

## **LA RELATION MÉDECIN MALADE EN MILIEU HOSPITALIER ALGÉRIEN**

*Anissa Brighet Assous*

Maitre de conférences, Département de Sociologie – Faculté des lettres, Scies humaines et  
Sociales – Université Badji Mokhtar – Annaba

---

### **Abstract**

We draw from this empirical research, testimonies collected from six cases which have been hospitalized at Algerian state hospitals or private clinics as well as questionnaires responded to by doctors and caregivers working day shifts (nurses and midwives), practicing in internal services and gynecology at the University Hospital of Annaba, Algeria.

Our objective is to highlight the importance of the interaction between the hospital body and the patients in therapeutic care and also, to pinpoint the factors and eventual causes that can generate communication errors, which may cause consequences often tragic on the health status of patients.

---

**Keywords :** Communication , relation , information, hospital

---

### **Résumé:**

Nous nous inspirons dans cette recherche empirique, des témoignages recueillis d'algériens hospitalisés au niveau d'institutions hospitalières ainsi que des questionnaires distribués à l'attention des médecins et soignants (infirmiers et sages-femmes) de jours, pratiquant au service interne et de gynécologie au CHU Ibn Rochd d'Annaba.

Notre objectif est de mettre en exergue l'importance de l'interaction entre le corps hospitalier et le patient dans les soins thérapeutiques et aussi, de mettre le doigt sur les facteurs et les causes éventuels pouvant générer des fautes ou complications hospitalières susceptibles d'entraîner des conséquences graves sur l'état de santé du malade.

---

## **Introduction**

Nous nous inspirons dans cette réflexion des témoignages d'algériens ayant été hospitalisés, des questionnaires distribués au niveau du CHU Ibn Rochd d'Annaba destinés aux médecins et soignants (infirmiers et sages-femmes) de jours et aussi de notre propre observation en milieu hospitalier afin de cerner la réalité psychologique d'une personne malade en interaction avec les soignants et mettre en exergue l'impact de cette relation sur son état de santé.

## **Problématique:**

Du point de vue sociologique, il est important de souligner qu'un patient qui tombe soudain malade devient une partie intégrante de la maladie. Ainsi, son interaction avec le corps médical et para médical (médecins, infirmiers et sages-femmes) est cruciale à son traitement, rétablissement et vie future en dehors de l'hôpital. Par contre, dans le cas du patient condamné à mourir ou mourant, la maladie ou l'organe malade cesse d'être d'un intérêt primaire et son besoin personnel devient alors une priorité.

De ce fait, les réactions du patient à l'annonce de la maladie grave sont immédiates mais, variables:

- Certains se montrent courageux mais, peuvent montrer spontanément des symptômes psychosomatiques divers.
- Certains montrent de l'indifférence, traduite par les médecins comme un déni qui agit comme un mécanisme de défense contre l'information brutale.
- D'autres s'accrochent à un espoir (un miracle ou une croyance religieuse).
- Et finalement, alors que certains s'effondrent et entament vite un travail de deuil, d'autres se révoltent violemment contre ce qu'ils jugent être une injustice du ciel.

Somme toute, en apprenant à écouter une personne affaiblie par la maladie: savoir être sensible et attentif aux symptômes de ses difficultés et besoins, le soignant non seulement la confirme dans sa quête d'elle-même en apaisant son anxiété et besoin d'estime mais, lui permet aussi de s'actualiser. Dans le cas opposé, ou le soignant ne prête aucune attention au malade, ne lui donne aucune explication sur sa maladie où le soin thérapeutique qu'il doit adopter, l'état de santé de ce dernier peut facilement se détériorer et, le malade peut ainsi sombrer dans un état dépressif et mélancolique grave. Mais, avant d'aller plus loin dans notre analyse de cette relation, nous jugeons utile de définir certains concepts.

- **Définition des concepts:**

Il est important de commencer par la définition du concept de santé. Alors que l'OMS (Office Mondial de la Santé) définit la santé comme étant:

*”Un état de bien être physique, mental et social et ne se réduit pas à l’absence de maladie ou d’infirmité. Ce qui implique par ailleurs, que la santé mentale est partie intégrante de la santé globale”*, pour de nombreux auteurs, la santé serait:

*« Un état d’harmonie et d’équilibre des caractéristiques physiques, mentales et sociales propres aux personnes humaines » (Frederic Jesu, 1995).*

Nous constatons déjà que la définition de la santé inclut tout un ensemble de phénomènes, sans que nous soyons capables de diagnostiquer une quelconque maladie. Cela confirme donc l’importance d’une bonne relation médecin-malade dans la préparation d’un diagnostic ou pronostic pertinent. Alors que cette confirmation, nous amène à considérer la santé mentale comme étant primordiale dans le traitement thérapeutique.

A la lecture de plusieurs définitions, les une plus ambiguës que d’autres, nous notons que la santé mentale en tant que concept, ne fait pas nécessairement référence à la pathologie clinique, mais plutôt au degré d’adaptation du malade en milieu hospitalier. Aussi, le concept de santé mentale est un concept large, qui englobe non seulement l’état de bien être du malade, mais aussi son état maladif qui nécessite une thérapie ou hospitalisation.

Alors que l’OMS définit la santé comme étant:

*« Un état de bien être physique, mental et social et, ne se réduit pas à l’absence de maladie ou d’infirmité » (Latefa Belarouci, 1995).*

La psychologue clinicienne Belarouci constate d’autre part que:

*« La santé mentale est conditionnée par tout ce qui touche à l’adaptation psychologique de l’individu tout au long de son existence » (Latefa Belarouci, 1995).*

Aussi, se trouve inclus dans le concept de santé mentale, tout ce qui fait allusion à la santé psychologique de l’être humain et son état de stress, détresse, frustration et choc lié soit à une période de crise sur le plan psychologique ou à une expérience de vie difficile, violente ou traumatisante.

Ceci nous oriente cette fois vers l’état dépressif dont souffrent beaucoup de malades hospitalisés. Alors que la dépression chez la personne adulte est diagnostiquée comme étant un état de souffrance ayant une tonalité dépressive ou un lien direct avec les pathologies déjà présentes, l’état dépressif chez l’enfant est souvent dénié par les parents qui culpabilisent devant leur incapacité à expliquer les crises d’anxiété, hostilité ou troubles du comportement observés chez l’enfant encore plus, avoir l’honnêteté de reconnaître que leur propre enfant est tout simplement triste.

Il est donc important de montrer à ce niveau que les symptômes dépressifs chez certains sujets âgés sont souvent diagnostiqués par les sentiments de culpabilité,

d'autodépréciation et de honte. Alors que chez d'autres patients, ils sont exprimés par la confusion, désorientation, agressivité et perte de l'estime de soi.

Par contre, chez l'enfant, il est souvent question de l'impact de la scolarité sur la santé mentale. A cet égard, Vermeil affirme que:

*« Les troubles psychiques de l'enfant d'âge scolaire ou de l'adolescent sont toujours précédés ou accompagnés de difficultés scolaires, si bien qu'il est difficile de savoir quel est le point de départ » (Latefa Belarouci, l'importance du facteur santé mentale de l'enfant scolarisé, p46)*

Aussi, Vermeil recommande d'aborder les problèmes de l'enfant scolarisé successivement sur deux aspects: D'une part, les répercussions de l'état psychique sur les activités scolaires et d'autre part, les répercussions des difficultés scolaires sur l'équilibre psychique.

Il est vrai que contrairement à l'adulte, l'enfant ne peut exprimer verbalement son malaise, souffrance ou détresse. Aussi, il l'exprime habituellement par un trouble du comportement, trouble psychosomatique ou tout simplement sur le plan scolaire. Cela dit, les troubles psychologiques observés chez l'enfant, l'adolescent ou l'adulte peuvent gravement compromettre leur adaptation sur le plan scolaire, familial et social. Ce qui implique que la santé mentale fait manifestement partie intégrante de la santé globale.

Il est sans équivoque, que certaines classes de médicaments sont suspectées comme facteurs déclencheurs éventuels d'une dépression; en particulier les bêtas bloquants, antihypertenseurs (méthyldopa, clonidine...), les corticoïdes à doses excessives, les benzodiazépines et les neuroleptiques. Toutefois, certains aspects sont soulignés de la dépression du sujet hospitalisé. A cet effet, on observe souvent dans le cas de dépression grave :

- Ralentissement psychomoteur d'où la perte du plaisir de bouger ou d'effectuer les activités quotidiennes et la perte d'intérêt.

- Plaintes somatiques: Asthénie, manque d'appétit, perte de poids inexplicquée, vertiges, dyspnée, sensibilité à la douleur plus élevée (céphalées, arthralgies, myalgies...) et surtout constipation.

- Troubles cognitifs importants.

- Changement brutal du comportement associé à une anxiété, rendant le malade vite irritable, agressif, coléreux, agité ou plutôt apathique.

- Troubles divers comme repli sur soi, isolement, refus de soins, négligence corporelle – vestimentaire, syndrome confusionnel et angoisse matinale.

- Survenue d'événements de vie sévères.
- Faible fréquence des visites et faiblesse des liens familiaux.

En somme, la dépression perturbe les aptitudes du patient notamment: penser, se nourrir, dormir et interagir avec les autres, pouvant même mener à la nécessité d'une intervention médicale soutenue. Toutefois, dans le cas de dépression grave, en plus d'une bonne prise en charge thérapeutique, la famille et l'entourage sont souvent d'un grand secours au sujet.

Cela dit, le travail hospitalier prend en considération, non seulement la maladie organique dont souffre le patient, mais aussi son état psychique du moment.

### **Le travail hospitalier:**

L'hôpital est un endroit où se réunissent différentes occupations et responsabilités au service de la science et du patient. A cet égard, Professeur Aurèle St Yves à l'école de psychologie de l'université Laval souligne:

*« Les exigences du travail à réaliser en commun amènent les membres du groupe à être attentifs aux réactions des autres, à faire véhiculer l'information, à prendre en considération les directives internes ou externes du groupe, à s'engager dans la réussite de la tâche, à assumer les rôles qui leur sont confiés et à se doter de normes facilitant le fonctionnement du groupe. De ce processus et de leur interaction résultent des compromis en vue d'un consensus. » (La famille: Sa réalité psychologique, Aurèle St Yves, Les éditions la liberté, Québec, 1983, P27)*

Donc, étant complémentaires, les différentes charges assignées aux soignants rendent le travail hospitalier plus facile et plus concluant. Mais il est clair, que le moindre problème de communication et de coordination affecte non seulement la rentabilité et la productivité du corps hospitalier mais, provoque aussi des sentiments d'inquiétude, de mécontentement et d'anxiété chez les personnes hospitalisées.

A cet effet, il est important de souligner que tout comportement verbal ou tacite des soignants a une portée aussi bien bénéfique que maléfique sur le bien être du patient. Seulement, d'après le professeur Aurèle St Yves :

*« L'attitude n'est pas quelque chose d'inné, elle est apprise au contact d'autres personnes. Elle est issue de l'expérience personnelle de l'individu interagissant avec son environnement. » (Ibid.)*

Par ailleurs, comme chaque malade a une personnalité bien distincte et des besoins réels, les soignants doivent aussi apprendre à s'adapter à chaque cas nouveau pris en charge. Pour cette raison, ils sont amenés à consulter le dossier médical de chaque malade avant toute

interaction avec lui. Mais, il demeure sans équivoque que la relation médecin-malade de qualité est la clé de la réussite de toute action thérapeutique.

### **La relation médecin - malade:**

La relation médecin-malade est un rapport unique entre une personne affaiblie par la maladie et un professionnel de la santé avec des compétences reconnues. Cette relation impose que chacun des deux individus soient réunis par un entretien. Alors que le malade attend de son médecin guérison, réassurance, sécurité et affection, ce dernier par contre porte la lourde responsabilité de bien diagnostiquer la maladie tout en acceptant les risques encourus. Entre eux, s'établit donc un échange qui doit passer d'abord par l'entretien et ensuite par les soins, l'écoute, la confiance et l'incertitude vis-à-vis des résultats attendus. Cet échange verbal et thérapeutique leur permet donc d'aboutir à une relation solide et nécessaire et de mener à bien le combat contre la maladie. Seulement, ce combat souvent mené avec beaucoup d'émotion peut aussi être lourd de conséquences.

Il faut noter à ce titre que la relation médecin-malade est déterminée par plusieurs facteurs, notamment la personnalité du médecin et du malade, la disponibilité du médecin, son histoire propre, son appartenance sociale, sa sensibilité face à la souffrance du malade, son degré de religiosité, sa formation et sa conscience professionnelle. De plus, les désirs du médecin de mieux comprendre, savoir plus et soulager ainsi que sa neutralité affective et morale sont aussi susceptibles d'infléchir le cours de la relation thérapeutique.

De ce fait, la relation médecin-malade de qualité, qui sous entend la capacité de se mettre dans la peau du malade et de comprendre sa souffrance tout en gardant son objectivité, mène littéralement à une bonne relation thérapeutique.

Ainsi, et au vu de l'importance primordiale du côté relationnel dans le traitement thérapeutique, beaucoup de médecins et chercheurs se sont rapprochés du champ théorique des sociologues non pas uniquement par des études approfondies des maladies mais aussi, de l'impact de la relation médecin-malade sur la vie thérapeutique et psychique du patient hospitalisé ou mourant.

### **Le champ théorique:**

L'approche psychanalytique montre parfaitement, l'importance de la recherche d'une démarche de santé, qui impliquerait aussi bien le soignant que le soigné dans l'horizon de la profession et le corps social.

En effet, dans le cadre de la relation médecin-malade, la théorie psychanalytique nous aide à définir le concept de transfert et le concept de contre-transfert.

Le plus souvent, le transfert se définit comme les réactions affectives conscientes ou inconscientes qu'éprouve le patient à l'égard de son médecin, alors que le concept de contre-transfert lié directement à la personnalité et l'histoire du médecin se définit comme les réactions affectives conscientes ou pas qu'éprouve ce dernier vis à vis de son patient. Alors que le malade peut revivre des moments conflictuels vécus dans le passé (choc, traumatisme, échec, trahison, agression, abandon...) le médecin peut soit, perdre son objectivité dans les soins en s'identifiant massivement avec le malade soit, montrer une froideur excessive dans le cas d'une absence de contre-transfert. Cela dit, comme nous l'avons déjà cité plus haut, une relation médecin-malade de qualité conduit inévitablement à une bonne prise en charge du malade.

Malheureusement, dans le cadre de la relation médecin-malade en Algérie, on constate souvent ce qui suit:

1. La médecine étudie plus les maladies ou les organes du corps humain détériorés que les malades en question.
2. L'activité professionnelle du médecin généraliste ne relève dans sa majorité que d'une action thérapeutique.
3. La relation médecin-malade s'organise dans la plupart des cas (malades séniles, analphabètes, non cultivés, habitants les bidonvilles...) entre le rôle dominateur du médecin et la soumission du malade.

Cela dit, si d'un côté, les souhaits du malade peuvent se projeter sur la personne du soignant par le biais du phénomène de transfert (colère, insatisfaction, agressivité, état dépressif...), d'un autre côté, l'empathie et compréhension du soignant vis-à-vis de son malade, jugées indispensables dans le cas des malades sérieusement touchés par la maladie, peuvent servir de catalyseur dans le traitement thérapeutique.

Aussi, l'identification du médecin au malade et sa compréhension de sa situation médicale tout en gardant une certaine distance, pourra forcément l'armer d'une objectivité qui assurera la réussite thérapeutique.

Toutefois, un contre-transfert excessif (conduisant à une identification massive au malade et perte de l'objectivité), un transfert négatif (induisant l'agressivité et frustration du malade) ou encore une absence totale de transfert (conduisant à une froideur des relations, absence totale de communication) conduira indéniablement à un échec thérapeutique.

A cet effet, M. Balint, psychanalyste hongrois, a développé une modalité originale d'approche de la relation médecin-malade. Pour Balint, le médecin est un remède en soi, même si son action est aussi médiatisée par des soins thérapeutiques.

Le groupe Balint, composé de médecins, soignants ou autres personnes ayant des responsabilités thérapeutiques se réunissent régulièrement (toutes les deux à quatre semaines) pour examen de la relation médecin-malade à travers l'étude d'un cas clinique issu du groupe et posant un problème relationnel.

La formation Balint a pour but de reconnaître l'émotion où la souffrance ressentie par le malade et de pouvoir l'apaiser. Celle ci est axée sur deux niveaux:

1. Le premier niveau du travail Balint est celui qui étudie la relation du médecin avec son malade, le sens et les signes de cette relation.
2. Le deuxième niveau consiste à reconnaître que l'inconscient existe et qu'il conditionne le corps humain. Mais, la difficulté qui existe à ce niveau réside dans la tentative de renoncer au clivage corps-psychisme. Cette séparation du corps biologique et corps psychique, permet ainsi aux médecins de considérer un esprit sain dans le traitement d'un corps malade et aux analystes de traiter un psychisme blessé dans un corps sain. Mais, il demeure compréhensible que l'abandon de cette dichotomie d'habitude rassurante, génère un doute par rapport à l'unité de l'être humain, et par conséquent sa mort définitive.

Dans ce contexte vient s'ajouter, la théorie éducative et thérapeutique dont Carle Rogers est l'un des fondateurs, complétant ainsi la théorie précédente.

D'après C. Rogers, l'homme a des compétences et des capacités qui lui permettent d'évoluer et de progresser d'une manière positive. De plus, s'il est doté d'un optimisme et confiance en soi, il peut surpasser les difficultés en cas de maladie. Mais, c'est uniquement dans une ambiance agréable où règnent la compréhension et la confiance entre le soignant et le malade que ce dernier accepte les soins thérapeutiques.

Le principe essentiel de la théorie de C. Rogers repose sur le fait que le soignant doit être dûment honnête, réaliste vis-à-vis du malade, l'accompagne sans porter de masque et sans tricher tout en étant attentif à ses appréhensions sans vraiment se mettre à sa place ou porter des préjugés.

Dans ce contexte, le soignant honnête doit montrer de l'enthousiasme devant l'état progressif du malade et adopter une relation de compassion et d'amitié face à un malade en colère ou insatisfait.

Le deuxième principe cité par C. Rogers est basé cette fois, sur les sentiments de confiance, d'estime et d'empathie ressentis par le médecin envers son malade.

Face à cet état d'esprit exigé par C. Rogers, le malade peut s'exprimer librement devant son médecin, sans craindre d'être évalué ou jugé, et ainsi progresser dans un bon environnement relationnel.

### **La relation interindividuelle:**

Sachant que les besoins prioritaires d'une personne malade au moment de son admission à l'hôpital sont ceux de sécurité, de bien être et de respect, une bonne maîtrise de la relation interindividuelle, doit permettre au médecin d'établir avec son patient un échange affectif, qui aura des vertus curatives.

On sait que le malade a besoin avant tout traitement médical ou paramédical de se sentir accepté et compris en ce moment de crise, ou sa personnalité ébranlée est remise en question. Mais, ce que nous ignorons, c'est que ce besoin vital d'acceptation et de compréhension devient un remède en soi - même.

La relation médecin-malade avant d'être une relation thérapeutique où l'on commence à parler probablement de radios, scanner, analyses ou soins, doit reposer sur une communication verbale et tacite, un dialogue basé sur la confiance et une écoute attentive et vigilante.

Aussi, cette communication empathique qui insinue bien évidemment la capacité de se représenter la douleur ressentie par le malade, sans avoir pour autant vécu une pareille expérience est souvent génératrice de confiance, compréhension, coopération et attachement. En parlant de ces besoins, Maslow (1954) écrit:

*« Chaque être humain est un système vivant rencontrant des besoins constants dont la forme précise varie d'un individu à l'autre. Ces besoins liés entre eux par ordre de force et de priorité, sont regroupés selon les niveaux ascendants suivants:*

- *Les besoins physiologiques: faim, soif, sommeil, repos, etc...;*
- *Les besoins de sécurité affective et autres;*
- *Les besoins d'appartenance et d'affection recevoir et donner de l'affection, se grouper, etc...;*
- *Les besoins d'estime : être considéré par soi-même et par les autres pour ce qu'on est et ce que l'on fait, être capable de faire face à telle ou telle réalité etc...*
- *Les besoins d'actualisation de soi: se réaliser dans ce qu'on est capable de devenir, etc. » (la famille: sa réalité psychologique, Aurèle St Yves, les éditions la liberté, Québec., 1983, PP53-54)*

Donc, au premier contact, le corps médical doit s'intéresser avant tout au malade; mieux le connaître en enregistrant quelques informations préliminaires sur sa vie familiale et professionnelle, cerner sa personnalité et connaître la gravité de son état physique. Cela permet notamment, de mettre le malade en confiance, régulariser ses paramètres vitaux et ainsi favoriser son bien être.

Une personne qui traverse un état de crise, qui est soudain malade ou mourante dont les activités quotidiennes les plus anodines sont interrompues (arrêt de travail, appels téléphoniques et sorties entre amis suspendus ....) se retrouve face à des sentiments d'insécurité, d'anxiété et de dévalorisation. Souvent séparée de sa famille et de ses amis, la personne malade éprouve le besoin urgent d'être informée de son état de santé et aussi d'informer les autres, notamment le conjoint et la famille de la gravité de son état physique. Par conséquent, le manque d'attention et d'information à ce moment si crucial de sa vie, est susceptible d'augmenter son angoisse et sur dramatiser la situation.

### **Dire la maladie:**

La maladie, male habitus, quelle que soit sa gravité, est une réalité qui coûte affectivement au malade. A ce sujet le professeur Aurèle St Yves explique :

*« Le responsable des soins infirmiers se doit, par sa présence physique et morale quasi continue, de répondre non seulement de façon cohérente, d'après les informations livrées par le médecin aux questions soulevées à temps et à contretemps par la malade mais aussi, selon Bélisle (1970), de percevoir et de sentir ce que le malade ressent afin de réagir de façon adéquate. Le même auteur conseille également au responsable des soins infirmiers de laisser parler le malade en essayant de détecter les sentiments qui se cachent derrière ses mots et par la suite, de lui poser des questions portant sur ce qu'il ressent plutôt que sur ce qu'il pense. Une telle attitude familiarise le malade avec l'inconnu qui l'apeure, avec sa situation souvent anxiogène, et le met en confiance, facilitant ainsi la satisfaction de son besoin de dire, dire ce qu'il veut dire, au moment ou il sent le besoin de le dire. » (La famille: Sa réalité psychologique, Aurèle St Yves, Les éditions la liberté. Québec, 1983, P110)*

Donc, il est évident qu'au moment approprié, dire la maladie permet de satisfaire le besoin du patient de connaître sa situation.

Dire la maladie, c'est avant tout la raconter au malade, la décrire en vue de trouver dans le discours médical des éléments susceptibles d'orienter sa propre situation. C'est aussi l'inscrire dans son histoire personnelle.

Ainsi, le malade qui souffre d'une maladie est appelé à la nommer, connaître sa gravité et la raison de son advenue. De ce fait, l'attention à la dimension existentielle de la maladie s'avère essentielle à sa compréhension. Et comme, l'évaluation de la maladie n'est pas seulement scientifique et médicale, vu que c'est aussi un travail psychologique par lequel l'information prend un sens pour le malade, dire la maladie, permet à ce dernier de la reconnaître, de la décrire aux autres avant de finir par l'assumer.

Dans cette perspective, l'accès au savoir médical donne la possibilité au malade de redevenir acteur de sa propre existence. Et, en communiquant calmement avec le malade attentif à ses éventuelles appréhensions et inquiétudes, le médecin non seulement contrôle ses paramètres vitaux mais, lui transmet aussi une sécurité émotionnelle et affective qui se rapproche de l'atmosphère familiale et sociale qu'il a laissée derrière lui. Aussi, avant d'entreprendre un traitement, précise Julien (1978):

*« Le médecin doit d'abord révéler certains renseignements au malade au sujet de la nature et des buts du traitement, des différentes sortes de traitement (incluant le non traitement), les risques encourus, les conséquences et complications éventuelles. » (La famille: Sa réalité psychologique, Aurèle St Yves, Les éditions La liberté. Québec, 1983, P109)*

Cette façon de procéder rajoute le professeur Aurèle St Yves:

*« Permet au médecin, d'une part, de pénétrer progressivement l'univers du malade et, d'autre part; d'aider ce dernier à apprivoiser son nouvel état en répondant le mieux possible à ses besoins de sécurité, en lui manifestant de l'attention par le biais d'une écoute vigilante, de la considération, apaisant ainsi son besoin d'estime par autrui. » ((La famille: Sa réalité psychologique, Aurèle St Yves, Les éditions La liberté. Québec, 1983, P109)*

Une pareille initiative est jugée bénéfique aussi bien sur le plan thérapeutique que sur le plan psychologique. Le patient étant rassuré, toute action éventuelle auprès de sa personne qui sous entend éventuellement le respect de sa dignité et la discrétion doit être faite avec son accord. Par conséquent, tout geste médical ou paramédical prévu auprès du malade doit être préalablement expliqué. Malheureusement, en Algérie, cette initiative n'est respectée ni dans les centres hospitaliers étatiques ni dans les cliniques privées.

Quant il s'agit du patient condamné à mourir ou mourant, le médecin se doit alors de communiquer véritablement avec lui, à lui manifester de l'attention et de la compassion et surtout à l'informer de façon lucide et, en prenant le temps qu'il faut sur la sévérité de sa maladie. Par ailleurs, le médecin doit demeurer sensible aux besoins du malade et attentif à son désir de s'exprimer. Mais souligne Piper (1972):

*« Ce n'est qu'après avoir clarifié ses propres motivations affectives et pris conscience des problèmes que lui pose personnellement la mort, que le médecin est apte à communiquer véritablement avec un mourant, à lui manifester de l'attention et à l'informer de façon adéquate sur sa maladie tout en restant sensible à ses besoins, disponible pour l'écouter car n'étant plus confronté à la culpabilité, à la honte d'avoir menti ni à la tendance à minimiser*

*la gravité de la situation. » (La famille: Sa réalité psychologique, Aurèle St Yves, Les éditions La liberté, Québec, 1983, P112)*

Dans le même sens, Karleen (1977) affirme que pour répondre aux besoins du patient mourant:

*« L'infirmier (ère) doit approfondir ses propres sentiments face à la mort et être sensibilisé(e) aux émotions du patient face à la sienne.*

*Comment les soignants contribuent ils à apporter une aide psychologique aux mourants?*

*La réponse nous est donnée par Krieger et Bascue (1975) qui identifient trois modalités possibles:*

- *Aider à la reconnaissance et à l'acceptation de la mort imminente du patient, et explorer les sentiments que cette reconnaissance crée;*
- *Procurer de l'aide et du soutien à la personne en phase terminale qui habituellement souffre de solitude;*
- *Aider cette personne à trouver ou à maintenir un sens à la vie malgré le peu de temps qui lui reste à vivre. » (La famille: Sa réalité psychologique, Aurèle St Yves, Les éditions La liberté, Québec, 1983, PP112-113)*

A cet effet, en France par exemple, de nombreux médecins et associations de malades ont abordé la question de l'annonce d'une maladie grave fondée sur le respect de la dignité du malade et sur le droit de savoir afin de mieux répondre à ses besoins.

### **L'annonce du diagnostic d'une maladie grave:**

Il est important de mentionner à ce niveau que toute annonce d'une maladie grave implique pour le malade, l'actualisation de deux maladies. D'un côté, une maladie organique (cancer, sida, handicap, état psychiatrique...) et d'un autre côté, une maladie anxieuse qui peut générer une grande détresse qui complique la prise en charge thérapeutique. Dans ce contexte, Jean Hamburger parle d'une rencontre unique entre deux solitudes:

*« C'est la rencontre de deux solitudes: Solitude du malade; écarté par son mal de la vie qu'il aimait, isolé du monde des autres par son angoisse cachée. Solitude du médecin, qui sait qu'il devra porter, seul, le poids d'une responsabilité incessante jusqu'au bout du chemin » (Grégoire, Moutel, 2005, P1)*

Dans cette solitude, Grégoire Moutel explique, médecin et malade s'appriivoisent:

*« Il (le médecin) lui faut pénétrer l'univers personnel de l'homme qui s'est confié à lui, sa peur ou son mépris de la souffrance et de la mort, sa résignation ou son impatience, sa*

*faiblesse ou sa force d'âme, son acceptation ou son refus des risques. De son côté, le malade fait au médecin le don bouleversant de sa confiance, il tente à son tour de pénétrer les secrets à qui il a confié le soin de sa vie, il veut deviner ses arrières pensées, ses hésitations, ses incertitudes » (Grégoire Moutel, 2005 ; P1)*

Depuis les années 1980, le corps médical en France avec l'appui des associations de patients, a été en faveur de l'éthique de la recherche et de l'éthique clinique, que ce soit dans le champ de la cancérologie, du sida, du handicap, ou de la psychiatrie. Ainsi, le patient est associé aux prises de décision, avec une insistance sur l'information de qualité et son consentement aux soins.

Ceci revient notamment, à conférer au patient non seulement la liberté de choix, le respect de sa dignité et l'égalité en droit mais aussi, la solidarité et la fraternité. Toutefois, il faut souligner que même en France, le pays des droits de l'homme, la question de l'annonce de la maladie grave, la reconnaissance de la dignité et du droit à la vérité n'a été officiellement abordée que le 4 Mars 2002.

#### **La loi du 4 Mars 2002 et l'annonce de l'information:**

A ce sujet, la loi précise que le patient a droit à une information claire, loyale et appropriée à son état et, qu'il a aussi le droit au libre accès de son dossier médical.

Il est important aussi de rappeler à cet égard, que le code français de déontologie stipule néanmoins que l'information du patient peut être modulée dans l'intérêt du malade en fonction du contexte, de sa personnalité et de sa psychologie du moment. Cependant, en cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical doit être levé afin de préparer du vivant du patient les dispositions administratives ou organisationnelles obligatoires à la préparation de l'avenir de la famille, particulièrement en cas de séquelles ou de décès. Cependant, le médecin doit avoir la délicatesse de savoir le moment précis où le patient en question est prêt à connaître la mauvaise nouvelle.

Le moment critique est le temps précis où le patient désire connaître la vérité car le temps des uns n'est pas toujours celui des autres.

Comment s'exprime le patient, son état émotionnel, ses attitudes et non-dits traduisent ses peurs, ses craintes et ses attentes. Et, alors que beaucoup de patients cherchent très vite à connaître leurs diagnostics, nombreux sont ceux qui préfèrent avoir recours au mécanisme de déni afin de se protéger de l'agression et mieux s'habituer à leur condition.

Ainsi, il est important de rappeler que l'annonce brutale de la maladie grave peut choquer, voire plonger dans le désespoir et parfois la dépression avec des conséquences dramatiques le patient même qui se dit prêt à connaître la vérité. Aussi, quelque soit le désir

du patient de savoir ou pas, la démarche du médecin doit être prudente et progressive, en prenant le soin de découper l'information en petits morceaux faciles à assimiler afin d'éviter le risque de plonger le malade dans une dépression grave.

Cet échange ainsi établi entre le médecin et son patient passe d'abord par une bonne discussion, l'absorption des émotions et plus tard les soins, une bonne écoute des appréhensions du malade et sa mise en confiance pour dissiper les doutes éventuels qui le rongent.

A ce stade, le médecin doit renforcer la compréhension du malade de l'évolution de sa maladie en situant les questions difficiles dans un cadre intelligible. En réagissant avec sensibilité et empathie, le médecin doit non seulement prendre en compte les soucis et inquiétudes du malade à l'égard de sa maladie et du traitement mais aussi, le soutenir et l'aider à préparer son avenir ou sa mort.

### **La préparation du malade à mourir:**

C'est précisément pour apporter cette aide psychologique que les soignants algériens doivent être formés et prêts à aider le mourant en lui fournissant l'occasion d'exprimer ses sentiments non coutumiers de colère, de révolte, de frustration, de peur et de dépression. En passant par toutes ces étapes, le mourant est donc encouragé à faire la paix avec lui-même et ceux qui l'entourent en ce moment si décisif de sa vie. Sur le sujet, professeur Aurèle St Yves résume:

*« En s'appuyant sur le modèle de Kubler - Ross (1969) et ses continuateurs..., nous examinons les besoins éprouvés par un être humain au fil des phases (étapes) qu'il parcourt aux approches de la mort:*

*Les études Rossiennes nous amènent à résumer en cinq phases les réactions de la personne mourante, à savoir:*

- *La dénégarion (déli) et l'isolement après le choc de l'annonce de sa mort imminente;*
- *-L'irascibilité, la colère, la rage et la révolte;*
- *Le marchandage (demande de compromis et de sursis);*
- *La dépression;*
- *L'acceptation.» (La famille: Sa réalité psychologique, Aurèle st Yves, Les éditions La liberté, Québec, 1983, P63)*

De plus, les spécialistes de la santé stipulent qu'en général, le mourant qui est assailli par la morosité et le désenchantement à l'annonce de sa mort imminente, souffre souvent de

l'absence d'une écoute et d'une compréhension authentique nécessaire à son bien être, le temps qui lui reste à vivre. Du reste, compte tenu ces sentiments de révolte et de dépression anticipés chez le mourant, les capacités des soignants à donner plus d'attention, de soins et de support affectif doivent être renforcées.

### **Méthodes et objectifs:**

Le but de notre étude sur terrain est donc de déterminer à quel point le médecin ou soignant algérien est impliqué dans la vie du patient hospitalisé et aussi de démontrer qu'en l'absence d'une relation médecin-malade de qualité, les erreurs de jugements de la part du corps hospitalier peuvent entraîner des complications considérables de santé.

De plus, notre objectif principal est de mettre en évidence les facteurs et les causes qui engendrent la relation médecin-malade que nous observons de nos jours dans les centres hospitaliers gérés par l'état algérien (travail mécanique, laisser aller, absence de communication verbale...). Aussi, nous avons choisi aussi bien l'entretien que les questionnaires:

### **L'entretien:**

Nous avons choisi cet outil pour recueillir les témoignages d'expérience de différents cas, choisis d'une manière aléatoire, uniquement selon la gravité de leur cas. Notre enquête d'ordre qualitatif nous a permis donc de discuter librement avec ces malades pris de 3 villes métropolitaines (Annaba, Alger et Constantine), afin d'élaborer une réflexion soutenue en rapport avec les éventuelles difficultés au niveau relationnel entre les médecins et leurs malades ayant entraîné des complications graves de leurs états de santé.

### **Recueil des témoignages et analyse:**

Dix cas ont été minutieusement choisis des échantillons de notre enquête. Ces cas se plaignent tous de manque de communication et sous-évaluation de l'intensité de leur souffrance par le corps hospitalier et, par ces témoignages, nous avons pu faire émerger deux thématiques principales:

la nature de la relation médecin malade: D'où l'absence totale de communication entre soignants et soignés, l'usage d'un jargon médical difficile à déchiffrer par ces patients ainsi que l'absence de la préparation psychologique de ces malades avant toutes approches diagnostics ou thérapeutiques.

Et, la répercussion du facteur relationnel sur l'état de santé du malade: En effet, tous ces facteurs réunis représentaient les facteurs ayant aggravé l'état de santé de ces patients.

### **Le questionnaire:**

Cet outil choisi principalement pour soutenir et compléter les résultats obtenus des entretiens, nous permet de démontrer le vécu réel du corps hospitalier en interaction avec les malades et, saisir les conditions dans lesquelles travaillent quotidiennement les médecins, infirmiers et sages-femmes. Aussi, cet outil nous aide à mettre en exergue les facteurs éventuels qui engendrent les pratiques mécaniques et automatiques du corps hospitalier et aussi, les situations stressantes et accablantes souvent notées par les patients ou corps hospitalier en milieu hospitalier.

Notre motivation et choix se limitent au corps hospitalier (médecins, infirmiers et sages-femmes) pratiquant dans les services de gynécologie et médecine interne et, se basent essentiellement sur le coté pratique (proximité des lieux) et importance du CHU (lieu stratégique et charge métropolitaine).

L'autorisation d'accès au CHU Ibn Rochd d' Annaba nous fût délivrée après 3 mois d'attente, alors que la tâche de distribuer et récupérer les questionnaires nous prît plus de 8 mois. En Algérie, il n'existe aucune loi ou convention facilitant le travail empirique des enseignants chercheurs. Les directeurs d'hopitaux sont les seuls responsables habilités à octroyer ou à refuser l'autorisation d'accès aux services concernés et une fois à l'intérieur, il existe une autre hiérarchie aussi compliquée à respecter. Donc, la seule issue qui s'offrit à nous, fût de passer par le médecin chef, infirmier chef et sage-femme chef travaillant de jour aux services gynécologie et médecine interne pour la distribution et récupération des questionnaires. Il demeure que beaucoup de soignants évoquent la charge de travail pour refuser les questionnaires.

Notre approche méthodologique reposa sur la distribution aléatoire et anonyme de 200 questionnaires à l'attention des médecins et 200 aux soignants. Au total uniquement 80 questionnaires ont été récupérés des médecins et, 70 questionnaires des soignants.

### **Traitement des données destinées aux médecins généralistes:**

Les données portent sur deux paramètres essentiels:

- Le plan relationnel (temps accordé au malade, écoute, suivi, renseignements thérapeutiques, respect de la dignité du patient...)
- Le milieu professionnel (histoire du malade, famille, société, conditions de travail...)

En général, les médecins généralistes du CHU Ibn Rochd de jour, qui pratiquent de 9h à 14h, affirment tous travailler dans des conditions médiocres.

Ces médecins qui consultent en moyenne une dizaine de malades par jour, affirment travailler en général avec une population instruite et avisée, analphabète avec peu de connaissances médicales ou moyennement cultivée. Cet amalgame de malades soignées au CHU (histoire propre, disparité dans l'âge, niveau d'instruction, culture, appartenance sociale et religieuse...) rend la tâche journalière, aussi pénible que prenante.

A la lecture des données recueillies des médecins et après interprétation statistique des informations, il y eût lieu de noter ce qui suit:

- - En matière de charge journalière, les médecins consacrerent en moyenne 15 à 20 minutes à l'écoute du malade malheureusement, tous les médecins se trouvent confrontés à la difficulté du suivi régulier.
- - Les médecins sont aussi unanimes sur le fait « qu'il faut prendre le temps de révéler certains renseignements au malade au sujet de la nature et des buts du traitement, les risques encourus, les conséquences et complications éventuelles » et que « toute action auprès du malade qui sous entend éventuellement le respect de sa dignité et la discrétion doit se faire avec son accord ».
- - Toutefois, en matière d'écoute, même si les médecins manifestèrent de l'attention et de la sensibilité aux besoins de chaque malade, tous expliquèrent en tout honnêteté qu'il est difficile, voire impossible de s'investir vraiment avec chacun d'eux vu la charge considérable de travail en milieu hospitalier.

Quant aux reproches énumérés par les médecins généralistes, ils inclurent:

- **Le malade:**
  - non – instruit et mal – informé de son état de santé.
  - indiscipliné et non – respectueux des prescriptions du médecin.
  - ingrat envers le médecin traitant vu la gratuité des soins.
- **Le système hospitalier:**
  - médiocre et mal – organisé.
  - offrant très peu de moyens matériels et humains au corps hospitalier.
  - Les soignants (infirmiers et sages – femmes):
    - tout simplement dépassés par la charge de travail journalière.
- **La famille du malade:**
  - mal – informée voire non cultivée.
- **La société algérienne:**
  - ignorante, manquant de confiance et sous – estime le corps médical et paramédical.

Aussi, à la question: Dans de meilleures conditions de travail, qu'auriez vous apporté de plus à vos patients?

Les médecins furent unanimes:

- une écoute attentive et vigilante.
- Plus de réconfort et plus d'information au malade sur son état de santé.

**Traitement des données destinées aux soignants:**

Les données destinées aux soignants portèrent sur les paramètres suivants:

- Le milieu professionnel (difficultés rencontrées en milieu hospitalier, charge journalière...)
- La relation amicale (connaissance particulière du malade, préparation psychologique et degré de communication avec le malade (toucher, informer, rassurer, degré de compréhension de son agressivité, anxiété et frustration...)
- Travail sur soi (capacité de voir le patient hospitalisé dans sa globalité, capacité de s'interroger sur ses propres actions, degré de conscience professionnelle, degré de conscience d'un travail plutôt mécanique et degré de compréhension des réactions légitimes du malade...)

Ainsi, et au regard des données recueillies, il y eût lieu de retenir:

**Concernant les difficultés rencontrées habituellement par les soignants avec les malades, nous notâmes:**

- Le niveau d'instruction des malades, l'obscurantisme de toute une société sans oublier, les mouvements d'humeurs des malades et de leurs familles. Aussi, n'est-il pas étonnant de signaler à ce niveau un moral souvent à fleur de peau.
- Tout comme les médecins, les soignants sont unanimes vis-à-vis des conditions de travail jugées médiocres avec pas assez de moyens matériels et humains. Ils incluent entre autres, les charges et responsabilités qui les dépassent, le manque de coordination entre soignants et patients et différents services hospitaliers sans oublier, les négligences observées dans le service qu'ils attribuent aussi bien aux soignants et patients qu'au système hospitalier tout entier.

Même si les paramètres vitaux du malade hospitalisé sont contrôlés dès son admission et, les soins administrés et vérifiés sans délais et, malgré la vigilance du corps hospitalier, plusieurs difficultés furent citées par les soignants:

**Côté sages-femmes, nous enregistrâmes:**

- Hypertension artérielle – cardiopathie,

- hématome rétro – placentaire,
- maladies chroniques,
- et, toxémie gravidique.

**Alors que coté infirmiers, nous notâmes des complications du genre:**

- HTA – HRP – OAP,
- Diabète,
- tuberculose péritonéale,
- cancer bronchique,
- et, insuffisance cardiaque.

Quant aux questions se rapportant à la relation avec le malade, les réponses furent unanimes:

**- A la question: Est-ce que le malade est préparé psychologiquement avant toute action thérapeutique?**

Les réponses furent directes: la préparation psychologique n'est pas toujours évidente compte tenu les conditions de travail.

**- A la question: Arrivez-vous à distinguer le malade ausculté des autres malades par sa personnalité et besoins thérapeutiques?** Les réponses furent négatives.

**- A la question: Informez-vous le patient de sa situation réelle de santé?** Les réponses furent aussi négatives.

**- Par contre à la question: Arrivez-vous à communiquer avec tous les malades?** Les réponses varièrent entre:

- oui et non.
- Pas tous
- Ou, uniquement quant le malade est hospitalisé pendant plus d'un mois ou souffrant d'une maladie grave.

**- Les infirmiers affirmèrent aussi pouvoir:**

- Toucher la main ou l'épaule du malade pour le réconforter.
- Lui parler de l'importance des soins ou des conséquences d'une éventuelle négligence.
- Et, fournir une petite notion de culture générale aux plus démunis dans le domaine de l'hygiène et la santé.

**- Somme toute, les sages-femmes insistèrent toutes sur l'importance:** de donner des conseils aux femmes enceintes et aux accouchées multipares, sur les espacements des

naissances et risques de complications et handicap suite aux accouchements répétés.

- **Mais, elles eurent aussi l'honnêteté d'affirmer avoir souvent été:** Témoins de violences verbales à l'encontre des malades qui refusent de coopérer et, justifiaient ce comportement jugé inhumain par le non-respect de certaines malades.

- **De leur côté, les infirmiers signalèrent:**

- des sentiments de malaise face aux besoins des malades.

- Et, des sentiments d'impuissance devant la rigidité du système hospitalier, l'inconscience professionnelle et, le manque de sensibilité chez certains soignants.

- Les soignants (infirmiers et sages-femmes) ne manquèrent pas aussi de justifier: leurs sentiments de malaise par un réel besoin de recyclage.

### **Discussion:**

Les soignants scientifiquement compétents sont supposés avoir non seulement les compétences mais aussi, les attitudes, les réactions et les comportements adéquats à une éventuelle interaction avec les personnes atteintes de maladies graves ou mourantes.

Cela dit, étant donné que la relation médecin malade dans notre pays est en pleine mutation, notre société souhaite la faire évoluer d'un modèle «paternaliste», ou le médecin prend seul les décisions thérapeutiques sans même concerter le malade, vers un modèle «d'autonomie» ou le malade est censé être capable de prendre les meilleures décisions en rapport avec sa maladie, ou même sa mort.

En pratique, et pour respecter le malade sans se désinvestir totalement de son rôle et de son statut, le médecin se devra au moins d'expliquer sa maladie et son traitement au patient en utilisant un langage courant facile à déchiffrer et de lui permettre l'accès à son dossier médical.

A ce niveau, L'exposition des besoins psychologiques d'une personne hospitalisée nous amène, à nous interroger sur les attitudes que les soignants Algériens manifestent à l'égard du malade hospitalisé. Ces attitudes supposées favoriser le bien être du malade et, rejoindre ses besoins aussi bien physiologiques que psychologiques, doivent lui permettre notamment de s'adapter à son nouvel environnement et s'accepter comme personne autonome.

Malheureusement, notre étude empirique montre clairement que les réactions du malade du moins au niveau du CHU d'Annaba regroupent les sentiments de colère, de révolte et d'irascibilité (des sentiments effectivement mentionnées dans les études Rossiennes comme étant justifiés par un état désespéré de douleurs et de souffrances).

A cet égard, de nombreuses études ont aussi démontré que le problème de communication affecte non seulement la rentabilité et productivité du corps hospitalier mais, provoquent aussi des sentiments négatifs chez les sujets malades.

Il est évident que l'hôpital algérien comme institution hospitalière n'a guère été conçu pour absorber les sentiments ressentis par les patients atteints de maladies graves. Ces sentiments de colère, de révolte et de dépression provoquent souvent des sentiments de mauvaise conscience et de malaise chez les soignants. De ce fait, le patient qui exprime ces sentiments non coutumiers communique non seulement un besoin personnel traduit comme une demande exagérée (voire même au dessus des moyens du corps hospitalier) mais aussi, enfreint la culture, les lois et les espérances de l'hôpital. Etant uniquement conçu pour diagnostiquer la maladie et prodiguer des soins, tout le système hospitalier est de ce fait menacé. Mais finalement, dans notre société, il demeure certain que c'est uniquement dans le dialogue constant avec les proches membres de sa famille, que le malade hospitalisé peut trouver du réconfort et le mourant arrive à faire connaître ses dernières volontés.

La tâche des soignants n'est certes pas toujours facile en raison des multiples facteurs à prendre en considération notamment, la spécificité de chaque malade hospitalisé, la charge importante des soins prodigués et les mauvaises conditions de travail. Ajouté à cela, la nature du travail hospitalier manifestement ingrat, contraignant et source de stress et de tension.

Toutefois, même si notre acharnement contre l'incompétence des soignants du point de vue relationnel est certainement justifié, notre objectivité nous amène à nous tourner vers le système hospitalier qui a le devoir de leur faciliter la tâche en leur prodiguant plus d'attention et de moyens matériels et humains.

Cela dit, ce corps hospitalier qui n'exige que des moyens matériels et humains pour mieux servir les malades, n'a manifestement jamais reçu de formation soutenue en matière de pédagogie d'entretien médical.

### **Pédagogie d'entretien médical:**

La pédagogie d'entretien médicale consiste à évaluer les réactions du patient à l'annonce de la maladie grave. A cet effet, le médecin doit orienter l'entretien thérapeutique avec beaucoup de précautions dans le sens des objectifs espérés, en incluant l'attente du malade, et sa compréhension de l'information médicale.

Aussi, le médecin manifestement formé en pédagogie d'entretien médical se doit de:

- donner une bonne explication de la maladie avec des mots simples en s'assurant du degré d'assimilation du malade;
- donner l'impression au malade d'avoir prise sur l'entretien afin de légitimer ses craintes et appréhensions;
- s'attarder sur les points essentiels des soins thérapeutiques, en essayant d'éliminer les points obscurs afin de permettre au malade de vaincre ses peurs et anxiétés;

- et finalement, offrir au malade des dessins, annotations, enregistrements et écrits afin d'améliorer son assimilation de la maladie et du traitement thérapeutique.

**Conclusion:**

Au regard des résultats de notre étude sur terrain, des témoignages et aussi, notre observation des malades, médecins et soignants durant toute la période de recherche, nous constatons que bien qu'il existe une très bonne volonté de la part du corps hospitalier de bien veiller au bien être du malade hospitalisé, il demeure clair que les conditions de travail (médiocrité, charge de travail considérable, moyens matériels et humains insuffisants...), la mission du corps hospitalier de s'investir humainement avec chaque malade émane réellement de l'impossible.

Aussi, il nous semble légitime de la part du malade dans des moments de souffrances de montrer de l'anxiété, agressivité ou manque de respect vis-à-vis du corps hospitalier qui reconnaît être souvent dépassé par les événements et, de ce fait incapable de montrer des sentiments d'empathie envers tous les malades hospitalisés.

A signaler toutefois, que la gratuité des soins en milieu hospitalier génère des sentiments d'ingratitude chez beaucoup de patients, alors que la précarité des lieux de travail suscite des sentiments d'insatisfaction chez les soignants.

Aussi, et à partir de ces constatations, il importe de souligner que tant que le système de gratuité n'est pas remplacé par un système plus crédible d'indemnisation en cas de maladie et, tant que les conditions de travail laisseront à désirer, la relation médecin- malade demeurera tendue.

Somme toute, il est clair que ce ne serait que lorsque les soignants algériens seront prêts à considérer le comportement du patient comme étant un symptôme significatif de besoin humain et, uniquement quand ils apprendront à répondre aux besoins du malade, comme étant une partie intégrante de leur responsabilité professionnelle, qu'ils seront réellement capables de faire face aux sentiments de mécontentement et d'insatisfaction ressentis par les malades hospitalisés, et aux sentiments de colère et de révolte observés chez les patients atteints de maladies graves, sans pour autant se sentir personnellement agressés et l'institution hospitalière attaquée.

Nous terminons en mettant l'accent sur le fait que, le médecin qui termine son entretien en s'assurant que le malade est réellement satisfait, s'ajoutera aux rares praticiens algériens qui ont compris que la relation médecin-malade fait partie intégrante des soins thérapeutiques efficaces.

### **Bibliographie :**

- Aurèle. St Yves. (1983) « La famille: Sa réalité psychologique ». Québec: Les éditions La liberté.
- Baern. Louis. (1978) « Let the patient decide ». Philadelphia: The Westminster Press.
- Balint. M. (1996) «Le médecin, son malade et la maladie ». Trad. J. P. Valabrega, Petite collection, Payot, Paris, 7eme ed.
- Barne. E. (1968) «Les relations humaines à l'hôpital ». Privat, Toulouse.
- Bastide. Roger. (1972) « Sociologie et psychanalyse ». Presses Universitaires de France.
- Belarouci. Latéfa (1993) « Besoins en santé mentale ». Algérie santé, Institut national de santé publique (INSP), PP33-37.
- Belarouci. Latéfa. (1993) «l'importance du facteur santé mentale chez l'enfant scolarisé ». Algérie santé, Institut national de santé publique (INSP), PP46-48.
- Bernard. Kitous. (1994) « Soigner l'hôpital ». Edition Eres, Rennes.
- Bourgon. Y. (1973) « l'information du malade à l'hôpital ». Le Centurion, Paris.
- Breton. Philippe. (2000) « L'utopie de la communication ». Casbah Edition, Alger.
- Deliege. Rott. D. (1978) « Humanisons les hôpitaux ». Malsaine, Paris.
- Caine. Lynn. (1974) « Widow ». United States: William Morrow and company.
- Canguillem. G. (1966) Le normal et le pathologique. PUF, Quadrige.
- Denise. Deliege Xavier Lens. (1978) « humanisons nos hôpitaux ». Malouine éditeur, Paris.
- Dominique. Rispaill. « Mieux se connaître, pour mieux soigner ». Bibliothèque IFSI, CHU de Grenoble, Année non mentionnée.
- Frederic Jesu. (1995) « Promouvoir la santé des enfants et des adolescents dans leur environnement ». In L'enfant en milieu tropical, No 216, la santé mentale des enfants, CIE, Paris.
- Guyotat. J(éd) et collaborateurs. (1978) « Psychothérapies médicales ». Collection Médecin et psychothérapie, Masson, Paris.
- Jammes. PH et collaborateurs. (1996) « Psychologie médicale ». Collection Abrégés, Masson, Paris, 2eme éd.
- Julien. Clemen. (1983) « Les droits et recours du malade ». In Aurèle st Yves, La famille: Sa réalité psychologique, Québec: Les éditions La liberté, P109.
- Karlee, Ralya. (1983) « The hôpital, staff and the dying » In Aurèle st Yves, La famille: Sa réalité psychologique, Québec: Les éditions La liberté, PP112-113.

- Kubler-Ross, Elizabeth. (1975) « Death, the final stage of growth ». New Jersey: Prentice-Hall inc., Englewood cliffs.
- Laplantine. F; P. (1992) « La littérature et la maladie ». L'homme et la santé. La villette, Seuil, Paris.
- Laplantine. F. (1992) « Anthropologie de la maladie ». Paris, Payot.
- Manoukian. A et Masseboeuf. A. « La relation soignant soigné ». Edition L'amarre, 2001. bibliothèque IFSI de Grenoble, Année non mentionnée.
- Maslow. A.H. (1983) « Motivation and personality ». In Aurèle et Yves, La famille: Sa réalité psychologique, Québec: Les éditions La liberté, 1983, PP53-54.
- Masson. (2004) « Ethique et santé », Paris.
- Mohamed Mokhtari, El Khabar Haouadites. (31 Décembre 2007 – Janvier 2008) « les fautes médicales... des crimes impardonnables – des. médecins qui commettent des génocides à l'encontre de leurs malades », No151.
- Moody. Raymond. (1975) « Life after life ». United States and Canada»: Bantam Books, Inc.
- Mostefa Khiati. (1985) « Guide des soins infirmiers ». OPU, Alger.
- Piper. Hans. (1983) « Notre incapacité devant la mort ». In Aurèle. St Yves, La famille: sa réalité psychologique, Québec: Les éditions La liberté, P112.
- Rabah Boussouf. (1992) « Géographie et santé en Algérie ». OPU, Alger.
- Scarry. E. (1985) « The body in pain, the making and unmaking of the world ». New York, Oxford University Press.
- Schaml. W. J. b. (1974) « Pour un hôpital plus humain ». Salvador, Mulhouse 4.
- Smith. Jane Edelman and Haddad, Yvonne Yasbeck. (1981) «The Islamic Understanding of death and Resurrection». United State: State University of New York, Albany.
- Thibaud. A. (1977) «. Besoins en santé et réponse à l'institution sanitaire en Algérie, réflexion à partir d'un cas concret ». In cahiers de sociologie et démographie médicale, 16eme année, No4, Oct.
- Watzlaw. P & al. (1972) « Une logique de la communication ». Edition du Seuil.