

**UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA**  
**FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES**  
**DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES**

**Mémoire de fin de cycle**

**En vue de l'obtention du diplôme de master en sociologie L.M.D option  
sociologie de la santé**

**Thème**

**La médicalisation et la relation sociale soignant-soignée  
Etude de cas : Service de la chirurgie générale  
CHU de Bejaia**

**Réalisé par**

Saadia YOUCEF

Sonia CHEKKAR

**Encadré par :**

M Mohamed LAIFA

**Année universitaire :  
2016/2017**

# Remerciements

Nous remercions dieu pour le courage, la patience, la force la volonté et la santé qui nous a donné pour réaliser ce modeste travail.

Nous tenons à exprimer toute nos reconnaissances à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

Nous tenons à présenter notre profonde gratitude à notre promoteur monsieur « **Mohamed LAIFA** » pour ses remarques et conseils.

On tient également à remercier le responsable de la spécialité le

**Dr «Abdel Halim BERRETIMA».**

On n'oubliera pas de remercier nos familles qui nous ont toujours encouragés et soutenus.

Nous tenons à remercier particulièrement tous le personnel du service de chirurgie générale, à leur tête le professeur Salah BERKANE.

Nous tiens à remercier les membres de jury, du plaisir et l'honneur qu'ils font en acceptant d'être présents le jour de la soutenance pour juger ce modeste travail.

Ainsi que tous ceux qui ont de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

# Dédicace

Pour chaque événement dans ma vie, je ne manquerai pas d'avoir une pensée à toutes les personnes qui m'ont donné le courage et l'enthousiasme.

Je dédie ce modeste travail à mes chers parents, ma mère qui m'a encouragé durant toutes mes études, et mon père qui m'a aidé matériellement et moralement ; que le bon dieu les protège.

À mes deux frères : Ouramtane et Said.

À mes très chères sœurs : Samra, Malika, son mari et leur fille Ilina, Louiza, son mari et leur fils Tahar et Yanis, et ma sœur Zohra.

Je dédie spécialement ce modeste travail à mon futur mari Boualem qui m'a aidé et m'a encouragé durant cette année universitaire et à toute sa famille.

À tous mes cousins, mes cousines et à toute la famille Youcef

À mes oncles, leurs femmes et enfants.

À tous mes amis et surtout : Kahina, Lila, Rihab et Said.

À ma binôme Sonia et leur famille.

À mon promoteur Mr Mohamed ALFA.

**Saadia**

# Dédicace

Ces avce une pensée plein de reconnaissance que je dédie ce modeste travail :

À mes très chers parent que j'aime : je vous offre aujourd'hui cette pensée pour vous assurer l'importance que vous évoquez à mes yeux la place unique que vous occupez dans ma vie, aux sacrifices que vous vous êtes donnés pour moi j'espère être à la hauteur de vos pensées, que vous serez à jamais fière de moi.

Je vous souhaite affectueusement une longue et heureuse vie avec nous.

Que dieu vous bénisse.

À mes chères soeurs : "Zoulikha", son mari et leurs enfants Adam et Aya, "kahina", son mari et sa fille Léa. à mes très chères frères Lyès et Tahar qui mon beaucoup encourager.

Que de bonheur et de réussite pour vous.

À tous ceux qui portent les noms : chékkar et chaoui

À ma binôme je le souhaite que de bonheur dans sa vie est de la joie avec sa famille.

À toutes les personnes que je connais, que j'aime et que je n'ai pas pu citer.

À tous les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

À mon promoteur Mr **ALF** Mohamed

À toute mes amis(es) les plus proches et les plus loin et tout ma famille

À tout ce que je pense très fort.

**Sonia**

## La liste des abréviations

<b>Abréviations</b>	<b>Significations</b>
<b>CHU</b>	Centre <b>H</b> ospitalo- <b>u</b> niversitaire
<b>CNAS</b>	<b>C</b> aisse <b>N</b> ationale des <b>A</b> ssurances <b>S</b> ociales
<b>DEMS</b>	<b>D</b> iplôme d'Etude <b>M</b> édecin <b>S</b> pécialisée
<b>EPH</b>	<b>E</b> tablishement <b>P</b> ublic <b>H</b> ospitalier
<b>MG</b>	<b>M</b> édecin <b>G</b> énéraliste
<b>MSP</b>	<b>M</b> inistère de la <b>S</b> anté et <b>P</b> opulation
<b>MSPRH</b>	<b>M</b> inistère de la <b>S</b> anté, de la <b>P</b> opulation et de la <b>R</b> éforme <b>H</b> ospitalière
<b>OMS</b>	<b>O</b> rganisation <b>M</b> ondiale de la <b>S</b> anté
<b>PEPM</b>	<b>P</b> rofesseur de l'Enseignement <b>P</b> aramédical
<b>RC</b>	<b>R</b> ésident <b>C</b> hirurgien.

## Liste des tableaux

<b>Numérotation</b>	<b>Titre</b>	<b>Page</b>
<b>01</b>	Représentatif les indicateurs de la médicalisation	17
<b>02</b>	Représentatif les indicateurs de la relation sociale	18
<b>03</b>	Représentatif les indicateurs du soignant	19
<b>04</b>	Représentatif les indicateurs du soignée	19
<b>05</b>	Représentatif la répartition des lits selon l'ensemble des services au CHU de Bejaia	64
<b>06</b>	Représentatif de l'effectif du service de la chirurgie générale	66
<b>07</b>	Représentatif les caractéristiques de la population étudiée (les soignants).	71
<b>08</b>	Représentatif les caractéristiques de la population étudiée (les soignées)	72
<b>09</b>	Représentatif des résultats de l'entretien de la première hypothèse pour les soignants	77
<b>10</b>	Représentatif des résultats de l'entretien de la première hypothèse pour les soignées	79
<b>11</b>	Représentatif des résultats de l'entretien de la deuxième hypothèse pour les soignants	83
<b>12</b>	Représentatif des résultats de l'entretien de la deuxième hypothèse pour les soignées.	85
<b>13</b>	Récapitulatif des résultats de la première hypothèse (soignants-soignées)	91
<b>14</b>	Récapitulatif des résultats de la deuxième hypothèse (soignants-soignées)	92

## Listes des figures

<b>Numéro</b>	<b>Titre</b>	<b>Page</b>
<b>01</b>	Représentatif les racines intellectuelles de la médicalisation	23
<b>02</b>	Représentatif les perspectives théoriques	25
<b>03</b>	Représentatif les usages sociaux du corps	34
<b>04</b>	Représentatif l'aide relationnelle	39
<b>05</b>	Représentatif les attitudes empathiques	40
<b>06</b>	Représentatif la relation de confiance	43
<b>07</b>	Représentatif la communication « auto-feed-back »	46
<b>08</b>	Représentatif la communication verbale	48
<b>09</b>	Représentatif les signes non verbaux	50

## Sommaire

### La liste des abréviations

### La liste des tableaux

### La liste des schémas

Introduction générale .....	I
-----------------------------	---

## Premier chapitre : Problématisation de l'objet

### Préambule

1. Les raisons de choix du thème.....	04
2. Les objectifs de la recherche.....	04
3. Les études antérieures.....	05
4. La problématique.....	13
5. Les hypothèses.....	16
6. L'analyse conceptuelle.....	17

### Critique

## Deuxième chapitre : La médicalisation autant qu'un processus

### Préambule

1. Le processus de la médicalisation .....	22
2. Les racines intellectuelles de la médicalisation.....	23
2.1 Perspective structuro-fonctionnaliste ou la maladie comme conduite sociale....	26
2.2 Prédominance des structures sociales et des mécanismes de domination dans l'analyse de la médicalisation.....	26
2.3 Prédominance de l'action, des interactions et des stratégies dans l'analyse de la médicalisation.....	29
3. La médicalisation comme modalité de contrôle social des corps : vers une expansion des catégories.....	32
4. Les usages sociaux du corps.....	34
4.1 La compétence médicale.....	34
4.2 La culture somatique.....	35
4.3 L'usage du corps.....	36

### Critique

## **Troisième chapitre : Le contexte de la relation sociale soignant-soigné**

### Préambule

1.	Les racines intellectuelles de la relation soignant-soignée.....	38
2.	La nature de la relation soignant-soignée.....	38
2.1	La relation d'aide.....	39
3.	La confiance soignant-soignée.....	42
3.1	Les limites de la confiance.....	44
4.	Les bases de la communication soignant-soignée.....	45
4.1	La communication verbale.....	46
4.2	La communication non verbale.....	48
5.	Les caractéristiques générales de la relation soignant-soignée.....	51
6.	Les différentes approches de la relation soignant-soignée.....	52

### Critique

## **Quatrième chapitre : Identification et historique de CHU de Bejaia**

### Préambule

1.	Le secteur sanitaire.....	56
2.	L'historique du CHU de Béjaia.....	57
3.	Les missions du CHU.....	57

### Critique

## **Cinquième chapitre : cadre méthodologique**

### Préambule

1.	La pré-enquête.....	69
2.	Définition de la population mère.....	69
3.	La technique d'échantillonnage.....	70
4.	L'échantillon de l'enquête.....	70
5.	La méthode et les techniques utilisées.....	72
6.	Les avantages et les difficultés de l'enquête .....	75

### Critique

## **Sixième chapitre : Analyse et interprétation des résultats**

### Préambule

1.	Présentation et analyse des résultats des hypothèse.....	77
1.1	Interprétation et analyse des résultats de la première hypothèse soignant-soignée.....	80
1.2	Interprétation et analyse des résultats de la deuxième hypothèse soignant-soignée.....	86
2.	Discussion et vérification des résultats des hypothèses.....	93
2.1	Discussion et vérification de la première hypothèse.....	93
2.2	Discussion et vérification de la deuxième hypothèse.....	93
3.	Un essaie sociologique sur la thématique de la recherche.....	93

### Critique

<b>Conclusion général.....</b>	<b>96</b>
--------------------------------	-----------

### **La liste bibliographique**

**Les ouvrages**

**Les ouvrages de méthodologie**

**Les articles**

**Les thèses**

**Les sites internet**

### **Annexes**

**Annexe 01 : guide d'entretien pour les soignants.**

**Annexe 02 : guide d'entretien pour les soignés.**

**Annexe 03 : l'organigramme.**

# **Introduction générale**

La santé est une préoccupation qui à, toujours accompagnée le développement de l'humanité, elle revêt une importance vitale pour tous les êtres humaines dans le monde, quelles que soient nos différences, la santé est notre bien le plus précieuse.

Dans une large mesure, les individus et les groupes sont désormais tenus de réfléchir à la bonne attitude face à la santé, pour les aider, se structuré un discours médicalisant sur la santé publique et préventive.

Le recours à la médicalisation est une modalité de contrôle sociale qui s'inscrit dans une dynamique de rapports sociaux de pouvoir ou évoluent des individus et des groupes ayant des intérêts divergents.

Au plan historique et scientifique, le concept de médicalisation existe depuis longue temps et à suscité l'intérêt des chercheurs en sciences sociales durant les années 1950. La médecine était alors devenue l'objet d'étude par la sociologie des professions qui établissait des liens entre la santé et la conception, gestion de la déviance sociale des corps<sup>1</sup>.

Dans le contexte de la médicalisation, la résolution des problèmes vitaux de la vie commune implique la pratique de relations sociales. Tout les sociologues classiques tenant d'identifier et de définir ce qu'est une relation sociale, pour ce faire , ils mettent en avant différentes perspectives d'un coté « l'action sociale » de l'autre la structure sociale ou « le système » , qu'ils considèrent généralement comme opposée , ou bien qu'ils fusionnent d'une autre , alors qu'elles sont en réalité complémentaires l'une de l'autre<sup>2</sup>.

La relation soignant soignée est un rapport unique entre une personne affaiblie par la maladie et un professionnel de la santé avec des compétences reconnues. Elle est déterminée par plusieurs facteurs, notamment la personnalité du soignant et du soigné.

Au cours de ces dernières décennies, avec le progrès énorme de la technologie et le développement infrastructurelles et moyens d'intervention dans le domaine médicale ainsi les recherches et études très avancé sur les relations soignant-soigné en sociologie et la psychologie, ce la a propulsée a l'amélioration de la vie et santé de chaque individu en l'occurrence a l'importance de la santé laisse toujours l'accumulation de préoccupation et l'intéressent minutieuse a son égard et cela est liée sur l'étude relationnelle ce la aussi laisse a dire que la santé qui est l'essentielle pour une personne traite en cas de problème qui se fait dans une relation soignant-soigné et dans la spéculation des intervenants de part et d'autre part du domaine médicale.

A cet égard notre travaille porte sur la médicalisation et la relation social soignant soigné au sein de l'hôpital Khellil Amrane, qui nous permettre de comprendre le rapport de la médicalisation et la relation sociale soignant soigné.

---

<sup>1</sup> AMNON Jacob Suissa, Le monde des AA : Alcooliques, gamblers, narcomanes, presses de l'université du Québec, Québec, 2009, p.24.

<sup>2</sup> PIERPAOLO Danati, « la relation comme objet scientifique de la sociologie », Revue du Mauss, 2004/2(n°24), p.233.

Notre travail se compose de deux parties complémentaires : une partie théorique et méthodologique et une partie pratique.

La partie théorique est composée de cinq chapitres :

- Le premier chapitre se compose de la problématisation de l'objet qui englobe les raisons et les objectifs du choix du thème, les études antérieures, la problématique, les hypothèses et la définition des concepts.
- Le deuxième chapitre concerne la médicalisation en tant qu'un processus.
- Le troisième chapitre présentera le contexte de la relation sociale soignant-soigné.
- Le quatrième chapitre concerne la présentation et l'histoire de l'organisme d'accueil, il est consacré à la description des différents services et émissions du CHU.
- Le cinquième chapitre concerne la méthodologie et les techniques de recherche, les outils de notre étude (méthode, technique utilisée et population d'enquête, échantillon de l'enquête, ... etc.)

La deuxième partie est réservée à l'exposition des résultats du terrain sur la médicalisation et la relation sociale soignant-soigné. À la pratique qui englobe l'analyse des données collectées dans notre terrain de recherche, elle est répartie en titres suivants, le premier titre concerne la maîtrise et la possession du corps et la confiance mutuelle soignant-soigné, le deuxième titre est réservé au protocole et la possession de soin et la communication soignant-soigné. En dernier lieu nous terminons cette partie pratique par la vérification de notre hypothèse, en dernier lieu notre étude conclue par une conclusion générale de notre travail, annexes et une liste bibliographique.

# Premier chapitre

## Problématisation de l'objet

### **Préambule :**

Dans ce chapitre nous allons présenter le cadre de la recherche dans lequel nous évoquerons les raisons et les objectifs du choix de thème, ensuite les études antérieures, après la problématique et les hypothèses et en fin la définition des concepts essentiels qui sont en rapport avec notre thème.

**1-Les raisons du choix de thème :**

Le choix de notre sujet de recherche porté sur la relation sociale ; soignant soigné au sien de service chirurgie viscéral de l'hôpital « Khalil Amran » de Bejaia motivé par des raisons suivante :

- ✓ A travers nous différentes lectures, l'affection envers les malades et l'estime pour la profession de médecin ; la relation sociale soignant soignée nous attirées a savoir d'avantage l'impacte et l'importance de cette relation ce qui nous a incité a faire une étude sur le sujet.
- ✓ Mettre en pratique ce que nous avons appris de la théorie et faire face aux aléas du terrain.
- ✓ Avoir une expérience après l'expertise qui nous aidera a l'avenir d'une insertion professionnelle plus aisée et plus facile.

**2-les objectifs de la recherche :**

La recherche dans le domaine de la sociologie de la santé est très importante, car elle nous permet de comprendre et de décrire le processus de la relation sociale ; soignant soignée au sein de l'hôpital Khellil Amran de Bejaia.

- ✓ Elargir nos connaissances dans le domaine de la santé.
- ✓ Comment explorer et étudier la réalité du terrain sur le sujet de recherche.
- ✓ Comprendre plus profondément et interpréter plus justement la relation soignant soigné.
- ✓ Comprendre la stratégie choisi par l'hôpital Khelil Amran pour avoir une bonne relation entre soignant-soignée.

### **3- Les études antérieures :**

#### **La première variable qui est la médicalisation :**

##### **1. Thèse sur la relation médecin-patient à l'ère de la médicalisation :**

MALVEZIN Elodie, auteure d'une thèse sur la relation médecin-patient à l'ère de la médicalisation : point de vue de trois médecins généralistes et écrivains contemporains : Christian LEHMANN, Luc PERINO et Mertin WINCKLER. A réalisé son travail a la faculté de médecine, université Paris Diderot-PARIS 7, elle a présentée et soutenue publiquement le 19 mai 2010. Le travail a été évalué par les jurys suivant : Le président : Monsieur le professeur Jean-François BERGMANN, Directeur de la Thèse, Monsieur le Docteur Eric GALAM.

#### **Objectif de cette étude :**

Cette étude vise à déterminer la relation médecin-patient à l'ère de la médicalisation, depuis le XIX<sup>ème</sup> siècle, ils assistent à une médicalisation de la vie. Le but de cette étude est de voir comment la relation médecin-patient est perçue par trois médecins-écrivains contemporains dans ce contexte.<sup>1</sup>

#### **La méthode et la technique utilisée :**

La méthode utilisée dans l'enquête est la méthode qualitative par la technique de l'entretien avec les trois auteurs permet de préciser les points importants issus leurs ouvrages.

#### **L'échantillon :**

Pour la réalisation de cette étude, l'auteure s'est basée sur un échantillon de trois médecins-écrivains contemporains.

#### **Résultats obtenus :**

Les résultats de cette étude présentent :

- La relation médecin-patient apparait comme un colloque singulier entre un médecin et un patient, qui vont collaborer dans un cadre d'une relation d'expert. Ceci s'effectue dans un respect et une négociation et à un compromis diagnostique et thérapeutique. Mais cette relation est mise en péril par plusieurs facteurs consécutifs à la médicalisation.

---

<sup>1</sup> MALVEZIN-Elodie, La relation médecin-patient à l'ère de la médicalisation : point de vue de trois médecins généralistes et écrivains contemporains, université de Paris Diderot-PARIS 7, mai 2010, p.265.

**Les raisons de choix de cette étude :**

Cette enquête est réalisée à l'université PARIS-DIDEROT. PARIS 7, faculté de médecine elle étudie presque l'une des variables que nous avons cherché à analyser et identifier qui est la relation médecin-patient à l'ère de la médicalisation, mais elle ne concorde pas avec notre choix de population d'étude qui se focalise sur les trois auteurs permet de préciser les points importants issus leurs ouvrages, contrairement a notre thème qui est étudiés dans le secteur sanitaire d'un hôpital Algérien et surtout la population des patients et des chirurgiens. Ce que nous laisse intégrer une autre enquête pour éclaircir d'autres points concernant notre thématique.

**2. Thèse sur la médicalisation : concept, phénomène et processus. Emergence, diffusion et reconfiguration des usages du terme médicalisation dans la littérature sociologique :**

L'auteur : « Mélissa Nader »

Cette étude représente un travail ou une analyse faite sur 96 ouvrages à caractère sociologique (livre, articles, éditoriaux). Ces ouvrages ont tous été publiés entre 1968 et 2009.

Cette analyse permet la compréhension des significations associées au terme médicalisation qui fait à la fois ou alternativement référence à un processus et un phénomène social tout autant qu'à un concept sociologique.

**Objectif de l'étude :**

Clarifier les multiples significations mobilisées par le terme médicalisation et les transformations qu'elles ont subies et les différents cadres sociologique de ce terme. En outre interpréter sa dimension sociologique comme étant un processus et phénomène social.

**Echantillon :**

96 ouvrages à caractère sociologique ont été consultés et analysés qui portent des recherches faites sur les multiples significations mobilisées par le terme médicalisation ainsi soit-il un processus et phénomène.

**Résultats obtenus :**

À l'issu de ce travail ils ont dégagé trois phases de développement de ce terme, phase d'émergence, phase de croissance et phase de reconfiguration.

On consultation de plusieurs auteurs par leur travaux penchés que ce soit sur les consistances du social ou bien le caractère ontologique de la vie sociale qu'il leur semble d'avoir la souplesse nécessaire pour jeter un éclairage contemporain sur la signification, mécanismes et

enjeux de la médicalisation, entrevue à la fois comme processus, un phénomène social et un concept sociologique.

La mise en perspective de la complexité notamment des mécanismes de la médicalisation et de la diversité des acteurs impliqués devrait être mise à profit pour empêcher la cristallisation de cette expression et son utilisation doublement idéologique et révéler les dynamiques de subjectivation aux quelles elle contribue nécessairement.<sup>1</sup>

### **Les raisons de choix de cette étude :**

L'intérêt de cette étude est de connaître et de comprendre clairement la médicalisation comme : concepts phénomène et processus. Elle étudie presque l'une des variables que nous avons cherché à analyser et identifier qui est la médicalisation. Cette étude elle ne concorde pas avec notre choix de population d'étude qui se focalise sur 96 ouvrages à caractère sociologique mobilisées par le terme médicalisation comme concepts, processus et phénomène contrairement à notre thème qui est étudié dans le secteur sanitaire.

### **La deuxième variable qui est la relation soignant-soignée :**

#### **1. Thèse sur l'humour dans la relation soignant-soignée :**

L'auteur : Demaio Jean-Michel

Cette étude a été exposée par Demaio Jean-Michel à l'institut de Nancy en France en 2014, portant sur l'humour et du rire dans les soins infirmiers.

#### **L'objet de l'étude :**

L'humour comme une « tournure d'esprit portée à l'ironie, à la raillerie sous apparence sérieuse ou impossible ».

Il permet de voir le côté positif des choses et de dédramatiser, utiliser comme moyen de communication, il a des fonctions sociales très importantes, on penche sur ces orientations dans l'aspect physique, psychique, relationnels et éthiques quel était la place de l'humour dans les soins ? En quoi l'humour impacte la relation soignant soignée ?

#### **Méthode et technique :**

L'auteur a utilisé l'approche qualitative et la technique d'observation dans le but d'avoir les résultats fiables, d'avoir plus d'information sur son étude et d'impacter du l'humour pour créer une ambiance conviviale.

---

<sup>1</sup> Melissa Nader : « la médicalisation, concept, phénomène et processus, thèse de doctorat en sociologie, université du Québec à Montréal, Canada, octobre 2012, p.277

**Echantillon :**

Son échantillon est mené sur deux catégories : les professionnels de la santé (médecins, infirmières) et les patients

**Résultat obtenus :**

Dans cette étude les informations démontre que l'humour et employé dans d'efférents objectifs dans un contexte de soin relationnel, il est utilisé comme une sorte de négociation par rapport au refus de soin qu'exprime le patient, de dramatiser le soin et réduire l'anxiété de la patiente en autre savoir minutieusement dans quel contexte, dans quel service quel moment employer l'humour : ainsi quels étaient concrètement les bénéfices, les risques, les avantages, les inconvénients et les limites à employer l'humour.<sup>1</sup>

**Les raisons de choix de cette étude :**

Cette étude est réalisée au France, elle étudie l'une des variables que nous avons cherchés a analysée. Elle traite la même thématique que nous avons entrain d'étudier, la relation soignant-soigné. Comme elle concorde avec notre choix d'utilisation de méthode et de technique qui se focalise sur la méthode qualitative par la technique d'observation, ce qui nous a conduits a mener une enquête qui touche notre terrain d'étude dans le milieu hospitalier de Bejaïa.

**2. Etude sur le mécanisme du lien social :**

Cette étude est faite sur quelques participants (dizaine) comme ethnographie d'une expérience de laboratoire cette expérience vise à comprendre les comportements de coopération entre les humains pour les intégrer à une machine. Elle été réalisée par Joffrey Becher.<sup>2</sup>

**L'objectif de l'étude :**

Les objectifs de cette étude du mécanisme du lien social est de garantir la sécurité d'une coopération future impliquant des humains et des robots, ainsi croire la mécanisation de la relation entre les humains.

---

<sup>1</sup> Jean-Michel Demais : l'humour dans la relation soignant-soigné en France, mémoire en ligne, promotion 2011-2014 Nancy, consulter le 20.11.2016, p.40.

<sup>2</sup> JOFFERY Becker : La mécanisation du lien social, Revue d'anthropologie institut des sciences de la communication du CNRS, 14 décembre 2012, France. P.6

**Méthodes et technique utilisées :**

La méthode utilisée dans cette étude est la méthode qualitative et la technique d'entretien semi-directif, prospecte auprès d'une dizaine de participants. L'objectif de cette étude consiste à recueillir le grand nombre d'information et de réaction auprès des participants par le robot « Bert 2 » pour imiter les relations entre humains.

**L'échantillon :**

L'échantillon représente les comportements oculaires de quelques humains en l'appuyant sur une architecture informatique d'une assez grande complexité au centre de laquelle se trouve la tête du robot.

**Les résultats obtenus :**

D'après les entretiens réalisés avec la dizaine de participants de cette expérience ont permis de mettre en valeur les contradictions qui s'établissent lors de l'interaction, ainsi si les participants reconnaissent facilement qu'une telle situation n'est pas ordinaire, tous s'engagent pourtant dans l'interaction comme ils le feraient avec un humain gestes des mains, attention, polie prêtée au regard de la machine lorsque s'exprime, mais aussi salutations et réactions divers en fonction de la manière dont elle comprend ou non ce qui a été dit, la relation envers le robot montre un ensemble d'éléments admis comme relevant d'un état partagé, tout en étant simultanément perçue à travers une évidente étrangeté.

On peut évidemment douter que la tentative roboticien de produire artificiellement les conditions idéales du lien social parvienne à imiter mécaniquement l'activité du professionnel de santé, ou qu'elle réussisse à reproduire trait pour trait les formes de sociabilités inhérentes à la coopération le robotique du fait qu'elle imite la nature, adapter à sa manière des formes qui échappent en partie aux modèles auquel elle emprunte les fonctionnent appui aujourd'hui néanmoins, on doit constater que les machines et l'étrangeté qui les caractérise, nous contraignent à puiser dans l'imposant répertoire de nos apprentissages pour échanger avec elles, et nous adapter à ce que nous supposons de leur fonctionnement afin de les apprivoiser. C'est là qu'elles peuvent intéresser l'anthropologie sociale.

**Les raisons de choix de cette étude :**

Cette étude vise à étudier les mécanismes du lien social, elle est étudiée presque l'une des variables que nous avons cherché à analyser qui est la relation sociale soignant-soigné, ce qui n'est pas similaire avec notre étude, c'est que cette étude est focalisée beaucoup plus sur le mécanisme du lien social, pour garantir la sécurité d'une coopération future impliquant des humains et des robots. Ainsi que, notre étude est centrée sur la médicalisation et la relation sociale soignant-soignée, ce qui nous a conduits à mener une enquête qui touche notre terrain d'étude dans le milieu hospitalier.

### **3. Enquête sur la place de la relation soignant-soigné dans l'approche de soins transculturelle :**

Cette étude menée auprès de travail de BACHELOR qui a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la haute école de santé –Genève, sur la place de la relation soignant-soignée dans l'approche de soins transculturelle le 5 juin 2014.<sup>1</sup>

#### **L'objectif de l'étude :**

L'objectif de cette revue de littérature est de définir quelle est la place de la relation soignant-soignée dans l'approche de soins transculturelle.

#### **La méthode et technique utilisées :**

La méthode utilisée dans l'enquête est l'approche mixte :

- ✓ La méthode qualitative par la technique de l'entretien, cette méthode est en lien avec les théoriciens de transculturalité.
- ✓ La méthode quantitative par la technique de questionnaire, cette méthode est en lien avec les informateurs culturels et consultants.

#### **Echantillon :**

L'échantillon représentatif de la revue de littérature au Genève est composé de recherche par croisement des mots-clés sur les bases de données Cinhal, Pubmed et Psychinfo. Cet échantillon se compose de 7761 articles.

#### **Résultat obtenus :**

Les résultats de cette étude présentent la relation soignant soigné comme un élément central de la définition de la transculturalité selon plusieurs modèles. Les formulations culturelle se révèle être un des outils favorisant la relation et l'alliance thérapeutique. Les barrières aux soins transculturelles qui sont le plus rapportées sont des barrières linguistiques, culturelles, législatives.

#### **Les raison de choix de cette étude :**

Cette enquête est réalisé a Genève, elle étudie presque l'une des variables que nous avons cherché à analyser et à identifier qui est la relation soignant-soigné. Mais ce qui n'est pas similaire avec notre étude, c'est que cette étude est focalisée beaucoup plus sur la place de la relation soignant-soignée dans l'approche de soins transculturelle. En revanche, notre étude est centrée sur la médicalisation et la relation sociale soignant soignée, ce qui nous laisse intégrer une autre enquête.

---

<sup>1</sup> Nathalie De Beul, Cristian Martinez, et Marie-Laure Toppo, enquête sur la place de la relation soignant-soigné dans l'approche de soins transculturelle, travail de Bachelor, juin 2014.p.12.

#### **4. Enquête sur la relation médecin malade en milieu hospitalier Algérien :**

Cette étude menée auprès d'institution hospitalières, service interne et gynécologie au CHU Ibn Rochd d'Annaba, elle a été réalisé par Anissa Brighet Assous.<sup>1</sup>

##### **L'objectif de l'étude :**

Les objectifs de cette étude de la relation médecin malade en milieu hospitalier est :

- ✓ De déterminer a quel point le médecin ou soignant algérien est impliqué dans la vie du patient hospitalisé.
- ✓ Démontrer qu'en l'absence d'une relation médecin malade de qualité, les erreurs de jugements de la part du corps hospitalier peuvent entrainer des complications considérables de santé.
- ✓ Mettre en évidence les facteurs et les causes qui engendrent la relation médecin malade.

##### **Méthode et technique utilisées :**

La méthode utilisée dans l'enquête est la méthode quantitative par la technique de questionnaire.

##### **Echantillon :**

L'échantillon représentatif de l'institution hospitalière CHU d'Annaba. Les questionnaires sont distribués aléatoire et anonyme de 200 questionnaires a l'attention des médecins et 200 questionnaires aux soignants.

##### **Les résultats obtenus :**

Les résultats de cette étude présentent qu'il existe une très bonne volonté de la part du corps hospitalier de bien veiller au bien-être du malade hospitalisé.

Il 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.

La gratuité des soins en milieu hospitalier génère des sentiments d'ingratitude chez beaucoup de patients.

##### **Les raisons de choix de cette étude :**

Cette étude est réalisée en Algérie, elle étudie l'une des variables que nous avons cherché à analyser et à identifier qui est la relation sociale soignant soignée. Mais elle ne concorde pas avec notre choix d'utilisation de méthode et de technique qui se focalise sur la méthode quantitative par la technique de questionnaire, contrairement à notre méthode qui se focalise

---

<sup>1</sup>Anissa Brighet Assous, enquête sur la relation médecin malade en milieu hospitalier Algérien, Maitre de conférences, Département de Sociologie – Faculté des lettres, Scies humaines et Sociales – Université Badji Mokhtar – Annaba, p.60.

sur la méthode qualitative par la technique d'entretien. Ce qui nous a conduits à mener une enquête qui touche notre terrain d'étude dans le milieu hospitalier.

#### 4- La problématique :

Le domaine de la santé est devenu une valeur sociale cherchant à garantir la condition et le sentiment du bien être et aussi une valeur première en même temps que le dernier refuge de la morale et la solidarité. C'est ainsi que la médicalisation dépasse le strict milieu médical pour concerner l'ensemble des domaines de la vie, la médicalisation est le processus par lequel une représentation, une pratique ou un état social tendent à entrer dans le champ de médecine.

La médicalisation touche directement les intervenants psychosociaux régulièrement appelés à évaluer des cas d'individus dont les difficultés sont aujourd'hui médicalisées<sup>1</sup>.

Aujourd'hui on trouve la médecine à plus relais via la médicalisation, pour gérer de plus en plus notre vie quotidienne, ainsi améliorer le bien-être et apporter les remèdes et le bon traitement à ceux qui ont besoin.

En effet la médicalisation n'est pas seulement l'expansion de la médecine en tant que pratique et savoir, elle est aussi le produit des transformations qui s'éparent dans le domaine de l'expertise et dans les divers secteurs du monde social.

Elle est à la fois constituée et engendrée pour une occupation de plus en plus obsessionnelle des esprits par la valeur de santé, déflaquée d'une dialectique subtile entre les divers éléments qui sont à l'origine du processus qui lui donne force et dynamisme au fil du temps il ya eu de profonds changement technique, scientifique, sociaux, culturels et intellectuels, qui ont également touché le domaine de la médecine, et par conséquent la relation soignant-soigné, nous assistant à une médicalisation de la vie, en faisant relever des phénomènes naturels au sociaux du domaine médical ainsi que de la société.

Dans ce contexte la relation soignant-soignée ne présente pas seulement la dimension scientifique mais avant tous les dimensions humaine et sociale. L'entrevue et le contacte implique une relation sociale du fait de l'interagir mutuel qui affect aussi leur vie personnelle et sociale.

La relation en tant que activité au une situation dans laquelle plusieurs personnes sont susceptible d'agir mutuellement les uns sur les autres. Pressentie essentielle dans une société moderne telle que la notre, surtout dans le domaine de santé qui s'avère très important dans l'amélioration de la bien traitante du soigné au bien la situation et l'enthousiasme du soignant qui affecté son traitement des patients ainsi que le milieu médicale concerné, l'entourage de soigné et les interactions entre eux.

La relation soignant-soignée est un rapport unique entre une personne affaiblie par la maladie et un professionnel de santé avec des compétences reconnue (cette relation impose que chacun des deux individus soient réunis par un entretien. Alors que le soigné attend de son soignant une guérison, une réassurance une affection, ce dernier par contre, parte lourd

---

<sup>1</sup> Henri Dorvil et Robert Mayer, problèmes sociaux, théorie et méthodologies, presses de l'université du Québec, canada, p230.

responsabilité de bien diagnostiquer la maladie tout en acceptant les risques encourus. Entre soignant-soignée s'établit donc un échange qui doit passer par certaines attitudes ainsi que l'empathie, l'écoute, la confiance et la communication dans une relation.

Conjointement l'empathie permet la compréhension des ressentis d'autrui quand à l'écoute de l'autre signifie l'attention prêtes et l'importance à lui donner, outre l'entente et la complémentarité entre eux écarte l'ambiguïté dans la relation soignant soignée. Parle d'une relation sociale, la confiance est une croyance spontanée acquise en la valeur morale, affective, professionnelle d'une autre personne, qui nous rend incapable d'imaginer de sa part une tromperie, une trahison ou de l'incompétence. En parle sur la communication, s'avère un besoin de l'être humain, elle est à la base de tous nos rapports société et permet aux interlocuteurs de réciproquement faire connaître leur besoin de faire comprendre ce qu'ils pensent, ce qu'ils perçoivent et ressentent. C'est une nécessité incontournable, on ne peut pas ne pas communiquer tout est peut devenir une véritable relation il y a une différence entre communication et relation. La communication est l'échange, le partage d'un message entre des interlocuteurs et la relation est un lien qui se crée entre des personnes qui communiquent de manière significative.

La question de la relation soignant soignée est devenue préoccupante pour les soignants et le contexte médical d'une part et par le soigné et ses proches d'autre part, puisqu'elle affecte l'ère de travail et le rétablissement des patients ainsi que leur vécu pendant la maladie.

Notre approche « interactionniste » des années cinquante, la relation médecin malade a intéressé les sociologues et les psychologues en tant que jeu bipolaire de rôles sociaux préexistants au favorisés par des facteurs sociaux, culturels, affectifs<sup>1</sup>. Mais le teneur exacte des échanges verbaux, comme celle des activités pratiques et corporelles, était toujours étrangement absente, à l'exception d'exemples ou d'anecdotes. La plupart des études procédaient soit par questionnaires et entretiens, et n'avaient donc pas d'accès direct à la dynamique des échanges soit par un codage de la communication établi sur le vif à partir de catégories préétablies et donc nécessairement grossier. À la différence d'autres travaux sur la médecine qui restent aujourd'hui pleins d'enseignements la littérature de l'époque sur l'interaction médicale est devenue largement caduque par le seul fait de n'avoir pas utilisé des méthodes de recueil de données adéquates à l'objet étudié, l'évolution vers plus d'exigence descriptive c'est fait sur l'effet d'un mouvement commun à plusieurs disciplines qui peut être résumé autour de quelques termes-clés ( orientation vers l'activité, primat de la situation, tournant langagier).

Dans la perspective d'une amélioration de cette relation sociale plusieurs recherches et investigations ont été faites dans le domaine médical pour donner de l'ampleur à cette relation à savoir les entretiens avec les soignants et les soignés, les enquêtes sur le terrain des

---

<sup>1</sup> Jacques Cosnier, Michel Grosjean et Michèle Lacoste, Soins et communication approche interactionniste des relations de soins, collection éthologie et psychologie des communications, ARCI, presses universitaires de LYON, 1993, P.33.

questionnaires au bien dans le milieu hospitalier comme des séminaires des rencontres entre les agents de la santé et les représentants de la catégorie sociale concernée, ainsi les associations et cela pour viser une tendance relationnelle bienveillante pour chaque côté soignant-soigné et de la qui prend l'importance de la médicalisation. Dans notre part, dans le contexte de médicalisation et de la relation sociale soignant-soigné qui soucieuse de plus en plus la préoccupation du monde social et de professions du domaine médical on a procédé à faire un travail pour cerner ces deux variables et de le présenter dans la thématique suivante

« *La médicalisation et la relation sociale ; soignant soigné* » pour cerner et mener bien notre travail et développer cette thématique on a estimé qu'il y a lieu de poser ces questions de départ :

- *Quel est le rapport de la médicalisation et la relation sociale soignant-soigné ?*

Pour bien mener à bout notre recherche, il nous y a imposé la nécessité de rajouter deux questions à savoir :

- Est-ce que la maîtrise et la possession du corps génère une confiance mutuelle soignant-soigné ?
- Comment le protocole de soin peut-il optimiser la qualité de la communication soignant-soigné ?

## 5- Les hypothèses :

C'est la problématique qui conduit à la formulation d'hypothèse de recherche. L'hypothèse est en effet une repense provisoire à la question préalablement posée. Elle tend à émettre une relation entre des faits significatifs et permet de les interpréter. Pour que la recherche soit valable, les hypothèses doivent cependant être vérifiables, plausible et précises.

Selon Ambroise ZAGRE : « *l'hypothèse de travail se présente en réalité comme des réponses provisoires à la question générale ou principale de départ et aux questions secondaires ou spécifiques de la recherche. Les hypothèses de travail sont des fils conducteurs qui permettent de ne pas se perdre en route puisqu'elles contiennent les objectifs de l'études, avec leur confirmation ou leur infirmation* »<sup>1</sup>

Alors pour répondre à la problématique de notre thème de recherche, nous avons opté pour les hypothèses suivantes :

### La première hypothèse :

- La maîtrise et la possession du corps génère une confiance mutuelle soignant-soignée.

### La deuxième hypothèse :

- Introduire un protocole de soin optimise la qualité de la communication soignant-soignée.

---

<sup>1</sup> AMBROISE Zagre, *méthodologie de la recherche en sciences sociales. Manuel de recherche sociale à l'usage des étudiants*, Edition l'Harmattan, paris, 2013, p. 60.

## 6- L'analyse conceptuelle :

### La médicalisation :

Selon ZOLA Irving la médicalisation « est un processus par lequel de plus en plus d'aspects de la vie quotidienne sont passés sous l'emprise, l'influence et la supervision de la médecine »<sup>1</sup>

Suissa, Amnon désigne « la médicalisation comme un processus par lequel on en vient à définir et à traiter des problèmes non médicaux, principalement sociaux, comme des problèmes médicaux, voire pathologiques »<sup>2</sup>

Cependant HENRI Dorvil, ROBERT Mayer « la médicalisation renvoie à la définition des comportements ou phénomènes en langage médical, à leur description comme maladies au problèmes de santé, ou encore à leur prise en charge selon des moyens médicaux »<sup>3</sup>.

Ainsi que Didier FASSIN (1998), « la médicalisation est une construction sociale. Elle consiste à conférer un caractère médical à des représentations et des pratiques qui n'étaient jusqu'alors pas appréhendées dans ces termes. Elle devient un phénomène de société, et non plus le seul fait d'une profession, à partir du moment où la reconnaissance d'un problème comme pathologique se double de son inscription dans l'espace collectif, où la santé publique excède la clinique médicale. Qui plus est, elle suppose une normalisation et une moralisation. »<sup>4</sup>

**Tableau n° 1 : tableau représentatif les indicateurs de la première variable  
« La médicalisation »**

Définitions	Indicateurs
Zola Irving	Processus, aspects de la vie quotidienne, l'emprise, l'influence, supervision, médecine.
Suissa, Amnon	Processus, problèmes non médicaux, problèmes sociaux.
Henr Dorvil, Robert Mayer	Comportement, phénomène, langage médical, maladies, problèmes de santé, prise en charge. Construction sociale, caractère médicale, représentations, pratiques,
Didier Fassin	phénomène, pathologique, normalisation, moralisation.

**Source :** établie par les étudiantes.

<sup>1</sup> ZOLA, I, K, *socio-Médical Inquiries : Recollections, Reflections and Reconsideration*, Philadelphie, Temple University press, 1983, p.295.

<sup>2</sup> Suissa, Amnon, Dépendances et médicalisation « Repères et enjeux psychosociaux ». école de travail social Université du Québec à Montréal, 2007, p.95.

<sup>3</sup> Henri Dorvil ;Robert Mayer, problèmes sociaux, presses de l'Université du Québec, 2003,p218

<sup>4</sup> Laroche, Gilbert Mineau, André Lamarre, Bruno (Fassin Didier), *Le discours sur la médicalisation sociale et santé mentale :1973-1994, édition l'Université Laval, 2006, p.229.*

**Définition opératoire :**

La médicalisation est un processus de gestion des problèmes sociaux, un système de la santé et protocole de prise en charge, donc c'est un phénomène qui influence la vie quotidienne.

**La relation sociale :**

Selon GUY BAJOIT *la relation sociale peut être définie comme un échange entre deux acteurs, qui éveille chez eux des attentes culturellement définies « ils poursuivent des finalités et ils espèrent des rétributions. »<sup>1</sup> et qui se déroule sous des contraintes sociales ils ont des ressources limitées et chacun tend à dominer l'autre et à se défendre de sa domination.» Du même coup, une relation sociale est une forme de coopération « il mettent leur ressources et leurs compétences au service des finalité »<sup>2</sup>*

Cependant MICHEL Aglietta, André ORLEAN, *la relation social considérée est promue a un niveau de valeur supérieur, la au des actes sociaux peuvent prendre place, devenir importants, efficaces »<sup>3</sup>*

Ainsi que Francine Cicurel, Eliane Blodel, *« la relation social correspond a la reconnaissance, par les sujets du cadre dans lequel se déroule leurs échanges de la façon qu'ils ont de se positionner l'un vis-à-vis de l'autre et de conduire leurs activités langagières »<sup>4</sup>*

**Tableau n° 2 : tableau représentatif des indicateurs de la deuxième « la relation sociale »**

Définitions	Indicateurs
Guy BAJOIT	Echange, attentes, finalités, rétributions, contraintes sociales, ressources limitées, dominer l'autre, forme de coopération
Michel Aglietta	Promue, valeur supérieure, actes sociaux, importants, efficaces.
Francine Cicurel	Reconnaissance, échanges, activités langagières.

**Source :** établie par les étudiantes.

- **Définition opératoire :**

La relation sociale est l'ensemble des activités langagières, actes sociaux qui prendre place importants et efficaces et qui créer des échanges l'un vis-à-vis de l'autre, tel que notre thème elle est project sur deux acteurs le premier c'est le soignant et l'autre c'est le soigné.

<sup>1</sup> GUY BAJOIT, Le concept de relation sociale, vol, 2009, p51

<sup>2</sup> Ibid. p52

<sup>3</sup> Michel Aglietta, André orlean, LA monnaie souveraine, Edition Odil Jacob, Paris, septembre 1998, p. 200.

<sup>4</sup> Francine Cicurel, Eliane Blodel, La construction interactive des discours de la classe de langue, université de paris III Presses de la sorbonne nouvelle, Paris 1996, p, 19.

**Le soignant :**

Selon WALTER HESBEEN : « *soignant* » semble parfois relever de l'évidence, un peu comme s'il était « bien entendu. »<sup>1</sup> Que chacun comprenne ce qu'il signifie, les pratiques qu'il recouvre et les professionnels qu'il regroupe. Et pourtant, sa compréhension reste approximative, tiraillée entre un statut professionnel pour les uns, une situation, voire une attitude ou une intention pour les autres. A ce titre, le terme « soignant » nécessite d'être clarifié par ceux qui y ont recours pour éviter qu'il ne soit source de nombreux « malentendus ».

**Tableau n°3 : tableau représentatif les indicateurs de la deuxième variable  
« Le soignant »**

Définitions	Indicateurs
WALTER HESBEEN	Evidence, pratique, compréhension, intention, professionnels, les professionnels, statut professionnel, une situation.

**Source :** établie par les étudiantes.

- Définition opératoire :**

Un soignant est une personne qui s'occupe à la fois de rétablir la santé et d'apporter du compréhension et intention à une autre personne avec toute l'humanité possible. Etre soignant, c'est prendre soin d'autrui.

**Le soignée :**

Selon HAREL-BIRAUD Hélène le terme *soignée* désigne une personne malade, un patient. « Le malade à l'hôpital vit une épreuve véritable. »<sup>2</sup> Entouré de personnes inconnues, il se trouve dans un monde qu'il ne connaît pas. « Je me sens à la fois transplanté dans un milieu que je ne connais pas, non accueilli, face au monde des soignants avec leur code et leur langage que je ne comprends pas. »<sup>3</sup>

**Tableau n°4 : représentatif les indicateurs de la deuxième variable « le soigné »**

Définitions	Indicateurs
HAREL-BIRAUD Hélène	Personne malade, patient, le malade à l'hôpital, personnes inconnues, milieu, non accueilli, face au monde des soignants,

**Source :** établis par les étudiantes.

<sup>1</sup> Ibid. p1

<sup>2</sup> HAREL-BIRAUD Hélène, Manuel de psychologie à l'usage des soignant, éd Masson, 1990, p108

<sup>3</sup> WALTER HESBEEN, Le soignant, les soins et le soin, édition Seli arslan, 2012, p1.

- **Définition opératoire :**

Le soignée est une personne malade qui se trouve dans un milieu hospitalier à la recherche d'un meilleur état de santé et ceci par le biais de la médecine et donc des soignants qui l'entoure dans cet objectif

**Critique :**

Ce premier chapitre est consacré au cadre théorique de notre travail, on a présenté les raisons et les objectifs de notre recherche, les études antérieures, ainsi que la problématique et les hypothèses et enfin exposé les concepts clés.

# **Deuxième chapitre**

## **La médicalisation autant**

### **qu'un processus**

#### **Préambule :**

Dans se chapitre nous exposerons le processus de médicalisation et éclairons les racines intellectuelles de ce processus et de comprendre La médicalisation comme modalité de contrôle social des Corps.

## 1- Le processus de la médicalisation :

Au plan conceptuel, la médicalisation se produit lors qu'un comportement humain est jugé problématique selon le vocabulaire médical à travers le jargon relié à la maladie. Les enjeux tels que les comportements associés à l'adhésion sont définis comme provenant de pathologies individuelles psycho-comportementales qui exigent une intervention (Bell, 1990).<sup>1</sup>

La médicalisation, en sociologie, est un processus qui vise à accroître ses champs de compétence, en considérant des choses non médicales comme telles. Désormais, la médecine apparaît comme la solution à divers problèmes comme l'échec scolaire, le domaine judiciaire ou encore les relations sexuelles et/ou comportementales dans le couple... Il paraît logique de nos jours de faire appel à la médecine pour ces thématiques, mais ce ne fut pas toujours le cas.

Ce processus est particulièrement présent dans les sociétés occidentales et tend à se généraliser mondialement .selon Amnon Jacob Suissa ; Gina Rocheau « la médicalisation est conçue comme une voie privilégiée pour résoudre plusieurs problèmes d'origine sociale »<sup>2</sup>. En sociologie de la santé on nommerait ça "la morbidité déclarée", soit le fait de se sentir de plus en plus malade. La médecine produit des remèdes mais elle produit aussi des maladies puisqu'elle accroît les normes sanitaires et donc les individus se sentent de plus en plus facilement malade.

Le processus de médicalisation permet de justifier des actes anciennement considérés comme "déviant". Ainsi la psychologie s'est imposée dans les affaires judiciaires et plus largement la médecine. Conrad et Scheider nous parlent d'un modèle séquentiel de la médicalisation. Tout d'abord on définit un comportement comme déviant (ex : l'homicide). Vient ensuite l'élaboration de nouvelles techniques médicales qui permettent de comprendre biologiquement cet acte déviant. La troisième étape se caractérise par la diffusion dans la sphère publique de cette nouvelle interprétation, ainsi l'homicide peut être compris médicalement/psychologiquement... Dans un quatrième temps, on assiste à un processus de légitimation qui vise à reconnaître la médecine comme étant compétente et pertinente pour comprendre l'acte. Le cinquième temps est celui de l'institutionnalisation. Il met en place une codification ; l'acte de base va trouver sa place dans une nomenclature médicale, ainsi qu'une bureaucratisation ; des organisations vont se mettre en place pour développer des

pratiques propres à cet acte, établir des normes et des pratiques dans le traitement de cette nouvelle maladie.

---

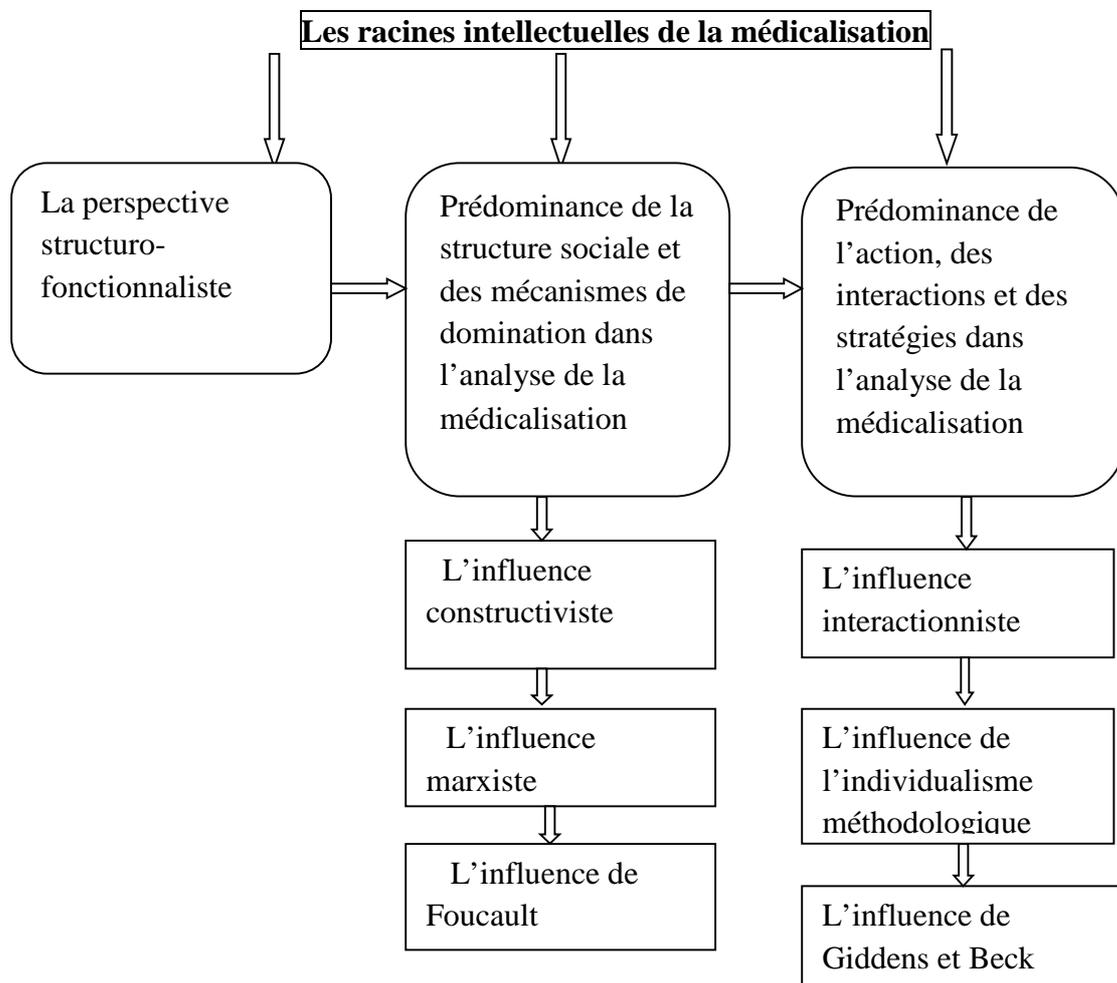
<sup>1</sup> Joseph J Levy ; Germain TROTTIE , Janine Pierret , Germain Trottier , les traitements antirétroviraux , expérience et défis , presses de l'université du Québec , 2004, p 23

<sup>2</sup> Amnon jacob suissa, Gina Rocheleau, pourquoi l'alcoolisme n'est pas une maladie, edition Fides, 1998, p.210.

## 2. Les racines intellectuelles de la médicalisation<sup>1</sup> :

La sociologie médicale a connu un développement rapide après la fin de la seconde guerre mondiale, Depuis, la sociologie est constamment traversée par différents paradigmes la redonnant peu apte à présenter une vision homogène des questions de santé et de maladie. la clarification du champ sémantique de la médicalisation jusqu'à présent a permis d'identifier les multiples significations associées à ce terme et les transformations qu'elles ont subies depuis son émergence dans le vocabulaire sociologique, il y a maintenant plus de quarante ans. Aussi, il nous offre désormais l'occasion de mettre en lumière différents cadres sociologiques qui investissent le champ, nématique du terme médicalisation qui peut prendre simultanément ou alternativement la forme d'un processus, d'un phénomène et d'un concept.

**Schéma n°1 : représentatif les racines intellectuelles de la médicalisation.**



**Source** : établie par les étudiantes

<sup>1</sup> Renaud, Marc, « De la sociologie médicale à la sociologie de la santé : trente ans de recherche sur le malade et la maladie ». Québec : Presses de l'université du Québec, l'institut Québécois de recherche sur la culture (IQRC) et les Presses universitaires de Lyon, 1985, p.283.

---

- **Les différentes perspectives théoriques :**

Regroupées en deux principaux axes d'interprétation sociologique :

Le premier axe d'analyse : met d'avantage l'accent sur l'analyse des processus sociaux et des mécanismes de domination à l'œuvre dans la médicalisation du social, Cet axe d'analyse lui aussi regroupe trois principaux univers théoriques :

Le discours d'inspiration constructiviste, où la médicalisation est entrevue par plusieurs auteurs comme le résultat d'un processus constant et subjectif de redéfinition des frontières du normal et du pathologique influencé par les dynamiques et normes sociales en vigueur.

Pour plusieurs auteurs qui s'inspirent de cette perspective théorique, la maladie n'est pas une réalité purement objective que les médecins sont chargés de découvrir, mais le produit de mécanismes subjectifs de reconfiguration pathologique.

*Deuxième univers théorique* fait à l'inspiration marxiste puisque plusieurs auteurs associent le processus, phénomène et concept de médicalisation à des mécanismes d'expropriation du sujet et de marchandisation de la santé et de la maladie.

Finalement il mobilise les propositions théoriques d'inspiration foucauldienne en mettant à l'avant-plan notamment les notions de pouvoir, de normalisation et de disciplinarisation des corps.

*Le deuxième axe d'analyse* : permet d'envisager la médicalisation surtout à travers l'étude de l'action individuelle et des interactions sociales, Il permet également de repérer dans les écrits sur la médicalisation l'influence de trois principaux univers théoriques.

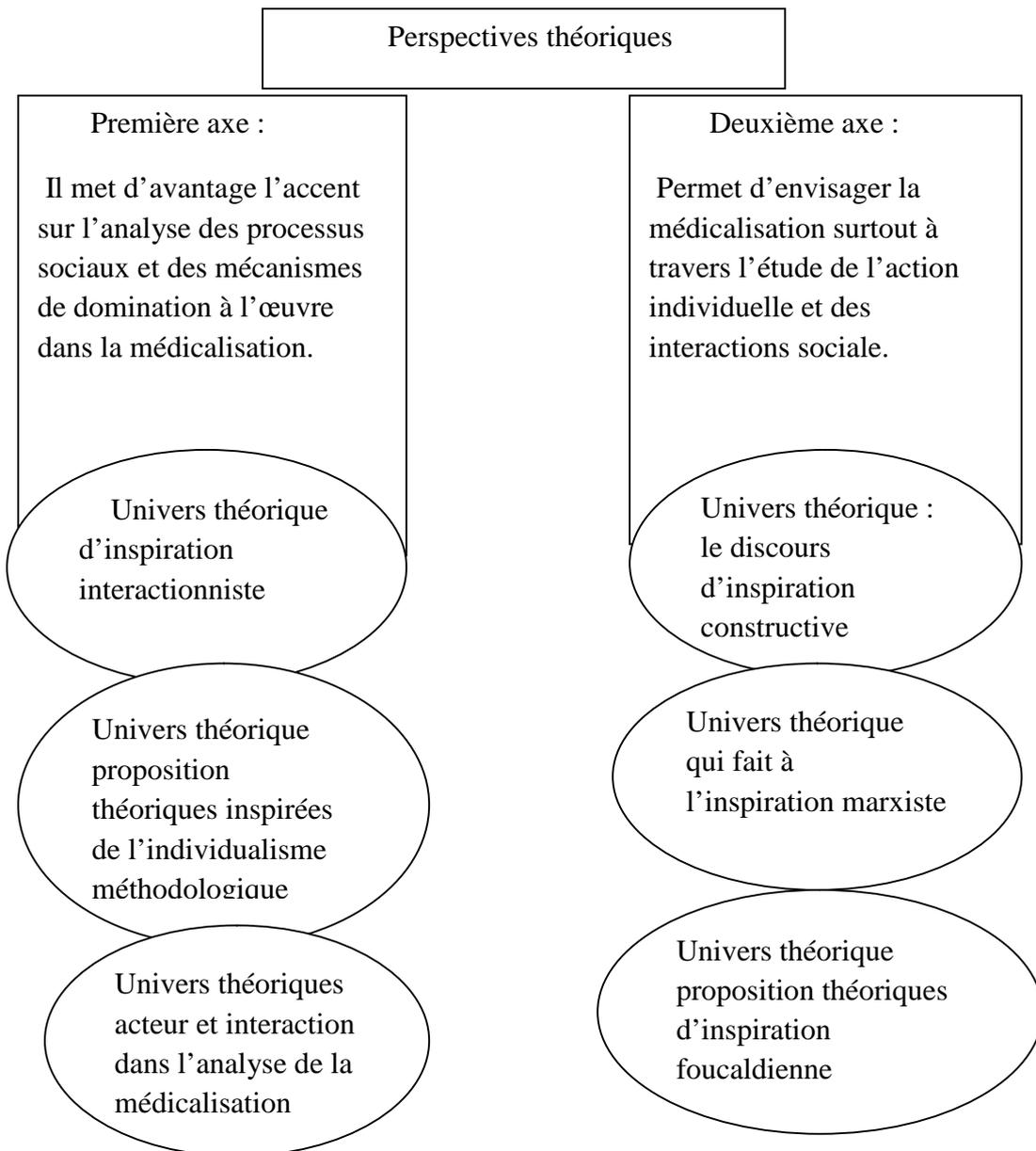
Premièrement Il fait appel à un discours d'inspiration interactionniste alors que la médicalisation, notamment par l'établissement d'un diagnostic et la sélection d'un traitement, implique un processus d'interprétation et de création de sens dans lequel les individus sont souvent fortement engagés.

Deuxièmement, les analyses du terme médicalisation peuvent être mises en relation avec des propositions théoriques inspirées de l'individualisme méthodologique. Cette perspective entrevoit tous les processus et phénomènes sociaux, tels que la médicalisation, comme étant notamment le résultat des motivations, intérêts et actions des individus qui y prennent part.

Finalement, il accorde une place importante aux acteurs et interactions dans l'analyse de la médicalisation.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>Op.cit. MILISSA NADER, p.179.

**Schéma n°2 : représentatif les perspectives théoriques :**

**Source :** établie par les étudiantes.

### **2.1. Perspective structuro-fonctionnaliste ou la maladie comme conduite sociale :**

Précurseur des analyses sociologiques sur la santé et la maladie, les théories de Parsons sont avec le temps devenues des incontournables, étant au fondement même du champ de la sociologie médicale. Même si au début des années 1970, lors de l'émergence du terme médicalisation dans la littérature sociologique, le structuro-fonctionnalisme avait déjà été délaissé au profit de nouvelles perspectives théoriques d'ailleurs très peu d'auteurs consultés ont fait référence au structuro-fonctionnalisme ou à l'approche parsonienne dans leurs analyses sur la médicalisation qui n'en demeure pas moins que ce paradigme demeure inévitablement pour quiconque cherche à saisir les racines intellectuelles de la médicalisation.

À la lumière des théories de Parsons, la sociologie médicale s'est rapidement et principalement engagée, à la fin de la Seconde Guerre mondiale, sur la voie de la sociologie des déviations en faisant de la maladie une conduite sociale menaçant l'ordre établi, en effet, les conséquences répressives et coercitives, telles qu'inscrites dans le système judiciaire, ne sont appropriées, selon Parsons, que pour sévir contre des déviants ayant intentionnellement commis un acte répréhensible susceptible de mettre en péril l'ordre social<sup>1</sup>.

Les travaux de Parsons ont contribué à un élargissement des notions de maladie et de santé, au moment même où l'OMS définissait la santé autrement que comme une simple absence de maladie, et conduit toute une génération de sociologues à se pencher sur les comportements des malades en regard notamment aux différences et inégalités sociodémographiques et économiques.

### **2.2. Prédominance des structures sociales et des mécanismes de domination dans l'analyse de la médicalisation :**

Les années 1970 ont été témoins d'une profonde remise en question du paradigme structuro-fonctionnaliste, ouvrant la voie à de nouvelles pistes de réflexion. Les sociologues ont fortement reproché aux recherches sur le rôle de malade et de médecin leur propension à accepter d'entrée de jeu que la profession médicale puisse être la seule institution reconnue ayant la capacité de définir et de prendre en charge la maladie, son diagnostic et son traitement.

C'est donc dans cette optique que la sociologie médicale cède sa place, à cette époque, à la sociologie de la santé pour marquer symboliquement le passage du rôle de malade et de médecin comme objets privilégiés des analyses sociologiques, vers une sociologie davantage préoccupée par les déterminants sociaux de la santé et des maladies, les processus de définition du normal et du pathologique et les modes privilégiés de prises en charge des patients.

Ce nouveau paradigme met donc l'accent sur les structures sociales et les mécanismes de domination pour réfléchir aux enjeux entourant la capacité de la médecine de créer socialement le malade et les conséquences stigmatisantes que ce monopole peut entraîner pour les individus.

---

<sup>1</sup> Lallement, Michel, Histoire des idées sociologie. 2 t. Paris, Nathan 1993, p.87.

La santé et la maladie sont non seulement des événements physiologiques, mais aussi et surtout des phénomènes aux implications sociales, politiques et économiques pour tous les individus et les collectivités.

Mais si globalement cette approche critique entrevoit de manière dynamique les relations qui unissent le savoir médical, l'État et la société comme déterminants de la maladie et du malade, elle est loin de s'inscrire dans un cadre théorique homogène.<sup>1</sup>

### **2.2.1. L'influence constructiviste. La redéfinition subjective des frontières du normal et du pathologique :**

L'approche d'inspiration constructiviste se situe à l'opposée du positivisme pour que les déviations, par exemple, existent en tant qu'expériences objectives, conséquences de la non-conformité des individus aux normes sociales collectivement adoptées par un processus de médicalisation et de pathologisation de l'existence humaine, un nombre grandissant de réalités individuelles et collectives entrent régulièrement dans le champ de compétence de la médecine qui a pour mandat de traiter, d'éliminer, de contrôler, ou encore de prévenir les maladies et souffrances, et ce, au nom de la santé. Mais si ces maladies et déviations font l'objet d'un consensus social et médical, l'approche d'inspiration constructiviste nous rappelle qu'une maladie ne peut être définie comme telle a priori, étant plutôt formée grâce à un processus de construction de faits jugés objectifs, neutres et scientifiques sur lesquels repose cette étiquette de maladie.

La question de la construction sociale et médicale des réalités pathologiques est aussi sous-tendue par la difficulté pour tous ces acteurs de distinguer la frontière qui sépare le normal du Pathologique.

Le terme normal était réservé aux domaines des mathématiques et de la physique. Ce n'est qu'à partir des années 1820 qu'il a été utilisé relativement à un état biologique. À partir de ce moment, les maladies et les déviations sont envisagées comme des faiblesses, des états qu'il faut absolument diagnostiquer, expliquer et traiter.

La norme et l'anormalité font toujours référence à une valeur, un ordre normatif dans un jeu d'oppositions entre ce qui pose problème et ce qui ne pose pas problème et de comparaisons entre les catégories de personnes de ces deux groupes ou entre une personne et une mesure propre à elle-même. En fait, la norme tire sa valeur du fait qu'il n'y a pas en soi de réalité qui ne lui réponde pas.

Si le but premier de la médecine est de diagnostiquer et de guérir les pathologies socialement et médicalement construites selon les critères définis par un état jugé normal, il ne faut pas oublier que cet état normal peut désigner à la fois un état habituel ou un état idéal que la thérapeutique cherche à établir, ouvrant ainsi la porte à des manœuvres de préservation de la santé, mais aussi d'amélioration du corps et de ses potentialités. Cette question, particulièrement délicate, a été et demeure encore aujourd'hui au cœur des discussions sur la médicalisation du social. Néanmoins, cette tendance d'inspiration constructiviste a su teinter le champ sémantique du terme même de médicalisation depuis son émergence dans la littérature sociologique, en cherchant constamment à mettre au jour les processus sociaux à

---

<sup>1</sup> Op. Cit. MILISSA NADER, p.189.

l'origine du façonnement des corps et des comportements, et de leur redéfinition Pathologique<sup>1</sup>.

### **2.2.2. L'influence marxiste. L'expropriation du sujet et la marchandisation de la santé et de la maladie :**

Dans le sens théoriques inspirés du vocabulaire marxiste la configuration des réalités pathologiques telle qu'inscrite dans la médicalisation de l'existence humaine n'est que le prolongement d'un phénomène généralisé de surproduction. Passé un certain seuil critique de développement, cette surproduction industrielle donne lieu à une contre-productivité qui se dresse comme un obstacle à l'atteinte des objectifs de bien-être des populations que se donnent les sociétés. Tous les efforts investis par ces sociétés pour améliorer les conditions d'existence de leurs populations s'avèrent être une menace lorsque les exigences de production se donnent pour mandat de toujours aller plus vite, plus loin. Sans s'en rendre compte, cette logique de développement illimité contamine toutes les sphères de production dans un mouvement de masse autodestructeur des sociétés : « la médecine corrompt la santé , l'école bêtifie , le transport immobilise , les communication rendent sourd et muet , les flux d'information détruisent le sens , le recours à l'énergie.»<sup>2</sup>

La santé s'est transformée en un gigantesque marché, étant désormais orientée davantage par une logique marchande que médicale ou hygiéniste auquel la médecine, tout comme l'ensemble des autres acteurs impliqués dans le processus et phénomène de la médicalisation, ne peut échapper. La santé peut désormais être consommée, achetée, vendue, au même titre que n'importe quel objet ou service.

Les maladies et leur traitement ne sont plus qu'une simple marchandise.

Selon la proposition théorique d'inspiration marxiste, l'individu serait davantage le produit de son environnement physique et social que de son héritage génétique, exigeant de lui une adaptation permanente pour faire face à la transformation continue de son environnement et milieu de vie, risquant dans le cas contraire de souffrir de diverses maladies. Paradoxalement, la médecine moderne contreproductive affaiblit les populations en créant une dépendance face à la consommation des services et de soins de santé. Aussi, en leur retirant leur capacité d'adaptation, la médecine contribue à l'augmentation des taux de morbidité dans les sociétés industrialisées capitalistes. Il en résulte des individus transformés en patients à vie.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Ibid. p, 190.

<sup>2</sup> Dupuy, Jean-Pierre, « vers l'unité des sciences sociales autour de l'individualisme méthodologique complexe » Revue du Mauss, Vol 2, 2004, p.31

### **2.2.3. L'influence de Foucault. La normalisation au service de la disciplinarisation des corps :**

Foucault se démarque de la pensée d'inspiration marxiste par son refus de concevoir le pouvoir comme une opposition binaire entre des dominants et des dominés. Présent partout à la fois, le pouvoir s'insère dans les moindres recoins de la vie sociale et dans chacune des relations. Foucault lui-même reconnaît que certains groupes sociaux ou individus possèdent une influence plus grande ou davantage reconnue<sup>1</sup>

Le champ de la connaissance scientifique moderne notamment s'appuie sur ce modèle cyclique alors que les relations de pouvoir en influencent largement les orientations, lui assurant, en retour, un champ d'action élargi et une plus forte légitimité fondée sur un présupposé de neutralité.

La construction du sujet, de la pensée de Foucault et de ses actions repose sur un ensemble de mécanismes de pouvoir chargés de lui enseigner, par une série de pratiques normalisantes, en outre, les notions de travail, d'effort et de maîtrise de soi ont à la fin de sa vie graduellement fait leur place pour illustrer la capacité des individus de se constituer en sujet doté d'un certain degré de rationalité.

Le biopouvoir dans son déploiement caractérise aujourd'hui un mode de gestion et de stratégie autour de la fabrique du vivant, à la fois riche en promesses et dénonçable par ce qu'il implique en termes de normalisation du corps et de l'esprit.

La médecine répond à un autre motif qui n'est pas la demande du malade, qui ne prévaut que dans des cas beaucoup plus limités. Plus fréquemment, la médecine s'impose à l'individu, malade ou non, comme acte d'autorité, elle participe activement à la production de discours et de pratiques axés sur le bien-être de la population et l'amélioration de ses conditions d'existence, voire même à la régulation des corps.

La médicalisation réfère donc à un enchevêtrement complet de mécanismes, de techniques disciplinaires, de normes sociales, d'institutions et d'acteurs aux motivations diverses et qui tous participent à cette reconfiguration pathologique des réalités inhérentes à l'existence humaine.

### **2.3. Prédominance de l'action, des interactions et des stratégies dans l'analyse de la médicalisation<sup>2</sup>**

Les univers théoriques décrits précédemment, présents dans la littérature sociologique depuis l'émergence du terme médicalisation il y a maintenant quarante ans, ont souvent été l'objet de reproches. Plusieurs auteurs ont remis en question cette approche voulant que la médicalisation puisse être interprétée d'abord et avant tout à la lumière des structures sociales et des mécanismes de domination. Bien que plusieurs contemporains, dont Dupuy (2004), Gori et Del Volgo (2004) et Sanni Yaya (2009), demeurent des représentants d'une interprétation de la médicalisation influencée par des propositions théoriques d'inspiration constructiviste, marxiste et foucauldienne, il n'en demeure pas moins que ces cadres

---

<sup>1</sup> Foucault, Michel, Histoire de la folie à l'âge classique, Paris : Gallimard, 1972, p.552.

<sup>2</sup> Op.cit. MILISSA NADER, p.205

d'interprétation de la médicalisation ne sont plus les seules perspectives désormais présentées dans les ouvrages sociologiques.

De plus en plus d'auteurs se proposent de saisir les dynamiques sociales à l'œuvre dans le processus et phénomène de la médicalisation, dont notamment l'influence exercée par les individus eux-mêmes dans l'orientation des mécanismes de la médicalisation. Le deuxième axe d'analyse positionne ainsi l'analyse de l'action, des acteurs et des interactions au centre de l'étude de la médicalisation. A travers cet axe d'analyse trois principaux univers théoriques inspirés de l'interactionnisme, de l'individualisme méthodologique et des propositions théoriques de Giddens et Beek. Les racines intellectuelles de la médicalisation ne se situent donc pas uniquement dans des approches où prédominent les structures et normes sociales, mais aussi dans des approches qui mettent l'accent sur les motivations des patients et leur capacité à influencer la trajectoire de la médicalisation.

### **2.3.1. L'influence interactionniste. Interprétation, négociation et subjectivité :**

Le courant d'inspiration interactionniste est globalement axé sur les notions de soi, d'interprétation subjective, d'identité et de rôle des acteurs au sein même de la société à laquelle ils participent. L'interactionnisme repose notamment sur le principe fondamental qui veut que l'action individuelle soit guidée par le sens qui s'en dégage pour l'individu, cette signification étant elle-même orientée par les interactions entre les individus dans un processus constant de réinterprétation des objets rencontrés. La signification de ces objets, conduites ou événements repose donc non pas uniquement sur leur nature ontologique, mais aussi, et surtout sur les réactions qu'ils suscitent.

Cette approche ne remet aucunement en question l'existence de puissantes institutions et normes sociales, mais elle refuse toutefois de concevoir que ces normes puissent être imposées passivement aux individus. Si l'approche d'inspiration interactionniste reconnaît qu'il puisse exister un différentiel de pouvoir dans la relation médecin-patient, elle refuse de céder à l'image du patient passif dont l'avenir demeure à la merci des décisions de l'institution médicale et de ses experts<sup>1</sup>.

Contrairement à Parsons qui considérait le rôle de malade, sauf exception, comme un état temporaire et transitoire, l'approche d'inspiration interactionniste entrevoit dans le rôle de malade un statut potentiellement permanent alors que suite à un processus de validation, les individus et les membres de leur entourage intériorisent cette étiquette sociale qui leur est attribuée.

Si la médicalisation et la reconfiguration pathologique de conditions, événements et préoccupations inhérentes à l'existence humaine puissent être saisies dans leur rapport aux structures sociales et mécanismes de domination, ces dernières peuvent être aussi interprétées à la lumière des interactions sociales et des actions individuelles. La trajectoire empruntée par le processus et phénomène de la médicalisation est bien plus que le simple fruit des plus récents développements technoscientifiques et thérapeutiques. Elle est aussi guidée par un ensemble d'interactions sociales entre de nombreux acteurs individuels et collectifs dont les actions, préoccupations et discours sont constamment susceptibles de la réorienter.

---

<sup>1</sup> Ibid. p.206.

### **2.3.2. L'influence de l'individualisme méthodologique. Rationalité et action stratégique :**

L'univers théorique inspiré de l'individualisme méthodologique, ce paradigme sociologique considère les individus comme étant les atomes de base dans l'analyse des processus sociaux. Il demeure indispensable, pour les défenseurs de cette approche, de prendre en compte les comportements, les rationalités, les logiques et les représentations des acteurs, ainsi que le sens qu'ils accordent à leurs actions, pour viser à une compréhension plus juste des phénomènes sociaux. Il s'agit donc de comprendre les sociétés selon les motivations, intérêts et actions des individus qui les composent.

Les propositions théoriques inspirées de l'individualisme méthodologique nous amènent à reconnaître le caractère ambigu des dynamiques de pouvoir qui unissent les différents acteurs impliqués dans le processus et phénomène de la médicalisation, cette dernière n'est pas le résultat de la domination et manipulation passive des patients, des médecins ou encore de grandes corporations par exemple, mais d'une relation certes souvent inégale selon les situations entre des acteurs capables dans une certaine mesure, d'autodétermination. Et aussi Il serait faux de croire que les médecins et les patients, notamment, sont constamment figés dans des positions drastiquement opposées.

### **2.3.3. L'influence des travaux de Giddens et Beck. Réflexivité, risques et incertitude :**

Les propositions théoriques de Beck et Giddens illustrent cette transformation par une société marquée par un individualisme accru, alors que tous deux considèrent que la modernité avancée conduit inévitablement à une sélection individuelle des trajectoires de vie. Les individus ont désormais l'obligation sociale et morale de choisir leur vie, d'orienter l'itinéraire de leur propre existence selon leurs besoins, ressources, attentes et champs d'intérêt.

C'est donc dorénavant les individus, et non les groupes sociaux, qui sont au cœur de l'attention et des pratiques d'intervention des institutions.

Alors que la société industrielle avait assigné aux individus un statut social en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques, la période actuelle tend de plus en plus à passer outre ces conditions d'existence et caractères individuels sans toutefois les annuler complètement dans l'orientation des processus de mobilité sociale et d'accomplissement de soi.

La médicalisation peut certes contribuer à définir l'identité d'un individu et en ce sens lui offrir un point d'ancrage identitaire, ce qui est notamment recherché en ces temps d'incertitudes, elle fait tout de même appel à un patient-partenaire de soins qui s'incarne parfaitement dans cette propension des individus à devenir maître d'eux-mêmes. Alors que le risque ne cesse de les guetter, les individus sont constamment amenés à prendre des décisions qui auront très certainement des répercussions sur leur état de santé actuel et futur. De plus en

plus, les professionnels de la santé notamment sont amenés à décharger sur les patients la responsabilité décisionnelle quant aux traitements et aux interventions à privilégier<sup>1</sup>.

### **3. La médicalisation comme modalité de contrôle social des Corps : vers une expansion des catégories :**

Le concept de médicalisation existe de longue date et a suscité l'intérêt des chercheurs en sciences sociales durant les années 1950. La médecine était alors devenue un objet d'étude pour la sociologie des professions qui établissait des liens entre la santé et la conception/gestion de la déviance sociale des corps. Parsons (1951 ; 1975) a d'ailleurs été le premier sociologue à appliquer le concept de déviance au corps et à la santé. Comme essai de définition du concept de médicalisation, mentionnons celle de Zola, qui conçoit celle-ci comme « un processus par lequel de plus en plus d'aspects de la vie quotidienne sont passés sous l'emprise, l'influence et la supervision de la médecine »<sup>2</sup>. D'autres chercheurs désignent la médicalisation comme un processus par lequel on en vient à définir et à traiter des problèmes principalement sociaux comme des problèmes médicaux, voire pathologiques (Beaulieu, 2005 ; Cohen et Bregin, 1999).

Selon ces chercheurs, certains facteurs contextuels ont favorisé l'apparition de la médicalisation comme mode de gestion des problèmes sociaux et comme modalité de contrôle des liens sociaux. Parmi ceux-ci, notons un certain déclin de la religion, une foi inébranlable dans la science, l'individualisme en pleine expansion, l'affaiblissement des liens sociaux, la rationalité, le progrès et, enfin, le pouvoir et le prestige accrus de la profession médicale. Si la profession médicale prend le relais, par le biais de la médicalisation, pour gérer de plus en plus notre vie quotidienne, notons que la médicalisation de groupes sociaux ayant un faible pouvoir dans la société est aussi évidente. Pensons à la « pilule du bonheur » comme modalité de contrôle social auprès des aînés, qui consomment plus de six médicaments en moyenne par jour (Saint-Germain, 2005 ; Saint-ONGE, 2005 ; Perdreau *et al.* 2005) ou auprès des adolescents avec le Ritalin (Lloyd, Stead et Cohen, 2006).

Parmi les autres chercheurs qui ont attiré l'attention sur le phénomène de la médicalisation comme forme de contrôle social, nous pouvons aussi nommer Friedson (1970) ; Zola (1972 ; 1983), Conrad et Schneider (1980) et Conrad (2005). Selon Conrad (2005), il faut éviter de limiter la médicalisation à l'application d'un niveau unique de contrôle, car le processus s'actualise sur trois plans : conceptuel, institutionnel et interactionnel.

- a) conceptuel, sous la forme d'un discours et de l'adoption d'une idéologie qui renforce son acceptation sociale ;
- b) institutionnel, soit le rôle des médecins dans les organismes et la gestion des problèmes psychosociaux ;
- c) interactionnel, par la médicalisation du rapport plus privé dans la relation médecin patient.

À ces trois paliers, on peut ajouter la construction sociale de nouvelles entités ou catégories cliniques intimement liées au développement et à la commercialisation de traitements pharmacologiques visant les corps (Fabre et Levy ; 2007). Selon Conrad et Leiter (2004), cette tendance de pharmacologisation des corps impliquerait d'autres acteurs en

<sup>1</sup> Beck, Ulrich, « la société du risque. Sur la voie d'une autre modernité. Flammarion, Paris, 2003, p.521.

<sup>2</sup>Op. cit. Zola, I, p.295.

dehors de l'industrie pharmaceutique (chercheurs, instances gouvernementales de régulation, médecins, consommateurs, etc.).

L'autre facteur explicatif qui peut nous éclairer sur le recours à la médicalisation comme modalité de contrôle social est celui de l'accentuation de *l'individualisme* dans notre société postmoderne, certains diraient de l'hyper individualisme. Dans son article intitulé « Dilemmes de l'individualisme : un contexte sociétair de l'usage de drogues » Van Caloen (2004) démontre bien comment l'usage de psychotropes, par exemple, s'inscrit directement dans le processus d'insertion des personnes en quête d'un soutien qui puisse les normaliser socialement face aux exigences de la performance à tout prix. Dit autrement, en mettant en veilleuse le contexte structurel qui donne naissance aux conditions sociales des personnes (exemple du chômage dans certaines régions), la tendance sera d'avoir recours à la médicalisation/ médication comme modalité de contrôle dans la gestion de la distance sociale qui risque de s'établir entre les performants normaux avec du travail, et les non-performants sans travail.

Comme effets secondaires, la réponse à ces conditions passera généralement par un regard social qui individualise le problème et qui marginalise souvent la personne par le biais de la médicalisation (dépression, anxiété, insomnies, etc.). Des lors, nous assistons souvent à une médication accompagnée d'un retrait social de nature plus privée, plus individuel. En lien avec la course économique effrénée de la mondialisation, Gori et Volgo (2005) nous rappellent que l'hyper consumérisme contribue au fait que *le manque d'être se transforme en manque d'avoir*.

Pour combler ces écarts de la norme et de la distance sociale, entre le dehors social public et le dedans privé, on peut dire que l'individu fera des actes visant à les réduire en essayant d'établir des *liens sociaux* qui contribuent à sa normalisation (Suissa, 2001). Dans un article du psychiatre Social Furtos (2005) intitulé « Souffrir sans disparaître », on démontre clairement comment des problématiques psychiques et psychosociales, par exemple, empêchent en fait l'exercice ordinaire du lien social en faisant subir à la personne cible le syndrome d'auto-exclusion. Les travaux de Fainzag sur l'exercice du pouvoir médical dans le rapport médecin patient constituent également des repères précieux dans la saisie des dynamiques plus individualisantes du processus de la médicalisation (Fainzag, 2005).

À la lumière de ces observations, on peut dire que deux domaines importants constituent les cibles privilégiées dans le processus de la médicalisation. Le premier est celui qu'on pourrait appeler le contrôle social médical des événements normaux de la vie : naissance, adolescence, infertilité, ménopause, menstruations, mort, etc. le second est plutôt rattaché à la gestion de certaines conditions ou problèmes considérés comme déviants dont les transformations esthétiques du corps font partie<sup>1</sup>.

---

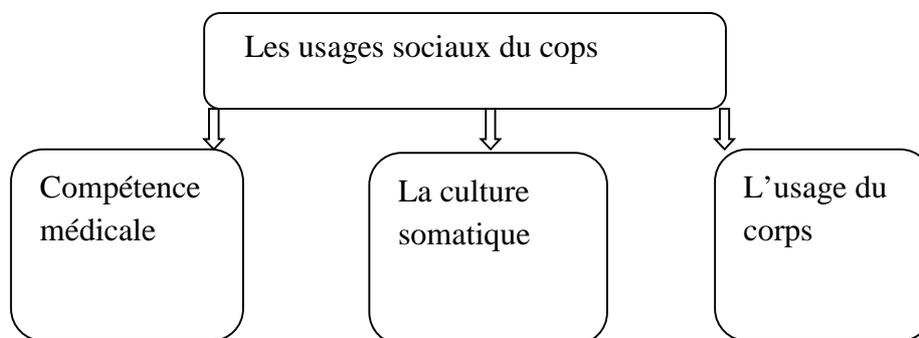
<sup>1</sup> Suissa Amnon, représentation du corps, médicalisation et lien social : l'exemple de la chirurgie esthétique, lien sociale et politique, 2008, p.105.

#### 4. Les usages sociaux du corps :

Parler d'usages sociaux du corps c'est poser l'existence d'une correspondance globale entre, d'une part, l'utilisation que les individus font de leur corps, la relation qu'ils entretiennent avec le corps propre et même certaines de leurs propriétés somatiques.

« Les règles qui déterminent la conduite physique des sujets sociaux et dont le système constitue leur culture somatique »<sup>1</sup>

**Schéma n°3 : représentatif des usages sociaux du corps.**



**Source :** établie par les étudiantes.

##### 4.1. La compétence médicale :

Si l'aptitude à entendre, identifier et exprimer les messages corporels varie comme l'aptitude à les verbaliser et croît quand on passe des classes populaires aux classes supérieures, c'est que les sensations morbides ne possèdent pas l'exorbitant privilège, que leur accorde souvent le sens commun, de s'exprimer sans langage : La perception et l'identification des sensations morbide « c'est la reconnaissance d'une activité médicale »<sup>2</sup>

Plus la distance sociale entre le médecin et son malade augmente, moins la mémorisation et la reproduction par le malade des termes savants utilisés par le médecin auront pour résultat de moduler les représentations que le malade a de son corps ou d'accroître le nombre et la diversité de ses sensations corporelles parce que les catégories nouvelles empruntées à la science, en même temps que les mots qui les supportent, seront immédiatement submergées par les catégories plus anciennes et plus générales dont le malade fait un usage courant et qui lui sont familières.

<sup>1</sup> Boltanski Luc, Les usages sociaux du corps. In : Annales. Économies, Sociétés, Civilisations. 26<sup>e</sup> année, N. 1, 1971, p222.

<sup>2</sup> Thierry Bardin, dents et mâchoires dans les représentations religieuses et la pratique médicale de l'Égypte ancienne, Roma, 1990, p227.

Ainsi, s'il est vrai que le besoin médical des sujets sociaux est fonction, au moins partiellement, de leur compétence médicale, le besoin de ceux dont la compétence médicale est la moins forte s'accroîtra moins vite que le besoin de ceux dont la compétence médicale est la plus forte puisque, premièrement, l'accroissement de la compétence médicale est fonction de l'accroissement du recours au médecin qui résulte lui-même de l'accroissement du besoin médical et que, deuxièmement, la fréquentation du médecin accroît d'autant plus la compétence médicale du malade que le malade est situé plus haut dans la hiérarchie sociale (et que, corrélativement, son besoin médical est plus fort), c'est-à-dire qu'il est plus en mesure d'exiger des explications du médecin et de tirer partie de ces explications, de les mémoriser, de les intégrer et de les reproduire.

S'ensuit que les individus qui, situés au bas de la hiérarchie sociale, possèdent en conséquence le vocabulaire de la sensation le plus sommaire mais aussi le plus archaïque car le langage des sensations porte en lui les acquis successifs de la science médicale premièrement ne seront en mesure d'identifier qu'un nombre limité de sensations ou pourront percevoir des sensations inhabituelles sans les tenir pour les signes ou les symptômes de maladies alarmantes et donc, si elles ne sont pas trop intenses, sans leur prêter grande attention ; deuxièmement, éprouveront souvent des sensations qui ne devraient plus exister, c'est-à-dire des sensations dont les médecins d'aujourd'hui contestent la réalité et le bien fondé et que les membres des classes supérieures ou de la frange supérieure des classes moyennes ne sont plus en mesure d'éprouver, comme, par exemple, ces étranges sensations en « points » ou en « boules », « points » dans le dos ou dans les poumons, « boules » dans le ventre ou dans les reins qui reviennent si fréquemment dans le discours médical des membres des basses classes.

#### 4.2. La culture somatique :

Rendre compte de l'inégalité du besoin médical dans les différentes classes sociales par les variations de la compétence médicale et par elles seules, c'est oublier que la mise en œuvre de la compétence médicale est elle-même soumise à des règles qui déterminent le degré d'intérêt et d'attention qu'il est convenable de porter aux sensations morbides et peut-être, plus généralement, aux sensations corporelles et au corps lui-même, le degré auquel il est convenable de parler de son corps, de faire part à autrui de ses sensations corporelles et, plus particulièrement, de se plaindre de ses sensations morbides et corrélativement, les seuils d'intensité à partir desquels une sensation doit être tenue pour anormale et être consciemment ressentie, acceptée, exprimée, et déterminer le recours au médecin.

Or ces règles ne sont pas identiques dans les différents groupes sociaux. L'intérêt et l'attention que les individus portent à leur corps, c'est-à-dire, d'une part à leur apparence physique, plaisante ou déplaisante, d'autre part, à leurs sensations physiques, de plaisir ou de déplaisir, croît à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie sociale (passant des agriculteurs aux ouvriers, des ouvriers aux employés, des employés aux cadres), et que diminue la résistance physique des individus qui n'est autre que la résistance qu'ils sont en mesure d'opposer à leur corps et leur force physique, c'est-à-dire le parti qu'ils peuvent tirer de leur Corp. « La culture somatique, c'est-à-dire l'intérêt et l'attention que l'individu porte à son corps et à ses sensations corporelles »<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Fabrice Fernandez, Samuel Lézé, Hélène marche, les émotions une approche de la vie sociale, édition des archives contemporaines, paris, 2013, p.90.

### 4.3. L'usage du corps :

Les règles qui déterminent les conduites physiques des sujets sociaux et dont le système constitue leur « culture somatique » sont le produit des conditions objectives qu'elles retraduisent dans l'ordre culturel, c'est-à-dire sur le mode du devoir être et sont fonction, plus précisément, du degré auquel les individus tirent leurs moyens matériels d'existence de leur activité physique, de la vente des marchandises qui sont le produit de cette activité, ou de la mise en œuvre de leur force physique et de sa vente sur le marché du travail.

Si les différents groupes sociaux se hiérarchisent de façon identique (*mutatis mutandis*) selon que l'on prend en compte l'importance de leurs consommations médicales ou la part des non diplômés à l'intérieur de chaque groupe, c'est, on l'a vu, que l'accroissement du niveau d'instruction est associé à un accroissement de la compétence médicale, c'est aussi que le niveau d'instruction moyen d'un groupe constitue le meilleur indicateur du degré auquel les membres de ce groupe font un usage professionnel de leur corps. Si les individus portent d'autant moins attention à leur corps et sont avec lui dans un rapport d'autant moins conscient qu'ils sont plus fortement tenus d'agir physiquement, c'est peut-être que l'établissement d'un rapport réflexif au corps est peu compatible avec une utilisation intense du corps.

Premièrement, l'effort physique qui accroît considérablement le flux des sensations physiques rend difficile la sélection et l'identification des sensations morbides ou, si l'on veut, introduit du bruit dans la communication entre le sujet et son corps et la « brouille »; deuxièmement, l'accroissement de l'attention portée au corps et, corrélativement, de la sensibilité aux messages morbides a nécessairement pour résultat de réduire en durée et en intensité l'activité physique, si bien que tout se passe comme si celui qui doit faire l'utilisation maximum de son corps ne pouvait, sans peine, entretenir avec lui un rapport attentif ou attentionné, l'écouter, l'analyser et le « comprendre ».

S'il en est ainsi, les règles qui organisent, dans les classes populaires, le rapport des individus à leur corps et qui, lorsqu'elles sont présentes à la conscience, n'y apparaissent que sous la forme de règles de morale, ont peut-être, d'abord, une fonction de régulation visant à empêcher ceux que leur condition économique contraint à utiliser intensément leur corps d'établir un rapport réflexif et conscient au corps, parce que l'instauration d'un tel rapport ne pourrait avoir d'autre effet que de diminuer la résistance qu'ils sont en mesure d'opposer à leur corps, donc de réduire en qualité et en quantité le travail qu'il fournit.<sup>1</sup>

### Critique :

Dans ce chapitre a été exposé le processus de médicalisation et Nous avons pu voir que plusieurs des interprétations de la médicalisation tendent à mobiliser des propositions théoriques d'inspiration constructiviste, marxiste et foucauldienne, en envisageant ce processus de médicalisation.

---

<sup>1</sup> Boltanski Luc.Op.cit. p.222

# **Troisième chapitre**

## **Le contexte de la relation sociale soignant soigné**

### **Préambule**

La relation soignant-soigné est, en bonne partie, conditionnée par les attitudes adoptées par le soigné face à sa maladie et par les réactions que de telles attitudes, induisent chez le soignant. C'est une relation intersubjective régie par des ressorts affectifs.

La relation soignant soigné est l'interaction entre deux personnes se trouvent dans une situation de soins à chaque fois renouvelée par ce qu'elle offre d'inconnu, de complexe et d'imprévisible. Elle est le fondement de la prise en charge globale du patient.

## 1. Les racines intellectuelles de la relation soignant-soignée :

La relation médecin-malade, c'est toute l'histoire de la médecine. D'Hippocrate à la médecine du XXI<sup>ème</sup> siècle, les rapports du médecin avec son patient ont évolué suivant les progrès de la science et l'évolution des consciences.

L'exercice de la profession se fonde sur un concept de compétence médicale, concept transmis par Socrate et rapporté par Platon dans les Dialogues. Hippocrate se distingue par sa volonté de théoriser la pratique médicale, en établissant des procédures fondées sur l'observation des maladies, de leur contexte, de leur évolution, ainsi que des règles à respecter dans les relations avec les malades. A la mort d'Hippocrate, la médecine s'est dotée de ses propres repères et bases de réflexion, hors des croyances religieuses, sur la façon d'exercer et de se comporter face au patient.

La relation thérapeutique médecin-malade est déterminée par de nombreux facteurs, individuels et socioculturels. De même que le malade réagit à sa maladie en fonction de sa personnalité propre, le médecin réagit face à son malade par un certain nombre d'attitudes conscientes et inconscientes qui dépendent de sa personnalité et de son histoire et qui sont susceptibles d'infléchir le cours de la relation thérapeutique.

La relation médecin-patient est actuellement en pleine mutation. Mettant en avant les droits de l'individu, notre société souhaite faire évoluer la relation médecin-patient d'un modèle « paternaliste » vers un modèle de « l'autonomie ». Cette évolution se traduit notamment éclairé du patient concernant les soins ainsi qu'à la communication du dossier médical au patient.

Ainsi, le médecin risque d'avoir une marge de manœuvre relativement faible entre ses obligations éthiques et déontologiques anciennes d'une part et ces nouvelles modalités de fonctionnement d'autre part.

La transparence de la relation médecin-patient fondée sur la communication, doit rappeler que le secret médical n'est pas opposable au patient et que le médecin doit à son état. Le point culminant de cette évolution est symbolisé par le libre accès du patient à son dossier médical. Cette évolution est fondamentale, positive pour certains patients mais qui ne manquera pas de fragiliser nombre d'autre, en particulier les personnes les plus vulnérables au plan psychologique ou social et qui pourront être déstabilisée par la révélation de certaines données, ou qui ne seront pas aptes à gérer et dont un mauvais usage pourra se retourner contre elle. <sup>1</sup>

## 2. La nature de la relation soignant soignée :

Chaque moment passé avec le patient est un moment de relation soignant-soignée. L'article R 4311-2 du Code de la Santé Publique relatif à l'exercice de la profession d'infirmiers, stipule que « *les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade* ». Au regard de cela, on peut dire

---

<sup>1</sup> Marie-Anne, « La relation médecin-malade », cercle des chamailleurs, 20 septembre 2009, p.1.

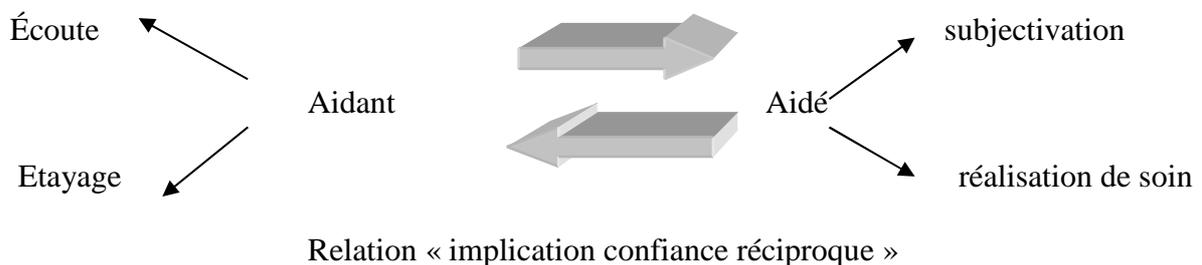
que c'est au soigné de garantir la qualité de cette relation même si elle est étroitement liée au patient.

### 2.1. La relation d'aide :

Le concept de relation d'aide a été introduit par le psychologue Carl Rogers dans les années 1950. Celui-ci a également fondé la psychologie dite centrée sur la personne. Selon Carl Rogers, la relation d'aide consiste en « une interaction particulière entre deux personnes, l'intervenant et l'aidé, chacun contribuant à la recherche et à la satisfaction d'un besoin d'aide chez ce dernier. Cela suppose que l'intervenant adopte une façon d'être et la communication en fonction des buts poursuivis ». Elle nécessite la mise en place d'une relation de confiance qui permettra au patient de se confier et d'exprimer ses émotions.

La relation d'aide repose également sur un savoir faire qui nécessite des compétences particulières à la fois techniques et relationnelles de l'infirmier ; « il s'agit pour le soignant d'adapter ses interventions en fonction de ses observations et de proposer un accompagnement adapté à la personne soignée ». Celui-ci cherche à offrir au patient les conditions lui permettant de trouver ses propres solutions face aux problèmes qu'il rencontre. La relation d'aide est travail d'accompagnement qui va permettre au patient sur le moment ou sur la distance d'analyser sa situation, afin de modifier ses ressentis, ses émotions, ses affects, ses pensées, pour aller vers un mieux être. Il ne s'agit pas pour le soignant de décider ou d'agir à sa place.

#### Schéma n°4 : représentatif l'aide relationnelle :



**Source :** établie par les étudiantes.

#### 2.1.1. Les mécanismes de la relation d'aide :

Pour arriver à la mise en place d'une relation d'aide juste, il faut nécessairement prendre en compte plusieurs paramètres incontournables.

En effet, ce soin ne s'improvise pas et demande des compétences spécifiques. Selon Carl Rogers, il faut éviter certaines sources d'induction pour que le patient examine son problème en profondeur et qu'il découvre des aspects cachés de celui-ci. Ces écueils de la relation peuvent être un jugement moral, une réponse interprétative, un soutien maternel, une attitude paternaliste ou une proposition de solutions aux problèmes. « *L'interlocuteur doit faire preuve de non-jugement et de non-directivité pour considérer la situation telle qu'elle est vécue.* »<sup>1</sup> Cela demande donc, au soignant, la mise en place de certaines habiletés et attitudes particulières.

<sup>1</sup> DURAND, Jean-Pierre, « La relation d'aide, un soin de haute technicité », soins, N 731, décembre 2008, p. 33.

Avant toute chose, rappelons que la notion de confiance entre les personnes est un pré requis primordial sur lequel tout est basé. La personne doit se sentir en sécurité pour pouvoir se confier.

### 2.1.2. L'écoute active :

Représente une de ces habiletés. Elle se caractérise par une réelle présence du soignant dans l'écoute, dans le sens où il cherche une compréhension intellectuelle et affective de l'autre. Il se met tout simplement à la disposition du patient. Le soignant peut également introduire la reformulation, c'est-à-dire reprendre avec d'autres termes les propos qu'il a entendus et perçus pour encourager la poursuite de la relation. Cet outil atteste également de l'attention qu'il porte à la personne.

L'écoute est une condition indispensable à la mise en place de la relation d'aide « Ecouter, c'est se rendre disponible physiquement, intellectuellement et affectivement pour percevoir par tous ses sens les informations dites et non dites par l'interlocuteur dans un esprit de bienveillance véhiculé par sa propre attitude. »

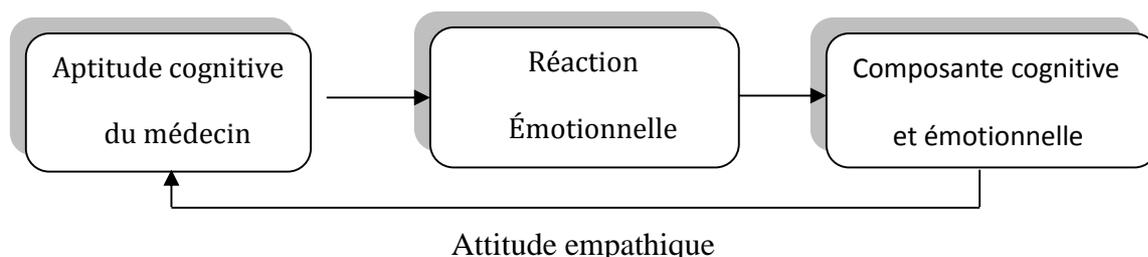
### 2.1.3. La congruence :

Ou authenticité accompagnent aussi cette écoute. La personne aidante doit proposer une relation vraie en s'acceptant tel qu'elle est naturellement. Selon Carl Rogers la congruence « est constituée par le fait d'être en accord avec soi-même. Il s'agit de bien se connaître puis de se mettre en état d'être vrai, réel, de sonder ses sentiments, ses idées, d'assumer ses valeurs, telles qu'elles sont »<sup>1</sup>. Dans l'idée Rogérienne, cette authenticité faciliterait le changement chez l'individu aidé.

### 2.1.4. L'attitude empathique :

Elle passe par l'écoute du patient de manière verbale, par ce qu'il exprime et de manière physique, par les signaux qu'il renvoie. Elle est « le résultat d'une relation suffisamment proches entre deux personnes pour qu'elles ressentent, de l'intérieure, le vécu de l'autre. » L'empathie repose sur la capacité du soignant à pouvoir éprouver, les sentiments du patient et pouvoir communiquer à son propos »

**Schéma n°5 : représentatif les attitudes empathiques :**



**Source :** établie par les étudiantes

<sup>1</sup> ROGERS, Carl, Le développement de la personne, Paris, Dunod, 1968, p, 238.

---

Ou attitude dite de compréhension constitue un autre requis à ce soin. Cela consiste en une perception intuitive du monde de l'autre. Nous ressentons et imaginons les perceptions et expériences telles qu'elles peuvent être exprimées sans oublier que ce ne sont pas les nôtres. Selon Carl Rogers, *« percevoir de manière empathique c'est percevoir le monde subjectif de l'autre comme si on était cette personne, sans toutefois jamais perdre de vue qu'il s'agit d'une situation analogue. Pour cela le soignant reconnaît la personne comme sujet avec ses besoins et se reconnaît lui-même avec ses besoins »*

Nous venons donc de voir que la relation d'aide en soins infirmiers a ses composantes et demeure structurée. Elle ne se fonde que dans le respect d'un contrat. Elle se déroule selon des étapes précises et demande des conditions particulières pour se réaliser de la meilleure manière possible. *« La relation d'aide est un soin complexe, parce qu'elle correspond non plus à une relation fonctionnelle et sociale avec la personne soignée, mais à une relation thérapeutique et technique. »*

#### **a. Les six étapes de la relation empathique :**

1. Reconnaître les moments d'émotion
2. Demander au patient ce qui se passe
3. Nommer l'émotion
4. La légitimer
5. Respecter les efforts du patient pour faire face
6. Lui offrir aide et soutien pour le futur<sup>1</sup>

L'empathie désigne une attitude envers autrui, caractérisée par l'effort objectif de comprendre le ressenti de l'autre, en étant aussi proche de lui que possible. Pour le médecin faire preuve d'empathie doit lui permettre de porter un réel intérêt au patient, dans la globalité de sa personne, en s'efforçant de pouvoir ce qu'il ressent, mais cet exercice n'est pas simple et nécessite de trouver un équilibre relationnel au centre d'une distance, qui ne devra pas être trop proche pour ne pas mobiliser, l'affectivité du soignant au activer un vécu intrusif chez le soigné, trop lointaine pour permettre la perception et la compréhension de la problématique du patient.

L'empathie implique alors la mise en jeu de mécanismes psychiques complexes qui permettent à une personne de comprendre les perceptions et affects d'une autre, sans les ressentir elle-même, sans activation de sa propre affectivité et sans jugement morale. Elle est une qualité qui permet au soignant d'appréhender la nature de la souffrance de l'autre, sans toutefois perdre son identité dans une fusion et confusion des sentiments, pour tenter de proposer les accompagnements les plus adaptés possible.

Elle doit être mise en œuvre les premiers instants de la rencontre entre soignant et soignée, pour que puisse naître une relation opté à être thérapeutique dans une nécessaire confiance réciproque, préalable.

---

<sup>1</sup> <http://www.Cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2002-2-p.213>.

- **L'authenticité :**

L'authenticité est « la faculté d'être en accord avec ce que le soignant pense ressentir et exprimer. » en effet, il est important de rester soi-même et qu'il y ait une concordance entre ce que l'on pense et ce que l'on communique au patient. Il faut se montrer ouvert à l'autre et sincère toujours dans le but que celui-ci exprime ses émotions. Pour cela, il est nécessaire de s'exprimer à la même hauteur que celui-ci afin de lui montrer une attitude d'écoute et de disponibilité. L'authenticité du soignant peut être bénéfique au patient et à l'établissement d'une relation de confiance, deux éléments nécessaires à la mise en place de la relation d'aide.

- **La reformulation :**

La reformulation « consiste à dire avec d'autres mots ce qu'a exprimé la personne, ce que le soignant a entendu, perçu ». Elle témoigne de l'intérêt que le soignant peut porter au patient afin de mieux comprendre ce qu'il traverse. La reformulation peut également permettre au patient d'identifier ses émotions.

Tous ces mécanismes sont primordiaux à l'établissement d'une relation d'aide efficace. Ils peuvent être réalisés durant toutes les étapes de la relation d'aide que nous allons maintenant détailler.

### **3. La confiance soignant-soignée :**

Pour Garfinkel, la confiance est une condition de la conformité aux règles. Ce n'est que par la confiance qu'un autre se conformera aux règles tout comme nous-mêmes. C'est selon Garfinkel ce qui produit la conformité aux normes tout comme l'adhésion réciproque aux valeurs dans les interactions stables (dans Gerhardt, 1989).

La confiance interpersonnelle se développe graduellement par des interactions répétées où les attentes comportementales d'une personne peuvent être testées (Mechanic & Schlesinger, 1996). La décision des soignés de faire confiance au soignant est souvent basée sur l'observation des actions, l'évaluation de l'expérience avec cette personne et l'évaluation de l'évolution du traitement en termes de résultats.

En résumé, ils testent les réponses du soignant face à leurs attentes et sentiments concernant ce qui est le plus approprié (Mechanic & Meyer, 2000).

La confiance est liée à cinq dimensions de la relation de soins :

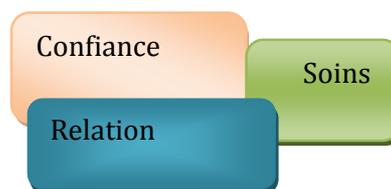
- 1) les compétences techniques (expérience, profondeur, connaissances) et interpersonnelles,
- 2) la préoccupation du soignant face à l'intérêt du patient,
- 3) le contrôle de la prise de décision par le soignant,
- 4) la gestion de l'information confidentielle,
- 5) l'ouverture du soignant à donner et à recevoir de l'information (Mechanic, 1998 ; Mechanic & Meyer, 2000). Les relations de confiance mutuelle sont caractérisées par l'empathie, l'attention et sont menées par les compétences techniques et les actions qui aident les personnes à s'adapter aux incertitudes de la maladie et les manques de la connaissance médicale (Mechanic, 1998)<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> MARIE-EVE SCHMOUTH, Les attentes et le rôle performé par les soignés et les soignants dans la relation de soins avec des personnes présentant un problème de santé mentale grave et de toxicomanie, l'Université Laval, Québec, 2006, p.25.

Relation de confiance médecin-malade un processus de confiance entre le médecin et son patient doit être établi que ce dernier ait pu ou non choisir son praticien (ce qui n'est jamais le cas en situation d'urgence, et rarement possible dans une maladie grave, et les circonstances amenant à la transfusion sont rarement anodines) cela doit amener le patient à accepter de fait ce que le praticien lui ordonne. Pour autant la notion de confiance comme ciment de la relation médecin-patient ne contre dit en rien l'exigence de qualité dans cette relation, qui fait partie intégrante de la démarche thérapeutique. La confiance est le respect, qui sont à la base de la relation qui se noue entre deux personnes autonomes, déterminent la réussite du traitement.

**Schéma n°6 : représentatif la relation de confiance :**



**Source :** établie par les étudiantes

L'information est le consentement éclairé du patient en sont des données capitales, car même malade, chaque individu demande à être considéré avec respect et dispose du droit de participer aux décisions qui conditionnent son avenir, le consentement éclairé d'un patient ne peut ainsi être obtenu qu'à travers une information claire, adaptée à la situation et fournie par le médecin, les risques et les enjeux du traitement doivent être exposés au patient, tout en veillant à ne pas éveiller d'angoisse en lui, le médecin remplit ici une mission de conseiller qui lui interdit de prendre une décision en lieu et place du patient.

Il n'est néanmoins nullement demandé au patient de décider seul de la marche à suivre celui-ci doit cependant exprimer clairement sa participation au traitement qui lui est proposé comme le plus adapté à sa situation, quand au consentement éclairé.<sup>1</sup>

La confiance n'est pas spontanée, elle se mérite, s'installe de manière progressive à partir de preuves de sécurité, car elle rend vulnérable.

Donc le processus de confiance entre le médecin et son patient doit être établi, que ce dernier ait pu ou non choisir son praticien (ce qui n'est jamais le cas en situation d'urgence, et rarement possible dans une maladie grave, et les circonstances amenant à la transfusion sont rarement anodines) cela doit amener le patient à accepter de fait ce que le praticien lui ordonne pour autant la notion de confiance.

Une relation de soin, basée sur la confiance, En effet, la loi du 4 mars 2002 contribue à tisser ce lien de confiance. L' « *information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables* ». Désormais, le patient sait qu'il est en droit d'avoir des informations concernant

<sup>1</sup> Jean-Yves MULLER, Jean-Jacques LEFRERE, Utilisation des produits sanguins, Lavoisier, Paris, 2012, p.363.

son état de santé. « Cette loi vise donc à un meilleur partage des informations et des décisions et doit permettre d'établir une véritable relation de confiance soignant soigné »<sup>1</sup>.

Ensuite, l'instauration de la confiance entre ces deux personnes continue dès l'accueil. Si le patient voit qu'on le prend en charge dès son arrivée, qu'on fait attention à lui et s'il se sent rassurer par des explications claires, précises et adaptées à son état, cela peut concourir à avoir confiance en l'équipe soignante.

La confiance n'est pas spontanée, elle se mérite, s'installe de manière progressive, à partir de preuves de sécurité, car elle rend vulnérable.

Elle repose sur la foi, le crédit, que l'on accorde à autrui. Aussi, elle peut s'altérer voire disparaître, si ce sentiment d'insécurité devient prépondérant et que la personne à laquelle on accorde sa confiance ne s'en montre pas digne.

Pour P. THOMINET : « Il existe deux sortes de confiance : celle que l'on s'accorde à soi-même et celle qu'on accorde à autrui (...). La confiance accordée à un autre relève de la communication et suppose une bonne connaissance de cet autre au point de s'en remettre totalement à lui, avec l'espoir de ne pas être déçu ou trahi »<sup>2</sup>.

M. FORMARIER va plus loin en la définissant comme : « l'acceptation par un individu de s'exposer à l'opportunisme de l'autre » ainsi que comme « un mode de coordination complémentaire à l'autorité, à la hiérarchie, au contrat ou à la réputation pour permettre aux acteurs de mener à bien les activités entreprises » ; de plus, elle cite L.ZUCKER qui a distingué trois types de confiance : la « confiance intuitu personae », la « confiance relationnelle » et la « confiance institutionnelle ».<sup>3</sup>

### 3.1. Les limites de la confiance :

Le risque existe alors d'intellectualiser cette relation de confiance, de la considérer comme une évidence et d'apparition instantanée dans un contexte de soin. Il faut alors nuancer la notion de confiance qu'accorde le patient aux soignants<sup>4</sup>. En effet dans certaines circonstances, si le patient n'a pas le choix de l'hospitalisation, il doit accorder sa confiance par défaut : « Dans une situation où les patients se trouvent souvent dépendants du savoir des soignants, recevoir leur confiance ne relève pas d'un réel choix, puisqu'il n'existe pas d'autre alternative pour eux que d'entrer dans la relation proposée par les soignants et ainsi de bénéficier de soins »<sup>5</sup>.

Certains auteurs (Bonnie M. Hagerty et Kathleen L. Patusky) estiment qu'il est important aujourd'hui de relativiser l'importance accordée à la confiance comme base de la relation soignant soigné. En effet l'environnement hospitalier de plus en plus technique et les contraintes actuelles de temps passé auprès des patients peuvent bouleverser les modèles enseignés jusqu'à présent. Selon eux il serait ainsi plus judicieux de promouvoir un « ancrage

<sup>1</sup> CARICLET N., « Construire une relation de confiance durable avec les patients », Soins Cadres de Santé, p.17 et 18

<sup>2</sup> THOMINET P. Ethique et relation de confiance. Soins, n°779, octobre 2013, pp. 28-29.

<sup>3</sup> FORMARIER M., Les concepts en sciences infirmières. Lyon : Éditions Mallet Conseils, 2009. P. 118

<sup>4</sup> Franck SOREDA, « De l'impact des émotions dans la relation de confiance avec un patient schizophrène », travail de fin d'études, diplôme d'état d'infirmier, IPSI, La Capelette (AR-HM), 2015, p. 22.

<sup>5</sup> Bignoni C, Marchand P. Le soin relationnel, un modèle à questionner. Soins. Juin 2012 ; n°766, p. 18.

*relationnel autour du but poursuivi par les patients et soignants lorsqu'ils entrent en relation<sup>1</sup>*», à savoir la lutte contre la maladie. Les professionnels que j'ai rencontrés évoquent en effet la réussite d'une relation de confiance lorsque le patient accepte le soin et en perçoit les bénéfices futurs.

#### 4. Les bases de la communication avec le soigné :

La communication interindividuelle est la voie d'accès privilégiée aux informations et un moyen de faire circuler les données. Afin de mieux cerner notre problématique, nous allons analyser dans un premier temps la communication verbale puis nous nous attacherons à détailler l'importance de l'observation dans la communication non verbale. Nous en arriverons à cerner des éléments permettant de jouer sur l'entrée en relation et nous verrons en quoi l'utilisation de la méthode d'accusé-réception peut permettre d'améliorer la compréhension entre interlocuteurs.

*«La communication est un processus de création et de recréation d'information, d'échange, de partage, et de mise en commun des sentiments et d'émotions entre des personnes. La communication se transmet de manière verbale et non verbale, et de manière plus globale, par la manière d'agir des intervenants.»* Dans notre milieu professionnel, nous sommes chaque jour confrontés à cette réalité. Par exemple, avant de réaliser un soin, nous devons l'expliquer à notre patient, il est alors nécessaire d'établir avec lui une communication.

Elle peut s'exprimer de deux façons comme nous dit Margot PHANEUF dans sa définition, de manière verbale ou non verbale. De ce fait la communication est bien au-delà d'un simple échange de mots mais elle implique le gestuel, les émotions et le vécu de chacun. Par cette définition, nous pouvons constater que le blocage d'une personne dans la communication est lui-même une manière de s'exprimer. Ainsi, *«la communication dans un contexte professionnel représente une grande responsabilité»*, par conséquent il faut tenir compte du moindre détail qui peut se traduire par une manière de communiquer.

Ce que nous pouvons comprendre d'autre part c'est le fait que la communication est au -- centre même des relations humaines. La communication est la base essentielle de la relation. *«La communication est un outil de base pour l'instauration de la relation d'aide, modalité importante d'intervention en soins infirmier»<sup>2</sup>*.

Tout est communication, la communication n'est pas seulement que des mots prononcés, notre manière d'être en tant que soignante, les gestes, les grimaces, les sourires, le regard, la posture, la tenue professionnelle, l'expression faciale, le toucher, la voix, la tonalité, le silence, la respiration,... *«Chacun de tous ces éléments apporte une information à partir de laquelle un message particulier sera perçu par le patient»<sup>3</sup>*. Le patient se basera sur tout le contexte de la communication pour établir une relation de confiance avec nous soignants.

La communication est un outil de compréhension tel que l'exprime Margot PHANEUF : *«La compréhension du client pour son traitement en dépend, de même que sa fidélité à le*

<sup>1</sup> Ibid. Bignoni C, Marchand P. p.19

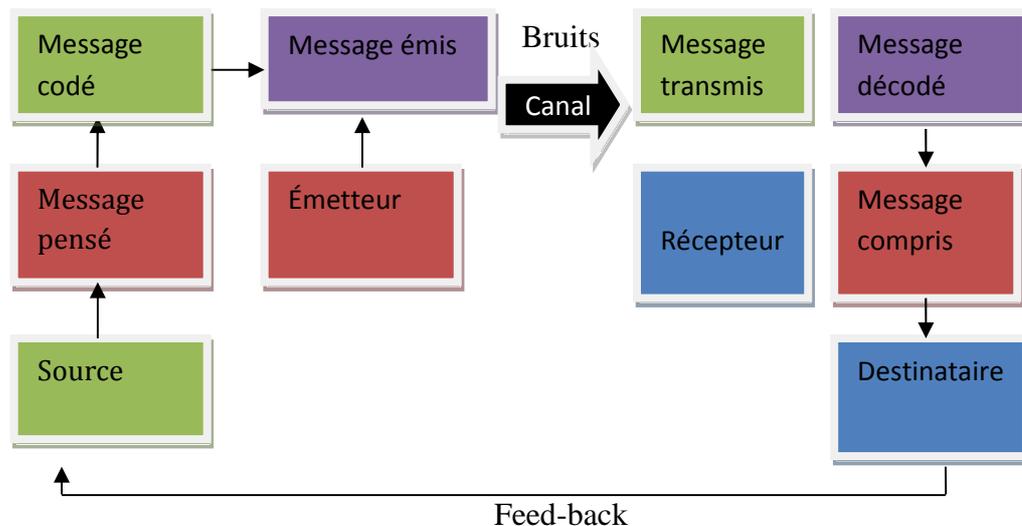
<sup>2</sup>PHANEUF, Margot. La relation soignant-soigné. Chenelière éducation. 2<sup>e</sup> trimestre 2011.p15

<sup>3</sup>MANOUKIAN, Alexandre, MASSEBEUF, Anne. La relation soignant-soigné.3<sup>e</sup> édition. Lamarre. France. p.7

*poursuivre dans bien des cas*». Le soignant doit être en mesure d'utiliser la communication de façon optimale pour une meilleure continuité des soins.

Ainsi, nous distinguons deux types de communication : lorsqu'on s'exprime avec des mots, on parlera de «*communication verbale*» et lorsqu'on s'exprime par le gestuel on parlera de «*communication non verbale*». Il est important de notifier que l'interprétation du message diffère selon la personne soignée.

#### Schéma n°7 : représentatif la communication « auto-feed-back »



**Source :** modèle de Shannon et Weaver

### 4.1. La communication verbale :

La communication verbale passe par l'intermédiaire de mots, qui sont en général véhiculés par l'expression orale. Dans certaines situations pathologiques la communication nécessitera d'autres moyens, en particulier chez le patient sourd ou chez le patient ayant des troubles des fonctions supérieures.

Les bases de la communication orale avec un patient nécessitent des mécanismes et des temps d'adaptation qui permettront à la communication de s'établir de manière la plus satisfaisante possible dans les deux sens.

Dans un entretien médical, il y a des temps d'écoute où le médecin laisse parler le patient, des temps d'interrogatoires plus dirigistes où le médecin a besoin de préciser des éléments sémiologies indispensables à la bonne prise en charge du patient.

Dans tous ces différents temps de la communication orale médecin/patient, il faut absolument que le médecin adapte son langage c'est-à-dire les mots qu'il utilise au niveau socioculturel du patient, et donc en essayant d'utiliser les mots les plus simples du langage lorsque cela est possible. Ces niveaux de compréhension et ces niveaux socioculturels sont différents d'un patient à l'autre et le médecin doit s'adapter en permanence.

Dans cette optique de l'adaptation, il est important que le médecin utilise la reformulation (redire une phrase ou un mot à l'aide de synonymes) pour s'assurer que le patient va bien comprendre la question qu'on lui pose ou le message que l'on veut lui proposer.

Autre élément technique qu'il faut utiliser, c'est demander au patient d'expliquer à son tour ce que le praticien lui a expliqué concernant sa problématique, sa maladie ou ses symptômes ou les thérapeutiques à envisager.

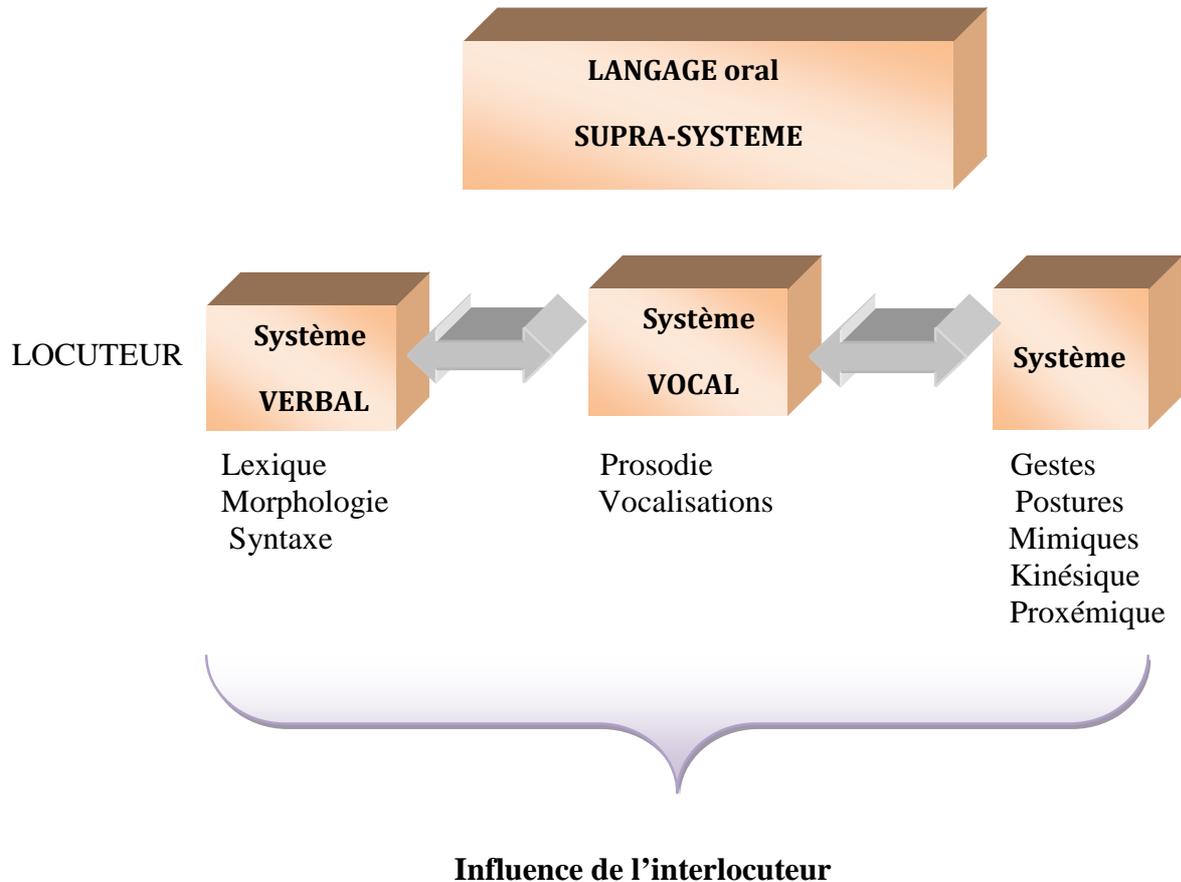
La communication verbale est ce qu'on appelle le vrai langage, elle s'exprime avec une langue différente selon la culture de chaque individu. C'est pour cette raison parfois que nous ne sommes pas dotés pour soigner tout individu de la même manière. Il y a bien des fois où nous sommes en présence de patients ne parlant pas notre langue cela réduira le temps de prise en charge et la relation établie avec ce dernier serait tout autre. La communication se matérialise par la présence d'une situation d'énonciation avec un énoncé qui est le message, un émetteur et un récepteur à ce message. Ce dernier fait sa propre interprétation du message qui peut s'avérer différente de celle que l'émetteur a voulu transmettre.

Cela peut être source de mécompréhension. Dans le domaine infirmier, cette difficulté peut se poser avec une acuité particulière. Il convient donc pour le personnel infirmier de faire particulièrement attention au langage utilisé. Les mots ont chacun un sens particulier et peuvent être compris différemment selon l'âge du récepteur, sa culture, son éducation, son sexe ou sa situation émotive.

L'échange avec le patient peut être conditionné par la situation physique et psychique de celui-ci. Comme le présente Margot PHANEUF : «*Le contexte dans lequel la communication se déroule est des plus importants, car il peut en modifier le sens*». De plus, la communication verbale s'exprime à la fois par un message clair et un message «*caché*» contenu dans le style, le ton, le débit et les mots utilisés. Andrew S. Grove : «*La qualité de notre communication est déterminée non par la manière dont nous disons les choses, mais par la manière dont elles sont comprises*». La communication non verbale peut influencer le message porté par la communication verbale. «*On ne peut pas tout exprimer par le langage. Les moyens de communication archaïque reprennent alors le dessus* »<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> MALLÉN, Elke, psychologue, formatrice, La distance professionnelle, (Objectifs soins) n°136. Ressources humaines .paris, Mai 2005, P.22

**Schéma n°8 : représentatif la communication verbale :**

**Source :** établie par les étudiantes

**4.2. La communication non verbale :**

Il est tout à fait bien connu que dans la relation inter humaine, les mots ne comptent que pour un faible pourcentage de l'information que l'on délivre à une personne à laquelle on s'adresse.

L'intonation, les modulations, la mimique, la gestuelle, le rythme de la conversation, le regard, tout cela compte autant pour une personne à qui l'on s'adresse. Autant dire que le médecin doit maîtriser au mieux certaines de ses réactions pour ne pas, sans le vouloir, modifier le message verbal qu'il doit adresser à son patient.

A l'opposé le patient qui s'adresse à un médecin le fait avec son langage, avec sa problématique, avec ses bases socioculturelles, son angoisse. De ce fait, il n'exprime pas toujours par les mots la réalité de sa plainte ou de sa souffrance.

Le médecin doit donc tenir compte de ces éléments pour écouter, interpréter, décoder le langage du patient et saisir à un moment ou à un autre de l'entretien ce qui paraît être la demande forte du patient. Il est bien connu que certaines demandes, certaines plaintes ne sont exprimées que tout à fait à la fin d'une consultation, et il faut savoir les entendre, ne pas les

---

minimiser, et les prendre en compte. «*Nous accordons une importance certaine, au langage verbal, mais nous ne réalisons pas toujours la portée du langage non verbal qui émane de tout ce que nous sommes et de tout ce que nous faisons*»<sup>1</sup>.

«*La communication non verbale est un échange sans mots. La chair pense, et le corps parle, même la bouche se tait*»<sup>2</sup>. Elle est matérialisée par le comportement et a un rôle important dans la relation établie avec le soigné. Celle-ci peut ne pas paraître transparente aux yeux du patient. Même si nous voulons parfois la masquer, elle peut apparaître par une attitude de notre corps. Prenons l'exemple d'une soignante qui dit qu'elle a du temps à accorder pour son patient, mais qui regarde sa trotteuse en permanence.

En effet, le patient se fierait plus à la communication non verbale plutôt qu'à la communication verbale, qui se reflète involontairement sur la posture du soigné. La communication non verbale ne peut pas être voilée par le soignant alors il nous convient d'être attentif à celle-ci. Elle peut être une posture positive ou négative : elle est la manière d'être qu'on se donne.

Cette communication prime parfois (comme vue précédemment) sur la communication verbale. Alors nous devons effectivement savoir qu'elle joue un rôle essentiel dans la prise de distance avec l'autre. La manière dont on va regarder l'autre, le sourire que nous allons adresser ou bien encore le toucher qu'on établit permet d'instaurer le cadre de la relation de soin avec le patient. Nous pouvons constater que la relation établie dépend tout principalement de la communication utilisée (verbale et non verbale).

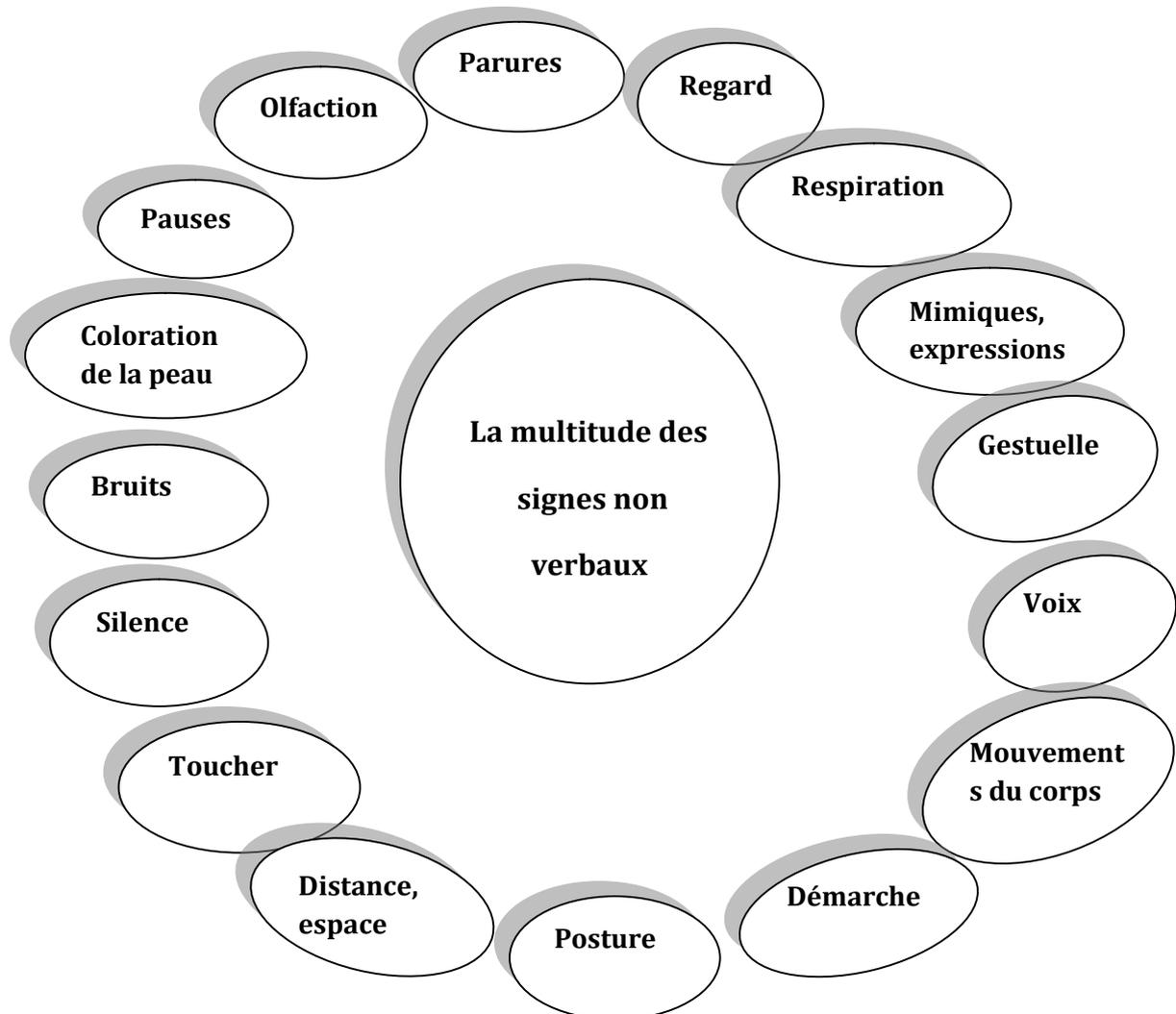
En tant que soignant, nous rentrons en permanence en contact avec nos patients, la communication verbale nous permet d'échanger avec le malade mais pas seulement. Ses réactions auront un rôle important dans l'interprétation du message qu'il aura souhaité nous faire passer. Les signaux non verbaux peuvent être les suivantes par exemple : front soucieux, lèvres fermées, regard triste, épaules tombantes, démarche lente. Pour que la communication soit réussie, il faut qu'il y ait concordance entre le message verbal et le non verbal. C'est pourquoi il est important de préciser que ces deux aspects de la communication sont complémentaires et doivent absolument être considérés ensemble. La communication non verbale peut aussi s'exprimer à travers les émotions qu'on laisse transparaître.

---

<sup>1</sup> Op. Cit. PHANEUF, Margot. p72

<sup>2</sup> Ibid. p.72.

Schéma n°9 : représentatif les signes non verbaux



**Source :** établie par les étudiantes

## 5. Les caractéristiques générales de la relation soignant-soignée :

Avec ses symptômes, un malade demande certainement au médecin-technicien de le guérir de sa maladie, mais il demande aussi d'autres choses. L'Homme malade demande soutien, réassurance, sécurité et affection ; il demande donc à son médecin une véritable relation affective et une disponibilité, compatibles avec l'exigence de neutralité qui incombe au médecin.

Le médecin réagit devant son malade non seulement comme un technicien averti des maladies, mais aussi comme personne ayant une histoire propre, plus ou moins sensible à la souffrance de l'autre.

*Ainsi la relation médecin-patient a les caractéristiques suivantes :*

- c'est une relation fondamentalement fondée sur l'inégalité et l'asymétrie, puisque la demande du patient le rend passif et dépendant et puisque sa souffrance le mobilise et le diminue.
- c'est une relation d'attente et d'espérance mutuelle : le malade attend la guérison ou au moins le soulagement, le soignant la reconnaissance de son pouvoir réparateur.
- c'est une relation où le lieu d'échange est avant tout le corps mais où la parole a sa place.
- c'est une relation de confiance non égalitaire, impliquant la distance et la prévention<sup>1</sup>.
- c'est une relation de corps à corps.
- c'est une relation qui s'inscrit dans une temporalité : il ya un début et une fin
- c'est une relation de dépendance du soignée vis-à-vis du soignant
- la relation soignant-soignée c'est une rencontre d'une double souffrance.

---

<sup>1</sup> BALINT Michael « Le Médecin, son malade et la maladie », tard. J.P. Valabrega, petite collection Payot, Paris, 7eme éd, 1996, p.3.

## 6. Les différentes approches de la relation soignant-soignée :

### a- L'approche anthropologique :

La première idée maîtresse est que quel que soit l'épisode de maladie en question le patient et son entourage proche s'en font une représentation particulière. Comment la maladie est apparue, ce qui a pu la causer, pourquoi elle affecte ce sujet personnellement, quel sera son cours probable, quel type de traitement est le plus approprié ? Bien entendu le patient n'a pas de réponses à toutes ces questions, il n'a pas toujours d'ailleurs une idée claire de la représentation de la maladie en partie subconsciente.

Mais des modèles explicatifs qui lui viennent à la fois de son expérience passée des histoires de maladie vécue dans son entourage, des schémas qui prévalent dans son groupe culturel vont modeler son comportement face à la maladie par exemple, demander plusieurs avis médicaux, prendre l'avis d'un guérisseur, hostilité vis à vis des autres médicaments...<sup>1</sup>

Le praticien lui-même construit son propre modèle explicatif basé sur le recueil des données cliniques. Les Modèles explicatifs du patient et du médecin diffèrent souvent et d'autant plus si une distance sociale ou culturelle sépare ces deux acteurs. Bien souvent, le patient n'ose pas expliciter ouvertement ses modèles explicatifs sachant qu'ils risquent d'être négligés ou disqualifiés. Il en résulte des malentendus préjudiciables à la relation que l'on peut concevoir comme la négociation d'un modèle explicatif acceptable par les deux parties.

Pour Fainzang il ne doit pas se faire l'avocat des médecins un risque qu'il encourt lorsqu'il travaille en collaboration avec eux ni le porte-parole des patients ce qui lui interdirait d'avoir un recul suffisant à l'égard de cette catégorie d'acteurs, mais il doit construire une posture critique qui lui permette de découvrir quels mécanismes sociaux sous-tendent, et suivant quels paramètres se construisent les relations complexes entre médecins et malades<sup>2</sup>.

Décrit la rencontre clinique comme une interface culturelle entre le malade et le médecin, une rencontre entre deux savoirs. Le *modèle transactionnel* de la relation médecin-malade élaboré par l'anthropologie clinique est une approche cognitive qui doit permettre au praticien de découvrir le modèle explicatif du malade, et qui secondairement met l'accent sur la négociation, au sens d'un échange de savoir entre les partenaires de l'interaction pour parvenir à un terrain d'entente sur le sens des symptômes et sur la prescription. Les approches cliniques centrées sur le patient ont intégré ce modèle dans les années 90.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Arlet Philippe, « La relation médecin-malade », item I, 20 juillet 2001, p.7.

<sup>2</sup> Sylvie Fainzang "Champ-contrechamp : La relation médecin malade entre anciennes et nouvelles normes." *Anthropologie et sociétés*, université Laval, 2013, p.91.

<sup>3</sup> Aline Sarrdon-Eck, la rencontre médecin-patient est aussi le lieu d'une médiation du lien social, *Revue du Praticien(La)*, J B Bailliere et Fils, 2002, p 9

**b- l'approche fonctionnaliste :**

Le modèle proposé par Parsons a fait l'objet de plusieurs critiques, notamment par Freidson (1984) qui insiste sur le fait que la relation médecin-patient confronte deux perspectives culturelles distinctes, celle du profane et celle de l'expert, qui ne sont pas toujours réconciliables. Freidson remet en question le rôle passif du patient, soulignant que sa participation au sein de la relation thérapeutique varie selon les contextes et, entre autres, en fonction de son état.

Enfin, il estime que les arguments avancés par la profession médicale concernant la maîtrise de l'expertise et le souci du bien-être du patient et de l'intérêt général visent essentiellement à asseoir son hégémonie. Cette perspective a inspiré de nombreux auteurs qui critiquent la domination médicale, le caractère déshumanisant de la relation médecin-patient et les contraintes que fait peser l'industrialisation du secteur de la santé sur le processus de soins, et notamment sur le choix d'une thérapeutique, élément central du pouvoir d'agir du médecin (Herzlich, 1984).<sup>1</sup>

Dans le cadre du modèle structuro-fonctionnaliste, la relation médecin-patient est considérée comme un système social, celui de la pratique médicale où le rôle de malade est la contrepartie complémentaire au rôle de praticien (Gerhardt, 1987). Tandis que l'on attend du patient qu'il coopère pleinement avec le médecin, on s'attend à ce que les médecins appliquent leurs connaissances et habiletés au profit du patient (Parsons dans Morgan, 1982).

Les tenants du modèle structuro-fonctionnaliste voient les individus comme ayant peu de contrôle sur les attentes : «... remplir un rôle signifie se conformer aux attentes du milieu, les attentes étant elles-mêmes définies par la structure d'action de ce milieu». On attend d'un individu qu'il agisse d'une façon particulière au sens où son comportement sera prédictible, mais aussi au sens où les autres croient qu'il doit agir de cette façon.

L'aspect normatif (obligatoire) des attentes implique l'approbation ou la désapprobation des autres selon la nature et la qualité du rôle performé (Sarbin & Allen, 1968). Si l'une des deux parties impliquées dans la relation refuse de jouer son rôle (de manière inconsciente et sans but particulier), il en résulte de la colère ou de l'anxiété chez les deux parties. Cela se produit habituellement lorsque le médecin refuse d'accorder de l'attention aux plaintes du patient ou que ce dernier ne suit pas les ordres du médecin (Bloom, 1963). Lorsque les caractéristiques du soi (traits, valeurs, croyances, positions dans la structure sociale) sont congruentes avec les exigences du rôle, la performance du rôle est plus efficace et appropriée que lorsque le rôle et le soi sont incongruents (Sarbin & Allen, 1968)<sup>2</sup>.

Avec T. Parsons, a permis de dégager le modèle du "rôle de malade". Le rôle du malade est de rechercher la guérison et de coopérer avec les soignants, ce qui annule le caractère de déviance de la maladie (la maladie est pensée comme une déviance) et légitime son état. La fonction du médecin étant de soigner, son rôle est de légitimer le statut de malade. C'est un *modèle asymétrique* -une asymétrie de rôle, puisque le médecin est actif dans la résolution du problème alors que le malade est passif (il accepte les soins donnés), et non une asymétrie de

---

<sup>1</sup> Christine Thoer, « internet : un facteur de transformation de la relation médecin-patient ? » Université du Québec à Montréal (UQAM), Canada, communiquer (en ligne), 10/2013, mis en ligne le 01 février 2015, consulté le 20/04/2017.

<sup>2</sup>Op. Cit. MARIE-EVE SCHMOUTH. P.21.

---

pouvoir- mais c'est un *modèle consensuel*, voire paternaliste, puisque le malade reconnaît et accepte le pouvoir du médecin.<sup>1</sup>

### c- L'approche interactionniste :

L'approche interactionniste a élargi la vision proposée par la théorie du rôle en amenant l'idée que les personnes ont une latitude considérable dans la construction du rôle et que les conflits potentiels peuvent être réduits par des stratégies de négociation (Stryker & Statham, 1985). On comble ainsi deux critiques formulées à l'endroit de la théorie du rôle selon lesquelles on néglige les caractéristiques individuelles ainsi que le processus de l'interaction lui-même (Stryker & Statham, 1985).

Pour les tenants du modèle interactionniste de la négociation, les réponses à la maladie, incluant les relations médecin-patient, sont un processus interactionnel impliquant des négociations.

Contrairement à la perspective fonctionnaliste où les rencontres cliniques sont vues comme une affaire de conformité et de réciprocité, il y a consensus sur la nature de la maladie et de son traitement, atteint par la négociation (Gerhardt, 1989 dans Bury, 1997). Les règles et les rôles ne sont pas fixes et donnés, mais sont le produit de négociations entre les participants dans un contexte social particulier (Gerhardt, 1989). Ils sont modifiés ou largement transformés au cours de l'interaction (Stryker & Statham, 1985). La négociation du rôle est un mode de résolution de conflit fréquent où les personnes peuvent définir ce qui est important pour elles afin d'être satisfaites dans leurs relations et de dévaluer ce qui est inatteignable.

La satisfaction d'une personne face à une relation reflète l'intégration de ses préférences personnelles, de ses valeurs et de l'image de soi (attentes intra personnelles) dans cette relation. Plus ses préférences et ses besoins sont présents, plus elle est satisfaite de la relation. Plus les autres partagent les valeurs, les préférences et les orientations de la personne, plus il est facile d'atteindre un arrangement qui satisfait les préférences et les besoins des personnes impliquées en cas de conflit (Stryker & Statham, 1985).<sup>2</sup>

Avec E. Friedson, a montré que le modèle de la relation - et le type d'autorité du médecin - est orienté par le statut social du malade, par l'existence de barrières sociales ou culturelles, par le cadre institutionnel de la rencontre et par le type de formation du médecin. E. Friedson va imposer un *modèle conflictuel* de la relation médecin-malade dans lequel la médecine est une entreprise morale et un instrument de contrôle social et de reproduction des pouvoirs.

Cette conception d'une médecine hégémonique, étayée par les travaux de M. Foucault, va être le support idéologique d'un certain nombre de travaux critiques dénonçant l'*asymétrie de pouvoir* dans la relation médecin-malade. L'approche interactionniste a mis également en avant le *rôle d'acteur* du malade dans sa prise en charge thérapeutique, et celui de la *négociation* pour arriver à recomposer et à maintenir un certain ordre social, la maladie étant pensée comme un changement social, un désordre.

Les analyses conversationnelles dans le début des années 1970 répondaient à la problématique de "*l'échange inégal*" dans la rencontre clinique. Elles ont évolué vers le

---

<sup>1</sup>Op.cit, Aline Sarrdon-Eck, p.8

<sup>2</sup> Op.cit. MARIE-EVE SCHMOUTH, p.22.

modèle de la “*coopération conversationnelle*” et vers celui de “*stratégie interactionnelle du malade*”.

L’approche interactionniste propose actuellement le modèle des “*medical Voice*” et “*popular voices*”, dans lequel la rencontre clinique est une dialectique entre, d’une part, la “voix de la médecine”, qui se décompose en “voix institutionnelle” technicienne et scientifique, et en “voix clinique” qui intègre le contexte clinique et les contraintes institutionnelles, et d’autre part, la “voix du monde vécu” (*voice of lifeworld*) que l’on peut décomposer en “voix populaire”, c’est à dire le discours populaire sur la maladie, et en “voix du patient”, c’est à dire la reconstruction du discours dans le contexte clinique avec évacuation d’une partie du discours populaire.<sup>1</sup>

### **Critique :**

La relation médecin-malade est basée sur le principe du respect de la personnalité, sur la qualité de l’information délivrée et sur la mise en place d’un projet thérapeutique élaboré et accepté par le patient ou l’éducation thérapeutique doit jouer un rôle essentiel.

La relation de soins est une relation qui évolue avec le temps, qui s’adapte à l’évolution de la maladie et à l’évolution de la volonté du patient concernant sa santé.

---

<sup>1</sup> Op. Cit. Aline Sarrdon-Eck, p.8

# **Quatrième chapitre**

## **Identification et historique**

### **du CHU de Bejaia**

#### **Préambule :**

Dans ce chapitre, nous allons en premier temps présenté notre terrain d'études le centre hospitalo-universitaire de Bejaia, qui compose de multiples services, qui jouent un rôle primordial dans la prise en charge de différentes pathologies.

**1. Présentation de l'organisme d'accueil :**

Le secteur sanitaire de Bejaia comprend plusieurs structures de santé, parmi lesquelles il y a l'hôpital KHELLIL Amrane.

Le secteur sanitaire de Bejaia couvre sur une superficie de 460,65 km<sup>2</sup>. Il assure une couverture sanitaire aux 240.258 habitants des sept (07) communes suivantes : Bejaia, Oued-Ghir, Tichy, Tala Hamza, Boukhelifa, Aokas et Tizi-Nberber.

Le secteur sanitaire est géré par la direction de l'hôpital KHELLIL Amrane, situé au chef-lieu de la commune de béjaia. Il est doté d'un budget de fonctionnement et d'une autonomie de gestion.

Jusqu'en 1991, date de l'inauguration et de l'entrée en fonction de l'EPH khellil Amrane, le secteur sanitaire de bejaia n'était doté que de deux hôpitaux : Aokas et Frantz Fanon, hérités de la période coloniale.

En 2011, l'hôpital khellil Amrane est devenu le siège du centre Hospitalo-universitaire(CHU) de Bejaïa. La création de ce dernier est faite suite à l'inauguration de la faculté de médecine.

Le centre hospitalo-universitaire est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est créé par décret exécutif, sur proposition conjointe du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.

Il est placé sous la tutelle administrative du ministre chargé de la santé. La tutelle pédagogique est assurée par le ministre chargé de l'enseignement supérieur.

Le CHU est chargé, en relation avec l'établissement d'enseignement et/ou de formation supérieure en sciences médicales concerné, des missions : de diagnostic, d'exploration, de soins, de prévention, de formation, d'études et de recherche.

Hôpital khellil Amrane ; situé au village smina

Hôpital frantz Fanon ; situé à l'ancienne ville, Bordj Moussa.

Hôpital Targa ouzamour (clinique mère-enfant) ; situé au village Tala Merkha.

**Le secteur sanitaire dispose des structures suivantes :**

- 01 hôpital chef-lieu
- 02 hôpitaux annexes.
- 01 polyclinique avec maternité.
- 01 maternité urbaine.
- 03 polycliniques

- 01 laboratoire d'hygiène.
- 04 centres de santé avec maternité.
- 01 clinique dentaire.
- 01 maison de diabétique.

## **2- Historique du CHE (centre hospitalo-universitaire) de Bejaia :**

Dès la fin du XIe siècle, la médecine savante a vu le jour à Bejaia. C'est l'époque où la cité est devenue une grande capitale sur la rive de la méditerranée. Ses initiateurs ne sont autres que les relais qui ont existé avec la prestigieuse école de médecine de Kairouan.

La première thèse de Doctorat en médecine relative à Bejaia a été soutenue à la faculté de Médecine de Paris le 20 Janvier 1855. Elle concerne un " essai de topographie médicale sur la ville de Bougie et le pays Kabyle limitrophe". Son auteur, le Dr Jules-René Anselin, était chirurgien militaire à l'hôtel impérial des invalides. De 1852 à 1854, il fut chargé du service de santé des troupes de la garnison dans les camps et dans la place de Bougie.

La fondation de l'hôpital de Bougie, remonte à l'année 1892. Puisque la ville de Bougie n'était desservie au point de vue hospitalier, que par une infirmerie fondée en 1810, et installée dans un immeuble de la ville, derrière l'église.

Une architecte avait dressé les plans dès 1884, mis en organisation, le 4 décembre 1888. En 1897 fut décidée, à la suite d'une épidémie de typhus exanthématique qui fit de nombreuses victimes, surtout dans la population musulmane, la construction d'un pavillon spécial et isolé, destiné aux épidémiques. Ce pavillon été composé de 20 lits pour hommes et 10 lits pour femmes.

À l'époque, L'hôpital civil de Bougie est un établissement colonial, relevant au gouvernement général et administré par une commission de sept (07) membres. Le personnel se compose d'un Directeur Économe, d'un receveur, d'un commis de cinq Sœurs hospitalières de l'ordre de la doctrine chrétienne (dont le siège est à Nancy) et enfin de sept employés tant infirmiers.

Les populations Kabyles de la région de Bougie (Soummam, Akbou, Oued Marca), on comprit les bienfaits résultant de la création de l'établissement, car ils venaient de plus en plus chercher près de nos médecins et chirurgiens.

## **3. Missions du CHU :**

Dans le cadre des missions prévues ci-dessus, le centre hospitalo-universitaire est chargé notamment des taches suivantes :

### **3.1. En matière de santé :**

- D'assurer les activités de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et des urgences médicochirurgicales, de prévention ainsi que de toute activité concourant à la protection et à la promotion de la santé de la population ;
- D'appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de santé ;

- De participer à l'élaboration des normes d'équipement sanitaire scientifique et pédagogique des structures de la santé ;
- De contribuer à la protection et à la promotion de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et fléaux sociaux.

Outre les tâches prévues aux alinéas ci-dessus, le C.H.U. assure pour population résidant à proximité et non couvertes par les secteurs sanitaires environnants, les missions dévolues au secteur sanitaire.

### **3.2. En matière de formation :**

- D'assurer en liaison avec l'établissement d'enseignement supérieur de formation supérieure en sciences médicales, la formation graduée et post-graduée en sciences médicales et de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes y afférents ;
- De participer à la formation, au recyclage et au perfectionnement des personnels de santé.

### **3.3. En matière de recherche :**

- D'effectuer dans le cadre de la réglementation en vigueur, tous travaux d'étude et de recherche dans le domaine des sciences de santé ;
- D'organiser des séminaires, colloques, journées d'études et autres manifestations techniques et scientifiques en vue de promouvoir les activités de soins, de formation et de recherche en sciences de santé.

## **4. Mission des différentes directions du CHU de Bejaïa :**

Le CHU de Bejaïa comprend une direction générale, un secrétariat général et quatre directions. Chaque direction comprend un ensemble de sous directions et de bureaux.

### **4.1. La direction générale**

Est chargée d'assurer la gestion de l'hôpital. Elle représente l'hôpital dans tous les actes de la vie civile ; elle est le représentant exclusif de l'hôpital auprès des instances civiles, judiciaires et administratives.

### **4.2. Le secrétariat général**

Est chargé de gérer les différentes sous directions et les différents bureaux. C'est lui qui recueille et transmet les informations à la direction générale.

Aujourd'hui, au niveau de CHU de Bejaia, c'est le secrétariat général qui est chargé des missions de la direction générale, et ce de manière momentanée suite à l'absence d'un directeur.

Le CHU se compose de différentes directions et sous directions :

### 4.3. La direction des ressources humaines :

La direction des ressources humaines comporte deux directions : la sous- direction des personnels et la sous- direction de la formation et de la documentation.

#### a. La sous –direction des personnels :

La sous- direction des personnels se compose de trois bureaux :

- Le bureau de la gestion des carrières des personnels administratifs, techniques et de service.
- Le bureau de la gestion des personnels médicaux, paramédicaux et psychologues.
- Le bureau des effectifs, de la régulation et de la solde.

En termes de la ressources humaines, la sous-direction des personnels se compose de :

- 01 administrateur principal, nommé au poste de sous-directeur des ressources humaines ;
- 01 administrateur chargé de la gestion des carrières des personnels médicaux, paramédicaux et psychologues ;
- 01 assistant administratif chargé du bureau des effectifs, de la régulation et de la solde ;
- 01 adjoint administratif chargé de la gestion des carrières du personnel paramédical ;
- 01 adjoint administratif chargé de la gestion des carrières du personnel administratif, technique et de services ;
- 01 agent du bureau chargé de la gestion de la carrière du personnel vacataire ;
- 01 assistant administratif ;
- 01 secrétaire dactylographe ;
- 02 agents vacataires. La sous- direction des personnels a pour mission de déterminer les besoins en personnel et d’opérer les recrutements nécessaires aux différents services. Ses finalités sont autant économiques que sociales, puisqu’elle concerne principalement l’homme dans l’organisation. Plus concrètement, elle a pour mission de :
  - Définir les besoins qualitatifs et quantitatifs en vue d’élaborer des plans annuels et pluriannuels de recrutements des personnels ;
  - Maîtriser les effectifs et les coûts ;
  - Mettre en place des programmes de développement des carrières, afin d’assurer la gestion des carrières des personnels conformément à la réglementation en vigueur ;
  - Assurer une répartition judicieuse des personnels entre les services et veiller à leur utilisation judicieuse ;
  - Harmoniser l’évaluation automatique et statuaire des carrières (avancement et promotions) avec la situation prévisible ou réelle de l’organisme (postes vacants, emplois nouveaux, nouvelles qualifications) ;
  - Intégrer la politique du personnel à la politique générale de l’hôpital et à celle des pouvoirs publics.

#### b. La sous-direction de la formation et de la documentation :

Elle a ouvert ses portes en 1999, suite à l’application du nouvel organigramme initié par le ministère de la santé.

En termes de ressources humaines, la sous-direction de la formation et de la documentation comprend : un sous-directeur, un chef de bureau, un chef de bureau de documentation, un chargé des moyens matériels, un chargé de secrétariat, un chargé du suivi scolaire des enfants hospitalisés, trois bibliothécaires et quatre agents de service.

La sous-direction de la formation et de la documentation endosse plusieurs activités de formations continues : médicale, paramédicale, administrative, technique, perfectionnement, recyclage, Formation de courte durée à l'étranger, encadrement et suivi des stagiaires de différents instituts, suivi et formations des enfants hospitalisés, organisation des manifestations scientifiques.

Remarquons qu'il est prévu la mise en place prochaine d'une bibliothèque et d'une médiathèque médicale.

#### **4.4. La direction des finances et du contrôle :**

Elle a été créée par l'arrêté interministériel du 26 avril 1998 fixant l'organisation administrative des CHU. La direction des finances et du contrôle comprend :

##### **4.4.1. La sous-direction des finances :**

Elle comporte les bureaux suivants :

###### **a. Le bureau du budget et de la comptabilité :**

Il est chargé de :

- Etablir les prévisions budgétaires ;
- Repartir, par chapitre et partie, les crédits budgétaires (qui sont alloués par titre par le ministère de la tutelle) ;
- Faire adopter par le conseil d'administration le projet réparti et le faire approuver par le ministère de la tutelle ;
- Assurer le suivi de l'exécution du budget à travers la comparabilité des engagements et des paiements ;

Confectionner les situations budgétaires périodiques (mensuelles et trimestrielles), faisant ressortir les crédits, les engagements, les budgets, les mandatements et les paiements par article du budget ;

- Tenir un fichier fournisseur, renouvelables tous les ans ;
- Suivre les paiements en marches ;
- Produire le compte administratif après la clôture de chaque année budgétaire, dont une copie est transmise à la cour des comptes, au plus tard le 30 juin de l'année suivante.

###### **b. Le bureau des recettes et des caisses :**

Il a pour mission de prendre en charge, par le biais de la régie et des différentes sous régis, l'ensemble des recettes réalisées par l'établissement.

Celles-ci provenant de :

- L'Etat.
- La CNAS dans leurs participations au budget des établissements de santé.
- Des ressources propres de l'établissement constituées par :
  - La contribution des patients' aux consultations et aux frais de restauration et d'hôtellerie (ticket modérateur) ;

- Les remboursements par les caisses d'assurances des séances de dialyse prodiguée aux malades ;
- Les présentations assurées dans le cadre de la médecine du travail ;
- Les prestations assurées au profit des établissements privés liées au CHU par une convention, telles que les contrats de fourniture des produits sanguins et l'incinération des déchets hospitaliers.

Remarquons qu'elle assure aussi le paiement en espèce de certaines dépenses revêtant un caractère exceptionnel, voir urgent. Enfin, elle se charge de consigner l'ensemble de ces recettes.

### **c. La sous-direction de l'analyse et de l'évaluation des coûts :**

Créée en vertu de l'arrêté interministériel du 26 avril 1998 portant sur l'organisation des centres hospitalo-universitaire, elle est rattachée à la direction des finances et du contrôle. Son existence au niveau du C.H.U de Tizi-Ouzou remonte au mois de décembre 2001, et ce en application du circulaire n°15/MSP/MIN du 03 octobre 2001 relative à la mise en place du « calcul des coûts par la méthode des sections homogènes dans les établissements de santé. ». La mise en place de cette fonction intervient dans le cadre des réformes engagées dans le secteur de la santé par les pouvoirs publics. Sur le plan organisationnel, la sous-direction de l'analyse et de l'évaluation des coûts est composée de deux (02) bureaux, à savoir :

- Le bureau de la maîtrise des coûts ;
- Le bureau de la facturation.

#### **o Le bureau de la maîtrise des coûts :**

Il est chargé essentiellement de :

- ✓ Calculer le coût global des activités pratiquées par les services hospitaliers ;
- ✓ déterminer le coût par unité d'œuvre (journée d'hospitalisation, consultation, séance de dialyse, examen...) et par service selon le découpage de l'établissement en centre de responsabilités.
- ✓ Recueillir les données relatives à l'activité des différents services (hospitalisation, examens biologiques et radiologiques, séances de dialyse, consultation, etc.)
- ✓ Elaborer des rapports trimestriels et annuels relatif au calcul des coûts,

Détaillés par services et par rubrique de dépense selon le guide méthodologique élaboré par une commission ad hoc.

- ✓ Effectuer des études et des analyses des données et des résultats relatifs aux différents services afin de donner d'éventuelles explications ou éclaircissement, notamment en ce qui concerne l'évolution des dépenses d'un service donnée d'une période à une autre.

#### **o Le bureau de facturation :**

Il est chargé notamment de :

- ✓ Recueillir les données relatives aux actes et prestations prodiguées aux malades hospitalisés sur la base de la fiche navette ;
- ✓ contrôler la tenue correcte et régulière de la fiche navette dans les services d'hospitalisations afin de permettre une meilleure évaluation de l'activité et éventuellement de la qualité des soins ou de la prise en charge des malades ;

- ✓ Etablir le décompte des frais d'hospitalisations individualisés à la sortie du malade hospitalisé ;
- ✓ Déterminer éventuellement la part qui revient à chaque partie concernée, à savoir le malade lui-même, la caisse d'assurance, les mutuelles, l'état... etc.

Les objectifs de l'introduction du calcul des coûts étant :

- Maîtriser les dépenses des établissements de santé.
- Aider les responsables à la prise de décisions et à l'élaboration des budgets prévisionnels ;
- Mesurer la performance des services ;
- Evaluer l'efficacité et l'efficience d'une stratégie, d'un programme ou d'une mesure ;
- Créer un tableau de bord contenant des indicateurs aidant le responsable de l'établissement quant à l'utilisation rationnelle des moyens à la disposition de l'hôpital.

#### **4.5. La direction des moyens matériels :**

C'est l'une des directions les plus importantes, vu l'importance de son champ d'intervention. C'est elle qui s'occupe de recueillir tous les besoins du CHU en matière d'équipement et fournitures. Elle est chargée de l'approvisionnement et de la gestion des différents magasins et les moyens concernant l'alimentation, la maintenance et l'hygiène.

Elle assure le suivi des travaux et projets de construction, d'entretien et de rénovation des structures, ainsi que la maintenance des équipements.

En matière de soins, elle s'occupe de l'acquisition des équipements, de l'instrumentation médicale, des produits pharmaceutiques et des réactifs et autres consommables. Elle est chargée aussi de préparer les documents et les dossiers relatifs aux conventions et marchés. Cette direction comprend :

- **La sous-direction des services économiques :**

Elle comporte les bureaux suivant :

- ✓ Bureau des approvisionnements ;
- ✓ Bureau de la gestion des magasins, des inventaires et des reformes,
- ✓ Bureau de la restauration et de l'hôtellerie.

- **La sous-direction des produits pharmaceutiques, de l'instrumentation et du consommable :**

Elle comporte des bureaux suivants :

- ✓ Bureau des produits pharmaceutiques ;
- ✓ Bureau de l'instrumentation.

- **La sous-direction d'infrastructures, des équipements et de la maintenance :**

Elle comporte les bureaux suivants :

- ✓ Bureau des infrastructures,
- ✓ Bureau des équipements,
- ✓ Bureau de la maintenance.

#### **4.6. La direction des activités médicales et paramédicales :**

Cette direction est composée de trois (03) sous directions :

- **La sous-direction de la gestion administrative du malade :**

Elle est composée de deux (02) bureaux :

○ **Bureau des entrées (admissions) :**

Il s'occupe de :

- L'accueil et de l'admissions des malades ;
- La tenue et l'exploitation des divers registres (état civil, comptabilité des journées d'hospitalisation ; mouvement des malades...) ;
- La comptabilité financière (décompte des frais d'hospitalisation, de consultations externes, de prélèvements, d'analyses, des examens d'imagerie médicale...) ;
- Le suivi du contentieux ;
- L'évaluation et exploitation de la fiche navette.

○ **Le bureau de l'accueil, de l'orientation et des activités Socio-thérapeutiques :**

Il a pour mission de :

- Accueillir les malades et les parents de malades ;
- fournir des renseignements concernant les malades (service d'hospitalisation...);
- prise en charge des cas sociaux et de malades hospitalisés nécessitant une prise en charge à l'étranger par les assistantes sociales.

○ **Sous-direction des activités médicales :**

Elle est composée de trois (03) bureaux :

**a. Bureau de l'organisation et de l'évaluation des activités médicales :**

Il a pour mission de :

- Accompagnement des équipements médicaux des services dans l'amélioration de l'organisation des activités ;
- Recensement mensuel du relevé de toutes les activités médicochirurgicales des services, ainsi que celle d'exploration (biologie, imagerie médicale) ;
- Faire une exploitation trimestrielle et annuelle des activités qui sont adressés à la direction de la santé de la wilaya et au MSPRH.

**b. Bureau de la programmation et du suivi des étudiants :**

Il a pour mission de :

- Prendre en charge les étudiants en médecine, en collaboration avec les départements respectifs de la faculté de médecine de l'université de Bejaïa ;
- Répartition des internes ;
- Programmation des gardes des internes, qui se déroule au niveau des deux unités composants le CHU et dans les différents services, y compris les pavillons des urgences de médecine, de chirurgie et de pédiatrie.

**c. Le bureau des gardes et des urgences :**

Des différents services.

Un comité des gardes et des urgences se réunit régulièrement, conformément à la réglementation en vigueur, pour régler les différents problèmes qui peuvent se poser et pour améliorer la prise en charge des urgences médico-chirurgicales.

**4.7. La sous-direction des activités paramédicales :**

Il se compose de 3 bureaux :

**a. Bureau de la programmation et du suivi des élèves :**

Il a pour tâche de programmer et de répartir les élèves de l'école de formation paramédicale.

Ils sont repartis au cours de leur formation dans le service médico-chirurgicaux et dans les différents laboratoires, pour des stages pratiques, ainsi que pour un stage de fin de cursus en vue de la préparation du mémoire de fin d'étude. Ces élèves sont encadrés accessoirement par des paramédicaux (tuteur) dans l'exercice quotidien de leurs tâches sous la supervision des PEPM (professeurs de l'enseignement paramédical).

**b. Bureau des soins infirmiers :**

Il est chargé de :

- Etablir des statistiques sur les soins infirmiers dans les Services ;
- Et de suivre les gardes.

**c. Bureau de l'évaluation et de l'organisation de l'activité paramédicale :**

Il se charge de :

- L'accompagnement des surveillants médicaux dans l'organisation de Leurs équipes soignantes.
- Et de l'évaluation de l'organisation, avec pour objectif une amélioration constante (performance collective) visant la démarche qualité

**Tableau N°05 : représentatif la répartition des lits selon l'ensemble des services au CHU de Bejaia**

Service	lits techniques	Nombre d'unité	Unités
Anesthésie réanimation	20	02	-Réanimation Médical -Réanimation chirurgicale
Cardiologie	28	02	-Hospitalisation homme -Hospitalisation femme
Chirurgie générale	40	02	-Hospitalisation homme -Hospitalisation femme
Epidémiologie et médecine préventive	/	02	-Hygiène hospitalier -Médecine préventive
Gastro-enterogie	16	02	-Hospitalisation homme -Hospitalisation femme
Laboratoire général	/	02	-Hospitalisation homme -Hospitalisation femme

Maladie infectieuse	28	02	-Hospitalisation homme -Hospitalisation femme
Médecine interne	16	02	-Hospitalisation homme -Hospitalisation femme
Neurochirurgie	40	02	-Hospitalisation homme -Hospitalisation femme
Orthopédie rammotologie	/	01	-Radio diagnostic
Urgence Médico- chirurgical	20	02	-Urgence Médicales -Urgence chirurgie
Anatomie pathologique	/	02	-Réanimation chirurgicale -Réanimation médicale
Maxillo-facial	10	02	-Hospitalisation homme -Hospitalisation femme
Médecine de travail	/	02	-Hospitalisation homme -Hospitalisation femme
Médecine légale	/	02	-Hygiène- Hospitalière -Médecine préventive
Néphrologie Hémodialyse	16	02	-Hospitalisation homme -Hospitalisation femme
Oto-rhino- laryngologie	16	02	-Biochimie -Microbiologie- parasitologie
Pneumologie phtisiologie	42	02	-Hospitalisation homme -Hospitalisation femme
Psychiatrie	26	02	-Hospitalisation homme -Hospitalisation femme

**Source :** projet de centre de CHU de Bejaia

Ce tableau présente les services qui existent au centre hospitalo-universitaire de Bejaia, avec mis le nombre de lits et d'unité mise à la disposition des malades.

#### 4.8. Service Chirurgie Générale :

Ce service est situé au 5<sup>ème</sup> étage du CHU Khellil Amrane, il est composé de deux unités (femme, homme), d'une capacité litière de 30 lits (Homme 14 lits, Femme 16 lits), et prend en charge différentes activités médico-chirurgicales résumées dans ce qui suit :

- ✓ Chirurgie viscérale abdominale.
- ✓ Chirurgie viscérale et oncologique
- ✓ Chirurgie hépatobiliaire
- ✓ Chirurgie thyroïdienne
- ✓ Chirurgie sénologie oncologique

Le service chirurgie général est composé d'un personnel constitué de trente-deux (32) personnes, réparti en quatre(04) catégories professionnelles classées dans le tableau ci-dessous :

**Tableau n°06 : représentatif l'effectif du service de la chirurgie générale :**

N	Désignation	Garde	Nombre
1	Personnel médical	Professeur	01
		Maitres assistants	05
		Chirurgiens	06
		Urologue	01
2	Personnel paramédical	Infirmiers	06
		Aides-soignants	06
3	Personnel de service	Secrétaire	01
		Assistante médicale	01
		Surveillante	01
4	Personnel d'entretien	Agents d'entretien	04

**Source :** Enquête, CHU Bejaia, service chirurgie générale, 13 /02/2017 au 20/04/2017

**Critique**

Dans ce chapitre nous avons présentée le CHU de Béjaia selon leur historique, leur mission, l'ensemble et l'effectif du service de la chirurgie générale.

# Cinquième chapitre

## Le cadre méthodologique

### **Préambule :**

Il est également important de choisir une méthode de recherche en adéquation avec les dispositions du chercheur, car il y a toujours une méthodologie qui doit suivre. Selon Omar Aktouf, « *la méthodologie peut se définir comme étant l'étude du bon usage des méthodes et techniques. Il ne suffit pas de les connaître, encore faut-il savoir les utiliser comme il se doit, c'est-à-dire savoir comment adapter, le plus rigoureusement possible, d'une part à l'objet précis de la recherche ou de l'étude envisagée, et d'autre part aux objectifs poursuivis* ». <sup>1</sup>

Dans ce chapitre, nous allons présenter le cadre méthodologique de notre recherche, pour cela nous allons mettre en place une méthodologie qui a pour but de préciser et d'organiser nos démarches. Selon Edo Kodji Maurille Agbobi « *toute recherche implique le recours à une méthode susceptible de conduire aux résultats attendus, la découverte comme l'invention s'appuie sur une démarche scientifique rigoureuse afin d'assurer la crédibilité des résultats* ». <sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> OMAR Aktouf, « *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations* », une introduction à la démarche classique et une critique. Montréal : Les Presses de l'Université du Québec. 1987, p. 27.

<sup>2</sup> EDO Kodjo Maurelle Agbobli, *Méthodologie de la recherche et initiation à la préparation des mémoires et des thèses*, Edition l'Harmattan, paris, 2014, p.24

## 1. La pré-enquête :

L'utilisation du terrain est très importantes pour toute recherche scientifique du moment qu'elle constitue une source de données et d'informations telle une base pour vérifier et affirmer nos hypothèses de recherche et bien sur enrichir et préciser la problématique.

Dés janvier 2017, nous avons débuté notre pré-enquête au centre hospitalo-universitaire Khallil Amrane de Bejaia ou on a pu prendre connaissance du milieu dans lequel on effectuera notre enquête pour la réalisation de notre mémoire, qui porte sur la médicalisation et la relation sociale soignant-soigné.

### 1.1. La définition du temps et du lieu de l'enquête :

#### a) La durée de l'enquête :

Notre recherche a duré (02) mois, du 13 Février jusqu'au 20 Avril 2017.

#### b) Le lieu de l'enquête :

Notre recherche a été réalisée au centre hospitalo-universitaire de Bejaia, dans ce CHU nous avons focalisé sur le service de chirurgie viscérale, vu que notre thème est : « *la médicalisation et la relation sociale soignant soignée* ».

## 2. Définition de la population mère :

La population mère désigne l'ensemble des personnes sur lesquelles porte une étude. Dans cette population on va généralement interroger une petite partie de notre échantillon.

Selon Alain Blanchet et Anne Gotman : « *définir la population, c'est sélectionner les catégories de personnes que l'on veut interroger, et à quel titre ; déterminer les acteurs dont on estime qu'ils sont en position de produire des réponses aux questions que l'on se pose* ». <sup>1</sup>

D'après Benoit Grouthier la population mère : « *est comme un élément constructif d'une population large et tout dépend alors de l'objet même de la recherche* ». <sup>2</sup>

Notre population mère est composée de 7 chirurgiennes et 30 patients qui sont dans le service chirurgie viscérale au CHU.

---

<sup>1</sup> Alain Blanchet et Anne Gotman, l'enquete et ses méthodes, l'entretien, édition Nathan, Paris, 1992, p. 50.

<sup>2</sup> Benoit GROUTHIER, *recherche sociale de la problématique à la collecte des données*, Edition Presses de l'Université du Québec, Canada, 2009, P.57.

### 3. La technique d'échantillonnage :

L'échantillonnage est un ensemble des opérations permettant de sélectionner un sous ensemble d'une population en vue de constituer un échantillon représentatif.

Selon François Dépelteau, « *Les techniques d'échantillonnage servent à cibler un échantillon sur lequel porteront les tests empiriques* ». <sup>1</sup>

Dans notre enquête exploratoire on a opté pour une technique d'échantillon probabiliste aléatoire simple stratifié, car les soignants de service chirurgie viscérale sont tout le temps occupés.

### 4. L'échantillon de l'enquête :

Choisir un échantillon, c'est mettre ensemble un certain nombre d'individus qui composent une sorte de modèle réduit de la population à laquelle ils appartiennent.

D'après Ambroise ZAGRE : « *est une procédure par laquelle un petit nombre d'unités d'analyse sont sélectionnées pour étude dans le but de généraliser les résultats à la population-mère appelée l'univers* ». <sup>2</sup>

Et selon Marie France GRINCHPOUN : « *l'échantillon est une fraction de la population concernée présentant les mêmes caractéristique que l'ensemble de la population* ». <sup>3</sup>

A partir d'un certain nombre de variables, retenu dans notre étude. Nous avons posé nos questions à notre échantillon qui se compose de (12 personnes). Quatre (4/7) médecins chirurgiens et (8/30) patients pendant les moments où ils sont disponibles pour qu'ils puissent répondre à nos questions à l'aise.

---

<sup>1</sup> François Dépelteau, *La démarche d'une recherche en sciences humaines*, Edition de boeck, Canada, 2000, p.213.

<sup>2</sup> Ambroise ZAGRE, *Méthodologie de la recherche en sciences sociales, Manuel de recherche sociales à l'usage des étudiants*, Edition L'Harmattan, Paris, 2013, p.73.

<sup>3</sup> Marie France GRINCHPOUN, « *construire un projet de recherche en sciences humaines et sociales* », 2<sup>ème</sup> édition, enrick B, édition, Paris, 2012, P.25.

**Tableau n°8 : représentatif les caractéristiques de la population étudiée (les soignants).**

Enquêté(e)	Nom	Code	Sexe	Age	Niveau d'instruction	Niveau de qualification	Situation matrimoniale	Ancienneté
01	Allili	E <sub>1</sub>	M	35 ans	Bac+8	R.C	Célibataire	1 année
02	Khider	E <sub>2</sub>	M	37 ans	DEMS	Urologue	Célibataire	3 ans
03	Sekkache	E <sub>3</sub>	M	27 ans	Bac+8	M. G	Célibataire	2 ans
04	Massaoud	E <sub>4</sub>	M	40 ans	Bac+8	R.C	Marie	7 ans

**Source :** enquête pour les soignants.

**R.C :** résident chirurgien.

**DEMS :** diplôme d'étude médecin spécialisée.

**M.G :** médecin généraliste

**Tableau n°9 : représentatif les caractéristiques de la population étudiée (les soignées) :**

Enquêté(e)	Nom	Code	Sexe	Age	Niveau d'instruction	Situation matrimoniale
01	Ghiles	C <sub>1</sub>	Masculin	38 ans	Secondaire	Célibataire
02	Wassim	C <sub>2</sub>	Masculin	19 ans	Secondaire	Célibataire
03	Nacira	C <sub>3</sub>	Féminin	38 ans	Secondaire	Mariée
04	Massaouda	C <sub>4</sub>	Féminin	38 ans	Primaire	Mariée
05	Nadira	C <sub>5</sub>	Féminin	47 ans	Secondaire	Mariée
06	Karim	C <sub>6</sub>	Masculin	51 ans	Primaire	Marie
07	Yamina	C <sub>7</sub>	Féminin	27 ans	Université	Célibataire
08	Nabil	C <sub>8</sub>	Masculin	44 ans	Secondaire	Marie

**Source :** enquête pour les soignées

Ces deux tableaux représentent les caractéristiques de la population d'étude interrogée selon le sexe, l'âge, le niveau d'instruction, le niveau de qualification, la situation matrimoniale et l'ancienneté.

## **5. La méthode et les techniques utilisées :**

Dans tout travail de recherche, l'utilisation de la méthode et les techniques adéquates au thème et au terrain sont primordiales, afin de répondre à la problématique posée et la vérification des hypothèses émises.

### **5.1. La méthode utilisée :**

Pour qu'un chercheur réalise sa recherche et atteigne ses objectifs, il doit utiliser une méthode qualitative. Cette méthode consiste à tracer un axe d'investigation bien précis.

Durant notre enquête, nous avons opté pour une étude qualitative dans le but de comprendre le phénomène de l'étude, pour enrichir les données de notre sujet et approfondir la thématique en recueillant des informations réelles.

---

Selon AMBROISE Zagre : « *le but de la recherche qualitative n'est pas de tester ou de vérifier, mais de découvrir une théorie non existante, de découvrir de nouvelles variables, de nouveaux concepts, c'est un effort intellectuel qui cherche à décrire et à interpréter les régularités subtiles d'une réalité telle qu'elle est construite et comprise pour ceux qui y vivent et comment ils s'y prennent pour changer cette réalité* »<sup>1</sup>

## **5.2. La technique utilisée :**

Chaque recherche exige une technique qui doit être adéquate et bien choisie pour le recueil des informations sur le terrain, car bien choisi cette technique de recueil des données déterminé les résultats finals de l'enquête.

Pour notre part, on a opté pour l'utilisation du guide d'entretien, et de l'observation participante, car ces techniques conviennent beaucoup plus que le questionnaire a notre population d'étude.

## **5.3. L'observation participante :**

L'observation est l'acte par lequel le sujet de la connaissance s'applique à un fait ou à un ensemble de faits, en vue de le connaître et de l'expliquer, car que l'observation participante est la démarche inductive qui vise à découvrir par l'observation ce qui organise les rapports.

Selon Anne Laperrière, « *l'observation participante utilise l'observation directe de façon beaucoup plus large, ses objectifs dépassent la seule description des composantes d'une situation sociale et insistent sur l'importance d'en repérer le sens, l'orientation et la dynamique* ». <sup>2</sup>

Pendant notre recherche nous avons exercé l'observation participante qui nous à donné l'avantage de décrire et d'observer tout ce qui nous aide dans la réalisation de notre enquête.

Selon Joël Guibert, Guy jumel : « *l'observation participante consiste à étudier un groupe en participant à ses activités, à sa vie collective* ». <sup>3</sup>

Donc l'observation participante est une technique de recherche dans laquelle le sociologue observe une collectivité sociale dont il est lui-même membre.

---

<sup>1</sup> AMBROISE Zagre, op.cit, p. 49.

<sup>2</sup> ANNE Laperrière, « *L'observation directe* », in (sous la direction) BENOIT Gauthier, *Recherche sociale de la problématique à la collecte des données*, 4<sup>e</sup> édition, Ed Presses de l'Université du Québec, Canada, 2004, p.273.

<sup>3</sup> JOEL Guibert, Guy Jumel, « *méthodologie des pratiques de terrain en sciences humaines et sociales* », Armand colin/Masson, Paris, 1997, p.94.

### 5.4. L'entretien :

L'entretien c'est la technique la plus adéquate pour notre objet de recherche car cette technique elle est efficace pour plusieurs caractéristiques, selon BENOIT TINE l'entretien « *est une technique de recueil de données qui consiste en un procédé d'investigation scientifique utilisant un processus de communication verbale pour recueillir des informations en relation avec le but fixé* »<sup>1</sup>

Pour l'entretien, nous avons choisi la technique du guide d'entretien semi-directif qui vise à recueillir des données, dans le but de les analyser.

Selon Raymond Quivy Luc Van Campenhoudt : « *les méthodes d'entretien se caractérisent par un contact direct entre le chercheur et ses interlocuteurs et par une faible directivité sa part* ». <sup>2</sup>

### 5.5. Le guide d'entretien :

Le guide d'entretien est un moment important dans le déroulement de l'enquête. Il doit être construit en fonction des objectifs de la recherche. Il la structure et en est l'un des fondements. Il est indispensable de tenir compte d'un certain nombre de paramètres.

Selon Alain Blanchet et al, le guide d'entretien « *est l'ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer. Le degré de formalisation du guide est fonction de l'objet d'étude, de l'usage de l'enquête et du type d'analyse que l'on projette de faire* »<sup>3</sup>

Notre guide d'entretien est constitué de thème et organisé en trois démentions comme suit :

- Les données personnelles des enquêtés,
- La maîtrise et la possession du corps par le patient génère une confiance mutuelle soignant soignée.
- Le protocole de soins avec le patient optimise la qualité de la communication soignant-soignée.

---

<sup>1</sup> Benoit Tine, *la toxicomanie étude sociologique d'une forme de déviance*, édition PUBLIBOOK, 2008, p.62.

<sup>2</sup> Raymand Quivy Luc Van Campenhoudt, *Manuel de recherche en sciences sociales*, 3<sup>ème</sup> édition, Dunod, paris, 2006, P. 174.

<sup>3</sup> ALAIN Blanchet et al, (sous la direction de François de Singly), *L'enquête et ses méthodes d'entretien*, édition Nathan, Paris, 1992, p.61

---

## **6. Les avantages et les difficultés de l'enquête :**

Dans chaque projet d'étude il y a des difficultés à engendrer. Ce qui concerne notre thème de recherche nous avons eu beaucoup d'avantages et d'obstacles qui sont comme suit :

### **6.1. Les avantages de l'enquête :**

Il est essentiel de pouvoir mettre en pratique la théorie. Durant le déroulement de notre enquête, nous avons rencontrés beaucoup d'avantage qui nous permis d'approfondir nos connaissances dans le monde de travail qui se résumant dans les points suivants :

- Obtenir une expérience enrichissante dans notre domaine.
- Valider nos connaissances, acquérir des compétences et des expériences en dehors du monde universitaire.
- Faire une connexion entre la théorie et pratique ; on explorant le terrain.

Examiner la relation entre le médecin et son patient la limite des hypothèses

### **6.2. Les difficultés rencontrées :**

La réalisation de cette recherche a entraîné plusieurs difficultés dont nous pouvons citer :

- La difficulté de trouver un encadreur qui va nous encadrer.
- Le manque des ouvrages sur le thème surtout ce qui concerne la première variable.
- Le changement de thème ; intégration d'une autre variable
- Le pragmatisme de la psychologue de service chirurgie générale de nous encadrer.
- L'indisponibilité des médecins à cause de la charge de travail.
- La plupart des patients ne comprend pas la langue française ce qui nous obligent de leurs traduire en kabyle.

### **Critique :**

Dans ce chapitre, nous avons présentée le CHU de Bejaia et mis en place le cadre méthodologique de notre recherche, nous avons désigné notre espace d'enquête, la population mère, l'échantillon de l'enquête et nous avons éclairé la méthode et la technique de recherche.

# **Sixième chapitre**

## **Interprétation et analyse des**

### **résultats**

#### **Préambule**

Dans ce chapitre nous allons parler sur les différents axes qui décrivent globalement la médicalisation et la relation sociales soignant soignée au milieu hospitalier. Ces axes sont : la maîtrise du corps, la confiance mutuelle soignant soignée et aussi le protocole de soin et la qualité de la communication soignant soignée.

**1. Présentation et analyse des résultats des hypothèses**  
**a. Présentation et analyse des résultats de la première hypothèse**  
**soignant-soignée**

*« La maîtrise et la possession du corps génère une confiance mutuelle soignant-soignée ».*

**Tableau N°09 : Représentatif des résultats de l'entretien de la première hypothèse pour les soignants**

Cas	Question	Durée	Indicateurs
Cas n°1	01-Pensez-vous la rencontre soignant soignée est aussi le lieu d'une médicalisation ?	10minute	Relation sociale, liens qui se forme
Cas n°2		12minute	Activité médicale, indispensable, concevoir, contexte sociale
Cas n°3		10minute	Modalité, contrôle sociale, dynamique, rapport sociaux
Cas n°4		15minute	Médicalisation, groupes sociaux
Cas n°1	02-Quels sont les biens faits de la médicalisation ?	10minute	Médicalisation, mode de vie, progrès médicale
Cas n°2		10minute	Médicalisation, liens, citoyens, accès, population
Cas n°3+4		10minute +10minute	Médicalisation, résoudre, problème de santé
Cas n°1+2+3+4	03-pensez-vous que tout problème de santé va être médicalisé ?	10minute+10minute+15minute+15minute	problème de santé, médicalisé, géré, vie quotidienne
Cas n°1	04-comment considérer-vous votre	15minute	Patients, pas comme des clients.

<b>Cas n°2+3+3</b>	patient ?	10minute +15minute +10minute	Patients, citoyens, droit aux soins.
<b>Cas n°1</b>	05-Selon vous la confiance est elle indispensable dans une relation soignant-soignée ?	10 minutes	Confiance, cour de la relation, contrat médical, bonne relation
<b>Cas n°2</b>		09minutes	La confiance, base dans la relation
<b>Cas n°3</b>		10minutes	Confiance, part de doute, incertitude, angoisse, patient
<b>Cas n°4</b>		11minutes	Confiance, rôle moteur, relation construite
<b>Cas n°1</b>	06-Selon vous la relation de confiance entre le soignant et le soignée améliorent-il le soin ?	11 minutes	Affects, émotion, a l'aise, améliore le soin.
<b>Cas n°2</b>		13minutes	Comprendre, demande de soin, respect, confiance
<b>Cas n°3</b>		11minutes	Améliore les soins, assurance, qualité, échanges, soins.
<b>Cas n°4</b>		10 minutes	Elément essentiel, prise en soins, relation, confiance.

**Source :** résultats d'enquête établie par nous soi.

**Tableau N°10 : Représentatif des résultats de l'entretien de la première hypothèse pour les soignées**

Cas	Questions	Durée	Indicateurs
<b>Cas 1+Cas 2+cas 3 +cas4+cas5+ Cas6+cas08</b>	01-Que pensez-vous de ce qui dit que chaque malaise, la personne doit consulter le médecin ?	10min+08min+ 09min+07min+ 11min+10min+ 12min	Consulter le médecin fièvre, danger
<b>Cas 07</b>		15 minutes	Peur, voir le médecin, a l'aise
<b>Cas01+cas02+ cas03+cas04+ cas05+cas06+ cas07+cas08</b>	02-Votre soignant vous interdit de faire des choses ?	10min+08min+ 09min+07min+ 11min+10min+ 08min+09min	Interdit des choses, considération, donne des conseils
<b>Cas01+cas02+ cas03+cas04+ cas05+cas06+ cas07+cas08</b>	03-Comment pouvez-vous décrire la relation avec votre médecin ?	10min+08min+ 13min+09min+ 11min+10min+ 08min+09min	Relation fort, considère pas comme médecin, très gentil, compréhensive
<b>Cas01+cas02+ cas03+cas04+ cas05+cas06+ cas07+cas08</b>	04-Selon vous la confiance est-elle indispensable dans une relation soignant soigné ?	10min+07min+ 09min+08min+ 11min+10min+ 09min+11min	Indispensable, fait espérer, convaincu, confiance, base de toute relation
<b>Cas01+cas02+ cas03+cas04+ cas05+cas06+ cas07+cas08</b>	05-Selon vous la relation de confiance entre le soignant et le soigné améliorent-t-il le soin ?	10min+07min+ 09min+07min+ 11min+10min+ 08min+11min	Confiance, espoir
<b>Cas01+cas02+ cas03+cas04+</b>	06-Selon vous est ce que le médecin devrait vous faire savoir tout sur votre maladie ?	10min+07min+ 09min+08min	Savoir tout, combattre la maladie
<b>Cas05+cas06+ cas07+cas08</b>		07min+11min+ 10min+08min	La peur, le stress.

**Source :** résultats d'enquête établie par nous soi.

## 1.1. Interprétation et analyse des résultats de la première hypothèse soignants-soignées

D'après les réponses des interviewés on a constaté que la rencontre soignant-soignée est le lien d'une médicalisation qui constitue une avenue privilégiée dans la gestion des problèmes sociaux et de dépendance, et c'est l'avis de l'enquêté : « la rencontre soignant-soigné est aussi lieu d'une médicalisation parce que la médicalisation est une modalité de contrôle social qui s'inscrit dans une dynamique de rapport sociaux » [Sekkache, médecin, 27ans, N°03].

Concernant la médicalisation dans la rencontre soignant-soignée on a consultés les soignants qui sont dans le domaine professionnel adéquat, chacun nous procuré sa pensée « la rencontre soignant-soignée est aussi le lien d'une médicalisation parce que la relation soignant-soigné étant envisagée comme une relation social, il ya des liens qui se forme » [Allili, médecin, 35ans, N°01].

Khider ajouté : « la rencontre soignant-soignée est aussi le lien d'une médicalisation parce que la relation soignant-soignée est au centre de l'activité médicale, et il est indispensable de concevoir la rencontre du soignée et du soignant hors d'un contexte social » [khider, médecin, 37ans, N°03], et Massaoud qui nous a dit : « la rencontre médecin patient est aussi le lieu d'une médicalisation parce que la médicalisation s'applique à l'ensemble des groupes sociaux, et elle contribue à résoudre les problèmes de la santé » [Massaoud, médecin, 40ans, N°04].

On a voulu aussi connaître comment concèdent les soignants leurs patients et voici ce que ils nous répondu : « je les considérés comme des patients et jamais comme des clients » [Allili médecin, 35ans, N°01], et Khider, Sekkache, Massaoud tous les trois ont dit : « je les considère comme des patients et comme des citoyens qui 'on le droit au soins. »

Les soucis de la santé et la crainte emmènent souvent la personne à la médicalisation, pendant l'entretien on a déduit les pensées des patient sur la médicalisation, on leur demandant ce que ils feront si ils ont des doutes sur leur santé, comme la souligné Yasmina : « oui parce que j'ai peur de tout c'est mieux de voir le médecin pour être aise » [Yasmina, patiente, 27ans, N°11]. Et de même le patient Karim a ajouté : « oui il faut toujours consulter le médecin même si de la fièvre il faut se soigné et enlevé le danger » [Karim, patient, 51ans, N°10]. Et dans ce sens on a consulté l'avis des médecins suivants : qui ont exprimés : « oui tous problèmes de santé vont être médicalisés pour mieux gérer de plus en plus la quotidienne »

On a ciblé aussi à dégager l'importance de la médicalisation on interrogeant respectivement ces médecins , « la médicalisation améliore le mode de vie du malade elle est la conséquence du progrès médicale » [Allili, médecin, 35ans, N°01]. ainsi un autre médecin qui a ajouté que « la médicalisation renforce les liens entre les citoyens accès à toutes les populations » [ Khider, médecin, 37ans, N°03], et aussi : « la médicalisation contribue à résoudre les problèmes de la santé » [Sekkache, médecin, 27ans, N°03].

Au service chirurgical de l'hôpital khelil amrane ont parlé que la confiance est au cœur de la relation soignant-soigné elle est essentielle et primordiale de chaque coté (médecin, patient), « la confiance est la base de la relation qui se noue entre deux personnes autonomes et qui détermine plus au moins la réussite du traitement »<sup>1</sup> et ce que nous a signalé docteur Khider : « la confiance est la base dans cette relation, son confiance on n'en peut pas parler sur la relation. » ;[Khider, médecin,37ans,N°02]. « Elle est indispensable parce que la confiance est au cœur de la relation, le contrat médical est basé sur la confiance, c'est le fondement d'une bonne relation entre le médecin et son patient ». [Sekkache, médecin, 27ans,N°03].

Ce que nous avons remarqués la plupart des patients repends que la confiance est indispensable : « oui elle est indispensable parce que cette confiance me fait espérer et si je fais confiance en lui c'est que il ma fait convaincu pour moi la confiance est la base de tout relation » [Nabil, patient, 44ans, N°12]

La première étape est inéluctablement le temps de la rencontre. Sans rencontre vraie avec l'altérité, le soin ne peut s'élaborer. La perception de l'autre a plusieurs impératifs, au premier rang desquels vient la confiance. Sans confiance, la relation ne peut être que partielle, car placée sous le sceau du doute, de la suspicion potentielle. Penser une relation sans confiance est nier la quintessence même de cette relation qui doit s'élaborer entre le soigné et le soignant ; l'absence de confiance empêcherait à chacun de s'ouvrir face à l'autre. Docteur Khider nous a dit «Si le rapport de confiance est perplexe, l'amélioration de la santé, de la maladie s'en trouve bouleversée, et d'affecte notre travail ».

Des feed-back quotidiennement échangés, alors donner sa confiance au soignant c'est accepter la démarche clinique, permettre à ce même soignant de travailler, et accorder sa confiance au malade c'est, entre autre, comprendre sa demande de soins, la respecter, Demander la confiance du malade sans lui donner la sienne serait pernicieux et délétère à cette relation fragile, et dans ce sens on a interrogé les patients : « si je trouve mon médecin s'intéresse a mon cas et m'encourage le stress va disparaître et s'aide aussi quand il nous fait confiance en me laissant exprimer de mes craintes en tout cas j'ai pas des doutes sur les capacités de nos médecins »[Ghilas, patient , 38ans,N°05]

La réciprocité permet de s'engager mutuellement, de s'en remettre à l'autre, de collaborer. Si ce lien n'est pas réciproque, la relation de soins ne peut être construite et encore moins exister dans sa plénitude. Ne pas faire confiance à celui qui est partie prenante dans cette relation la rendrait à sens unique et perdrait de fait son sens d'échange. Deux identités distinctes qui ne se sont pas choisies, deux finalités qui tendent vers le même but mais dont les motivations peuvent être différentes. L'un vient chercher un soin, la guérison, l'autre met à disposition une technicité, un savoir. A ce propos Massaoud a exprimé : « comme la confiance joue un rôle moteur dans la relation, au cœur de cette relation la confiance doit être construite »[Masaoud,patient,40ans,N°04].

Demander au malade d'avoir confiance ne signifie pas de lui demander de se taire en cas d'incompréhension ou d'écueil. sur ce la docteur : « Il ne faut pas dans aucun cas crier sur le patient, au contraire il faut toujours lui laissé s'exprimé ses douleurs »[Sekkache, médecin, il a ans, N°03] ajouté aussi : « la relation de confiance contribue la part de doute et d'incertitude génératrice d'angoisse pour le patient »[ALLILI ,médecin,35ans,N°01].

L'un des patient nous a confié aussi que « La perte de la confiance du patient en son médecin, pouvant aller jusqu'au refus de soins c'été le cas d'une malade de ma famille, a cause d'un geste de son médecin elle a demandée a ses parents de la faire sortir de l'hôpital » [nacera, patiente, 38ans, N°07].

### b. Présentation et analyse des résultats de la deuxième hypothèse soignants-soignées

« Introduire un protocole de soin optimise la qualité de la communication soignant-soignée. »

**Tableau N°11 : Représentatif des résultats de l'entretien de la deuxième hypothèse pour les soignants**

Cas	Question	Durée	Indicateurs
Cas n°1+2	01-Comment pouvez-vous décrire la relation avec votre soignée ?	10minutes+12minute	Relation sacré, basé sur la confiance, respect, espoir, courage.
Cas n°3+4		15minute+10minute	Relation professionnelle, diagnostic, traité, renseignée
Cas n°1	02-quelle place occupe le relationnelle dans la réalisation de vos soin ?	15minute +13minute	La plus importante, amélioration de soin
Cas n°2		10minute+14minute	Facilite les soins, maitre alaise le patient, conduite médicale
Cas n°3+4		14minute+11minute	Relation importante, médicament
Cas n°1+2+3+4	03-selon vous qu'est ce que une relation de bonne qualité ?	14minute+15minute+10minute+15minute	Respect mutuelle, honnêteté, humanisme, confiance.
Cas n°1+2	04-Etes vous entrainement satisfait de votre relation avec votre soignée ?	10minute+12minute	Satisfait, prend en considération mes conseilles, remercie tout le temps
Cas n°3+4		08minute+11minute	Satisfait, patient dure

**Source :** résultats d'enquête établie par nous soi.

Cas	Questions	Durée	Indicateurs
Cas n°1	05-Quels conseils donner vous aux soignées ?	9minutes	Etre patients, confiance à moi
Cas n°2+3+4		8min+7min+9min	Pathologie, conseil, hygiène, soin, traitement
Cas n°1+2+3+4	06-Quels sont les moyens de communication avec les soignées ?	8 min+10min+9min+11min	Corps, langage, face à face, pas sur téléphone
Cas n°1	07-Quel est le plus le feed-back des soignées au premier contacte aux échanges et communication ?	8minutes	A l'aise
Cas n°2		10minutes	Sourire, réaction, positive.
Cas n°3+4		7min+9min	A l'aise, compréhensive, tout dépend d'une personne
Cas n°1	08-Selon vous la communication soignant soignée contribuent-t-elle a l'amélioration des soins ?	10minutes	Outil de soutenir, mécanismes d'adaptation, indispensable, prendre soins
Cas n°2		11minutes	Comprendre le patient, l'échange améliorer le bien être de patient.
Cas n°3		12minutes	Rôle dans le travail, guérison du patient, diminuer la souffrance
Cas n°4		09minutes	Répond aux questionnements, améliorer les soins, indispensable.
Cas n°1	09-Quels sont les difficultés dans le travail avec les maladies ?	9minutes	Mentalité des parents, des patients, expliqué, comprendre.

Cas n°2		8minutes	Ne prend pas en considération les conseils
Cas n°3+4		7min+9min	Les mensonges, peur, manque de confiance

**Source :** résultats d'enquête établie par nous soi.

**Tableau N°12 : Représentatif des résultats de l'entretien de la deuxième hypothèse pour les soignées.**

Cas	Questions	Durée	Indicateurs
Cas01+cas02+cas03+cas04+cas05+cas06+cas07+cas08	01-Comment pouvez-vous décrire la relation avec votre soignant ?	10min+08min+13min+09min+11min+10min+08min+09min	Relation fort, considère pas comme médecin, très gentil, compréhensive
Cas01+cas02+cas03+cas04+cas05+cas06+cas07+cas08	02-Selon vous qu'est ce qu'une relation de soin de bonne qualité ?	10min+12min+09min+13min+11min+10min+08min+12min	Fait guérir, me comprendre, me traite bien, donne du courage et l'espoir
Cas01+cas02+cas03+cas04+cas05+cas06+cas07+cas08	03-Êtes-vous entièrement satisfait de vos relations avec votre soignant ?	10min+07min+09min+07min+11min+10min+08min	Santé, amélioration, satisfait
Cas01+cas02+cas03+cas04+cas05+cas06+cas07+cas08	04-Est-ce que vous comprenez le médecin quand il vous parle ?	10min+07min+09min+10min+07min+08min+09min+08min	Comprends, mots médicale, explique
Cas01+cas02+cas03+cas04+cas05+cas06+cas07+cas08	05-Votre médecin vous laissez-t-il parler ou poser des questions ?	10min +11min+09min+09min+11min+10min+08min+12min	Donne de temps, répond aux questions
Cas01+cas02+cas03+cas04+cas05+cas06+cas07+cas08	06-Selon vous la communication avec votre médecin contribuent-elle à l'amélioration des soins ?	10min+.10min+09min+08min+11min+10min+11min+09min	Aide, transmettre, message, prendre en considération, conseils, guérir

**Source :** résultats d'enquête établie par nous soi.

## 1.2. Interprétation et analyse des résultats de la deuxième hypothèse

Celui qui propose un soin relationnel doit être capable de questionner sa façon de faire et sa façon d'être en relation avec le patient. Ainsi docteur Allili, khider, décrit sa relation avec ses patients : « je suis bien avec tous les patients car cette relation est une relation sacré qui est basé sur la confiance et le respect. Je respecte mon patient et je lui donnerais toujours l'espoir de guérir et le courage pour combattre sa maladie » Et au même sujet les deux médecins Sekkache, Massaoud de chacun ont ajoutés : « ma relation avec mon patient est une relation professionnelle ou j'ai une obligation d'établir un diagnostic et de traiter le patient et de le renseignée ».

La relation médecin patient est, en bonne partie, conditionnée par les attitudes adoptées par le patient face à sa maladie et par les réactions que de telles attitudes induisent chez le soignant, C'est une relation intersubjective régie par des ressorts affectifs. « La relation constitue la pierre angulaire du soin, elle permet de partager des informations, de se comprendre et d'élaborer un sens commun, respect, empathie, congruence »<sup>1</sup>.

Sur la question d'affectifs et considération des médecins tous les patients déclarent que leurs médecin comporte bien avec eux a l'exemple de Massaouda Qui nous a dit : « C'est une relation fort, je le considère pas comme médecin car il est très gentille et très compréhensive » [Massaouda, patiente, 38ans, N°08].

Le relationnel dans la réalisation des soins s'avère un élément essentiel pour le processus c'est ce que ont signalés les médecins comme exemple : « la plus important dans l'amélioration de soin » [Allili , médecin,35ans,N°01]. « Une bonne relation avec le patient, facilite les soins, mettre a l'aise le patient, le patient ne va pas changer la conduite médicale » [khider, médecin, 37ans, N°02]. Ainsi « le relationnel dans le processus de soin est très important, si le patient ne prend pas ces médicament, s'il ne va pas bien, on est tout le temps la en tant que médecin » [Sekkache, médecin, 27ans, N°03].

Besoins des patients et qualité des soins sont deux concepts indissociables puisque, Si la qualité des soins n'est pas excellente les besoins des malades ne peuvent être entièrement satisfaits.

La satisfaction des patients est considérée comme un indicateur de la qualité des soins. Elle est corrélée à l'adhésion thérapeutique, à la continuité des soins et à l'amélioration de l'état de santé tel qu'il est perçu par le patient, la plupart des patients de service chirurgie générale du khellil amrane déclarants qui ils ont satisfait « ma santé est en amélioration donc je suis satisfait » [Karim, patient, 51ans, N°10]. Et ces déclarations correspond a ce que les médecins nous ont dit même eux sont satisfait, en prend l'exemple « je suis satisfait, les patient prend en considération mes conseilles, il me remercie tout le temps » [Massaoud, médecin, 40ans, N°04]. Ainsi rajoute Sekkache « c'est vrai qu'il y a des patient un peut dur

---

<sup>1</sup> Claude curchad, relations soignant-soignés, prévenir et dépasser les conflits , Elsevier Masson, paris , 2009, p4.

---

mais juste leur expliqués, les faire comprendre et de les traiter convenablement, et de la tout devient bien, donc je suis satisfait » [Sekkache, médecin 27ans, N°03].

L'amélioration de la qualité des soins exige en permanence la recherche d'une qualité optimale en raison d'une double évolution : celle des connaissances et des techniques, celle des besoins des malades « quand je parle de relation des soins de bon qualités je parle d'une relation basé sur le respect mutuelle et surtout l'honnêteté et l'humanisme » [Allili, médecin, 35ans, N°01]. Si ces trois dimensions n'existent pas, on ne peut pas parler de soins de bonne qualité. Pour les patients quand en parle de soin de bonne qualité c'est que il y a de la satisfaction, Comme la souligné Yamina « Quand le médecin me comprendre, me traite bien, me donne du courage, ce la donne toujours de l'espoir » [Yamina, patients, 27ans, N°11].

On constate aussi qu'il y a une relation entre la satisfaction et la qualité des soins si la qualité des soins est bonne la satisfaction existe et le contraire est réciproque.

La communication est considérée comme fondement d'une bonne relation, son objectif est d'orienter son interrogatoire en vue de poser un diagnostic, aussi l'aider à établir une relation durable, à renseigner et à motiver le patient, et le et le préparer à annoncer une mauvaise nouvelle et accompagner le malade dans ces choix « la communication médecin malade s'établie à partir d'une rencontre entre deux histoire individuelle, deux subjectivités avec leurs propres représentations de la maladie et du rôle du médecin »<sup>2</sup>.

Synonyme de partage et d'échange d'information, la communication est un outil créateur de lien entre médecin et patient au milieu hospitalier, elle soutient le patient à l'adaptation dans le milieu, elle à un rôle très important dans le travail du médecin et contribuent au rétablissement du patient.

La communication entre le médecin et le patient est un facteur essentiel du bien être du patient, une communication efficace entre eux peut apporter à ce dernier une amélioration aussi mesurable. Elle a une influence sur la santé émotionnelle, la résolution des symptômes, la fonction, la maîtrise de la douleur, et des mesures physiologiques, elle est aussi un élément éclairant contribuent au travail du médecin.

La communication possède en elle-même un pouvoir thérapeutique contenu dans les échanges humains, « la communication permet de comprendre le patient, elle est basé sur l'échange qui permet d'améliorer le bien être du patient » [khider, médecin, 37ans, N°02], « la communication à un rôle dans le travail du médecin et la guérison du patient ou cette communication mène à démineur la souffrance du malade » [masaoud, médecin, 40ans, N°04]. C'est un outil de la construction de la relation de soin, Le médecin communique pour informer le patient, cette communication doit être adaptée à la demande de patient cette réalité évoqué par Nadia patient « la communication ma beaucoup aidé a transmettre mon message a

---

<sup>2</sup> Brun housset, apprentissage de l'exercice médical, Issy-les-Moulineaux Masson, 2008, p8

mon médecin et aussi de prendre en considération son conseil pour guérir » [Nadia , patiente , 47ans , N°09].

On a assisté à des communications entre le médecin et ces patients, on a vu apparaître du stress sur les patients mais pendant cette communication le médecin essaie toujours de les rassurer et de les rassurer, « la communication est un outil de soutien le patient dans ses mécanismes d'adaptation, elle est indispensable pour prendre soin d'un patient » [Allili, médecin, 35ans, N°01].

Les patients de leurs côtés aussi expriment leur préoccupation et inquiétude ce que a souligné Nabil « je précipite toujours à déclarer mes douleurs et mes soucis à mon médecin pour qu'il me rassure » [Nabil, patient, 44ans, N°12]. On a vu une satisfaction qui apparaît au visage des malades après une communication avec leurs médecins et à ce moment quand on a interrogé l'un des patientes, « à chaque fois que mon médecin me parle je me sens à l'aise » [Wassim, patient, 19ans, N°06].

La communication est un échange de messages entre les personnes, elle suppose l'existence d'émetteurs et de récepteurs, ce sont les soignants et les soignés, ainsi qu'un système de transport de messages par vecteurs verbaux, écrits ou comportementaux dans un espace d'expansion défini, ainsi que l'utilisation de l'information.

Il existe une distinction entre une communication verbale, portée par les aspects phonologique, lexical, sémantique, syntaxique et pragmatique, et communication non-verbale, qui se manifeste par les regards, la gestualité, les mimiques et postures, ainsi que par la proxémique et les modulations vocales.

Au sein de service chirurgie générale à l'hôpital Khelil Amrane tout les interlocuteurs en soulignent l'exemple de Massaouda : « le corps, les gestes, le langage, face à face les paroles sont tous des moyens de communication » [ Massaouda , patiente , 38ans , N°07].

L'information, peut être l'élément déclencheur et moyen d'engagement à la communication, elle est à la fois le produit de la communication et le ciment de la relation. C'est du jeu harmonieux de ces différentes composantes que naît un climat de confiance réciproque, comme nous l'a dit le docteur Allili « L'échange avec le patient nous aide à franchir le pas à une bonne entente et l'information procurée de lui et de la lui renvoyer, le pousse d'avantage à favoriser la communication » [Allili, médecin, 35ans, N°01].

L'empathique est sans doute celui qui permet le mieux de situer les interlocuteurs, proches sans familiarité, respectueux l'un de l'autre sans condescendance ni apitoiement, L'attitude empathique ne consiste pas à se mettre à la place de l'autre, ce qui pourrait faire perdre au médecin son identité et sa clairvoyance, mais à s'intéresser à la personne du patient et à s'efforcer de percevoir ce qu'il ressent.

La communication non verbale peut-être, elle aussi, facteur d'empathie. Il faut avoir été soi-même demandeur de soins pour connaître la valeur d'un geste amical, d'un regard

---

complice, d'un sourire, « Des fois un sourire me soulage du stress en quelque sorte » [Yamina, patient, 27ans, N°11].

Informé le patient par sa famille c'est un art difficile d'écouter patiemment, humblement, de conduire un dialogue, d'informer sans aller au-delà de ce que le malade veut savoir, l'information doit être donnée en langage intelligible, en termes mesurés, sans jamais sous-estimer la résonance de certains mots dans l'esprit du patient anxieux et de la sa famille peut être une aide et un moyen de passer le message vu que sa famille le connaît bien : « Oui il ya des cas ou on a fait participé l'un es membres de sa famille positivement pour passer le bon message » [ Sekkache, médecin, 27ans, N°03].

En outre L'annonce d'une maladie grave, à fortiori d'un pronostic fatal, ne doit en aucun cas être assénée mais délivrée Allili « progressivement, par touches successives, sans jamais tuer l'espoir » [Allili , médecin , 35ans , N°01]. » Il faut toujours prendre en compte tous les aspects et les circonstances dont il est le malade et sa famille est de leur faire vivre toujours dans l'espoir » [Massaoud, médecin, 40 ans, N°04].

- Le temps, donner suffisamment aux patients le temps qu'il fallait pour une bonne communication, le médecin doit prendre son temps pour mieux communiquer, disposé du temps nécessaire pour accomplir cette mission. A ce sens tous les patients nous ont dit : « oui toujours il me donne le temps pour répandre a mes questions et il insiste bien pour le comprendre et de nous transmettre le message ». Yamina, Karim, Nadira, Wassim, Ghilas Massaouda, Nacera.

La communication a une finalité sociale et économique, informative et organisationnelle. Mais, elle s'inscrit également au cœur même du processus thérapeutique ; elle est un élément constitutif de l'action de santé. C'est bien cela qui, dans ce cadre particulier, donne à la communication une signification tout à la fois singulière et fondamentale. Ici, la communication joue un double rôle instrumental et existentiel.

Instrument de soins, elle est l'expression même de la santé, c'est-à-dire de l'identité des malades, elle peut aussi devenir un outil thérapeutique efficace.

En revanche, il serait utile se souligner que, la communication entre les patients et les médecins est une pratique des fois est difficile. Améliorer cette communication nécessite d'une part de comprendre les difficultés réelles des patients et des médecins, sans passer uniquement par le regard subjectif porté par les professionnels sur ces difficultés et d'autre part, d'être pleinement conscient des difficultés émotionnelles qui peuvent influencer la décision médicale, dans une situation émotionnellement difficile, il est complexe pour le patient d'émettre des jugements à propos de sa propre vie, la prise de recul peut être difficile.

La logique du choix ne semble donc pas toujours appropriée et devrait laisser place à la logique du soin. « Malgré notre engagement dans le sens de bien communiquer avec les patients des fois on trouve certains difficultés que ce soit leur crainte ou la peur de leur

---

maladie, mais c'est au contraire il faut que les patients s'ouvrent à nous et notre travail » [Khider, médecin, 37ans, N°02].

Les médecins et les patients s'entendent sur l'importance d'une communication efficace entre un médecin et son patient. Or, dans le milieu complexe des soins de santé qui évolue rapidement, il semble plus difficile de réaliser des communications médecin-patient efficaces. La diversité des cultures, la langue les difficultés de compréhension, le niveau des mentalités différentes « je trouve les difficultés dans les mentalités des parents, des patients et aussi dans la langue (comme moi je ne parle pas kabyle) difficultés d'expliquer et de comprendre » [Allili, médecin, 35ans, N°01].

De l'autre côté les patients ont donné la même réponse : « même si il y a des mots médicaux que je n'arrive pas à saisir mais les médecins font des efforts pour nous expliquer très bien ». Les patients davantage engagés et informés, l'intervention des parents, des malentendus, des craintes de part ou de l'autre, les mensonges des patients ainsi que d'autres facteurs convergent de façon à créer des enjeux de communication particulièrement difficiles.

C'est ainsi que nous a dit le docteur Sekkache : « les mensonges des patients soit à cause de leur peur sur la maladie et les douleurs qu'ils subissent soit due à d'autre facteur manque de confiance qui nous rend la tâche un petit peu difficile » [Sekkache, médecin, 27ans, N°03]. Il y a aussi la négligence des conseils malgré une bonne communication « certain patient ne prend pas en considération les conseils du médecin » [Khider, médecin, 37ans, N°02].

**Tableau N°13 : Récapitulatif des résultats de la première hypothèse (soignants-soignées)**

		<b>Les indicateurs</b>	<b>Soignants</b>	<b>Soignées</b>
<b>La première hypothèse</b>	<b>Médicalisation</b>	<b>Maitrise du corps</b>	Relation sociale, activité médicale, indispensable, modalité, mode de vie, citoyens, problème de santé, client, patient.	Consulter le médecin, peur, à l'aise, danger, des conseils.
	<b>La relation soignant soignée</b>	<b>Confiance</b>	Contrat médicale, bonne relation, angoisse, relation construite, affects, émotion, respect, assurance, échange, soin.	Fait espérer, base de tout relation, savoir tout, combattre la maladie.

**Source :** résultats d'enquête établie par nous soi.

**Tableau N°14 : Récapitulatif des résultats de la deuxième hypothèse (soignants-soignées)**

		<b>Les indicateurs</b>	<b>Soignants</b>	<b>Soignées</b>
<b>La deuxième hypothèse</b>	<b>Médicalisation</b>	<b>Protocole de soins</b>	Relation sacré, confiance, respect, espoirs, courage, relation professionnelle, diagnostic, renseignée, amélioration de soin, facilite les soins, conduite médicale, relation importante, médicament, humanisme conseils, patient dure.	Relation forte, compréhensive, traite bien, courage, espoirs, amélioration satisfait.
	<b>La relation soignant-soignée</b>	<b>Communication</b>	Etre patient, confiance a moi, hygiène, traitement, corps, langage, face a face, pas sur téléphone, réaction positive, a l'aise, compréhensive, outils de soutenir, mécanismes d'adaptation, prendre soins, bien être, guérison, diminuer la souffrance, améliorer les soins.	Comprends, mots médicale, explique, donne de temps, répond aux questions, aide, transmettre, prendre en considération, conseils, guérir.

**Source :** résultats d'enquête établie par nous soi.

## **2. Discussions et vérifications des résultats des hypothèses**

### **2.1. Discussion et vérification de la première hypothèse :**

« La maîtrise et la possession du corps génère une confiance mutuelle soignant-soignée »

Vue notre travail établie sur le terrain de CHU de Bejaia ainsi que les résultats qui se présente a partir des tableaux et des réponses qui affiche la synthèse des données recueillies a partir du terrain comme réponse a nos questions évidemment les tableaux n° 09,10,13 qui présente les variables de la première hypothèse nous constatant un rapport entre les variables qui sont la maîtrise et la possession du corps et la confiance mutuelle soignant-soignée.

Nous avons confirmée notre première hypothèse cela dit qu'il ya un rapport entre la maîtrise et la possession du corps et la confiance mutuelle soignant-soignée.

### **2.2. Discussion et vérification de la deuxième hypothèse :**

« Introduire un protocole de soin optimise la qualité de la communication soignant-soignée »

Vue notre travail établie sur le terrain de CHU de Bejaia ainsi que les résultats qui se présente a partir des tableaux des réponses qui affiche la synthèse des donnée recueillies a partir du terrain comme réponse a nos questions évidemment tableaux n°11,12,14 présente les variables de la deuxième hypothèse nous constatant un rapport entre les variables qui sont le protocole de soin et la qualité de la communication soignant-soignée.

Nous avons confirmée notre deuxième hypothèse cela dit qu'il ya un rapport entre le protocole de soin et la qualité de la communication soignant-soignée.

A partir de la confirmation des deux hypothèses on a constaté que la thématique « quel est le rapport de la médicalisation et la relation sociale soignant-soignée » est confirmé parce qu'il ya des liens entre les variables des deux hypothèses « médicalisation et relation social soignant-soignée » la chose qui nous a permettes de déduire qu'il ya un rapport entre la médicalisation et la relation social soignant soigné.

## **3. Un essaie sociologique sur la thématique de la recherche**

D'après la recherche qui a été faite sur le terrain de CHU de Bejaia on a constaté qu'il existe une politique de prévention et d'éducation pour la santé (soins, traitement, maladie, l'éducation sanitaire, alimentation ...etc.)

Dans notre recherche on a observé qu'il ya un phénomène sociale comme les inégalités sociale face aux soins mais il existe des écarts entre différents groupes au niveau de leur santé en fonction de différents « faits » sociaux.

Le système de santé connait actuellement l'amélioration de la santé a été plus important pour les catégories sociales favorisées, au delà des écarts entre la population la plus favorisée qui sont les plus grands, les épidémiologistes ont, en outre, pu objectives des écarts existants

pour l'ensemble de classes sociale, selon la catégorie socioprofessionnelle, le revenu de la situation familiale....etc.

Les inégalités sociales de santé touchent un vaste éventail d'indicateurs de santé allant des facteurs de risques aux résultats des soins est reproduisent des le domaine sanitaire, les inégalités existent entre les groupes sociaux.

Les inégalités sociales de santé font référence à tout relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale, elle renvoie aux écarts, généralement évitable entre homme et femme, entre groupes socioéconomiques et entre territoires, qui ont un impact réel sur l'état de santé des populations et leur accès aux soins.

L'accès inégal aux soins et sons cesse dénoncés pour les populations urbaines défavorisé et surtout pour la population rurale éloignée.

Les inégalités sociales de santé, quelle que soient leur expression ou leur origine, deviennent, dans un nombre de plus en plus important d'articles, de livrer ou de rapports, les chercheurs, tout comme les décideurs, commencent à s'étendre sur certaines définitions de mené que sur certains modèles qui permettent d'expliqué comment les inégalités sociales se transfèrent en inégalités de santé.

### **Critique :**

Dans la réalité et après le discours de nos enquêté, la médicalisation, la communication, la confiance, le protocole de soin sont des facteurs indispensable dans la relation soignant soigné, améliorent la santé des patients et la satisfaction des soins.

# **Conclusion générale**

Les résultats au quels nous sommes arrivés lors de notre recherche au sein de l'hôpital khellil Amrane de Bejaia et plus précisément au sein du service chirurgie générale, révèlent des éléments très primordiaux en ce qui concerne la médicalisation et la relation sociale soignant soigné.

Dans cette recherche nous pouvons déduire que la rencontre soignant soigné est le lieu d'une médicalisation, elle améliore le mode de vie du malade, elle est la conséquence du progrès médicale au sein de service chirurgie générale.

Sur cette même ligne les soucis de la santé et la crainte emmènent souvent la personne à la médicalisation, elle constitue une avenue privilégiée dans la gestion des problèmes sociaux et de dépendance, elle contribue à résoudre les problèmes de santé et renforce les liens ou la rencontre soignant soigné

Finalement notre recherche a montré que la santé est l'une des dimensions de la vie pour lesquelles il existe encore aujourd'hui de fortes inégalités sociales des soins gratuits, le cadre de vie, les conditions de travail, les facteurs environnementaux constituent autant de déterminants collectifs, générateurs d'inégalité sociale de santé, insuffisamment pris en compte dans une perspective de promotion de la santé.

# **La liste bibliographique**

## Liste bibliographique :

### Livres et ouvrages :

1. BALINT Michael, « La relation médecin, son malade et la maladie », trad J.P. Valabrega, petite collection Payot, Paris, 7<sup>ème</sup> édition, 1996.
2. BECK, Ulrich, « la société du risque, sur la voie d'une autre modernité. Flammarion, paris, 2003.
3. BIGNONI C, Marchand P, Le soin relationnel, un modèle a questionner, soins, juin 2012.
4. CLAUDE Curchad, Relations soignant-soignés, prévenir et dépasser les conflits, Elsevier Masson, paris, 2009
5. FORMARIER M, Les concepts en sciences infirmières, Lyon : edition Mallet conseils, 2009.
6. JOSEPH J Levy ; Germain TROTTIE , Janine Pierret , Germain Trottier , les traitements antirétroviraux , expérience et défis , presses de l'université du Québec , 2004
7. LALLEMENT Michel, Histoire des idées sociologie, Paris, Nathan, 1993.
8. MANOUKIAN Alexandre, MASSEBEUF Anne, La relation soignant-soigné, 3<sup>ème</sup> édition, Lamarre, France.
9. PHANEUF Margat, La relation soignant soigné, cheneliere èducation, 2<sup>ème</sup> trimestre, 2011.
10. ROGERS Carl, Le développement de la personne, Paris, Dunod, 1968.

### Les ouvrages de méthodologie :

1. ALAIN Blanchet et al, (sous la direction de François de singly), L'enquête et ses méthodes d'entretien, édition Nathan, Paris, 1992.
2. ALAIN Blanchet et Anne Gotman, l'enquête et ses méthodes, l'entretien, édition Nathan, Paris, 1992.
3. AMBROISE Zagre, *Méthodologie de la recherche en sciences sociales*, Edition L'Harmattan, Paris, 2013.
4. ANNE Laperrière, « *L'observation direct* », *Recherche sociale de la problématique à la collecte des données*, 4<sup>ème</sup> édition, édition Presses de l'Université du Québec, Canada, 2004.
5. BENOIT Grouthier, *Recherche sociale de la problématique à la collecte des données*, édition Presses de l'Université du Québec, Canada, 2009.

6. BENOIT Tine, *La toxicomanie étude sociologique d'une forme de déviance*, édition PUBLIBOOK, 2008.
7. EDO Kodjo Maurelle Agbobli, *Méthodologie de la recherche et initiation à la préparation des mémoires et des thèses*, édition l'Harmattan, Paris, 2014
8. FRANCOIS Dépelteau, *La démarche d'une recherche en sciences humaines*, édition de Boeck, Canada, 2000.
9. JOEL Guibert, Guy Jumel, « *Méthodologie des pratiques de terrain en sciences humaines et sociales* », Armand Colin/Masson, Paris, 1997.
10. MARIE France Grinschpoun, « *construire un projet de recherche en sciences humaines et sociale* », 2<sup>ème</sup> édition, enrick B, édition, Paris, 2012.
11. OMAR Aktouf, « *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisation* ».une introduction a la démarche classique et une critique, Montréal : Les Presses de l'Université du Québec, 1987.
12. RAYMOND Quivy Luc Van Campenhout, *Manuel de recherche en sciences sociales*, 3<sup>ème</sup> édition, Dunod, Paris, 2006.

### **Les articles :**

1. ALINE Sarrdon-Eck, La rencontre médecin-patient est aussi le lieu d'une médiation du lien social, revue du praticien (La), J.B Bailliere et Fils, 2002.
2. AMNON Jacob Suissa, Gina Rocheleau, pourquoi l'alcoolisme n'est pas une maladie, edition Fides, 1998
3. ARLET Philippe, « La relation medecin-malade », item I, 20 juillet2001.
4. BOLTANSKI Luc. Les usages sociaux du corps. In : Annales. Économies, Sociétés, Civilisations. 26<sup>e</sup> année, N. 1, 1971
5. BRUN Housset, Apprentissage de l'exercice médical, Issy-les-Moulineaux Masson, 2008
6. CARICLET N, « Construire une relation de confiance durable avec les patients », soins Cadres de santé.
7. CHRISTINE Thoer, « internet : un facteur de transformation de la relation médecin-patient ? » Université du Québec à Montréal (UQAM), Canada, 2015.
8. DUPUY Jean-Pierre, « vers l'unité des sciences sociales autour de l'individualisme méthodologique complexe » Revue du Mauss, Vol 2, 2004
9. DURA ND, Jean-Pierre, « la relation d'aide, un soin de haute technicité », soins, n° 731, décembre 2008.

10. FABRICE Fernandez, Samuel Lézé, Hélène marche, les émotions une approche de la vie sociale, édition des archives contemporaines, paris, 2013
11. FAUCOULT Michel, Histoire de la folie a l'age classique, Paris, Gallimard, 1972.
12. FRANCINE Cicurel, Eliane Blodel, La construction interactive des discours de la classe de langue, université de paris III Presses de la sorbonne nouvelle, Paris 1996.
13. JACQUES Cosnier , michel Grosjean et michele lacoste , soins et communication approche interactionniste des relations de soins , collection éthologie et psychologie des communiation , ARCI, Presses universitaires de Lyon , 1993.
14. JEAN-Yves, MULLER, Jean-Jacques LEFRERE, Utilisation des produits sanguins, Lavoisier, Paris, 2012.
15. JOFFRY Becker : La mécanisation du lien social, Revue d'anthropologie institut des sciences de la communication du CNRS, France, 14 décembre 2012.
16. HAREL-BIRAUD Hélène, Manuel de psychologie à l'usage des soignant, éd Masson, 1990.
17. HENRI Dorvil ; Robert Mayer, problèmes sociaux, presses de l'Université du Québec, 2003.
18. GUY BAJOIT, Le concept de relation sociale, vol, 2009.
19. Larochelle, Gilbert Mineau, André Lamarre, Bruno (Fassin Didier), *Le discours sur la médicalisation sociale et santé mentale : 1973-1994, édition l'Université Laval, 2006.*
20. MALLÉN, Elké, psychologue, formatrice, La distance professionnelle, (objectifs soins) n° 136 Ressources Humaines, Paris, mai 2005.
21. MARIE-Anne, « La relation médecin-malade », cercle des chamailleurs, 20 septembre 2009
22. MICHEL Aglietta, André orlean, LA monnaie souveraine, Edition Odil Jacob, Paris, septembre 1998.
23. SUISSA Amnon, Dépendances et médicalisation « *Repères et enjeux psychosociaux* ». *école de travail social Université du Québec à Montréal, 2007.*
24. SUISSA Amnon, représentation du corps, médicalisation et lien social : l'exemple de la chirurgie esthétique, lien sociale et politique, 2008
25. THIERRY Bardinnet, dents et mâchoires dans les représentations religieuses et la pratique médicale de l'Égypte ancienne, Roma, 1990
26. WALTER HESBEEN, Le soignant, les soins et le soin, édition Seli arslan, 2012.
27. ZOLA, I, K, *socio-Médical Inquiries : Recollections, Reflections and Reconsidération, Philadelphie, Temple University press, 1983.*

## **Les thèses :**

1. ANISSA Brighet Assous, La relation médecin malade en milieu hospitalier Algérien, maître de conférences, Département de sociologie-faculté des lettres, sciences humaines et sociales- Université Badji Mokhtar Annaba.
2. FRANCK Soreda, « De l'impact des émotions dans la relation de confiance avec un patient schizophrène », travail de fin d'études, diplôme d'état d'infirmier, IPSI, La capelette (AR-HM), 2015.
3. JEAN-Michel Demais : l'humour dans la relation soignant-soigné en France, mémoire en ligne, Promotion 2011-2014.
4. MARIE-EVE SCH MOUTH, les attentes et le rôle performé par les soignés et les soignants dans la relation de soins avec des personnes présentant un problème de santé mentale grave et de toxicomanie, l'Université Laval, Québec, 2006.
5. MALVEZIN-Elodie, La relation médecin-patient à l'ère de la médicalisation : point de vue de trois médecins généralistes écrivains contemporains, université de Paris Diderot-PARIS 7, mai 2010.
6. MELISSA Nader : « La médicalisation, concept, phénomène et processus, thèse de doctorat en sociologie, université du Québec à Montreal, Canada, octobre 2012.
7. NATHALIE De Beul, Cristian Martinez, et Marie-Laure Toppo, enquête sur la place de la relation soignant soigné dans l'approche de soins transculturelle, travail de Bachelor, juin 2014.
8. RENARD, Marc, « de la sociologie de la santé, trente ans de recherche sur le malade et la maladie », Québec, presses de l'université du Québec, l'institut Québécois de recherche sur la culture (IQRC) et les presses universitaires de Lyon, 1985.
9. THOMINET P, Ethique et relation de confiance, soins n°779, octobre 2013.
10. SYLVIE Fainzang, « La relation médecin malade entre anciennes et nouvelles normes », Anthropologie et sociétés, Université Laval, 2013.

## **Les sites http :**

1. [www.caiminfo/revue-cahiers-de-therapie-familiale-2002-2p-213](http://www.caiminfo/revue-cahiers-de-therapie-familiale-2002-2p-213).

# **Annexes**

**UNIVERSITÉ ABDERRAHMANE MIRA**  
**FACULTÉ DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES**  
**DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES**

**Option : sociologie de la santé**

**Guide d'entretien**

**Thème de recherche :**

**La médicalisation et la relation sociale soignant-soigné**

**Cas pratique : Service Chirurgie générale, CHU Bejaia.**

Dans le cadre de préparation de diplôme de master en sociologie de la santé nous réalisons un travail sur « La médicalisation et la relation sociale soignant soigné ». Pour ce faire, nous vous sollicitons de bien vouloir contribuer à la réalisation de ce travail par vos réponses aux questions de ce guide d'entretien.

Nous vous assurons que les informations que vous nous fournissez sont à exploiter pour des fins scientifiques.

Nous vous remercions d'avance.

**Réaliser par :**

Saadia YOUCEF

Sonia CHEKKAR

**Encadré par :**

M Mohamed LAIFA

## Annexe 01

### Guide d'entretien.

Destiné aux soignants (médecin chirurgien) du CHU de Bejaia :

#### Axe 01-donnés personnelles :

Sexe

Age

Situation familiale

Marié  divorcé  Célibataire

Niveau d'instruction

Diplôme obtenu

Profession exercée

Ancienneté au poste

Entre 1-5 ans  entre 6-10 ans  et plus

#### La médicalisation autant qu'un processus :

1- Que signifie pour vous le mot médicalisation ?

-2-Pensez-vous la rencontre médecin patient est aussi le lieu d'une médicalisation ?

Pourquoi ?

3- Quels sont les biens faits de la médicalisation ?

4- Pensez-vous que tout problème de santé va être médicalisé ?

Oui ou non, pourquoi ?

5- Quels sont les difficultés dans le travail avec les malades ?

6- Comment considérez-vous votre patient ?

7- comment pouvez-vous décrire la relation avec votre patient ?

8- quelle place occupe le relationnel dans la réalisation de vos soins ?

9- Selon vous, qu'est ce qu'une relation de soin de bon qualité ?

10- Etes-vous entrrement satisfait de votre relation avec votre patient ?

Oui ou non, pourquoi ?

### **La relation sociale soignant soignée :**

1-Selon vous la confiance est-elle indispensable dans une relation médecin- patient ?

Oui ou non, pourquoi ?

2- Selon vous la relation de confiance entre le médecin et le patient améliore t-il le soin ?

Si oui, pourquoi ?

20- Quels conseils donner-vous au patients ?

21- Quels sont les moyens de communication avec les patients ?

22- Quels est le plus souvent le feed back des patients au premier contacte ou échange et communication ?

23- selon vous la communication médecin- patient contribue- elle à l'amélioration des soins ?

Si oui, pourquoi ?

24. Comment pouvez-vous décrire la relation avec votre patient ?

## Annexe 02

### Guide d'entretien

#### Destiné aux soignées du CHU de Bejaia :

##### Axe 01-donnés personnelles :

Sexe

Age

Situation familiale

Marié  divorcé  Célibataire

Niveau d'instruction :

##### Axes 02- la médicalisation autant qu'un processus :

01- Que pensez-vous de ce qui disent que chaque malaise, la personne doit consulter le médecin ?

02- Votre médecin vous interdit de faire des choses ?

Oui ou non, pourquoi ?

03- Comment pouvez-vous décrire la relation avec votre médecin ?

04- Comment considérez-vous votre médecin ?

05- Selon- vous, qu'est-ce qu'une relation de soin de bon qualité ?

06- Etes-vous enterrement satisfait de vos relations avec votre médecin ?

Si oui, pourquoi ?

##### Axes 02 – la relation sociale soignant soignée ?

1-Selon vous la confiance est-elle indispensable dans une relation médecin- patient ?

Si oui, pourquoi ?

2- Selon vous la relation de confiance entre le médecin et le patient améliore t-il le soin ?

Si oui, pourquoi ?

3- Selon -vous est-ce que le médecin devrait vous faire savoir tout sur votre maladie ?

Oui ou non, pourquoi ?

4- Est-ce que vous comprenez votre médecin quand il vous parle ?

Si oui, comment ?

Si non, pourquoi ?

5- Quels sont les moyens de communication avec le médecin ?

6- Selon vous la communication médecin- patient contribue- t-elle à l'amélioration des soins ?

Si oui, comment ?

## Annexe 03

