

FORUM PIERRE MICHELETTI, médecin, enseignant à l'Institut d'études politiques et à la faculté de médecine de Grenoble, ancien président de Médecins du monde, dont il est l'actuel délégué général Rhône-Alpes

Former les médecins à l'accès à la santé des plus vulnérables

La santé et l'accès aux soins des populations dans la grande précarité posent un certain nombre de problèmes. La formation médicale « classique » n'aborde que très marginalement le caractère complexe et multifactoriel de telles situations. Leur expression et les mécanismes qui y conduisent sont variables, et nécessitent des approches spécifiques pour une prise en charge efficace.

Sur fond de crise économique, sans attendre la grande précarité, s'exprime dans la pratique la notion d'« inégalités sociales de santé » (ISS) qui aboutit à ce que l'espérance de vie globale de la population française connaisse une différence statistique moyenne de neuf ans selon que l'on est un ouvrier non qualifié ou un cadre supérieur. Ce constat a largement contribué à alimenter le débat et le conflit sur l'âge des retraites, à travers la notion de « pénibilité » du travail. Cette composante de l'environnement global d'un individu joue en effet un rôle primordial sur sa santé.

À partir de 2003, d'abord à Grenoble, puis aujourd'hui dans différentes villes de France (Lille, Paris, Strasbourg, Clermont-Ferrand, Montpellier, Bordeaux), des équipes régionales de Médecins du monde ont accompagné la création de diplômes d'université « santé-solidarité-précarité », pour répondre au déficit de formation en la matière dans les facultés de médecine de ces différentes villes.

L'étude préalable à la création du diplôme mis en place à Grenoble avait révélé que de telles formations avaient existé, puis étaient lentement tombées en désuétude, avant de disparaître, faute d'étudiants pour suivre les enseignements (tel fut le cas à Bordeaux, Lyon et Paris en particulier).

Il convenait donc de comprendre les raisons de ces échecs, alors même que la réalité sociale et économique de notre pays, comme les échanges



Un centre de l'association Médecins du monde, à Paris. Pour Pierre Micheletti, il y a un déficit dans la formation des médecins concernant l'accès aux soins des populations dans la précarité.

avec les acteurs de terrain, confirment le manque en la matière.

Peu de jeunes professionnels de santé connaissent la notion d'inégalités sociales de santé.

L'analyse révéla en particulier la méconnaissance profonde des universitaires de médecine à l'égard des acteurs et des institutions en demande de telles formations. Peu de professeurs de médecine connaissent en effet la place primordiale de la santé scolaire, des centres de santé, de la PMI, des cadres sociaux territoriaux, du secteur associatif dans l'accès à la santé des populations les plus vulnérables, comme peu de jeunes professionnels de santé connaissent la notion d'inégalités

sociales de santé au sortir de leur formation.

La création de ces formations vise donc à répondre à différents objectifs :

- Créer un enseignement spécifique pour répondre aux nécessités de la prise en charge de la santé de populations fragiles ou en grande précarité ;

- Mettre en place une formation qui soit également l'occasion de mélanger les métiers, les approches et les institutions qui interviennent sur ces questions ;

- Renforcer chemin faisant la coordination des acteurs de terrain ;

- Responsabiliser et associer de façon participative le plus grand nombre possible d'institutions différentes qui agissent auprès des populations fragiles. Elles ont été associées aux différentes étapes de la construction des diplômes : vali-

dation initiale du besoin, définition des contenus pédagogiques et des modalités de l'enseignement, contribution aux cours, inscription d'étudiants qui émanent de ces institutions ;

- Ouvrir les facultés de médecine et faire admettre par les doyens comme par les CTE (commission technique de l'enseignement) l'intérêt de tisser des alliances professionnelles sur ces questions et, chemin faisant, permettre l'obtention des diplômes de troisième cycle en médecine à des « non-médecins ».

Fort heureusement dans chacune des universités qui disposent aujourd'hui d'une telle offre de formation, il s'est trouvé des universitaires et des doyens suffisamment sensibles ou expérimentés sur ces questions pour apporter leur soutien et leur caution scientifique à la mise en place des enseignements, y compris

dans l'ouverture à d'autres métiers. Ceux-là savent que la complexité des situations et des entraves à la santé des plus fragiles ne peut s'appréhender par la seule intervention du corps professionnel des médecins.

Dans la même dynamique, et de façon complémentaire, plusieurs facultés de médecine, souvent en lien avec les mêmes acteurs de Médecins du monde, ont mis en place des modules optionnels proposés aux étudiants du deuxième cycle des études médicales.

Ces formations connaissent également une fréquentation croissante.

Reste à travailler sur ce qui constitue dès le départ le troisième volet de la démarche, plus ambitieux et plus difficile au regard de l'évolution exponentielle des connaissances que doivent acquérir les jeunes médecins : rendre obligatoire dans le cursus universitaire des cours sur la notion d'inégalités sociales de santé.

Il s'agit là d'un chantier qui reste en devenir, mais qui sur le fond réinscrit la médecine dans son double équilibre entre sciences « dures », physique, chimie, physiologie (...) et sciences sociales, sociologie, psychologie (...).

Pari ambitieux, mais chantier incontournable pour que les professionnels de santé puissent être sensibilisés sur les réalités et les nécessaires approches que requiert l'accès à la santé des populations vulnérables.

Cette évolution des études facilitera en outre les débats que connaît la profession médicale sur des sujets tels que l'exercice en secteur 2, la liberté d'installation, les dépassements d'honoraires, les refus de soins...

Une vaccination précoce avant la prestation du serment d'Hippocrate qui sera, dès lors, une ultime « piqûre de rappel » éthique avant la vie active. N'ayons pas peur de dire que dans ce domaine l'immunité se construit également après plusieurs injections.

CHRONIQUE

Catherine Ternynck

Psychanalyste, département d'éthique de la famille, Université catholique de Lille

La maison de famille

Lorsqu'une personne se met à parler de sa maison, j'en suis aussitôt intimidée. J'hésite toujours avant de la suivre, consciente de l'intimité qui s'ouvre. Car le récit de la maison mène toujours à la narration de soi, à la confiance.

Les psychologues d'ailleurs le savent, qui demandent au jeune enfant de dessiner sa maison pour y chercher une projection de sa personnalité, de ses désirs et conflits inconscients. La maison dont on rêve à l'âge adulte, celle qu'on achète ou restaure n'est

jamais qu'un prolongement de ce premier dessin. Nous nous projetons en elle, tels que nous voudrions être et tels que, malgré nous, nous sommes. Nos habitations sont des échos et des miroirs dans lesquels nous cherchons à nous reconnaître, à nous définir davantage.

La maison de famille est d'une espèce particulière. Ceux qui n'en ont pas en rêvent. Ceux qui en ont une, bien souvent s'en plaignent. À les entendre, elle est une source d'ennuis, de dépenses. Elle est un concentré de tracas, quand ce n'est pas de névrose. Ce qui la caractérise et en constitue le principe, c'est qu'elle ne s'acquiert pas. Elle se lègue

ou s'hérite. On ne la choisit pas, tout au plus choisit-on de l'accepter telle qu'elle se donne : villa, chalet ou chaumière, grande ou petite, spacieuse ou discrète, en bord de mer ou en rase campagne...

Cette maison-là a conquis sa noblesse à l'épreuve du temps. Elle a survécu aux intempéries et aux assauts de l'urbanisation. Elle a vaincu le difficile passage des générations, l'accueil des successions. Surtout, elle a traversé les humeurs et les passions de ses occupants, l'affrontement des forces contraires qui se jouent toujours au sein d'une famille : la vie et la mort, le masculin et le féminin, les parents et les enfants.

Nos habitations sont des échos et des miroirs dans lesquels nous cherchons à nous reconnaître, à nous définir davantage.

Ce qui fait sa noblesse, c'est cette mémoire lourde de joies partagées, de fêtes et de rires oubliés, de rites transmis ou perdus, de peines et de drames secrets. La vraie maison de famille a vu naître et mourir. Elle a recueilli les serments et les secrets, entendu des mots d'amour et des mots de haine. Elle a ses fantômes, ses anges et ses démons...

L'âme d'une telle maison est souvent méfiante. Elle ne s'achète pas à coups d'euros. Elle se laisse approcher avec du temps et de la patience. C'est un apprivoisement réciproque, une longue histoire qu'il n'est pas donné à tout le monde de vivre. Restaurer un lieu hérité, en prendre soin, y veiller, serait-ce vouloir guérir d'un mal d'amour très ancien ? Les histoires de maisons seraient-elles au fond des histoires d'amour ?