

La représentation du médecin chez le malade The doctor's representation by the patient

KOUIDRI/BACHAOUI Malika

Université D'Oran2 (Algerie), ba.kouidri.karima@gmail.com

Reçu le: 28/04/2021

Accepté le: 18/05/2021

Publié le: 30/06/2021

Résumé

Le travail présenté ici est celui de la représentation que se fait le malade de son médecin soignant. Pour cela, il a fallu essayer de comprendre la façon dont l'individu construit l'image du soignant, observer quelles sont les composantes individuelles qui construisent cette image et saisir l'influence de l'appartenance socioculturelle dans la représentation du médecin.

Nous avons retenu l'hypothèse suivante: L'image faite sur un médecin, diffère d'un patient à un autre en fonction des caractéristiques propres au malade ainsi qu'au médecin.

L'approche repose sur deux techniques; l'entretien et l'observation réalisé-e-s sur un échantillon de 60 patients de l'hôpital d'Oran. Les résultats obtenus révèlent que La façon, ou les façons, dont le médecin est (sont) représentée (s) par le patient est (sont) faite (s) autour de la relation entre les deux. Ce lien semble être le noyau central de cette représentation

Mots – clés: Malade, image de soi, image du corps, impact psychologique, représentation du médecin-soignant.

Abstract

The work presented here is about the representation that the patient has of his attending physician. For this, it was necessary to try to understand the way in which the patient constructs the image of the caregiver, to observe what the individual components that construct this image are and to grasp the influence of socio-cultural belonging in the representation of the doctor.

We have adopted the following hypothesis: The image made of a doctor differs from one patient to another depending on the characteristics of the patient as well as the doctor.

The approach is based on two techniques; interview and observation carried out on a sample of 60 patients at Oran Hospital. The results obtained reveal that the way, or ways, in which the patient represents the doctor is (are) made around the relationship between the two. This link seems to be the central core of this representation.

Keywords: Patient, self-image, body image, psychological impact, representation of the caregiver.

Introduction

De multiples disciplines, comme l'histoire de la science, l'histoire des religions, la philosophie, les sciences du langage et de la communication etc., se sont intéressées au concept de la représentation mais, c'est la psychologie sociale qui l'a particulièrement investi et développé. Le concept de représentation, est aujourd'hui indispensable à toute approche psychologique et sociologique, il est au centre de toute préoccupation des sciences sociales et humaines.

1. Concept de la représentation

Dans l'analyse des représentations, se trouve une diversité dans l'explication de la représentation. Même s'il y a quelques traits de convergence, la représentation n'est pas toujours définie ni analysée de la même manière par tous les auteurs comme le signale C. Flament: « Le terme de représentation est utilisé dans bien des secteurs des sciences humaines (et au-delà), avec des sens bien différents, et souvent très flous. » (C. Flament, 1989: 35).

Pour parler de la représentation sociale, il faut revenir au véritable inventeur du concept, E. Durkheim. Il est, en effet, à l'origine du concept de la représentation collective et c'est lui qui met l'accent sur le rôle social de la pensée. Il écrit: « L'homme appartient à une société, et cette vie sociale est toute entière faite de représentations. Les états de la conscience individuelle. Ainsi, ce qu'il importe de savoir, ce n'est pas la manière dont tel penseur individuellement se représente telle institution, mais la conception qu'a le groupe. » (Bagros et B.De Toffol, 1993: 180)

En comparant, les représentations individuelles et les représentations collectives, E. Durkheim insiste sur la spécificité de la pensée collective par rapport à la pensée individuelle: « Qu'y a-t-il de surprenant, écrit-il, à ce que les représentations collectives produites par les actions et réactions échangées entre les consciences élémentaires dont est faite la société ne dérivent pas directement de ces dernières et, par suite les débordent ? » (D.Jodelet, 1989: 65).

Chez E. Durkheim la représentation individuelle est une "représentation" c'est-à-dire qu'elle est liée à la mémoire et à la révocation des souvenirs. Les représentations individuelles ont pour substrat la conscience de chacun, contrairement aux représentations collectives auxquelles s'ajoute la réalité déterminante du fait social.

Les représentations sociales sont les pièces essentielles de notre connaissance de sens commun, c'est à elles que nous faisons appel pour nous

repérer dans notre environnement, pour communiquer et pour échanger les idées.

Pour cet auteur c'est l'ensemble des acquis, des connaissances communes, et la culture vécue qui prescrivent le comportement des individus. C'est le savoir commun qui a le pouvoir d'orienter les actions des personnes.

Moscovici, lui, parle de la représentation sociale et de la continuité dans la représentation. Il écrit notamment: « Il n'y a pas de coupure entre l'univers extérieur de l'individu (ou le groupe). Le sujet et l'objet ne sont pas foncièrement distincts ». (S. Moscovici, 1969: 9). L'objet existe en fonction de la personne ou du groupe. Quand un individu développe une idée à propos d'un objet, elle est imprégnée de son vécu, de son système d'évaluation et de valeurs.

D. Jodelet insiste particulièrement sur le caractère opérationnel de la fonction sociale de la représentation collective. Elle explique cela en parlant de la représentation sociale comme « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social ». (D. Jodelet, 1989: 43). Ainsi, pour elle, la représentation sociale est un savoir populaire qui permet aux personnes du même groupe d'avoir une réserve de notions communes dont le sens sera compris par l'ensemble du groupe.

Pour J. C. Abric la représentation est définie par l'élément ou l'ensemble des éléments qui constituent le noyau central; c'est son élément fondamental qui lui donne sa signification.. L'organisation et la signification de la représentation est définie par ce noyau. Il écrit: « Toute représentation est organisée autour d'un noyau central. Ce noyau central est l'élément fondamental de la représentation. » (J.C. Abric, 1994: 21).

Compte tenu de cette définition de la représentation en général, quel pourrait être celle que se fait le malade de son médecin dans le contexte de l'hôpital d'Oran ? Autrement dit, comment les malades de l'hôpital d'Oran construisent-ils la représentation qu'ils se font de leur médecin ? Et enfin, qui est- ce qui caractérise cette représentation et la spécifie ?

2. Objectif de la recherche

Les personnes malades ne se représentent pas le médecin de la même manière. Chacune voit le médecin à travers le prisme de ses attentes et de ses frustrations, à travers le passé et la situation du moment.

La construction de la représentation chez chacune des personnes malades est déterminée par ses propres processus cognitifs et par les conditions sociales

dans lesquelles s'élaborent l'ensemble des éléments constitutifs de cette représentation. Ces dernières donnent naissance à une ou plusieurs représentations qui peuvent être différentes selon les caractéristiques (âge, la gravité de la maladie et le niveau socioculturel...) du malade.

Les malades hospitalisés ont des représentations différentes selon que leur hospitalisation est vécue comme expérience heureuse ou malheureuse. Ces représentations peuvent également coexister chez la même personne malade.

Pour comprendre cela, nous avons retenu l'**hypothèse** suivante:

La représentations que se fait le malade de son médecin diffère d'un malade à un autre selon deux groupes de variables: Les caractéristiques liées au malade et au médecin.

3. Le champ de l'étude

3.1. L'échantillon

Il était hors de nos moyens de procéder à une étude extensive sur un échantillon représentatif de toute la population malade de l'hôpital. C'est pourquoi nous avons opté pour l'échantillonnage sur place. Les services choisis sont tous logés dans l'enceinte de l'hôpital d'Oran, ils sont au nombre de quatre: Le service d'Oto-Rhino-Laryngologie (O.R.L.), le service d'oncologie, le service de la médecine interne et le service de la rééducation.

Les malades interviewés sont ceux qui sont hospitalisés et en consultation externe, jeunes, adultes et agé (e)s des deux sexes qui correspondent respectivement aux catégories d'âges de 18 à 29 ans, 30 à 59 ans, 60 ans et plus. L'âge moyen est de 37 ans.

4. Techniques d'approche

Pour vérifier notre hypothèse, nous avons opté pour une approche basée sur deux techniques: l'entretien et l'observation.

4.1. L'entretien

Le choix de cette technique se justifie par l'importance de la communication interpersonnelle, dans toute collecte de données nécessaires de questions comme celle des représentations. L'entretien est défini par W. V. D. Bingham et B. V. Moore comme « une conversation sérieuse, visant un but déterminé, autre que le simple plaisir de la conversation ». (W.V.D. Bingham et B.V. Moore, 1975: 11).

4.1.1. Les types d'entretien choisis

Notre travail sur le terrain s'est appuyé sur deux types d'entretien correspondant à deux moments de l'investigation; l'entretien libre pour la pré-enquête et l'entretien semi guidé pour l'enquête proprement dite.

La pré-enquête a servi à la récolte des données sur la base de l'entretien libre, en vue de sélectionner les thèmes, adapter le langage et préciser les questions, par rapport à la population étudiée. Dans cette étape, l'entretien a touché 10 malades de l'hôpital. La pré-enquête nous a, ainsi, aidé à élaborer un guide composé des questions/thèmes présentées plus bas.

L'entretien semi-guidé, tout en permettant une meilleure maîtrise du sens de la discussion nous oblige à concéder au sujet une certaine liberté pour exprimer ce qu'il ressent, car l'objectif est surtout de recueillir les sentiments, les perceptions, les attentes et les angoisses des malades.

Ainsi grâce à cette technique, nous avons essayé de décrire et d'analyser la (les) représentations(s) du médecin chez le malade, et leur influence sur la relation thérapeutique médecin/malade.

Les questions étaient posées dans un sens précis. L'entretien débute toujours par la question suivante: « Pouvez-vous parler de votre maladie ? » Cette question/invitation est destinée à inciter le patient à retracer son itinéraire de malade, c'est-à-dire les chemins par lesquels il est passé pour se faire traiter, et le vécu de sa maladie. Cette première question était suivie par d'autres questions de relance qui intervenaient à chaque moment de silence prolongé.

4.1.2. Guide d'entretien

Les questions abordées tournent, essentiellement, autour des principaux points des trois sous-thèmes, et qui sont les suivants:

a) La personne malade et sa maladie:

- comment est vécue la maladie?
- Quel rôle familial et social pour le malade, en tant que malade ?
- Attentes du malade

b) Médecin réel et médecin « idéal »:

- L'impact du premier contact.
- Relation malade/médecin.
- Le médecin idéal.

c) L'environnement hospitalier:

- L'accueil.
- L'hospitalisation (Conditions de soins et d'hébergement).
- L'hygiène.

4.1.3. Déroulement des entretiens

Pour étudier la représentation que se fait le patient de son médecin nous avons réalisé.

Soixante entretiens auprès des malades hospitalisés et des malades qui viennent en consultation externe à l'hôpital d'Oran.

Les entretiens étaient annoncés comme étant des entretiens de recherche universitaire, sans engagement ni de la part de la personne interviewée ni de la part de celle qui interroge, sauf celui de la discrétion et de l'anonymat. Avant chaque entretien, cinq à dix minutes étaient consacrées à l'explication de l'enquête, son objet, sa neutralité et son désintéressement total, mis à part l'intérêt scientifique pour l'interviewer et son université. Une fois la confiance instaurée, entre l'interviewé et l'interviewer, les malades en général s'exprimaient avec facilité et sincérité aussi bien sur leurs problèmes personnels que sur les conditions de soins et d'hospitalisation.

4.1.4. L'analyse de contenu

Pour l'analyse de contenu, nous nous sommes inspirés des méthodes de l'analyse automatique. Fondée par M. Pêcheux en 1969, la méthode d'analyse automatique du discours (A.A.D.) « recherche la relation entre formation discursive, formation idéologique et conditions de production du discours, c'est-à-dire situe le locuteur dans la formation idéologique où il s'inscrit. » (A. Blanchet et al, 1985: 240)

Ces méthodes sont celles de l'analyse par sélection et celles de l'analyse par transformation. Leur combinaison, que R. Mucchielli appelle « méthodes mixtes » (R. Mucchielli, 1982: 44), nous semble la plus appropriée, compte tenu de nos conditions de recherche et d'analyse.

Les différentes étapes suivies pour l'usage de ces méthodes sont:

- La transformation des entretiens transcrit.
- Repérage des mots- clés
- Le tri des mots-clés, en fonction des images retenues du médecin.
- Interprétations des résultats.

4.2. L'observation

En plus des entretiens, nous avons passé plusieurs heures dans les salles d'attente, à écouter les commentaires des malades, les conseils qu'ils se donnaient entre eux, ainsi que les éloges, comme les critiques, sur les médecins, avant et après la sortie de chaque malade du cabinet médical.

Notre observation portait surtout sur:

- Le comportement du malade avant et après sa rencontre avec le médecin.
- Les adjectifs utilisés pour décrire le médecin (qualités, défauts, ambigüités...)
- Les expressions de satisfaction ou, au contraire, de frustration utilisées et leur contexte.

Notre souci principal était de rapporter, en le décrivant avec le plus de précision, objectivité et authenticité possible, le comportement du malade. Les moments d'observation répétés nous ont aidés à mieux comprendre l'image du médecin chez le malade et à relever des éléments importants qui rentrent dans la construction de cette image, tels que:

- La peur du premier contact avec le médecin.
- La peur de la découverte d'une maladie grave.
- L'appréhension de l'hospitalisation.

5. Aspect pratique/Analyse des résultats des entretiens

C. Herzlich pense que « représenter ou se représenter correspond à un acte de pensée par lequel un sujet se rapporte à un sujet ou à un objet » (C. Herzlich, 1972). Il n'y a pas de représentation sans objet, et cet objet n'existe pas tel qu'il est, mais existe pour le sujet tel qu'il le reconstruit. Cette reconstruction est faite d'un ensemble d'éléments que le sujet essaye de hiérarchiser d'après l'importance qu'il leur accorde.

D'après les soixante entretiens réalisés, il a été relevé un ensemble de croyances, d'opinions et d'attitudes qui constituent les représentations du médecin chez les malades.

Avant de donner des profils de représentation du médecin par le malade, nous allons essayer d'exposer les différentes perceptions que se font les malades des conditions dans lesquelles ils sont pris en charge par l'hôpital en général et le médecin en particulier, et ce, à travers les qualificatifs qu'ils emploient ou les estimations qu'ils font des différentes situations.

De façon globale, les malades appréhendent le médecin en termes contradictoires, tantôt élogieux, tantôt amères.

Voici quelques qualificatifs, expressions et imageries qui paraissent significatifs dans la construction de ces représentations:

Manque d'écoute, le médecin a le pouvoir, manque de considération, gentillesse, celui qui aide, celui qui comprend, déconsidération, manque de personnalisation, attentif, distant, le savoir, le suivi, gravité de la maladie, manque

de contrôle, bon, expérience, qui pose des questions, qui laisse parler son malade, mauvaise organisation, manque d'équipements, l'angoisse, mauvais accueil, rendez-vous espacés, piston, recommandation, hygiène, saleté

Les malades hospitalisés, en plus de tout cela, parlent beaucoup de: La séparation, la dépendance, l'ennui, l'inconfort.

Par l'observation nous avons relevé aussi: Des réactions d'étonnement, manque de réponses, des difficultés à répondre, parler souvent des autres, envie de parler et d'exprimer des sentiments.

Par cet ensemble de qualificatifs, l'entretien montre en effet que le sujet utilise plusieurs termes pour appréhender l'objet. La diversité de ces qualificatifs montre qu'il y a trois représentations: la valorisante, la dévalorisante et l'ambivalente.

Ce que nous avons relevé également est qu'il y a des qualificatifs qui reviennent plus souvent que d'autres, sur lesquels les sujets insistent et prennent plus de temps à s'exprimer. C'est justement ce temps et cette insistance de la part des sujets qui donnent à l'objet une signification particulière et différente.

La représentation du médecin chez le malade s'exprime par cet ensemble de qualificatifs que nous avons classé en trois séries: Qualificatifs liés au malade. Qualificatifs liés au médecin. Qualificatifs liés aux conditions de l'hôpital.

5.1. Qualifications liés aux malades

Les qualificatifs liés aux malades sont saisis à travers: La maladie et son vécu, l'image du corps, le rôle du malade, en tant que malade et le malade et son milieu socioculturel.

5.1.1. La maladie et son vécu

La maladie avec ses tensions et ses moments d'angoisse n'est pas vécue de la même manière par tous les malades. La maladie est vécue par la personne malade en fonction de son expérience individuelle et en référence à la société. La maladie est souvent, source d'une grande peur. Sur les 60 entretiens effectués, beaucoup de personnes malades parlent de peur, notamment les jeunes ou les mal-informés.

Une malade de 29 ans raconte: « On m'a dit que le diabète risque de rendre les malades aveugles. J'ai très peur.»

C'est le cas aussi d'un jeune malade cardiaque qui se plaignait en ces termes: « Je me déplace difficilement. Ma maladie me handicape. Il paraît que j'ai le cœur fragile. Les médecins ne m'ont rien dit, mais leur silence pour moi, veut dire beaucoup de choses. Il m'inquiète et j'ai peur.»

Chez le malade hospitalisé il y a la peur de l'hôpital, de l'inconnu, des traitements douloureux ou ratés. Un malade hospitalisé dit: « Franchement, moi j'ai peur, je suis bien à la maison, mais il suffit que je vienne ici pour que la peur m'envahit. Le fait d'entendre, scanner, radio...la peur me revient.»

Le malade se fait également des soucis à propos des séquelles possibles. Une malade raconte: « L'opération n'a pas réussi. J'ai une jambe plus courte que l'autre. Si le médecin ne refait pas l'opération je boiterai toute ma vie. »

Il y a aussi la peur de l'uniforme et du discours scientifique que les malades ne comprennent pas ; « Quand les médecins parlent de moi, je ne comprends pas les mots employés, et cela me fait peur. J'ai l'impression que c'est grave », avoue une malade.

Le malade, en général, a peur du présent mais il craint surtout l'avenir. Une malade de 52 ans se plaint: « J'avance en âge, et je ne sais même pas si mes enfants s'occuperont de moi plus tard ». Ici la peur est double. En plus de l'appréhension de la vieillesse, tout à fait humaine à cet âge-là, la peur de l'avenir est amplifiée par la maladie.

La maladie est une douleur, un dérangement, mais c'est aussi des symptômes qui tourmentent le malade et qui l'embarrassent. Au sens psychologique, c'est ce qu'il vit, ressent et interprète à partir des regards et commentaires que suscitent ces symptômes autour de lui.

Une jeune malade atteinte d'une hémiplegie témoigne: « La maladie m'a attaquée les mains et les jambes, ce qui fait je ne pouvais pas me lever. Je pleure souvent sur mon sort. »

5.1.2. L'image du corps

Georges Canguilhem définit la santé comme l'« inconscience où le sujet est de son corps » (G. Canguilhem, 1998: 126)

Pour René Leriche, la santé c'est: « La vie dans le silence des organes. » (G. Canguilhem, 198: 126)

Pour mieux comprendre le vécu de la maladie, il est important de voir comment le malade parle de son corps, comment il évoque les modifications corporelles qui surviennent avec la maladie. Il est nécessaire aussi de parler de ce sentiment que le malade porte de ce corps frêle, fragilisé et morcelé par le mal et de cette conscience brouillée. Les interprétations que font les malades de leur maladie, s'appuient sur les douleurs, la manifestation apparente ou les symptômes cachés, la douleur ressentie et l'efficacité ou l'impuissance des soins et traitements. Mais c'est la douleur qui semble l'élément le plus important dans

la qualification de la maladie. Le malade ne savant pas expliquer sa maladie, parle de sa douleur et la décrit minutieusement. C'est même, souvent, la seule caractéristique distinctive de la maladie. Une jeune malade invitée à parler de sa maladie, répond: « Que voulez-vous que je vous dise ? Cette maladie m'a complètement changée. Je ne suis plus moi-même. Je ne m'intéresse à rien. Je ne bouge plus comme avant. » Puis, elle continue après un silence: « Cette maladie m'a complètement détruite. »

Les malades expriment et parlent de leurs maladies en termes de sensations gênantes, en termes de douleurs qui tuent, qui déchirent, qui piquent, qui bouleverse leur vie.

Un malade qui soupçonne une tumeur à l'estomac exprime sa douleur: « Une douleur me pique là...(Il montre avec le doigt). Cette douleur me tue. C'est comme si quelqu'un me poignardait.»

La conduite des malades diffère selon le type d'affection puisqu'il existe des normes sociales définissant un idéal de conduite, une certaine posture du patient, face à la douleur.

De manière générale, dans le contexte qui est le nôtre, la douleur ne doit pas être exprimée fortement car il s'agit d'une épreuve divine. Le mal peut être une malédiction mais en même temps une épreuve pour le croyant. La croyance collective se résume à cette expression « Le croyant est sujet à l'épreuve du mal ». Dans tous les cas, le malade interviewé n'oublie jamais de répéter: « Louange à Dieu c'est lui qui donne la maladie et c'est lui qui guérit. »

Le malade a une double perception de son corps. A sa propre perception de son propre corps s'ajoute celle qu'il se fait à travers le regard extérieur porté sur lui par son entourage, à commencer par le personnel soignant. Un malade peut parfaitement continuer à aimer intimement son corps, en dépit de déformations subies, mais le supporter mal devant les autres. Cela se traduit généralement par la recherche de la solitude chez le malade qui se sent relativement mieux en intimité avec son corps malade. La présence d'autrui n'est pas recherchée mais si elle s'impose par l'ennui ou obligation curative, le malade essaye de cacher son corps, ou au moins la partie « dégradante ».

Cependant, même dans l'intimité il y a comme un effacement du corps dans la vie quotidienne. La nudité est vivement déconseillée même quand on est seul. Avec la maladie la personne malade découvre son corps, et le découvre pour l'autre qui est le médecin. « Mais seul le médecin a droit au corps. Seul il peut le faire se déshabiller, le voir et le regarder. Seul il peut le palper, le toucher, le pénétrer et même déchirer sa chair, l'ouvrir et le mutiler. Comme chacun a eu

l'expérience, le corps du malade à l'hôpital appartient au médecin. Il le possède médicalement et interdit à tout autre de le faire.» (G. Canguilhem, 1998: 126)

Lorsqu'il est obligé de le découvrir, le malade arrive jusqu'à se détacher presque de son corps pour le laisser à l'autre le soigner et le guérir. C'est comme s'il l'abandonnait au médecin puisque lui ne sait plus comment le protéger et le prémunir. L'une d'elles, souffrant des hémorroïdes affirme: « Quand le médecin m'ausculte, je ferme les yeux, j'ai honte. »

L'altération du corps est évoquée par plusieurs malades, mais de manière différente même lorsqu'ils souffrent de la même maladie. Soulignons quelques expressions corporelles de la maladie perçues par les malades:

Une femme diabétique, la quarantaine: « J'étais très grosse et j'ai beaucoup maigri. Cela m'a fait peur. C'est ce qui m'a poussée à faire des analyses. Suite à ces analyses, J'ai été hospitalisée.»

Un jeune de 20 ans, même maladie: « Je buvais beaucoup d'eau. J'urinais beaucoup aussi et je commençais à maigrir. Ce sont les symptômes qui m'ont poussé à aller faire une consultation.»

Les manifestations du pathologique sur le corps sont diverses, les symptômes sont différents, une sensation de mal être peut-être associée à de multiples changements corporels observables ou non observables.»

L'image du corps peut aussi différer en fonction de la maladie et de l'âge. Les jeunes sont plus soucieux parce qu'ils tiennent plus à leur esthétique. En général, ils trouvent leur corps amoindri, enlaidi.

Un jeune malade se décrit: « Regardez comment je suis devenue. Je ressemble à un cadavre. Je n'ai plus de force pour m'occuper de moi-même.»

Les malades âgés, quant à eux, parlent d'un corps invalide qui les trahit, qui les abandonne.

Une malade de 63 ans dit en sanglotant: « Cela fait deux mois que je suis clouée au lit. La maladie m'a rendue faible. J'ai des jambes enflées. Même pour aller chez le médecin, il faut que je sois accompagnée par quelqu'un, parce que j'ai peur de tomber. Des fois, je pleure sur mon sort et des fois je m'en remets à Dieu. »

Les malades parlent aussi d'un corps agressé par la maladie. Les expressions utilisées par les malades, dans leur majorité, l'expriment clairement: « La diarrhée m'a attrapé.» « La maladie me fait trembler.» « Le diabète m'a fait passer 15 jours au lit.»

Le malade est touché dans son intimité par la maladie. Elle perturbe son bien-être et touche à son corps, ce corps qui lui appartient mais qui devient

étranger, en quelque sorte. La troisième personne est utilisée pour parler de son propre corps.

Une malade, la cinquantaine passée, s'exprime ainsi: « Le palais est malade. Un bouton y a poussé, cela fait un an ou deux ans. »

Chez les jeunes, il y a une projection de l'image du corps dans le futur. Il y a la peur d'un corps boiteux, amputé ou tout simplement indésirable.

Une jeune de 20 ans révèle « J'ai peur de cette maladie que j'ai eu trop jeune. Vu les conséquences, je crois que je ne pourrais même pas me marier et fonder une famille. »

Les malades âgés ont peur de la dégradation de leurs corps, le handicap et la dépendance qui s'en suivent, comme l'attestent les propos suivants :

« Je ne peux pas me lever. Il faut que quelqu'un m'aide pour cela. Je ne peux pas aller à la toilette. Mes besoins, je les fais sur place. »

Si l'on peut considérer, comme Georges Canguilhem cité plus haut, la santé comme l'« inconscience où le sujet est de son corps », on pourrait ajouter que la maladie constitue une alerte et un rappel à l'ordre. La personne bien portante est insouciant. Lorsqu'elle est malade, elle se rappelle subitement la fragilité et la vulnérabilité de son corps. Elle prend, alors, conscience dans la peur. Cela est vrai quel que soit l'âge, la fortune, la culture ou le sexe. La peur est unique mais son intensité est différente selon ces variables.

5.1.3. Le rôle du malade, en tant que malade (Ou la dépersonnalisation)

Pour l'individu atteint, la maladie ne se réduit pas uniquement à l'état physiologique. Elle est aussi une situation qui implique certains comportements et regards des autres envers lui. Ces comportements et regards dépendent eux-mêmes du milieu socioculturel ambiant, dans lequel vit le malade. La maladie constitue une déviance potentielle par rapport à l'ordre social.

Le rôle du malade se détermine en premier lieu par la dispense, au moins partielle, des responsabilités habituelles. Le rôle que joue le malade, en tant que malade, n'est pas facilement accepté par lui. Le changement de position dans sa vie familiale, la « déresponsabilisation sociale », l'affecte fortement, parfois plus que la maladie elle-même. Elle fait de lui une personne handicapée, dépendante d'autrui, pour les gestes les plus familiers et cela lui donne un sentiment d'infériorité. Ce sentiment de dépendance se trouve très développé chez les malades femmes en général et les hommes âgés.

Une malade en consultation externe nous confie: « Je n'ai pas pu venir prendre un rendez-vous. J'ai attendu que mon fils le fasse, mais comme il travaille, il n'a pas pu venir plus tôt. »

Ce sentiment de dépendance est encore plus développé chez les femmes qui ne résident pas à Oran-ville. « Que voulez-vous que je fasse, ma fille ? » ... (Elle soupire et continue): « Quand je trouve quelqu'un pour m'accompagner, je viens. Sinon, j'achète le traitement sur l'ancienne ordonnance » disait une femme de Ouled Mimoun (localité dans la wilaya de Tlemcen).

Les malades hospitalisés se plaignent d'être désignés par leurs maladies et non pas par leur personnalité, ce qui accentue, chez eux, un sentiment, déjà fort, de dépersonnalisation et de dévalorisation. Une malade, moyennement instruite, se plaint: « Ils parlent de nous comme des prisonniers. Les prisonniers ont des numéros, et nous c'est telle ou telle maladie. »

En plus de cette dévalorisation qui, des fois, peut s'apparenter à l'accusation ou au mépris, il y a le poids de la séparation avec le foyer familial et le soutien moral des proches. C'est tout le rythme de la vie qui se trouve ébranlé. Les malades qui viennent de loin, évoquent l'ennui, le manque de contacts humains et l'indifférence des autres. Un jeune malade qui habite Ain T'émouchent, et qui souffre de l'éloignement et de « l'isolement », s'écrie: « Je veux sortir, je veux sortir... je m'ennuie et il n'y a pas de jeunes avec qui parler. »

Les malades se plaignent de la perte de leur prestige professionnel, et d'être une charge pour leurs familles. Ils se font du souci pour l'avenir de leurs carrières et, à travers elles, l'avenir de leurs familles. Les malades, en général, ne se sentent pas, moralement, responsables de leur situation. Mais ils ressentent, par contre, « l'obligation » de guérir vite, pour eux et pour les leurs. Le besoin devient encore plus pressant lorsque la personne a une famille à sa charge ou qu'elle a de faibles ressources comme ce père de famille aux conditions modestes qui avoue une peur coupable: « J'ai peur de mourir et de laisser mes enfants derrière moi, surtout qu'ils sont jeunes ! »

Une jeune femme atteinte de diabète et enceinte, tout aussi effrayée par le risque culpabilisant d'une malformation de son futur bébé, dit: « Je suis à la lettre tout ce que me dit le médecin. Sincèrement, j'ai très peur que mon futur bébé naisse avec un problème. J'ai peur d'être responsable de son handicap éventuel. »

5.1.4. Le malade et son milieu socioculturel

L'apparition de la maladie chez l'individu est un facteur de déstabilisation. La persistance du trouble ou du handicap entraîne aussi diverses conséquences

sociales, obligeant notamment le malade à changer ses relations et habitudes sociales. Un malade atteint d'une maladie du cœur en plus d'un accident où il s'est cassé une jambe s'exprime difficilement: « J'ai le moral à plat. Je suis en congé. Je suis oisif. Je ne vois personne.»

La conduite du malade est déterminée par son appartenance socioculturelle et professionnelle. En général les malades interviewés, font partie d'un niveau bas. Ils parlent beaucoup de leur niveau de vie et de leurs revenus qui ne leur permettent pas d'acheter les médicaments et de suivre le traitement comme il se doit. Une malade diabétique raconte: « En fait, depuis que j'ai perdu " *Le pilier de la maison*" (elle parle de son père) je préfère venir ici. Avant, de son vivant, mon père économisait pour m'emmener chez le médecin et pour m'acheter le traitement. Aujourd'hui, je n'ai plus les moyens d'aller chez le privé.»

Etre malade n'est pas toujours l'affaire du seul malade. C'est aussi l'affaire d'autres acteurs comme les membres de la famille et le voisinage. Le malade devient un sujet de discussion, et intéresse tout le monde. Chacun de son côté, essaye de lui indiquer le meilleur médecin qui a plus de savoir et de pouvoir. C'est ainsi que, devant les conditions sociales difficiles de la famille, les proches et amis orientent le malade vers la médecine traditionnelle, par exemple, ou encore vers les *tolba*. Ils ont, presque tous, des recettes de médecine traditionnelle ou des indications sur le meilleur *taleb*.

Témoignage d'une malade âgée de 63 ans: « On m'a ramenée plein de choses curatives de la Mecque, avec la recette. Ce sont des lotions que je dois appliquer lorsque je me rends au hammam. On m'a aussi ramené plein d'herbes médicinales du sud. J'ai tout utilisé mais cela n'a rien donné.»

Une jeune malade, hospitalisée, indique: « Chaque fois qu'il a mal à l'estomac, mon mari ne se soigne qu'avec des plantes. C'est une recette que sa tante lui a prescrite.»

Il y a des malades qui justifient ces pratiques, non pas uniquement par le manque de moyens mais, aussi par la remise en cause de la médecine moderne en général.

C'est par exemple l'avis de cette malade hospitalisée qui pense que: « De toutes les manières, la médecine moderne c'est quoi? C'est la médecine traditionnelle qu'ils ont mise en boîtes pharmaceutiques.»

Cependant, la pratique de la médecine traditionnelle n'est pas aussi répandue chez les jeunes malades ou ceux et celles qui jouissent d'un certain niveau socioculturel, du moins, c'est ce qui est affirmé.

Une malade de 28 ans: « Ils m'ont proposé de me traiter avec la médecine traditionnelle, mais j'ai refusé parce que j'ai eu peur. »

Le degré de conviction n'est pas le même chez tous les malades. Les plus jeunes sont moins convaincus de l'efficacité des méthodes traditionnelles de soins que leurs aînés. Il y a comme un effet de générations qui fait que la médecine moderne soit plus convaincante parmi les plus jeunes.

Par ailleurs, le recours aux méthodes traditionnelles est, peut-être souvent, dû à des difficultés financières ou socioculturelles que rencontrent certains malades pour accéder à la médecine moderne.

5.2. Les conditions d'hospitalisation.

L'hôpital en général est un lieu difficile à vivre, que ce soit pour le malade ou pour sa famille. F Stendler dit que « l'hôpital est en réalité très peu l'institution du malade, lequel n'a pas vraiment l'impression d'être un « client » mais souvent un « reclus » qui ne recueille qu'indifférence de la part du personnel » (F. Stendler, 1989: 41). Cela est d'autant plus vrai en Algérie que l'état du secteur de la santé s'est singulièrement dégradé depuis des années, tant au niveau de l'infrastructure qu'au niveau de la qualité des prestations. Cela se confirme par les propos tenus par les malades interviewés.

L'hôpital d'Oran est, en effet, abordé sous un ensemble de qualificatifs, aussi négatifs les uns que les autres, employés par les malades tels que : sale, inhumain, inefficace...

5.2.1. Le manque d'hygiène.

L'hôpital d'Oran par son manque d'hygiène ne remplit plus sa fonction comme il le devrait. L'ensemble des malades évoquent le problème d'hygiène à l'hôpital.

Une enseignante de 24 ans, hospitalisée, dit à ce propos: « Ce sont les malades qui nettoient. C'est très sale. On risque d'attraper d'autres maladies en plus de celles que nous avons déjà. Surtout, nous les malades, nous avons besoin de propreté.» Après un moment de silence, elle enchaine: « Il n'y a même pas d'eau pour nous laver les mains.»

5.2.2. L'accès à l'hospitalisation

L'accès à l'hôpital est difficile pour les malades. De l'avis de l'ensemble des malades, le principal problème de l'hôpital est son accessibilité difficile. Sur les 60 malades interviewés 59 l'ont évoqué. Même les malades qui disent avoir usé de « piston » reconnaissent la difficulté de se faire admettre à la consultation et

encore plus à l'hospitalisation. Une femme âgée aux conditions sociales modestes en donne un exemple: « Je te jure, ma fille, que pour une simple consultation il faut souffrir. Je te jure que souvent nous sommes renvoyés. Je te jure que c'est la vérité et si tu ne me croies pas, demande autour de toi.»

Ces déclarations illustrent une situation très pénible en ce qui concerne, aussi bien le difficile accès aux structures hospitalières que la mauvaise qualité d'accueil réservé aux malades.

5.2.3. L'accueil

Une patiente externe décrit la mauvaise qualité de l'accueil en ces termes: « J'aimerais tellement que l'accueil à l'hôpital change. Les malades sont très mal accueillis. En plus, les rendez-vous sont trop espacés. Pensez-vous que les malades, dans leur état, peuvent attendre un ou deux mois pour passer une visite ? Non bien sûr, puisqu'ils risquent de mourir entre-temps.» Après une longue discussion sur d'autres sujets, elle revient à ce problème en disant: « Ce serait tellement mieux si le malade pouvait se faire traiter à l'hôpital le jour même de sa venue, et si le personnel lui manifestait un peu plus de respect pour sa dignité.»

Une femme, la cinquantaine passée, se dit fatiguée et écœurée: « J'ai horreur de venir à l'hôpital. J'y viens parce que je suis bien obligée, c'est tout. Je les déteste (en parlant du personnel d'accueil), je suis fatiguée de les voir. Ils n'arrêtent pas de nous faire courir pour n'importe quel prétexte. J'en ai marre.»

La psychologie moderne insiste particulièrement sur l'accueil comme moment décisif qui va influencer durablement les relations entre les malades et la structure de soins à laquelle ils s'adressent. De l'accueil dépend également la qualité du rapport soignant-soigné et même l'efficacité des soins prodigués. Or, c'est apparemment du mauvais accueil justement que souffrent, le plus, les malades « clients » de l'hôpital d'Oran.

5.3. Les éléments liés aux médecins

La représentation que se fait le malade de son soignant est influencée par plusieurs caractéristiques du médecin comme, l'âge, le sexe, et surtout ce qu'il peut lui inspirer par son attitude et son comportement lors de ses contacts (qualité de l'accueil, la nature et la forme de la communication, l'écoute, le suivi, les soins, l'attention qu'il lui accorde...)

Le malade qui ignore la situation de son mal et qui ne peut pas interpréter les symptômes de sa maladie, ne comprend pas la nécessité du bilan qu'on lui demande de faire à chaque fois. Il n'arrive pas à expliquer les longues attentes, le

renvoi qu'il subit sans passer la visite médicale et encore moins le langage scientifique des médecins. C'est ce qui le met dans une situation de désarroi, de perturbation et d'angoisse. Nombreux sont les malades qui se plaignent et protestent contre ces journées perdues qui, d'après eux, aggravent et accentuent le mal. En parlant du médecin, les malades abordent plusieurs problèmes d'ordre humain essentiellement.

5.3.1. La relation malade/médecin

En 1927, le médecin américain Francis Peabody développait l'idée que « seule la relation privilégiée du praticien avec son malade, l'écoute attentive de celui-ci, peut permettre de déterminer les troubles émotionnels qui sont à l'origine du mal » (F. Peabody, 1994: 74). Plus tard, le psychanalyste anglais Michael Balint élabore « la théorie de l'efficacité thérapeutique » fondée sur ce qu'il appelle le *remède-médecin*. « L'écoute et l'attention peuvent guérir au même titre qu'un médicament. » écrit-il. (M. Balint, 1994: 74)

Quelle que soit la qualité des soins, la relation malade / médecin, qui a été abordée par tous les malades, en termes négatifs ou positifs, apparaît comme élément nodal. La relation médecin /malade constitue un problème fondamental.

Pour la personne malade, comprendre sa maladie n'est pas suffisant. Il a aussi besoin de se soigner. La rencontre avec le médecin constitue un moment critique, décisif, pour lui. La raison dominante d'insatisfaction évoquée par les malades, c'est principalement la mauvaise communication entre le médecin et le malade.

Pour réaliser une communication, il faut qu'il y ait un message qui va d'un émetteur qui l'envoie à un récepteur qui le reçoit.

L'analyse faite sur la relation médecin/malade révèle qu'il y a souvent mauvaise communication. Les deux interlocuteurs ne sont forcément pas dans la même situation. Il y a un rapport difficile entre un détenteur de pouvoir et (de guérison s'entend) et un demandeur d'assistance qui se livre à lui. Ce dernier est dans une situation d'inquiétude et de préoccupation, parce qu'il s'agit de sa santé. Pour le médecin, par contre, il ne s'agit souvent que d'un corps présentant des signes et des symptômes qu'il doit diagnostiquer.

Une malade de la jambe, dit, en parlant de la visite médicale qu'elle venait de passer: « Quand je rentre, le médecin examine ma jambe pour voir si elle a maigri. Puis, il jette un œil sur les radios et me rédige un mot pour que l'infirmier me donne un autre rendez-vous et c'est tout. Il ne cherche pas à savoir comment

je me porte, ne me pose jamais de questions, ne s'inquiète jamais de ma santé ni de mon état, non, non, jamais...»

Pour le malade en général, le médecin n'est pas rassurant par l'attitude qu'il a envers son patient. La majorité des malades trouvent que leur médecin traitant ne leur témoigne pas de considération ni de compréhension.

Un malade hospitalisé dit, par exemple: « Je ne veux pas poser de questions au médecin, parce que quand je le fais, c'est comme si je l'encourageais à m'ignorer. Et puis, peut-être qu'il ne veut rien me dire parce que je dois avoir quelque chose de grave. Oui, quand c'est grave ils ne le disent jamais au malade. Nous nous soumettons à Dieu.»

Le plus souvent, le malade exprime le sentiment d'être négligé, méprisé et parfois même humilié et honteux. En fait, ce sentiment peut être inspiré par une attitude effectivement négligente de la part du médecin comme il peut être le reflet de l'image dévalorisée que le malade se fait de lui-même.

A ce propos, une malade déclare: « Je ne sais pas ce que j'ai. J'ai honte de poser la question au médecin parce qu'il ne me répond pas, et souvent ils parlent entre eux en français.»

On relève parfois une peur d'inhumanité qui peut être à l'origine d'une angoisse intense chez les malades. Un exemple type est vécu par un jeune homme malade à qui le médecin a conseillé l'amputation de la jambe, avant de faire le nécessaire pour s'assurer de son diagnostic, selon ses déclarations. Ce même malade nous confie avoir été soigné et guéri par un autre médecin sans recours à l'amputation. Il conclut: « J'aimerais bien savoir comment il se serait comporté si à ma place c'était son propre fils. Est-ce qu'il lui aurait prodigué le même conseil ? » Sa conclusion est donc que le médecin voulait lui amputer une jambe tout simplement par négligence, ce qui signifie à ses yeux qu'il n'avait aucune considération pour lui.

Etant donné le manque de communication entre le médecin et son malade, ce dernier est à la quête des termes médicaux happés au hasard des discours entre médecins, et se nourrit de « demi-vérités » ou de mensonges.

Lorsque le malade a le sentiment d'être traité avec bienveillance et compréhension comme cela apparaît chez certains interviewés, il en résulte un soulagement, un apaisement et une certaine gratitude dans les propos. C'est le cas lorsque le malade se sent en confiance, soit grâce à l'image, restée positive, qu'il se fait de lui-même, soit parce qu'il s'agit d'un médecin traitant effectivement bienveillant et disponible. Le témoignage suivant le prouve:

« Le fait seulement de me demander, comment je me porte et de passer un peu de temps avec moi, me donne l'impression d'aller mieux, surtout moi une malade chronique.»

Les malades aspirent à ce que les médecins renoncent à ce pouvoir que le diplôme, les moyens et les connaissances techniques leur ont donné. Ils aimeraient que le médecin descende de la tour où l'ont hissé ses connaissances scientifiques et se mette à leur niveau pour les traiter comme des êtres humains.

Une patiente s'insurge: « Il faut que le médecin parle au malade, qu'il lui explique sa maladie avec des mots simples et qu'il lui pose des questions sur tout ce qu'il veut, et surtout qu'il l'écoute.»

Les malades désirent aussi connaître leurs maladies. Le fait de leur expliquer, de les responsabiliser leur redonne confiance en eux-mêmes. Cela est d'autant plus vrai que l'état pathologique est chronique. Ils sont avides de connaître les causes et la nature de leur mal. Autrement dit, ils aspirent à ce qu'on les traite comme des êtres humains responsables, et non pas uniquement comme des corps qui portent des symptômes. Ils essayent de valoriser une relation entre deux êtres humains. Un malade atteint du cœur qui vient de découvrir sa maladie s'étonne: « J'ai demandé à l'infirmier de m'expliquer ce que j'ai. Le médecin ne veut pas me dire la vérité; Il m'a dit que j'avais un gros cœur, et puis il est parti. Les médecins parlent entre eux et ignorent le malade; Je ne sais pas quoi faire j'ai le moral à plat. »

En absence de cette relation recherchée, l'anxiété augmente, la peur s'installe, le malade se retourne vers d'autres malades pour trouver refuge et explication à sa maladie. Dans ce cas la relation n'est plus personnalisée. La froideur de cette relation et l'insatisfaction qui y naît, sont compensées par une autre relation malade/malade. Ces entretiens les démontrent:

Une jeune femme, atteinte de diabète, habituée de l'hôpital: « Je vous dis la vérité. Ici, j'ai appris plein de choses sur ma maladie, mais grâce aux malades. J'aime savoir tout sur ma maladie. Je veux que le médecin m'explique tout. Mais qu'est-ce que vous voulez ? Ils n'ont pas de temps à nous consacrer.»

Un jeune malade, souffrant d'un ulcère: « Ici, on s'entraide beaucoup entre malade. »

La relation devient triangulaire. D'autres membres de la famille servent d'intermédiaire pour expliquer aux malades les symptômes de la maladie et sa gravité. Cette situation n'est pas sans conséquences pratiques et théoriques.

Une malade âgée de 56 ans, hospitalisée pour une tumeur au palais depuis deux ans et reproche aux médecins de ne pas lui expliquer ce qui lui arrive

exactement, s'insurge : « Le médecin au lieu de m'expliquer ce que j'ai, a préféré décrire ma maladie à mon mari.»

En fait, le malade attend de son médecin une disponibilité, une attention, beaucoup de compassion et d'humanité. Une compréhension responsabilisante, mais qui n'a rien à voir avec la pitié. « La relation médecin/ malade est la rencontre d'une confiance (celle du patient) et d'une conscience (celle du médecin) » (L. Ortes, 1994: 151). Parfois, il lui en demande même un peu trop.

Les conditions matérielles et environnementales de la pratique médicale à l'hôpital ainsi que le nombre impressionnant de visites par médecin, fait que ce dernier est souvent perçu comme un simple technicien déshumanisé. Son discours est devenu pour la majorité des malades singulier et stéréotypé. Il se résume à quelques mots.

Cependant, les malades ne vont pas jusqu'à parler d'incompétence des médecins ? Rares sont ceux qui l'ont évoquée ouvertement (deux cas uniquement sur 60 interviewés) et c'est ce qui explique le grand écart entre le discours négatif sur l'hôpital et la grande fréquentation de l'hôpital par les malades. Malgré les mauvaises critiques, l'hôpital comme ses médecins, sont loin d'être rejetés. La fréquentation massive de l'hôpital n'a pas pour seule raison les tarifs exorbitants du secteur privé.

5.3.2. L'âge du médecin

L'âge du médecin a-t-il une importance et rentre-t-il en considération dans la représentation que se fait le malade de son médecin traitant ?

En général, les patients ont tendance à considérer les jeunes médecins comme insuffisamment compétents et souvent négligents.

Une malade, ingénieur, de 28 ans, hospitalisé, qui faisait beaucoup de fièvre et qui se plaignait des négligences du personnel raconte:

« Les anciens médecins sont plus ou moins conscients de leur mission. Ces jeunes médecins sont inconscients, insoucieux et très instables.»

Une autre qui se trouve au service O R L. dit: « Les jeunes médecins manquent de maturité, pas tous bien sûr.»

On voit, à travers ces expressions que l'âge qui est communément assimilé à la sagesse joue beaucoup dans la représentation valorisante du médecin par le malade. Les malades donnent l'impression que l'âge, qui signifie aussi expérience, est très important dans le métier de médecin.

5.3.3. La réputation du médecin

La réputation qu'a le médecin auprès des malades est souvent déterminante dans la manière dont ils le perçoivent. Elle est même plus importante que le niveau réel de compétence qu'il peut avoir. Le malade étant, en tout cas, incapable de juger la valeur intrinsèque du médecin, accorde beaucoup d'intérêt à l'image qu'on lui transmet de tel ou tel médecin.

Une jeune femme accidentée exprime sa satisfaction par ces mots: « J'ai été très contente d'apprendre que le médecin... (elle cite son nom) allait m'opérer parce qu'il a une bonne réputation.»

5.3.4. Le médecin /homme, et femme / médecin

Le sexe du médecin joue aussi un rôle non négligeable dans la représentation que peut se faire le malade de son médecin soignant. A ce titre, la femme est considérée comme inférieure à l'homme aux yeux des malades, surtout masculins, vu son statut dans la société et sa vulnérabilité. Mais, cet état de fait est nuancé selon les malades et leurs conditions socioculturelles.

Souvent, les femmes par exemple, préfèrent avoir affaire à une femme - médecin, non pas à cause d'une compétence supérieure, mais parce qu'elles se sentent plus à l'aise entre femmes.

Une malade de 40 ans, niveau primaire, explique: « Devant le médecin, j'ai eu honte de parler de mes hémorroïdes. J'en souffre énormément. Cela aurait été plus facile si le médecin était une femme.»

De même, pour les hommes, se retrouver devant une femme – médecin est source de gêne. C'est parfois même ressenti comme un affaiblissement et une atteinte à la virilité masculine.

Ainsi, on voit que la représentation du médecin se construit par la combinaison d'un ensemble d'éléments qui sont liés au médecin lui-même, comme l'âge, le sexe, la réputation, la relation avec le malade, et au malade, en fonction de son âge, son sexe, son niveau socioculturel, la zone de sa résidence, l'expérience de sa maladie et son vécu à l'hôpital.

Pour appréhender l'objet qui est le médecin, le malade utilise plusieurs qualificatifs qui renvoient à plusieurs facteurs. L'importance est la signification de ces facteurs sont différentes d'un malade à un autre, la représentation du médecin qui en découle, aussi. La représentation que se font les malades de leurs médecins peut-être valorisante, dévalorisante et le plus souvent ambiguë. Il arrive aussi que des représentations différentes, voire contradictoires, coexistent chez le même malade.

L'entretien révèle aussi que la représentation (ou les représentations) du médecin chez le malade est (sont) organisée(s) autour de la relation malade/médecin. Ce lien semble être le noyau central dans chaque représentation. Le médecin idéal est celui qui sait écouter et panser la douleur du corps, l'angoisse de l'âme et le désarroi de l'esprit. Il est attendu du médecin qu'il soit le psychologue, le conseiller et le guérisseur en même temps. Chose que le manque objectif de disponibilité et de moyens ne lui permettent pas.

Conclusion

La représentation que le sujet se fait de son soignant et de lui-même est déterminante dans l'établissement de la relation thérapeutique. Le comportement des malades diffère selon l'image de soi et du thérapeute. Le niveau de coopération entre malade et médecin est fonction de cette représentation. Une image négative de soi et de l'autre empêche l'instauration d'une coopération dans le traitement. Le malade rejette le traitement par exemple, ou change souvent de thérapeute ou les deux à la fois. Une malade a répété trois fois: « Un médecin qui n'a pas de considération pour moi, je n'ai pas de respect pour lui et je préfère me faire soigner par un autre.»

En théorie, une image positive de soi et de l'autre instaure, au contraire, une coopération dans le traitement et une bonne relation thérapeutique. Malheureusement, un tel cas ne se rencontre que très rarement. Ni les conditions de travail du médecin, ni celles de la prise en charge du malade ne sont satisfaisantes. Et ce qui complique encore plus la situation au plan psychologique, c'est que c'est le plus souvent le premier contact qui est déterminant. A travers le premier contact réel avec le médecin se dessine presque définitivement l'image que se fait le malade de celui-ci. A partir de là, peut se développer un sentiment de:

- 1) Quiétude qui s'exprime par la reconnaissance du bon médecin et la confiance qui s'en suit, et le suivi discipliné du traitement.
- 2) Désespoir qui s'exprime par le rejet du traitement, les sorties sans avis médical, la recherche d'autres médecins et d'autres thérapeutes et surtout la non reconnaissance du médecin.

La question qui se pose alors, est la suivante: **Le médecin de l'hôpital a-t-il vraiment les moyens (matériel, disponibilité, formation, recyclage, conditions sociales de reproduction de sa compétence, etc.) pour répondre à toutes ces attentes?**

Bibliographie

1. ABRIC J.C. (1997). *Pratiques sociales et représentations*. Paris: Coll. P.U.F.
2. ABRIC J.C. (1983). *L'artisan et l'artisanat : analyse de contenu et de la structure d'une représentation sociale*. Bulletin de psychologie tome XXXVII N° 366,879-961.
3. BAGROS, Ph., DE TOFFOL, B. (1993). *introduction aux sciences humaines en médecine*. Paris: édition marketing.
4. BLANCHET, A., GHIGLION, R., MASSONNAT, J. et TROGNON, A. (1987). *" Les techniques d'enquête en sciences sociales "*. Paris: Bordas.
5. BLANCHET, A., et AL. (1985). *L'entretien dans les Sciences sociales*. Paris: bordas.
6. CANGUILHEM, Georges. (1991). *le normal et le pathologique*. Paris: coll., quadrige, P.U.F.
7. JODELET, Denise. (Sous la direction). (1989). *Les représentations sociales*. Paris: P.U.F.
8. MANNONI, pierre. (1998). *les représentations sociales, que sais-je*. Paris : P.U.F
9. MOSCOVICI, Serge. (Sous la direction). (1972) " *Introduction à la psychologie sociale* " T1 et 2, Sciences humaines et sociales. Paris : Librairie Larousse.
10. MUCCHIELLI, Roger. (1979). *Le questionnaire dans l'enquête psychosociale*. Paris : Ed. E.S.F.
11. MUCCHIELLI, R. (1977). *L'entretien de face à face dans la relation d'aide*. Paris: éditions E.S.F.