy Plan*. 2003 Mar 18(1):59–67.
11. Schoenbaum M, Afifi AK, Deckelbaum RJ. Strengthening the Palestinian Health System Rand. 2005.
12. Mataria A, Khatib R, Donaldson C, Bossert T, Hunter DJ, Alsayed F, et al. The health-care system: an assessment and reform agenda. *The Lancet*. 2009 Mar 5 ; 373(9670):1207–17.
13. Organisation Mondiale de la Santé. A67/41 Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé Rapport du Secrétariat. 2014 Avr 17
14. Bureau central palestinien des statistiques (page consultée le 29 mars 2016). Main Statistical Indicators, [en ligne]. www.pcbs.gov.ps/site/lang_en/1049/Default.aspx
15. l'Office de secours et de travaux des Nations unies pour les réfugiés de Palestine (page consulté le 28 mars 2016). Palestine refugees, [en ligne]. www.unwra.org/palestine-refugees
16. Autorité nationale palestinienne (Ministère de la santé). National Health Strategy 2014-2016. 2014
17. Autorité nationale palestinienne. Palestiniens Health Information Center. Health Annual Report Palestine 2014. 2014 Août

18. Barlet M, Coldefy M, Collin C, Lucas-Gabrielli V. L'accessibilité potentielle localisée (APL) : Une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France. IRDES. 2012 Déc. [Consulté le 10 avril 2016]
<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT51AccessibilitePotentielleLocalisee.pdf>
19. Abu Mourad T, Radi S, Shashaa S, Lionis C, Philalithis A. Palestinian primary health care in light of the National Strategic Health Plan 1999–2003. Public Health. 2008 Fév ; 122(2):125–39.
20. Autorité nationale palestinienne. Palestinian National Health Strategy 2011-2013.
21. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. [en ligne].<http://www.woncaeurope.org/>
22. Collège National des Généralistes Enseignants. Référentiel métier et compétences des médecins généralistes. Dans : Référentiel métier et compétences. Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues obstétriciens. Paris : Berger-Levrault ; 2010.
23. Bureau central palestinien des statistiques (page consultée le 29 mars 2016). Annual statistics [En ligne]. http://www.pcbs.gov.ps/site/lang_en/803/default.aspx
24. Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. Science, New Series. 1977 Avr 8; 196(4286): 129-136.
25. Berquin A. Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. Med Suisse. 2010 ; 6 : 1511-3
26. Haute Autorité de Santé (HAS). Maladies chroniques : une vision rénovée du parcours de soins. Lettre d'information de la HAS n°33 (page consultée le 14 avril 2016) [en ligne].
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1301349/fr/maladies-chroniques-une-vision-renovee-du-parcours-de-soins

27. Organisation mondiale de la santé, Office régionale de la Méditerranée orientale. Occupied Palestinian territory, Palestine a leader in family practice healthcare, November 2014 (page consultee le 14 avril 2016) [en ligne]. <http://www.emro.who.int/pse/palestine-infocenter/palestine-a-leader-in-family-practice-healthcare-november-2014.html>
28. Organisation mondiale de la santé. Cisjordanie et Bande de Gaza. Stratégie de Coopération. Un aperçu. (page consulté le 15 avril 2016) [en ligne]. http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_pse_en.pdf
29. Giacaman R, Rabaia Y, Nguyen-Gillham V, Batniji R, Punamäki R L, Summerfield D. Mental health, social distress and political oppression: The case of the occupied Palestinian Territory. *Global Public Health*, 2010 Nov 23; 6(5): 547-559
30. de Ville de Goyet C, Manenti A, Carswell K, van Ommeren M. Report of a field assessment of health conditions in the occupied Palestinian territory (oPt) 22 March to 1 April 2015. World Health Organization. 2015 Document WHO-EM/OPT/006/E/05.15
31. Shoaibi A, Khatib R, Khatib R G, Husseini A, Mikki N, Zaman S, et al. Patients' perceptions of access to care for cardiovascular diseases and diabetes mellitus in Ramallah: a qualitative assessment. *The Lancet*. 2011 Jui 5.
32. El Masri M, Saymah D, Daher M, Al Aisawi F. Integration of mental health-care with primary health-care services in the occupied Palestinian territory: a cross-sectional study. *The Lancet* 382:S9 · December 2013 DOI: 10.1016/S0140-6736(13)62581-7
33. Eklund L., Accessibility to Health Services in the West Bank, Occupied Palestinian Territory, 2010. Lund, Sweden, University of Lund, 2010 (Seminar Series No. 189)
34. Autorité nationale palestinienne. Palestinien Health Information Center. Health Annual Report Palestine 2013. 2014 Juin
35. The Applied Research Institute-Jerusalem. Obstacles to health. "The restriction on movements and its consequences on health in the Occupied Palestinian territories". POIA Eye

on Palestine [en ligne]. 23 novembre 2011 [Consulté le 14 avril 2016]. Disponibilité <
<http://www.poica.org/details.php?Article=3191>>

36. Organisation mondiale de la santé. Package of essential non communicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. WHO Library, 2010.

LISTE DES CARTES

Carte 1 : Le morcellement de la Palestine depuis le mandat britannique à nos jours (Philippe Rekacewicz, 2011)

Carte 2 : Etat-Archipel de Palestine (Julien Bousac, 2011)

Carte 3 : Le découpage de la Cisjordanie (WEST BANK) selon les Accords d'Oslo (OCHA-oPt, 2010)

Carte 4 : Moyens d'obstruction utilisés par l'armée israélienne en Cisjordanie (Lina Eklund, 2009)

Carte 5 : Empiètement du mur de séparation sur la Cisjordanie en 2006 (United Nations OCHA oPt, 2010)

Carte 6 : Le fractionnement de la Cisjordanie par la colonisation israélienne (Jan de Jong, 2010)

Carte 7 : Localisation géographique des entretiens réalisés auprès des médecins généralistes (Juillet M, 2016)

Carte 8 : Itinéraires-types pour rejoindre Al'Eizariya depuis Biddu issus des observations de terrain et entretiens (juillet-août 2014) (S. Giffon/ESO-Angers)

Carte 9 : Itinéraires-types pour rejoindre Hébron depuis le camp d'Al 'Arrub issus des observations et entretiens (Juillet L août 2014) (carte : S. Giffon/ESO-Angers, 2016)

LISTE DES PHOTOGRAPHIES

Photo 1 : Blocs de pierre obligeant les voitures à faire un détour à l'entrée du check point de Qalandiya (Juillet L. Cisjordanie, juillet 2014)

Photo 2 : Route suivant le tracé du mur de séparation à l'ouest d'Abud (Juillet L. Cisjordanie, juillet 2014)

Photo 3 : Mur de séparation situé à Ar Ram marquant la séparation avec les territoires annexés par Israël (Juillet L. Cisjordanie, mars 2014)

Photo 4 : Passage piéton au check point de Qalandiyia (Juillet L. Cisjordanie, mars 2014)

Photo 5 : Mur de séparation construit à proximité des habitations d'Ar Ram limitant les constructions dans cette zone (Juillet L. Cisjordanie, mars 2014)

Photo 6 : Panneau de signalisation d'entrée en zone A près de Ramallah (Juillet L. Cisjordanie, mars 2014)

Photo 7 : Tunnel sous une route israélienne à la sortie de Biddu (Juillet L. Cisjordanie, août 2014)

Photo 8 : Mur le long de la route palestinienne rejoignant l'enclave de Bir Nabala depuis Biddu (Juillet L. Cisjordanie, août 2014)

Photo 9 : Tour de contrôle de l'armée israélienne à l'entrée du camp d'Al' Arrub (Juillet 2014)

Photo 10 : Camp de réfugiés d'Al Arrub : voie principale entravée par des blocs de pierres (Juillet L. Cisjordanie, juillet 2014)

Photo 11 : Camp de réfugiés d'Al' Arrub : route principale (route 60) et barrière amovible sur la seconde voie d'accès au camp (Juillet L. Cisjordanie, Juillet 2014)

Photo 12 : Un des check points à l'entrée de la rue Shohada, Hébron (Juillet L. Cisjordanie, août 2014)

Photo 13 : Contrôle spontané de l'armée israélienne sur la route reliant Hébron et Bethlehem (Juillet L. Cisjordanie-août 2014)

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Méthodes utilisées pour le recueil des données « brutes »

LISTE DES ENCADRES

Encadré 1: La hiérarchisation des centres de soins primaires selon le Ministère de la santé

Encadré 2: « Family Health Team Approach »

Encadré 3: « PEN approach » : Package of Essential Noncommunicable (PEN) Disease Interventions for Primary Health Care in Low-Resource settings

Encadré 4: Enseignement supérieur de la médecine de famille en Palestine

Encadré 5: Le modèle biopsychosocial définie par G.Engel

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Caractéristiques géographiques et démographiques des lieux d'exercice des médecins généralistes

Tableau II: Caractéristiques des structures d'exercice

Tableau III : Nombre de consultations par jour en fonction des prestataires de santé représentés

TABLE DES MATIERES

PLAN.....	10
LISTE DES ABREVIATIONS	11
RESUME	12
INTRODUCTION	13
PREREQUIS A L'ETUDE	14
1. Conflits et morcellement de la Palestine	15
1.1. Histoire de la Palestine mandataire à nos jours	15
1.1.1. La Palestine mandataire : bouleversement démographique et début de l'occupation territoriale juive.....	15
1.1.2. Le plan de partage de l'ONU 1947 et son échec	16
1.1.3. La première guerre israélo-arabe 1948-1949.....	17
1.1.4. La guerre des Six-Jours	17
1.1.5. De 1967 à nos jours	17
1.2. Le morcellement de la Cisjordanie	18
1.2.1. Les Accords d'Oslo	19
1.2.2. La présence militaire israélienne en Cisjordanie	20
1.2.3. Le mur de séparation.....	21
1.2.4. L'expansion des colonies en Cisjordanie	23
1.3. Les conflits en Territoires palestiniens	24
2. Organisation du système de santé palestinien	24
2.1. Le système de santé depuis 1948 à nos jours	24
2.1.1. Mandat britannique en Palestine, 1920-1948	24
2.1.2. Régime jordanien et égyptien, 1948-1967.....	25
2.1.3. Le système de santé palestinien sous l'administration israélienne, 1967-1994.....	25
2.1.4. Le système de santé palestinien depuis 1994	26
2.2. L'offre de soins primaires	27
2.2.1. Le Ministère de la santé	28
2.2.2. L'UNRWA	29
2.2.3. Les Organisations Non Gouvernementales (ONG).....	30
2.2.4. Le secteur privé	30
2.3. Les assurances de santé	31
MÉTHODES	31
1. Phase préparatoire de l'étude.....	31
2. Type d'étude	33
3. Formation du corpus	33
3.1. Critères d'inclusion	33
3.2. Critères d'exclusion	34
3.3. Sélection des médecins à interroger	35
4. Les entretiens	36
4.1. Les entretiens avec les médecins généralistes	36
4.1.1. Les guides d'entretien.....	36
4.2. Les entretiens complémentaires	37
5. Recueil de données	38
5.1. Pour les entretiens	39

5.1.1.	Enregistrement sur support audio numérique	39
5.1.2.	Recueil écrit.....	39
5.2.	Pour les observations de terrains	39
5.2.1.	Journal de bord	39
5.2.2.	Les photographies	41
5.2.3.	Les cartes de géographie	42
6.	Analyse des données	42

RÉSULTATS **43**

1.	Population étudiée	43
1.1.	Les entretiens réalisés auprès des médecins généralistes	43
1.2.	Les entretiens complémentaires	44
1.3.	Caractéristiques géographiques et démographiques	44
1.3.1.	Les régions non explorées.....	46
1.4.	Caractéristiques d'exercice.....	47
1.4.1.	Les structures d'exercice.....	47
1.5.	Organisation de l'exercice	48
1.5.1.	Mode de consultation.....	48
1.5.2.	Activité des médecins	49
a)	Permanence des soins	49
b)	Activité de consultation.....	49
c)	La double activité	51
2.	Rôles et considérations des médecins généralistes palestiniens	51
2.1.	Rôles et fonctions des médecins généralistes de Cisjordanie	52
2.1.1.	Les médecins généralistes constituent le premier contact des patients avec le système de santé	52
a)	Notion de premier recours/ premiers soins	52
b)	Premier contact/ première porte d'entrée dans le système	55
2.1.2.	Suivi au long cours et continuité des soins	58
2.1.3.	Promotion, prévention et éducation pour la santé	60
a)	Des actions coordonnées	60
b)	Programmes de promotion de la santé et de la prévention.....	62
	La santé de la femme et de l'enfant.....	62
	La prévention primaire et secondaire des maladies chroniques.....	63
c)	Education pour la santé	65
2.1.4.	Coordinations et recours aux autres secteurs de soins.....	67
a)	Les coordinations en soins primaires.....	67
b)	Les coordinations avec les autres secteurs	69
2.1.5.	Les autres fonctions des médecins généralistes	71
2.2.	La considération de la médecine générale en Palestine	71
2.2.1.	Vers une uniformisation des pratiques : l'hétérogénéité du niveau de formation initiale	71
2.2.2.	Considération de la médecine générale par la population palestinienne	74
3.	Le contexte palestinien : conséquences territoriales, économiques et sur l'organisation du système de santé	76
3.1.	Le morcellement du territoire : constat sur le terrain	76
3.2.	Le développement des infrastructures prévenues par le régime d'occupation	81
3.2.1.	Le Ministère de la santé dépend de l'aide internationale...	81
3.2.2.	...et de l'importation de matériel contrôlée par l'Etat d'Israël	82
3.2.3.	Les ONG réduisent leurs services proposés.....	84
3.2.4.	Le développement du secteur privé est contrarié par l'occupation	85
4.	Isolement des médecins sur le territoire.....	85

4.1.	Un système de santé privé de son territoire : privation du territoire et discontinuité territoriale.....	85
4.2.	Manque de coordinations de proximité	91
5.	...Et dans le système de santé.....	92
5.1.	Les va-et-vient des patients d'un gestionnaire à un autre	92
5.2.	Accès aux soins « rationnés » : manque de coordinations, pression sur les médecins généralistes	93
5.2.1.	Rationnement des ressources du système de santé.....	93
5.2.2.	Rationnement des moyens thérapeutiques	96
6.	La pratique des médecins généralistes dans ce contexte.....	98
6.1.	Oppression de la population palestinienne : conflits et souffrances psychologiques	98
6.1.1.	Les médecins généralistes sont en première ligne lors des conflits	98
6.1.2.	Un contexte oppressant : souffrances psychologiques et accompagnement par les médecins généralistes	102
6.2.	Les difficultés quotidiennes pour répondre aux besoins de la population	104
6.2.1.	Permanence et continuité des soins	104
6.2.2.	Recours aux examens complémentaires et aux autres secteurs.....	108
6.2.3.	Des moyens thérapeutiques manquant	111
6.2.4.	Les médecins sont dépassés par le flux quotidien de patients	112
6.2.5.	Le suivi des patients au long cours	113
7.	Maintenir l'accès aux soins	115
7.1.	Se regrouper pour travailler plus facilement ensemble ?.....	115
7.2.	Les cliniques mobiles : servir les populations isolées	116
8.	La relation médecin-patient dans le contexte palestinien.....	118
DISCUSSION	122	
1.	Résultat principal et son implication	122
2.	Le médecin généraliste en tant que défenseur des soins de proximité.....	126
3.	Forces de l'étude	130
3.1.	La question de recherche	130
3.2.	La méthode choisie	130
4.	Limites de l'étude.....	131
4.1.	Le recrutement des médecins.....	131
4.2.	L'analyse par codage	131
4.3.	Une exploration limitée du terrain.....	132
4.4.	Les conditions d'entretien	132
4.5.	Le financement de l'étude	133
CONCLUSION	133	
BIBLIOGRAPHIE.....	135	
LISTE DES CARTES	136	
LISTE DES FIGURES.....	140	
LISTE DES ENCADRES.....	141	
LISTE DES TABLEAUX	141	
TABLE DES MATIERES.....	142	
ANNEXES	I	

ANNEXES

Annexe 1 : guide d'entretien n°1 en anglais

MAINS THEMES AND INTRODUCTORIES QUESTIONS		SECONDARIES QUESTIONS	POSSIBLES ANSWERS
EXERCISE MODE	<p>How do you characterize your exercise?</p> <p>Could you describe your exercise?</p>	<p><i>How you would name you?</i></p> <p>Do you choose to work here or were you assigned here?</p> <p>If you chose to work here, why?</p> <p>Did you work in a different place prior to working here? / Did you work additionally in another place?</p>	<p>- They name themselves like : Family doctor/ GP / treating physician/ community physician/coordinating physician/ physician of primary care</p> <p>- Private practice/NGO/UNRWA/Public sector/ ministry of health - health center :</p> <p>- Private room/medical home /health care centre / mobile clinics</p> <p>- they work alone or with a team</p> <p>- working time organisation :</p> <p>By appointment only/without appointments- local medical missions</p> <p>-geographic situation :</p> <p>Urban or rural medicine</p> <p>Area A, B – C : choices of practice /criteria's population /origin of GP/Depend of their habitats /Type of provider/Depend of other functions in the community</p> <p>Preventive- curative care. Therapeutic education. Emergency cares. Primary health care-community based-care. Child and women health</p> <p>Others :</p> <p>Characteristics of populations: middle age, sex, religion, social category, diseases</p> <p>Public health. Red cross... firefighters...</p> <p>Under what circumstances do you refer your patients to a specialist physician? Which ones, and where?</p> <p><i>What is the process?/ how do you proceed when your patients need an additional medical examination/test like biological tests?</i></p> <p>Under what circumstances do you refer your patients to a specialist physician? Which ones, and where?</p> <p><i>What is the process?/ how do you proceed to hospitalize a patient?</i></p> <p>Do you face difficulties in hospitalizing patients?</p> <p>What are the alternative solutions for you when your patient cannot access to the nearest hospital</p> <p>Does it happen that you recommend your patients to a hospital abroad to get specialized care? Can you give me some examples?</p> <p>How do you manage with emergency (life-and-death emergency)? Like an acute chest pain which could be an acute coronary syndrome?</p>
PROFESSIONAL PRACTICE	<p>Could you describe your activity?</p> <p>What are your professional skills?</p>	<p>What situations do you most often face? Examples</p> <p>What is the process/ how do you proceed when your patients need an additional medical examination/test like biological tests?</p> <p>Under what circumstances do you refer your patients to a specialist physician? Which ones, and where?</p> <p><i>What is the process?/ how do you proceed to hospitalize a patient?</i></p> <p>Do you face difficulties in hospitalizing patients?</p> <p>What are the alternative solutions for you when your patient cannot access to the nearest hospital</p> <p>Does it happen that you recommend your patients to a hospital abroad to get specialized care? Can you give me some examples?</p> <p>How do you manage with emergency (life-and-death emergency)? Like an acute chest pain which could be an acute coronary syndrome?</p>	<p>From your knowledge, are you the first medical contact within the health care system? If not what are the other "entrance door" to the health system for the patients?</p> <p>What do you think about the coordination of health care providers? Is it necessary to provide a health care system? Does it exist? Is it a big issue? Why ?</p> <p>What knowledge do you have of public health programs?</p> <p>What type of work schedules do you have?</p> <p>How do you come to work?</p> <p>Is it easy or difficult?</p> <p>Do you not have access to certain medical supplies/tools that might be useful for your practice?</p> <p>Do patient chose their doctor? If yes do you have an idea about the criteria they made their choice with?</p>
HEALTH CARE SYSTEM	<p>FOR YOU WHAT PLACE DO YOU HOLD IN THE ACTUAL HEALTH CARE SYSTEM?</p>	<p>First contact with the health care system</p> <p>Other professional who could be the first contact: specialist physicians-nurses.</p> <p>Health care system characteristics.</p> <p>Cost of consults.</p> <p>Social insurance: who, when, for what ?</p>	<p>-working time organisation /Continuous access care/Work schedule</p> <p>-Distance between their home and their clinics</p> <p>-infrastructures: Consulting room/Medical room : surgery , intravenous infusions/Hospital rooms/laboratories/Pharmacy/Medical supplies/First-aid care-diagnosis tools ultrasound unit/Materiel manquant pour des demandes des patients fréquents ? pour répondre à une demande ne faisant pas l'objet d'une des fonctions de la clinique...</p> <p>-patients : By appointment- they call to have an appointment- without appointment-they chose their doctor- the nearest to their home-the cheapest-depends of their characteristics</p> <p>-rémunération : Exercice libéral-paiement à l'acte</p> <p>Salaire-contrat d'une ONG-UNRWA-service public.</p>

Annexe 2 : guide d'entretien n°2 en anglais

MAIN THEMES AND INTRODUCTORY QUESTIONS	SECONDARIES QUESTIONS
Define their exercise Could you describe your activity? How do you practice? Did you choose to work here? Why? Do you work additionally in another place or in different way? What variations can you observe in your practice when you work in different ways?	How do you name your medical practice? Do you usually use General Practitioner/Family doctor, Primary care, first contact? Do you know what does the WONCA mean (Global Family Doctor organization)? Do you have another professional activity? Do you do another work beside your medical practice? What is your medical training? What is the process/ how do you proceed to hospitalize a patient? What are the difficulties in hospitalizing patients? What are the alternative solutions for you when your patient cannot access to the (nearest) hospital? Does it happen that you recommend your patients to a hospital abroad to get specialized care? Can you give me some examples? How do you manage with emergency (life-and-death emergency)? Like an acute chest pain which could be an acute coronary syndrome?
PROFESSIONAL ACTIVITY Could you describe your roles and functions as a general practitioner? What situations do you most often face? Could you give me examples and tell me how do you managed them? Do patients chose their doctor? If yes do you have an idea about the criteria they made their choice with? Under what circumstances do you refer your patients to a specialist physician? Which one and where? What is the process/ how do you proceed to hospitalize a patient? Do you face difficulties in hospitalizing patients? What are the cultural aspects of your patients and how do they may influence or vary your practice?	POPULATIONS : Can you tell me more about the (Palestinian) populations who come here? What are the characteristics of your patients? What are the cultural aspects of your patients and how do they may influence or vary your practice?
CONTEXT How does the Palestinian's context may influence your exercise? In which context/environment do you practice?	MATERIAL CONDITIONS What kind of medical supplies do you use daily? Do you not have access to certain medical supplies/tools that might be useful for your practice? HEALTH CARE SYSTEM UNDER CONSTRUCTION How the health care system influences your practice? From your knowledge, are you the first medical contact within the health care system? If not what are the other "entrance door" to the health system for the patients? Could you tell me how health sectors are coordinated? What do you think about the coordination of health care providers? Is it necessary to provide a health care system? Does it exist? Is it a big issue? Why ? Which health programs do you follow? What do you think about the family health program teaching in An-Najah University? From your knowledge, what differences of general practice can be observed between providers in the West Bank? DIVIDED PALESTINIAN TERRITORY Does the place where you work may influence your practice? (I mean your geographic situation, the city or region we are...) If yes, how? Or How the geographic situation here may influence your exercise? How are organized primary health care in the Palestinian Occupied Territory (only in the west bank)? Which geographic factors may influence it? Examples? SURROUNDING HEALTHCARE SUPPLY What is the health care supply in this region/around here/in the geographic sector you work? From your knowledge what are the factors which may explain it?

Annexe 3 : formulaire de consentement des médecins interrogés avec enregistrement audio numérique

RESEARCH INFORMATION AND CONSENT FORM

Study title: General medical practice in Occupied Palestinian Territory

Principal Investigator:

Juillet Laure

General Practitioner and resident
Faculty of Medicine
University of Angers

This study is supervised:

BELLANGER William

Professional adress: **Maison médicale de la Promenade BP 49750 BAULIEU SUR LAYON**

Professional phone number : **02 41 78 31 01** e-mail adress : wiliam.bellanger@orange.fr

And **FLEURET Sébastien**

Professional adress : **CNRS UMR 6590 ESO-Angers MSH 5 bis Bd Lavoisier 49000 Angers**

Professional phone number : **02 41 22 63 40** e-mail adress : sebastien.fleuret@univ-angers.fr

We solicit your participation to a research study. Therefore please read, understand and carefully consider the following information. If you accept to take part in this research study, you will have to sign the consent form at the end of this document and we will give you a signed copy for your own records.

In this Information and Consent Form you will find explanations about the goal of the study, its procedures, its advantages and inconveniences as well as the names of the people to reach if needed. May this document contain information or words that you do not understand? You should ask the study investigator or members of the study staff to answer your questions and explain any word or information you do not understand.

Objectives of the research study:

The first goal of this study is to determine how general medical practice is performed in a health care system under construction in the occupied and divided Palestinian territory.

The study also aims to analyze how external factors influence the general practice.

Reason and nature of the participation

Your participation for this study is required for an interview which last circa one hour. If is convenient for you, this interview will take place in your clinics. You will be asked about your exercise. This interview will be recorded for scientific use only.

Confidentiality

Any information collected and recorded during your interview is only needed to meet the scientific

objectives of the study.

All the data collected during the study will be kept strictly confidential to the extent permitted by law.

This includes information, such as your name, gender, date of birth and ethnic origin.

The study data will be published in scientific journals or presented during meetings. . We guarantee that the data will SYSTEMATICALLY be anonymised before being published.

It is your right to ask for a copy of the record of your interview, if necessary, for as long as this information is available from the study investigator. However, some of this information may be made available to you only once the study has ended, in order to protect the scientific integrity of the study.

Consent

I declare having read this Information and Consent Form, especially where my participation and the associated inconveniences are concerned. I declare that I received explanations about the study, that my questions were answered to my satisfaction and that I was given the time to think about it and make a decision.

I freely agree to participate in this research study.

Name of participant	Signature of the research	Date
---------------------	---------------------------	------

Name of person who obtained consent	Signature of person who obtained consent	Date
-------------------------------------	--	------

Investigator commitment

I hereby certify that the provisions of this Information and Consent Form were fully explained to the participant, that his/her questions about the research study were answered and that the participant was clearly informed that he/she can withdraw from the study at any time, without any prejudice.

I am committed to honour what has been agreed upon in this Information and Consent Form and to give a signed copy thereof to the participant.

Name of investigator	Signature of investigator	Date
----------------------	---------------------------	------

Annexe 4 : grille d'observation

LIEU D'EXERCICE DU MEDECIN INTERROGE	INFRASTRUCTURE PERSONNELS	Clinique/centre de soin/cabinet de consultation Bâtiment : pièces salles de consultation Bureau du médecin Labo/radio/cabinet dentaire/ autre Matériel visible Personnel Aspect du lieu Ambulances visibles : croissant rouge-autre
CONSULTATION	Observation spontanée lors d'un entretien	« L'aspect visuel » de la relation médecin-patient
CE QUI ENTOURE LE LIEU D'EXERCICE	INFRASTRUCTURES QUI ENTOURENT LE LIEU D'EXERCICE Accessibilité SITUATION GEOGRAPHIQUE (faire cartographie)	Signalisation du lieu d'exercice Commerces/école/habitations Types d'habitation entourant le lieu d'exercice Situation : dans un village/ville. Autres cliniques ou centre de soins à proximité ? Camps de réfugier/camps de bédouin Comment j'y suis arrivée Etat des routes comment viennent les patients ? Distance avec la ville la plus proche Distance avec l'hôpital le plus proche Distance avec les habitations Accès à l'hôpital le plus proche Routes israéliennes Check points : où ils se situent ? quelles routes ? Présence de colonies israéliennes Barrière Proche frontière Région : montagne/ vallée/proche mer/ Campagne/ agriculture/industries

Annexe 5 : grille d'analyse sur tableau Excel

Annexe 6 : transcriptions de notes du journal de bord

Circonscription de Jérusalem, le 21.07.2014

« Intégration dans une famille palestinienne »

« ... La sœur de Mohammad m'emmène sur le balcon au dernier étage de leur maison récemment construite. Elle se voile pour sortir. La vue depuis leur balcon est très dégagée, permettant d'admirer les collines en face de sa maison. Elle sourit. Que cette adolescente est calme et apaisante. Je lui dis maladroitement en anglais « *oh, that's impressive* ». J'étais frappée non pas par la beauté de la vue mais par l'impression que me laissait le spectacle sous mes yeux. Et pourtant la sœur de Mohammad, elle, ne semble être affectée d'aucune tristesse ou nostalgie. Parce que l'on regarde tout de même la même chose : le mur de séparation hérissé tout autour de Jérusalem ! Je ne sais pas ce que mon visage a transmis comme émotions mais j'étais profondément gênée et désolée. Oui, c'est bien à cause du mur que sa famille a dû déménager et venir se réfugier ici sur cette colline opposée à Jérusalem ? Elle brise le silence alors que les bourrasques de vent qui fouettent nos visages ne sont même plus audibles : « J'ai vu pour la première fois de ma vie une roquette ! Ils en ont lancé une sur cette colline en bas » ... je reste à ses côtés, sans réponse, un peu hébétée. Je ne ressens ni peur ni tristesse chez cette adolescente. Remarque, moi aussi j'en ai vu une exploser dans le ciel au-dessus de Ramallah : elle a été interceptée par le Dôme de fer d'Israël. ... »

Jenin, le 04.08.2014

« J'arrive un peu tard chez le Docteur... Elle n'a pas beaucoup de temps à m'accorder cette fois-ci. On parle tout de même de la situation. Elle est très inquiète et triste de ce qu'il se passe à Gaza. « Catastrophe », « génocide », « apartheid », « toujours sous oppression » ... des mots récurrents... Elle pense qu'il faut que le peuple palestinien s'unisse de nouveau pour une troisième intifada : « c'est le seul moyen de faire pression : avec la guerre à Gaza, les israéliens ne peuvent pas être sur les deux fronts ! ». Elle ajoute : « La politique de Abbas a

échoué car les israéliens ne veulent pas d'accord de paix. Ils ont tout essayé mais rien n'y fait. » Puis : « Israël ne nous considère pas comme un peuple, c'est de la ségrégation ! » Bon, je reprends mon « interrogatoire » ... »

Al Ama'ri Camp. Centre de soins de l'UNRWA, le 23.08.2014

« Les médecins n'étaient pas disponibles car ils étaient surchargés de travail. J'ai cependant essayé de les interroger en fin de journée, vers 13H lorsque le centre a fermé. Ils n'étaient pas tellement disposés à me répondre... Très gros contraste entre les informations obtenues notamment sur la satisfaction de l'équipe infirmière et l'observation des attitudes des médecins. D'un côté, les deux infirmières interrogées sont satisfaites de leur journée en ayant le sentiment d'avoir été utiles et proches de leurs patients. La « *family team approach* » est, pour elles, une très bonne chose même si cela ne fait même pas un an que ça existe dans ce centre. Elles rencontrent évidemment des difficultés. Ce que j'ai pu comprendre c'est qu'elles devaient s'approprier une vision différente de l'approche d'un patient pour la « compréhension » des patients. Auparavant, il s'agissait d'une approche centrée sur le patient (« *Before we were focused on patient only* » ; patient en tant que malade je pense) mais maintenant, elles s'occupent des familles entières et elles ont une vision plus globale et une meilleure compréhension des problèmes de leurs patients : « *We have a global vision and it's better to understand physical and psychological problems that we treat* »... Elles insistent aussi sur le fait qu'elles travaillent en équipe « *we work as a team* ». Il existe une bonne entente et un bon travail d'équipe coordonné. Entraide, partage des tâches en dehors des lignes d'organisation du centre... Le médecin « *family doctor* », « *medical officer* », fait partie de l'équipe au même niveau que les autres.... De l'autre côté, l'équipe médicale où l'attitude n'est pas la même. D'ailleurs, il semble y avoir un malaise lorsque l'infirmière m'accompagne auprès d'eux. Elle semble elle-même un peu gênée par l'attitude des médecins qui répondent sèchement par : « Pour nous la Family health approach c'est bien, quoique... mais pour les

patients, non ». « Ici, nous voyons 200 à 300 patients par jour, l'approche est bien pour les centres où il n'y pas beaucoup de patients ! ». Les médecins semblent être résignés, mécontents et épuisés. Parmi l'équipe médicale, la jeune femme médecin est venue travailler ici car elle ne voulait pas travailler à l'hôpital. Elle semble démotivée, « blasée » des patients qui ne cessent de défiler, le visage est décomposé montrant un certain ras le bol général. »

Exercer la médecine générale en Palestine : influence des contraintes en territoires occupés**RÉSUMÉ**

Le contexte d'occupation et de morcellement du territoire palestinien interroge sur l'organisation du système de santé et notamment de la médecine de première ligne. Est-ce que le contexte géopolitique est à l'origine de spécificités et/ou de variations d'exercice ? Nous avons étudié la pratique des médecins généralistes en Cisjordanie en identifiant les facteurs extérieurs d'influence de cette pratique. Une enquête de terrain (du 03 au 16 mars puis du 01 juillet au 31 août 2014) s'est appuyée sur une approche qualitative en réalisant des entretiens semi-structurés avec les médecins généralistes. Le contexte géopolitique, économique et structurel de la Palestine impacte leur exercice professionnel : les médecins sont isolés sur le territoire et dans le système de santé. Ils assurent des missions communes en soins de premier recours mais ont des difficultés pour répondre efficacement aux problèmes de santé des palestiniens notamment pour optimiser la prise en charge des maladies chroniques. Le développement de la médecine de famille en Palestine doit prendre en compte les conditions d'exercice des médecins généralistes pour qu'elle puisse s'établir en soins primaires.

Mots-clés : Territoires palestiniens occupés, conflit, système de santé, médecine générale, médecine de famille

Practicing family medicine in Palestine: influence of occupied territories constraints**ABSTRACT**

The occupation and fragmentation context of the Palestinian territory questions the health system organization, especially first line care. Does the geopolitical context is the source of specific and / or exercise changes? We studied the practice of general practitioners (GPs) in the West Bank by identifying external factors which influence this practice.

A field survey (from 3 to 16 March and from 01 July until 31 August 2014) was based on a qualitative approach by conducting semi-structured interviews with GPs. Physicians had to have obtained the Bachelor Degree of Medicine Doctor to practice medicine in Palestine (no family medicine speciality is required). They had to work in primary health care and the four main health providers should be represented: Ministry of Health, UNRWA, NGOs and the private sector. Various health actors were also interviewed. Data analysis was based on the method described by MILES and HUBERMAN (2003).

Palestinian GPs integrate the psychological and environmental factors of their patients. They provide joint missions: community-based and first line care, resolution of all undifferentiated health problems, prevention, health education. The occupation of the territory isolates populations and prevents any territorial continuity. The governorates are fragmented and the health care system cannot develop homogeneously on the territory since institutions can be implanted only in area A or B according to the Oslo Accords (urban hubs and their close suburbs). The geopolitical, economic and structural context of Palestine impacts their professional practice: physicians are isolated on the territory and in the health system. Health resources are difficult to access: they are not available in all governorates and the coordination between health providers is insufficient to promote community-based care. Limited in the use of common and complementary examinations and missing link with the secondary sector, primary care physicians answer with difficulty the health problems of Palestinians. The permanence and continuity of care are unpredictable as they depend on physicians and patients travelling facilities; often forced by the checkpoints regime and other obstruction means on Palestinian roads. The comings and goings of patients from one health care provider to another on the territory also complicate their aftercare in the long term and the care continuity. The instability of the situation, at the root of armed conflicts or altercations, also brings GPs to heal wounds "of war".

Our study shows that the GPs practice is strongly constrained by the Palestinian geopolitical context and the health care access is inseparable from the territorial issue. Since 2014, family medicine is growing in Palestine with the support of WHO and other foreign institutions. A homogeneous discipline in primary care, would promote a fair access to quality health care for Palestinians. The development of the discipline should take into account the practice conditions of GPs in order to settle in primary care. The occupation of the territory, the instability of the situation and the absence of a Palestinian state are as many factors behind a specific practice of family medicine in this part of the world.

Keywords : Occupied Palestinian Territories, conflict, health care system, general practice, family medicine

