L'exercice de la médecine générale en Palestine : influences des contraintes en territoires occupés

Laure Juillet, Sébastien Fleuret et William Bellanger

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/rfst/692>
ISSN : 2492-3672

Éditeur

Espaces et SOciétés (UMR 6590)

Référence électronique

Laure Juillet, Sébastien Fleuret et William Bellanger, « L'exercice de la médecine générale en Palestine : influences des contraintes en territoires occupés », *Revue francophone sur la santé et les territoires* [En ligne], Miscellanées, mis en ligne le 25 octobre 2016, consulté le 06 avril 2021. URL : <http://journals.openedition.org/rfst/692>

Ce document a été généré automatiquement le 6 avril 2021.

La *Revue francophone sur la santé et les territoires* est mise à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International.

L'exercice de la médecine générale en Palestine : influences des contraintes en territoires occupés

Laure Juillet, Sébastien Fleuret et William Bellanger

Introduction

- 1 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 (Blanc P, Chagnollaud JP, Souiah SA, 2014). Quant au reste du territoire, il ressemble à un « Archipel » constitué d'îlots reliés par un réseau routier contrôlé par l'armée israélienne, représenté par le cartographe Julien Bousac (figure 1). L'autodétermination de l'Autorité palestinienne nécessiterait sa souveraineté sur un territoire aux frontières bien définies, ce qui n'est pas le cas à l'heure actuelle. Dès lors, comment administre-t-elle son système de santé et organise-t-elle les soins de première ligne sur un territoire discontinu ?
- 2 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 (OCHA-WHO, 2010) et le régime de check points sur les routes principales contraint fortement les déplacements des palestiniens entre les villes et villages de Cisjordanie (OCHA, 2012). Enfin, la dernière guerre de Gaza durant 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 ?

Figure 1 : Carte Etat Archipel de Palestine : représentation du morcellement de la Cisjordanie selon Bousac J. 2009

- 3 Dans ce contexte géopolitique singulier, le système de santé palestinien se construit depuis 1994 sur des infrastructures et des services préexistants (Giacaman R, Abdulrahim HF, Wick I. 2003) 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 (Giacaman R, Khatib R, Shabaneh L, et al, 2009). Même si ce dernier est responsable de la coordination des prestataires de santé, le système de santé reste fractionné (Mataria A, Khatib R, Donaldson C, et al. 2009). 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 » (Organisation Mondiale de la Santé, 2014) 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 de la santé ?
- 4 Comment les médecins généralistes palestiniens exercent-ils dans un système de santé en construction sur un territoire morcelé ?
- 5 Dans cette publication, nous présentons l'impact du contexte géopolitique sur l'exercice des médecins généralistes. Notre étude a cherché à mieux définir l'exercice de la médecine générale en Palestine en fonction des définitions internationales communément admises pour la discipline. Ces résultats ont fait l'objet d'une thèse d'exercice de médecine générale (Juillet, 2016) et ne sont que rapidement développés dans ce texte.
- 6 La méthodologie de l'étude sera d'abord explicitée avant d'exposer les résultats. Nous proposons ensuite une réflexion sur les résultats obtenues dans la partie Discussion.

Matériels et méthodes

- 7 Une enquête de terrain a été menée du 03 au 16 mars puis du 01 juillet au 31 août 2014, en Cisjordanie. Elle s'est essentiellement appuyée sur une approche qualitative en réalisant des entretiens semi-structurés avec les médecins généralistes. Ils devaient avoir obtenu le premier degré des études médicales, permettant l'exercice de la médecine en Palestine et travailler en soins primaires, tels qu'ils sont définis par le Ministère de la santé. Les principaux pourvoyeurs de soins primaires devaient être représentés : le Ministère de la santé, les ONG, l'UNRWA et le secteur privé. Des critères géographiques ont été retenus pour la sélection des lieux d'exercice des médecins interrogés. Le choix des circonscriptions étudiées (figure 3) devait représenter les aspects géopolitiques de la Palestine qui pouvaient influencer l'exercice des médecins. Leur sélection devait prendre en compte les zones définies selon les Accords d'Oslo¹, soit les zones A, B et C, et les autres 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. 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. Par ailleurs, les zones rurales et les pôles urbains devaient être représentés dans l'hypothèse d'une variation d'exercice compte tenu de la densité de population et de la démographie médicale. Pour compléter les informations, des acteurs divers de santé (responsables des autorités notamment) ont été interrogés (figure 2). 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. (Miles MB., Huberman AM., 2003)
- 8 Au total, 35 entretiens ont été réalisés, 11 lors d'un premier voyage, du 03 au 16 mars 2014, et 24 entretiens lors d'un second, du 01 juillet au 31 août 2014. Vingt-trois médecins généralistes ont été interrogés et un médecin a été interrogé deux fois. Les lieux d'exercice des entretiens réalisés auprès des médecins généralistes sont représentés sur la figure 2. 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 sont répertoriées dans le tableau I.
- 9 Les entretiens ont été numérotés pour faciliter leur citation dans le texte. Pour préserver l'anonymat des médecins et parfois, la sécurité des personnes, les citations utilisées dans ce texte sont référées au numéro d'entretien (E1 à E34).

Figure 2 : Méthodes utilisées pour le recueil de données lors des deux périodes de l'étude

Figure 3 : Carte représentant la localisation géographique des entretiens réalisés auprès des médecins généralistes cités dans le texte

Réalisation : Juillet L, 2016.

Tableau 1 : Caractéristiques géographiques et démographiques des lieux d'exercice des médecins généralistes

Gouvernorat de Cisjordanie	Entretiens	Zone suite aux accords d'Oslo	Localité d'exercice	Localité*	Démographie moyenne des localités en 2014
Bethléhem	E29	A	Camp de réfugiés	Ad Duheisha	Entre 10 000 et 15 000 réfugiés
	E32		Urbain	Belt Sahour	Plus de 10 000 habitants
Hébron	E27	NSP	Urbain	Hébron	Plus de 10 000 habitants
	E34	H2			
	E28	B ou C	Camp de réfugiés	Al' Arrub Camp	Entre 5 000 et 10 000 réfugiés
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	Jéricho	Plus de 10 000 habitants
	E24		Camp de réfugiés	Aqbat Jaber Camp	Entre 5 000 et 10 000 réfugiés
Jérusalem	E2 ; E20	B	Urbain	Al Ram	Plus de 10 000 habitants
	E25		Rural	Biddu	Entre 5 000 et 10 000 habitants
Naplouze	E33	A	Urbain	Naplouze	Plus de 10 000 habitants
Ramallah	E3 ; E4 ; E19	A	Urbain	Ramallah	Plus de 10 000 habitants
	E1 ; E5	B	Camp de réfugiés	Al Jalazun Camp	Entre 10 000 et 15 000 réfugiés
	E6 ; E22		Rural	Sirgil	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).

Bureau central palestinien des statistiques (page consultée le 29 mars 2016). Annual statistics [En ligne]. <http://www.pcbs.gov.ps/site/langen/803/default.aspx>

Résultats

Le morcellement du territoire : isolement des médecins, accès aux services de santé fractionné, ressources de santé limitées, difficultés de coordination

- 10 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 la zone A, soit principalement les grandes villes de Cisjordanie et la zone 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. « A 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 qu'à Silwad 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.

- 11 D'autre part, les médecins généralistes interviennent dans les villages éloignés où on observe 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 les centres de niveau I ou II qui se situent généralement dans les villages palestiniens, les médecins généralistes n'interviennent qu'un jour par semaine ce qui limite les possibilités de soins. « 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 » (E8). Les patients doivent alors rejoindre les centres de niveau III ou IV les plus proches pour voir un médecin généraliste et réaliser si nécessaire les premiers examens.
- 12 La discontinuité territoriale et les difficultés de déplacement en Cisjordanie sont deux autres aspects géopolitiques limitant l'accès à ces structures. L'UNRWA ne possède qu'un seul hôpital géré par l'organisation qui se trouve à Qalqiliya voir (figure 3), situé à l'extrême est de la Cisjordanie. La ville 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'hôpital fournit des soins chirurgicaux mais l'offre y est limitée. « Il n'y a qu'un seul chirurgien pour toute la région » (E29). L'organisation est en partenariat avec plusieurs hôpitaux privés. 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). Les autres structures se trouvent dans d'autres villes de Cisjordanie plus accessibles en « situation calme », c'est-à-dire lorsque la circulation routière n'est pas entravée. Mais l'utilisation de ces ressources est bornée par les contrats d'assurance entre les infrastructures : les patients bénéficient de soins dans les infrastructures en fonction des assurances.
- 13 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). Et le manque de coordination entre les prestataires de santé ne favorise pas l'utilisation des ressources à proximité. 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 » (E15). Les patients doivent alors se déplacer vers les autres villes mais les difficultés de déplacement limitent probablement le recours à ces examens. Certains examens d'analyses biologiques ne peuvent être réalisés dans certains centres de soins primaires du Ministère. 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 des circonscriptions. « Dans ma clinique, qui n'est pas une clinique centrale ou un hôpital, vous n'allez pas trouver tout ce qu'il vous faut » (E20) (médecin exerçant à Ar Ram). Les patients doivent alors aller à Al' Eizariya (voir figure 3) qui est très difficile à rejoindre : la présence du mur de séparation, des postes de contrôles militaires et les contournements nécessaires demandent bien plus de temps pour rejoindre la ville que si les patients traversaient Jérusalem, notamment pour les villes se situant à l'ouest de Jérusalem. Depuis Biddu par exemple, les patients passent sous 2 tunnels, souvent contrôlés par l'armée israélienne, pour rejoindre une enclave de Bir Nabala située à l'Ouest de Jérusalem. De là, ils sont obligés de contourner Jérusalem, entourée par le mur, en passant par Ramallah pour rejoindre Al' Eizariya. Ce trajet est représenté sur la figure 5 par l'itinéraire rose.

- 14 Pour les médecins, il est nécessaire que les prestataires de santé se coordonnent sur le terrain pour favoriser les réseaux de proximité. Le morcellement du territoire affecte l'ensemble des médecins : la discontinuité territoriale limite l'utilisation de ressources à disposition des médecins dès lors que celles-ci ne se trouvent pas à proximité. Les coordinations permettent de « prévenir le risque de duplicata des services » (E24) et favorisent le développement des soins sur l'ensemble du territoire : les gestionnaires s'organisent « pour ne pas aller dans les mêmes endroits » (E24). Les prestataires de santé ne développent pas suffisamment de coordinations pour favoriser des services de proximité afin que la population ait un accès facilité aux soins. A Jéricho, l'UNRWA et l'hôpital public de Jéricho ne sont pas coordonnés : un médecin généraliste de l'UNRWA ne peut pas solliciter un médecin de l'hôpital ou programmer des examens complémentaires disponibles à l'hôpital de Jéricho. Ainsi, les patients font des va-et-vient entre différents gestionnaires de santé pour optimiser leur accès aux soins. Le parcours des patients est complexe dans ce système de santé fractionné qui rend le travail des médecins généralistes difficile (autre article).

Figure 5 : Itinéraires-types pour rejoindre Al'Eizariya depuis Biddu issus des observations de terrain et entretiens

Source : Juillet L. juillet-août 2014 ; réalisation : S. Giffon/ESO-Angers

Des difficultés quotidiennes pour répondre aux besoins de la population

Déplacements compromis de la population

- 15 La permanence des soins est difficile à maintenir en Cisjordanie 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 fréquents. 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 que l'armée israélienne bloque leur passage. Le check point de Bet El DCO, situé sur la figure 3, laisse passer les « diplomates et les médecins » (E21) mais le temps d'attente reste aléatoire et imprévisible. « Cela peut arriver qu'ils me disent d'attendre. Pendant 10-30 minutes ou 1 heure... puis ils me laissent passer » (E21). La route que ce check point contrôle est par ailleurs la « plus rapide » pour rejoindre Ramallah depuis la région de Silwad.
- 16 Lorsque les routes sont coupées par l'armée, les médecins absents ne sont pas remplacés dans l'urgence. Le ou les médecins en poste absorbent les consultations des médecins absents à l'origine d'une surcharge de travail. Les rendez-vous sont annulés ou reportés en fonction des facilités de déplacement des patients. Les palestiniens citoyens d'Israël (« arabs of 1948 ») viennent consulter en Cisjordanie (médecins généralistes autres spécialités médicales) mais le passage de la « frontière » par le mur de séparation est souvent un problème. A Hébron, « les patients qui vivent en zone H2² 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 se rendre en zone H1, notamment pour réaliser des examens complémentaires spécialisés ou consulter des médecins hospitaliers. Les passages de ou depuis cette zone sont très compromis par les nombreux check points entourant la zone (photo 3).

Photo 3 : Un des check points à l'entrée de la rue Shohada, Hébron (Juillet L. Cisjordanie, août 2014)

Source : Juillet L., août 2014

- 17 Pour contourner les routes entravées par l'armée israélienne ou dangereuses en cas de conflits, les palestiniens empruntent des voies souvent plus longues, sinueuses ou en mauvais état. Le temps nécessaire pour rejoindre les centres de soins s'en trouve rallongé.

Les médecins limitent l'utilisation des ressources de santé

- 18 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'examen complémentaires et ne recourent pas nécessairement aux autres secteurs de santé même si cela peut être nécessaire : ils soignent avec un minimum d'investigation et de moyens. Les médecins généralistes du Ministère de la santé s'aident d'un outil élaboré par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), appelé la « PEN approach » (E27). Cet outil sert à renforcer l'équité et l'efficacité de l'intervention pour les maladies chroniques d'un système de santé aux faibles ressources économiques. L'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 (OMS, 2010)

- 19 Dans ces conditions, les médecins généralistes n'utilisent pas certains examens complémentaires nécessaires pour le diagnostic de pathologies courantes ou à la surveillance d'un patient. « Nous avons des problèmes pour le diagnostic de pathologies courantes : de nombreux examens de laboratoire ne sont pas disponibles ici. Surtout les tests hormonaux » (E20). Certains examens « plus spécialisés, comme pour la thyroïde » (E8) ne sont pas disponibles dans certaines régions, comme à Jéricho : les patients doivent aller dans « un centre spécialisé de Ramallah » (E8). 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 : « 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).
- 20 Il est difficile d'utiliser l'échographie, parmi d'autres examens complémentaires, car cet examen ne peut pas être fait dans les centres de soins primaires. Les médecins envoient leurs patients dans des cabinets privés mais cela reste peu accessible à une majorité d'entre eux : les patients auraient à charge près de 40% du coût total des soins et ils n'ont généralement pas les moyens de payer « des examens dans le privé » (E23). Soit les médecins limitent leurs prescriptions, soit les patients ont recours aux structures publiques où les délais sont souvent longs. « 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 posent problème pour dépister ou diagnostiquer rapidement certaines pathologies.
- 21 Les médecins limitent aussi le recours aux services spécialisés, insuffisants en Palestine et souvent surchargés dans le secteur public. Les délais d'attente sont souvent très longs et, en cas d'insuffisance dans le secteur public, les transferts coûteux des prises en charge du public vers d'autres hôpitaux privés en Cisjordanie et à l'étranger restent fréquents. Le sujet reste néanmoins difficile à aborder avec les médecins généralistes : la question des transferts en dehors des territoires palestiniens est sensible. Cela peut s'expliquer par leur coût qui occupe la seconde place dans le budget du Ministère palestinien de la santé (Autorité nationale palestinienne, 2014) puisque les transferts sont à sa charge. L'OMS observe d'ailleurs en 2014, une augmentation des transferts (en raison de pénuries de médicaments notamment) ainsi que leur coût (OMS, 2014). Mais obtenir des soins à l'étranger, notamment à Jérusalem Est reste problématique : les autorisations de sortie de la Cisjordanie sont difficiles à obtenir et les trajets restent à la charge des patients.
- 22 Dans la circonscription de Jenin, les médecins généralistes semblent travailler plus facilement. 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 : 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 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 les patients ou pour les adresser à des confrères d'autres spécialités médicales. L'accès aux principaux examens complémentaires est aussi plus facile. Malgré cela, les autres facteurs liés à l'occupation impactent négativement la

perception qu'ont les médecins de leur exercice : « 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'Hébron il y en a plein » (E14).

S'adapter au contexte géopolitique

Regrouper l'offre de soins en un même lieu

- 23 Le mode d'exercice des médecins généralistes est semblable à un exercice en centre de soins pluridisciplinaire ou en maison de santé. Cette organisation facilite leur travail. En s'entourant de plusieurs acteurs de santé dans le même centre, les médecins ont aussi plus de facilités pour coordonner les soins. Dans le contexte palestinien, travailler dans un centre de santé permet aussi d'assurer un minimum de soins en un seul déplacement. 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 minimaliser le nombre d'absences » (E30). Et le recrutement de proximité renforce les liens dans la communauté entre le personnel soignant et les patients.
- 24 Dans les zones géographiques enclavées de façon permanente ou ponctuellement lors des conflits, les centres de soins primaires s'organisent pour que des médecins d'autres spécialités viennent y travailler plusieurs jours par semaine. La dernière intifada a demandé aux médecins de Jenin de s'adapter : la région était fortement touchée par les événements, les couvre-feux, notamment dans le camp de réfugiés étaient permanents et les centres de santé étaient totalement privés de connexion avec les centres hospitaliers : les médecins spécialistes venaient deux fois par semaine dans les centres de soins primaires pour consulter.
- 25 Bien que l'organisation en centre de santé soit historique et réponde à des raisons économiques, l'isolement géographique et temporel imposé par l'occupation semble favoriser ce mode d'exercice. Un médecin de la région nord de Ramallah (E21) a ouvert un « complexe » médical qu'il souhaite développer pour permettre de garder en observation des patients pendant la nuit car il est difficile de rejoindre l'hôpital le plus proche. Les ambulances ne viennent pas facilement la nuit, selon le médecin, car les routes sont dangereuses et le centre est éloigné (environ 15 km de Ramallah). Les transports en commun ne sont pas en service le soir alors qu'une majorité de palestiniens empruntent les taxis collectifs pour se déplacer et les déplacements en ambulances privées sont coûteux.

Les cliniques mobiles

- 26 Les zones isolées par le mur de séparation, les zones d'habitation entourées de colonies ou les zones rurales éloignées des grandes villes sont dépourvues de structures de soins. En zone C, l'Autorité Palestinienne nécessite l'autorisation d'Israël pour développer ses infrastructures : en « zone C, il y est très difficile de faire certaines choses... même 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. « 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, ils choisissent le village le plus proche pour faire leurs activités » (E14). Les médecins vont aussi à la rencontre des bédouins, population de nomades vivants principalement dans les montagnes de la vallée du Jourdain en Cisjordanie. Avec les cliniques mobiles du Ministère de la santé et de certaines ONG, cette population reçoit des soins de première nécessité ainsi que les vaccinations obligatoires décrétées par l'Autorité palestinienne. Les possibilités de soins avec les cliniques mobiles restent cependant limitées. Lorsque les patients nécessitent des examens complémentaires, ils doivent donc se rendre dans les villes.

Exercer en zone de conflits : médecine de guerre et conséquences sanitaires

- 27 La situation géopolitique en Palestine est instable et marquée par des conflits armés réguliers comme en témoigne la dernière Guerre de Gaza qui s'est déroulée pendant l'étude (juillet-août 2014). Les palestiniens se rappellent des deux dernières intifada et pour eux, la Cisjordanie peut toujours être le territoire de révoltes violemment réprimandées. Des altercations surviennent d'ailleurs à n'importe quel moment en Cisjordanie entre palestiniens et colons notamment. Les interventions militaires attisent des mouvements de révoltes pouvant être réprimandés par l'armée israélienne. Les médecins 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 » (E29). Dès que des conflits sévissent près de leur centre de soins, ils soignent les blessés 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)
- 28 En raison de l'éloignement des centres hospitaliers et des services d'urgence, 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).
- 29 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-feux) pendant une période indéterminée.
- 30 Par exemple, le camp d'Al' Arrub, situé dans la circonscription de Hébron, peut être enclavé temporairement sur décision de l'armée israélienne. Une route principale rejoint les villes d'Hébron et de Bethléem depuis le camp. Cette route correspond à l'itinéraire idéal pour rejoindre Hébron et est représenté en bleu sur la figure 4. Devant son entrée, les militaires israéliens sont postés en permanence dans une tour de contrôle. Une voie d'accès principale est bloquée par des blocs de pierres (photo 1) qui prévient toutes entrées et sorties véhiculées. La deuxième voie d'accès peut aussi être

bloquée par une barrière amovible disposée par l'armée israélienne. Le camp est alors privé de sa voie d'accès principale à ces deux villes. Il faut donc faire un détour important par l'Est du camp, représenté en rose sur la figure 4, ce qui s'impose aux personnels soignants, aux ambulances aussi bien qu'à l'ensemble de la population.

Photo 1 : Blocs de pierre obligeant les voitures à faire un détour à l'entrée du check point de Qalandiya (Cisjordanie)

Source : Juillet L., juillet 2014

- 31 Dans les situations les plus critiques, les médecins sont dépendants des délégations étrangères qui font le relais ambulancier pour les urgences aiguës, 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 réfugié], 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).
- 32 Pour faire face à ces situations, 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.

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.

Photo 2 : Contrôle spontané de l'armée israélienne sur la route reliant Hébron et Bethlehem

Source : Juillet L., Cisjordanie-août 2014

- 35 Les conditions de vie ont été rapidement oppressantes, pendant la Guerre à Gaza durant l'été 2014 où l'ambiance en Cisjordanie s'est alourdie. Les opérations militaires en Cisjordanie se sont intensifiées ainsi que les altercations entre palestiniens et 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 sous la répression de l'armée israélienne (un mort et 200 blessés lors d'une manifestation à Qalandiya le 21 juillet 2014).
- 36 Durant l'été 2014 les consultations pour symptômes dépressifs et anxiété ont augmenté selon les médecins généralistes interrogés. « La plupart des patients qui viennent ici souffrent d'un stress psychologique à cause de ce qu'il se passe en Palestine. » (E22) Enfin, les enfants souffrent particulièrement de stress post traumatique. Les médecins doivent être particulièrement attentifs aux enfants venant consulter pour dépister ces souffrances. « A cause de l'armée, de nombreux enfants dans les villages souffrent de stress post-traumatique » (E33). « Il y a des confrontations partout. Les enfants sont stressés tout le temps ». (E22)
- 37 Les trajets en Cisjordanie sont quotidiennement oppressants, pénibles et fatigants. Le passage des check points est stressant malgré leur 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 ! » (E10). Pendant l'étude, les déplacements réalisés étaient difficiles car les contrôles militaires étaient plus fréquents lors de l'été 2014, du fait du conflit à Gaza.

Dépistage des souffrances et accompagnement des palestiniens

- 38 Les médecins généralistes accompagnent psychologiquement leurs patients. Certains se forment à la psychologie, notamment pour dépister et soigner les enfants en souffrance. Pour dépister précocement les troubles psychologiques chez l'enfant, les médecins de l'UNRWA suivent psychologiquement les enfants depuis leur naissance jusqu'à l'âge de 5 ans. Enfin, ils soutiennent leurs patients en les suivant régulièrement comme l'explique un médecin de l'UNRWA : « 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 » (E24).
- 39 Les médecins travaillent souvent avec une psychologue attachée au centre de soins primaires. 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 est important pour les médecins généralistes car l'écoute des patients peut être pesante. Ils expliquent d'ailleurs qu'ils sont sous pressions et que la dépression n'est pas rare chez les médecins palestiniens. Un médecin de l'UNRWA témoigne qu'à cause de la Guerre de Gaza, son collègue ne souhaitait voir « aucun patient » car « il ne voulait pas entendre parler de leurs problèmes » (E24).

Influence du statut des personnes dans la pratique des médecins généralistes

Le statut des médecins généralistes aux formations variées

- 40 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 divers pays étrangers. 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. Parallèlement, les deux seules universités en Cisjordanie proposant l'enseignement de la médecine sont actuellement indépendantes : leurs programmes d'enseignement peuvent alors différer. 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).

- 41 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. Mais cet enseignement est récent et n'intéresse qu'un petit nombre de médecins palestiniens en exercice.
- 42 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. Ils revendiquent d'ailleurs la reconnaissance de leurs compétences au même titre que les autres spécialités médicales.

Le statut des patients : la question des réfugiés

- 43 Les médecins soignent leurs patients sans distinction sociale mais le statut particulier des réfugiés interroge sur leur accès aux soins dans le système de santé. « L'UNRWA donne des soins pour une grande partie de la population de Palestine qui est particulière : les réfugiés. ». L'organisation est en effet le principal dispensateur de soins primaires pour les réfugiés en territoires palestiniens, elle est par ailleurs la seule à intervenir dans les camps de réfugiés. « Nous sommes à part ». L'organisation des soins pour les réfugiés semblent être en marge avec le système public : il n'existe pas de coordinations entre les deux secteurs pour l'utilisation des ressources de santé par les patients. Les médecins de l'UNRWA semblent plus affectés par l'éloignement des pôles hospitaliers puisque les principaux en partenariat se situent à Jérusalem Est et à Qalqiliya (voir plus haut). D'autres facteurs sont déterminants pour les soins des réfugiés comme la surpopulation dans les camps de réfugiés qui peut, à elle seule, expliquer la forte fréquentation des centres de soins primaires. Le nombre de patients vus par médecin en une journée (au-delà parfois de 150) est plus important que dans les autres secteurs. Pour certains médecins interrogés, les conditions de vie en camp de réfugiés sont plus difficiles que sur le reste du territoire : l'insalubrité, la surpopulation et la pauvreté sont largement évoquées. « Tant qu'il y aura occupation, le problème des réfugiés ne sera pas résolu. L'occupation est à l'origine de nombreux problèmes non résolus pour la santé de cette population. ».

Discussion autour de l'impact du contexte palestinien sur les soins

- 44 L'exercice des médecins généralistes est fortement influencé par le contexte géopolitique palestinien qui isole les médecins généralistes dans un système de santé en construction. Les relations possibles d'une vie sous occupation et la santé des palestiniens ont fait déjà l'objet d'une vaste littérature. Cette étude est la première à s'intéresser à l'exercice des médecins généralistes au quotidien en s'appuyant sur une approche qualitative prenant ainsi en compte leur discours. Elle propose des éléments de réflexion sur l'organisation des soins en Palestine, notamment de la médecine de première ligne. La discontinuité territoriale et l'entrave à la libre circulation des palestiniens conforte la revendication des médecins généralistes à organiser des soins de proximité. Nous en discuterons dans un premier temps. La santé mentale des palestiniens est une des préoccupations actuelles des responsables en santé et le

développement des programmes de santé doit considérer les médecins généralistes comme les principaux acteurs sur le terrain. Nous le développerons en second.

Les médecins généralistes en tant que défenseurs des soins de proximité

- 45 Nous avons observé dans notre étude que l'offre de santé en soins primaires est organisée en « centre » ou « clinique » ou en « complexe » de soins. La majorité des structures que nous avons visitées regroupent plusieurs acteurs de santé de soins primaires, d'autres médecins de spécialités et un laboratoire d'analyse biologique. Dans les zones éloignées des pôles urbains, cela permet de maintenir une offre de soins de proximité. Les médecins s'entourent de confrères d'autres spécialités tels que des orthopédistes, des ORL ou des gynécologues. 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 calcule 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., confortent les tendances observées dans notre étude (Eklund L, 2010). 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 (OMS, 2014). 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 situaient 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'ils n'y avaient aucun véhicule arrêté par l'armée israélienne. Le temps moyen devait probablement être plus long, malgré une situation « convenable ». Dans le cas de notre étude, même si certains check

points étaient ouverts, la situation pouvait changer rapidement. Bien que les conditions de circulation et de déplacement aient été plus favorables qu'il y a quelques années, les temps de certains trajets sont variables en fonctions des interventions militaires et des embouteillages à certains check points. Au niveau de Qalandiya 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. Depuis Ramallah, en situation idéale, rejoindre Bethleem nécessitait environ une heure mais lorsqu'il y avait beaucoup de circulation, cela pouvait prendre 2 heures. Il en est de même entre Ramallah et Jéricho où, le passage du check point de Jaba' rallonge le temps de circulation. Nous avons par exemple mis entre une heure et 2 heures 30 en fonction des opérations militaires pour rejoindre ou revenir de Jéricho.

- 46 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 (Palestinien Health Information Center, 2014). 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. Même si l'organisation des centres de soins primaires a des raisons économiques, nous avons pu observer que les modes d'exercice des médecins généralistes ont certaines caractéristiques qui reflètent les besoins des médecins et des patients qui s'inscrivent dans une démarche de soins de proximité. 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.
- 47 Dans le contexte palestinien, où la population est opprimée et isolée, les centres de soins primaires favorisent la cohésion sociale. Les patients ont la possibilité de venir sans rendez-vous et sont facilement au contact de l'équipe soignante. Etre issu des mêmes communes desservies par les centres de soins, augmente le lien 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.

Les programmes de santé mental doivent prendre en compte l'expérience des médecins généralistes

- 48 Les médecins généralistes sont confrontés à l'oppression des palestiniens. 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 (OMS, 2006). 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 (Giacaman R, Rabaia Y, Nguyen-Gillham V et al. 2010). Les palestiniens sont confrontés aux conflits armés, subissent des restrictions de leur liberté de

déplacement et sont généralement en difficultés économiques et sociales. Les arrestations d'enfants et d'adultes sont fréquentes et les conditions de détention sont dénoncées. Le mur de séparation et l'impact sur l'accès aux terres, 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 (de Ville de Goyet C, Manenti A, Carswell K et al. OMS 2015). 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. Entre autres, obtenir un permis pour des soins en Cisjordanie est difficile et non prédictible et les conditions de circulation (attente aux check points notamment) sont imprévisibles. La crainte d'être contrôlé sur les routes par l'armée, la crainte d'une expulsion ou d'un nouveau conflit génère ce sentiment d'insécurité. Enfin les palestiniens sont incertains voire inquiets pour leur avenir. Se sentir pris au piège favorise le développement des troubles psychologiques (de Ville de Goyet C, Manenti A, Carswell K et al. OMS 2015). 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. sur la perception de l'accès aux soins par des patients atteints de maladies cardiovasculaires et de diabète (de Ramallah) publiée en 2011 (Shoaibi A, Khatib R, Khatib R G, et al. 2011), montrait que les patients préféraient les soins reçus dans les centres de soins primaires compte tenu de liens sociaux plus solidement établis et d'un sentiment d'appartenance au centre de soins. Les médecins de notre étude accordent beaucoup d'importance à l'écoute à la base d'une bonne relation avec son patient. Le personnel de santé se sent proche des communautés. Les centres de soins primaires peuvent alors être des lieux où les patients se sentent en sécurité et considérés. La confiance accordée aux médecins par les patients les plaçait au mieux pour dépister et accompagner les souffrances psychologiques. Mais les pathologies mentales sont actuellement sous diagnostiquées et mal prises en charge. Cela peut s'expliquer par le manque d'aptitude du personnel médical à diagnostiquer les pathologies psychiatriques, comme l'évoque l'équipe de Mustafa El Masri (El Masri M, Saymah D, Daher M et al., 2013). 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 d'ailleurs intégrer les centres de prise en charge des maladies mentales au sein des centres de soins primaires (Autorité nationale palestinienne, 2014). 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).

Forces et limites de l'étude

- 49 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. L'accès aux soins en Territoires palestiniens a 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.

- 50 Le budget de l'étude était limité³. Un séjour en Palestine plus long afin de recueillir plus d'informations en réalisant notamment plus d'entretiens par deux investigateurs au lieu d'un seul, aurait amélioré la représentativité de la population étudiée. 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. 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.

Conclusion

- 51 Le contexte géopolitique en Palestine a une influence majeure sur l'exercice des médecins généralistes. 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.
- 52 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 d'eux 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 par les médecins 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.
- 53 Une partie de notre étude (Juillet L, 2016), s'est intéressée aux caractéristiques des médecins généralistes palestiniens. Nous avons constaté qu'ils 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 (Engel GL, 1977) 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.

- 54 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

Autorité nationale palestinienne. 2014, Palestinien Health Information Center. Health Annual Report Palestine 2014.

Blanc P, Chagnollaude JP, Souiah SA. *Atlas des Palestiniens Un peuple en quête d'Etat*. Paris : Autrement ; 2014

De Ville de Goyet C, Manenti A, Carswell K et al. (2015). *Report of a field assessment of health conditions in the occupied Palestinian territory (oPt)*. Organisation mondiale de la santé. WHO-EM/ OPT/006/E/05.15

Eklund L. 2010, Accessibility to Health Services in the West Bank, Occupied Palestinian Territory. Lund, Sweden, *University of Lund Seminar Series* n° . 189

El Masri M, Saymah D, Daher M et al. 2013. Integration of mental health-care with primary health-care services in the occupied Palestinian territory: a cross-sectional study. *The Lancet* 382/ S9

- Engel GL., 1977, The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science, New Series*. 196/4286, p. 129-136
- Giacaman R, Abdul-rahim HF, Wick I. 2003, Health sector reform in the Occupied Palestinian Territories (OPT): targeting the forest or the trees? *Health Policy Plan*. 1, p. 59-67
- Giacaman R, Khatib R, Shabaneh L, Ramlawi A, Sabri B, Sabatinelli G, et al. 2009, Health status and health services in the occupied Palestinian territory. *The Lancet*. 373/9666, p. 837-849
- Giacaman R, Rabaia Y, Nguyen-Gillham V et al. 2010, Mental health, social distress and political oppression: The case of the occupied Palestinian Territory. *Global Public Health*. 6/5, p. 547-559
- Juillet L., 2016, *Exercer la médecine générale en Palestine : influence des contraintes en territoires occupés*. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine, qualification en Médecine générale, Université d'Angers UFR santé. Soutenue le 29/06/2016
- Mataria A, Khatib R, Donaldson C, et al. 2009, The health-care system: an assessment and reform agenda. *The Lancet*. 373/9670, 1207-17
- Miles MB., Huberman AM., 2003, *Analyse des données qualitatives* (2^e édition), Bruxelles, De Boeck.
- OCHA, 2012, West Bank Movement and Access Update Special Focus, [en ligne], https://www.ochaopt.org/documents/ocha_opt_movement_and_access_report_september_2012_english.pdf (date : 30 mai 2016).
- Office for the Coordination of Humanitarian Affairs occupied Palestinian territory (OCHA) (2010). The impact of barrier on health Jérusalem Est : Organisation mondiale de la santé.
- Organisation mondiale de la santé, 2006. Cisjordanie et Bande de Gaza. Stratégie de Coopération. Un aperçu. [en ligne]. http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_pse_en.pdf (page consultée le 15 avril 2016)
- Organisation mondiale de la santé, 2010, Package of essential non communicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. WHO Library, [en ligne], http://www.who.int/nmh/publications/essential_ncd_interventions_lr_settings.pdf (page consultée le 21/06/2016)
- Organisation mondiale de la santé. (2014) *Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé*. Rapport du Secrétariat A67/41. Organisation Mondiale de la Santé.
- Palestinien Health Information Center. 2014, Health Annual Report Palestine 2013. Autorité nationale palestinienne.
- Shoaibi A, Khatib R, Khatib R G, et al. 2011, Patients' perceptions of access to care for cardiovascular diseases and diabetes mellitus in Ramallah: a qualitative assessment. *The Lancet*.

NOTES

1. Le second accord intérimaire (Oslo II), signé le 28 septembre 1995, arrête le principe de trois zones de compétences en Cisjordanie. Ils divisent les Territoires palestiniens selon l'autonomie civile et sécuritaire de l'Autorité Nationale Palestinienne. Dans La zone A, 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 reste sous le contrôle total d'Israël.

2. Le Protocole d'Hébron, qui s'inscrit dans le cadre du processus de paix et conclu le 17 janvier 1997, entre l'Etat d'Israël et l'Organisation de Libération de la Palestine, divise la ville d'Hébron en deux zones de responsabilités. La zone H1 est sous la responsabilité palestinienne, la zone H2 sous autorité d'Israël.

3. Le financement de l'étude a été gracieusement soutenu par l'Université d'Angers, dans le cadre d'un projet d'aide à la mobilité des étudiants de l'université d'Angers, et le consulat de France à Jérusalem permettant l'achat des billets d'avion pour les deux voyages. Le coût de l'étude est estimé à 5000 euros.

RÉSUMÉS

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 et prendre en compte leurs conditions d'exercice.

This paper questions health system organization, and especially first line care, given the context of occupation and fragmentation of the Palestinian territory. It asks whether the geopolitical context is the source of specific changes? We studied the activities of general practitioners (GPs) in the West Bank by identifying external factors which influence their practice.

Methods

A field survey (3-16 March and 01 July-31 August 2014) employed a qualitative approach by conducting semi-structured interviews with GPs. Physicians had to have obtained the Bachelor Degree of Medicine to practice medicine in Palestine (no family medicine speciality is required). They had to work in primary health care and the four main types of health provider were represented (Ministry of Health, UNRWA, NGOs and the private sector). Various health actors were also interviewed. Data analysis (figure 1) was based on the method described by Miles and Huberman (2003). In total, 35 interviews were conducted, 11 during the first period of the field survey and 24 during the second period. 23 GPs were interviewed (1 GP was interviewed at each period). The main geographical and demographic characteristics of their places of practice are set out in the table I. Their places of exercise are represented on the map 1

Results

Palestinian GPs integrate the psychological and environmental aspects of their patients' experience. They provide joint missions: community-based and first line care, resolution of all undifferentiated health problems, prevention, and 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 defined by 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. Primary care physicians respond with difficulty to the health problems of Palestinians given their limited use collective and complementary practices and their missing link with the secondary sector (which exists but is hardly accessible). The permanence and continuity of care are unpredictable as they depend on physicians and patients travelling to facilities; they are 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 continuity of care. The instability of the situation, at the root of armed conflicts or altercations, also brings GPs to heal wounds "of war".

Discussion and Conclusion

Our study shows that 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 among the factors behind a specific type of practice of family medicine in this part of the world.

INDEX

Mots-clés : système de santé, territoires occupés, pratiques professionnelles, conditions

Index géographique : Palestine, Cisjordanie

AUTEURS

LAURE JUILLET

Docteur en médecine qualification Médecine générale, Université d'Angers

SÉBASTIEN FLEURET

Directeur de recherche CNRS UMR ESO

WILLIAM BELLANGER

Directeur de thèse, Maître de Conférences Associé DUMG, Université d'Angers. Médecin généraliste à la Maison Médicale Beaulieu sur Layon