

Vécu et Perçu de leur Profession par des Médecins Togolais

Annick Viwalé Koffi-Tessio, Owonayo Oniankitan, Moustafa Mijiyawa

Service de Rhumatologie CHU-Tokoin de Lomé (Togo)

A. Viwalé Koffi-Tessio, O. Oniankitan, M. Mijiyawa

A. Viwalé Koffi-Tessio, O. Oniankitan, M. Mijiyawa

Vécu et perçu de leur profession par des médecins togolais

Lived and perceived of their profession by Togolese doctors

LA TUNISIE MEDICALE - 2010 ; Vol 88 (n°09) : 660 - 665

LA TUNISIE MEDICALE - 2010 ; Vol 88 (n°09) : 660 - 665

R É S U M É

But : une étude a été menée afin de déterminer le perçu et le vécu de leur profession par des médecins togolais.

Méthodes : l'étude de type transversal a reposé sur un échantillon de 52 médecins constitué sur la base d'un choix raisonné. Ces médecins (15 généralistes, 23 spécialistes et 14 hospitalo-universitaires) exercent pour la plupart dans des structures de soins de Lomé. Une fiche d'enquête a permis le recueil des données démographiques et des données relatives aux études et à la carrière médicales.

Résultats : les 52 médecins inclus dans l'étude (7 femmes, 45 hommes) avaient un âge compris entre 25 et 59 ans ; leur âge d'obtention du baccalauréat était compris entre 16 et 23 ans, et celui d'obtention du doctorat en médecine entre 24 et 37 ans. La durée d'exercice professionnel était comprise entre 8 mois et 27 ans. Le statut matrimonial a été précisé par 47 des 52 médecins : 13 célibataires, un divorcé, et 33 mariés ; cinq des 7 femmes ayant pris part à l'enquête étaient célibataires et sans enfant. L'amour du métier (65%), le statut social qu'il confère (37%) et l'honneur lié à la profession (27%) ont été les principaux motifs du choix du métier. La décision d'entreprendre les études médicales a été prise lors des études secondaires chez 45 des 52 personnes. La faculté de médecine de Lomé a servi de cadre aux études de médecine générale de 35 personnes (67%). La faible rémunération (83%), la pauvreté des patients (83%), l'étroitesse du plateau technique (79%), l'insuffisance des structures de soins en personnel paramédical (67%), l'insuffisance de formation continue (60%), et l'absence ou l'insuffisance de médicaments (58%) ont été les principaux problèmes rencontrés par les personnes interrogées dans l'exercice de leur profession. Vingt-deux médecins (43%) ont estimé que la profession leur a conféré un statut social particulier. Seulement huit médecins ont trouvé que le vécu du métier correspond à l'idée qu'ils s'en faisaient, alors que 32 (62%) ont affirmé choisir à nouveau ce métier s'il y avait à refaire. Le peu de temps consacré à la famille a été relevé par 36 médecins (69%), le prestige social et familial qui en a découlé par 32 (62%), et la capacité à surveiller la santé des siens par 34 (65%). L'impact psychologique de leur profession sur les médecins interrogés a été dominé par l'adoption d'une attitude philosophique à l'égard de la vie.

Conclusion : une meilleure productivité des médecins togolais passe par l'amélioration de leurs conditions de vie (ajustement des textes en vigueur, révision des grilles salariales), la rénovation des infrastructures, la modernisation du plateau technique, la formation continue des médecins et le renforcement de l'encadrement pratique au lit du malade.

S U M M A R Y

Aim : a study has been carried out by Togolese medical doctors in order to determine the perceived and the real life of their profession.

Methods : the study, which was transversal, has taken in account a sample of 52 medical doctors made on the basis of a cautious choice. Most of these medical doctors (15 general practitioners, 23 specialists and 14 hospitalo-universitaires) work in the medical care centres of Lomé. A sheet of survey has permitted the collection of demographic data and data relating to the medical studies and career.

Results : the 52 medical doctors included in the study (7 women, 45 men) were between 25 and 59 years old; their age of getting their A-level was between 16 and 23 years old, and that of getting the doctorate diploma between 24 and 37. The length of professional experience stands between 8 months and 27 years. The marital status was specified by 47 of the 52 medical doctors: 13 single, one divorced, and 33 married; 5 of the 7 women who took part in the survey were single and without any child. The love of the profession (65%), the social status it confers (37%) and the honour tied to the profession (27%) were the main motives of choosing the profession. The decision of doing medical studies was taken during secondary studies by 45 of the 52 persons. The faculty of medicine of Lomé has been the study frame to general medicine studies of 35 persons (67%). The low payment (83%), the poverty of the patients (83%), the narrowness of the technical platform (79%), the insufficiency of care structures in paramedical personnel (67%), the insufficiency of continuing education (60%), and the lack or insufficiency of drugs (58%) were the main problems encountered during their professional experience by the people questioned. 22 medical doctors (43%) have estimated that their profession has given them a particular social status. Only 8 medical doctors have found that the real things they have gone through in the profession matches with the idea they had, while 32 (62%) are ready to choose again the profession if they have to start everything. The little time spent with the family has been stated out by 36 medical doctors (69%), the social and family prestige that came out of it by 32 (62%), and the ability to control the health of one's family by 34 (65%). The psychological impact of the profession on the medical doctors questioned was dominated by the adoption of a philosophical attitude towards life.

Conclusion : a better productivity of the Togolese medical doctors needs the improvement of their life conditions (adjustment of texts in force, revision of the salary scale), the renovation of the facilities, the modernization of the technical platform, the continuing education of the medical doctors and the reinforcement of the practical management of the patient on bed.

Mots-clés

Médecin, profession médicale, Togo, Afrique

Key-words

Medical doctors, medical profession, Togo.

La médecine s'est toujours assignée comme objectif la préservation de l'intégrité du corps et de l'esprit, la lutte contre la souffrance et la maladie, et le recul des frontières de la mort. Ses praticiens ont souvent été à la fois savants et magiciens, admirés et critiqués, et elle-même longtemps sous l'emprise du sacré, du religieux et de l'intuitif [1,2].

L'acquisition de l'art de guérir a longtemps été corrélée par l'existence d'un antécédent familial dans ce domaine. Cette formation, dominée par les sciences humaines et le compagnonnage jusqu'au XIX^e siècle, est aujourd'hui fortement influencée par les sciences exactes et les technologies de l'information et de la communication. Sur le triple plan du vécu, du perçu et de l'imaginé, l'exercice de la profession médicale est façonné par l'histoire, la géographie, l'économie, les croyances et les aspects socioculturels de la population bénéficiaire. La crainte d'un hiatus entre la formation dispensée à la Faculté et la pratique dans les centres de soins a notamment été à l'origine de la réforme de 1958 en France, faisant des soins, de l'enseignement et de la recherche les trois volets des tâches dévolues au médecin universitaire [3].

La médecine moderne a été introduite en Afrique noire par le biais de la colonisation. La Faculté de Médecine de Dakar et des facultés françaises ont été les principaux sites de formation de médecins africains francophones avant la naissance des autres universités africaines dans les années 1970. Un nombre important des médecins formés au lendemain des Indépendances sont aujourd'hui admis à la retraite, après une trentaine d'années d'exercice. L'expérience accumulée par les uns et les autres au cours de leur carrière, le vécu et le recul qui en ont découlé sont une mine d'informations dont la collecte et l'analyse peuvent favorablement influencer notre approche en matière de soins et d'enseignement. Cette expérience est d'autant plus enrichissante que cette pratique s'est exercée dans une société africaine où prévalent la structure holiste, la tradition orale, la croyance aux forces occultes, et la conception métaphysique de l'origine de la maladie. La présente a eu pour but de relater le vécu et le perçu de leur profession par des médecins togolais

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'est agi d'une étude transversale, menée à Lomé dans quatre hôpitaux (Centres Hospitalo-Universitaires de Tokoin et du Campus, Hôpital de Bè, Hôpital Saint-Jean de Dieu d'Afagnan) et dans cinq cliniques privées (Clinique Biasa, Association Togolaise pour le Bien-être Familial, Clinique le Verseau, Clinique Maxwell, Clinique Adanlété, Clinique Koffigué). Ces structures ont été retenues sur la base d'un choix raisonné. L'accessibilité et la disponibilité présumée des médecins interrogés ont présidé à la constitution de notre échantillon. Ont été inclus dans l'étude des médecins généralistes, des médecins spécialistes, et des médecins universitaires (assistants, maîtres-assistants, maîtres de conférences et professeurs titulaires). Nous avons assimilé les chirurgiens dentaires à des spécialistes. De même, les médecins inscrits aux certificats d'études spéciales ont été considérés comme des

spécialistes. Nous n'avons pas établi de quotas pour chacune des catégories de médecins. Les paramètres objet de l'enquête comportaient les données démographiques, le cursus médical suivi, la carrière médicale, et le perçu et le vécu de la profession.

Les neuf structures sanitaires objet de notre enquête sont un maillon du système sanitaire du Togo, pays ouest-africain de 56.600 km² et de 5.598.000 d'habitants. Le tableau I en résume les principaux indicateurs [4].

Tableau 1 : Principaux indicateurs sanitaires du Togo

Espérance de vie à la naissance pour les femmes	56 ans
Espérance de vie pour les hommes	52 ans
Proportion des Togolais de plus de 65 ans	5%
Taux de natalité	35 naissances pour 1000
Taux de mortalité	13 décès pour 1000 par an
Taux d'accroissement naturel	2,4%
Nombre d'habitants pour un médecin	16791
Produit intérieur brut	
Proportion de Togolais vivant au-dessous du seuil de la pauvreté	61,7%
Part du budget général de l'Etat dans le financement de la santé	7,6%
Dépenses publiques de santé par habitant	13 dollars américains

RÉSULTATS

Données démographiques

Notre échantillon a comporté 52 médecins (sept femmes, 45 hommes, 15 généralistes, 23 spécialistes non universitaires, 14 universitaires) (tableau II).

Tableau 2 : Répartition des 52 médecins en fonction du secteur d'exercice

	Généralistes	Spécialistes universitaires	Spécialistes non universitaires
Secteur public	12	14	15
Secteur privé	0	0	3
Secteur confessionnel	3	0	5
Total	15	14	23

L'âge d'obtention du baccalauréat des 52 médecins était compris entre 16 et 23 ans, celui d'obtention du doctorat entre 24 et 37 ans, et l'âge à l'étude entre 25 et 59 ans. La durée d'exercice de la profession était comprise entre huit mois et 27 ans. Seize médecins étaient titulaires du baccalauréat C (31%) et les 36 autres du baccalauréat D (69%). La comparaison des âges des personnes interrogées en fonction du sexe et du lieu

d'exercice n'a montré aucune différence statistiquement significative. Le statut matrimonial a été précisé par 47 des 52 personnes ayant pris part à l'enquête : 13 célibataires, un divorcé, 33 mariés. Cinq des 7 femmes ayant pris part à l'enquête étaient célibataires et sans enfant ; les deux autres avec respectivement 3 et 2 enfants biologiques n'ont pas précisé leur statut matrimonial. Le nombre d'enfants biologiques était compris entre 0 et 5 chez 50 des 52 personnes ayant pris part à l'enquête (0 chez 17 personnes, un chez 10 personnes, 2 ou 3 chez 19 personnes, 4 chez 3 personnes, et 5 chez une personne) et celui d'enfants à charge était compris entre 0 et 12.

Trente des 47 personnes ayant précisé leur statut matrimonial ont répondu à la question relative à la profession du conjoint ou de la conjointe : huit des trente conjoints ou conjointes sont des agents de santé, les 22 autres exercent dans d'autres secteurs d'activité.

Etudes médicales

L'amour du métier (65%), le statut social qu'il confère (37%), l'honneur qui en découle (27%) et le souci de satisfaire au désir des parents (21%) ont été les motifs du choix de la médecine par les personnes objet de notre enquête.

La décision d'entreprendre les études médicales a été prise au cours primaire chez 7 personnes et au cours secondaire chez les 45 autres. Celle du choix de la spécialité est intervenue pendant les études de médecine générale dans la plupart des cas (96%). Trente-cinq spécialistes et/ou universitaires ont précisé le délai entre la fin des études de médecine générale et le début de la spécialisation : 23 ont ainsi d'emblée entrepris la spécialisation au lendemain de la soutenance de leur thèse ; les 12 autres ont commencé leur spécialisation après un délai d'un à onze ans.

La Faculté Mixte de médecine et de Pharmacie de l'Université de Lomé a servi de cadre aux études de médecine générale de 35 des 52 personnes (67%). Les 17 autres personnes ont fait leurs études à Cotonou (2 cas), à Dakar (6 cas), à Niamey (2 cas), à Casablanca (1 cas), en France (3 cas) ou en Russie (3 cas). Sur les 37 spécialistes et/ou universitaires, 13 ont effectué leurs spécialisations à Lomé, 12 à Abidjan, 5 à Dakar, 3 à Cotonou, 3 en France, et un en Italie.

Durant les études de médecine générale, 36 personnes (69%) ont bénéficié d'une bourse ; les 16 autres (31%) ont été pris en charge par leurs parents. Les problèmes rencontrés durant les études étaient essentiellement d'ordre financier (73%). Sept personnes ont eu à reprendre une année durant leurs études et trois ont souffert de maladie.

Carrière médicale

La durée d'exercice était comprise entre 8 mois et 27 ans, et 22 médecins exercent depuis plus de 10 ans. Trois des 14 universitaires qui ont pris part à l'étude sont de rang magistral (2 maîtres de conférences, 1 titulaire).

L'étroitesse du plateau technique, l'insuffisance en personnel paramédical, la faible rémunération, l'insuffisance de la formation continue et le faible niveau de vie des patients ont été rencontrés par plus de 60% des personnes interrogées (tableau III). Seulement 22 personnes ont répondu à la question relative à la proportion représentée par le salaire sur leur revenu. Le salaire représentait le seul revenu chez quatre personnes, et

constituait 25 à 90% du revenu chez les 18 autres. Trente-deux personnes (62%) ont affirmé choisir à nouveau le métier de médecin s'il y avait à refaire, 15 (29%) étaient d'avis contraire, les cinq autres se sont abstenus de répondre. L'amour du métier, le souci de venir en aide à la personne souffrante et le rang social ont été les principaux motifs évoqués par les 32 personnes disposées à choisir à nouveau le métier. La faible rémunération, les difficiles conditions de travail et le stress ont été les raisons évoquées par les 15 personnes qui regrettent leur choix.

Tableau 3 : Problèmes rencontrés au cours de l'exercice de la profession

	Nombre de personnes (%)
Etroitesse du plateau technique	41 (79)
Insuffisance en personnel paramédical	35 (67)
Affectation arbitraire	10 (19)
Concurrence des tradipraticiens	11 (21)
Absence de promotion	17 (33)
Qualité de vie	24 (46)
Absence de crédit d'installation du médecin	19 (36)
Bas salaire	44 (85)
Insuffisance de formation continue	31 (60)
Incompréhension dans les relations avec les patients	03 (06)
Pauvreté des patients	43 (83)
Difficultés d'installation	10 (19)
Absence ou insuffisance de médicaments	30 (58)
Isolement	10 (19)

Les 52 personnes interrogées étaient toutes en activité, y compris les deux ayant atteint l'âge officiel de la retraite (55 ans). Les 52 personnes ont jugé trop précoce l'âge d'admission à la retraite. Trente des 52 personnes non encore admises à la retraite souhaitaient continuer par exercer au-delà de cette échéance, 12 ont émis un avis contraire et les huit autres ont été sans opinion. La nécessité de survie, l'amour du métier, la crainte de l'ennui, le goût de servir, le désir de partager et de mettre à profit son expérience ont été les raisons évoquées par les médecins désireux de continuer par exercer au-delà de l'âge officiel de la retraite.

Le souci de s'extraire du stress induit par le métier, le désir de se consacrer à une autre activité ou à sa famille et le faible revenu des populations ont été les raisons évoquées par ceux désireux de s'arrêter à la retraite.

Douze personnes sont propriétaires de leur maison d'habitation et 15 sont locataires ; les 25 autres n'ont pas répondu à cette question.

Vécu et perçu de la profession

Vingt-deux médecins ont estimé que la profession leur a conféré un statut particulier, 12 étaient d'avis contraire, et les 18 autres sans opinion. Huit médecins ont trouvé que le vécu du métier correspond à l'idée qu'ils s'en faisaient, 27 étaient d'avis contraire, huit avaient un avis mitigé, et neuf sans opinion. La plupart des personnes interrogées ont estimé que la profession a influencé leur vie familiale (tableau IV).

Tableau 4 : Influence de la profession sur la vie familiale

	Nombre de personnes ayant répondu	Nombre de personnes ayant répondu oui	Nombre de personnes ayant répondu non
Peu de temps consacré à la famille	38	36	2
Rapprochement non effectif avec le (la) conjoint (e)	25	9	16
Syndrome du parent absent	26	14	12
Bonne qualité de vie familiale	24	13	11
Capacité à surveiller la santé des siens	38	34	4
Prestige social et familial	34	32	2

Dix-neuf médecins ont eu à exercer antérieurement à l'étranger, 28 n'ont exercé qu'au Togo, et cinq n'ont pas répondu à la question relative à ce paramètre. Le désir ou non d'exercer ultérieurement à l'étranger ne semble pas influencé par cet antécédent (tableau V).

Tableau 5 : Désir d'exercer à l'étranger en fonction d'antécédent d'exercice antérieur à l'étranger

	Désir d'exercer à l'étranger	Pas de désir d'exercer à l'étranger
Médecins ayant exercé à l'étranger (n=21)	8	13
Médecins n'ayant pas exercé à l'étranger (n=28)	14	14

Trente-six médecins ont trouvé une adéquation entre la formation dispensée et les besoins du terrain, neuf étaient d'avis contraire, deux avaient une opinion mitigée, et cinq étaient sans opinion. Les propositions faites par les personnes interrogées en vue d'une meilleure adéquation entre la formation et les besoins de terrain ont eu trait à l'amélioration du plateau technique, au renforcement de l'encadrement au lit du malade, à la préparation du futur médecin à l'exercice privé, à l'ouverture à d'autres domaines du savoir (sociologie, droit), et à la revalorisation de la pratique dans les évaluations.

Vingt-neuf personnes ont estimé que la profession médicale a subi une dégradation au Togo, 19 ont jugés lents ou inadaptés les progrès réalisés, et les quatre autres étaient d'avis contraire.

L'augmentation du nombre de médecins spécialisés en santé publique a été jugée en partie responsable de la baisse du niveau de santé des populations. Les projets envisagés dans les cinq prochaines années sont dominés par l'acquisition d'une formation, l'ouverture d'un cabinet, et le changement de lieu d'habitation (tableau VI).

Tableau 6 : Projets professionnels dans les cinq prochaines années

	Nombre de personnes ayant répondu oui	Nombre de personnes ayant répondu non
Prendre sa retraite (n=11)	2	9
Passer du secteur public au secteur privé (n=8)	3	5
Entreprendre une formation (n=20)	17	3
Installer un cabinet (n=17)	15	2
Agrandir son cabinet (n=7)	4	3
Changer de lieu d'habitation (n=17)	14	3

Répercussions psychologiques de la profession

Trente médecins ont estimé avoir subi des répercussions psychologiques de leur profession, 14 étaient d'avis contraire, et les huit autres sans opinion. Ces répercussions étaient représentées par la modification de la perception de l'autre, la dépression liée à l'impuissance devant la maladie et la mort, la frustration et l'amertume liées à l'étroitesse du plateau technique responsable d'une baisse de productivité, la tendance à tout relativiser, la tendance à la simplicité dans la vie.

Vingt-cinq personnes ont exprimé le souhait d'avoir un médecin parmi leurs enfants pour les raisons suivantes : souci de perpétuer le métier dans la famille, noblesse du métier, répercussions positives du métier sur le comportement, prise en charge des membres de la famille. La longue durée des études, la faible rémunération, les contraintes et l'ingratitude du métier étaient à la base de l'opinion des 18 personnes qui ne souhaitent pas avoir de médecins dans leur progéniture.

L'amélioration des conditions salariales et matérielles des médecins, l'élaboration d'un statut particulier du médecin, l'amélioration du plateau technique, la mise sur pied d'une assurance-maladie ont été jugées indispensables à l'avenir de la profession au Togo. Ces paramètres ont été retenus par tous les médecins, qu'ils s'agissent des 43 ayant une opinion positive de leur métier que des trois qui en ont une opinion négative.

DISCUSSION

Notre étude a consisté à recueillir le vécu et le perçu de leur profession par des médecins togolais. Des raisons pratiques nous ont conduit à mener un choix raisonné, cantonné sur un

échantillon de médecins exerçant à Lomé ou à Afagnan, localité située à 90 km de Lomé). Un tel choix n'a pas permis la constitution d'un échantillon représentatif pouvant permettre la généralisation des résultats à l'ensemble des médecins togolais. Cependant, la non généralisation de nos résultats n'en affecte pas la validité [5].

Notre échantillon a comporté 45 hommes et 7 femmes. La profession médicale est encore l'apanage des hommes en Afrique Noire. Ce déséquilibre de genre reflète celui observé au lycée où les filles, déjà victimes d'une faible scolarisation, s'orientent majoritairement vers les séries littéraires : ainsi, de 2000 à 2005, le pourcentage des filles admises aux baccalauréats C et D au Togo est respectivement de 7,8 et de 12,7%. Ce déséquilibre en faveur des hommes rappelle ce qu'a connu l'Europe où la profession médicale a longtemps été réservée aux hommes [6].

Seulement 5 des 52 médecins étaient issus de parents exerçant dans le secteur de la santé. La quasi-totalité des médecins objet de notre enquête sont les tout premiers de leur famille à embrasser cette profession. L'avenir permettra de savoir si leur choix aura une influence sur celui de leur progéniture. Dans ce cas, on assisterait à un schéma rappelant celui observé en Afrique chez les tradipraticiens, et en Europe où la médecine était transmise de père en fils de l'Antiquité jusqu'au début du XX^e siècle [7].

Notre échantillon était composé de 52 personnes âgées de 26 à 59 ans. Quatre-vingt-dix pour cent de ces personnes ont obtenu le baccalauréat après 1970, date d'ouverture de l'Ecole de Médecine (Décret n°70-157/PR du 14 Septembre 1970), devenue Faculté de Médecine en 1988 (Décret n°88-162/PR du 29 Septembre 1988). C'est donc tout naturellement que celle-ci a servi de cadre aux études de médecine générale de 35 des 52 personnes interrogées.

Des raisons d'histoire coloniale et géopolitique expliquent le rôle joué par les facultés françaises, dakaroise et soviétique dans la formation de médecins inclus dans notre étude. Des facultés étrangères ont formé les tout premiers spécialistes, bien avant la mise en place des spécialisations (pédiatrie, médecine interne, chirurgie viscérale, gynécologie-obstétrique) à la faculté de Lomé à partir de 1988.

La vocation a été l'un des principaux motifs du choix du métier. L'importance de ce critère dans la profession médicale est connue de longue date, même si l'on ne dispose pas de paramètre fiable de son évaluation chez les postulants. Les mêmes raisons jointes à l'honneur et à la place du médecin dans la société expliquent les sacrifices consentis lors des études, même en l'absence de bourses dont l'octroi par l'état togolais n'est plus systématique depuis 2001. Elles expliquent aussi les efforts déployés par les futurs médecins pour réussir au redoutable concours de première année dont la pertinence est discutable sur le plan pédagogique [8].

L'importance de la charge de travail et les répercussions de l'exercice professionnel sur la vie familiale ont été évoquées par bon nombre des personnes interrogées. Ces aspects joints aux difficiles conditions de travail peuvent exposer au syndrome d'épuisement professionnel décrit en Occident. Des études quantitatives menées aux Etats Unis ont établi que 20 à 40% des

soignants sont en état d'épuisement professionnel ; 25% des infirmières souffrent dans leur travail ; une infirmière sur deux a eu l'envie récente de quitter son poste, même si 80% d'entre elles sont et demeurent motivées par ce qu'elles font [9].

Le bas niveau des salaires a été le problème le plus rencontré par les médecins objet de notre étude. Il explique en partie la fuite des cerveaux observée dans ce corps de métier. Le bas niveau des salaires est en outre à l'origine d'une démotivation et ouvre la voie sans les légitimer à des pratiques peu orthodoxes. Les grilles salariales en vigueur datent des années 60 ou 70. Le statut général des fonctionnaires en vigueur au Togo date de 1968 (Ordonnance n°1 du 4 janvier 1968 portant statut général des fonctionnaires de la République Togolaise et décret n°69-113 du 26 mai 1969 portant modalités communes d'application du statut général de la fonction publique). Le statut particulier du personnel médical et technique de la santé publique date de 1962 (décret n°62-86 du 19 juin 1962) [10]. Les multiples tentatives en vue de son adaptation aux réalités actuelles ont été vaines. Les avancements des agents de la fonction publique ont été débloqués le 1^{er} janvier 2006, après un blocage de 5 ans. Le code de la santé publique récemment élaboré est en voie d'être adopté par le parlement. Jusqu'en 2006, les émoluments hospitaliers du professeur togolais de rang magistral s'élevaient à 125.000 FCFA (190 euros) par mois ; ces émoluments s'ajoutent au salaire versé par l'université. La dévaluation du franc CFA de janvier 1994 n'a été suivie d'aucune augmentation des salaires ; or, depuis cette dévaluation, le prix du carburant a été augmenté à trois reprises, entraînant à chaque fois une flambée des prix des transports, des denrées alimentaires, et des biens de première nécessité.

Le bas niveau de salaire est d'autant plus ressenti que les médecins évoluent en Afrique dans un contexte fondé sur la solidarité et la conception holiste de la société, où la loi du partage prime parfois sur celui de la production : la personne exerçant une activité rémunératrice doit s'occuper non seulement de la famille qu'il a engendrée, mais aussi de celle dont il est issu. Cette vision communautariste a alimenté la littérature africaine au lendemain des Indépendances [11-13].

CONCLUSION

Il ressort de cette étude qu'une meilleure productivité des médecins passera nécessairement par l'amélioration de leurs conditions de vie et de leurs conditions d'exercice professionnel (ajustement des textes en vigueur, révision des grilles salariales, rénovation des infrastructures, modernisation du plateau technique, formation médicale continue). Répondre à ces deux exigences contribuera certainement à la réduction de l'exode des médecins togolais vers les pays occidentaux.

Références

1. Coërs C. Médecins ou magiciens ? Mythologie de l'art de guérir. Paris : Arthaud, 1985 : 241.
2. Lazorthes G. Sciences humaines et sociales. L'homme, la société et la médecine. Paris : Masson, 2000 : 476.
3. Tubiana M. Histoire de la pensée médicale [<http://pierre.coninx.free.fr/lectures/tubiana.htm>]
4. OMS Pays Togo. [<http://www.who.int/countries/togo/fr>]
5. Hennekens CH, Buring JE, Mayrent SL. Epidémiologie Clinique. Paris : Frison-Roche, 1998 : 375.
6. Duhamel P. Histoire des médecins français. Paris : Plon, 1993 : 392
7. Halioua B. Histoire de la médecine. Paris : Masson, 2001 : 242.
8. Pilon-Tremblay C. Sélection des étudiants en médecine : comparaison entre France et Québec. [http://martinwinckler.com/article.php3?id_article=674]
9. Canoui P, Moranges A, Florentin A. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants : de l'analyse du burn out aux réponses. Paris : Masson, 1998.
10. Yabré D. Droit de la fonction publique togolaise. Lomé : 2007 : 266.
11. Zadi Kessy M. Culture africaine et gestion de l'entreprise moderne. Abidjan : CEDA, 1998 : 252.
12. Kane CH. L'aventure ambiguë. Paris : 10/18, 1961 : 191.
13. Hampaté Ba A. L'étrange destin de Wangrin. Paris : 10/18, 1973 : 379.