

## SOMMAIRE

	<i>Page</i>
<b>INTRODUCTION</b> .....	01
<b>1<sup>ère</sup> Partie : Données de la littérature</b> .....	02
I) Concepts fondamentaux.....	02
A) Aperçu historique sur les conceptions de l'homme.....	02
1. L'homme comme être rationnel.....	02
2. L'homme comme être biologique.....	02
3. L'homme comme être social et psychologique.....	03
B) Relation sociale.....	04
1. Caractéristiques de la relation.....	04
2. Formes et niveaux de la relation.....	04
3. Modèles explicatifs de la relation.....	05
C) Communication sociale.....	06
1. Définition et principe général.....	06
2. Formes de communication.....	08
3. Problèmes relatifs aux communications.....	09
II) Psychologie du malade.....	10
A) Malade, maladie et circonstances de sa vie.....	10
1. Expérience vécue et formes de maladie.....	10
2. Vécu de la maladie, âge et sexe.....	11
3. Vécu de la maladie et situation de vie.....	12
B) Société et malade.....	12
1. Malade et évolution des civilisations.....	12
2. Rôle du malade dans la société.....	14
3. Malade et institutions sociales.....	15
C) Malade, maladie et médecin.....	16
1. La régression.....	17
2. L'égoïsme.....	18
3. Rétrécissement du champ de conscience.....	20
4. Associations d'idées.....	20

5. Pensée magique.....	20
6. Sociabilité.....	21
7. Angoisse et peur.....	21
III) Relation médecin/ malade.....	22
A) La fonction du médecin.....	22
1. Statut et rôle du médecin.....	22
2. La fonction apostolique du médecin.....	23
3. Le médecin et son patient.....	24
B) Le fondement psycho- affectif de la relation.....	25
1. Notion de transfert.....	25
2. Le contre- transfert.....	26
C) Caractéristiques générales de la relation de soins.....	27
1. Modes de relation.....	27
2. La rencontre.....	28
3. L'entretien.....	29
<b>2<sup>ème</sup> Partie : Enquête- Résultats- Essai d'interprétation .....</b>	<b>31</b>
I) Méthodologie.....	31
A) Objectifs, problématique et hypothèses générales.....	31
B) Cadre de l'étude.....	32
C) Méthodes.....	32
D) Observations sur le déroulement de l'enquête.....	33
II) Analyse des résultats.....	34
A) Enquête auprès des malade.....	34
B) Enquête auprès des médecins.....	41
<b>3<sup>ème</sup> Partie : Commentaires et Suggestions .....</b>	<b>48</b>
<b>I) Commentaires.....</b>	<b>48</b>
<b>II) Suggestions.....</b>	<b>56</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>60</b>
<b>ANNEXES</b>	
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	

**LISTES DES GRAPHIQUES,  
TABLEAUX ET FIGURES**

### *Liste des graphiques*

	Page
- Graphique 1 : Répartition des malades par tranches d'âges.....	35
- Graphique 2 : Répartition en pourcentage des malades en fonction de leurs secteurs d'activités.....	35
- Graphique 3 : Malades ayant ou non un médecin traitant.....	36
- Graphique 4 : Soulagement des malades qui vont chez leur médecin...	36
- Graphique 5 : Classement des qualités du bon médecin par les malades.....	37
- Graphique 6 : Niveau de satisfaction des malades vis- à- vis de leurs médecins.....	38
- Graphique 7 : Malades ayant ou non un médecin traitant selon leur profession.....	39
- Graphique 8 : Satisfaction des malades selon leur profession.....	40
- Graphique 9 : Soulagement des malades selon leur profession.....	41
- Graphique 10 : Répartition des médecins par tranches d'âges.....	42
- Graphique 11 : Répartition des médecins en pourcentage selon leur milieu de travail.....	42
- Graphique 12 : Nombre de malades vus par un médecin par jour.....	43
- Graphique 13 : Temps de la consultation.....	43
- Graphique 14 : Classement des qualités du bon médecin par les médecins.....	44
- Graphique 15 : Qualités manquants aux médecins.....	45
- Graphique 16 : Niveau de satisfaction des médecins en pourcentage...	45
- Graphique 17 : Avis des médecins sur une formation sur les sciences humaines.....	46
- Graphique 18 : Nombre de malades vus par jour par un médecin selon son environnement de travail.....	46
- Graphique 19 : Durée de la consultation du médecin selon son environnement de travail.....	47
- Graphique 20 : Qualités qui manquent aux médecins selon leur environnement de travail.....	47

### *Liste des tableaux*

	Page
- Tableau 1 : Répartition des malades selon leur sexe.....	35
- Tableau 2 : Classement des qualités du bon médecin par les malades.....	37
- Tableau 3 : Répartition des malades ayant ou non un médecin traitant selon leur profession.....	38
- Tableau 4 : Niveau de satisfaction des malades selon leur profession.....	39
- Tableau 5 : Attitudes des malades qui vont chez leur médecin selon leur profession .....	40
- Tableau 6 : Répartition des médecins selon leur sexe.....	42
- Tableau 7 : Classement du bon médecin par les médecins.....	44

## *Liste des figures*

Page

- Figure 1 : Passage d'un message d'un individu à un autre.....07
- Figure 2 : Succession des mouvements psychologiques du malade..... 19

Rapport-Gratuit.com

## INTRODUCTION

## INTRODUCTION :

« La compassion, c'est plus que du réconfort, c'est un bon médicament », disait un jour un patient à son chirurgien. Cette phrase anonyme démontre bien que la médecine, profession technique, est aussi une profession humaine en même temps.

Quelle genre de médecine pratiquons- nous alors face à cette définition sociétale de notre métier ? La médecine évolue énormément, nul ne l'ignore, mais en dépit de la vitesse avec laquelle les sciences médicales avancent, en dépit des « découvertes, performances, et réalisations scientifiques » de notre temps, en dépit de toutes ces maladies aujourd'hui curables, et même, au nom de celles encore sans traitement, en dépit de tout, le médecin doit à la fois apporter une solution technique sûre, au nom d'un savoir annoncé comme scientifique, et réconforter, tâche pour laquelle il est peu formé et qui consomme beaucoup de temps.

Traiter le patient comme une personne, comme une fin en soi, et non comme une chose, soigner les patients en ayant pleinement à l'esprit que le médecin en tant qu'individu, représente l'élément le plus important pour améliorer la santé et l'esprit d'un autre être humain qui souffre, telles sont les tâches auxquelles se voue le soignant.

Le professeur Jean- François MATTEI, ministre français actuel de la santé, de la famille et des personnes handicapées dit un jour: « lorsqu'on ne peut plus soigner, il faut prendre soin ».

Ces différents aspects du soin donne une autre dimension à la relation médecin-malade. Cette autre dimension de la relation est attribuée non seulement au quotidien de cette relation, mais aussi et indiscutablement à la fonction même du médecin.

La relation n'est plus seulement une relation thérapeutique, elle est « interaction » entre un professionnel et un patient profane .

Et c'est dans ce sens que notre travail se dirige ; trouver la place de l'échange, de la communication dans cette relation de soins, lieu de médiation sociale.

Nous verrons dans la première partie de notre travail des rappels fondamentaux sur les conceptions de l'homme, l'étude de la psychologie du malade et la nature de la relation médecin- malade, puis en deuxième partie, notre travail proprement dit avec notre enquête, ses résultats et un essai d'interprétation, et enfin, en troisième et dernière partie, nos commentaires et suggestions.



## **REVUE DE LA LITTERATURE**

## I) Concepts fondamentaux

### A) Aperçu historique sur les conceptions de l'homme

#### 1) L'homme comme être rationnel : ( 1 )

Une première conception, héritée de la tradition philosophique et reprise à l'époque moderne, est celle de l'homme appréhendé comme ayant un comportement rationnel.

La vision cartésienne qui s'est imposée à partir du 17<sup>ème</sup> siècle, va définir l'homme comme un être de raison dont le guide est la conscience.

Selon Aristote, l'homme est un « animal raisonnable », la raison étant propre à l'homme et est universelle. Le rationalisme ne se cantonne pas aux choses qui peuvent être analysées par la raison comme la réalité, le monde physique ou les sciences. Il croit aussi que l'homme naît avec certaines idées si claires, si évidentes qu'elles correspondent à quelque chose de réel. La raison peut donc aussi s'appliquer au domaine spirituel, à l'abstrait et au métaphysique. C'est ainsi que Descartes inaugura le rationalisme moderne en refusant les vérités et les dogmes religieux dans le domaine scientifique, puis en philosophie. En affirmant la prédominance du « je pense » ( la raison ), il affirmait aussi la primauté du « je suis » ( l'homme ). Une conception encore valable aujourd'hui, même si le rationalisme a tendance à être cantonné au domaine des sciences.

L'homme est un être raisonnable. Il agit et juge de manière rationnelle, sans céder à l'instinct, contrairement aux animaux. Il peut dominer ses pulsions par la raison et la volonté.

#### 2) L'homme comme être biologique : (1), (2), (3)

Cette conception de l'homme s'inspire des sciences anatomiques développées à partir du 18<sup>ème</sup> siècle. Nous avons en nous des propriétés qui nous ont été léguées par 4,5 milliards d'années d'évolution. Pour la biologie moléculaire, le vivant est ce qui possède la molécule d'Acide Désoxyribonucléique (ADN) ou d'Acide Ribonucléique (ARN), support de l'information génétique. Pour la physiologie, le vivant se trouve là où se produisent des réactions biochimiques qui concourent à s'entretenir. Quant à la thermodynamique, elle dit vivant ce qui est capable de se perpétuer et de se transformer

en dégradant de l'énergie prise à l'environnement. Pour nous maintenir en vie nous avons besoin d'échanger et de transformer de l'énergie (solaire notamment). Ces fonctions énergétiques rendent possibles les propriétés que nous partageons avec de nombreux être vivants, à savoir :

- L'action : nous pouvons nous déplacer, agir sur le milieu.
- Le ressenti : chaque expérience vécue est ressentie sur le mode de la douleur ou du plaisir. La douleur engendre la fuite ou la lutte tandis que le plaisir provoque la répétition de l'action.
- Apprendre : sous l'effet des expériences les êtres vivants se changent, ils apprennent.
- Imaginer l'avenir : si les organismes de tous les êtres vivants sont transformés par les expériences vécues, dans le cas des êtres humains, c'est aussi leur rapport au futur qui se trouve modifié. En effet, l'être humain a développé des capacités d'abstraction et de raisonnement qui lui ont permis de savoir que demain sera, mais aussi que lui est capable de modifier ce que sera demain. De le modifier dans quel sens ? Celui qui l'amène au plaisir et surtout qui l'éloigne de la douleur.

### 3) L'homme comme être social et psychologique : (2), (3)

Ce qui permet à l'ensemble de nos "qualités biologiques" de s'actualiser, c'est le rapport que nous avons avec notre environnement c'est à dire avant tout, les autres. La vie toute entière d'un être humain dépend des échanges qu'il entretient avec ses semblables. Depuis qu'il est sorti du « ventre » de sa mère, il a appris à faire siens les comportements et les valeurs des personnes de son entourage, au premier rang desquels se trouvent ses parents. Cet environnement modèle chaque être humain. La psychologie moderne postule que ce qui motive nos comportements vient de l'intérieur, indépendamment du lieu et des personnes. Mais une deuxième approche dit que nous sommes conditionnés par le milieu dans lequel nous évoluons ; nous apprenons par observation et renforcement social. Ces deux approches ont permis de révéler que l'homme joue un rôle, qu'il adopte un comportement en fonction de la perception qu'il a de la situation sociale.

Cette première notion fondamentale nous conduit à dire que l'homme est un être de relation, qu'il vit de relation. Quelles sont donc les caractéristiques de cette relation ?

## B) Relation sociale : (1)

L'être humain est un être relationnel car les relations définissent un aspect essentiel de son être social ; tout individu se trouve relié d'une manière quelconque à autrui.

### 1) Caractéristiques de la relation

Il existe deux grands types de relations:

- les relations conventionnelles qui sont prescrites plus ou moins fortement par des normes sociales et hiérarchiques ; c'est le cas des relations professionnelles, cas où la relation n'est pas librement choisie.
- les relations non conventionnelles, qui font intervenir une dimension plus personnelle ; dans ce cas, la relation se traduit par un choix libre et une implication plus grande.

Les relations sociales sont régies par des normes sociales de conduite : les gens adoptent des rôles suivant ce qui est considéré comme désirable socialement au niveau de leur comportement ; une relation est également fonction de la situation et du lieu dans lesquels elle se déroule ; enfin dans une relation, les interlocuteurs produisent souvent leurs propres règles de fonctionnement.

Les relations sociales s'organisent suivant la fonction psychosociale des interlocuteurs ; c'est-à-dire qu'elles font apparaître des différences sociales objectives.

### 2) Formes et niveaux de la relation

#### a) Les formes de la relation

**-La relation interpersonnelle ou la relation à l'autre :** cette conception montre que, dans la relation, c'est à partir de l'individu, considéré comme une unité et un pôle de consistance, que se développent les liens avec autrui.

**-La relation organisationnelle ou la relation aux normes :** cette forme de relation montre que l'individu est inséré dans un tissu social dont la fonction essentielle est de l'intégrer à des situations qui, par ailleurs, le conditionnent.

**-La relation sociale ou la relation à la différence :** l'individu n'est pas seulement inséré dans des organisations, sa relation avec autrui est déterminée par son appartenance à une catégorie sociale définie, à une ethnie, à une classe d'âge. Cet ensemble de facteurs détermine toute relation en créant des distances socio- culturelles entre les individus ( langage, style de vie, habillement ...).

#### b) Les niveaux de la relation

Ils sont liés à l'état de développement ou d'approfondissement d'une relation :

**- le premier niveau est défini par un contact zéro** dans lequel deux individus sont mis en présence l'un de l'autre, mais sans se connaître ; il se caractérise par une prise de conscience de la présence d'autrui dans laquelle l'un des pôles prend en compte l'existence de l'autre qui, à son tour, pourra réagir à l'attention qui lui est portée. Ce stade est en quelque sorte le préambule de la relation.

**- le deuxième niveau est défini par la relation superficielle entre deux personnes.** Celle-ci s'établit, par exemple, autour de centres d'intérêts communs, le cinéma, l'actualité, la musique... Elle peut se constituer aussi à travers les rôles joués par chacun : échanges avec des collègues de travail, des voisins, des commerçants du quartier... La plupart de nos relations quotidiennes s'édifient habituellement sur ce mode et ne dépassent pas ce contact superficiel.

**- le troisième niveau est défini par la réciprocité :** il y a une connaissance mutuelle plus grande et le désir de poursuivre des buts communs ; ce niveau comporte des variantes, allant de la réciprocité partielle à un partage plus profond qui transforme des intérêts communs en relations d'attachement et d'amour.

### 3) Modèles explicatifs de la relation

Pour expliquer le fonctionnement des relations, un certain nombre de théories se sont développées : celles de l'échange et de l'équité.

#### a) Théories de l'échange

L'échange est une transaction dans laquelle nous cherchons à obtenir la meilleure relation possible pour nous. La notion d'échange

comporte l'idée d'une réciprocité basée sur un mécanisme de transaction : donner et recevoir.

#### b) Théories de l'équité

Ces théories ont mis l'accent sur un autre facteur qui est la recherche de ce qui est équitable dans une interaction. Dans ce cas, ce qui compte, c'est l'équilibre dans les échanges entre partenaires. L'équité peut être définie comme une norme de réciprocité perçue par chaque partenaire comme un facteur essentiel de l'échange, dans la mesure où elle produit un sentiment de satisfaction.

Si l'homme est en perpétuelle relation avec son milieu environnant, la communication en est son premier support. « Quoi qu'on fasse, on ne peut pas ne pas communiquer » nous dit cet adage de l'Ecole de Palo Alto.

### C) Communication sociale : (3), (4), (5)

#### 1. Définition et principe général

La communication se définit comme le mécanisme par lequel les relations humaines existent et se développent. La façon dont s'effectuent les échanges conditionne les relations entre les hommes. La communication est donc le processus de transmission de l'information ou échange de messages.

La communication soulève sept questions :

- Qui ? ( émetteur )
- Dit quoi ? ( message )
- A qui ? ( récepteur )
- Où ? ( contexte ou milieu )
- Pourquoi ? ( avec quel objectif ? )
- Comment ? ( par quel moyen ? )
- Avec quels résultats ?

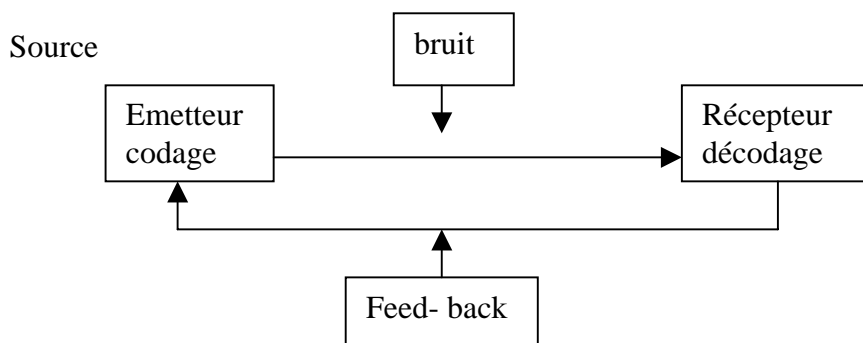
Elle met en jeu alors des éléments différents :

⇒ L'émetteur : transmet l'information en la codant. Il peut être un individu, un groupe ou une institution.

- ⇒ Le message avec un contenu propre, avec comme objectif d'informer, de questionner, d'ordonner ou encore de stimuler, de rassurer, de séduire... C'est une séquence ordonnée d'éléments, puisés dans un répertoire de signes par l'émetteur.
- ⇒ Le récepteur reçoit l'ensemble des signes qui constituent le message ; il les identifie, puis les repère comme des significations. Il intègre le message comme quelque chose d'autre que ce qu'il connaît déjà. Le message est donc le support d'une nouveauté et c'est dans cette mesure qu'il a valeur d'information. Celle-ci s'apprécie par la quantité d'originalité qu'elle représente pour le récepteur.
- ⇒ Le canal d'informations : système physique dans lequel circule les messages.
- ⇒ Un répertoire de signes ou éléments communs, qui sont les moyens d'expression et de transmission du message : regards, paroles, gestes, codes, divers modes socio- techniques ( notes de service, entretien, réunion... )...
- ⇒ Le milieu ou contexte dans lequel surgit et se déroule la communication comporte divers facteurs psycho- sociaux : situations et attitudes préalables de l'émetteur et du récepteur, climat...

En ramenant la communication à un transfert d'informations quantifiables, on aboutit à un schéma analogique (*cf figure1* ) représentant le passage d'un message d'un individu à un autre ( 3 ) :

**Figure 1: passage d'un message d'un individu à un autre :**



Destinataire

« idées »

( canal ) transmission

« idées »

La communication tendra à s'établir sur la base de l'utilisation d'un nombre minimal de signes pour véhiculer le message, ceci dans le but essentiel de se faire comprendre. Dans ce sens, l'individu s'assurera de la bonne qualité du message en répétant l'information ; le message devient alors redondant. Plus un message est redondant, moins il transmet d'informations mais plus il devient compréhensible.

L'efficacité d'un message est fonction de l'équilibre entre son originalité et sa redondance.

## 2. Formes de communications

### a) Communication verbale

La communication verbale utilise un moyen d'expression qui est *le langage*. Le message exprimé dans un langage clair est facilement saisi par l'auditeur, mais parfois, le message est masqué, déguisé, et se présente sous forme de codes qu'il faut démasquer. La communication verbale repose sur la connaissance par l'émetteur et le récepteur d'un certain nombre de symboles qui leur sont communs. En effet, le langage étant un fragment d'une culture dans une société donnée, un mot prononcé n'a pas la même valeur émotionnelle pour chaque individu ; les mots n'ont pas le même sens pour tout le monde. De même, la réception du message dépend aussi de l'intérêt ou du rejet de la part du récepteur. Le sentiment qu'éprouve le récepteur envers l'émetteur compte beaucoup dans l'écoute et la réception du message.

### b) Communication non verbale

Elle peut être définie comme un ensemble de processus par lesquels divers éléments, qui ne relèvent pas de l'expression verbale, tels les expressions du corps, les gestes, les postures et les mouvements variés véhiculent des informations et ont une fonction de communication. Les expressions du visage ou le regard sont un vecteur important de l'expression émotionnelle.

En médecine, le malade est souvent contraint d'envoyer son message de souffrance par l'intermédiaire de signes non verbaux. Parmi ces signes, les plus utilisés sont : la



mimique du visage, la posture, le regard, le ton de la voix, les gestes. Ce mode d'expression est un des signes de *régression* normal car « tout malade régresse ».

Le malade

exprime avec son corps ce qui est inaccessible à la parole, parfois de façon spectaculaire pour attirer la compréhension et la sympathie de son entourage.

### 3. Problèmes relatifs aux communications

Ils recouvrent le fait que la communication n'assure plus son rôle de constructions positives entre les individus, mais qu'elle crée entre eux des barrières, qui se manifestent par la perturbation des niveaux de communication.

En fait, dans la communication, entrent en contact, non pas une « boîte noire » émettrice, et une « boîte noire » réceptrice, mais un « locuteur » et un « allocuté ».

Les problèmes relatifs à la communication peuvent être relatifs au locuteur ou à l'allocuté, ou bien d'ordre matériel.

a) Au niveau du locuteur, on distinguera :

- **des éléments objectifs**, tels que la conceptualisation du message en fonction de la situation, des moyens disponibles et du but, sa formulation, des éléments d'ordre sémantique comme la recherche du terme adéquat tout en évitant le jargon spécialisé.
- **des éléments de personnalité** : le sujet présentera les choses « à sa façon », en fonction de ses préjugés et stéréotypes. Son attitude, son « humeur », constitueront une des variables de la situation.
- **des éléments psychosociologiques** : le statut social et le rôle du sujet, la situation générale alourdissant ou allégeant le climat du dialogue.

b) Au niveau de l'allocuté, on trouve des facteurs symétriques des précédents :

- **des éléments objectifs** : la compréhension du message par le sujet dépend de son intelligence, de sa compétence et de sa culture, qui constituent parfois d'insurmontables obstacles à la communication. Des phénomènes de saturation peuvent se produire, soit en rapport avec l'état de fatigue du sujet, soit en raison de

la perte d'informations due à la longueur du message, soit à cause de l'interférence entre plusieurs messages convergents.

- **des éléments de personnalité** : la perception par le sujet dépend étroitement de l'ensemble de sa personne ; la déformation subie par le message est fonction des intérêts propres de l'allocuté ; son interprétation est subordonnée à son propre cadre de référence et aux sentiments qu'il prête au locuteur.
- **des éléments psychosociologiques** parmi lesquels la situation générale joue un rôle essentiel, surtout lorsqu'elle est génératrice de rumeurs ou de comportements conflictuels.

Après cette première partie sur les concepts fondamentaux qui a mis en exergue l'importance de la relation et de la communication dans la vie de l'homme, nous allons voir dans la deuxième partie qui suit la psychologie du malade, notion nécessaire si on veut étudier la relation médecin- malade.

## **II) Psychologie du malade**

### **A) Malade, maladie et circonstances de sa vie: (6), (7), (8), (9)**

#### 1. Expérience vécue et formes de maladie

L'expérience vécue du patient varie avec les diverses formes de maladie :

- Il y a d'abord les maladies dont on guérit totalement et sans séquelle. Ces pathologies évoluent sans complication quand elles sont bien traitées ; elles n'ont aucune conséquence sur l'existence ultérieure du patient. Les maladies de ce groupe ne présentent donc aucune caractéristique particulière de vécu. Elles ne sont qu'un incident passager de l'existence du patient.
- Ensuite, il y a les maladies à séquelles irréversibles : l'amputation d'une jambe, d'un bras ou une paraplégie suite à un accident, une hystérectomie, une maladie cardiaque qui imposera au patient de se ménager et de réduire son activité ... Tout en représentant des degrés de gravité différents, les exemples cités ont néanmoins un point commun : pour le patient, il n'y a pas de guérison totale de la maladie. Ces maladies sont vécues

tout différemment car elles introduisent des modifications radicales dans la vie du patient.

- On peut compter les maladies chroniques au nombre des maladies à séquelles, mais leurs conséquences n'étant ni définitives, ni délimitées, et sont pratiquement imprévisibles. Une maladie chronique peut s'atténuer ou empirer, tandis que pour le patient amputé par exemple, le vécu demeure pratiquement toujours identique. Sur le plan du vécu, c'est surtout le caractère imprévisible de l'évolution de la maladie qui plus que le restriction d'efficiencia et de jouissance, éprouve les malades.

- Un autre groupe de maladies est constitué par celles dont l'issue est fatale. Ici, il s'agit de savoir si le médecin doit renseigner le patient sur ses chances de survie ou sur le danger mortel qui le guette ; il s'agit plus spécialement du vécu du patient, lorsqu'il sait ou devine, que sa durée de vie est limitée par sa maladie. Le vécu d'une telle maladie est bien sûr encore conditionné par d'autres circonstances de vie. Il est certain qu'un patient âgé vit autrement qu'un jeune, l'expérience d'une maladie mortelle.

## 2. Vécu de la maladie, âge et sexe

L'âge d'un individu constitue une autre circonstance déterminante de son vécu de la maladie.

- Pour le nourrisson, l'enfant en bas âge et pour celui d'âge scolaire par exemple, l'expérience de la maladie équivaut surtout à l'expérience de la douleur et de la séparation de sa mère ou de son milieu familial. Néanmoins, un enfant qui a une maladie grave, en aura une toute autre expérience.

- Par contre, la maladie revêt une signification toute différente pour un individu de la soixantaine, donc l'âge involutif ; la maladie est ici un indice de vieillissement, du début de diminution de la vigueur et des possibilités d'activités. Envisagés dans cette perspective, les réactions affectives de certains patients apparaissant quelque peu exagérées et objectivement disproportionnées à leur objet, sont pourtant facilement compréhensibles.

- On admet couramment que l'homme se montre plus douillet et plus sensible à la douleur. Il « réagit avec exagération » à des maux bénins comme un mal de dents ou de gorge. La femme, du fait des malaises physiologiques naturels ( les règles et la grossesse ) serait mieux préparée que l'homme à l'expérience de la maladie et de la

douleur. Mais aujourd'hui, il existe pour les femmes une multitude de moyens thérapeutiques visant à combattre les douleurs de la menstruation, de la grossesse et de l'accouchement. Donc, la manière dont un individu vit la maladie, et y réagit, apparaît moins déterminée par son sexe, que par les conditions d'évolution de sa personnalité et par les autres circonstances de sa vie.

### 3. Vécu de la maladie et situation de vie

Selon leur situation économique, professionnelle et sociale, la maladie revêt pour les individus une signification différente. La maladie n'est pas l'objet de soucis économiques graves pour la population dont les frais médicaux, pharmaceutiques et hospitaliers ainsi que l'entretien de la famille pendant la période de maladie, sont garantis en majeure partie par des compagnies d'assurances ou par l'employeur.

Ceci concerne également le groupe des personnes qui ont une grande fortune.

Ce qui n'est pas le cas pour la grande majorité de la population malgache.

Le malade n'est pas seulement conditionné par les circonstances de sa vie ; en tant que malade, il est fortement conditionné par la société.

## B) Société et malade :

### 1) Malade et évolution des civilisations : (6), (7), (8), (9)

On a pu souligner plus haut que la manière dont un individu vit sa maladie, et se comporte en tant que malade, dépend de sa situation de vie, et donc aussi de son entourage humain.

Le milieu le plus large où l'homme se meut est constitué par la société et sa forme de civilisation. Ce sont ces données qui forment et déterminent en majeure partie le cadre de vie d'un individu.

A l'époque des civilisations dites primitives, et jusque loin dans l'Antiquité grecque, les esprits, les dieux, et les démons sont responsables de l'origine des maladies.

La légende nous apprend que l'individu qui consciemment ou non, avait offensé une divinité, s'exposait de la part de celle-ci à une punition ou à une vengeance qui se traduisait par une maladie. Le traitement consistait dès lors, à rechercher quelle était la divinité offensée afin de l'apaiser et d'écarter ainsi la maladie du coupable.

De même, chez les malgaches, les maladies peuvent ne pas être naturelles mais sont l'expression de la sanction divine, du blâme ancestral et social, la traduction du « tsiny\* » ou du « tody\* », deux\* termes souvent associés. Les maladies alors, selon les croyances traditionnelles malgaches, constituent des formes d'expiation, de sanction résultant de la transgression d'interdits ( manota fady ), de règles de conduite sociales et morales.

Les grandes religions , judaïsme, christianisme, islamisme, et les civilisations qui en sont tributaires, tendent à considérer la maladie comme une épreuve imposée à l'homme par Dieu.

L'étude objective et scientifique de la maladie ne remonte guère au- delà d'une centaine d'années. La maladie n'apparaît plus comme un événement déterminé par l'intervention de puissances surnaturelles, mais est considérée comme un processus original, obéissant à un ensemble de lois biologiques, physiques et chimiques. De nos jours, la maladie est devenue un phénomène que l'homme est capable de maîtriser, en principe du moins. En règle général, la maladie débarrassée de son aspect insolite et hermétique, apparaît comme un phénomène rationnellement analysable.

Cependant, l'expérience psychique vécue par le malade ne répond pas du tout à cette image scientifique de la maladie dans notre société actuelle. Le patient a toutes sortes d'idées concernant les causes de sa maladie, il se pose une foule de questions au sujet d'une éventuelle culpabilité de sa part et de l'expiation qu'elle exige, ou encore ressasse inlassablement les mêmes interrogations relatives au sens ou au non- sens de sa maladie.

On a démontré que l'image que l'individu se fait de sa maladie ne diffère guère de la conception qu'en avaient les hommes des anciennes civilisations. Et quoi qu'on en pense, l'usage de remèdes magiques est toujours assez courant parmi les populations.

- 
- \*Le « tsiny » est le blâme que l'on encourt lorsqu'on a mal agi en actes ou en paroles envers les ancêtres, les divinités et ses semblables. Le blâme se traduit par une sanction ( maladie, décès, pertes d'enfants, pertes de biens et de richesses ) relevant d'une mécanique morale et sociale visible dans ses effets et dont le déclenchement peut- être immédiat ou à terme. On peut conjurer les effets du « tsiny » par le « fialan- tsiny » ( s'excuser ) d'où les termes « miala- tsiny, aza tsiny, azafady ».
  - \*Le « tody » relève aussi d'une mécanique morale et sociale par laquelle tout ce que l'on fait en bien ou en mal se retournera contre nous tôt ou tard, si ce n'est contre nous, ce sera contre notre descendance. On ne peut conjurer le « tody », on n'y échappe pas.

Quantité de charlatans ou de guérisseurs avec ou sans formation médicale, exercent la magie sous des dehors d'apparente modernité. Il est vrai que lorsqu'on apporte du rêve aux malades- et on leur donne beaucoup avec les médecines « différentes »- , on leur fournit quelque chose qui fait parfois défaut dans la médecine « orthodoxe ». Les malades ont besoin de croire, ils ont besoin d'être en présence de médecins qui ont la foi.

## 2) Rôle du malade dans la société (10), (11), (12)

La notion de rôle désigne ce que la société attend d'un individu. Le rôle du malade dans la société est différent selon les civilisations et les formes de société.

La maladie, réalité organique, s'exprime sur un mode comportemental largement déterminé par notre environnement culturel. Pour le groupe d'appartenance, familial ou professionnel, la maladie constitue une menace de désagrégation. Pour pallier ce risque, le malade est fortement encouragé par sa famille, ses amis, et surtout le corps médical à glisser du rôle de malade au rôle de patient. Pour ce dernier, la guérison est une finalité désirable, et , pour l'atteindre, la coopération doit être importante entre le corps médical, l'entourage, et le malade.

L'essentiel est donc que le malade guérisse, et c'est la guérison qui devrait constituer l'unique objet d'attente de ses concitoyens. Mais l'évolution historique et sociale des humains nous a appris que l'objet de cette attente n'a pas toujours été identique au cours des âges.

Il fût un temps où le malade et l'infirmes représentaient une lourde charge pour la société. L'abandon et l'isolement s'imposaient comme une nécessité lors de la chasse, de la guerre ou des exodes. Dans d'autres civilisations par contre, le malade était soigné et protégé par les membres de sa tribu ou de son clan. Cette situation est bien vue dans la société malgache à travers le proverbe « Izay marary no andriana » ; les malades sont des nobles parce que c'est pour eux qu'on a le plus de prévenances. La maladie représente une lourde charge financière pour le malgache et sa famille mais un autre proverbe « Ny fahasalamana no voalohan- karena » dit que la première richesse, c'est la santé. Ces deux proverbes expliquent la forte présence de la famille pour aider, réconforter, soutenir le malade dans sa souffrance.

Avec le christianisme, la compassion ou la croyance au caractère agréable à Dieu du soin des malades apparaît comme une nouvelle source de motivation du soin

des malades. Dès lors, la sollicitude envers les malades a prit place dans la série classique des bonnes œuvres.

Au sein de la société actuelle, l'attitude envers le malade se traduit par un comportement plus sobre, c'est-à-dire moins affectif mais plus objectif, comportement qui s'est substitué aux principes humanitaires et charitables. Car il s'agit avant tout de rendre au malade l'estime de soi, compromise par les séquelles de la maladie. « Un individu doit être productif pour se sentir lui-même un membre valable de la communauté ».

Le statut du malade comporte les droits et les obligations suivants :

- Droits aux soins et à l'aide ; il ne peut guérir seul et a le droit de faire appel à la technique, à la science, à l'expérience de son médecin.
- Droits au repos s'il ne peut pas travailler, avec les prestations inhérentes.
- Obligations de suivre les prescriptions, de participer à l'amélioration de son état, et pour cela, de s'adresser à l'homme de l'art dont la compétence couvre le champ de ce dont il souffre.
- Obligations de respecter les décisions : repos au lit, horaires de sortie, isolement, régime. Dans certains cas, il peut être soigné contre son gré.

Certains malades font de leur affection l'occasion d'un réel investissement social. Le malade cherchant à devenir un bon patient mobilise toute son énergie pour organiser sa guérison .

### 3) Malade et institutions sociales (6), (7)

La notion « d'institution » recouvre pour le malade les établissements sociaux, tels que les hôpitaux, mais aussi les rôles socio- professionnels du médecin.

Le médecin est le représentant de l'une des anciennes professions. Aussi longtemps que l'homme avait de la maladie une conception magique, il avait besoin d'un médiateur pour neutraliser les « puissances surnaturelles » génératrices de la maladie. Ce rôle était détenu par le médecin qui était prêtre en même temps.

De nos jours, les progrès de la médecine étant fondés sur les acquisitions des sciences physiques et chimiques, le médecin tend à devenir de plus en plus le spécialiste qui vient au secours du malade par l'application des résultats scientifiques les plus récents. Cette évolution du rôle professionnel médical a entraîné une distanciation

croissante du médecin à l'égard de l'expérience vécue du malade. Cette situation explique le fait qu'une foule de malades se presse aux consultations des guérisseurs et des docteurs « miracles ». En effet, ces praticiens marginaux répondent précisément à l'image de la maladie qui hante encore l'inconscient de l'homme aujourd'hui, comme depuis les temps anciens.

Du temps où l'hôpital était un lieu de bienfaisance, de refuge et de soins pour les déshérités, on comprend bien la pratique d'une médecine très humaine ; bien que les moyens pour combattre les douleurs n'existaient pratiquement pas, on trouvait réconfort et soutien moral auprès des soignants. A Madagascar par exemple, l'instauration du premier hôpital en 1864 par la « London Missionary Society » avait surtout pour but d'évangéliser le peuple malgache ; l'hôpital avait alors l'image d'un lieu où l'on prêchait « la bonne parole ».

Actuellement, le vocabulaire moderne désigne l'hôpital comme une « entreprise de prestations de services hautement spécialisés aux membres de la société ». C'est un lieu de mise en œuvre de techniques sophistiquées, siège de concentration de compétences et de moyens, utilisé par toutes les tranches de la population.

Et pourtant, en dépit d'une médecine scientifique et d'institutions douées d'équipements ultra- modernes, le rapport entre la maladie et la guérison est ancré dans le vécu affectif de l'être humain, même chez les membres de sociétés modernes.

Si tels sont le vécu, l'entourage du malade, qu'en est- il de lui de sa maladie et de son médecin ?

### **C) Malade, maladie et médecin : (5), (6), (13), (14)**

La maladie se définit comme:

- un certain état du corps
- une certaine interprétation du médecin
- un certain état de conscience du malade.

La maladie est donc l'altération de la santé par suite de l'incapacité du corps à utiliser ses défenses organiques, ou pour résoudre ses conflits psychologiques. Toute maladie, si légère soit- elle, signifie toujours l'acceptation d'un renoncement partiel à la



liberté et aux plaisirs habituels . Le malade souffre ; il a l'impression d'avoir perdu son efficience ; il est anxieux devant la menace de complications possibles. Selon le milieu

auquel il appartient, il reconnaît plus ou moins facilement la réalité de son état, et viendra consulter ou non le médecin. Lorsque la maladie est acceptée par le sujet, il abandonne transitoirement son statut antérieur, et il se produit sur le plan psychologique des comportements propres au malade tels : la régression, l'égoïsme, le rétrécissement du champ de conscience, les associations d'idées, la pensée magique, la sociabilité, l'angoisse et la peur.

### 1. La régression

La régression est un mode de comportement général, caractéristique de l'état de maladie. L'expression technique- du latin *regredi*, revenir en arrière- est empruntée à la psychologie des profondeurs\* et désigne un comportement inadéquat à l'âge d'un individu, en l'occurrence le comportement infantile d'un adulte qui équivaut à un retour psychique au passé.

Tout malade régresse, mais à un niveau différent selon chaque personnalité et en fonction de la gravité de la maladie. L'intérêt est déplacé du monde extérieur sur le corps propre, qui, tout à coup, devient prévalent ; le malade se comporte comme un enfant dépendant de son entourage. Il existe trois aspects de cette régression :

- un aspect circonstanciel, lié à la situation particulière du malade en état de maladie
- un aspect institutionnel, lié à l'organisation des services de soins, au médecin
- un aspect individuel, lié à la personnalité même du malade

Un deuxième mouvement psychologique est observé dans la maladie : la dépression. Fonction de la personnalité du malade, elle est d'intensité moindre que la régression et est marquée par : une diminution du tonus et de l'énergie ; le sujet est

---

\* On peut désigner la psychologie des profondeurs comme la psychologie des phénomènes inconscients. Freud découvrit en 1895, l'efficacité des processus psychiques inconscients à l'occasion du traitement de malades névrosés.

incapable d'affronter la moindre difficulté par anxiété, lassitude et découragement ; il ne prend plus aucune initiative par manque d'intérêt et de volonté ; il souffre de son impuissance et a l'impression que ses facultés intellectuelles ( attention, mémoire ) sont dégradées.

La régression est en fait un mouvement psychologique normal de l'être humain et doit être suivie d'un autre mouvement : la progression ( *cf figure 2* ). On régresse pour mieux progresser dit-on. La progression veut dire abandon de l'état de régression ; le malade retrouve peu à peu son mode de penser, il se réadapte peu à peu au monde réel, à sa réalité logique et rationnelle malgré sa maladie. Il participe à sa guérison en observant les prescriptions ou traitements, en restant fidèle aux conseils et explications du médecin auquel il fait confiance. Le malade qui ne peut régresser à cause de sa constitution mentale est un « mauvais patient », parce que lui-même ne peut pas accepter le traitement et y collaborer.

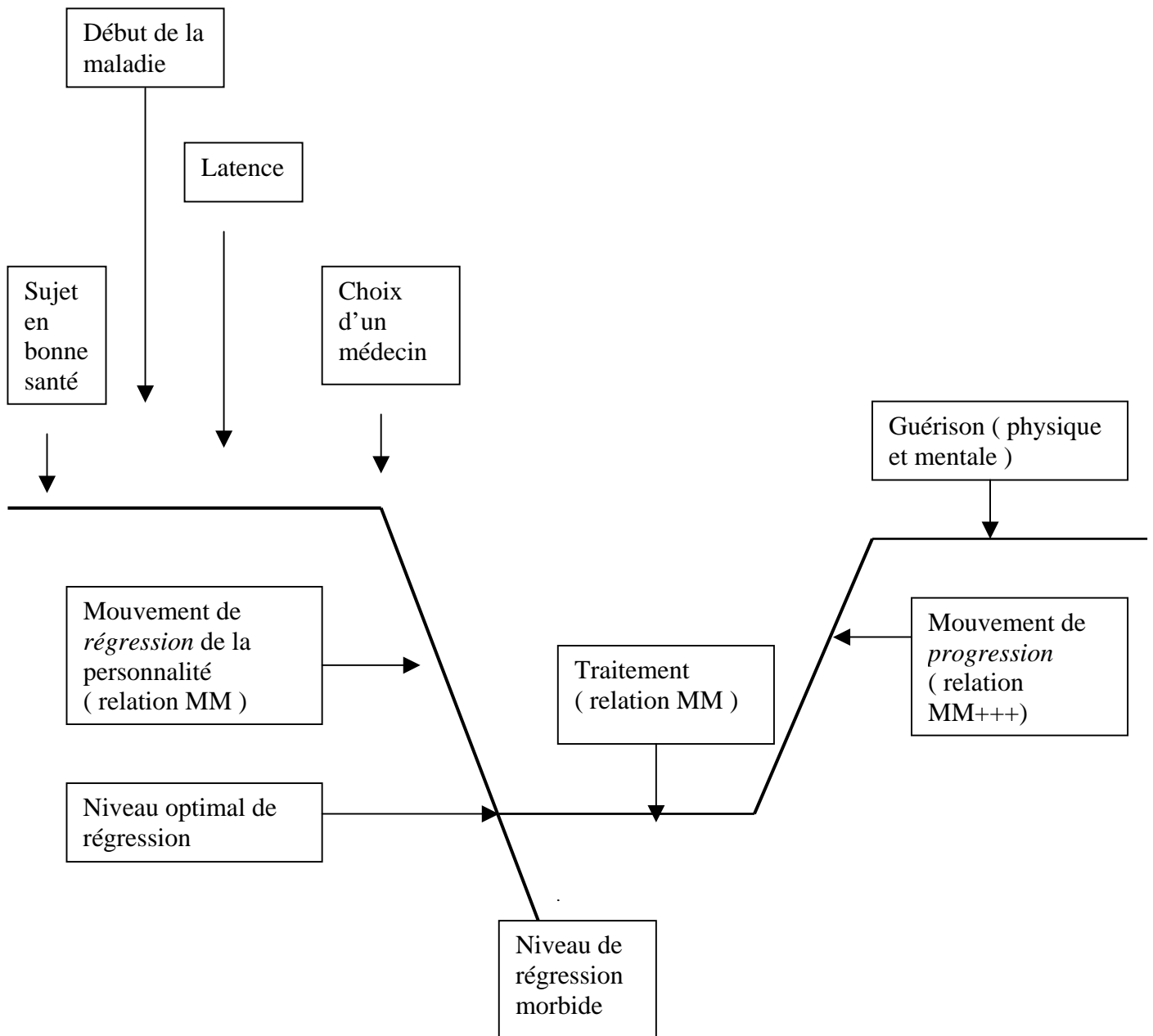
Bref, la relation médecin- malade joue beaucoup ici et le médecin tient le rôle primordial d'aide.

## 2. L'égoïsme

Il représente une autre forme de comportement prépondérant chez le malade. C'est une disposition d'esprit de celui qui rapporte tout à soi, à son corps, et à son bien-être. L'égoïste ne s'intéresse que peu au monde extérieur ; un individu au stade de l'égoïsme et de la relativité au moi, investit son énergie affective sur d'autres individus pour la ramener ensuite en totalité à soi . Or, sous l'effet de la maladie, l'investissement affectif au monde extérieur est naturellement restreint. L'état de maladie ne fera qu'intensifier la polarisation habituelle de l'intérêt sur lui-même d'un individu égoïste auparavant, alors qu'un individu habituellement orienté vers le monde extérieur, continuera dans une certaine mesure à s'y intéresser, en dépit de sa maladie.

L'égoïsme n'est nullement propre à la maladie.

Ce qu'on pourrait appeler « l'orgueil » du patient pour sa maladie est un facteur d'aide considérable pour le médecin dans sa tâche d'éducation .On le remarque surtout nettement dans le cas d'une maladie rare, ou lorsqu'un patient mérite des éloges pour la façon dont il réussit à tenir tête à sa maladie.



**Figure 2 :** Succession des mouvements psychologiques du malade tout au long de la prise en charge de la relation médecin/ malade. (5)

### 3. Le rétrécissement du champ de conscience

Le rétrécissement du champ de conscience est la conséquence de l'égoïsme du malade sur le plan de la perception et de l'activité intellectuelle. En général, le rétrécissement de la conscience est jugé positivement comme concentration de l'attention sur un objet donné. La vie de tous les jours exige une dose moyenne d'intérêt, d'écoute, d'attention visuelle et mentale à nos semblables.

Cet équilibre, moyen d'attention au monde extérieur, fait souvent défaut au malade, tout entier concentré sur son mal. Cela provient évidemment du fait que le malade n'est attentif, intéressé à rien d'autre qu'à lui-même, son corps et son état.

### 4. Les associations d'idées

Les associations d'idées ou idées spontanées, constituent un genre de trait d'union entre les représentations, souvenirs de choses vues et entendues, et les excitations actuelles, qu'il s'agisse d'images de l'entourage, de choses lues, de paroles prononcées ou entendues. Des sensations et des perceptions vécues antérieurement par l'individu lui sont restituées par les associations. Ceux-ci amèneront régulièrement le patient soit à la maladie, soit à des événements qui s'y rapportent. Les préoccupations angoissées du malade constituent souvent le fil directeur des associations.

### 5. La pensée magique

Nombreux sont les patients qui nourrissent des représentations curieuses ou magiques au sujet de l'étiologie de leur maladie et de l'efficacité de leur traitement.

La pensée magique se retrouve d'abord dans les réflexions des malades concernant l'origine possible de leur mal. Il est certain que l'image de sa maladie détermine chez le patient le vécu de l'évolution de sa maladie, l'acceptation ou le refus de mesures thérapeutiques et l'exécution de prescriptions difficilement contrôlables, comme l'observation d'un régime par exemple.

La pensée magique est en fin de compte l'indice que la maladie n'est jamais seulement envisagée sous l'angle objectif-rationnel, mais qu'elle est aussi vécue simultanément sur le plan affectif.

## 6. La sociabilité

L'ensemble des comportements sociaux et des expériences de vie en société d'un individu constitue sa sociabilité.

Le besoin de contact s'accroît avec la maladie et la manière particulière dont elle affecte le malade. Certes, la possibilité pour le patient de se procurer par des plaintes un soulagement à sa souffrance, dépend en partie des us et coutumes caractéristiques des différentes civilisations.

La sociabilité et la capacité d'adaptation sont des traits de caractère que la maladie ne modifie guère, si ce n'est qu'elle les renforce dans leur direction habituelle. La capacité d'adaptation à des circonstances sociales nouvelles est surtout déterminée par l'âge et les habitudes de vie du patient.

## 7. L'angoisse et la peur

Face à des événements précis et faciles à décrire et à nommer, le patient éprouve généralement de la peur. Il redoutera par exemple les piqûres, les résultats d'un examen, les interventions chirurgicales, ainsi que les risques qu'elles entraînent. Psychologiquement parlant, la peur constitue un signal d'alarme analogue à celui que représente la douleur dans le domaine physique. Une absence totale de peur chez un individu, bien qu'elle soit l'idéal pour le médecin et l'infirmière, est toujours un signe de troubles psychiques latents au tréfonds de la personnalité. Les craintes engendrées par la peur ne sont que la conséquence d'informations erronées ou mal entendues. Une explication objective donnée sans minimiser les souffrances qui attendent le malade peut réduire considérablement la peur du patient et lui éviter ainsi un surcroît de souffrance morale.

Par contraste avec la peur, l'angoisse du malade, comme du sujet bien portant, ne correspond à aucune finalité psycho- biologique. L'angoisse se définit comme une sensation pénible de malaise profond, déterminée par l'impression diffuse d'un danger vague, imminent, devant lequel on reste désarmé et impuissant.

Sous forme de souffrance psychique lancinante, l'angoisse comme telle n'est pas plus fréquente chez le malade physique que chez celui qui jouit d'une bonne santé. Cependant, le malade s'y trouve davantage exposé.

L'angoisse n'est pas, en soi, un phénomène pathologique ; elle est liée à la condition humaine.

La plupart du temps, l'angoisse du malade se manifeste sous l'aspect de la peur de quelque chose, peur très plausible : crainte du résultat d'un examen, du pronostic de la maladie, de l'issue d'une opération, des séquelles possibles de la maladie ou des complications économiques qu'elles entraîneraient. En réalité, il peut s'agir d'une angoisse sans objet, déguisée en crainte d'une chose réelle.

La raison psychologique de l'angoisse demeure la plupart du temps inconscient. C'est pourquoi le conflit étiologique et le sentiment de culpabilité qui l'accompagne et en engendrera l'angoisse, ne sauraient être correctement découverts que par la mise à jour de la racine biographique de l'angoisse par les soins d'un psychothérapeute, d'un médecin formé en psychothérapie ou d'un psychologue clinicien.

Dans la pratique quotidienne, on cherche fréquemment à sortir le patient de son angoisse, en essayant de le convaincre par une argumentation rationnelle de l'inanité de ses craintes ; les arguments s'adressent à la raison consciente du malade, alors que la cause de son angoisse est située dans son inconscient, dans son affectivité.

Dans le chapitre qui suit, nous allons voir que le malade et le médecin sont deux êtres en relation, l'un patient profane, l'autre professionnel averti.

### **III) Relation médecin / malade**

#### **A) La fonction du médecin :**

##### **1. Statut et rôle du médecin : (11), (12), (13), (15)**

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, la notion de rôle désigne ce que la société attend d'un individu.

Il est important de définir le rôle du médecin dans la société car « le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine générale est le médecin lui-même ».

Avant la deuxième moitié du 20<sup>ème</sup> siècle, le médecin était considéré comme un notable dans la société ; actuellement, le médecin n'a plus dans l'esprit du public cet image de marque, il est devenu un technicien parmi tant d'autres, responsable de ses actes. Pour le malade, le statut du médecin revêt différents aspects :

- Instruction et compétence

Le savoir acquis au sein de la faculté de médecine est le fondement de la légitimité du pouvoir du médecin. Le médecin est la personne titulaire du diplôme de docteur en médecine qui lui est délivré par ladite faculté après des études et des examens ; c'est vers lui qu'on se tourne quand on a des problèmes de santé, la médecine étant la science qui a pour objet la conservation ou le rétablissement de la santé.

- Spécificité de la fonction médicale

L'exercice de la médecine donne au médecin le privilège d'accéder à ce que le sujet a de plus intime : son corps, ses secrets... Le médecin jouit en effet du droit au libre accès à la personne physique et morale du malade. Mais ses compétences, obligations et privilèges ne sont valables que dans le cadre de la maladie. De même, il est tenu par le secret médical ; il a l'obligation de silence envers les tiers.

- Universalité de la conduite

Le médecin doit traiter tous ses patients avec le même respect et les mêmes soins. Il doit traiter sans aucune distinction les personnes, si ce n'est d'après la gravité et la nature de la maladie, dans les soins qu'il donne, ceci est la contrepartie du droit à l'aide de tout malade.

- Dévouement et conscience professionnelle

- Obligations

Le médecin n'a pas l'obligation de guérir le malade mais celle de s'y employer par tous les moyens que sa conscience et son savoir lui permettent. Il a donc l'obligation de se mettre à jour des nouveautés médicales, de se former par rapport au progrès médical actuel.

## 2. La « fonction apostolique » du médecin

Les phénomènes qui constituent la « fonction apostolique » sont essentiellement les expressions de la conduite personnelle du médecin avec ses patients, autrement dit des expressions de sa personnalité. La mission ou fonction apostolique signifie d'abord que chaque médecin a une idée vague mais presque inébranlable du comportement que doit adopter un patient lorsqu'il est malade. Donc le médecin pousse à convertir ses

patients à adopter ses valeurs et croyances personnelles par un procédé d'éducation ou de formation.

En effet, à en croire le langage, la fonction la plus importante de l'activité professionnelle du médecin est celle d'enseigner. « Docteur » vient du latin *docere* qui signifie enseigner .

Selon Balint toujours, les médecins sont appelés « docteurs » pour une excellente raison, celle qu'ils enseignent effectivement quelque chose de très important aux patients lorsqu'ils les traitent. Certains malades peuvent guérir au cours de cet enseignement, sinon, le patient est obligé d'apprendre comment être malade, comment vivre avec sa maladie, comment y adapter sa vie, et comment supporter toute l'inquiétude, la peur et l'appréhension, la gêne, la souffrance et même l'incapacité qui peuvent être les corollaires ou les conséquences de bon nombre d'états pathologiques.

Le patient doit apprendre quelle sorte et quelle quantité d'aide il peut attendre de son médecin et, d'autre part, quelle quantité d'anxiété, de gêne et de souffrance il doit supporter tout seul ; il devrait être éduqué à acquérir le sens de sa responsabilité envers sa maladie mais avec cependant une certaine marge de dépendance infantile. Dès le début, on doit essayer d'établir la responsabilité de la guérison comme étant l'affaire du consultant car comme le dit justement un proverbe anglais : « tu peux amener un cheval à l'eau, mais tu ne peux l'obliger à boire ».

C'est la somme totale de ces leçons qui constitue une contribution essentielle au développement de la relation médecin/ malade.

Cet aspect d'enseignement que prend l'activité du médecin en rapport avec son patient est surtout influencé par l'idée que tout médecin possède la connaissance révélée de ce qui est bon ou mauvais que le patient espère ou endure, puis comme s'il est de son devoir sacré de convertir à sa propre foi tous les ignorants et les incroyants parmi ses patients. C'est ce qui définit la fonction apostolique du médecin.

### 3. Le médecin et son patient (13), (16), (17)

La relation médecin/ patient est, toujours le résultat d'un compromis entre les « offres » et exigences du patient et les « réponses » que lui apporte le médecin.



Au stade initial d'une maladie aiguë, lorsque le patient se trouve encore sous l'effet du premier choc, le médecin est habituellement un support qui permet au patient d'établir avec lui des relations de dépendance.

Lorsque le premier choc est passé et que la maladie au lieu de disparaître « s'organise », prend une forme chronique, l'omnipraticien essaie dans toute la mesure du possible d'amener le patient à collaborer à l'élaboration d'un compromis entre ses modes de vie habituels et les exigences de la maladie. Le but serait de donner au patient le rôle d'arbitre dans ce compromis. Mais comme toute maladie, si légère soit-elle, signifie toujours l'acceptation d'un renoncement partiel à la liberté et aux plaisirs habituels, cet objectif est rarement réalisé.

La relation médecin/ malade est fondamentalement une relation d'inégalité: le malade est en «état de demande », et en « position d'infériorité » à cause de sa faiblesse physique et de sa souffrance. Le malade attend beaucoup plus que la compétence médicale; une espèce particulière de relation s'instaure entre eux : le malade devient soumis et dépendant, le médecin règne « tout- puissant ». Le médecin a besoin de la soumission du patient, et le patient a besoin que le médecin soit puissant, doué de toutes les compétences.

La relation est alors une relation d'attente et d'espérance mutuelle, l'un attend toujours quelque chose de l'autre.

Cette relation se déroule dans un cadre institutionnel défini par les statuts et les rôles respectifs. La similitude de conceptions que le médecin et le malade font de la nature de la maladie et du déroulement normal de leurs relations, entre aussi en jeu ; il faut que tous deux « parlent » et « comprennent » le même langage. De même, d'autres composantes tout aussi importantes jouent un rôle considérable : ***la fonction apostolique du médecin***, qui fait naître une certaine affectivité chez le malade envers le médecin, constituant le problème du ***transfert*** et du ***contre- transfert***.

## B) Le fondement psycho- affectif de la relation

### 1. Le transfert : (5), (16), (17)

On « appelle « transfert » tout processus psychologique, lié aux automatismes de répétition, qui tend à reporter sur des personnes ou des objets apparemment neutres des émotions et des attitudes qui existaient dans l'enfance.

D'origine psychanalytique, le concept de transfert,- élément dramatique de la cure fondé sur le fait que tout comportement est en accord avec les expériences passées- est une relation affective particulière, que le patient établit avec l'analyste, inadaptée à la situation thérapeutique réelle. Chaque sujet va projeter chez son interlocuteur une série d'images préétablies et attendre d'eux la réponse qu'il attendait de ces images.

En pratique médicale, ce sera fréquemment une « image idéale de lui-même » que recherche le malade. En venant consulter, le malade a déjà une série d'images préétablies, il tend alors à transposer ses habitudes affectives dans ses relations avec son thérapeute. Dès qu'il retrouve dans le médecin quelques points communs avec ces images idéales, celui-ci sera aussitôt investi sur un mode transférentiel.

Le report sur le médecin de sentiments favorables constitue le *transfert positif*. Le médecin devient alors celui que le malade portait dans son imagination, ce qui explique le sentiment de sympathie, de confiance, bon moteur thérapeutique.

Le transfert constitue le moteur de la relation médecin / malade et assure une grande partie de la bonne marche de la thérapie.

L'ensemble des sentiments hostiles est appelé *transfert négatif* (28). Le malade retrouve chez son médecin des « mauvaises images » ou des images investies comme non thérapeutiques. Ceci provoque des attitudes de méfiance ou d'antipathie et la relation devient impossible.

Le transfert négatif crée une opposition dans la relation médecin/ malade.

Tous ces mouvements transférentiels se passent de façon inconsciente.

## 2. Le contre- transfert : (18), (19), (20)

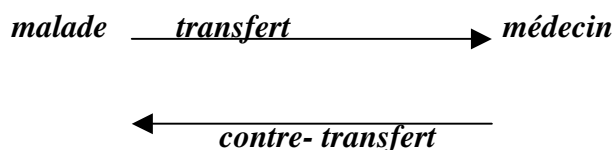
En psychanalyse, le contre- transfert désigne les sentiments et émotions affectueux ou hostiles de l'analyste à l'égard de son patient, en réponse au transfert.

Ces attitudes du médecin ont leur origine dans les projections et les identifications rationnelles du malade et sont le résultat du mouvement affectif et émotionnel des sentiments inconscients qu'il porte sur son malade. Le contre- transfert négatif signe l'échec du médecin par son attitude qui est fortement imprégnée de son sentiment personnel pour son malade.

Ainsi, un médecin nerveux et impatient fait un contre- transfert négatif. Suivant ce que le médecin attend du malade, selon ses motivations professionnelles et les satisfactions qu'il en espère, va s'organiser un type de relation de lui au patient qui est à l'origine de réactions d'irritations, d'agressivité, ou de rejet.

Un transfert négatif, suivi d'un contre- transfert du médecin crée automatiquement un conflit et rend la relation impossible, malgré l'efficacité technique du médecin.

En résumé, le transfert et le contre- transfert désignent donc l'ensemble des sentiments et émotions, conscients ou inconscients, qui sont mis en jeu et agissent dans les échanges entre le médecin et son patient. L'interaction transfert/ contre- transfert est un des éléments essentiels de la relation médecin/ malade. Le transfert provient du patient, et le contre- transfert, du médecin.



La relation de soins n'est pas commune avec les autres relations. Nous étudierons dans ce dernier paragraphe ses caractéristiques générales.

### **C) Caractéristiques générales de la relation de soins :**

#### **1. Modes de relation (2), (4), (8)**

Chez un même médecin, il y a trois types de relation qui dépendent de la situation envisagée :

- Activité du médecin/ passivité du malade

Cette situation se voit surtout lors des urgences médicales ou chirurgicales, quand le malade est dans un état comateux, ou dans les agitations des états psychotiques.

- Direction du médecin : coopération du malade

C'est la forme la plus fréquente de relation médecin/ malade rencontrée. Le médecin fait le diagnostic et prescrit le traitement, que le malade suit.

- Participation réciproque des deux

Le médecin aide le malade à se prendre en charge et à trouver des satisfactions ailleurs que dans la médecine. Il faut un certain degré de maturité satisfaisant chez le malade et le médecin.

#### **2. La rencontre (8), (13), (21), (22)**

Toute rencontre entre un patient et un médecin a pour but de répondre à une question, à une attente. Les étapes successives en sont l'interrogatoire, l'examen clinique, les examens para- cliniques et l'ordonnance qui en est la conclusion . Le malade se trouve au départ d'une situation de dépendance : il attend réconfort, soulagement et assurance.

L'interrogatoire est sans doute l'étape déterminante de la rencontre. Il a trois buts complémentaires, nécessitant tous trois un solide apprentissage, et un temps de réalisation suffisant.

- Le médecin va en premier lieu essayer de comprendre et d'étudier ce qui lui est présenté. Il y a deux situations : ou il y a une explication organique aux symptômes présentés par le malade, le médecin établit alors le diagnostic, le pronostic et institue le traitement ; ou c'est un trouble fonctionnel car il n'y a pas d'explication malgré les examens ; cette situation ne rassure ni le médecin ni le malade. La demande du malade est très variable et a souvent besoin d'être décodée. Un long entretien est en général nécessaire pour saisir la nature précise du trouble ressenti et l'attente exacte de la personne. Pour un même symptôme, la demande peut avoir trois significations différentes : être soulagé et soigné, être rassuré, ou plus simplement être écouté.
- Aboutir à un diagnostic et déterminer une attitude thérapeutique sont le deuxième but de l'interrogatoire ; il s'agit alors d'analyser les symptômes ressentis par le patient.
- Le troisième rejoint le premier : l'interrogatoire permet de faire connaissance avec le malade, comprendre sa personnalité, ses réactions devant la maladie, connaître son environnement, établir avec lui une relation de confiance, connaître aussi tous ses autres problèmes pathologiques présents ou passés...

L'interrogatoire doit permettre donc au malade de s'exprimer, de préciser ses troubles, mais aussi ses craintes, ses attentes et c'est pour cela qu'il faut raisonner en termes d'entretien, d'écoute. C'est cet aspect qu'il faut privilégier dans la formation et dans l'exercice. Car ce n'est pas dans le cadre d'un interrogatoire que le patient avance vers sa guérison, et il ne faut pas oublier, qu'il y a derrière le problème technique et l'organe soigné, un être humain avec sa personnalité somatique, psychique, et son environnement.

### 3. L'entretien (8), (11), (23), (24)

L'entretien est une conversation sérieuse, visant un but déterminé, autre que le simple plaisir de la conversation. L'entretien est aussi une interaction essentiellement verbale, entre deux personnes en contact direct, avec un objectif préalablement posé.

L'entretien médical est un échange verbal et non verbal entre le médecin et le malade, dans le but d'établir d'une manière aussi précise que possible la symptomatologie représentée par le malade, pour, une fois complété par l'examen somatique, établir un diagnostic puis un traitement.

Au début de l'entretien, les interlocuteurs ne se connaissent pas ; la communication se fait de *personnage* à *personnage*. Il s'établit un mouvement d'interaction entre le patient et le médecin. Ce que dit le premier influence le deuxième dont les réactions influencent à leur tour le patient. Ainsi se développent des mécanismes de rétroaction bien connus.

Puis le médecin décide si la communication va se faire de *personnage* à *personne*, et de *personne* à *personne*. Pour cela, le médecin doit avoir une disponibilité à l'égard des messages du patient, il doit « écouter », ; avant de pouvoir arriver au diagnostic, il doit apprendre à « écouter ».

La capacité d'écouter est une aptitude qui n'est pas prise en compte alors qu'elle exige un changement considérable dans la personnalité du médecin.

Une des fonctions premières de l'écoute n'est pas tant de recueillir des informations, mais surtout de permettre à celui qui s'exprime de s'entendre lui. Dans tout entretien, il existe un message apparent et un message latent. Si le médecin pose des questions selon la technique de la prise d'une anamnèse\*, il obtiendra toujours des réponses, mais presque rien d'autre. A mesure qu'il découvrira en lui la capacité d'écouter ce qui chez son patient est à peine formulé ( le message latent ), car le patient lui-même n'en est qu'obscurément conscient, le médecin commencera à écouter un même type de langage en lui-même ; il découvrira qu'il n'y a pas de questions nettes et directes qui puissent mettre à jour le type d'informations qu'il cherche.

La difficulté dans la consultation médicale, est que le patient ne vient pas a priori et consciemment pour être écouté ou pour un entretien... Le patient vient la plupart du temps avec une plainte corporelle, ou du moins, une demande au niveau de son corps.

La plupart des médecins ressentent l'attente de leurs patients comme une quasi-obligation de prescription.

---

\* anamnèse : ensemble des renseignements recueillis, auprès du malade lui-même ou d'autres personnes, sur ses antécédents, sur l'histoire et les détails d'une maladie.

## **NOTRE ETUDE**

## ***2<sup>ème</sup> partie : ENQUETE – RESULTATS – ESSAI D’INTERPRETATION***

### **Chapitre I : METHODOLOGIE**

#### **I) Objectifs de l’enquête et hypothèses générales**

##### **A) Objectifs**

Notre enquête a pour objectif principal d’étudier la relation médecin/ malade dans le milieu médical de la ville d’Antananarivo et ses environs.

Nous ne prétendons pas à une étude complète et représentative du problème, notre recherche se limitant à quelques centres de soins et cabinets médicaux de la capitale.

Nous nous sommes fixés comme but de connaître certains aspects de la relation médecin/ malade, d’évaluer les attentes respectives du médecin et du malade dans cette relation.

Au fond, notre travail est un travail d’évaluation de la relation de soins en milieu médical malgache : évaluation de la communication, évaluation de l’écoute et de la compréhension.

##### **B) Problématique générale et hypothèses**

Il est essentiel de bien poser le problème car c’est de là que part la recherche.

Notre objectif étant une évaluation, notre problème général est de savoir où est la place de la communication dans la relation de soins ? Quelle est la place des sciences humaines dans cette relation ?

Nous supposons que la communication est un important déterminant de la relation de soins, et par là même, l’écoute.

Une bonne écoute permet une meilleure compréhension pour l’effet thérapeutique et mieux comprendre les malades, leurs comportements, leur vécu et leurs réactions donne une appréciation objective des malades.



L'usage courant de la psychologie adaptée au travail quotidien auprès des malades, c'est-à-dire la psychologie appliquée en clinique, pourrait aider à la compréhension d'autrui, et de soi-même, et à un comportement inspiré de cette compréhension. Notons que la psychologie se définit aujourd'hui comme « la science de la conduite ».

## **II) Cadre de l'étude**

Nous avons réalisé notre étude pendant une période de un mois (octobre 2002) dans différents centres de soin de la capitale, que nous avons choisis en raison de leur proximité.

### **1. Milieu hospitalier :**

- Public : Centre hospitalo- universitaire de Befelatanana,  
Centre hospitalo- universitaire HJRA
- Privé : OSTIE Anosibe

### **2. Milieu non hospitalier :**

- Public : Centre de Santé de base II Mahamasina
- Privé : ESPACE MEDICAL Antsahabe,  
Tobim-pitsaboana Loterana 67ha,  
Dispensaire SISAL 67ha,  
HOMEOPHARMA Antsakaviro,  
différents cabinets de la ville et en périphérie ( Mahamasina, Ampefiloha, Ambohipo, Mandroseza, Itaosy )

## **III) Techniques utilisées**

Après avoir vu les données de la littérature sur la communication et les sciences humaines dans la relation médecin/ malade, nous avons abordé une étude en effectuant des enquêtes par le biais de questionnaires distribués à une cinquantaine de médecins exerçant à Antananarivo ville et en zone suburbaine, et par le biais d'entretiens semi-directifs auprès d'une cinquantaine de malades.

Nous avons rédigé une première forme de questionnaires que nous avons mis à l'épreuve sur un échantillon réduit : 10 médecins et 10 malades. Ce pré- test

nous a permis de rendre nos hypothèses acceptables, de bien structurer notre questionnaire ainsi que la forme des questions afin d'obtenir un questionnaire accessible à tous les individus susceptibles de faire partie de l'échantillon. Le pré- test nous a également permis de déterminer définitivement la catégorisation des questions et leur agencement.

On a donc utilisé trois (3) catégories de questions :

- Les questions fermées où le sujet répond par oui ou par non
- Les questions ouvertes où le sujet apporte une réponse personnelle
- Les questions à éventail de réponses ou questions cafétéria ; on donne au sujet la possibilité d'exprimer son opinion en lui proposant un choix de réponses possibles.

Nous avons invité les médecins à répondre directement au questionnaire, tandis qu'avec les malades, nous avons eu des entretiens semi- dirigés en posant les questions et en notant les réponses après.

Nos critères d'inclusion étaient, pour les malades, ceux qui ont bien voulu avoir un entretien avec nous pour répondre au questionnaire; pour les médecins, ceux qui ont bien voulu remplir le questionnaire et le remettre à la date convenue. Les critères d'exclusion, pour les malades, étaient ceux qui ne pouvaient pas répondre jusqu'à la fin du questionnaire à cause de leur état de santé ou faute de temps et pour les médecins, ceux qui ont égaré le questionnaire ou ne l'ont pas remis à la date convenue.

Ainsi, nous avons retenu pour notre étude, quarante- trois malades et cinquante médecins.

Nous avons utilisé le logiciel informatique SPSS 9.0 (Statistical Package for the Social Sciences) pour traiter nos résultats. Une première étude quantitative a été effectuée en utilisant la méthode de tri à plat pour décrire la population à étudier. La deuxième étude est une étude qualitative en croisant deux variables par le calcul du «  $\chi^2$  ».

#### **IV) Observations sur le déroulement de l'enquête**

Nous avons été bien reçus par la population à enquêter, néanmoins nous avons rencontré quelques difficultés. Nous réitérons ici que notre travail ne prétend pas à juger ou à incriminer telle ou telle entité, mais c'est un travail d'évaluation et de recherche.

Au niveau des médecins nous avons été très bien accueillis, seulement, par manque de temps à cause de leurs obligations respectives, certains médecins ont égaré le questionnaire. Mais il est certain que le thème ne leur était pas indifférent.

Au niveau des malades, les obstacles étaient surtout d'ordre intellectuel. Bien que nous nous sommes efforcés de présenter clairement le thème, d'énoncer les questions aussi simplement que possible, nous avons eu du mal à nous faire comprendre par certains malades. Notons que la population de malades était une population hétérogène ; nous les avons catégoriser selon leurs secteurs d'activités :

- Ceux du primaire ou secteur I: les agriculteurs, les cultivateurs, les éleveurs...
- Ceux du secondaire ou secteur II : les industriels, les ingénieurs,...
- Ceux du tertiaire ou secteur III : les enseignants, les fonctionnaires de bureau, les avocats, les cadres de société, les commerçants...
- Ceux sans profession : les femmes au foyer, les retraités, les sans-emploi...

### **Chapitre II : ANALYSE DES RESULTATS**

#### **A) Enquête auprès des malades**

##### **1- Etude quantitative**

## a) Répartition selon l'âge et le sexe

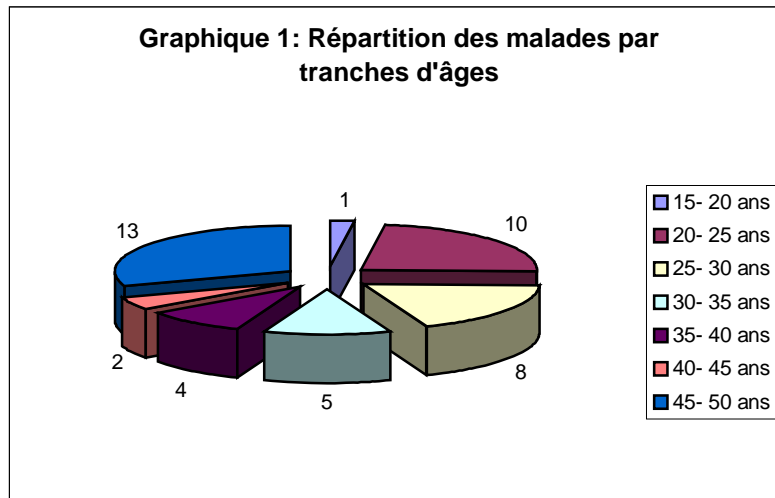
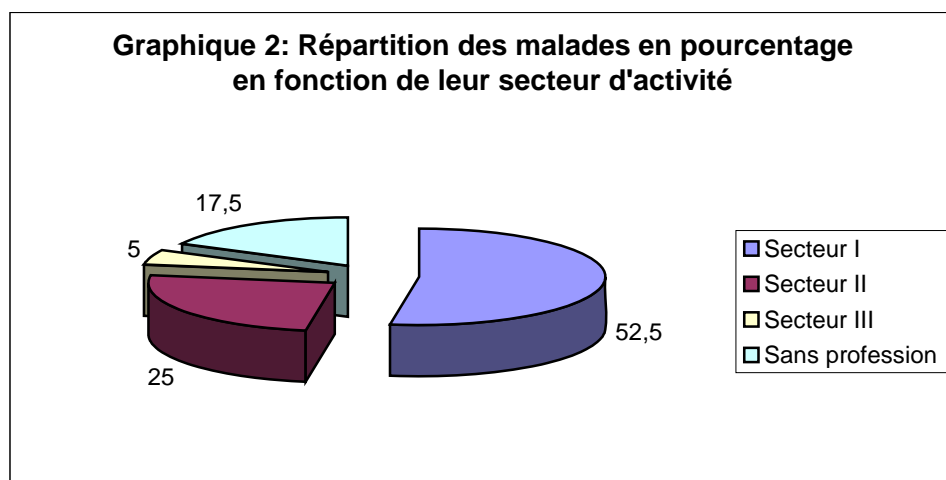


Tableau 1 : Répartition des malades selon le sexe

Sexe	Fréquence	Pourcentage validé
Masculin	23	53,5
Féminin	20	46,5
Total	43	100

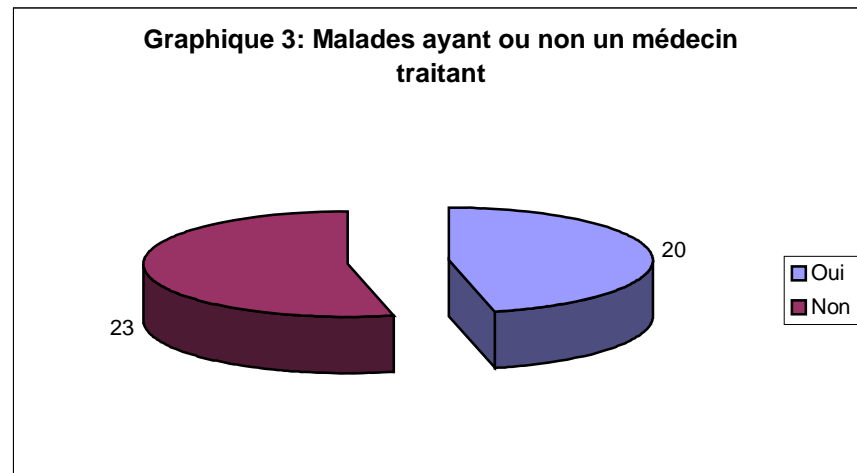
La majorité des malades enquêtés ont entre 45- 50 ans et sont de sexe masculin.

## b) Répartition en fonction des secteurs d'activités



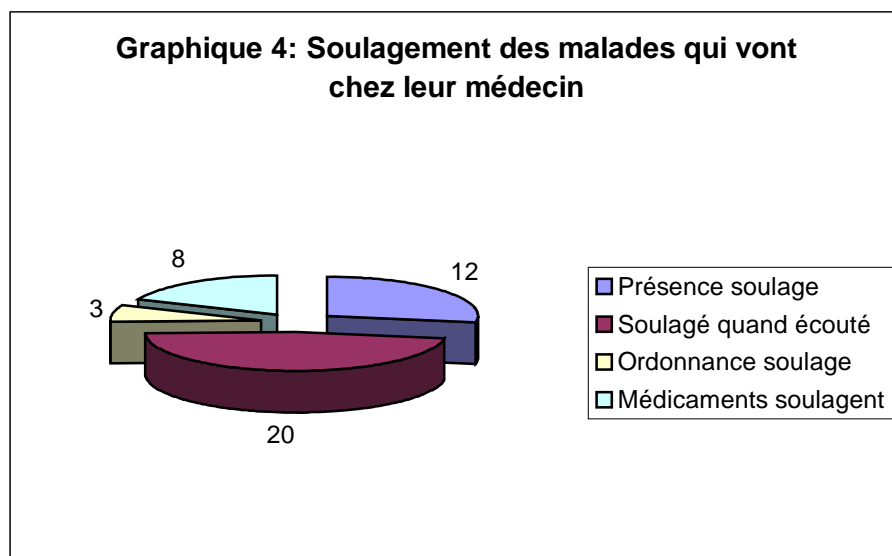
La majorité des malades travaillent dans le secteur primaire.

## c) Malades ayant ou non un médecin traitant



La majorité des malades n'ont pas de médecins traitants, c'est-à-dire de médecins qui les suivent régulièrement ou ayant leur dossier médical.

## d) Attitudes des malades qui vont chez leur médecin habituel

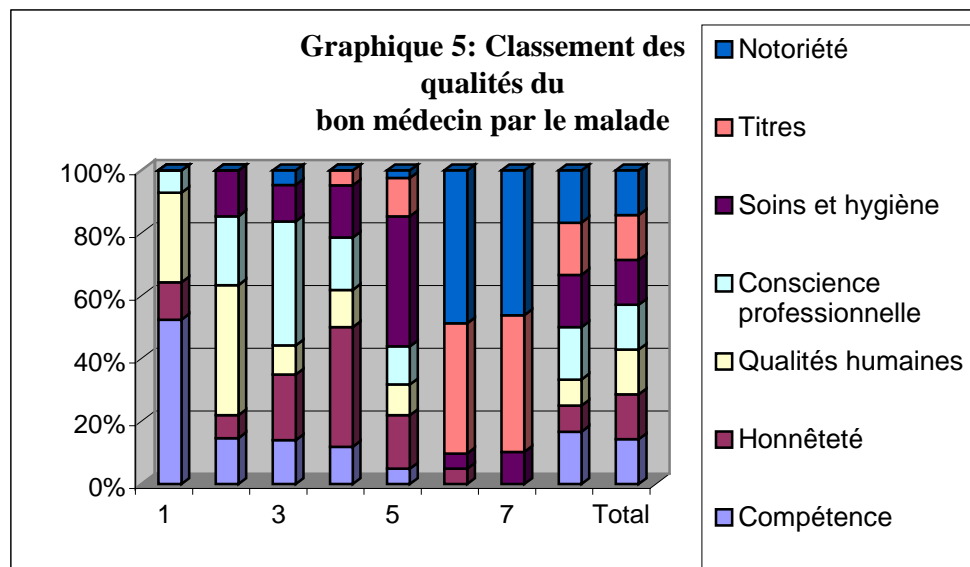


Les malades se sentent soulagés surtout quand les médecins les écoutent.

e) Qualités primordiales d'un bon médecin selon les malades

**Tableau 2 : Classement des qualités du bon médecin par les malades**

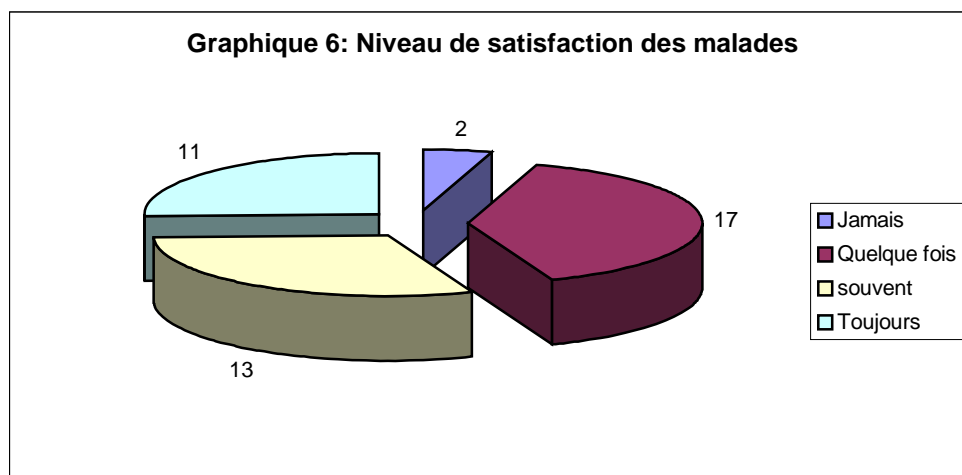
Rang \ Qualité	1	2	3	4	5	6	7	Non classé	Total
Compétence	22	6	6	5	2	0	0	2	43
Honnêteté	5	3	9	16	7	2	0	1	43
Qualités Humaines	12	17	4	5	4	0	0	1	43
Conscience Professionnelle	3	9	17	7	5	0	0	2	43
Hygiène	0	6	5	7	17	2	4	2	43
Titres	0	0	0	2	5	17	17	2	43
Notoriété	0	0	2	0	1	20	18	2	43



Selon les malades, un bon médecin doit être :

- En premier lieu, compétent
- Avoir des qualités humaines ensuite
- Puis la conscience professionnelle
- Etre honnête après
- Avoir une bonne qualité de soins et d'hygiène
- Avoir une bonne notoriété et enfin des titres.

f) Niveau de satisfaction des malades vis- à vis de leurs médecins



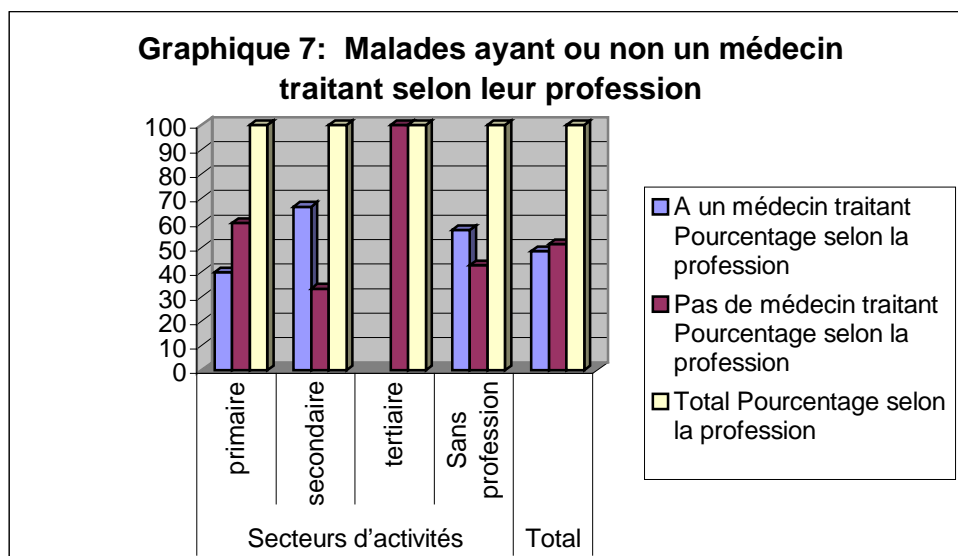
Les malades se sentent quelque fois compris par leur médecin mais pas toujours ni jamais.

2- Etude qualitative

a) Répartition des malades ayant ou non un médecin traitant, selon leur profession

**Tableau 3: Malades ayant ou non un médecin traitant selon leur profession**

		Secteurs d'activités				Total
		primaire	secondaire	tertiaire	Sans profession	
<b>A un médecin traitant</b>	Pourcentage selon la profession	40	66,7		57,1	48,6
<b>Pas de médecin traitant</b>	Pourcentage selon la profession	60	33,3	100	42,9	51,4
Total	Pourcentage selon la profession	100	100	100	100	100



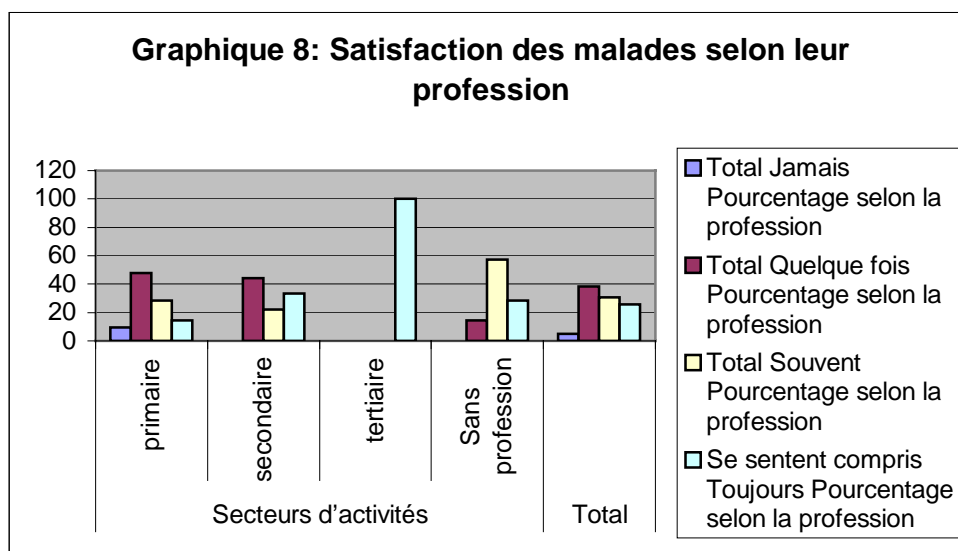
La majorité des malades interrogés n'ont pas de médecin traitant, tous les malades travaillant dans le secteur tertiaire n'ont pas de médecin traitant.

b) Répartition du niveau de satisfaction des malades selon leur profession

**Tableau 4 : Répartition du niveau de satisfaction des malades selon leur profession**

			Secteurs d'activités				Total
			I	II	III	Sans profession	
Se sentent compris	Jamais	Pourcentage selon la profession	9,5				5,1
	Quelque fois	Pourcentage selon la profession	47,6	44,4		14,3	38,5
	Souvent	Pourcentage selon la profession	28,6	22,2		57,1	30,8
	Toujours	Pourcentage selon la profession	14,3	33,3	100	28,6	25,6
Total		Pourcentage selon la profession	100	100	100	100	100



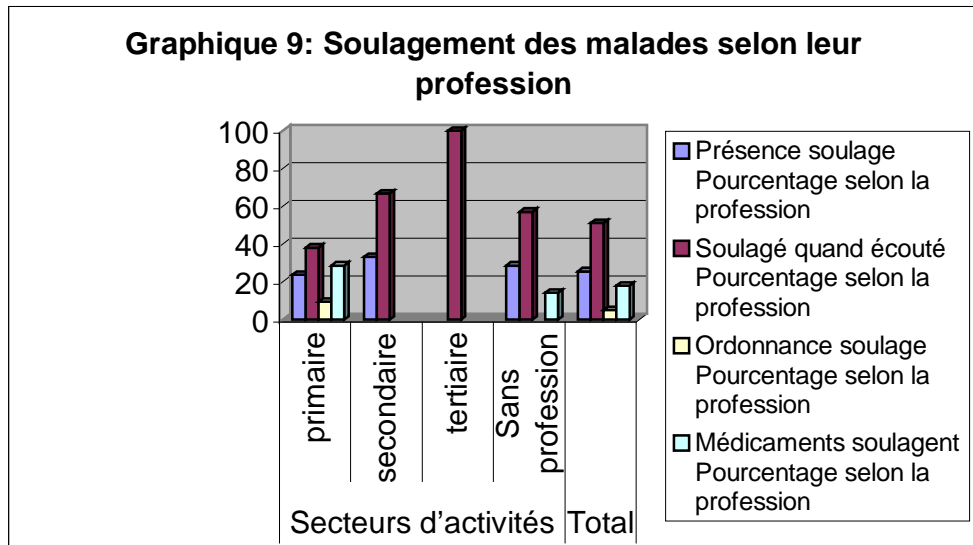


Les malades travaillant dans le secteur primaire se sentent quelque fois compris par leur médecin, tous les malades du secteur tertiaire se sentent toujours compris par leur médecin.

- c) Répartition des attitudes des malades selon leur profession en présence de leur médecin habituel.

**Tableau 5: Attitudes des malades qui vont chez leur médecin selon leur profession**

			Secteurs d'activités				Total
			I	II	III	Sans profession	
Aller chez le médecin habituel	Présence médicale soulage	Pourcentage selon la profession	23,8	33,3		28,6	25,6
	Soulagé quand écouté	Pourcentage selon la profession	38,1	66,7	100	57,1	51,3
	Ordonnance soulage	Pourcentage selon la profession	9,5				5,1
	Médicaments soulagent	Pourcentage selon la profession	28,6			14,3	17,9
Total		Pourcentage selon la profession	100	100	100	100	100

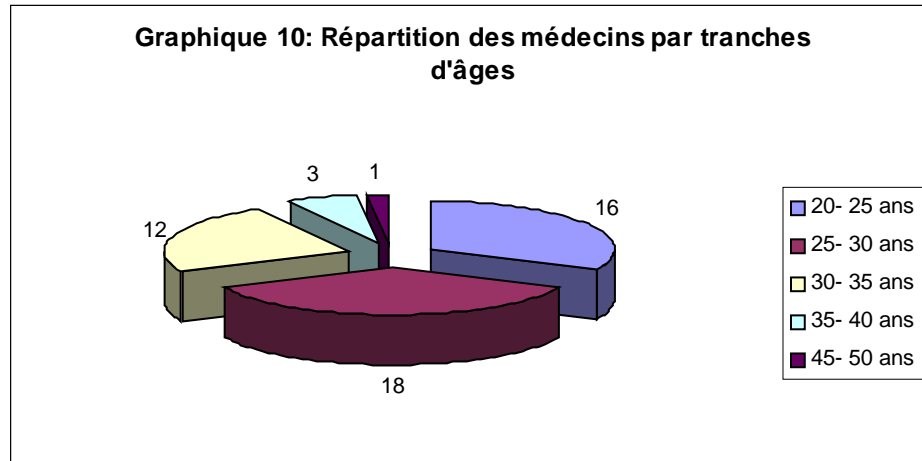


La majorité des malades sont soulagés quand les médecins les écoutent, surtout les malades du secteur tertiaire.

## B) Enquête auprès des médecins

### 1- Etude quantitative

#### a) Répartition des médecins selon l'âge et le sexe

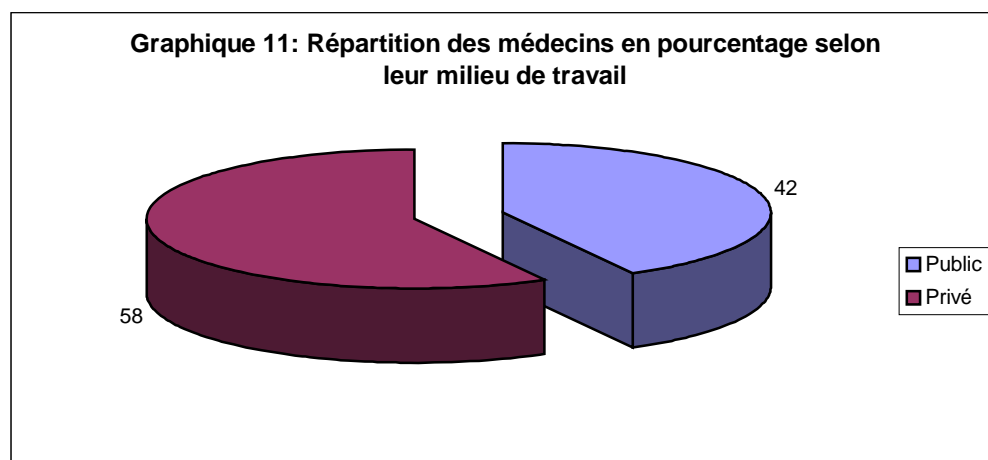


**Tableau 6: Répartition des médecins selon le sexe**

Sexe	Fréquence	Pourcentage validé
Masculin	20	40
Féminin	30	60
Total	50	100

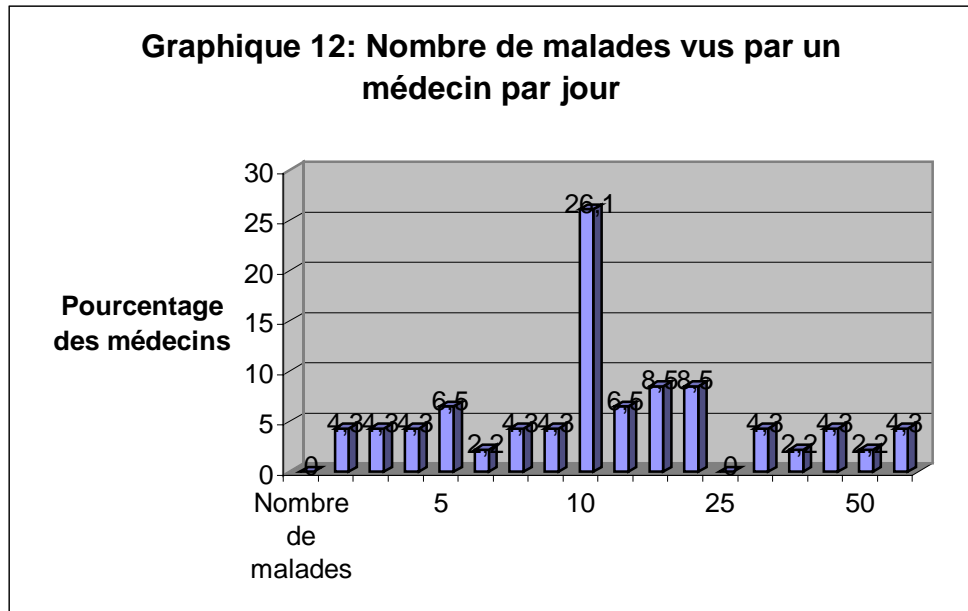
La population de médecins étudiée était majoritairement féminine et avait entre 25 et 30 ans.

#### b) Répartition selon l'environnement de travail



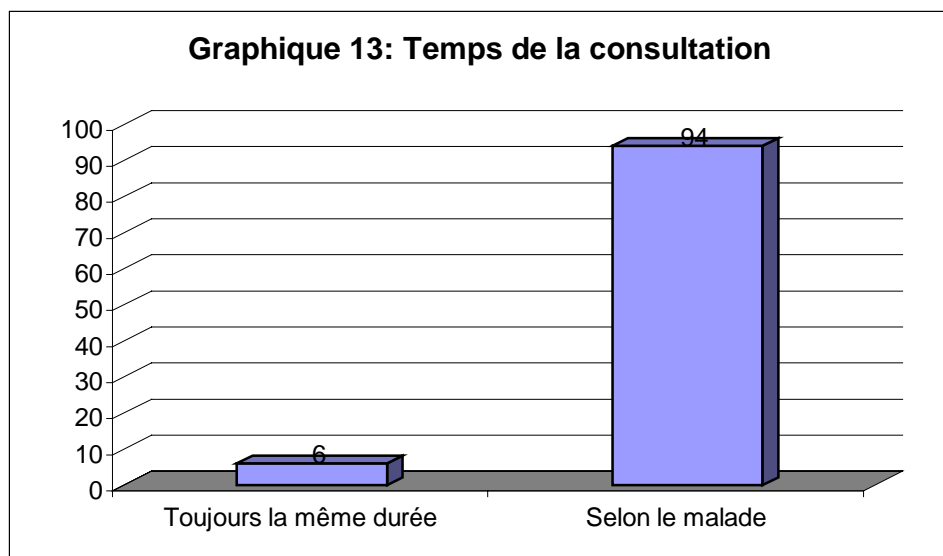
Les médecins du milieu médical privé étaient en majorité dans l'étude.

c) Nombre de malades vus par un médecin quotidiennement



La majorité des médecins voient 10 malades par jour.

d) Analyse du temps de consultation

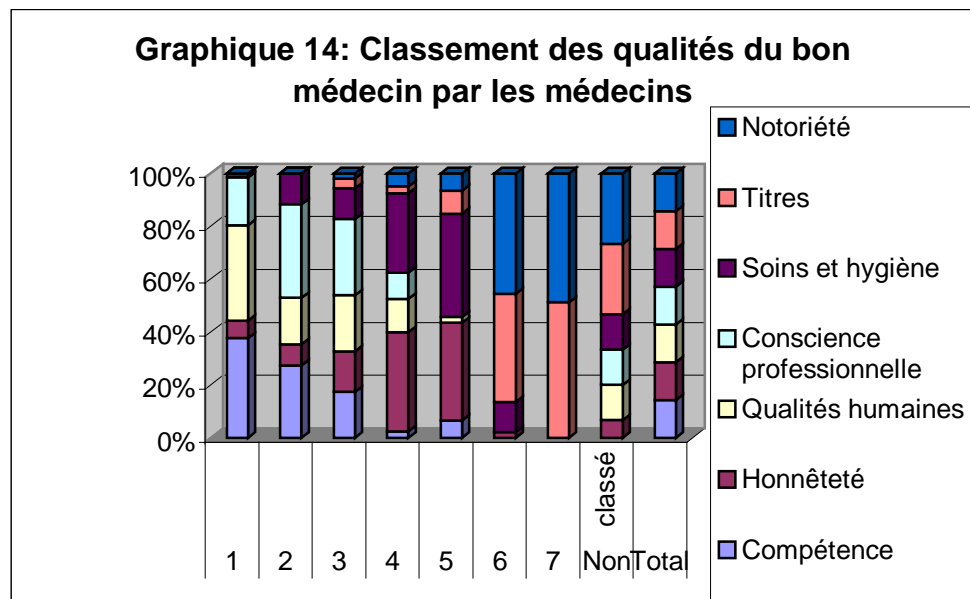


La durée de la consultation chez 94 % des médecins varie selon le malade et son problème.

## e) Qualités d'un bon médecin selon le médecin

Tableau 7: Qualités du bon médecin selon les médecins

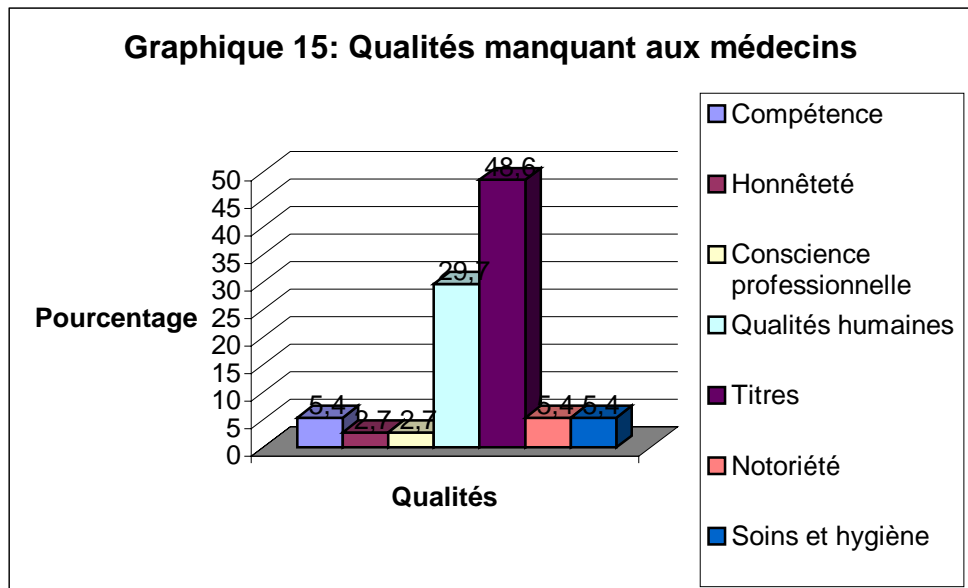
Rang \ Qualité	1	2	3	4	5	6	7	Non classé	Total
<b>Compétence</b>	23	14	9	1	3	0	0	0	50
<b>Honnêteté</b>	4	4	8	15	17	1	0	1	50
<b>Qualités Humaines</b>	22	9	11	5	1	0	0	2	50
<b>Conscience Professionnelle</b>	11	18	15	4	0	0	0	2	50
<b>Hygiène</b>	1	6	6	12	18	5	0	2	50
<b>Titres</b>	0	0	2	1	4	18	21	4	50
<b>Notoriété</b>	0	0	1	2	3	20	20	4	50



Selon les médecins, un bon médecin se juge :

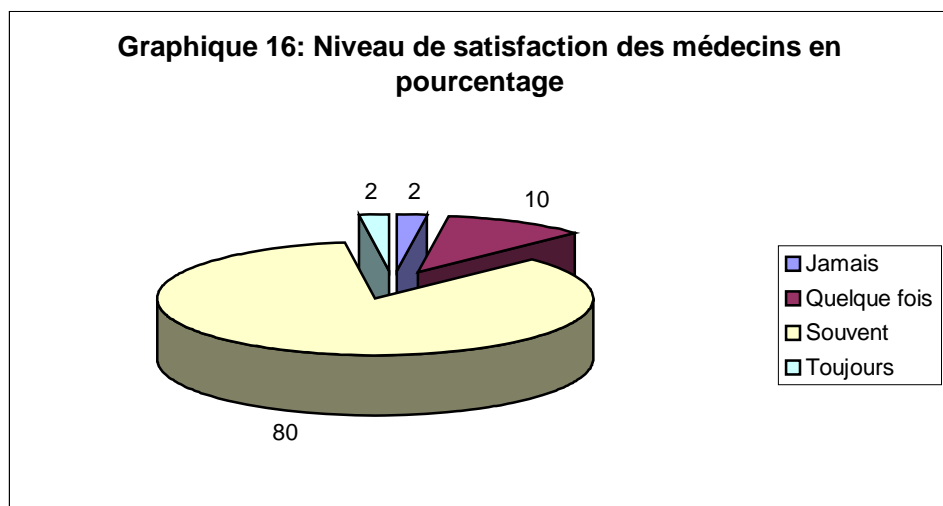
- En premier lieu par sa compétence et ses qualités humaines
- En second lieu par sa conscience professionnelle
- Puis par ses qualités de soins et d'hygiène
- Ensuite par son honnêteté
- Par sa notoriété après, et enfin par ses titres.

## f) Qualités que les médecins jugent ne pas avoir



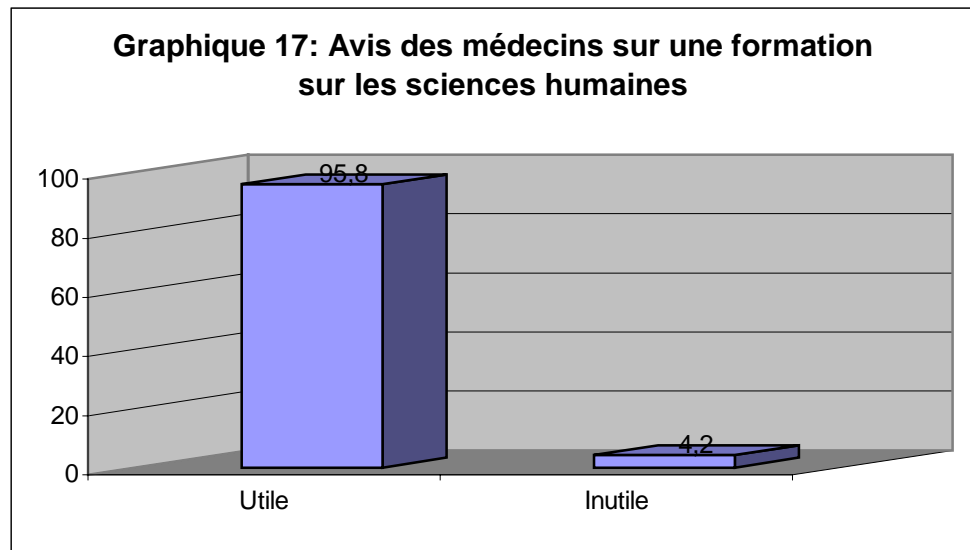
Les médecins trouvent que ce sont les titres qui leur manquent le plus, et les qualités humaines ensuite.

## g) Niveau de satisfaction des médecins dans leurs prestations vis-à-vis des malades



Les médecins se sentent souvent compris par leurs malades.

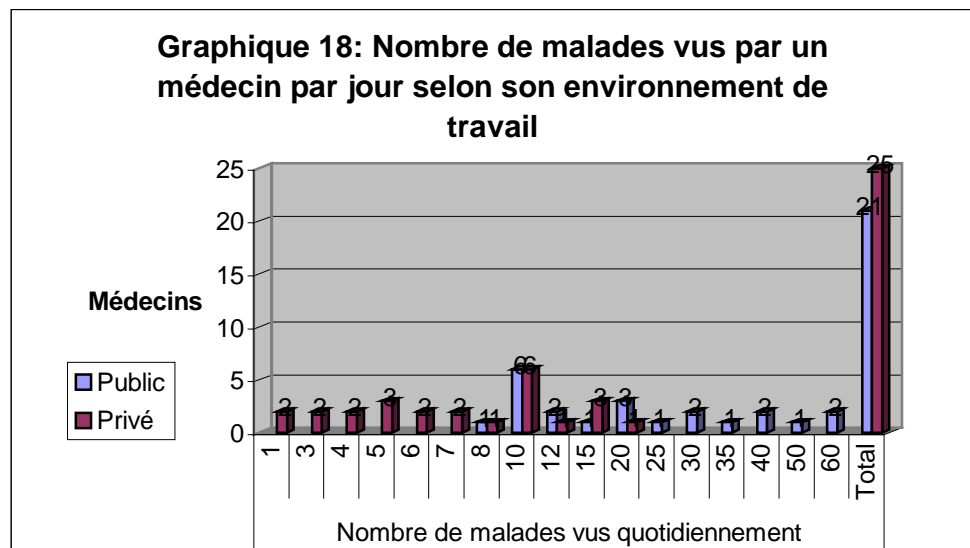
h) Avis des médecins à propos d'une formation sur les sciences humaines



La majorité des médecins jugent utile une formation sur les sciences humaines.

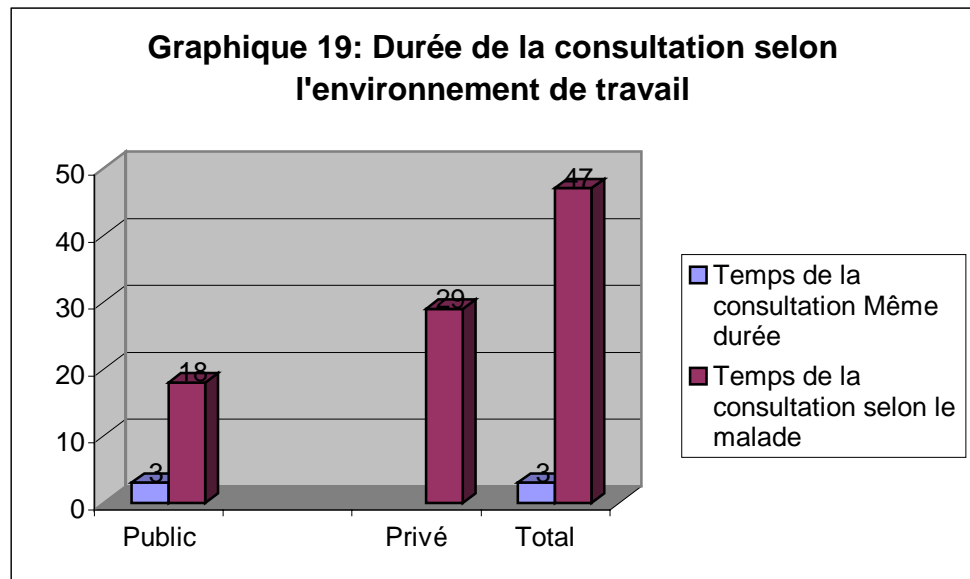
2- Etude qualitative

a) Répartition des médecins selon leur environnement de travail et le nombre de malades vus quotidiennement



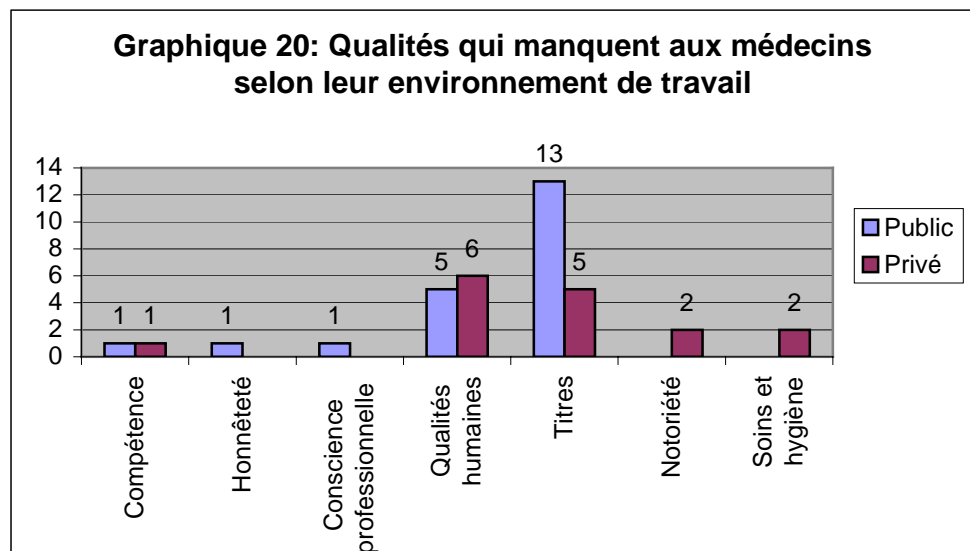
Les médecins du secteur public et privé voient le même nombre de malades par jour en général, mais ce sont les médecins du service public qui voient le plus grand nombre de malades : ils voient jusqu'à soixante malades tandis que le privé n'en voit que vingt au maximum.

b) Répartition des médecins selon leur environnement de travail et le temps consacré pour une consultation



C'est en milieu médical privé surtout que le temps de consultation varie selon le malade et son problème.

c) Qualités que les médecins jugent ne pas avoir selon leur environnement de travail



En milieu médical public, les titres sont ce qui manque le plus aux médecins, puis les qualités humaines après ; tandis qu'en milieu médical privé, les qualités humaines d'abord avant les titres.



**COMMENTAIRES , DISCUSSIONS  
ET SUGGESTIONS**

### ***3<sup>ème</sup> partie : COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS***

#### **I) Commentaires et discussions**

##### **A) Considération du médecin par le malade**

##### **1. Les qualités que devraient avoir un bon médecin : (25), (26), (27)**

La compétence a été classée numéro un, tandis que les qualités humaines, numéro deux.

Le malade définit alors le bon médecin comme celui qui a la compétence de l'être, celui qui « sait » d'abord, et avec ce savoir, celui qui est « humain », qui prend le temps de l'écouter, de le comprendre, qui le respecte et veille sur lui.

Est compétent celui qui a beaucoup de connaissances, qui a les capacités d'analyses et de compréhension, celui qui a le talent de concilier et d'appliquer ses connaissances théoriques et pratiques, bref celui qui a le talent pour exercer la médecine.

Pour le malade, avoir les qualités humaines signifie être attentif, compréhensif, dévoué, disponible, sociable...c'est considérer le malade en tant que personne qui souffre.

« Le bon médecin tient ses deux têtes pleines et bien faites » d'après le philosophe scientifique Michel SERRES. La tête médicale est bicéphale : une scientifique et une pour l'attention à autrui. La première prend en charge les maladies, l'autre s'occupe du malade.

Le bon médecin est d'après toujours Michel SERRES, quelqu'un qui écoute, qui est attentif aux autres ; quelqu'un dont la curiosité et les capacités d'étonnement, tout autant que la richesse naturelle restent vivaces.

La conscience professionnelle (sérieux avec lequel le médecin fait son métier), l'honnêteté (respect rigoureux de la loyauté, la probité, la justice ou l'honneur), les qualités de soins et d'hygiène, la notoriété (la réputation, la renommée), ainsi que les titres (diplômes, grades universitaires) sont aussi respectivement les vertus que doit avoir le médecin.

D'après cette analyse, nous pouvons dire que la médecine n'est pas qu'une science ; c'est une profession qui prend l'acquisition d'un savoir médical, mais aussi la prise en compte d'aspects sociaux, culturels et humanitaires d'une pathologie.

Le savoir médical est fondamental pour comprendre la maladie, établir le diagnostic, appliquer les nouvelles thérapeutiques, apprécier la complexité et les indications des nouvelles technologies. Ce savoir médical, le malade a besoin de le sentir, il caractérise la « puissance » de son médecin. On peut mesurer la compétence du médecin par son savoir et par la richesse de ses connaissances.

Ce que les malades attendent des médecins alors : compétence, disponibilité, et compréhension.

## 2. Attitudes des malades qui vont chez leur médecin habituel : (28), (29), (30), (31)

Le résultat de l'étude démontre que les malades se sentent soulagés, rassurés quand les médecins les écoutent.

Les patients veulent être écoutés et compris. Ils veulent que leurs médecins s'intéressent à eux en tant qu'individus cherchant le soulagement de la douleur et de l'anxiété surtout. Ils veulent sentir qu'ils peuvent partager en toute sécurité avec leur médecin leurs pensées les plus profondes et leur confiance la plus sincère.

C'est dire que quand les patients demandent un avis médical, ils confient leur vie à leur médecin et ce médecin doit mériter cette confiance totale.

Si nous considérons la profession des malades interrogés, nous constatons aussi que pour la majorité qui travaille dans le secteur primaire, l'écoute est d'une importance capitale. De même, tous les malades issus du secteur tertiaire partagent le même avis. L'écoute en relation ouvre à une compréhension à la fois intellectuelle et affective qui conditionne l'efficacité thérapeutique.

Nous considérons que la profession des malades reflètent d'une manière générale leur niveau de vie, leur style de vie, leur culture et leurs exigences en matière de soins médicaux.

Nous pouvons dire alors d'après cette analyse que dans une société donnée, malgré les conceptions de chacun sur la maladie, malgré les différences engendrées par les facteurs socio- économiques, l'attente est la même face à la maladie et à la souffrance : être écouté et compris.

Comme nous l'avons vu dans la première partie de notre travail, face à la maladie, une attitude d'écoute de la part du médecin permet au malade de passer le cap de la tristesse, des aspects émotifs de la maladie.

Ecouter, pour permettre au patient d'en dire un peu plus, pour lui permettre d'accéder au sens de sa maladie, d'entendre le langage de son corps et de retrouver les mots qui crieront sa blessure, premier temps sur le chemin de guérison.

Une écoute centrée sur la maladie est indispensable alors car c'est par elle que le médecin reconnaîtra les pathologies nécessitant des décisions précises et parfois vitales.

Certes, si 26,2 % de nos malades interrogés se sentent soulagés par la seule présence du médecin, l'écoute pour 47,5 % d'entre eux renforce et protège la confiance nécessaire à la démarche thérapeutique.

Inversement, une écoute maladroite, mal centrée, peut détruire une confiance pourtant bien établie, et rendre vaine toute tentative de soins.

C'est la raison pour laquelle l'écoute se travaille ; mener un entretien, assurer une relation d'aide, d'accompagnement dans la durée obéit à des règles.

Quand les malades trouvent un médecin prêt à les écouter, à échanger des informations et à les traiter en « hommes », leur soulagement est immense et leur gratitude presque excessive.

Le patient a besoin d'aide pour comprendre sa maladie, avec ses interactions familiales, et a besoin de trouver une oreille attentive quand il souffre.

Les malades peuvent avoir recours aux médecines douces et traditionnelles, car celles-ci comblent les faiblesses de la médecine classique : les médecins se concentrent à tel point qu'ils en oublient de traiter les douleurs et plus globalement d'écouter.

### 3. Niveau de satisfaction des malades selon leur profession : (13), (32)

Un premier constat est que la plupart des malades interrogés n'ont pas de médecin traitant, quel que soit leur profession. C'est-à-dire que les malades n'ont pas de médecin qui les suivent régulièrement, qui ont leur dossier médical ou qui connaissent l'histoire de leur maladie. Beaucoup de facteurs entrent en jeu comme les facteurs culturels, socio-économiques, démographiques, l'organisation même du système de santé, mais nous ne les étudierons pas ici.

Le deuxième constat est que les malades, majoritairement issus du secteur primaire se sentent quelque fois compris par leur médecin ; et ceux du secteur tertiaire le sont toujours. Les malades sont donc en général « satisfaits » de la prestation de leur médecin, bien que leur milieu de vie diffère.

En effet, les malades sont rassurés par le fait que les médecins sont à leur écoute et donc à même de les comprendre.

Le malade vient en consultation avec ses « offres » qui sont : plaintes, symptômes et souffrances ; le médecin a pour rôle de les définir, de les rapporter à une pathologie et ensuite d'adopter une conduite thérapeutique adéquate. La réponse du médecin aux « offres » du malade est un facteur d'une très grande importance dans l'évolution de la maladie. Si le médecin ne définit pas au malade ce qu'il a, ou qu'il lui déclare qu'il ne découvre les signes d'aucune affection, si le médecin ne l'écoute pas, le malade sera déçu et se sentira incompris. Il croira que le médecin n'a pas été capable de découvrir sa maladie, et les propos du médecin seront perçus comme une interdiction de continuer à se plaindre.

Inversement, le malade sera satisfait quand on lui aura bien défini sa maladie, quand on lui aura décrit son mal.

## B) Le médecin et sa considération du malade

### 1. Les qualités du bon médecin : (33), (34), (35), (36)

Est bon médecin celui qui est compétent et a les qualités humaines d'abord, et celui qui a la conscience professionnelle ensuite.

La médecine est donc une profession technique et humaine en même temps.

Etre médecin, c'est être engagé dans un apprentissage qui va se poursuivre toute la vie et requiert la maîtrise d'une base scientifique, non seulement pour une bonne pratique, pour acquérir et apprécier les connaissances nouvelles, mais aussi pour savoir comment les appliquer.

Le médecin malgache est conscient que la véritable compréhension d'un processus pathologique dépend du niveau de connaissances scientifiques.

Mais atteindre ce niveau de connaissances scientifiques commence avec le contact du malade. Les qualités humaines jouent alors un grand rôle; l'aptitude technique et l'habileté thérapeutique ne suffisent pas à elles seules.

Face au malade et à sa maladie, le véritable problème du médecin se pose sous forme de maladie de la personne entière ; le malade se présente avec ses plaintes et souffrances. Ceci signifie qu'il y a science médicale d'un côté et pratique générale d'un autre. Deux approches qu'il faut que le médecin concilie s'il veut être un « médecin complet ».

Les médecins doivent être scientifiques s'ils veulent exercer correctement la médecine. Cela signifie comprendre et appliquer les modes de pensée de la méthode scientifique, développer la curiosité, savoir comment concevoir les expériences et recueillir les données, apprendre comment les analyser ensuite avec exactitude et connaître leur spécificité. Car les rigueurs de la méthode scientifique fournissent au médecin la compétence et la capacité d'analyse, indispensables pour traiter les patients individuellement et contribuer au progrès médical et à l'amélioration des soins.

Un médecin peut faire un diagnostic et prescrire correctement d'un point de vue scientifique et technique mais sans sensibilité. Son patient peut aller mieux, voire guérir mais être insatisfait. Le patient veut que son médecin prenne soin de lui comme d'une personne et non pas comme d'un malade.

Le médecin doit être prêt à répondre au besoin du patient et s'engager pour longtemps vis-à-vis de lui. Cet engagement se poursuit au-delà du diagnostic et de l'achèvement de l'acte médical.

La conscience professionnelle, les soins et l'hygiène, l'honnêteté, la notoriété et les titres ne sont pas à négliger, mais les médecins seront plus professionnels s'ils prennent le chemin d'une approche humanitaire avec leurs patients.

## 2. Les éléments qui influencent le médecin dans son exercice : (37), (38), (39), (40)

Selon son environnement de travail, le médecin est influencé dans son exercice par certains éléments comme sa personnalité, les qualités qu'ils jugent avoir, le nombre de malades à voir par jour ou la durée de la consultation.

La personnalité du médecin détermine son style d'exercice, qui se manifestera non seulement dans les décisions thérapeutiques, mais dans tous les aspects de sa relation avec le malade. Le médecin adopte une attitude et cherche à la faire accepter par le malade. Il cherche donc à se faire comprendre. Quand c'est le cas, il est satisfait car il a bien accompli sa fonction et sa relation avec le malade est plus qu'enrichie.

Pour que s'établisse la relation entre le médecin et le malade, le médecin doit se sentir capable, confiant ; il doit se juger puissant dans son exercice, et doit avoir toutes les compétences nécessaires à l'accomplissement de son travail. De même, il doit sentir son patient confiant et soumis à sa « puissance ».

La majorité des médecins enquêtés se jugent quand même bon car 48,6 % d'entre eux jugent que seuls les titres leur manquent, qualités qu'ils ont classés derniers dans l'évaluation d'un bon médecin. Pourtant la majorité des médecins du service public pense que le fait de ne pas avoir de titres est un grand handicap pour eux. Ils ont justifié ce fait par la difficulté d'accessibilité aux formations de spécialités, aux formations complémentaires, l'absence de formation continue.

Certains médecins se jugent « incomplets » car ceux du secteur privé pensent que les qualités humaines leur manquent avant les titres. La raison qu'ils ont évoqué est le manque voire l'absence de formation dans ce sens. Effectivement, presque tous les médecins enquêtés ( 95,8 % ) trouvent qu'une formation sur les sciences humaines seraient utile et pertinente. Autant que les méthodes et techniques cliniques, para-cliniques, thérapeutiques s'apprennent, la compréhension, l'écoute, la communication sont des notions qui nécessitent aussi un apprentissage. La qualité de la relation médecin – malade s'en ressentira considérablement, ainsi que l'efficacité thérapeutique. D'autres ont incriminé leur environnement de travail et le temps insuffisant pour une bonne prise en charge des malades.

En effet, le graphique donnant la répartition des médecins selon leur environnement de travail et le temps qu'ils consacrent pour une consultation, montre que la consultation prend toujours la même durée quel que soit le malade pour la

majorité des médecins issus du secteur public. Ceci est imputable au nombre de malades vus quotidiennement. Car la répartition des médecins selon leur environnement de travail et le nombre de malades vus quotidiennement montre que les médecins issus du secteur public voient beaucoup plus de malades par jour que ceux du privé.

Nous avons pu relever dans nos questionnaires que la durée d'une consultation varie entre trois à vingt minutes, et que le nombre de malades vus par un médecin par jour quel que soit l'environnement de travail, est de un à soixante malades.

L'analyse du temps de la consultation constitue un indicateur intéressant de la nature des échanges qu'il autorise entre le médecin et le malade. En effet, plus le temps de consultation est court, moins d'échanges il y a, et plus il est long, riches seront les échanges. La durée de la consultation figure parmi la toile de fond de la rencontre.

Le médecin qui voit peu de malades dans la journée peut étendre sa rencontre avec le malade et de ce fait, les échanges qu'ils se font s'enrichissent. Ce qui logiquement n'existe pas chez le médecin qui voit beaucoup plus de malades par jour.

Donc, selon leur environnement de travail, les médecins sont influencés par les qualités qu'ils jugent avoir, le facteur temps et le nombre de malades vus tous les jours.

C) La communication dans la relation médecin- malade : élément qui favorise la relation : (41), (42), (43), (44)

Au vu des deux paragraphes précédents, des facteurs venant du malade et du médecin influent sur leur relation.

Leurs façons d'être, leurs attitudes, et leurs attentes respectives sont en jeu dans cette interaction.

Le médecin et le malade sont en relation parce qu'il y a la maladie. Ils entrent en communication car le médecin est le recours en cas de maladie et le malade est la personne à qui le médecin dispense sa compétence et ses soins dans sa profession.

En cas de maladie, le médecin après toutes ses démarches cliniques et diagnostiques, prescrit un traitement. La relation peut être définie alors comme une relation thérapeutique. Mais cette relation est aussi une relation sociale, c'est-à-dire la rencontre entre deux acteurs, le malade et le médecin, tous deux membres de groupes sociaux divers et engagés dans une action réciproque : le soin.



La relation médecin- malade se déroule sous différents aspects ; d'abord dans un cadre institutionnel que définissent les statuts et les rôles respectifs. Statuts et rôles sont conditionnés par la similitude des conceptions que médecin et malade se font de la nature de la maladie. A côté de cet aspect socio- psychologique, entrent en jeu des composantes psychologiques individuelles : l'influence des attitudes et de la personnalité du médecin et les attitudes et la naissance chez le malade d'un certain type de liaison affective avec le médecin.

Au- delà de la compréhension et de l'ajustement des représentations, la relation médecin- malade est le support d'une charge émotive. Les échanges à ce niveau dépendent de la capacité d'empathie et de la sensibilité comme de la disponibilité du médecin. La relation médecin- malade n'est pas sans danger : pour se protéger, certains médecins fuient une relation souvent compliquée avec le malade. Notamment parce qu'ils ne veulent pas prendre le risque d'être envahis par l'émotion quand il s'agit d'annoncer une vérité ou parce qu'un niveau de réciprocité est né de la relation médecin- malade (attachement et amour).

Comme on l'a vu dans la première partie sur les données de la littérature, la communication est le mécanisme par lequel les relations humaines existent. La communication dans la relation de soins ne se restreint pas à l'information scientifique et technique, mais s'élargit aux dimensions d'empathie, de sympathie, de compassion ( et non de pitié ). L'information fait partie intégrante de l'acte médical. Cet acte trouve sa place entre deux tensions contradictoires que sont la compétence et la confiance. La compétence renvoie non seulement à la maîtrise technique, à l'emploi des mots justes et neutres mais aussi à la prise de conscience des limites de son savoir pour la question qui est posée. Sans angoisser le patient, il convient de lui faire partager l'espace d'incertitude qui peut accompagner l'information médicale diagnostique ou pronostique.

La confiance se nourrit de l'humanité du médecin. Le temps devient, dans la perspective de l'information, une donnée fondamentale de l'acte médical. Le médecin doit s'assurer de la compréhension de l'information par le biais de questions posées au patient.

La communication constitue la condition pour que la parole retrouve sa dimension thérapeutique. Elle s'appuie sur des mots dont il faut que le médecin s'assure

que le sens a été bien compris. Les registres du vocabulaires sollicités par la communication peuvent aller de mots relevant du lexique courant ( comme grippe ou rhume ), ou de mots plus techniques nécessitant une initiation ou au moins une explication. Les degrés d'entendements des patients dépendent de leur niveau d'études, de leur formation, et de leurs origines culturelles.

La communication ne s'exprime pas exclusivement par le canal de la parole, son support est également dans l'attitude ( d'écoute surtout ), la gestuelle et sur le visage.

L'homme communique parce que c'est un être social, caractéristique propre à l'espèce humaine, et aussi parce que la souffrance risque de l'enfermer dans la solitude.

La communication entre le médecin et le malade joue ainsi un rôle primordiale dans l'accompagnement des malades graves et chroniques tels les sidéens, les cancéreux...Les soins palliatifs ont recours à une bonne communication médecin-malade car elle permettra une reconstruction de l'existence des malades, intégrant les limites imposées par la maladie. L'annonce de telles maladies nécessite des bases solides en communication.

Une telle démarche communicante a pour inconvénient d'être coûteuse en temps, et pourtant semble répondre à une réelle demande des malades devenus patients, c'est-à-dire ayant retrouvé l'autonomie du sujet souffrant à la recherche de la guérison. La communication fait partie de la fonction sociétale du médecin, et sa qualité fait intégralement partie de la relation thérapeutique.

L'efficacité de la communication se juge sur le terrain des résultats : ce que le patient a réellement compris de ce que le médecin lui a dit.

« La qualité des soins ne se juge pas seulement à une réussite technique, mais surtout à la qualité de vie du patient ».

Le discours scientifique logique sur le mode descriptif et énumératif n'est pas nécessairement le plus efficace. N'oublions pas que la communication se fait entre un professionnel averti et un profane apprenant.

La communication s'apprend et possède une dynamique propre, distincte de la dynamique du savoir.

## II) Suggestions : (19), (33), (45), (46)

⇒ Améliorer la considération du médecin par le malade

Le médecin aura une bonne image vis-à-vis du malade si celui-ci lui fait confiance et croit en lui. Le malade croira en lui si il est techniquement valable et a une approche humaniste avec lui. Pour cela, une bonne formation sur la médecine générale est souhaitable. La formation de base des médecins doit être des plus rigoureuses, leur permettant d'acquérir la compétence nécessaire à leur exercice. Les médecins doivent être capables de soigner et de prendre soin de leurs patients mais non pas être dans la quasi obligation de prescrire.

Revaloriser la médecine générale paraît indispensable car « le généraliste bien formé constitue la clef de voûte de tout système médical efficace ». Le médecin généraliste assure ce que l'on appelle dans le langage de l'Organisation Mondiale de la Santé, la médecine de base, ou les soins primaires, par opposition aux soins secondaires, qui représentent l'intervention passagère d'une structure plus technique pour une activité diagnostique ou thérapeutique nécessitant un équipement plus élaboré.

Cette revalorisation s'orientera dans plusieurs directions : rappeler les principes de base de la médecine générale qui est la médecine du premier recours, de la continuité des soins et de la coordination des actions ; élargir le champ d'action et de vision du praticien par la participation à des actions de soins concertés et à des actions de santé publique ; garantir le niveau de compétence du généraliste par une formation initiale et continue véritablement adaptée ; et faire bon usage de la médecine spécialisée.

Cette revalorisation rehaussera la pratique générale de nos médecins, les malades retrouveront leur médecin de famille ou leur médecin traitant et les concertations entre professionnels se feront quand l'intérêt du malade l'exigera.

Adapter ou transformer le système de soins selon les besoins réelles de la population est aussi indispensable si on veut améliorer l'image de la médecine à Madagascar.

⇒ Renforcer la considération du malade par le médecin

Outre la compétence, le médecin doit avoir des qualités humaines, indispensable à l'exercice de la Médecine. Ces qualités humaines s'acquièrent, pour cela, il faudrait :

- Instaurer la psychologie médicale dans la formation de base des futurs médecins
- Personnaliser la prise en charge du malade pourrait aider le médecin en favorisant un environnement propice à l'écoute, à la consultation...en améliorant l'espace- temps de la consultation : l'espace de la rencontre sera aménagé de façon à être plus personnalisé, et le médecin organisera ses consultations de manière à ce qu'il n'y ait pas de longue file d'attente dans son couloir ou sa salle d'attente. Il faut que le médecin s'investisse dans sa relation avec son malade pour que le soin aboutisse à une satisfaction partagée.
- Organiser des réunions périodiques de style « groupe BALINT », sous le contrôle d'un leader, dans le but de sensibiliser les médecins aux aspects psychologiques et émotionnels de la clinique et de la pratique médicale.
- Encourager les médecins à se recycler vu les progrès médicaux actuels, et structurer la formation continue.
- Il faudrait aussi, intégrer les psychologues dans les services lourds tels les Urgences, les services de Réanimation, d'Oncologie... pour aider les soignants à être davantage à l'écoute du malade. Une écoute qui est d'autant plus facile qu'on leur donne la possibilité de confier leurs propres angoisses face à la douleur, à la souffrance, à la mort côtoyées au quotidien.
- Humaniser encore plus la profession de soignant.

- Adopter des projets de lois qui régiront le droit, l'information, dans la relation médecin- malade.

⇒ Favoriser la communication entre le médecin et le malade

L'enseignement de la médecine générale doit être revu car dans cette formation médicale, et surtout au cours des premières années, rien n'est consacré aux notions d' « écoute », de disponibilité vis- à- vis de l'autre, de capacité à s'intéresser à la personne qui est devant soi. Le médecin n'est pas un faiseur de diagnostic, c'est un communicant. Le domaine de la relation médecin- malade, de la psychologie et des sciences humaines reste un domaine fondamental négligé ou insuffisamment assumé. Il est important de sensibiliser les étudiants à ce sujet dès le premier cycle pour que leur choix ultérieur se fasse de façon éclairée. Cette formation sur les sciences humaines donnera une certaine idée de la médecine : être au service de l'homme.

De la même façon, lors des stages hospitaliers, les étudiants prennent exemple sur les médecins encadreur ; la formation sur une approche psychologique des malades se fera non seulement à l'amphithéâtre mais aussi au lit du malade au moment des visites.

Alexandre MINKOWSKI disait : « il est inutile de faire ce métier si on l'on n'a pas en soi l'amour des êtres. Le fait d'aimer n'empêche ni la rigueur, ni le remise en question, mais c'est une merveilleuse occasion, probablement unique de communiquer ».

La communication fera donc partie intégrante de la relation thérapeutique et l'écoute en communication conditionnera l'efficacité thérapeutique. L'art d'écouter ne nécessite pas de diplômes académiques, mais requiert un apprentissage.

Instaurer la psychothérapie dans la pratique médicale courante pourrait favoriser la communication médecin- malade. En effet, tout médecin exerce une action psychothérapique, souvent inconsciente ; c'est la psychothérapie de soutien ou « remède médecin ». Ses éléments sont

essentiellement le fait que le médecin donne au malade la possibilité de s'exprimer dans une atmosphère de compréhension.

Le rôle du médecin étant de faire une éducation médicale, il éduquera la famille et l'entourage du malade chaque fois que cela sera nécessaire.

## **CONCLUSION**

## CONCLUSION :

Notre étude se voulait d'étudier certains aspects **de la relation médecin-malade, d'en évaluer la communication, l'écoute et la compréhension.**

A partir des données recueillies auprès des enquêtés, nous avons pu avoir des résultats sur les considérations respectives du médecin et du malade, leurs attentes respectives, la nature de la communication qui se fait entre eux par des indicateurs comme la durée de la consultation et le nombre de malades vus par un médecin quotidiennement.

Ainsi, nos résultats ont montré que l'écoute et la communication sont importants pour une bonne entente entre médecin et malade. **Il n'est de médecine possible que par la rencontre de deux dimensions, scientifique et humaine. Il ne s'agit pas simplement d'ajouter un peu de compassion dans un exercice médical très technicisé, mais d'aller bien plus loin, c'est-à-dire d'intégrer en permanence dans le raisonnement médical, l'homme dans toutes ses dimensions, somatiques, psychologiques et environnementales.** Il ne s'agit pas de choisir entre une médecine d'organes privilégiant le technique et une médecine de la personne, centrée sur les aspects relationnels. Il s'agit de montrer que, non seulement il n'y a pas d'antinomie entre le scientifique et l'humain, mais que pour être scientifique, la médecine doit être humaine. Il reste que tout acte médical est et sera toujours un acte individuel qui a pour but de répondre à une souffrance, face à laquelle le raisonnement et la conscience du médecin doivent apporter une réponse.

Nos observations et nos conclusions restent partielles et limitées mais elles offrent des intérêts. Elles auront donné une image de la relation médecin-malade dans une ville comme Antananarivo. D'autres études semblables viendront sans doute les compléter, les corriger ou même les contester.

Nous proposons pour repousser les limites de validité de notre travail de recherche, des études globales à caractère multidisciplinaire d'évaluation des échanges qui se font entre médecin-malade, par des observations directes, et des questionnaires plus poussés. Ces travaux d'évaluation nous orienteront sur les attentes réelles des malades malgaches et sur le mode de leur relation avec leur médecin.



Nous terminerons par cette phrase du Professeur Paul MILLIEZ qui dit : « La médecine est un des seuls recours que l'homme ait actuellement pour être heureux et, pour un homme qui cherche une voie et qui aime les autres, être médecin est probablement la meilleure façon de les aider et d'être heureux lui-même ».

## **ANNEXES**

## ***ANNEXES***

### **I) ENTRETIEN AVEC UN MALADE OU UN CONSULTANT**

1. AGE :
2. SEXE :
3. PROFESSION :
4. Niveau maximal des études achevées :
  - Inférieur à l'école primaire
  - Ecole primaire
  - Ecole secondaire, Lycée
  - Ecole supérieure, Université
  - Analphabète
5. Environnement de travail ou lieu de résidence
  - Urbain
  - Rural
  - Public
  - Privé
6. Avez- vous un médecin qui vous suit régulièrement ou un médecin traitant ?  
OUI/NON
7. Pour quelles raisons vous le consultez, lui, et pas un autre ?
  - C'est votre médecin de famille
  - C'est un spécialiste
  - C'est le seul que vous connaissez
  - Votre entourage vous l'a conseillé
  - Son cabinet n'est pas loin de chez vous
  - C'est un bon médecin
  - Autres réponses : expliquez
8. Quelles sont les qualités qui vous semblent importantes pour un médecin ?  
Classez les par ordre d'importance :
  - Sa compétence : beaucoup de connaissances, capacités d'analyse et de compréhension, talent pour exercer la Médecine

- Son honnêteté
- Sa conscience professionnelle : ponctualité, respect de la confidentialité des informations sur le malade, soins continus, rapidité de la prise en charge...
- Ses qualités humaines : écoute attentive, compréhension, dévouement, disponibilité, sympathie, sociabilité, tact, prévenance, respect de la dignité de la personne, soutien moral voire matériel en cas de problème majeur...
- Ses titres
- Sa notoriété : il a beaucoup de patients, il est connu...
- Ses qualités de soins et d'hygiène : présentation propre et soignée, cabinet de consultation bien ordonné...

9. Vous êtes malade, vous allez voir votre médecin habituel :

- Sa présence vous soulage
- Vous êtes soulagés parce qu'il vous écoute
- Vous n'êtes soulagés que quand il vous tend une ordonnance
- Vous n'êtes soulagés que quand vous prenez les médicaments qu'il a prescrits

10. Vous attendez de votre médecin :

- Qu'il vous guérisse vite de la maladie qui se présente (compétence)
- Qu'il soit entièrement dévoué à votre service (conscience professionnelle)
- Un refuge pour vos problèmes tant d'ordre physique que moral (qualités humaines)

11. Vous sentez vous compris par votre médecin ?

- Jamais
- Quelquefois
- Souvent
- Toujours

*Merci et bonne santé !*

*Traduction du questionnaire en malgache :*

1. TAONA :
2. VAVY :                      LAHY :
3. ASA:
4. Fianarana narahana:
  - Fanabeazana fototra
  - Fanabeazana faharoa fototra
  - “ Lycée”
  - Fampianarana ambony
  - Tsy nianatra
5. Toerana ipetrahana na iasana:
  - Tanan- dehibe                                  - Miasa amin’ny fanjakana
  - Ambanivohitra                                 - Tsy miasa amin’ny fanjakana
6. Manana dokotera efa mpitsabo sy mpanaraka anao ve ianao?
7. Inona no antony hankanesanao any aminy?
  - Izy no dokoteram- pianakaviana
  - Izy no manam- pahaizana manokana
  - Izy irery ihany no fantatrao
  - Ny manodidinao no nanoro anao azy
  - Tsy lavitra no misy azy
  - Dokotera tsara izy
  - Valim- panontaniana hafa
8. Inona no toetra tsara tokony hananan’ny dokotera araka ny hevitrao? Alaharo araka izay ambony indrindra.
  - Ny fahaizany
  - Ny fanaovany ny rariny sy ny marina
  - Ny fanajany ny asany
  - Ny fanajany ny maha- olona
  - Ny diplaomany
  - Ny lazany
  - Ny fahadiovany

9. Rehefa marary ianao ka mankany amin'ny dokotera:

- Mampitony anao ny fahitana azy
- Tony ianao rehefa mihaino anao izy
- Tsy tony ianao raha tsy omeny taratasim- panafody
- Tsy tony ianao raha tsy mahazo fanafody

10. Ny zavatra andrasanao amin'ny dokotera:

- Fahasitranana
- Fanampiana amin'ny lafiny rehetra
- Fahafaizany tena ho anao

11. Afa- po ve ianao amin'ny dokoteranao?

- Tsy afa- po mihitsy
- Afa- po indraindray
- Afa- po matetika
- Afa- po foana

## II) QUESTIONNAIRE POUR UN MEDECIN

1. AGE :
2. SEXE :
3. Votre environnement de travail :
  - Public
  - Privé
4. Combien de malades voyez-vous en moyenne quotidiennement ?
5. Pour quelles raisons pensez-vous que les malades viennent vous voir ?
  - Vous êtes le médecin traitant
  - Vous êtes le médecin de famille
  - Vous êtes le spécialiste
  - Vous êtes le seul médecin du voisinage
  - Vous savez accueillir les malades
  - Vous êtes connu
  - Autres réponses : expliquez
6. Qu'est- ce- qui caractérise un bon médecin d'après vous ? Classez- les par ordre d'importance.
  - La compétence : beaucoup de connaissances, capacités d'analyse et de compréhension, talent pour exercer la Médecine...
  - L'honnêteté
  - La conscience professionnelle: ponctualité, respect de la confidentialité des informations sur le malade, soins continus, rapidité de la prise en charge...
  - Les qualités humaines : écoute attentive, compréhension, dévouement, disponibilité, sympathie, sociabilité, tact, prévenance, respect de la dignité humaine, soutien moral voire matériel en cas de problème majeur...
  - Les titres
  - La notoriété : avoir beaucoup de patients...
  - Les qualités de soins et d'hygiène
7. Parmi ces qualités, qu'est- ce- qui vous manque le plus ? Pourquoi ?

8. Vous constatez qu'un de vos patients que vous suivez régulièrement n'a pas respecté vos conseils et prescriptions :

- Vous pensez que vous n'étiez peut-être pas trop clair avec lui
- C'est un patient difficile : vous passez la main à un collègue
- Vous donnez des explications supplémentaires à un proche ou une tierce personne
- Vous cherchez les motifs qui l'ont conduit à ne pas vous écouter
- Autres réactions : expliquez

9. Vous sentez vous compris par vos patients ?

- Jamais
- Quelquefois
- Souvent
- Toujours

10. Combien de temps consacrez-vous pour une consultation ?

- Toujours la même durée quel que soit le malade :... minutes
- C'est selon le malade et son problème
- C'est selon votre disponibilité et le nombre de consultants qui attendent

11. Pensez-vous qu'à la fin de vos études médicales initiales, vous étiez aptes à prendre en charge le malade dans toute sa personnalité et non pas seulement ses symptômes ? Justifiez.

OUI/NON

12. Pensez-vous qu'une formation sur les sciences humaines serait utile et pertinente pour les futurs médecins ? Justifiez.

OUI/NON

*Merci et bonne continuation !*



## **BIBLIOGRAPHIE**

## BIBLIOGRAPHIE

1. Fischer G- N. Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale. Paris : Dunod, 1996 : 27- 48, 135- 169
2. Kardiner A. L'individu dans sa société. Paris: Gallimard, 1964 : 75- 76
3. Anzieu D, Martin J- Y. La dynamique des groupes restreints. Paris : Edition Presses Universitaires de France, 1968 : 131- 152
4. Iandolo C. Guide pratique de la communication avec le patient : techniques, arts et erreurs de la communication. Paris : MMI, 2001 : 20-30
5. Ramaroson C. Contribution à l'étude de la relation médecin- malade dans le milieu médical d'Antananarivo. Thèse Médecine Antananarivo, 1995, 4057
6. Schraml W- J. Pour un hôpital plus humain. Mulhouse: Salvator, 1974 : 42- 107
7. Razafintsalama A. Tari- dalana ho enti- manadihady ny finoana sy ny fomba malagasy. ISTPM, 1996 : 19- 20
8. Rodary F. Docteur, s'il vous plaît, écoutez- moi ! Paris : Jouvence, 1992 : 14- 46
9. Delay J, Pichot P. Abrégé de Psychologie. Paris: Masson et Cie. 3<sup>ème</sup> édition. 1969 : 421- 460
10. Goleman D. L'intelligence émotionnelle : comment transformer ses émotions en intelligence ? Paris : Robert Laffont, 1997 : 211- 238
11. Pieron H. Vocabulaire de la Psychologie. Paris : Presses Universitaires de France. 1968 : 76
12. Rahajarizafy P A. Ny Ohabolana malagasy. Fianarantsoa: Ambozontany, 1970 : 171- 172
13. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris : Bibliothèque scientifique Payot, 4<sup>ème</sup> édition, 1996 : 9- 51
14. Barnes E. Les relations humaines à l'hôpital. Paris : Privat, 1968 : 13- 41
15. Bulletin de l'Ordre Nationale des Médecins de Madagascar. Projet de code de déontologie médicale malagasy : devoirs généraux des médecins et devoirs envers les patients
16. Balint E, Balint M. Techniques psychothérapiques en médecine. Paris : Petite bibliothèque Payot, 1966 : 27- 45, 67- 153, 171- 190
17. Adler A. Le sens de la vie. Paris : Petite bibliothèque Payot, 1950 : 27- 33

18. Blondel JF. Entre un mot, il y a un gouffre : les difficultés de l'écoute en entretien, In : KABARO, revue internationale des sciences de l'homme et des sociétés. La Réunion : L'Harmattan, 2000 : 81- 90
19. Milliez P , Minkowski A. Une certaine idée de la Médecine. Paris : Ramsay, 1982 : 31- 58, 177- 356
20. Janet P. La médecine psychologique. Paris : Ernest Flammarion, 1980 : 5- 12
21. Audoin L. Orlewski M. L'art de fidéliser la clientèle médicale. Paris : MMI, 1999 : 56- 60
22. Lassounière JM. Guide pratique des soins palliatifs 2 : aspects psychologiques. Montrouge : John Libbey Eurotext, 2001: 105-106
23. Pouget R. Précis de Psychologie médicale et de Psychiatrie. Paris, Dunod, 1980 : 22-31
24. Drouard H. Legros M. Pascal H. Sociologie et intervention sociale. Paris : Centurion, 1991 : 202- 211
25. Serres M. Degos L. Haute couverture M. Spadone C. Le livre de la médecine. Paris : Le Pommier, 2002 : 34-35
26. Bennett JC. Plum F. La médecine est une profession technique et humaine, In : Traité de médecine interne. Paris: Médecine- Sciences Flammarion, 1997: 1-3
27. Sarrandon- Eck A. Les représentations populaires de la maladie et de ses causes. Rev Prat Med Gen, 2002 : 63
28. Mechin N. Médecin, malade, sida : une rencontre. Paris : L'Harmattan, 1999 : 20- 39, 68- 71, 136- 168
29. Froment A. Maladie, souffrance et médecine soignante. Paris : Edition des Archives contemporaines, 2001 : 92-93
30. Queneau P. Ostermann G. Le médecin, le malade et la douleur. Paris : Masson, 2000 : 65-66
31. Winckler M. La maladie de Sachs. Paris : POL, 1998 : 413- 416
32. Lamarre S. Le rejet du malade, In : Dufresne J, Dumont F, Martin Y eds. Traité d'Anthropologie médicale. Québec: Presses de l'Université du Québec, 1985 : 1091- 1098
33. Gallois P. Mieux soigner : comment concilier le scientifique et l'humain. Paris : Editions du Seuil, 1996 : 28- 49, 107- 140, 231- 259

34. Brack. Leveau. Avez- vous un bon médecin. Paris : Albin Michel, 1993 : 11- 97
35. Triadou P. La relation médecin- malade, In : La Revue du praticien. Paris, 2002 : 2067 – 2073
36. Herzlich C. Prototype de l'analyse sociologique d'une profession, le cas des médecins, In : Recherche et Formation. Paris, 1995 : 99- 105
37. Lacroix A. Assal JP. L'éducation thérapeutique des patients. Paris : Vigot, 1998 : 98- 99
38. Bruchon- Schweitzer M. Quintard B. Personnalité et maladie. Paris : Dunod, 2001 : 76- 77
39. Miermont J. Contextualisation, communication et cognition, In : Recherches sur le langage en psychologie cognitive. Paris : Dunod, 1997, 82-83
40. Corin E. La santé : nouvelles conceptions, nouvelles images, In : Dufresne J, Dumont F, Martin Y eds. Traité d'Anthropologie médicale. Québec : Presses de l'Université du Québec, 1985 : 45- 74
41. Van Pelt N. Vivez, communiquez. Paris : Vie et Santé, 1999 : 39- 57
42. Lacoste M. Langage et interaction : le cas de la communication médicale. Lyon : Presse Universitaire de Lyon, 1993 : 33- 61
43. Spence G. Savoir convaincre. Paris : Inter éditions, 1997 : 50-51
44. Ong LML, De Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor- patient communication: a revue of the literature. Soc Sci Med, 1995 : 18
45. Bertagne P. Psychologie médicale, In : Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS eds. Encyclopédie Médico- chirurgicale. Paris, 2002 : 37- 031- B- 10
46. Delfraissy JF, groupe d'experts. Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH. Paris : Médecine- Sciences Flammarion, 1999 : 223- 230

## VELIRANO

Eo anatrehan'ny ZANAHARY, eto anoloan'ireo Mpampianatra ahy, sy ireo mpiara- nianatra tamiko eto amin'ity toeram- mpampianarana ity ary eto anatrehan'ny sarin'i HIPPOCRATE

Dia manome toky sy mianiana aho, fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy fahamarinana eo ampanatontosana ny raharaham- pitsaboana.

Hotsaboiko maimaim- poana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy iray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba hahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra an- tranon'olona aho, dia tsy hahita izay zava- miseho ao ny masoko, ka tanako ho ahy samirery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamofady na hanamorana ny famitan- keloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adaidaiko amin'ny olona tsaboiko ny anton- javatra ara- pinoana, ara- pirazanana, ara- pirenena, ara- pirehana ary ara- tsaranga.

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorontoronina aza, ary tsy hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti- manohitra ny lalanan'ny maha- olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo mpampianatra ahy aho, ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.

Ho toavin'ny mpiara- belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko.

Ho rakotry ny henatra sy ho rabirabian'ireo mpitsabo namako kosa raha mivadika amin'izany.

## **PERMIS D'IMPRIMER**

Lu et approuvé

Le président de thèse

Signé : Professeur RAZANAMPARANY Marcel

## **VU ET PERMIS D'IMPRIMER**

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : Professeur RAJAONARIVELO Paul

Name and First name : ANDRIANAIVO RAZAFIMANJATO Soahary

Title of thesis: Importance of communication in the doctor- patient relationship. The case of Antananarivo city.

Classification : Medicine

Number of figures : 02

Number of pages : 62    Number of graphs : 20

Number of annex : 03

Number of tables : 07

Number of references: 46

## **SUMMARY**

In the doctor- patient relationship, communication and listening is of vital importance as it is part of the healing relationship and is a condition to therapeutic efficiency. Fifty doctors and forty- three patients of public and private health centers in Antananarivo have been the subjects of surveys on this theme. Our results have shown that patients are expecting a lot from doctors: not only simple knowledge but also knowledge of how to behave, and knowledge of how to do, “ know- how”. 51,2 % of the patients believe that competence is the most important for a doctor to be seen as good, 39,5 % think that human qualities and conscientiousness are the second most important.

Doctors see their works as a technical as well as human science. The great majority of them find competence and human qualities impossible to separate and are convinced that a good doctor cannot ignore this association. 95, 8 % of the doctors questioned put a stress on the importance of training in that way.

In spite of the small scale of our sample and the different problems which characterise the survey's population (professional, intellectual, historical), these statistics tell us that medicine becomes scientific only by integrating the “ human” side in it and it becomes human only if assure for the patients all the benefits of science according to their own expectation. For further information about the healing relationship in Madagascar and about the patients and doctors expectations, general and multidisciplinary studies are necessary.

Keys- words : psychology, communication, listening, human sciences,

Director: Professor RAZANAMPARANY Marcel

Assisted by: Doctor RANDRIA Mamy Jean de Dieu

Correspondence: 30, Cité Ambolokandrina. 101 Antananarivo

Nom et prénom : ANDRIANAIVO RAZAFIMANJATO Soahary

Titre de la thèse : Place de la communication dans la relation médecin- malade. L'exemple de la ville d'Antananarivo.

Rubrique : Médecine

Nombres de figures : 02      Nombres de pages : 62      Nombre de graphiques : 20

Nombres d'annexes : 03      Nombres de tableaux : 07

Nombres de références bibliographiques : 46

## **RESUME**

Dans la relation médecin- malade, l'écoute en communication est d'une importance primordiale, dans la mesure où elle fait partie intégrante de la relation de soins et qu'elle conditionne l'efficacité thérapeutique.

Nous avons effectué des enquêtes auprès de cinquante médecins et quarante- trois malades au sein de différents services de santé public et privé d'Antananarivo.

Nos résultats ont montré que les malades attendent beaucoup des médecins : un savoir, un savoir faire et un savoir être. 51,2 % des malades interrogés pensent que la compétence est la qualité première du bon médecin, 39,5 % d'entre eux jugent que les qualités humaines et la conscience professionnelle viennent juste après.

Les médecins jugent leur métier comme une science technique et humaine en même temps. La majorité trouvent que la compétence et les qualités humaines vont de pair et caractérisent en premier le bon médecin. 95,8 % des médecins pensent qu'une formation dans ce sens, leur serait avantageux.

Malgré le nombre restreint de notre échantillon d'enquête et les problèmes relatifs aux caractéristiques même de la population étudiée, problèmes d'ordre professionnel, intellectuel et culturel, notre travail nous a permis d'établir que l'exercice de la médecine ne peut- être scientifique qu'en intégrant l'humain, et ne peut- être humain qu'en assurant au malade, en fonction de ses attentes, tous les bénéfices de la science. Pour en connaître un peu plus sur la relation de soins à Madagascar et sur les attentes respectives des médecins et malades, des études de plus grande envergure à caractère multidisciplinaire seraient nécessaires.

Mots- clés : psychologie, communication, écoute, sciences humaines,

Directeur de thèse : Professeur RAZANAMPARANY Marcel

Rapporteur de thèse : Docteur RANDRIA Mamy Jean de Dieu

Adresse de l'auteur : 30, Cité Ambolokandrina. 101 Antananarivo



