UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

La place du psychologue dans les services hospitaliers : option des hopitaux de Bujumbura

Nyandwi, Consolate; Sous la direction de : Dr Sylvere Suguru

1996
UB, FPSE
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/1807

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

UNIVERSITE DU BURUNDI

FACULTE DE PSYCHOLOGIE ET
DES SCIENCES DE L'EDUCATION
DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

LA PLACE DU PSYCHOLOGUE DANS LES SERVICES HOSPITALIERS

OPINION DES MEDECINS DES HOPITAUX DE BUJUMBURA

par

Consolate NYANDWI

Directeur:
Prof. Sylvère SUGURU
Codirecteur:
Dr Sylvèstre BARANCIRA

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Licenciée en Psychologie
Option: Clinique et Sociale

Bujumbura, Mai 1996

DEDICACE

A mes chers parents,
pour la place qu'ils occupent dans ma vie;

A mes chères soeurs,
pour leur endurance en ces moments de lassitude;

A notre regretté frère Pacifique;

A vous tous mes sincères amis,
pour tout ce que vous aurez fait pour mon bonheur et mon bien;

Je dédie ce mémoire.

REMERCIEMENTS

Tout au long de notre travail de recherche, nous avons bénéficié d'un soutien de quelques personnalités. Nous trouvons alors ici une bonne occasion de leur exprimer nos sentiments de gratitude à son terme. Cet ouvrage est vraiment le couronnement de leurs efforts.

Nos vifs remerciements s'adressent principalement au professeur et Doyen de la Faculté de Psychologie et Sciences de l'Education, Monsieur Sylvère SUGURU,qui, en dépit de ses multiples responsabilités, a bien accepté de diriger nos premiers pas de chercheur. Ses remarques et ses qualités de guide nous ont été très bénéfiques du début à la fin de ce travail.

Nos sentiments de profonde gratitude sont également adressés au Docteur Sylvèstre BARANCIRA, pour l'écoute bienveillante qui lui a caractérisé chaque fois que nous avons sollicité une aide de sa part. Ses conseils judicieux et ses diverses explications nous ont aidé plus d'une fois à pénétrer dans le monde médical, un monde délicat, difficile à pénétrer pour un non-médecin et à mieux comprendre les contours et la délicatesse de notre étude .

Puis, nous ne manquons pas de remercier tout le personnel médical, plus spécialement les médecins des cinq hôpitaux qui nous ont servi de terrain d'enquête. Grâce à leur concours, nous avons obtenu de riches informations sur lesquelles repose la réussite de la présente étude. Qu'ils retrouvent dans les différentes lignes de ce travail notre estime à leur égard et notre soutien dans leur mission de soigner les malades.

A tous nos éducateurs, de la gardienne à l'université, pour leur formation tant humaine que scientifique, nous disons aussi merci.

En outre, que la famille BISORE Serge, qui n'a menagé aucun effort pour la réussite de cette étude, trouve en elle, le fruit d'un effort partagé.

Aussi, que les familles MWIDOGO, NINTUNZE Grégoire et WAKANA Anselme veillent accepter nos sentiments de reconnaissance pour leur participation matérielle et morale en ce travail.

Enfin, à tous les camarades de classe que nous avons cotoyés au cours de notre formation, qui nous ont aidé à vivre vraiment la tolérance et le respect d'autrui et à qui nous devons une partie de ce que nous sommes aujourd'hui, nous disons merci, grand merci!

Consolate NYANDWI

TABLE DES MATIERES

Pages

DEDICACE i
REMERCIEMENTS ii

OBSERVATIONS PRELIMINAIRES 2

0.1. Introduction générale 2
0.2. Motivation et délimitation du sujet de la recherche ...4
0.2.1. Motivation 4
0.2.2. Délimitation 6

I^{ère} PARTIE: CADRE THEORIQUE ET PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE

A. CADRE THEORIQUE 8

CHAPITRE I. ESSAI DE DEFINITION DES TERMES CLES 8

I.1. Le concept de psychologue 8
I.2. Le concept d'hôpital 10
I.3. Le concept de relation de soins 11

CHAPITRE II. L'IMAGE DU PSYCHOLOGUE VIS-A-VIS DE SON PUBLIC 13

II.1. La psychologie du sens commun 13
II.2. La psychologie scientifique 16
II.3. Les difficultés internes de la psychologie 21
II.4. L'action du temps sur le comportement est une contrainte majeure pour le devenir du psychologue 25

CHAPITRE III. LA PSYCHOLOGIE ET LE COMPORTEMENT DU MALADE ...29

III.1. Le normal et le pathologique en psychologie et dans le domaine de la santé 30
III.2. L'homme et la maladie 32
III.2.0. Note introductive 32

III.2.1. La dynamique de la maladie et son évolution vers la guérison 34
III.2.2. L'état de maladie en évolution vers la chronicité ..36
III.3. La prise en charge psychosociale du malade alité en famille et à l'hôpital 39
III.4. La maladie mentale et le comportement "anormal".....43

CHAPITRE IV. LES DOMAINES D'ACTIVITES DU PSYCHOLOGUE DANS LES SERVICES DE SANTE 48

IV.1. Médecine générale et santé publique 50
IV.1.1. Le milieu hospitalier, un terrain d'activités possible pour le psychologue-clinicien.....50
IV.1.1.1. La psycologie clinique dans les hôpitaux et les services de spécialités 51
IV.1.1.2. L'intégration du psychologue dans les équipes médico-chirurgicales 53
IV.1.2. Le psychologue-clinicien, agent de l'humanisation des hôpitaux 58
IV.1.2.1. L'hospitalisation, événement stressant 58
IV.1.2.2. Les réponses possibles du psychologue-clinicien aux effets traumatiques de l'hospitalisation dans le cadre de l'enseignement de la psychologie médicale.....59
IV.2. Le psychologue en psychosomatique et en psychiatrie.....60
IV.2.1. La psychologie en psychosomatique 60
IV.2.2. Le psychologue en psychiatrie 62
IV.3. Le psychologue-clinicien et la protection de l'enfance 64
IV.3.1. Le psychologue en pédiatrie 64
IV.3.2. Le psychologue en gynécologie 66

B. PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE 70

C. FORMULATION DES OBJECTIFS DE TRAVAIL..... 74

1. L'objectif général..... 74
2. Les objectifs opérationnels..... 74

IIe PARTIE: CONSIDERATIONS METHODOLOGIQUES

II.1. La collecte des données sur terrain.... 77
II.1.1. L'instrument de collecte des données..... 77
II.1.1.1. Présentation 78
II.1.1.2. Elaboration 78
II.1.1.3. La forme 79
II.1.1.4. Pourquoi le questionnaire comme instrument? 80
II.1.2. La population d'enquête et l'échantillonage 81
II.1.2.1. La population d'enquête 81
II.1.2.2. Brève présentation du milieu d'enquête 81
II.1.2.3. L'échantillonage 82

II.2. Méthode de traitement des données 84

IIIe PARTIE: PRESENTATION-ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS

III.0. Introduction 86
III.0.1. Les résultats de la pré-enquête 87
III.0.2. Dépouillement des données de l'enquête 88
III.1. Présentation, analyse et interprétation des résultats de l'enquête proprement dites 88
III.2. Conclusions partielles sur les différents thèmes ..124
III.2.1. Conclusion partielle sur les thèmes I et II 124
III.2.2. Conclusion partielle sur le thème III 126
III.2.3. Conclusion partielle sur le thème IV 127

CONCLUSION GENERALE 129

NOTE SUR LES DIFFICULTES RENCONTREES LORS DE L'ENQUETE 135
RECOMMANDATIONS 138
BIBLIOGRAPHIE 141

ANNEXE
Questionnaire d'enquête 144

"On ne conduit pas tout le monde avec le même bâton"
(R. THEWISSEN.)

O. OBSERVATIONS PRELIMINAIRES.

O.1. INTRODUCTION GENERALE.

Actuellement, il serait pratiquement impossible à quiconque de nier le fait que presque toutes les sociétés possèdent une certaine tendance à opposer des résistances aux disciplines naissantes et que par ailleurs ,

> *"il n'est guère de science dont le public se fasse une image correcte."*[1]

Cela est aussi vrai pour la société burundaise où la Psychologie se présente comme une nouvelle discipline et où le travail des psychologues n'a pas encore effectivement commencé.

Sur ce, n'importe qui et surtout le futur psychologue peut se demander si l'intervention des psychologues sur le marché du travail des jours à venir ne pourra pas déclencher des réactions de crainte et de défense , pouvant aller jusqu'à paralyser une profession donnée.

Aussi, dans notre société burundaise, la réalité quotidienne donne aux psychologues une image qu'ils récusent mais qu'ils ne sont pas encore arrivés à contester parce que ce genre de spécialistes n'existent pas encore au Burundi. Le psychologue est perçu comme une personne qui "lit les pensées secrètes des autres" et donc, dangereuse pour la société et la psychologie comme une science qui envahit abusivement les consciences, le langage et les modes de pensées.

1: M. RICHELLE, Pourquoi les Psychologues? Bruxelles, Galerie des Princes,1968, p.9.

Précisons donc que le psychologue met sa science au service d'une meilleure connaissance de soi et des autres, afin d'aider chaque individu ou groupe d'individus à découvrir et à utiliser au mieux ses propres possibilités.Il ne s'agit pas là d' "étiqueter" les gens, mais de leur permettre de mieux gérer leur vie et de mieux s'aimer en se libérant autant que possible des dépendances, de la peur, de l'ignorance, des conflits, ou tout simplement en les assumant.

Par ailleurs, le psychologue lui-même doit vivre constamment cette découverte et cette libération pour être un vrai libérateur des autres. Il doit savoir se remettre en question lui-même. Ainsi le psychologue se présente comme un agent de changement, de transformation et d'adaptation.

Cependant, nous avons l'impression que les sociétés en général, la société burundaise en particulier, évitent à tout prix les velléités du changement. Elles ont tendance à opposer des résistances à presque toutes les sciences humaines et plus particulièrement à la psychologie, ceci dans la mesure où elles tendent à remettre forcément en question l'ordre établi; résistance aussi au psychologue impliquant le refus de la société et de l'individu social de se laisser agressé dans sa liberté intérieure. Cette résistance sociale vis-à-vis du psychologue peut se traduire par la tendance à nier l'existence ou la nécessité des psychologues qui, malgré cela, continuent à être formés.

Ainsi donc, les psychologues eux aussi doivent trouver leur vraie place au sein de la société en général et dans le domaine professionnel en particulier comme ce fut le cas pour les médecins, les professeurs, les historiens, etc. Leur rôle devrait être clairement défini dans presque tous les domaines d'application de la psychologie et surtout dans le domaine médical où le psychologue risque d'être perçu comme un auxiliaire médical, un psychotechnicien,... une fois engagé dans les services médicaux.

A ce sujet nous comptons mener une enquête auprès des médecins des hôpitaux de Bujumbura parce que nous croyons qu'ils sont directement impliqués et mieux indiqués pour nous fournir des informations nécessaires à la réalisation de notre travail qui s'articule sur trois grandes parties à savoir: le cadre théorique et la problématique de la recherche, les considérations méthodologiques ainsi que la partie réservée à la présentation, l'analyse et l'interprétation des résultats recueillis.

0.2. MOTIVATION ET DELIMITATION DU SUJET DE LA RECHERCHE.

0.2.1. Motivation.

L'intérêt pour ce sujet a été dicté à la fois par le constat que d'une part le psychologue est encore presque inconnu ou ignoré par la majorité des burundais et que ceux qui le connaissent vaguement le prennent comme dangereux pour la société. D'autre part il y a le constat d'une absence totale de l'intervention du psychologue surtout dans le domaine médical alors que sa fonction semble répondre à un besoin que le médecin n'est pas forcément en mesure de satisfaire.

Sur ce, nous avons senti le besoin de faire un sondage d'opinion auprès des médecins pour voir si le futur psychologue trouvera une place dans les institutions médicales. Là, on se demande si les interventions des psychologues dans les services hospitaliers vont être acceptées et correctement appréciées par les médecins.

En outre, nous sommes motivée par le souci d'ouvrir le public à une vue objective et critique du psychologue et de la psychologie, des difficultés de cette discipline et de ses limites; c'est aussi le besoin de faire connaître au public ce qu'est le psychologue, de définir son rôle dans la société, spécialement dans le domaine de santé, afin de lui trouver sa vraie place dans les services hospitaliers.

En effet, il nous paraît regrettable d'ignorer le rôle du psychologue dans l'approche actuelle de la santé , non seulement mentale mais aussi corporelle. Aujourd'hui, la psychothérapie par exemple répond à une demande de plus en plus pressante dans notre société et déborde maintenant le domaine psychiatrique dans lequel certains auraient voulu la cantonner. Elle concerne non seulement les adultes, mais aussi les enfants et les personnes âgées, non seulement les individus mais aussi les groupes et institutions. Ainsi s'explique la part importante des psychologues dans toutes les formes d'activités soignantes.

La santé devrait cesser d'être la seule affaire des médecins et des malades. On doit savoir qu'un autre interlocuteur, le psychologue, apporte son concours par son écoute, ses possibilités d'analyse, son aide dans le déroulement des relations humaines. Par là s'explique donc le rôle du psychologue dans les institutions médicales de toute nature. En même temps, le champ de la santé se trouve perçu dans toute son étendue jusqu'à inclure les réalités de l'existence quotidienne telles que le travail, la sexualité, la vie des groupes sociaux, pour ne citer que celles-là. Dans chacun de ces domaines se fait sentir un besoin impératif de santé, dont la psychologie moderne s'efforce de discerner le sens, les obstacles et les possibilités de santé.

Le moment paraît ainsi venu de faire le point des principales activités d'ordre médical pouvant être adressées actuellement aux psychologues compte tenu de leur bagage intellectuel: accompagnement de l'action médical, formation et animation des groupes soignants, psychothérapie, intervention dans les crises et conflits qui peuvent se produire au sein des institutions.

Par ailleurs, la majorité des personnes voit dans la lutte contre la maladie la tâche essentielle de la société. Alors les psychologues ne sauraient rester indifférents à ce souci obsédant. Il leur appartient donc d'apporter leur contribution à ce combat, mais aussi, de faire apparaître la signification véritable de la santé parmi les valeurs de l'existence humaine.

0.2.2. Délimitation.

De tout ce que nous avons déjà dit, il ressort que notre recherche porte sur les hôpitaux dans l'intention de procéder à la recherche de la place du psychologue dans les services hospitaliers à travers les opinions des médecins.

Cependant, pour des raisons pratiques, cette recherche ne portera que sur les seuls médecins des cinq hôpitaux de Bujumbura à savoir l'hôpital militaire, l'hôpital Roi Khaled, le Centre Neuropsychiatrique, l'hôpital Prince Régent Charles et la Clinique Prince Louis Rwagasore.

Nous nous limiterons aux seuls hôpitaux de Bujumbura pour certaines raisons dont les principales sont les suivantes:

- Contrairement à ce que nous observons sur le reste du territoire burundais, c'est dans les cinq hôpitaux de Bujumbura où nous trouvons un nombre assez important de médecins et où nous rencontrons des services hospitaliers assez diversifiés.

- Ces hôpitaux sont de grandes institutions capables de recevoir un nombre assez important de malades hospitalisés de catégories différentes.

- Dans la ville de Bujumbura, nous avons la chance d'y trouver des hôpitaux très rapprochés les uns des autres; nos moyens financiers étant très limités, cela permet de réaliser l'enquête à des frais abordables.

- La ville de bujumbura a le privilège d'abriter, à côté des différents hôpitaux généraux, le seul hôpital spécialisé du pays. Tout cela contribue à faciliter le travail d'enquête.

En outre, cette étude va s'intéresser exclusivement aux activités soignantes du médecin et à la place du psychologue dans ce cadre bien précis.

I^{ère} PARTIE: CADRE THEORIQUE, PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE ET FORMULATION DES OBJECTIFS DE TRAVAIL.

A. CADRE THEORIQUE

CHAPITRE I. ESSAI DE DEFINITION DES TERMES CLES.

Tout au long de notre travail, nous aurons à faire usage des concepts de psychologue, d'hôpital et de relation de soins dont la définition s'avère nécessaire pour permettre à nos lecteurs de comprendre le cadre dans lequel ils sont utilisés. En effet, le fait même qu'ils ont attiré l'attention de plusieurs chercheurs nous montre qu'ils peuvent prêter à diverses interprétations compte tenu du contexte dans lequel ils sont utilisés.

I.1. LE CONCEPT DE "PSYCHOLOGUE".

Le terme de "psychologue" a d'abord été pris comme un adjectif , une qualité ou une qualification supplémentaire avant de devenir substantif. C'est ce qui est illustré par les expressions: "aller voir un médecin psychologue, un conseiller psychologue, ou encore un psychologue scolaire". Cependant dans notre travail, nous allons nous intéresser au mot psychologue comme métier. Ainsi pour SILLAMY, psychologue se définit comme suit:

> *"Personne ayant effectuée des études supérieures de psychologie et exerçant l'un des métiers de cette discipline."*[1]

---

[1] *N. SILLAMY, Dctionnaire encyclopédique de psychologie, L-Z, Paris, Bordas, 1980, p.963.*

MATISSON, à son tour nous donne une autre définition du mot psychologue en précisant que:

> *"Le psychologue est essentiellement une personne qui aide l'individu à comprendre et à s'adapter."*[1]

Cette définition est attentive à ce que le psychologue a de singulier; toutefois elle reste imprécise et n'énonce pas les qualités souhaitables d'un psychologue.

L'auteur ci-haut cité ajoute que:

> *"Un psychologue est une personne à la fois technicien et travailleur social. Par des tests et des entretiens, il aide l'individu à prendre conscience de ses conflits et de ses blocages; par là-même, il permet son épanouissement dans sa propre individualité. Au niveau d'une équipe, il participe à l'élaboration du bilan clinique et du diagnostic. Il peut aussi être animateur des groupes. Dans une équipe institutionnelle, le psychologue franchit un seuil dans la pathologie de l'individu que l'assistante sociale, qui travaille dans le domaine du réel et du concret, n'a pas à atteindre."*[2]

Cette définition nous semble être la plus complète et détaillée de toutes, dans la mesure où elle nous montre bien que la vocation du psychologue est essentiellement psycho-sociale: son domaine est avant tout la relation et c'est aussi une vocation scientifique: son domaine est le comportement. En outre c'est une définition qui nous précise bien les différents services que le psychologue peut rendre dans des situations bien déterminées. Enfin, elle montre en quoi la compétence du psychologue dans une institution médicale par exemple est de loin supérieure à celle de l'assistante sociale.

---

1 *M.D. MATISSON, Images des psychologues cliniciens, Paris, Editions universitaires, 1971, p.111.*

2 *M.D. MATISSON, op.cit, p.105.*

Néanmoins, ajoutons que le psychologue est armé pour bien jouer son rôle; il utilise les principes, les méthodes et les connaissances de la science psychologique dans la recherche fondamentale, la recherche appliquée et l'intervention pratique. Il contribue, par ses activités, à l'étude et à la résolution des problèmes concernant les conduites humaines, notamment dans les domaines de l'éducation, du travail, de la famille et de la société, de l'hygiène mentale individuelle et sociale.

I.2. LE CONCEPT D'HOPITAL.

Comme le précédent, le terme d'hôpital a déjà fait l'objet de plusieurs définitions, la conception la plus répandue étant celle qui l'associe à l'idée de relation de soins.

Pour JEAMMET, REYNAUD et CONSOLI, l'hôpital est:

"un lieu de soins."[1] En cela, tout ce que nous allons dire sur la relation de soins y est applicable. Jeammet et ses collaborateurs ajoutent que l'hôpital est aussi:

"un lieu de recherche qui devrait concerner tout le champ de la psychologie médicale au même titre que les autres paramètres de la pathologie."[2]

Les auteurs ci-haut cités essaient de nous donner encore plus de détails sur l'hôpital qui est aussi:

"un lieu ayant des caractéristiques de fonctionnement propres, différentes de celles de la médecine

---

1 *PH. JEAMMET et al., Psychologie médicale, Paris, Masson,1980, p.338.*

2 *PH. JEAMMET et al., idem.*

praticienne, dont la psychologie médicale doit tenir compte et qui rendent particulièrement nécessaire son application."[1]

Cependant, à côte de ces définitions selon lesquelles l'hôpital est généralement un lieu de soins pour les malades, MARCHAND, lui, nous donne une définition un peu ironique de l'hôpital quand il signale que:

"(...) l'hôpital devient de plus en plus le lieu où on meurt."[2]

En d'autres termes, on ne meurt plus chez soi, on meurt dans des espaces prévus pour recouvrer la santé! C'est une remarque qui s'adresse à nos diverses institutions médicales qui, au lieu d'être des lieux de soins, deviennent progressivement des lieux de mort; ce qui pourra avoir comme conséquence directe, la peur des hôpitaux.

Grosso modo, l'hôpital est un lieu de soins et de recherche ayant des caractéristiques de fonctionnement qui lui sont spécifiques et qui sont différentes de celle de la médecine praticienne, dont la psychologie médicale doit tenir compte et qui rendent particulièrement nécessaire son application.

I.3. LE CONCEPT DE RELATION DE SOINS.

Le groupe de mots "relation de soins" désigne la relation soignant-soigné qui a pour point de départ la demande d'un sujet souffrant adressé à un sujet disposant d'un savoir dont il attend la guérison ou du moins le soulagement. Le malade est de ce fait en situation d'inégalité. C'est ce que JEAMMET et ses collaborateurs précisent quand ils disent que:

---

1 *PH. JEAMMET et al., op. cit. p.338.*

2 *F. MARCHAND, Le psychologue et la santé, Toulouse, Edition Privat, 1987,p.46.*

"La relation soignant-soigné est fondamentalement une relation d'inégalité."[1]

En outre le terme "relation de soins" implique la relation soignant-soigné dans laquelle le malade attend soulagement et si possible guérison; et où le soignant fait une reconnaissance de son malade, vérifie son pouvoir réparateur ou la justesse de ses vues. Dans cette relation, l'écart entre les deux partenaires est un facteur dynamique et moteur de l'attente. C'est pour cela que JEAMMET et ses collaborateurs ajoutent que:

"La relation soigné-soignant est une relation d'attente et d'espérance mutuelles."[2]

Enfin,

"la relation soigné-soignant est une relation qui a généralement le corps comme objet mais qui passe le plus souvent par l'intermédiaire de la parole."[3]

Par ailleurs, la relation de soins ou relation soignant-soigné est aussi une relation où les phénomènes de transfert et de contre-transfert sont mis en jeu.

---

[1] *PH. JEAMMETet al., op. cit.,p.338.*

[2] *PH. JEAMMET et al., Idem.*

[3] *PH. JEAMMET et al., Ibidem.*

CHAPITRE II. L'IMAGE DU PSYCHOLOGUE VIS A VIS DE SON PUBLIC.

Le public ne mesurera mieux ce qu'il peut attendre actuellement de la psychologie et du psychologue que s'il est informé sur la distinction entre la psychologie dite du sens commun et la psychologie scientifique et sur les principales difficultés dans lesquelles se débat encore cette dernière. C'est peut-être cela qui serait à la base de l'image donnée au psychologue.

II.1. LA PSYCHOLOGIE DU SENS COMMUN

Dans sa vie de tous les jours, le psychologue est appelé à manier une discipline scientifique particulièrement complexe et d'autant plus délicate dans ses applications qu'il se heurte à un cortège de malentendus.

La réalité quotidienne nous fait constater que la psychologie est souvent victime d'une perpétuelle confusion entre science et sens commun. Cette confusion s'avère très pertinente du fait qu'on la trouve aussi bien du côté du profane que de celui du spécialiste. Cela trouverait l'explication dans le fait que le passé de la psychologie se confond avec celui de l'homme qu'elle étudie dans toutes ses dimensions.

En effet, l'explication des faits psychiques, la réflexion sur leurs significations, la volonté de les décrire, de les classer et de les ordonner suivant un ensemble de croyances sont beaucoup plus anciennes. Ainsi pourrait-on dire que la psychologie, ou plutôt la prise de conscience des faits psychiques, est contemporaine de l'humanité même. Ici, nous rejoignons l'idée de KRECH et ses collaborateurs qui disent que:

> *"Les romanciers n'ont jamais lésiné sur les interprétations psychologiques, pas plus que les politiciens, les théologiens, les philosophes, les journalistes, les médecins et même les hommes d'affaires, surtout les hommes d'affaires qui ont "réussi".*"[1]

En outre dans la réalité des grands systèmes mythologiques, religieux, les théories éducatives, l'art de la guerre, la diplomatie, cultivés à des degrés divers par tous les peuples du monde, transparait aussi l'existence d'une psychologie diffuse qu'il faudrait chercher dans les documents des époques un peu plus reculées et dont on ne saurait méconnaître l'importance.

Par ailleurs, dans le langage courant, nous utilisons des expressions telles que: la qualité de la vie, le respect des valeurs individuelles, le savoir faire, le savoir être et le savoir vivre, qui témoignent fort agréablement d'une attention portée sur l'homme, à ses besoins, ses aspirations et ses tendances.

Tout cela montre que tout un chacun connaît quelque chose sur la psychologie et sur l'homme, aura toujours quelque chose à dire à ce sujet et va le défendre.

En effet chacun de nous a acquis tout au long de sa vie un ensemble plus ou moins clairement défini d'idées sur les individus; ce qui fait que la plupart d'entre nous diraient et sauraient dans une certaine mesure justifier qu'après tout, étant humain et ayant vécu dans les sociétés des humains , nous avons déjà beaucoup appris sur la psychologie. Et à ce sujet, nous partageons l'affirmation de RICHELLE stipulant que:

> *"Sur les atomes, on laisse parler le physicien et on l'écoute. Mais que l'on parle de l'homme, chacun a son*

---

1 *D. KRECH et al. Psychologie, Montréal, Editions du Renouveau Pédagogique, 1979, p.IX.*

> *mot à dire et ne s'en fait pas faute. Ce qu'en peut dire le spécialiste, semble connu d'avance, ou, s'il advient que cela choque nos conceptions, nous paraît erroné. Alors que nul ne songe se substituer à l'ingénieur ou au chirurgien, on se réserve couramment le droit de discuter, de mettre en question, voire de réfuter les propositions du psychologue, qu'elles soient d'ordre théorique, ou d'ordre pratique. Tout le monde se croit psychologue et l'est d'une certaine façon, mais non au sens où il faut l'entendre du point de vue d'une science."*[1]

Donc, que ce soit l'homme de la rue, que ce soit le spécialiste, chacun a sur lui un bagage de psychologie du sens commun qu'il doit manier. Mais ce qui est curieux et paradoxal dans la confusion entre la psychologie scientifique et celle du sens commun, c'est le fait que même le spécialiste en est victime et que pour cela, il risque d'être pris au même pied d'égalité que le profane. A ce propos, RICHELLE insiste:

> *"Pour aggraver cette confusion, le malheur veut que le psychologue scientifique soit un homme comme les autres, porteur lui aussi de tout un patrimoine de psychologie du sens commun; et il lui arrive souvent (...) de faire passer des lieux communs qu'il partage avec tous pour le fruit d'une savante recherche. Il s'auréole par là d'un grand prestige puisque mille croyances répandues viennent à peu de frais gonfler sa science. Et du même coup, il fournit à l'homme de la rue une immense satisfaction, en le confirmant dans sa conviction d'être en ces matières presque aussi savant que lui."*[2]

Cependant, nous n'entendons pas ici que la psychologie populaire soit erronée. En partie cette psychologie est vraie,

---

1 *M. RICHELLE, op. cit., pp.9-10.*

2 *M. RICHELLE, op. cit., p.10.*

mais semble manifester une tendance vers la simplification à outrance de la réalité et à l'excès de généralisation, comme il se doit d'être populaire. En outre elle se caractérise par la tolérance de certaines contradictions un peu grossières et à ce sujet, KRECH et ses collaborateurs interpellent les lecteurs en ces termes:

> *"Combien de fois n'avons-nous pas dit ou entendu: "Il n'est jamais trop tard pour apprendre!" Voilà une observation valable de certains individus dans certaines circonstances. Cependant combien de fois n'avons-nous pas dit ou entendu: "on n'apprend pas à un vieux singe à faire la grimace!" Voilà encore une observation valable de certains individus dans certaines circonstances."*[1]

II.2. LA PSYCHOLOGIE SCIENTIFIQUE.

Certes, depuis qu'il y a des hommes et qui pensent, une masse impressionnante d'observations se sont accumulées sur les sentiments humains, les vices et les vertus, les traits de caractère et les vicissitudes de la vie en société. La psychologie dite scientifique n'annule évidemment pas ces progrès considérables dans la connaissance de nous-mêmes, fruit des efforts des artistes, des philosophes, des hommes d'action, des maîtres religieux et de la fantaisie du regard populaire réalisés au cours des siècles passés.

Ainsi, la psychologie scientifique vise autre chose que cette psychologie dite du sens commun. D'ailleurs, si ce n'était pas le cas, elle n'aurait aucune raison d'être. Ce qu'elle apporte ou cherche à apporter est donc différent de ce que fait la psychologie populaire. Voyons en quoi et sur quels points essentiels, se distingue la psychologie scientifique.

---

1 *D. KRECH et al. op.cit, p.X.*

Premièrement, la psychologie scientifique ne limite pas son domaine d'étude à l'homme. Soucieuse de décrire et d'expliquer le comportement des organismes non pas isolés mais dans leurs relations avec le milieu physique ou social, elle est proche de la biologie. Et a ce titre, les lois qui sont dégagées concernent tantôt des ressemblances englobant diverses espèces animales y compris l'espèce humaine, tantôt des particularités caractérisant telle ou telle espèce mise à part. S'agissant de l'homme, les particularités sont nombreuses en raison de sa position dans l'échelle évolutive sans toutefois perdre de vue la continuité biologique permettant souvent d'éclairer que l'on observe chez l'espèce supérieure par ce qui se rencontre chez les espèces inférieures. C'est ainsi que l'étude de plus en plus fouillée et systématique des moeurs des animaux nous fait remarquer que divers aspects de l'organisation sociale de l'espèce humaine n'ont rien d'original, mais trouvent leur analogie dans les sociétés animales. Même le langage humain présentant des caractéristiques non encore retrouvées dans les systèmes de communication des animaux, comporte certains traits déjà présents dans ces derniers.

Dans le même ordre d'idées, les lois générales du conditionnement étudiées d'abord sur les organismes animaux restent valables au niveau de l'organisme humain.

Des exemples du genres sont multiples et illustreraient par leur diversité le fait que la psychologie dite scientifique qui traite spécialement de l'homme n'est qu'une branche de la psychologie générale tout comme la physiologie humaine est une partie de la physiologie générale et que la biochimie humaine n'est qu'une branche de la biochimie générale. Ainsi, la psychologie scientifique s'inspire des autres sciences dans nombre de ses applications. Cette perspective de la psychologie scientifique est totalement étrangère à la psychologie "traditionnelle" populaire qui se préoccupe exclusivement de la nature humaine.

Deuxièmement, la psychologie scientifique se distingue de la psychologie du sens commun par l'usage des méthodes particulières s'inspirant des principes généraux communs à toutes

les sciences. Par là, nous sous-entendons le fait que l'homme de science ne se fie à l'observation que s'il peut la reproduire et que l'impression du moment ne lui suffit pas. Il fait cela pour être sûr de n'être pas victime d'une illusion ou d'une défaillance de ses facultés. C'est d'ailleurs pour cette même raison qu'il va élaborer comme garde-fous, des règles générales destinées à conférer aux faits recueillis et aux interprétations qu'il en propose, le maximum d'objectivité. Ainsi, l'homme de science ne doit pas être seul à pouvoir vérifier ce qu'il a vu sinon

> *"il y aurait autant de sciences que de savants."*[1]

En ce sens, une observation ne devient un fait de science qu'à condition qu'il soit communicable et vérifiable et cela suppose aussi un accord sur les démarches méthodologiques suivies. Ainsi,

> *"(...) dans toutes les sciences, l'effort d'élaboration des méthodes est indissociable de la recherche des faits et de leurs relations."*[2]

La méthode idéale serait ici la méthode expérimentale dans laquelle le chercheur manipule à volonté les facteurs afin de préciser les conditions d'apparition et de variation d'une phénomène.

Cependant, remarquons que cette méthode n'est applicable qu'à des degrés divers dans les différentes sciences. La psychologie scientifique l'utilise largement, mais il est des domaines importants de son champ d'étude où l'expérimentateur est forcé d'y renoncer pour des raisons d'éthique ou d'ordre pratique. Par ailleurs, la psychologie scientifique fut à ses origines une psychologie expérimentale au sens strict du terme. Il n'y a rien de comparable à ces règles de la méthode scientifique dans la psychologie dite du sens commun où

---

1 *M. RICHELLE, op. cit., p.12.*

2 *M. RICHELLE, op. cit., pp.12/13.*

"L'observation vaut ce que vaut l'observateur, et le raisonnement verbal peut s'exercer sans aucun frein. Chacun observe à sa manière, puis réfléchit comme il l'entend. Cela donne lieu à plus de fantaisie, mais autorise toutes les redites, l'originalité ne résidant souvent que dans le style, et ouvre la porte à beaucoup d'erreurs, puisque aucun contrôle systématique n'est instauré."[1]

Un troisième point sur lequel se distingue la psychologie scientifique est la nature des problèmes qu'elle traite. Contrairement à ce qui se fait en psychologie scientifique, la psychologie populaire part d'un certain nombre de postulats indiscutables pour elle comme la conscience, la valeur de notre jugement logique, l'universalité d'une certaine nature humaine pour ne citer que ceux-là.

Avec la psychologie scientifique, tout doit être expliqué, y compris les choses qui semblent aller de soi. Le problème de conscience semble être le plus ardu de la psychologie et il est, avec celui des origines de la vie, le plus fondamental de la biologie. En outre, notre jugement logique requiert une explication et ne peut être pris pour une donnée première. En effet, faisant référence aux travaux de la psychologie comparée avec les conduites qui préfigurent chez les espèces animales d'intelligence humaine et par les travaux de Piaget et son école notamment, nous savons comment se construisent progressivement, au cours du développement de l'enfant les structures du comportement qui cheminent petit à petit de l'activité sensori-motrice élémentaire du nourrisson aux opérations formelles dont l'adolescent est capable et aux raisonnements les plus abstraits du logicien et du mathématicien.

La psychologie scientifique ne tient pas pour une évidence le fait que les hommes pensent, sentent, réagissent partout de la même manière. Les lois qu'elle dégage en étudient une catégorie donnée d'individus et cherchent à les vérifier sur d'autres populations avant la génération. C'est alors la tâche

---

1 *M. RICHELLE, op. cit., pp.14/15.*

de la psychologie différentielle, de la psychologie génétique, de l'anthropologie actuelle de mettre en évidence la distinction entre les différents groupes d'individus (selon le sexe, les classes sociales, classe d'âge, les groupes professionnels,etc); L'opposition de l'adulte à l'enfant et ce qui différencie les peuples entre eux. Le noyau de la nature humaine, les traits communs à tous les hommes apparaîtront clairement après la description et l'explication des différences qui les séparent. Et l'anthropologie générale n'est donc pas une affaire de réflexion car elle se dégage au prix de patientes recherches.

Un quatrième trait distinctif de la psychologie scientifique est lié à sa façon de procéder progressivement à l'exploration de l'inconnu. La psychologie populaire ne se préoccupe pas de cela et, RICHELLE note que cette dernière

> *"... s'arroge le droit de parler de n'importe quoi suppléant aux carences de son information par des suppositions, portant des jugements sur tous les problèmes qui se posent à elle, sans s'inquiéter des moyens dont elle dispose pour les examiner valablement."*[1]

La démarche scientifique est loin d'être celle- là. Elle va pas à pas en sériant les questions. Elle va du général au particulier, en commençant par les plus simples pour s'attaquer peu à peu aux plus difficiles. C'est pour cette même raison que dans ses débuts, une science paraît toujours s'occuper des banalités pour ensuite réaliser des choses plus sérieuses. Et c'est ce que RICHELLE, parlant de la science, fait remarquer en ces termes:

> *"Ce qu'elle ne peut saisir, elle le tient en suspens et ne hasarde à son sujet que des hypothèse propres à stimuler les recherches, non à figer les idées."*[2]

---

1 *M. RICHELLE, op. cit., p.16.*

2 *M. RICHELLE, idem.*

II.3. LES DIFFICULTES INTERNES DE LA PSYCHOLOGIE.

Nombre de problèmes peuvent être posés clairement et le psychologue peut bien voir comment mener une expérience pour leur donner une réponse adéquate, favorable. Cependant, les barrières éthiques s'y opposent fortement. C'est pour cette même raison que l'on a par exemple formulé des hypothèses sur l'importance de la présence maternelle dans la prime enfance pour un bon développement de l'enfant, lesquelles hypothèses pourraient trouver des vérifications si l'on pouvait constituer divers groupes expérimentaux des nouveaux-nés dont les uns seraient séparés de leurs mères, les autres non et placer les deux groupes dans des conditions de croissance rigoureusement contrôlées. Personne ne se donnerait le droit de mener une telle expérience. Le seul moyen de résoudre ce problème, c'est d'accumuler des observations et de profiter des expériences que les malheurs de la nature nous proposent quelques fois pour la vérification de certaines hypothèses. D'où l'importance ici des expériences invoquées par opposition aux expériences provoquées.

Il est aussi des cas où, indépendamment de tout souci moral, le spécialiste des sciences humaines se trouve aux prises avec des phénomènes dont les dimensions excluent toute manipulation expérimentale. C'est le cas par exemple de l'anthropologue s'intéressant aux conséquences des contacts entre les cultures, situations qui ne peuvent pas être produites expérimentalement. Il va seulement se contenter de les observer, aussi nombreuses que possible, afin d'en discerner les constantes. En effet, on ne peut pas mettre une culture humaine au laboratoire puisque dans son essence même, c'est un phénomène historique d'une amplitude temporelle et spatiale qui font qu'elle échappe à toute manipulation systématique.

Néanmoins, ces limitations n'empêchent en aucune façon l'approche scientifique des problèmes inaccessibles à la méthode expérimentale et n'expliquent en rien le défaut d'intégration de la psychologie à cet égard.

Par ailleurs, la psychologie se trouve exposée dans ses applications à beaucoup de déviations. Sa jeunesse en est pour une part responsable. Elle comble ses lacunes en certitude par une incontinence d'explications imaginaires qu'elle néglige ou n'a pas le temps de mettre à l'épreuve. En plus, son passé philosophique continue à peser sur elle, tout comme le contamination de la psychologie populaire.

En outre, de par sa matière et ses origines, la psychologie a tendance à attirer beaucoup d'esprit peu tournés vers la rigueur scientifique et RICHELLE nous donne les indications suivantes:

> *"Un coup d'oeil sur certaines littératures périodiques (...) montre à quel point l'image de la psychologie,telle que la savoure le public, n'est pas celle d'une discipline rigoureuse, l'aidant éventuellement à se découvrir, mais d'une aventure utile à alimenter ses fantasmes."*[1]

Il y a un autre problème lié au fait que le psychologue soit à la fois "juge et partie". En effet, la psychologie présente ses particularités qui rendent la tâche du psychologue plus difficile que celle des autres sciences. De ces particularités, celle qui nous paraît la plus importante résulte de la position qu'occupe le psychologue par rapport à son objet d'étude. Dans d'autres domaines et à titre exemplatif dans une recherche de physique ou de physiologie,

> *"l'expérience vaudra ce que vaudra l'expérimenteur, en tant qu'expérimenteur. Qu'il soit beau ou laid, ait une voix grave ou criarde, soit timide ou autoritaire, cela n'a aucune importance s'il mène son expérimentation proprement, manipule ses appareils avec compétence et soin, et sait observer les phénomènes avec l'acuité et l'honnêteté voulues."*[2]

---

1 *M. RICHELLE, op. cit., p.79.*

2 *M. RICHELLE, op. cit., p.81.*

Par ailleurs, la psychologie se trouve exposée dans ses applications à beaucoup de déviations. Sa jeunesse en est pour une part responsable. Elle comble ses lacunes en certitude par une incontinence d'explications imaginaires qu'elle néglige ou n'a pas le temps de mettre à l'épreuve. En plus, son passé philosophique continue à peser sur elle, tout comme le contamination de la psychologie populaire.

En outre, de par sa matière et ses origines, la psychologie a tendance à attirer beaucoup d'esprit peu tournés vers la rigueur scientifique et RICHELLE nous donne les indications suivantes:

> *"Un coup d'oeil sur certaines littératures périodiques (...) montre à quel point l'image de la psychologie,telle que la savoure le public, n'est pas celle d'une discipline rigoureuse, l'aidant éventuellement à se découvrir, mais d'une aventure utile à alimenter ses fantasmes."*[1]

Il y a un autre problème lié au fait que le psychologue soit à la fois "juge et partie". En effet, la psychologie présente ses particularités qui rendent la tâche du psychologue plus difficile que celle des autres sciences. De ces particularités, celle qui nous paraît la plus importante résulte de la position qu'occupe le psychologue par rapport à son objet d'étude. Dans d'autres domaines et à titre exemplatif dans une recherche de physique ou de physiologie,

> *"l'expérience vaudra ce que vaudra l'expérimenteur, en tant qu'expérimenteur. Qu'il soit beau ou laid, ait une voix grave ou criarde, soit timide ou autoritaire, cela n'a aucune importance s'il mène son expérimentation proprement, manipule ses appareils avec compétence et soin, et sait observer les phénomènes avec l'acuité et l'honnêteté voulues."*[2]

---

1 *M. RICHELLE, op. cit., p.79.*

2 *M. RICHELLE, op. cit., p.81.*

Dans le même ordre d'idées, si l'on fait une pesée de précision, ou si l'on prend une mesure électrique, la balance et le voltamètre vont réagir de la même façon quel que soit la personnalité ou le caractère de celui qui fait cette action car les choses qui sont manipulées dans les deux situations sont indifférentes à celui qui les étudie. Ceci pour dire que l'observateur peut être à l'origine de certaines erreurs. Celles-ci pouvant être dues aux imperfections de l'observateur humain, ou à des défaillances morales.

Mais le psychologue lui, joue inévitablement par la nature même de son sujet d'étude le rôle de variable indépendante malheureusement difficilement contrôlable. En effet, s'il travaille sur des sujets humains, que ce soit à titre d'expérimentateur, d'enquêteur ou de praticien, il est membre de la même espèce que ses sujets, et est pour eux un partenaire social plus ou moins proche ou familier, accepté, craint ou respecté, pris au sérieux, importun ou ridicule. Le psychologue aborde le comportement des autres, mais il lui est pratiquement impossible de mettre entre parenthèses sa propre manière d'être. Bref, dans la recherche psychologique, la personnalité de l'expérimentateur qui dirige la recherche ou qui est en contact direct avec le sujet joue un grand rôle. A ce propos parlant du psychologue, RICHELLE affirme fort justement qu' :

> *"Il ne peut se débarrasser de son apparence physique, ni de son sexe, ni de son âge, ni de sa voix, ni des attributs les plus subtils de sa classe sociale, de sa position professionnelle. Le sujet qu'aproche un psychologue s'interroge: que ne veut-il? Et son interprétation reposera bien plus sur l'impression que lui fera le personnage que sur les intentions objectives de l'homme de science. Ceci est sensible jusque dans la situation expérimentale la plus épurée."*[1]

---

[1] *M. RICHELLE, op. cit., p.83.*

Et si nous étudions une population appartenant à une autre race que la nôtre, nous demeurerons étrangers malgré les précautions les plus habiles car notre physionomie va toujours nous trahir.

Ainsi, le psychologue introduit-il de multiples distorsions, influençant son sujet par sa personnalité, le modelant parfois à son image et le faisant réagir selon ses désirs. Ce rôle incontrôlé joué par l'expérimentateur expliquerait les fréquentes divergences entre les résultats d'expériences psychologiques en tous les points comparables. C'est cela également qui rend quasiment impossible toute évaluation objective des diverses méthodes d'action et de traitement psychologique.

Cependant, pour pallier à cela, le psychologue doit avoir une profonde connaissance de lui-même et doit être averti des pièges que lui tend sa propre personne et dans l'impossibilité de faire abstraction de la variable que constitue son comportement, il se doit d'en tenir compte et par conséquent, de connaître cette réalité.

D'autres précautions à prendre dans le but de réduire l'importance de la personnalité du psychologue comme source d'erreurs visent à rendre aussi rigides et aussi codifiées que possible les interventions du psychologue. C'est la raison pour laquelle les tests sont présentés au sujet à l'aide de consignes immuables et que les procédés de cotation des réponses ne laissent place à aucune ambiguïté c'est-à-dire, à aucune interprétation personnelle.

Une autre précaution à prendre consiste à limiter au minimum les interactions entre le sujet et le psychologue-expérimentateur: en isolant le sujet, en l'observant à son insu, en le filmant ou en l'enregistrant afin de contrôler ensuite à loisir. Toutefois, ces manoeuvres sont aisées à réaliser au laboratoire sur l'animal et ne sont pas toujours possibles pratiquement chez l'homme, pour des raisons de temps, de rentabilité et de déontologie.

Enfin, la précaution essentielle à laquelle tous les psychologues devraient s'habituer, c'est de préciser et d'évaluer dans chaque situation la part de ces distorsions. Cela suppose que

> *" les psychologues, non seulement s'efforcent de se connaître eux-mêmes et de se juger aussi objectivement que possible, mais trouvent naturel de faire contrôler leurs interventions par leurs collègues, qui les jugeront et les confronteront avec d'autres."*[1]

II.4. L'ACTION DU TEMPS SUR LE COMPORTEMENT EST UNE CONTRAINTE MAJEURE POUR LE DEVENIR DU PSYCHOLOGUE.

Les problèmes psychologiques, comme tous les problèmes normaux, se déroulent souvent dans une dimension temporelle excluant tout sentiment de crise aiguë. Tout se fait lentement; les problèmes du présent ne déterminant le futur qu'à long terme. A ce sujet, RICHELLE nous fait remarquer que par exemple l'entrepreneur se dit:

> *"Si je renonce à suivre l'avis d'un psychologue sur la réorganisation de mon entreprise, aucune catastrophe ne s'ensuivra à brève échéance; s'il en survenait une plus tard, l'occasion, tout accidentelle peut-être, passera pour la cause, et l'on oubliera qu'elle eût pu être évitée si bien auparavant la politique humaine avait été remaniée."*[2]

Aussi, parlant de l'action latente du temps sur le comportement comme contrainte majeure pour le devenir du psychologue, RICHELLE nous donne les affirmations suivantes:

---

1 *M. RICHELLE, op. cit., p.91.*

2 *M. RICHELLE, op. cit., p.23.*

> *"Que le psychologue se sente tenu de s'exprimer dans un langage de tous les jours n'est pas la seule raison qui incite à discuter, à rejeter ou à ignorer ses avis. Il en est une autre, non moins essentielle peut-être, non moins inhérente au type de problème qu'il est amené à traiter. Ses conseils généralement, ne présentent dans la conscience de celui qui les sollicite ni urgence, ni contrainte. En ne s'y conformant point, il n'encourt pas de conséquences immédiates."*[1]

Cet état de choses constitue une image assez fidèle de ce qui se fait dans d'autres domaines étrangers aux affaires mais imprégnés comme c'est d'ailleurs le cas dans notre culture burundaise, d'une même obsession de l'intérêt immédiat. On ne songe pas à faire un investissement qui va donner un rendement dans dix ou vingt ans; comment alors pourrait-on songer à prévenir les difficultés annoncées par les psychologues? RICHELLE donne une illustration de cela quand il dit que:

> *"Des parents, que le psychologue scolaire avertit d'une difficulté encore aisée à résoudre, refusent de s'émouvoir. les conséquences leur sont indifférentes: elles sont pour plus tard. Des industries, mis en garde par l'expert contre les risques que leur fait encourir un défaut de communication à l'intérieur de leur entreprise, préfèrent les investissements matériels qui augmenteront la productivité de façon spectaculaire à une réforme coûteuse aux effets lointains."*[2]

Cette attitude est si généralisée de nos jours et ne constitue pas seulement un handicap à l'exercice des sciences humaines appliquées. RICHELLE de dire que:

---

1 *M. RICHELLE, op. cit., p.23.*

2 *M. RICHELLE, op. cit., p.24.*

> *"plus se perd le souci de penser à longue échéance, et de doter nos créations d'un caractère durable, plus se dégraderont les formes d'art, les structures familiales, les principes d'éducation."*[1]

Remarquons que les hommes ont toujours voulu que tout se fasse vite et rapporte vite. Mais, n'oublions pas aussi que changer un comportement qui s'était déjà installé il y a des années, exige de la patience et surtout quand il est question de rééduquer l'homme. RICHELLE nous montre la complexité et la délicatesse de cette tâche quand il pose la question suivante:

> *"Si un rat qui a pris (...) une mauvaise habitude met si longtemps à s'en débarrasser, malgré toute l'assistance qu'on lui apporte, combien de temps faudra-t-il pour défaire toute l'histoire d'un individu qui aura abouti à une névrose ou même, tout simplement, pour réparer les dégâts d'un mauvais départ dans l'apprentissage de la lecture ou des mathématiques?"*[2]

Même dans le domaine médical, remarquons qu'

> *"il ne suffit naturellement pas de connaître le mécanisme biochimique de l'affaiblissement de l'organisme dans une maladie et de la reconstitution de ses forces au cours de la convalescence pour remettre en un jour un grand malade sur pied."*[3]

Nous sommes d'accord que pour y arriver, il faut du temps, et cela est aussi vrai pour le psychisme où

> *"La compréhension des mécanismes en jeu, dans le chef du spécialiste, l'aide à guider le processus; elle ne*

---

1 *M. RICHELLE, op. cit., p.24.*

2 *M. RICHELLE, op. cit., pp.26-27.*

3 *M. RICHELLE, op. cit., p.27.*

lui permet pas de le hâter du moins pas au delà de certaines limites."[1]

Par ailleurs, signalons que même dans les pays qui ont déjà connu l'activité accrue des psychologues, et où la moindre difficulté dans l'éducation des enfants, le moindre tiraillement entre les conjoints, la moindre tension au sein d'une communauté de travail sont soumis aussitôt au psychologue; on ne suit pas pour autant ses conseils comme il faut du fait que cela n'implique pas une consommation immédiate. On va se contenter de les discuter et même de les rejeter s'ils ne conviennent pas aux attentes des clients et c'est ce que nous fait remarquer RICHELLE, en ces termes: "

Le jugement qui sera porté sur l'intervention pratique d'un psychologue tiendra peu compte, en fait, des éléments scientifiques. Le détermineront avant tout des attitudes affectives, des intérêts, des valeurs. (...) Si l'avis du psychologue rencontre ce qu'ils attendaient, les flatte en confirmant leur propre interprétation de la situation, paraît favorable à l'accomplissement de leur desseins conscients ou inconscients ils feront au clinicien la meilleure réputation , ils recommanderont à leurs amis et éventuellement suivront ses conseils. Qu'au contraire, le psychologue ne répond pas à ce qu'ils espéraient, heurte leurs sentiments, leur amour-propre, leur orgueil, ils démontreront son incompétence dénonceront sa maladresse, (...)[2]

Donc, il est grand temps pour les hommes de comprendre qu'il est bien plus facile de prévenir que de guérir. Tout homme devrait désormais cesser l'habitude d'ignorer ses responsabilités au moment où il s'agit de prévenir, et de s'en débarrasser au moment où il ne reste qu'à guérir. Avec cela, l'on arrivera à comprendre la délicatesse du travail du psychologue et par conséquent, on accordera à ce dernier sa vraie place dans les services hospitaliers.

---

1 *M. RICHELLE, op. cit., p.27.*

2 *M. RICHELLE, op. cit., pp.20/21.*

CHAPITRE.III. LA PSYCHOLOGIE ET LE COMPORTEMENT DU MALADE

La maladie étant presque toujours souffrance, atteinte corporelle et/ou physiologique et limitation des possibilités tant physiques que psychiques; être malade, c'est d'abord être en situation de faiblesse. La maladie est souvent, si pas toujours, ressentie comme manque, défaut ou diminution pouvant entraîner une situation de dépendance à l'égard de l'entourage. La douleur est un des symptômes de l'état de maladie et il paraît difficile de séparer la douleur physique de la souffrance morale.

La maladie représente une atteinte de l'image idéale de soi; ce qui est une preuve de la faillibilité. Elle s'accompagne souvent de la dépression dont les signes cliniques peuvent se confondre avec ceux de la régression qu'ils sont susceptibles d'accompagner. Dans l'état de maladie, il y a une tonalité particulière faite d'un vécu psychique de dévalorisation, d'incomplétude, un sentiment de fatalité accompagné d'un abandon de tout projet, de toute entreprise. La dépression nécessite un traitement spécifique et est souvent masquée par d'autres attitudes réactionnelles du malade. Cependant quand la régression est bien acceptée par l'entourage et le malade lui-même, elle protège contre la dépression.

Ainsi, en famille comme à l'hôpital, le malade doit apprendre à vivre avec sa fragilité et à utiliser de son mieux ses capacités défensives physiques et psychologique pour lesquelles les médicaments constituent un élément précieux, voire même indispensable.

A côté du médecin, le psychologue aurait un grand rôle à jouer dans cet apprentissage. Grâce à lui,le malade apprend à mieux se connaître, à percevoir des situations susceptibles d'avoir une répercution organique sur lui, à parler de ses émotions et à utiliser son appareil psychique comme un instrument

de protection et de traitement des informations et des stimulations venant de l'extérieur comme de l'intérieur, à modifier éventuellement ses conditions de vie et son milieu afin de les adapter à sa nouvelle situation. Tout cela constitue un long processus qui devrait évoluer avec le traitement du malade.

III.1. LE NORMAL ET LE PATHOLOGIQUE EN PSYCHOLOGIE ET DANS LE DOMAINE DE LA SANTE.

D'emblée, c'est la maladie, par ses effets perturbateurs, qui nous oblige à nous poser la question de la santé, du normal et du pathologique. CANGUILHEM, dans son ouvrage "Le normal et le pathologique", nous fait remarquer que:

> *"L'identité du normal et du pathologique est affirmé au bénéfice de la correction du pathologique."*[1]

Par ailleurs, la maladie diffère de l'état de santé, le normal du pathologique, comme une qualité d'une autre, soit par la présence ou absence d'un principe bien défini, soit encore par remaniement de la totalité organique.

Cependant, le problème de la frontière du normal et du pathologique s'est toujours posé et la limite du normal comme celle du pathologique n'est pas claire dans tous les cas, en psychologie et dans le domaine de la santé. Nous retrouvons cette idée à travers les affirmations de RICHELLE stipulant que

> *"(...) tout homme bien portant est un malade qui s'ignore."*[2]

---

1 *G. CANGUILHEM, Le normal et la pathologique, Paris, P.U.F,1979,p.15.*

2 *M. RICHELLE, op. cit., p. 129.*

Et que : *"Tout le monde est déséquilibré, y compris les gens qui se croient équilibrés - le plus subtil des déséquilibres."*[1]

En outre, CANGUILHEM, opposant la santé à la maladie en citant Leriche nous fait noter que:

> *"La santé (...) c'est la vie dans le silence des organes."*[2]
>
> *"Inversement, la maladie, c'est ce qui gène les hommes dans l'exercice normal de leur vie et dans leurs occupations et surtout ce qui les fait souffrir."*[3]

Mais, là aussi, la limite entre l'état de santé et celui de maladie, n'est pas clairement définie car on ne sait pas à partir de quand s'achève cette vie de silence des organes pour entre dans la souffrance de la maladie.

C'est ainsi que la normalité, dans le domaine de la santé, sera entendue en termes de moyenne et de normes. D'une part, un individu sera considéré comme normal au moment où il se trouve dans la courbe de normalité c'est-à-dire à l'intérieur des marges de variations admises par la population à laquelle il appartient. Ce qui suppose qu'il existe, pour une société donnée, une certaine échelle de graduation qui sert de référence.

D'autre part, la normalité implique la notion de normes c'est-à-dire de valeurs. La santé pour un individu donné sera avant tout liée aux idées a priori qu'il s'en fait, idées qui seront elles-mêmes fonction de ses influences culturelles, de la représentation qu'il se fait de son corps et de son fonctionnement c'est-à-dire de l'image idéale qu'il a de lui-même. La santé fait donc partie des idéaux du malade et tient compte de son système de valeurs.

---

1 *M. RICHELLE, op. cit., p. 129.*

2 *G. CANGUILHEM, op. cit., p.52.*

3 *G. CANGUILHEM, Idem.*

En effet, la réalité quotidienne nous montre que la vie est créatrice de normes, les meilleures étant celles qui favorisent l'épanouissement de l'individu et de sa société. La santé apparaît ainsi comme relevant tout autant du système de valeurs que se donne un individu vivant dans une société bien déterminée que d'une normalité biologique.

Par ailleurs, la normalité implique un certain nombre de qualités que le malade ne possède pas comme par exemple "l'adaptation". Celle-ci vise la satisfaction des besoins personnels tout en respectant les conventions sociales et les modèles de la société. Il s'agit de réaliser un compromis viable entre les désirs individuels et les contraintes spatio-temporelles de la société. C'est donc l'équilibre harmonieux entre les pulsions instinctives de l'inconscient et les barrières imposées par le surmoi, la société, les lois, ... Le sujet normal devra donc s'adapter à autrui et aux multiples changements de comportements qu'il est susceptible de manifester. Il passe de la dépendance à la relation dans laquelle il apporte également quelque chose aux autres partenaires de la vie sociale.

III.2. L'HOMME ET LA MALADIE.

III.2.0. Note introductive.

La maladie n'est pas seulement le résultat de la rencontre d'un organisme avec un agent agresseur, toxique, infectieux, traumatique, etc.; elle est aussi une atteinte de l'intégrité de personne. Comme telle, elle est une menace d'anéantissement, une source d'insécurité et d'angoisse. La maladie est également une réaction de l'organisme et de l'individu dans leur totalité à une perturbation de l'équilibre et traduit déjà l'effort de guérison de l'organisme à la recherche d'un nouvel équilibre. La réadaptation de l'individu à cet état de maladie absorbe une grande partie de son énergie, dépassant longuement la dépense exigée par les processus

physiologiques de défense de l'organisme et ainsi, cette nouvelle situation peut différer considérablement de la situation immédiatement précédente.

En effet,

> *"c'est un choc sérieux que de s'apercevoir, soit brusquement, soit progressivement qu'à cause de la maladie notre corps (ou notre esprit) est pour le moment incapable et peut être ne sera plus jamais pleinement capable de nous assurer que nos espoir pourront encore se réaliser dans un quelconque avenir."*[1]

Cependant, nous remarquons que chacun a sa façon de vivre sa maladie selon son histoire, sa personnalité son entourage et selon la nature même de la maladie. C'est ainsi que l'adaptation à la maladie varie d'une personne à une autre, d'une personnalité à une autre mais une maladie reste toujours une forme de vie pour tout le monde. A ce propos, BALINT nous fait remarquer que:

> *"Pour certaines personnes, tomber malade est une secousse grave, pour d'autres un soulagement bienvenu. (...) Que la maladie soit un choc sévère ou qu'elle soit une justification bienvenue pour s'isoler, elle est toujours une forme de vie. Ceci est vrai en particulier pour les maladies d'une certaine durée, qui donnent au patient le temps de s'adapter à elles."*[2]

La maladie, par ses effets perturbateurs aboutit également à une modification du statut social de l'individu qui, s'il perd certains privilèges, se trouve aussi débarrassé de certaines obligations et même, dans certaines sociétés, conquiert

---

1 *M. BALINT, Le médecin, son malade et la maladie, Paris,P.U.F, 1960, p.275.*

2 *M. BALINT, idem.*

certains droits comme par exemple celui de dépendance plus ou moins complète envers l'entourage humain.

Remarquons par ailleurs que la personnalité d'un individu évolue de l'enfance à l'âge adulte, d'un état de dépendance totale à l'égard du milieu humain environnant, vers un état de relative autonomie à l'intérieur d'un groupe social donné. Cette conquête de l'autonomie se traduit par une perte de la sécurité offerte par la protection des adultes, un gain d'indépendance obligatoire pour la participation au bon fonctionnement du groupe social dans lequel on vit.

Alors, si un individu tombe malade, son statut se modifie: ce qu'on attend de lui désormais, c'est qu'il se soigne afin de retrouver son équilibre psychosomatique et son autonomie sociale. Il n'est plus tenu de jouer son rôle et d'accomplir ses devoirs. La société lui apporte la protection nécessaire mais, en contrepartie, elle le place dans une situation de dépendance et accepte et tolère sa régression.

III.2.1. La dynamique de la maladie et son évolution vers la guérison.

La maladie s'accompagne d'une régression sur le plan de l'autonomie sociale, d'un retour à un statut rappelant celui de l'enfant; elle correspond à une modification de la personnalité qui retrouve des attitudes, des sentiments et des comportements infantiles.

En cas de maladie, le phénomène de régression qui survient et qui est souvent pris dans une acception péjorative est un mécanisme d'équilibration grâce auquel l'organisme se protège des effets nocifs du progrès et l'assimile plus aisément. En effet, tout développement, celui de la personnalité en particulier, exige l'intégration d'un changement à des structures antérieurement constituées. Donc, plus important sera le changement, plus solidement ancrées devront être les structures

antécédentes pour que la rupture soit évitée. Régression et progression sont alors les deux pôles complémentaires l'un de l'autre, rythmant notre existence comme le jour et la nuit. Et c'est en cela où réside le dynamisme de la maladie.

Toutes les fois que la constance de la personne est mise en question, qu'il s'agisse d'un danger extérieur, d'une modification des conditions de vie, d'une blessure ou d'une maladie, les mécanismes de défense de l'organisme sont aussitôt mobilisés et parmi eux, en toute première ligne, la régression.

Or, ce retour à un mode de fonctionnement archaïque entraîne un certain nombre de conséquences. Le champ des intérêts se réduit à la fois dans le temps et dans l'espace: le malade ne perçoit plus que le passé et le futur immédiats, qui prennent dès lors une importance considérable. Le temps du malade est rythmé par les prises des médicaments, le repas ou la visite du médecin. Un retard minime est vécu intensément; le malade exige une réponse immédiate à son appel. A l'inverse, les événements à échéance lointaine s'estompent au point de perdre toute réalité. Seul importe l'espace immédiat, où sont les objets familiers et certains d'entre eux jouent un rôle privilégié. Comme chez l'enfant, il fait partie de la personne malade. Ce sont les objets médiateurs servant au malade comme à l'enfant à marquer son espace, à définir son identité, ce sont des intermédiaires dans les relations avec les autres. C'est ainsi que par exemple les bijoux, les papiers d'identité, l'agenda, etc peuvent prendre chez le malade une importance analogue à celle qu'on a pour un enfant, sa poupée, son jouet.

Dans le même ordre d'idées, le champ des relations humaines se limite aux personnes qui s'occupent du malade, une place privilégiée est faite à ceux qui assurent les soins corporels et soulagent la douleur. Cette prise d'attitudes infantiles à l'égard des adultes qui soignent va avoir des conséquences considérables en favorisant le phénomène de transfert.

En outre, l'égocentrisme, surtout chez les individus souffrant d'une maladie chronique, est majoré au détriment de l'objectivité. Le malade ne peut plus concevoir d'autres

préoccupations que celles qui le concernent; les propos entendus et les gestes perçus ne sauraient avoir d'autre objet que son propre cas. D'où le danger qu'il y a ou qu'il peut y avoir à parler même et surtout à des mots couverts, d'un autre cas devant le malade.

Donc, la régression, inséparable de la maladie, est un mécanisme de défense qui, comme tel, doit être respecté, voire même favorisée. Grâce à elle, l'organisme réduit ses contacts avec le monde extérieur et retrouve son unité et sa constance interne. C'est seulement lorsque son équilibre sera retrouvé que la régression va faire place à un nouveau mouvement de progression, évoluant vers la guérison.

III.2.2. L'état de maladie en évolution vers la chronicité

Rappelons-nous que la défaillance du corps ou généralement l'incapacité de répondre aux sollicitations de l'environnement marquent le début de la maladie. Pour pallier à cette atteinte plus ou moins durable et profonde de ses fonctions physiologiques et psychologiques, le malade adopte certains comportements liés à la situation de maladie qui se présente à lui. C'est ce que nous fait noter BALINT à travers l'affirmation suivante:

> *"En même temps que commence la maladie, un certain nombre de processus secondaires sont également mis en route. On peut dire que la maladie crée une nouvelle situation vitale à laquelle le patient doit s'adapter."*[1]

Ainsi, le malade peut cesser son travail, aller consulter le médecin, absorber le médicament, se mettre au lit, modifier son alimentation et ses rythmes de repos. En cela, la maladie consiste en une suite d'états physiologiques auxquels

---

[1] *M. BALINT, op. cit., p.274.*

répondent une suite de comportements. L'arrêt de travail marque définitivement pour un sujet donné, l'entrée dans la maladie. cette perte durable ou momentanée étant toujours conçue comme coupure avec le monde extérieur, l'inactivité occasionne des modifications importantes dans les relations avec les autres. En outre, le recours au médecin, les soins, constituent le second facteur important d'entrée dans la maladie. La décision médicale vient alors apporter la légitimation et reconnaître l'état de maladie en fournissant un diagnostic.

La maladie constitue une atteinte de l'intégrité de l'organisme et mobilise de ce fait les dépenses au premier rang desquelles la régression qui favorise ainsi la rééquilibration fonctionnelle et se révèle utile au processus de guérison. Cependant, elle implique une nouvelle évolution vers l'autonomie retrouvée. le refus de régresser entraîne la mise en oeuvre des défenses beaucoup plus rigides pouvant être efficaces mais courent souvent le risque de s'effondrer.

Dans d'autres cas au contraire, la régression s'accompagne de bénéfices secondaires de telle manière que le malade s'y complaît et refuse inconsciemment de guérir. C'est la chronicité. En effet, certains patients, récusant toute aide, considèrent les soins qu'on leur propose avec méfiance, accusent le sort et refusent de considérer l'avenir. Les attitudes régressives leur répugnent et, après avoir tenté de se soigner par eux-mêmes, ils se laissent aller au découragement. Il est fréquent que leur pessimisme trouve sa justification dans une évolution défavorable.

Il en est aussi qui, loin de se défier de la régression, s'y complaisent au point de souhaiter plus ou moins consciemment qu'elle se perpétue. Aussi, les voit-on, aussitôt qu'une amélioration s'annonce, présenter d'autres symptômes sollicitant de nouveaux soins. La maladie va donc constituer pour eux un statut permanent. C'est la chronicité qui s'installe aussi, non pas tant du fait de la nature de la maladie qu'en raison de l'attitude du malade à son égard.

Dans ce cas, le patient se comporte, inconsciemment le plus souvent, comme s'il redoutait la guérison qui signifierait pour lui l'abandon des privilèges attachés à l'état de maladie et la reprise d'un affrontement avec les réalités d'une existence autonome. Nous touchons ici le problème des bénéfices secondaires de la maladie en tant qu'avantages que le patient tire de sa maladie; c'est aussi le refuge dans les symptômes qui délivrent de toute responsabilité, qui délient de tout engagement, qui dispensent de toute obligation contraignante, qui légitiment les soins, les attentions, les ménagements.

Ce qui importe donc, c'est qu'un dosage harmonieux s'établisse entre la régression et la reprise de l'autonomie, en même temps qu'entre les facteurs apportant une sécurité et ceux impliquant un affrontement de la réalité. Cependant ce dosage ne répond pas à une recette universelle. Ce qui fait que tout va dépendre de la gravité de la maladie et plus encore, des ressources antérieures du malade et de la qualité de son entourage.

C'est ainsi qu'une atteinte profonde chez un être pourvu de mécanismes de défense solides et bien différenciés, pourra être la source des transformations bénéfiques, tandis qu'une atteinte du même ordre chez un être aux défenses plus pauvres ou plus rigides, pourra laisser des cicatrices entraînant un handicap définitif. Le rapport le plus favorable dans le cas d'une telle maladie est celui où, à chaque moment évolutif du trouble pathologique, le sujet bénéficie des facteurs sécurisants suffisants pour favoriser la régression nécessaire et des facteurs de réalité indispensables pour solliciter la participation active à l'effort de guérison.

III.3. PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE DU MALADE ALITE EN FAMILLE ET A L'HOPITAL.

Dans les paragraphes qui précèdent, nous avons essayé de contourner les conséquences et effets psychologiques de la maladie qui sont en grande partie négatifs et sur ce, la famille ou le soignant devrait prendre des précautions suffisantes en vue de fournir au malade le soutien nécessaire qui lui permettra de dédramatiser la situation de maladie. Le patient devrait être éduqué à adopter l'attitude adéquate devant sa maladie. En effet, BALINT nous rappelle que:

> *"Toute maladie, si légère soit elle, signifie toujours l'acceptation d'un renoncement partiel à la liberté et aux plaisirs habituels."*[1]

Le processus éducatif est, bien entendu, le plus intense pendant la maladie, qu'il porte sur le patient lui-même ou sur un de ses proches, sur ses voisins ou ses amis. Il ne concerne pas le patient seulement, même les membres de la famille en ont besoin afin de prendre une attitude adéquate envers lui. Au stade initial d'une maladie aiguë, lorsque le patient se trouve encore sous l'effet du premier choc, c'est-à-dire lorsque sa maladie est encore non organisée, le médecin, les proches, constituent habituellement un support qui pourra permettre au patient d'établir avec lui des relations de dépendance.

Lorsque le premier choc est passé et que la maladie, au lieu de disparaître, s'organise, prend une forme chronique, le soignant, la famille essaie dans la mesure du possible d'amener le patient à collaborer à l'élaboration d'un compromis entre ses modes de vie habituels et les exigences de la maladie. Et le but serait de donner au patient le rôle d'arbitre dans la quête de ce compromis. Cependant, il est assez rare que cet objectif puisse pleinement être atteint car peu de personnes possèdent le degré de maturité mentale et émotionnelle nécessaire à une tâche aussi difficile. Les deux extrêmes bien connus sont

---

1 *M. BALINT, op. cit., p.256.*

le cas d'un malade hyper-exigeant, qui ne peut se permettre aucune détente, et le malade revendicateur et très anxieux, qui ne reçoit jamais assez. Alors, il y va de soi qu'un grand nombre de variations doivent exister selon la maturation mentale du patient et surtout sa maturité émotionnelle.

Pris en charge de manière plus ou moins complète, centré sur son propre corps, le alité en famille ou à l'hôpital se trouve placé dans une situation infantilisante. La régression plus ou moins profonde accompagne toujours l'alitement du malade.

En effet, du moment où le patient peut réinvestir son propre corps, l'écouter vivre et souffrir, le soigner, s'en occuper tout au long de la journée, ce qui, dans notre culture n'est pas toujours toléré, ce corps lui renvoit une image dévalorisante et amoindrie. A des degrés divers, selon les pathologies, les malades, l'entourage, ces question sont beaucoup présentes dans les pensées d'un hospitalisé.

IL faut avoir vécu l'expérience hospitalière pour savoir la longueur des journées pour le malade alité , depuis la prise matinale des températures jusqu'au soir; toutes ces longues heures occupées à réfléchir aux mêmes problèmes, à évoquer les mêmes questions, à ressentir les mêmes craintes et les mêmes angoisses. Les soignants et la famille doivent comprendre tout cela en vue de mieux secourir le malade.

Le malade hospitalisé, pris en charge par une équipe soignante, dépend du monde extérieur pour la satisfaction du moindre de ses besoins, entame comme tout autre patient, un processus de régression, parfois même ce processus est encouragé par les soignants, le bon malade étant celui qui se conforme le mieux aux désirs et aux ordres des membres de l'équipe soignante. Certains malades dont le processus régressif est devenu très important et pour lesquels on peut parler de conduite névrotique, bénéficient d'une aide spécifique sous forme de traitement psychothérapique. D'autres malades ne présentent pas nécessairement ces symptômes pathologiques sans pour autant ignorer le fait la situation de maladie induit toujours une demande d'aide spécifique.

Ainsi, l'infirmière ou tout autre soignant, par sa présence quotidienne auprès du malade hospitalisé, est d'ordinaire la première personne qui reçoit cette demande d'aide et de réassurance, prenant la forme d'un appel, plusieurs fois renouvelé, d'une question à propos d'un symptôme ou d'un médicament, l'évocation d'un problème familial, etc.; c'est la véritable demande que tout soignant doit savoir discerner pour satisfaire les sollicitations de son patient.

Cette aide d'une grande importance est très différente du traitement médicamenteux du malade mais tend à favoriser son adaptation au sein de l'hôpital, du service hospitalier, mais aussi et surtout à la maladie et à son évolution possible vers la guérison ou la mort. L'adaptation du malade envers sa maladie est la réaction que tout soignant souhaite et attend de son patient. C'est une attitude souple et équilibrée du malade lui permettant de changer son mode de fonctionnement habituel sans pour autant se désorganiser. Elle suppose que la réaction dépressive et quelque fois persécutive provoquée par la maladie soit élaborée et maîtrisée par le patient qui devrait accepter la régression et la dépendance envers son entourage.

Cependant, la qualité de l'adaptation se fonde non seulement sur les seuls critères du soignant mais aussi sur la personnalité du patient, son système de valeurs et ses modalités habituelles de fonctionnement. Ainsi, les soignants devraient comprendre le sens de ces attitudes du malade, apprécier leur valeur d'adaptation afin de ne pas le briser par une réaction inappropriée, cela car des réactions émotionnelles pathogènes pourraient s'en suivre et entraîner ce malade à des conduites inapropriées parfois dangereuses.

Cette relation d'aide envers le patient suppose un minimum de disponibilité pour écouter, observer et comprendre le malade, lui répondre tout en gardant un recul suffisant. Accepter le discours d'un malade, au besoin favoriser l'émergence de la parole, sans pour cela porter de jugement de valeurs, sont les attitudes fondamentales de toute relation d'aide nécessaire pour une bonne prise en charge psychologique du malade alité.

Ainsi, l'infirmière ou tout autre soignant, par sa présence quotidienne auprès du malade hospitalisé, est d'ordinaire la première personne qui reçoit cette demande d'aide et de réassurance, prenant la forme d'un appel, plusieurs fois renouvelé, d'une question à propos d'un symptôme ou d'un médicament, l'évocation d'un problème familial, etc.; c'est la véritable demande que tout soignant doit savoir discerner pour satisfaire les sollicitations de son patient.

Cette aide d'une grande importance est très différente du traitement médicamenteux du malade mais tend à favoriser son adaptation au sein de l'hôpital, du service hospitalier, mais aussi et surtout à la maladie et à son évolution possible vers la guérison ou la mort. L'adaptation du malade envers sa maladie est la réaction que tout soignant souhaite et attend de son patient. C'est une attitude souple et équilibrée du malade lui permettant de changer son mode de fonctionnement habituel sans pour autant se désorganiser. Elle suppose que la réaction dépressive et quelque fois persécutive provoquée par la maladie soit élaborée et maîtrisée par le patient qui devrait accepter la régression et la dépendance envers son entourage.

Cependant, la qualité de l'adaptation se fonde non seulement sur les seuls critères du soignant mais aussi sur la personnalité du patient, son système de valeurs et ses modalités habituelles de fonctionnement. Ainsi, les soignants devraient comprendre le sens de ces attitudes du malade, apprécier leur valeur d'adaptation afin de ne pas le briser par une réaction inappropriée, cela car des réactions émotionnelles pathogènes pourraient s'en suivre et entraîner ce malade à des conduites inapropriées parfois dangereuses.

Cette relation d'aide envers le patient suppose un minimum de disponibilité pour écouter, observer et comprendre le malade, lui répondre tout en gardant un recul suffisant. Accepter le discours d'un malade, au besoin favoriser l'émergence de la parole, sans pour cela porter de jugement de valeurs, sont les attitudes fondamentales de toute relation d'aide nécessaire pour une bonne prise en charge psychologique du malade alité.

Par ailleurs, bien que le besoin d'une meilleure compréhension des problèmes psychologiques pour une plus grande habileté thérapeutique soit ressenti avec acuité par les soignants, il semblerait que ceux-ci n'acceptent qu'avec réticence cette responsabilité professionnelle. La raison fréquemment avancée étant qu'ils ont déjà trop à faire et qu'il leur est matériellement impossible de s'asseoir et de passer une heure avec un seul patient,semaine après semaine.

Cet argument, si impressionnant qu'il paraisse, ne repose pas en fait sur des bases solides. Il est exact que l'établissement d'une relation psychothérapeutique exige beaucoup plus de temps que la prescription d'un médicament. Néanmoins à long terme, cela peut conduire, dans de nombreux cas, à une économie de temps considérable pour le patient et surtout pour le médecin.

Les soignants, dans leur relation d'aide vis-à-vis du patient devraient toujours tenir compte du fait que l'être humain est vraiment une synthèse de matière et d'esprit, du corps et de l'âme, du somatique et du psychologique; qui ont une influence réciproque l'un sur l'autre. De même qu'un handicap physique ou une infirmité peut agir sur le psychisme, celui-ci peut lui aussi agir sur le corps, le somatique, sur ses organes et ses fonctions.

Dans les relations de soins à l'hôpital, certaines personnes croiraient que les médecins abordent de plus en plus l'idée que la maladie est toujours le résultat d'une cause localisée dans l'organisme. Cette conception de l'homme-machine qu'adopte la majorité des soignants devrait diminuer au profit d'une théorie qui voit en l'homme un tout, et qui considère la maladie comme étant la réaction globale d'un organisme en face d'une menace dirigée contre son intégrité physique et psychologique.

En effet, la réalité nous montre à titre d'exemple que des tensions affectives peuvent provoquer des troubles fonctionnels graves, et même des lésions physiques. Ainsi, WITHVROUW et REMOUCHAMPS soulignent que:

"Celui qui se trouve dans un état de tension affective presque permanent peut voir se développer dans son organisme des troubles physiques tels que: ulcère duodénal et ulcères gastriques, colite muqueuse, angine de poitrine, hypertension, asthme, rhume des foins, obésité, diabète, certaines maladies de la peau, lumbago, etc."[1]

Donc, dans leur relation d'aide envers les patients, les soignants devraient suivre la démarche de la médecine psychosomatique qui reconnaît la causalité multiple des maladies et se pencher sur un malade comme sur une totalité bio-psycho-sociale.

III.4. LA MALADIE MENTALE ET LE COMPORTEMENT "ANORMAL".

L'homme est mû dans son comportement par des forces instinctives profondes qui mobilisent les strates les plus évoluées de sa conscience, en passant par les structures physiologiques. L'énergie pulsionnelle paraît alors capable de s'investir chez l'homme dans trois domaines: celui du psychologique, celui du système de relation qui aboutit à la musculature striée et au mouvement volontaire, et celui des viscères. Chacun de ces trois domaines contient des montages de réponses préformés, résultant soit de l'hérédité, soit des situations précédemment vécues ou de la culture. La maladie mentale vient alors paralyser tout cela.

Précisons d'abord que l'état de santé mentale est déterminé par l'adaptation de la personnalité globale à son milieu ou par l'équilibre des pulsions profondes, des structures physiologiques sous-jacentes et de l'organisme tout entier, avec les forces externes (écologiques, sociales, culturelles) de ce

---

[1] *M. WITVROUW et R. REMOUCHAMPS, Le comportement, Bruxelles, Editions Vie Ouvrière, 1970, p.147.*

milieu. L'état de maladie mentale est donc une désadaptation de la personnalité globale vis-à-vis d'elle-même et de son milieu. BUGARD nous précise ainsi que:

> *"La maladie devient une (...) éventualité plus ou moins globale, qui va frapper une personnalité globale en situation d'existence; c'est-à-dire un système vivant doué des dispositifs multiples de sécurité, et fait pour se bien porter."*[1]

Il s'agit alors de voir comment, dans la maladie mentale, les forces en cause s'investissent anormalement dans les divers domaines de la vie d'un individu et comment s'altèrent les schèmes préformés de réponse. Chez l'homme l'interdépendance des trois domaines cités précédemment constitue l'unité psychosomatique et la personnalité globale dans le monde qui l'entoure.

Maladie mentale est le nom médical d'un de ces états où l'individu, atteint ou non dans son corps, est privé en totalité ou partiellement, de sa liberté psychique. Bien qu'elle s'exprime souvent dans des comportements jugés "anormaux" par les autres, la maladie mentale est tout autre chose qu'une déviance relative à un groupe, à sa culture ou à ses moeurs. Elle est avant tout un problème pour l'homme intérieur.

En effet, l'homme dit normal est librement exposé aux influences de sa nature, de son milieu et de son histoire. Cette liberté n'est pas totale, elle connaît des limitations naturelles communes à ses congénères. La maladie mentale altère ces ouvertures au monde; elle ampute telle ou telle partie du corps à la réalité. Elle substitue à cette pluralité d'influences, de stimulations qui viennent du milieu cosmique, de la nature, du groupe, un faisceau compact d'expériences tronquées, gauchies, qui vont diriger et orienter les comportements de l'individu.

Soustrait à la réalité, le malade mental est soumis à un monde déréel, tyrannique, abstrait. Ainsi, le délirant

---

1 *P. BUGARD, L'état de maladie, Paris, Masson et C^ie, 1964,p.8.*

persécuté par exemple, ne voit plus le monde qu'au travers de la persécution. Pour le mystique, tout est divin; pour le possédé, tout est diabolique.

En fait, toute maladie mentale implique une prise de possession du psychisme par des pensées qui, loin de s'alimenter au monde réel, dans le jeu des relations et des rapports, dans des informations de toute sorte, puise en lui-même sa raison et son mouvement. Voilà alors pourquoi les maladies mentales les plus graves, celles dans lesquelles la machine de pensées irréelles est la plus totalitaire, dénaturent l'individu au point qu'il n'est plus que sa maladie. Sa personnalité s'efface derrière un mécanisme nouveau. Tout l'effort de la thérapeutique est de renouer avec la personne derrière le masque, avec l'individu caché par la machinerie morbide.

Ce qui vient d'être dit vaut surtout pour les psychoses, qu'on peut ainsi définir comme des troubles mentaux, en général sévères, durables ou transitoires, atteignant la vie psychique dans toute son épaisseur (opérations intellectuelles, équilibre affectif, comportements) et accompagnés d'une méconnaissance par l'individu, de la nature morbide de sa maladie. Ainsi le patient psychotique ignore son mal. Mais, ce n'est pas dire qu'il ne souffre pas; il éprouve parfois un vif malaise moral, de l'anxiété, de l'inquiétude, mais au lieu d'en attribuer l'origine à une défaillance personnelle, il tend à en rejeter l' explication sur une influence extérieure hostile, mal intentionnée. C'est le mécanisme de projection qui va nourrir le délire. D'autres troubles mentaux sont particulièrement graves, non que le délire soit important, mais parce qu'ils s'accompagnent d'une baisse de la vigilance, donc d'une obnubilation (confusion mentale) ou d'un état déficitaire intellectuel des arriérations et démences.

Nous voyons donc qu'en dehors des modifications périodiques et passagères du dynamisme de l'individu humain, certaines maladies peuvent s'attaquer plus progressivement à la personnalité et , dans cette évolution, le sujet qui en est atteint accuse des impressions très importantes. Tout commence par une sorte de prise de conscience d'une baisse de la force et

de l'indépendance de la personnalité et de la dépendance vis-à-vis des autres. Le sujet ne se sent plus libre. Il est influencé et se sent plus dirigé de l'extérieur.

Ce sentiment d'influence et de perte de l'indépendance de la personnalité est extrêmement pénible et peut donc amener à des réactions de défense chez des sujets jeunes. Ces réactions se traduisent souvent par des actes agressifs, le sujet essaie de retrouver sa personnalité en attaquant violemment les autres, croyant riposter à une ambiance qui vole sa personnalité. C'est le cas du délire en actes des hébéphréniques.

Par contre, chez les sujets âgés, ces réactions de défense sont plus élaborées et consistent en des réactions explicatives: le sujet cherche la cause du sentiment inquiétant qu'il ressent d'emprise de sa personnalité, il attribue à des ondes ou à des actions de pensée à distance, exercées par des ennemis ou par des gens qui l'influencent dans divers buts. C'est ainsi que se constitue à titre d'exemple, les délires de persécution ou les délires d'influence.

Mais, bien souvent, la prise de conscience d'une atteinte de la personnalité prend une autre forme, plus directe et plus analytique. En pareil cas, le sujet ressent des malaises précis soit sur sa personnalité psychique, soit sur sa personnalité corporelle.

Concernant la personnalité psychique, les malaises portent en général surtout sur la volonté ou sur la pensée. Le sujet se sent incapable de décider ou d'agir. Il a l'impression qu'il manque de volonté et ce manque est très souvent interprété sur le plan moral. Alors le sujet s'accuse de manque d'énergie, de paresse et s'accable sous le sentiment de culpabilité. La voie est alors ouverte à l'accès mélancolique, avec la douleur morale, l'auto-accusation, compliquée parfois par la crainte des persécutions. Ou bien le malade se sent gêné pour penser: le jaillissement de la pensée semble se tarir, l'esprit est vide ou au contraire , un flot de pensées intolérables assaille le sujet, pensées qu'il ne peut endiguer et qui sont ressenties tantôt comme ses propres pensées (mentisme), tantôt comme des pensées

étrangères envoyées de l'extérieur (hallucinations psychiques). Parfois même, le sujet n'a plus de pensées propres, ou s'il a encore des pensées, celles-ci sont immédiatement répétées comme si elles sortaient instantanément de sa tête pour être révélées à l'extérieur (écho de pensée).

Mais si le sentiment d'existence est souvent lié à celui de la pensée, il est aussi très souvent lié à la prise de conscience de l'existence du corps. Normalement, nous ne sentons pas, certes, notre corps, ni nos organes lorsque ceux-ci ne se rappellent pas à nous par leur souffrance. Cependant, nous avons la notion de l'existence de notre corps. Cette sensation pourrait être considérée comme une certaine forme de sensibilité, une sensibilité générale distincte des sensibilités spéciales du tact, de la douleur, etc. Certains psychotiques se sentent comme s'ils ne possédaient plus de chair ni d'organes; le malade devient alors une sorte de mort-vivant. D'autres malades ne vont pas si loin et sentent seulement leur corps comme une matière inerte comme du bois, du fer, comme du matériel sans vie, qu'ils frappent parfois pour essayer de la ranimer. Cette impression de leur corps est tellement pénible que ces malades ne peuvent pas distraire leur attention sur un autre sujet et que très souvent, ils répètent leurs plaintes de façon continuelle.

Par ailleurs, dans un registre moins dramatique, de la maladie mentale, les névroses nous proposent des modèles pathologiques un peu plus accessibles, voire pour les cas les plus bénins, proches de la normalité psychique. Ce sont des affections mentales respectant la lucidité et la conscience bien que le jeu intellectuel soit parfois entravé, se manifestant surtout dans l'ordre comportemental par des inhibitions, des maladresses, des défauts d'adaptation.

Ainsi, dans ce chapitre, nous avons surtout décrit les situations pathologiques pouvant intéresser le psychologue et la nature de l'intervention de ce dernier dans des cas pareils fera l'objet du chapitre suivant.

CHAPITRE IV. LES DOMAINES D'ACTIVITES DU PSYCHOLOGUES DANS LES SERVICES DE SANTE.

L'homme est un tout. Or, pendant longtemps, seul son corps a paru digne d'un enseignement se voulant scientifique avec la médecine somatique. Son aspect psychologique était soit ignoré, soit abandonné à d'autres instances. Quant à sa dimension sociale, il a fallu attendre les années récentes pour qu'elle soit prise en considération même si cela n'apparaît pas toujours dans la pratique de nos différents hôpitaux.

Notons cependant que cette attitude qui mutile l'homme et la médecine elle-même avait des excuses dans le temps, mais que ce n'est plus le cas aujourd'hui. Ainsi, dans ce chapitre, nous allons centrer notre intérêt sur le caractère délicat du milieu hospitalier dans la vie d'un hospitalisé qui fait que le service du psychologue dans les relations de soins à l'hôpital soit en quelque sorte très nécessaire si l'on veut mieux satisfaire à la demande d'un malade.

Cela dit, le rôle et les responsabilités des psychologues varient considérablement d'un pays à un autre. Ils dépendent en général de la compétence du psychologue et surtout des besoins de la société elle-même et de la valeur qu'attache l'administration à la contribution du psychologue diplômé; tout en précisant que ce dernier est spécialisé dans les problèmes concernant le comportement humain, sa tâche principale étant d'essayer de comprendre les raisons qui poussent un individu à agir comme il le fait, de prévoir quel sera son comportement dans une situation précise et dans certains cas, de trouver le moyen de l'influencer et si possible de le modifier.

Le psychologue s'intéresse aussi bien aux aspects sains de la personnalité, aux ressources et potentialités psychologiques de l'individu, qu'à la pathologie et à la mauvaise santé; les relations interpersonnelles et plus particulièrement

les relations de soins, la prise en charge psycho-sociale des malades hospitalisés, etc, sont autant de domaines susceptibles d'intéresser un psychologue-clinicien. Son service dans les relations de soins à l'hôpital, notamment dans les services de médecine interne, de chirurgie,de pédiatrie, de gynéco-obstétrique et en santé mentale, est en quelque sorte irremplaçable. A ce propos, nous partageons les affirmations de MARCHAND stipulant que:

> *"La santé n'est la propriété et le monopole d'aucun spécialiste, si nécessaire et si compétent soit-il."*[1]

Il fait remarquer également les faits suivants:

> *" Les psychologues sont avec d'autres praticiens, au coeur des problèmes de santé (...),"*[2]

et que:

> *"le désir de guérir et de soigner n'est pas le même pour les médecins et pour les psychologues et il s'en suit que la demande qui est faite à l'un et ç l'autre par le "client" n'est pas la même."*[3]

Cependant, nous devons toujours reconnaître le fait que l'intégration du psychologue dans les établissements de soins pose très souvent des problèmes inextricables.

Ce que nous allons donner n'a qu'une valeur indicative pour la simple raison que comme nous l'avons précisé dès le début de notre travail, la tâche du psychologue dans tous les secteurs de la vie sociale en général et dans les hôpitaux en particulier, n'a pas encore commencé sur le plan pratique.

---

1 *F. MARCHAND, Le psychologue et la santé, Toulouse, Editions, Privat, 1987, p.7.*

2 *F. MARCHAND, op. cit.,p.167.*

3 *F. MARCHAND, Idem.*

IV.1. MEDECINE GENERALE ET SANTE PUBLIQUE.

IV.1.1. Le milieu hospitalier, un terrain d'activités possible pour le psychologue-clinicien.

L'homme malade hospitalisé a droit à sa personnalité, à sa dignité; il a le droit d'être informé sur sa maladie et de communiquer avec l'extérieur. Néanmoins, la réalité quotidienne nous montre que le personnel médical risque d'accentuer la dépersonnalisation du patient hospitalisé en le manipulant comme un objet. C'est pour cette même raison que Osenat attire l'attention de tous les soignants sur le fait que:

> *"Les prouesses techniques ne doivent pas faire négliger l'aspect humain des soins."*[1]

Pour un malade hospitalisé, le geste de l'infirmière est porteur de bien de significations selon la manière dont il est fait. La pénurie grave des soignants l'oblige souvent à faire des tâches pour lesquelles elle n'a pas été engagée. Elle n'a que rarement le temps nécessaire pour être à l'écoute du malade. Si le patient parle trop, exige d'elle plus que des soins, il est en général ressenti comme un fardeau.

Par ailleurs, chaque malade souhaite être traité en être unique alors que le travail d'infirmière ne le permet pas. Ainsi, l'intervention du psychologue dans les services hospitaliers pourra combler ces lacunes.

---

1 *P. OSENAT, Manuel de l'aide-soignante et de l'infirmière auxiliaire, 3e édition, Paris, Masson, 1976, p.29.*

IV. 1.1.1. La psychologie clinique dans les hôpitaux et les services de spécialités.

En général dans le souci de mieux répondre à la demande d'un malade, l'apport psychologique devrait toujours se faire quel que soit le type de traitement utilisé. Ici, PORTES, cité par POROT, nous fait remarquer que:

> *"L'acte médical, s'il est assurément dans la plus part des cas un acte scientifique, s'il est aussi à des degrés divers un acte social, est un fait psychologique."*[1]

Par ailleurs, signalons que le malade ne demande pas d'être soigné à moitié. Si le praticien ne lui donne pas tout ce qu'il cherche, il ira -et il va- chercher ailleurs ce que le médecin ne lui apporte pas, ce soutien psychologique et cette réassurance qui manque. S'agissant du soutien psychologique d'aide au malade, nous constatons qu'il est différent selon la maladie et surtout selon le patient lui-même et les possibilités du médecin. Mais ici, une question se pose: comment le médecin peut-il entendre l'autre plainte de son patient, celle qui se cache derrière le corps offert au diagnostic, dans les conditions de temps qui sont les siennes? La moyenne de la durée d'une consultation hospitalière est très faible pour apporter un soutien psychologique nécessaire à certains malades. C'est pour cette raison que le médecin a peut-être besoin d'un psychologue clinicien pour le compléter et pallier à ce manque en s'aidant des techniques d'observation et d'entretien.

Il est vrai que le corps du malade semble être le terrain privilégié du médecin et il a été formé pour cela. Palper un abdomen, écouter un coeur, réparer un membre, n'est pas de la compétence du psychologue, mais celle des médecins. Que le médecin garde ou cultive un côté humanitaire, cela semble être la meilleure des choses bien que dans certains cas, c'est

---

1 *M. POROT, La psychologie médicale du praticien, Paris, P.U.F, 1976, p.13.*

pratiquement impossible. Le médecin vit le présent du malade; certes, il le rattache toujours à des événements du passé, mais du même ordre, c'est-à-dire, ceux du symptôme maladie, son langage et son interrogatoire sont tels que le patient réponde sur le même mode, mode qu'il vient souvent délibérément chercher, soit pour occulter où cacher des angoisses d'un autre ordre, soit encore qu'il se trouve dans l'impossibilité d'accéder à un registre autre que celui du corps. En outre, les émotions du malade aident quelques fois, mais souvent entravent la compréhension de ce que cherche le médecin. Celui-ci peut donc neutraliser le discours du patient pour ne s'en tenir qu'au fait.

La démarche que prend le psychologue avec le même patient est presque inverse de l'attitude du médecin. En effet, il n'interroge pas, il écoute le récit de la maladie. La plupart du temps, il fallait commencer par là, puis, petit à petit, le patient mis en confiance commence à donner les clefs de son "mal-être" physique. Le patient, au cours des entretiens avec le psychologue, pourra donc préciser son attitude et le but qu'il désire atteindre, qui peut être celui qu'il aura mis en place avec le médecin, mais le plus souvent son langage va structurer l'espace dans lequel il vit son corps souffrant et c'est en cela que l'écoute du psychologue devient spécifique et complémentaire de celle du médecin.

Toutefois, nous devons reconnaître que le langage du corps malade est un langage difficile et délicat. C'est une situation où les intervenants dans les relations de soins sont obligés de faire un effort particulier pour aider le patient à mieux s'adapter. Le psychologue va ainsi repérer dans le récit du malade les inversions, les labsus, les manques, les trous du discours et c'est cette complémentarité par rapport à l'écoute médicale qui fait la spécificité du psychologue-clinicien. c'est ce décodage du dire du patient sur son passé, son présent et quelques fois son futur, tel que le psychologue le perçoit dans certains cas, qu'il peut aider le médecin à se situer, à travers la demande objective du malade et le subjectif tel que le psychologue-clinicien l'a entendu.

Ainsi, le psychologue-clinicien possède de la part de sa formation , une capacité d'écoute, d'analyse et de compréhension de ce que dit le malade au niveau conscient, mais aussi à bien d'autres niveaux. Cette écoute et cette compréhension spécifiques doivent lui donner le droit d'agir dans l'équipe à laquelle il appartient, en faisant part du dire du malade, mais aussi de ce que son récit peut révéler à d'autres niveaux. En outre, il est celui qui, par ses entretiens, a la connaissance de certains problèmes personnels des patients. Il s'avère alors qu'à cause de ces capacités techniques d'écoute et d'analyse du cas, le psychologue-clinicien peut aider à l'évolution positive du cas. Cette connaissance approfondie du patient et de son milieu sera un précieux apport pour toute l'équipe intervenant dans les relations de soins et donc pour le patient qui est notre seule préoccupation ici. Donc nous partageons les affirmations de MARCHAND qui stipulent que:

> *"La mise en relation du patient avec le passé affectif, social, familial, politique ... permet une ré-élaboration du passé du malade, un projet plus cohérent pour la décision médicale, et un point d'encrage, souvent fragile mais réel, dans le futur existentiel de celui qui est "notre client" à tous."*[1]

IV.1.1.2. L'intégration du psychologue dans les équipes médico-chirurgicales.

La pratique médicale est définie avant tout par l'acte opératoire, qui constitue un événement stressant dans la vie du malade. Elle comprend, en dehors de la chirurgie générale, toutes les spécialités opératoires: l'orthopédie, l'oto-rhino-laryngologie, la neurologie, etc. dans leurs aspects opératoires. Mais nous allons beaucoup insister sur les opérations mutilantes qui revêtent un caractère très particulier sur le plan psychologique du sujet.

---

1 *F. MARCHAND, op.cit., p.80.*

Ainsi, du point de vue psychologique, la relation soignant-soigné est pour l'opérateur caractérisée par "l'activité-passivité". Le chirurgien choisit et fait ce qu'il pense être le mieux pour son patient qui n'a qu'à accepter et subir l'opération. C'est ce qui est illustré de façon implicite à travers ces propos de SCHNEIDER quand il dit que:

"Sous narcose, il devient "l'objet à réparer" (...)"[1],

la salle d'opération étant dans ce cas prise pour un atelier.

Le chirurgien exerce d'autre part une profession qui entraîne des risques importants, en particulier, les risques de mortalité opératoire et post-opératoire. Il se trouve donc dans l'impossibilité de s'identifier à son malade comme peut le faire un autre médecin. Et s'il le fait de façon stricte, il lui serait très difficile d'opérer et d'exercer sa profession comme il le fait. Car, le malade doit devenir à un moment donné, en tout cas pendant l'opération, un objet que le chirurgien doit pouvoir manipuler sans être gêné par des mouvements affectifs plus ou moins conscients qui proviendraient de l'identification à un être humain. C'est avant tout pour cette raison que l'abord psychologique du malade par le chirurgien est différent de celui des autres intervenants dans de telles relations de soins dans la mesure où cela doit impliquer nécessairement une identification en miroir avec l'autre. Dans ce cas précis, le psychologue peut s'occuper de l'homme malade que ce soit avant ou après l'opération; non pas que le chirurgien s'en désintéresse, mais bien parce qu'il veut rester à l'arrière-plan et ne pas établir un rapport humain avec ce qui a été pour lui une chose pendant l'opération. Dans tous les cas, selon l'opération faite, il faut une prise en charge psycho-sociale assez importante du malade pour appuyer les soins médicamenteux et pour une meilleure réadaptation du patient. Le psychologue devrait donc préparer le patient à l'opération, obtenir son assentiment complet et diminuer ainsi son angoisse.

---

1 *P-B. SCHNEIDER, Psychologie médicale, Paris, Payot, 1971, p.222.*

En réalité, tout homme devant l'éventualité d'une opération, réagit par une certaine anxiété et même par une peur réelle, ce qui a pour effet la mobilisation de ses mécanismes de défense et crée une situation plus favorable qu'en cas d'urgence, avec moins de risques d'effondrement après l'opération. Pour que ces mécanismes de défense apparaissent, il faut qu'un certain temps s'écoule entre le moment où l'on parle de l'opération et celle-ci en vue de liquider au maximum l'angoisse du patient. A ce propos, SCHNEIDER nous fait noter que:

> *"(..)les patient opérés en temps d'angoisse risquent davantage de présenter des complications pendant la narcose et la période post-opératoire."*[1]

D'où alors l'importance de la préparation psychologique du patient avant l'opération. Si l'on parle à l'avance de l'opération, les mécanismes de défense se désagrègent après un certain temps. Si l'on en parle peu de temps avant l'opération comme dans les urgences, ces mécanismes n'ont pas souvent le temps de s'établir.

Par exemple, pour les opérations mutilantes (amputation d'un membre, d'un sein,...), il faut préparer le patient pendant un long moment. La première réaction est souvent un refus. Puis un travail intérieur, psychologique se fait, et le sujet accepte de vivre même s'il est défiguré ou amputé. Il est important alors dans ce cas que le médecin et surtout le psychologue s'il y en a un, permettent au malade d'exprimer ses fantasmes, c'est-à-dire les imaginations qu'il se fait sur l'opération, sur les modifications de son corps, de son schéma corporel, sur les suites opératoires et la réadaptation. En outre le travail du psychologue dans ce cas précis consisterait à mettre ces fantasmes dans la réalité sans toutefois oublier les difficultés que le patient rencontrera par la suite.

Juste avant l'opération, il est souhaitable que le chirurgien, l'anesthésiste ou tout autre intervenant dans une telle situation ait un entretien avec le patient, lui permette

---

1 *P.-B. SCHNEIDER, op.cit.,p.255.*

de parler librement et d'exprimer à nouveau les idées qu'il se fait sur ce qui va lui arriver. Ainsi, il devient donc possible de dissiper l'anxiété qui existe presque dans tous les cas d'opération.

Par ailleurs, dans une situation pareille, l'attitude du personnel soignant, sa sollicitude, des explications données en quelques mots peuvent suffire pour créer une atmosphère de confiance indispensable à la bonne marche de l'opération et de ses suites.

Immédiatement après l'opération, on observe souvent que les patients régressent en devenant très exigeants en ce qui concerne les soins qu'on leur procure, la nourriture ou les boissons. Néanmoins, nous affirmons avec SCHNEIDER que:

> *"la régression ne doit pas être maintenue plus longtemps que cela n'est nécessaire. Dès la période post-opératoire, le malade doit sortir de cet état."*[1]

A ce moment-là, les intervenants dans les relations de soins essaient alors d'aider le patient à reprendre pied dans la réalité en lui disant exactement ce qui s'est passé pour lui.

Remarquons que certaines opérations peuvent supprimer ou détériorer gravement une fonction comme la parole par exemple, dans les opérations du larynx. Ainsi, une meilleure préparation psychologique du patient à de telles opérations si délicates est indispensable et pour y arriver, il faut d'abord connaître les implications psychologiques qu'elles peuvent entraîner afin d'agir en conséquence et ici, le psychologue-clinicien est le mieux indiqué et le mieux armé pour réussir cette tâche.

Chez certains sujets,certaines zones de leur personne physique sont particulièrement vulnérables. Pour cela, il est donc important de bien préparer les malades qui doivent subir une intervention mutilante et de leur décrire exactement en quoi consiste la perte de l'organe et comment ils pourront la

---

1 *P.-B. SCHNEIDER, op. cit., p.250.*

compenser, ce qui est d'habitude possible, tant du point de vue physiologique que psychologie, du moins dans une certaine mesure.

Par ailleurs, nous rencontrons encore un certain nombre de sujets qui, atteints d'affections nécessitant une opération, refusent une intervention chirurgicale. Ce problème intéresse d'habitude moins le médecin, puisque sa responsabilité n'est pas directement engagé. Parmi ces sujets, nous distinguons en dehors des cas très personnels où des facteurs psychologiques interviennent, quelques catégories:

- les incultes, sujets qui ne savent pas ce que signifient certains symptômes ou qui ont encore peur du chirurgien, vécu comme un personnage destructeur de l'hôpital, conçu comme un lieu où on meurt;

- les personnes cultivées et intelligentes, mieux renseignées sur leur affection et qui agissent en fonction d' un mécanisme de défense de dénégation complète de la maladie;

- les patients qui ont gardé un très mauvais souvenir d'une intervention chirurgicale qu'ils ont subie surtout en bas âge ou dont ils ont un écho négatif; devenus adultes, ils refusent toute nouvelle opération.

Donc, dans de telles relations de soins, l'intervenant a besoin de comprendre tout cela en vue de pouvoir agir efficacement.

Voyons maintenant le psychologue-clinicien comme agent de l'humanisation des hôpitaux.

IV.1.2. Le psychologue-clinicien, agent de l'humanisation des hôpitaux.

IV.1.2.1. L'hospitalisation, événement stressant.

Dans la réalité quotidienne, si un malade est à hospitaliser, c'est souvent parce que son cas est inquiétant: ou bien il est grave, ou alors, il demeure incompréhensible. La situation d'hospitalisation va alors accentuer certains traits de la relation soignant-soigné et contribuer à la déséquilibrer au détriment du malade, cela de la manière suivante:

- il y a un accroissement de l'inégalité de la relation, du sentiment d'infériorité et de dépendance;

- il y a également un accroissement de l'aspect technique, de la centration des intérêts sur le corps et la maladie au détriment de la relation, de la parole et de la personnalité du malade.

Par ailleurs les dimensions de l'hôpital, la multiplicité du personnel, sa haute compétence supposée, l'absence de la relation antérieure personnalisée, autant de facteurs qui se conjuguent pour accentuer la vulnérabilité du malade, augmenter son désarroi et ses réactions de stress. Tout cela s'associe, pour empirer la situation si quelqu'un n'intervient pas pour le soutien psychologique du malade hospitalisé.

Voyons alors les réponses possibles aux effets traumatiques de l'hospitalisation.

IV.1.2.2. Les réponses possibles du psychologue-clinicien aux effets traumatiques de l'hospitalisation dans le cadre de l'enseignement de la psychologie médicale.

Nous venons de voir que l'hospitalisation présente par elle-même les conditions suffisantes pour induire un effet de stress et de désorganisation du contrôle émotionnel du malade avec ses effets pathogéniques possibles. Des mesures relativement simples pourraient atténuer aisément ces risques. Souvent, elles ne sont pas prises par ignorance de leur importance, mais leur caractère banal en fait méconnaître la valeur et la portée.

L' accueil par exemple est un moment où le malade est particulièrement vulnérable. Ainsi, les paroles et les attitudes à son égard prendront de ce fait une importance considérable pour le blesser ou au contraire l'apaiser. En effet, il n'est pas difficile, même si on ne l'a pas encore vécu, d'imaginer ce que peut être l'angoisse d'un malade arrivant aux urgences d'un hôpital avec l'inquiétude sur la nature de son affection, la coupure d'avec sa famille, la précipitation dans un monde inconnu, ..., tout cela pèse sur lui en plus des répercutions des effets physiques de sa maladie (douleur, fièvre, malaises diverses).

Dans ces dures conditions, il peut suffire de serrer la main du malade, de se nommer, d'expliquer la nature et les raisons des différentes démarches pour que le climat psychologique de la situation change remarquablement et que l'angoisse s'apaise. Cependant, s'il est particulièrement aigu et exemplaire dans le cas des urgences, le problème de l'accueil se pose à toutes les étapes nouvelles de l'hospitalisation, c'est-à-dire devant toute situation inconnue.

Donc, trois grands principes pourraient en permanence guider l'attitude des intervenants dans les relations de soins à l'hôpital, quelle que soit la nature de leur fonction:

- veiller toujours à personnaliser la relation afin d'éviter l'inconnu anxiogène;

- garder toujours présente à l'esprit la fonction "organisatrice" de tout intervenant en restant cohérent dans son attitude et en explicitant le sens de ce que l'on fait pour que le malade ne soit pas désorienté;

- permettre au malade d'avoir un rôle actif, ne serait-ce qu'en rendant possibles ses questions et en prenant au sérieux les réponses qu'il donne aux questions du personnel médical.

L'application de ces principes primordiaux permet à tout soignant de jouer son rôle de gardien et de restaurateur du narcissisme menacé de son patient. Ainsi, cette action est une des tâches principales de la relation de soins.

IV.2. LE PSYCHOLOGUE EN PSYCHO-SOMATIQUE ET EN PSYCHIATRIE.

IV.2.1. Le psychologue en psycho-somatique.

La psycho-somatique a pris dans les problèmes de santé une importance de plus en plus grande. En effet, les désordres somatiques en réponses aux situations de stress vécues par un sujet ou en réponses au conflits internes inconscients, constituent un phénomène socio-culturel sans doute assez caractéristique de notre époque. Il reste à savoir alors comment le psychologue peut se situer dans ce domaine.

En psycho-somatique, le psychologue peut assumer une fonction épidémiologique, un rôle de chercheur qui va de la conception d'un plan de recherche au dépouillement et à l'élaboration des résultats, en passant par l'utilisation des méthodes d'investigation appropriées. Cette fonction est applicable à tous les champs de la psychologie, si le psychologue pouvait plus souvent s'y intéresser et se sentir capable de l'assumer.

Dans les services hospitaliers, même s'il y avait un psychologue à la disposition des clients, le malade s'adresserait d'abord au médecin avec lequel s'instaure un dialogue plus ou moins long, avant que ne soit introduit dans cette relation à deux, ce troisième personnage qu'est le psychologue. Toutefois, MARCHAND nous fait remarquer que:

> *"l'introduction du psychologue et le maintien de la relation tant avec le psychologue qu'avec le médecin ressortent d'une politique nécessaire, mais dont la stratégie n'est pas facile (...)."*[1]

Cette approche médicale a cependant un caractère particulier: devant le corps souffrant qui lui est présenté, le médecin élabore un projet mettant en oeuvre le savoir médical à travers des techniques diverses. Toutefois, il est rare qu'au seul examen clinique ne viennent s'ajouter des examens complémentaires souvent multiples et variés.

Dans cette perspective, le malade n'est pas un sujet exprimant dans son corps un vécu de souffrance; il devient un sujet morcelé par les techniques médicales qui ne l'appréhendent qu'en tant qu'objet partiel. Selon alors les cas, cette démarche aboutit à des résultats variables mais jamais totalement satisfaisants, de sorte qu'en l'absence totale du psychologue, le médecin et le malade se trouvent un jour ou l'autre confrontés à un demi-échec. Le traitement chimiothérapique dans de tels cas,même s'il apporte une amélioration, ne guérit pas totalement. MARCHAND illustre bien cela quand il dit que:

> *"(...) l'ulcère cicatrise mal, les poussées d'eczéma réapparaissent, l'hypertension reprend ..."*[2]

quand la chimiothérapie n'est pas associée à la psychothérapie pour ces affections psychosomatiques ci-haut mentionnées.

---

1 *F. MARCHAND, op. cit., p.85.*

2 *F. MARCHAND, idem.*

Il est certain que pour un malade psychosomatique, la demande qui le conduit au psychologue lui donne accès à une approche de son corps radicalement différente. Ce qui est privilégié, ce n'est plus le corps anatomo-physiologique, corps du savoir médical, mais l'image du corps du désir inconscient; celui du savoir du psychologue clinicien. C'est dans ce même cadre que MARCHAND nous fait noter que:

> *"L'écoute spécifique du psychologue n'est pas celle du langage du corps, mais plutôt du corps du langage, corps métaphorique."*[1]

Le corps qui prend donc place dans l'espace psychothérapique est issu de l'histoire du sujet et se recrée dans une situation transférentielle. Il porte ainsi la marque des fixations du développement libidinal. L'approche psychothérapique permet donc au patient de découvrir une dimension nouvelle de son corps même si elle est peu élaborée psychiquement.

IV.2.2. Le psychologue en psychiatrie.

Le psychologue a appris à voir, observer, analyser, conduire une recherche, mais la réalité humaine qu'il rencontre à l'hôpital n'est pas tout à fait la même que celle du médecin. Même son champ d'étude est bien différent de celui du médecin à plusieurs points de vue. Par conséquent, ses méthodes, ses habitudes de pensée le seront également. L'objet même de son étude, de ses recherches, de son intérêt, n'est pas exactement le même que celui du médecin. Ce qui intéresse le psychologue n'est pas seulement l'homme malade mais l'homme entier, aux prises avec son existence.

Ainsi, sur les plans théorique et pratique, la psychiatrie ne peut survivre selon un modèle purement médical. Elle doit s'ouvrir aux sciences humaines et surtout à la

---

1 *F. MARCHAND, op. cit., p. 87.*

psychologie. La psychiatrie ne peut que s'enrichir en s'ouvrant au large champ d'études que lui apportent les sciences humaines puisqu'il est question du complexe des relations d'un individu à son milieu, à sa famille et à sa culture qui ont été mises en question; éléments qui font partie de l'objet d'étude de certaines sciences humaines.

En outre, en psychiatrie, le travail d'équipe est d'une très grande nécessité surtout sur le plan pratique. En effet, il est peu pensable de nos jours, de prétendre soigner un psychotique seul. C'est donc dans le rapport du psychologue avec l'équipe soignant que nous allons envisager sa place en psychiatrie.

Cela dit, le psychologue fait des bilans psychologiques, participe au diagnostic, il a un espace personnel et selon ses rapports avec le médecin-chef, il se situe plus ou moins près du pilote. Il apparaît cependant que l'on demande aussi au psychologue d'assumer des prises en charge psychothérapiques. L'entretien est, avec les tests, une des tâches les plus fréquentes du psychologue-clinicien en psychiatrie. Les tests sont ici considérés comme des actes médicaux, les entretiens et leur visée thérapeutique attestent leur caractère médical.

Les rôles du psychologue-clinicien en psychiatrie sont multiples et conçus en fonction de ses goûts, de ses aptitudes, de sa formation, de ses options théoriques, du projet thérapeutique de l'équipe dans laquelle il travaille, etc. Il peut alors et tour à tour être ou se présenter comme testeur, faire la psychothérapie ou jouer le rôle de formateur, animateur des équipes, médiateur, décodeur, ... Il est très fréquemment sollicité pour les groupes, soit en organisant des groupes thérapeutiques de soignés, soit en groupes de formation ou de sensibilisation à la dynamique de groupe pour les soignants. On lui demande également et bien souvent de participer à la formation des infirmiers dont le programme comporte une grande partie de la psychologie. En tant qu'animateur, le psychologue-clinicien contribue à l'élargissement et au renouvellement du travail thérapeutique.

Ainsi, les modèles d'intervention du psychologue en psychiatrie, qui comprennent entre autres l'entretien d'aide, les thérapies de groupes et les méthodes psychométriques d'évaluation, sont issus du champ conceptuel et méthodologique de la psychologie. Ces interventions sont unifiantes et structurantes puisque à travers ces techniques, le psychologue agit un peu à la manière d'une pulsion de vie qui favoriserait la mise en place de structures mentales réunissant et liant des éléments isolés afin qu'ils puissent former une totalité ayant un sens pour l'individu. En effet, MARCHAND nous fait noter que:

> *"Souvent le "client" est quelqu'un qui a tous les éléments dispersés en lui et dont il ne sait que faire; le psychologue est l'agent de maturation qui peut lui permettre de les unir, de pointer avec lui ce qui tend à former un dessin dans le "puzzle" de sa vie."*[1]

Qu'en est-il maintenant du psychologue-clinicien et la protection de l'enfance?

IV.3. LE PSYCHOLOGUE-CLINICIEN ET LA PROTECTION DE L'ENFANCE.

IV.3.1. Le psychologue en pédiatrie.

Si le pédiatre connaît d'habitude extrêmement bien le développement physique de l'enfant, il est souvent moins informé et renseigné sur son développement psychologique, intellectuel ou affectif et il a aussi de la peine à réaliser que la relation qu'il établira avec ses petits malades peut varier à certains moments très rapidement en fonction même du développement psychologique de l'enfant. Ainsi, le psychologue-clinicien, qui a bien acquis cette connaissance, serait mieux indiqué ici pour agir d'une manière très utile en prévoyant ce qui peut se passer,

---

1 *F. MARCHAND, op. cit., p.165.*

en informant les parents et surtout la mère, en modifiant de lui-même son comportement avec un enfant malade au fur et à mesure de l'évolution d'une maladie chronique par exemple. S'il existe un à l'hôpital, il peut compléter l'intervention médicamenteuse du médecin.

Cela dit, une part importante de l'action que le psychologue-clinicien peut exercer sur les parents et surtout la mère, est préventive. C'est ainsi que par exemple, en aidant une mère à assouplir son comportement au moment de l'apprentissage de la propreté de son enfant, il peut empêcher l'apparition d'une constipation ou l'accentuation des traits psychologiques du caractère dans le sens d'un caractère dit "anal". Cette action préventive est très importante pour les mères et les enfants et s'il existait un psychologue-clinicien à l'hôpital, il devrait intervenir surtout comme informateur des mères sur les problèmes psychologiques pouvant handicaper le développement physique, intellectuel et affectif des enfants pendant certaines périodes de leur évolution.

Concernant l'examen physique des enfants malades la connaissance du développement psychologique est aussi indispensable pour mieux répondre à la demande du patient. Il serait par exemple inutile de dire à un enfant de quatre ou cinq ans qu'il doit se comporter comme un homme, un adulte, alors que au contraire, devant un examen physique dont il a peur, le mouvement normal est de régresser et de chercher de l'aide, donc de pouvoir être un petit enfant en face de la mère et du médecin lui-même. Aussi, il est évident qu'il faut peut-être chez certains enfants malades qui ont connu des traumatismes des interventions médicales désagréables, retarder l'examen physique pour ne le faire que quand la relation enfant-médecin sera bon, c'est-à-dire après une préparation psychologique de l'enfant.

En outre si l'on fait des examens, il est souvent préférable de n'examiner les oreilles, la bouche et le larynx qu'en dernier lieu. En effet, la pénétration dans ces zones déclenche souvent chez l'enfant des angoisses variées.

Enfin, chez le petit enfant, il est préférable que l'examen se fasse en présence de la mère ou dans tous les cas, si elle est absente, une infirmière ou une personne féminine peut la remplacer. Par contre, chez l'adolescent, il faut au contraire souvent être attentif pour éloigner les parents lors des examens physiques.

Par ailleurs, l'enfant a besoin d'être soutenu, surtout quand il est malade; lorsque le médecin va lui faire mal, il faut que le rapport de confiance soit assez fort pour que cette aide supplémentaire dont l'enfant a besoin puisse lui être donnée par une autre personne. L'intervention d'un psychologue-clinicien pour compléter l'action du pédiatre serait donc d'une grande nécessité.

IV.3.2. Le psychologue en gynécologie.

Nous sommes convaincue qu'en gynécologie, les troubles relevant d'éléments psychologiques sont très fréquents et que l'apport du psychologue-clinicien dans un tel service hospitalier serait d'une grande importance même si l'on ne sait pas exactement quelles malades il faut lui envoyer, à quel moment il faut les lui envoyer et si elles peuvent accepter d'aller le voir. C'est ce que nous précisent GERAUD et ses collaborateurs à travers les affirmations suivantes:

> *"Il est évident que les femmes qui se plaignent d'inadaptation sexuelle, de douleurs, sans cause apparente, de troubles endocriniens,auxquels on ne trouve aucune cause biologique précise relèvent très certainement de troubles psychologiques."*[1]

---

[1] *PR. GERAUD et al., Introduction à la compréhension psychosomatique, Toulouse, Privat, 1970, p.115.*

Ils nous révèlent également ceci:

"(...) les problèmes que posent les troubles d'inadaptation sexuelle nous dépassent souvent et nous ne savons pas les traiter avec notre formation de somaticiens. Bien entendu il nous faut supprimer un élément organique s'il existe; nous pouvons probablement par un bon contact , résoudre les quelques problèmes simples mais les troubles vraiment graves, ce n'est pas nous qui les résoudrons."[1]

C'est peut-être là un des points qui montre l'importance de la place et de l'apport du psychologue dans le service de gynécologie.

Parmi les troubles relevant d'éléments psychologiques, parlons un peu du cas des aménorrhées psychogènes se présentant souvent chez les jeunes filles d'une manière brutale et suite à un trouble qu'il n'est pas toujours facile d'identifier. Deux cas d'aménorrhées psychogènes se présentent:

- L'on note des cas simples où le trouble répond à un confit relativement léger (des problèmes des parents, des problèmes d'examens scolaires mais qui sont relativement faciles) où par un traitement médicamenteux, on arrive à déclencher les règles et à faire disparaître le trouble par la suite;

- il y a aussi des cas compliqués des aménorrhées qui durent et qui sont beaucoup plus difficiles. Contrairement aux premiers, ces troubles correspondent à un conflit profond, ancien, et c'est là que le recours aux avis du psychologue-clinicien, s'il y en a un à l'hôpital serait certainement d'un grand intérêt.

Parlons aussi des problèmes de vomissements de la grossesse et des avortements répétés pouvant avoir comme origine les éléments psychologique. A ce propos, ALEXANDER affirme que:

---

1 *PR. GERAUD et al., op.cit., p.121.*

"Dans certains cas, la peur de la grossesse et les impulsions hostiles à l'égard de l'enfant peuvent supprimer le processus hormonal qui maintient la grossesse et provoquer l'avortement. Dans d'autres cas, il se développera des vomissements d'origine toxique ou une anorexie mentale sans aucune perception consciente des conflits affectifs."[1]

Ainsi, l'action psychologique de la période de la grossesse peut être résumée comme une préparation à la maternité. Cet état s'exprime par le désir ou la peur de la grossesse, ou bien devient une attitude de défense contre elle. Les fantasmes ayant trait au désir d'avoir des enfants et aux préoccupations en rapport avec les soins à leur donner sont prépondérant dans le matériel psychologique des femmes enceintes. Si ce niveau de maturation psycho-sexuelle n'est pas atteint, le désir régressif de la femme d'être elle-même un enfant et de faire l'objet des soins est exprimé, souvent accompagné d'un état dépressif.

Alors si le moi de la femme ne perçoit pas que les dangers de la maternité, l'état de grossesse peut provoquer une anxiété intolérable. L'analyse des cas individuels peut donc révéler si l'anxiété a son origine dans une réaction aux changements physiologiques causés par la grossesse ou si elle est causée primitivement par l'hostilité dirigée contre l'enfant qui doit naître et dans ce cas, l'agressivité mobilisée peut être projetée sur l'enfant qui est détesté et appréhendé comme cause de tous ces tracas.

Donc, le rôle du psychologue dans ces cas précis sera d'aider les femmes enceintes à lutter contre la peur de l'accouchement par des entretiens afin de transformer la mauvaise conception que la majorité de femmes ont de l'accouchement et en partie, les aider à élever par la suite leur enfant. Par ailleurs, il faut savoir écouter ces patientes, leur expliquer et commenter l'origine de leurs troubles de manière à les rassurer car elles sont toujours inquiètes.

---

1 *F. ALEXANDER, La médecine psychosomatique, Paris, Petite Bibliothèque Payot,1970., p.222.*

Pour toutes ces raisons, le psychologue s'avère donc indispensable dans les services hospitaliers et il devrait faire partie de l'équipe médicale pour apporter aux malades le soutien psychologique nécessaire pour leur soulagement et/ou leur guérison.

B. PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE.

Le psychologue est presque inconnu dans la société burundaise et son action n'est pas encore effective, étant donné que ce genre de spécialiste n'existe pratiquement pas dans notre pays. Même le peu d'intellectuels qui possèdent des connaissances théoriques sur son rôle,auraient une image quelque peu faussée de lui, ce qui pourra facilement l'écarter sur le marché du travail. Ces propos adressés au psychologue nous en disent mieux:

> *"(...) le psychologue est décevant. Il répond toujours à côté de la question qui lui est posée, ou de façon insatisfaisante: (...) les discours des psychologues ne sont le plus souvent , ni satisfaisants, ni convaincants: Trop abstraits pour être assimilables, trop généraux pour être utiles, ils se présentent en outre, sous une forme aride, inintelligible par le non-spécialiste."*[1]

Par ailleurs, le métier de psychologue est en quelque sorte imprécis, ambigü car, apparemment le rôle du psychologue n'est pas clairement défini partout où il est appelé à exercer son travail. Par exemple, à l'hôpital, le rôle du psychologue est très peu différencié de celui d'un soignant ou de l'assistant social. A cela s'ajoute le fait que souvent, le mot "psychologue" est entendu comme adjectif, non comme métier, mais comme qualité et à la rigueur, comme qualification supplémentaire. Cela est illustré par les propos de MATISSON quand il dit:

> *"Il faut aller voir un médecin psychologue, ou un conseiller psychologue ou encore un psychologue scolaire. Mais le médecin reste avant tout médecin ,*

---

1 *M.D. MATISSON, Images des psychologues cliniciens, Paris, Editions universitaires, 1971, p.47.*

le conseiller, et le psychologue scolaire statutairement est d'abord un instituteur nanti d'une formation complémentaire."[1]

A travers cela, nous voyons également qu'il y aurait une certaine difficulté à concevoir que de la psychologie, on puisse faire un métier qui se suffit à lui-même, et cela pourrait être aussi vrai dans notre société burundaise. C'est ce qui explique sans doute le fait que le psychologue serait perçu dans la plupart des cas comme auxiliaire d-une autre profession, en l'occurrence dans le domaine de la santé où il aura à répondre de son action non seulement auprès de celui qu'il reçoit, c'est-à-dire son client, mais aussi auprès de celui qui l'a envoyé, c'est-à-dire le médecin.

Par ailleurs, signalons que la fonction de psychologue semble répondre à un besoin que le médecin n'est pas forcément en mesure de satisfaire. C'est ce que MATISSON, parlant du psychologue, illustre en ces termes:

"S'il sait quelque chose de l'homme, il "peut" donc quelque chose sur l'homme. Il apparaît un peu comme le médecin, professeur ou parent."[2]

A l'hôpital,nous avons l'impression que le médecin va demander au psychologue de devenir un presque lui-même, d'accroître ses connaissances théoriques, de s'élever à son niveau sans toutefois aller jusqu'au terme de son évolution puisque cette activité qualifiée de "médicale" lui sera interdite. Et nous ne pouvons pas alors nous empêcher de penser qu'une fois engagé dans une institution médicale, le psychologue serait perçu comme un auxiliaire, un psychotechnicien, etc.

Donc, sur le marché du travail, le psychologue se présenterait comme celui dont on n'a pas besoin mais que l'on ne peut se décider de renvoyer. On pourrait alors s'attendre soit

---

1 *M.D. MATISSON, op. cit., p..46.*

2 *M.D. MATISSON, op. cit., p.47.*

à un rejet latent du psychologue dans les milieux professionnels et surtout dans le domaine de la santé, soit à une attitude surprotectrice à son égard; on lui demandera d'être là comme un observateur muet; lorsque il élève la voix, il "angoisse", "critique", "juge sans avoir vu, en fonction de la théorie et non de la pratique" et alors, il serait objet d'un rejet.

Tout cela attire beaucoup notre attention et nous pousse à nous poser les questions suivantes:

- Le psychologue ne serait-il pas perçu comme un "intrus", un "étranger", indésirable dans la société burundaise en général et chez les médecins en particulier?

- La situation du psychologue sur le marché du travail ne serait-elle pas liée à la non reconnaissance de la psychologie en tant que science objective?

- Le psychologue aurait-il un rôle à jouer dans les services médicaux?

- Les médecins sentiraient-ils réellement le manque ou la nécessité d'un psychologue pour la bonne marche des institutions médicales?

- Le psychologue aurait-il une certaine place dans les activités quotidiennes des médecins en rapport avec leur mission de soigner les malades?

- Le psychologue serait-il indispensable pour une institution médicale?

- Le psychologue ne serait-il pas plus indispensable pour certaines catégories de maladies que pour d'autres?

Autant de questions qui, comme nous espérons, trouveront une réponse dans l'évolution de ce travail à visée exploratrice pour voir si réellement le futur psychologue aura du travail et se fera reconnaître dans les services médicaux.

N.B: Avant de formuler nos objectifs de travail, nous voudrions attirer l'attention de nos lecteurs sur la longueur de notre partie théorique qui est liée à la nature même de notre problème à l'étude.

Dans le soucis de détailler le plus possible notre sujet de mémoire qui, reconnaissons-le, est très vaste, nous avions prévu au départ un cadre théorique de six chapitres. Cependant, avec l'évolution de notre travail, nous avons nous-même constaté que c'était trop comme cadre conceptuel de référence et que cela pourrait provoquer un grand déséquilibre avec les deux autres parties. C'est ainsi que nous avons opté pour la suppression de deux chapitres à savoir:

- La médecine et la psychologie, deux sciences différentes mais complémentaires,

et

- La psychologie ou groupes de sciences psychologiques;

non pas parce qu'ils n'étaient pas intéressants pour notre sujet, mais parce que nous pouvions insérer certains éléments dans le reste.

Aussi, ces quatre chapitres restants étant également assez longs, nous avons été obligé de supprimer certains paragraphes de même que certaines citations . Avec tous ces efforts déployés en vue de synthétiser notre cadre théorique, nous avons abouti à ce résumé qui, malheureusement, reste assez long par rapport à ce que nous avons dans les deux dernières parties.

C. FORMULATION DES OBJECTIFS DE TRAVAIL.

1. L'objectif général.

- Récolter un grand nombre de données d'observation sur le phénomène peu ou mal connu de l'importance de la présence du psychologue dans les services hospitaliers.

2. Les objectifs opérationnels.

- Vérifier si c'est réellement l'image négative qu'ont les médecins vis-à-vis du psychologue qui fait que celui-ci n'ait pas la place qu'il mérite dans les relations de soins à l'hôpital.

- Voir si c'est réellement la méconnaissance de la psychologie comme science objective qui fait le psychologue n'ait pas la place qu'il mérite dans les relations de soins à l'hôpital.

- Voir si c'est le manque d'informations sur les domaines d'activités du psychologue qui fait que ce dernier n'ait pas la place qu'il mérite dans les services hospitaliers.

- Vérifier si c'est le refus du changement social et personnel qui fait que le psychologue n'ait pas la place qu'il mérite dans les services hospitaliers bien que sa présence reste très importante pour la bonne marche des institutions médicales.

- Voir si l'importance du psychologue dans les services hospitaliers est fonction de la nature de la maladie.

En d'autres termes, les médecins sentiraient beaucoup plus le besoin du psychologue et lui accorderaient une place beaucoup plus importante dans les relations de soins avec les malades mentaux, les patients atteints de maladies chroniques ou mutilantes, les malades psychosomatiques qu'avec d'autres malades.

IIè PARTIE: CONSIDERATIONS METHODOLOGIQUES

II.1. LA COLLECTE DES DONNEES SUR TERRAIN.

II.1.1. L'instrument de collecte des données.

Dans le but de bien mener les investigations au sujet de notre travail de recherche, nous avons préalablement cherché des informations nécessaires en lisant des ouvrages surtout psychologiques et médicaux. A ce propos, FRAGNIERE, dans son ouvrage: Comment réussir un mémoire, nous rappelle que la bibliographie est souvent le premier élément qui retient l'attention de nos lecteurs et que c'est déjà par là qu'ils peuvent repérer nos premières erreurs et amorcer des jugements.

Nous avons alors pu dégager un certain nombre de thèmes centraux qui deviennent les principes d'organisation de l'ensemble de nos références et qui sont en même temps parmi les éléments déterminants de la place du psychologue dans les services hospitaliers. Il s'agit de:

- l'image négative qu'ont les médecins vis-à-vis du psychologue;
- la méconnaissance de la psychologie comme science objective
- le manque d'informations sur les domaines d'activités du psychologue;
- le refus du changement social et personnel.

Ces quatre volets vont nous servir de repère dans l'élaboration de notre instrument de collecte des données, qui, pour le cas qui nous concerne, est le questionnaire.

C'est alors après une analyse approfondie de notre sujet de recherche que nous avons décidé de privilégier le questionnaire sur d'autres instruments, comme méthode d'investi-

gation qui répond d'une façon convenable aux conditions de la présente étude. Ainsi, nous allons successivement présenter notre instrument de recherche, expliquer comment il a été élaboré, sa forme et le pourquoi de notre option pour le questionnaire comme bon outil de collecte de données dans le présent travail.

II.1.1.1. Présentation.

Notre outil de travail qui est le questionnaire comprend quinze questions, formulées à partir des quatre thèmes principaux que nous avons déjà précisé dans les paragraphes précédents. Par toutes ces questions, nous espérons trouver des réponses à nos diverses questions de recherche qui figurent dans la problématique. Elles vont également nous aider dans l'analyse des résultats en rapport avec l'atteinte des objectifs pour enfin tirer nos conclusions sur ce travail.

II.1.1.2. Elaboration.

Le questionnaire que nous avons élaboré s'articule sur quatre thèmes principaux, subdivisés en sous-thèmes si nécessaire. Cependant, MUCCHIELI nous fait remarquer qu'

> *"Un questionnaire d'enquête n'est pas une liste de questions (...) il ne doit pas être une liste des questions directes lorsqu'il s'agit de sonder, àtravers les réponses des sujets, les facteurs de comportements sociaux."*[1]

---

[1] *R. MUCCHIELI, Le questionnaire d'enquête psycho-sociale, 5ê édition, Paris, Librairies techniques, Entreprise moderne d'édition et les éditions E.S.F, 1975, p.35.*

En effet des questions directes sur des problèmes importants comme ceux dont il est question dans notre travail, pour l'individu questionné, sont vouées à ne percevoir que des masques. C'est pour cette même raison que nos questions sont indirectes.

Nous avons également réfléchi sur le fait que la question longue, compliquée, exigeant une grande réflexion et nécessitant beaucoup d'attention provoque une tendance à la démission de la part du répondant. Pour cela, nos questions sont courtes, simples et claires tout en se rapellant qu'une question a d'autant plus de chance d'être claire et intelligible qu'elle est courte.

Enfin, étant donné le fait qu'un questionnaire trop long produit à un certain moment le même effet et que l'augmentation de longueur conduit le plus souvent à l'élevation des non-réponses, nous avons essayé de réduire la longueur de notre questionnaire tout en le gardant cohérent et concis, capable de nous livrer toutes les informations nécessaires pour la réussite de notre travail de recherche.

II.1.1.3. La forme.

Notre questionnaire d'enquête contient exclusivement des questions ouvertes. C'est un questionnaire post-codé. Ce sont des questions qui laissent au sujet la liberté de construire sa réponse sans l'obliger à se référer à des sous-classes contenues dans la question. Ainsi c'est une forme qui s'accorde bien au type de recherche explorative que vise notre travail et qui pourra nous permettre de récolter un très grand nombre de données d'observation sur le problème peu ou mal connu de la place du psychologue dans les services hospitaliers.

Ainsi, à l'inverse de la question fermée, la question dite "ouverte" ne prévoit pas de réponses et laisse à l'individu la liberté complète de s'exprimer comme il le veut, de formuler à sa guise son opinion en réponse à la question posée. Les questions ouvertes permettent, si elles sont bien formulées,

d'aborder n'importe quel sujet et d'obtenir des informations utiles. En outre, elles sont indispensables pour aborder les problèmes délicats.

Toutefois, malgré les avantages que nous venons d'évoquer pour les questions ouvertes, celles-ci ont aussi des limites qui doivent être connues avant de les utiliser. En effet, elles sont très délicates à formuler et sont pénibles à dépouiller car les réponses obtenues exigent une véritable analyse de contenu. Ainsi le chercheur qui opte pour cette forme de question doit être avisé à temps pour éviter des surprises au cours du dépouillement.

II.1.1.4. Pourquoi le questionnaire comme instrument?

Le choix pour cet outil est surtout motivé par le fait que il répond plus parfaitement que d'autres au type de recherche dont il est question pour mener à bien notre étude. En outre, c'est un instrument qui minimise les risques d'erreurs ou d'interpretations par le répondant et se prête mieux au traitement statistique avec beaucoup de rigueur scientifique si on essaie de le comparer aux autres méthodes.

Par ailleurs nous avons l'impression que les médecins consacrent beaucoup plus de temps à chercher à satisfaire à la demande des malades dont l'effectif s'élève du jour au jour. Ils sont très sollicités à l'hôpital et leur temps libre est pratiquement assez limité. Pour cela, il faut leur donner le temps de répondre sans empressement à notre demande sans toutefois manquer à leur mission de soigner les malades. Et l'instrument qui nous paraît capable de répondre à toutes ces exigences n'est que le questionnaire. De cette façon nous pouvons avoir la certitude de diminuer les réponses au hasard que toute autre forme d'instrument ne nous aurait pas permis de contourner dans le cas de l'étude ci-présente.

II.1.2. La population d'enquête et l'échantillonage.

II.1.2.1.La population d'enquête.

Notre enquête va porter sur les équipes soignantes des cinq hôpitaux de bujumbura à savoir: l'Hôpital militaire, l'Hôpital Roi Khaled, l'Hôpital Prince Régent Charles, la Clinique Prince Louis Rwagasore ainsi que l'institution spécialisée: C.N.P.K (le Centre Neuro-Psychiatrique de Kamenge). Elle ne s'étendra que sur les médecins seulement car nous croyons que leur effectif total est suffisant pour nous donner un bon échantillon.

II.1.2.2.Brève présentation du milieu d'enquête.

L'Hôpital Roi Khaled est un hôpital général qui a à sa disposition 46 médecins répartis dans les différents services comme suit: Médecine interne (7 médecins), Chirurgie (4 médecins), Pédiatrie (6 médecins), Gynéco-obstretrique (5 médecins), Service de Porte (4 médecins); spécialités: O.R.L (2 médecins) et Stomatologie (2 dentistes), Réanimation (2 médecins), Radiologie (2 médecins), Laboratoire (8 médecins) et Médecine communautaire (2 médecins). Cependant, notre enquête a porté sur 43 médecins seulement parce que ce sont eux qui étaient présents lors de la distribution des questionnaires.

L'Hôpital militaire est également un hôpital général qui a à sa disposition 7 médecins qui se répartissent dans les services de de chirurgie, de polyclinique et de médecine interne car ce sont les 3 services que dispose l'hôpital.

L'Hôpital Prince Régent Charles est aussi un hôpital général disposant de 36 médecins répartis dans les services de Médecine interne (8 médecins), Chirurgie (6 médecins), Pédiatrie (4 médecins), Gynéco- obstetrique (5 médecins), O.R.L (3 médecins), Stomatologie (2 dentistes), Ophtalmologie (3médecins),

Acupuncture (2 médecins), Dermatologie (1 médecin), Réanimation (1 médecin) et Pneumologie (1 médecin). Cependant nous n'allons considérer que les 32 médecins qui étaient présents à l'institution lors de notre distribution du questionnaire.

La Clinique Prince Louis Rwagasore est un hôpital ayant à sa disposition 19 médecins dont: 2 dans le service de médecine interne, 4 en pédiatrie, 3 en chirurgie, 2 dans le service de gynécologie et obstétrique, 1 en O.R.L, 1 en ophtalmologie, 5 dans la polyclinique et 1 médecin dans le service de réanimation.

Enfin, le Centre Neuro-Psychiatrique est est le seul hôpital spécialisé de tous, qui n'a à sa disposition que 2 médecins et un seul service: celui de psychiatrie. Il reçoit des patients ambulants et des hospitalisés.

II.1.2.3.<u>L'échantillonage</u>.

Notre population parente à savoir les médecins des cinq hôpitaux de Bujumbura considérés est assez grand et pour des raisons d'ordre pratique, nous avons jugé bon de l'étudier à partir d'un échantillon; ladite population étant presqu'homogène face au problème à l'étude. Nous avons alors procédé à un échantillonage aléatoire pour pouvoir extraire un échantillon représentatif de notre population d'enquête qui, seul nous permettra de généraliser les résultats de notre travail sur terrain sur la totalité de l'univers de l'enquête. L'échantillonage aléatoire simple est donc la méthode utilisée pour l'extraction de notre échantillon.

Le caractère aléatoire de cette échantillon tient au fait que ce dernier a été extrait d'une population parente respectant le hasard statistique qui, seul, garantit aux individus de la popûlation d'enquête les mêmes chances d'appartenir à l'échantillon représentatif de l'ensemble qui, dans le cas qui nous concerne, s'élève à 31 médecins, soit 33% de la population d'enquête.

La methodologie utilisée pour extraire notre échantillon a été la suivante: Nous avons d'abord établi cinq listes non alphabétiques des médecins des cinq hôpitaux de Bujumbura sur lesquels devrait porter notre enquête. Pour chaque liste nous avons demandé à un médecin dans chaque hôpital de nous dicter les noms de ses confrères suivant l'ordre dans lequel il lui reviennent en mémoire et nous les transcrivions au fur et à mésere sur une feuille de papier en mentionnant devant chaque nom l'hôpital correspondant.

Ensuite, les cinq listes déjà établies, nous avons demandé à quelqu' un de nous dicter les noms écrits sur nos listes, en les mélangeant comme il le voulait, afin d'en faire une seule liste portant les noms des médecins des cinq hôpitaux obtenus après la dictée.

Après cela nous avons pris deux morceaux de papier, nous y avons inscrits les chiffres 1 et 2, avant de les plier et de les lancer en l'air, pour que par la suite, nous puissions en choisir un qui va déterminer l'ordre des numéros à sélectionner pour former notre échantillon représentatif.

Le hasard s'étant porté sur le chiffre 2, nous avons alors retenu les noms des médecins correspondant aux numéros pairs sur notre longue liste, ce qui nous a fait un effectif total de notre échantillon de 31 médecins dont:

5 de l'hôpital militaire
11 du Roi Khaled
2 du C.N.P.K
8 de l'hôpital Prince Régent Charles et
5 de la Clinique Prince Louis Rwagasore.

Le tableau suivant essaie de synthétiser ce que nous venons de décrire.

Tableau n°1: Extraction de l'échantillon.

Nom de l'Hôpital	Population	Echantillon	%
Roi Khaled	43	11	10
Prince Régent Charles	32	8	8
Hôpital militaire	7	5	5
Clinique Prince Louis Rwagasore	19	5	5
C.N.P.K	2	2	2
Totaux	103	31	30

II.2. METHODE DE TRAITEMENT DES DONNEES.

A la place des hypothèses de travail, nous avons formulé des objectifs à atteindre après l'analyse qualitative des résultats de l'enquête. Et puis, toujours en privilégiant l'analyse qualitative des données de notre enquête, nous allons analyser les résultats en rapport avec l'atteinte des objectifs. Ainsi, nous pourrons tirer des conclusions sous formes d'hypothèses explicatives.

III^{e} PARTIE: PRESENTATION ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS

III.0. INTRODUCTION.

Notre étude porte sur l'évaluation de l'importance de la place du psychologue dans les services hospitaliers à travers les opinions des médecins à ce sujet. C'est aussi une recherche d'informations pour évaluer l'importance que les médecins accordent à la présence éventuelle des psychologues dans les institutions hospitalières du Burundi en commençant par celles de Bujumbura

Ainsi, notre travail est orienté vers l'exploration d'un phénomène peu ou mal connu en vue d'émettre des hypothèses précises, directement vérifiables et d'inventorier les problèmes exigeant une solution urgente. Et comme toutes les études d'exploration, notre étude est descriptive.

Nous sommes alors en face d'un travail à caractère purement exploratoire et l'instrument qui nous a servi dans le recueil des données sur terrain n'avait pour visée fondamentale que la récolte des informations utiles pour comprendre notre phénomène à l'étude.

Pour cette raison notre lecteur comprendra que le but premier poursuivi étant celui de découvrir les faits et non pas celui de les expliquer, la plupart des questions qui composent notre questionnaire étaient donc des questions d'information, ne nécessitant pas toujours d'être interprétées.

C'est d'ailleurs suite à cela que nous nous limiterons quelques fois à la simple présentation et analyse des résultats, tels qu'ils nous apparaissent dans les différents tableaux dressés après le dépouillement des données recueillies.

Précisons également que dans la mesure du possible, nous exposeront brièvement les points de vue développés par nos enquêtés afin de pouvoir expliciter telle ou telle réponse donnée. Nous confronterons alors les résultats auxquels nous aurons abouti au cadre conceptuel de référence qui nous a servi à mieux cerner notre problème et nos constatations.

III.0.1 Les résultats de la pré-enquête.

Dans le souci d'écarter les obstacles relevant de l'imperfection de n'importe quel instrument d'investigation et de prévoir les modalités d'analyse et de traitement des données, nous avons lancé un questionnaire d'essai. Nous avons pré-testé notre outil de travail sur un groupe de 9 médecins:(dont 3 du C.N.P.K[1], 2 de l'Hôpital Prince Régent Charles, 3 de l'Hôpital Roi Khaled et 1 de la Clinique Prince Louis Rwagasore) choisis de la manière dont nous avons expliqué la démarche dans les paragraphes précédentes, lors de la clarification de notre méthode d'échantillonnage.

A partir des résultats un peu variés obtenus lors de notre pré-enquête, nous avons été averti de nous attendre déjà à des réponses complexes et difficiles à interpréter, les points de vue de nos enquêtés pouvant varier en fonction des connaissances qu'ils ont sur le psychologue et les services qu'il peut rendre à une institution médicale.

En outre, c'est après la pré-enquête que nous nous sommes rendue compte du fait que le monde des médecins est un monde "fermé", difficile à pénétrer pour un non-médecin. Ce qui nous a en quelque sorte aidé à être assez patiente à la fois dans la distribution et dans la récolte des questionnaires.

Toutefois, les difficultés précédentes relevant beaucoup plus de la nature même de l'étude que d'une mauvaise compréhension ou interprétation des questions posées, les résultats de la pré-enquête nous ont fourni la certitude de pouvoir garder notre questionnaire pour l'enquête définitive.

---

1 *Lors de notre pré-enquête, le C.N.P.K disposait de 3 médecins dont 1 neuropsychiatre et 2 généralistes. Cependant, au cours de l'enquête proprement dite, seuls les 2 médecins généralistes étaient toujours à la disposition de l'institution et le médecin neuro-psychiatre oeuvrait dans les enceintes de l'Hôpital militaire de Kamenge. C'est pour cela que lors de notre enquête définitive, nous allons considérer les 2 médecins seulement, l'autre faisant partie du personnel médical de l'Hôpital militaire.*

III.0.2. Le dépouillement des données de l'enquête.

Nous avons fait le dépouillement, question par question. Pour chaque question qui était posée, nous avons essayé de relever le nombre de choix exprimés en faveur de telle ou telle opinion dans chacun des quatre thèmes proposés à l'avance.

Après avoir fait le tour de tous les questionnaires à notre disposition, et pour toutes les questions, nous étions en possession de toutes les données nécessaires à l'établissement des tableaux des différentes fréquences des réponses observées.

La présentation de ces tableaux, l'analyse et l'interprétation des données qu'ils nous fournissent feront objet des pages suivantes en tant qu'éléments fondamentaux de cette dernière partie du travail.

L'analyse des résultats va alors consister en un regroupement des réponses globales obtenues aux différentes questions posées. Ce regroupement se fera chaque fois sur base de comparaison des différents pourcentages calculés pour chaque catégorie de réponse.

III.1. PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS PROPREMENT DITES.

Nous allons interpréter les réponses de nos enquêtés surtout en fonction des pourcentages et non des effectifs; ceci dans le but de réduire le plus possible la quantification des résultats de l'enquête. Aussi, précisons que les titres des paragraphes qui vont immédiatement suivre sont sous forme de questions.

III.1.1. "Si une personne vous demandait ce qu'est la psychologie, quelle serait votre réponse?"

Tableau n°2: Répartition globale des réponses obtenues à cette question.

Réponses	Résultats globaux	
	Fréquence	%
Science ou étude du comportement et des états de conscience	25	81
L'art de scruter l'âme	3	10
Science du psychisme ou de l'esprit	1	3
Science de la morale	1	3
Sans réponse	1	3
Totaux	31	100

Ce tableau des résultats globaux de la première question montre que les réponses de nos enquêtés sur la définition de la psychologie sont groupées en cinq catégories plus ou moins distinctes. Ainsi, 81%de notre échantillon définissent la psychologie comme étant la science du comportement et des états de conscience; 10% l'appréhendent comme un art de scruter l'âme, l'esprit humain; 1 médecin, soit 3%, voit en la psychologie, une science du psychisme ou de l'esprit; 1 médecin encore, soit 3%, définit la psychologie comme une science de la morale, un seul médecin n'a pas voulu se prononcer sur la définition de la psychologie.

La première définition selon laquelle la psychologie est une science ou étude du comportement semble être la plus simple mais paraît incomplète. La deuxième définition selon laquelle la psychologie serait l'art et la science de scruter l'âme, qui est d'ailleurs proche de la troisième, revêt une connotation péjorative: fouiller pour explorer, mettre à nu ce qui est caché dans l'inconscient signifie la même chose que scruter l'âme. Enfin, à travers la définition de la psychologie comme science de la morale transparait l'idée selon laquelle la psychologie est une science de l'abstrait.

En somme, nous affirmons avec la majorité de nos répondants que la psychologie est la science ou l'étude du comportement humain, normal ou pathologique. Cela transparait dans les propos de nos enquêtés, à l'exemple de ceux que nous retenons en guise d'illustration:

> "C'est une science qui étudie le comportement de l'homme normal ou pathologique."

> "(...) La psychologie est une science du comportement humain dans toutes ses variances."

C'est également l'étude des mécanismes du fonctionnement du psychisme individuel et leur mode d'adaptation aux différentes conditions du milieu. Nous retrouvons cette idée à travers ces réponses de nos enquêtés:

> "Elle étudie les comportements des gens soumis à divers stimuli."

> "C'est une science qui étudie le comportement des gens vis-à-vis de leur environnement social."

> "C'est une discipline sociale qui s'intéresse à la réaction de l'homme vis-à-vis de son milieu et propose des moyens adoptés pour y faire face."

> "C'est l'art d'aborder certaines situations avec tact et finesse."

En d'autres termes, la psychologie, c'est l'étude des conditions d'existence, d'organisation, d'intégration et d'apparition du comportement ou de toute conduite humaine en tant que manifestation de l'adaptation d'un individu à son milieu. Ce qui donne une part de vérité à la définition selon laquelle la psychologie est l'étude du psychisme. Cette définition que l'un de nos répondants donne à la psychologie, est plus parlante à ce sujet:

> "C'est une science qui essaie d'étudier l'origine du comportement humain."

Donc, la psychologie n'est pas l'art ou la science de scruter l'âme comme certaines personnes auraient tendance à le croire. Ce n'est non plus une science qui étudie les qualités et les défauts de l'individu comme le prétend un de nos enquêtés quand il dit que:

> "La psychologie est une science qui étudie les qualités et défauts de la personne, et qui essaie de les comprendre et de les justifier."

Il est vrai que les qualités et les défauts d'un individu se manifestent dans le comportement, objet d'étude de la psychologie, mais celle-ci étudie plus que cela. En effet, c'est un groupe de sciences psychologiques, qui rassemble des disciplines diverses qui étudient aussi bien les bases biologiques du comportement (psychophysiologie), le développement biologique et physiologique de l'enfant que les problèmes sociaux (psychologie social) ou pathologiques (psychopathologie) pour ne citer que celles-là. Son domaine est immense puisqu'elle ambitionne de comprendre, sinon d'expliquer ce qu'est l'homme.

III.1.2. "A votre avis, la psychologie serait-elle une science au même titre que la médecine ? Expliciter votre réponse."

Tableau nº3: Répartition globale des réponses obtenues à la deuxième question.

Réponses	Résultats globaux	
	Fréquence	%
Oui	18	58
Non	7	23
Oui et Non	5	16
Sans réponse	1	3
Totaux	31	100

A la question de savoir si la psychologie serait une science au même titre que la médecine par exemple, le tableau ci-dessus nous montre que 58% des médecins sur lesquels a porté notre enquête affirment que la psychologie est une science au même titre que la médecine. En d'autres termes, la psychologie, comme la médecine, sont toutes reconnues comme étant des sciences malgré les nuances que nous pouvons observer dans leurs méthodes d'approche de la réalité à l'étude. C'est ce que nous précisent implicitement deux de nos répondants en guise de motivation de leurs choix, quand ils disent que:

> "La médecine et la psychologie sont des sciences complémentaires."

> "Les deux s'occupent de l'homme. Mais la médecine est une science naturelle et un art. La psychologie est une science humaine."

Un autre enquêté, pour motiver son choix répond:

> "La psychologie est une science au même titre que la médecine parce qu'elle utilise comme méthodes d'étude les méthodes qu'utilise toute science."

Dans le même ordre d'idées, la pratique de la psychologie comme celle de la médecine, nécessite des connaissances et des règles en vue de garder l'objectivité que doit avoir toute science.

En outre, chacune des deux a un objet d'étude bien déterminé et reconnu, et une méthode d'approche de la réalité qui lui est propre, fondée sur des relations objectives vérifiables.

A cette question, une autre partie de nos répondants semble nier ce fait que la psychologie serait une science au même titre que la médecine. Nous retrouvons cela dans 7 cas sur 31, soit 23%. Cependant, en essayant d'expliciter leurs réponses, nous constatons curieusement que nos deux groupes de répondants voient que la psychologie comme la médecine sont tous des sciences et qu'en niant ce fait, le deuxième groupe de nos enquêtés voulait tout simplement mettre l'accent sur les nuances qui existent dans les méthodes d'approche de la réalité à l'étude utilisées en psychologie et en médecine. Nous retrouvons cela à travers les propos de certains de nos répondants qui, tout en prétendant justifier le fait que la psychologie n'est pas une science au même titre que la médecine, disent respectivement que:

> "La psychologie est une science humaine, la médecine est un art de guérir à base des sciences exactes et humaines. La psychologie traite du psychique, la médecine traite et du psychologique et du somatique."

> "(...) la médecine est une science plus ou moins vérifiable."

> "La psychologie est une science certes, mais une science sociale théorique, abstraite alors que la médecine est une science exacte, pratique concrète."

"(...) la psychologie fait partie des sciences humaines donc pas exactes, alors que la médecine, bien qu'elle ne soit pas tout à fait une science exacte, elle tend à être considérée comme un art."

"La psychologie est plus théorique alors que la médecine est plus pratique."

"La médecine somatique est une science naturelle et un art. La psychologie est une science humaine. Mais les deux s'occupent de l'homme."

Donc, en essayant d'interpréter ces propos des répondants du deuxième groupe, nous constatons avec étonnement que le "Non" qu'ils donnent en guise de réponse à la deuxième question de notre questionnaire d'enquête ne signifie en aucun cas que la psychologie n'est pas une science au même titre que la médecine.

En effet, que la médecine soit une science plus ou moins vérifiable, qu'elle soit un art de guérir à base des sciences exactes et humaines, qu'elle traite à la fois du psychologique et du somatique, qu'elle soit une science exacte, pratique et concrète, qu'elle soit une science naturelle, elle n'est pas pour autant plus "science" que la psychologie. Les deux remplissent les qualités de toute science malgré les différences que nous pouvons observer dans leurs méthodes d'étude de la réalité et dans leur objet d'étude.

Pour le troisième groupe de nos enquêtés, soit 16% du total de notre échantillon, leurs avis sont partagés entre le "Oui" et "Non" qu'ils donnent comme réponse à la deuxième question. Cependant, ici aussi, comme dans les cas précédents, la réponse "Non" de nos enquêtés ne signifie pas que la psychologie n'est pas une science au même titre que la médecine par exemple. L'explication est la même que la précédente. En effet, les propos de deux répondants de ce groupe, illustrent bien cela; à la question de savoir si la psychologie serait une science au même titre que la médecine un répond: "Pas tout à fait."

Il explicite sa réponse en disant que:

> "A un certain moment la médecine était une science comme la psychologie, mais avec l'évolution de la pratique médicale, elle est devenue beaucoup plus matérialisable."

Un autre répondant explicite sa réponse comme suit:

> "Oui, car la psychologie comme la médecine est une science inexacte. Non, car la psychologie parait être une branche de la médecine, un outil du médecin."

Ici, il faut noter que toute science, en particulier la psychologie ou la médecine, est théorique et pratique. En outre, avec les progrès scientifiques, la psychologie est devenue elle aussi matérialiste, concrète: la psychométrie a pour objet la mesure des phénomènes psychologiques à partir des épreuves standardisées. Elle se définit comme étant un groupe de techniques, le plus souvent de nature statistique, permettant d'étudier un ensemble de variables psychologiques chez un individu déterminé.

Enfin, un de nos enquêtés, soit 3%, préfère ne pas se prononcer à la question de savoir si la psychologie serait une science au même titre que la médecine.

III.1.3. "Peut-on dire que tout le monde connaît la psychologie? Oui..... Non.....Si Oui, est-ce une psychologie scientifique? Dans quel sens?"

Tableau nº4: Répartition globale des réponses obtenues à la troisième question.

Réponses	Résultats globaux	
	Fréquence	%
Non	26	84
Oui	5	16
Totaux	31	100

Ce tableau des résultats globaux obtenus à notre troisième question montre que la majorité des enquêtés, soit 84%, trouvent que l'idée stipulant que tout le monde connaît la psychologie est fausse. Donc, on ne peut pas dire que tout le monde connaît la psychologie pour ces raisons données par certains de nos répondants en guise d'explication de leur réponse:

> "Tout le monde a une certaine connaissance intuitive de la psychologie mais cette connaissance n'est pas systématique."

> "Tout le monde ne connaît pas la psychologie mais il utilise d'une façon humaine la psychologie intuitive différente de la psychologie scientifique, codifiée, systématique, apprise et utilisant des méthodes scientifiques."

> "(...) beaucoup de gens ont des bribes de connaissances des réactions des individus, mais il y a des aspects plus profonds qui leur échappent."

"Si oui, quel serait l'intérêt de passer 4ans à l'Université après les humanités?"

L'autre partie de nos enquêtés soit 16% affirme que tout le monde connaît la psychologie mais une psychologie qui n'est pas scientifique pour les uns et qui l'est pour les autres. Cela transparait bien dans les propos de nos répondants donnés en guise de justification de leur choix:

"Ce n'est pas une psychologie scientifique mais une psychologie comme manière de vivre avec soi et avec les autres."

"Non, ce n'est pas une psychologie scientifique. Souvent intuitive, la psychologie comme celle de nos ancêtres suscite l'admiration sans être " scientifique."

"Non, ce n'est pas une psychologie scientifique: Compte tenu de la place qu'occupe la psychologie pour expliquer certains phénomènes dans la société, vu que même dans les sociétés traditionnelles africaines par exemple, il y avait des gens pour essayer d'interpréter certains faits de la société, on peut donc dire qu'ils avaient une psychologie propre à eux mais pas sur un modèle scientifique."

"C'est la compréhension de l'autre, de l'interlocuteur, pour mieux communiquer."

"Oui, tout le monde peut observer et dire quelque chose sur le comportement d'autrui."

A travers les réponses d'une partie des enquêtés à la troisième question, nous constatons une certaine confusion entre science et sens commun chez les médecins. Il est vrai que tout un chacun connaît quelque chose sur la psychologie et sur l'homme et que chacun de nous a acquis au cours de sa vie un ensemble plus ou moins clairement défini d'idées sur les individus, mais cela ne signifie pas que tout le monde connaît la psychologie.

Certains diraient qu'étant humain et ayant vécu dans les sociétés des humains, nous avons déjà appris beaucoup sur la psychologie; cela est vrai. Mais, il faut savoir que les connaissances psychologiques que tout homme peut avoir sont des connaissances intuitives, différentes de celles de la psychologie scientifique car non systématiques. Cette idée est développée dans le deuxième chapitre de notre cadre conceptuel de référence en rapport avec l'image du psychologue vis-à-vis de son public: Chacun de nous a acquis tout au long de sa vie un ensemble plus ou moins clairement défini d'idées sur les individus. Ce qui fait que la plupart d'entre nous diraient, et sauraient dans une certaine mesure justifier qu'après tout, étant humain et ayant vécu dans les sociétés des humains, nous avons déjà appris beaucoup sur la psychologie. Donc, que ce soit l'homme de la rue, que ce soit le spécialiste, chacun a sur lui un bagage de psychologie du sens commun qu'il doit manier. Mais, ce qui est curieux et paradoxal dans la confusion entre la psychologie scientifique et celle du sens commun, c'est le fait que même une personne qui croyait connaître bien la psychologie peut en être victime et que pour cela, il risque d'être pris au même pied d'égalité que le profane.

Cependant, nous n'entendons pas ici que la psychologie populaire soit erronée. En partie, cette psychologie est vraie, mais semble manifester une tendance vers la simplification à outrance de la réalité, et à l'excès de généralisation, comme il se doit pour être populaire. En outre, elle se caractérise par la tolérance de certaines contradictions un peu grossières. La psychologie scientifique vise autre chose que cette psychologie dite de sens commun. D'ailleurs, si ce n'était pas le cas, elle n'aurait aucune raison d'être.

III.1.4. "Etez-vous déjà au courant des domaines d'application de la psychologie? Oui.....Non.....Si oui, lesquels?"

Tableau n°5: Répartition globale des réponses obtenues à la quatrième question.

Réponses	Résultats globaux	
	Fréquence	%
Oui	30	97
Non	1	3
Totaux	31	100

Ce tableau de la répartition globale des réponses obtenues à la quatrième question montre que presque la totalité des médecins interrogés, soit 97% affirment être déjà au courant des domaines d'application de la psychologie. Un médecin seulement, avoue qu'il n'est pas au courant des domaines d'application de la psychologie.

Cependant, même pour les 30 médecins qui affirment être déjà au courant des domaines d'application de la psychologie, dans les réponses données à la sous-question, transparait une certaine confusion entre les domaines d'application de la psychologie et les branches ou les disciplines psychologiques. Ce qui fait que quelques uns, nous donnent les disciplines psychologiques au lieu de relever les domaines d'application de la psychologie. C'est ce que nous observons quand certains répondants relèvent les disciplines suivantes:

- "Psychologie sociale, psychologie médicale du travail,.."

- "Psychologie clinique, psychologie industrielle",

comme domaines d'application de la psychologie.

Néanmoins, certains domaines d'application ont été cités à côté de cela:

- La médecine ou la santé (28 médecins/30)
- L'éducation ou l'enseignement (25 médecins/30)
- L'industrie ou l'entreprise (18 médecins/30)
- Les relations publiques ou la communication (7 médecins/30)
- La politique (propagande) (3 médecins/30)
- L'armée (2 médecins/30)
- La justice/prisons (1 médecin/30)

Ce qui est intéressant pour nous et pour notre travail, c'est que la grande partie de nos répondants, soit 93%, savent déjà que la médecine ou la santé, est un domaine d'application de la psychologie et il ne reste qu'à savoir si le psychologue pourrait y trouver la place qu'il mérite. Certains médecins sont conscients du fait que l'être humain est vraiment une synthèse de matière et d'esprit, du corps et de l'âme, du somatique et du psychologique; qui ont une influence réciproque l'un sur l'autre. De même qu'un handicap physique ou une infirmité peut agir sur le psychisme, celui-ci peut lui aussi agir sur le corps, ses organes et ses fonctions.

Ainsi, nous reconnaissons que certains soignants et surtout les médecins reconnaissent la causalité multiple des maladies et manifestent le besoin d'une meilleure compréhension des problèmes psychologiques pour une grande habileté thérapeutique. Ils sont également d'accord avec nous sur le fait qu'un malade est avant tout une totalité bio-psycho-sociale et qu'il devrait être traité ainsi. Donc, dans le souci de mieux satisfaire la demande d'un malade, l'apport psychologique devrait toujours se faire quelque soit le type de traitement utilisé. Tout cela montre combien de fois la médecine ou la santé est un des principaux domaines d'application de la psychologie.

III.1.5. "A Votre avis, qu'est-ce qu'un psychologue?"

Tableau n°6: Répartition globale des réponses obtenues à la cinquième question.

Réponses	Résultats globaux	
	Fréquence	%
Un diplômé en psychologie	18	58
Aide ou guide dans les problèmes de comportement	3	12
Professionnel ou intervennant social s'occupant des comportements	4	13
Celui qui peut pénétrer le comportement des gens	2	7
Un chercheur	1	3
Un spécialiste en psychologie	1	3
Un psychotechnicien	1	3
Sans réponse	1	3
Totaux	31	100

Nous sommes en face d'une diversité de définitions données au psychologue: sept définitions plus ou moins différentes. ce tableau des résultats globaux de la cinquième question montre que 58% disent que le psychologue est un diplômé

en psychologie, 13% trouvent que le psychologue est un professionnel ou un intervenant social s'occupant des comportements; 12% l'appréhendent comme quelqu'un qui aide ou guide dans les problèmes de comportement; 7% définissent le psychologue comme celui qui peut pénétrer le comportement des gens; un seul médecin voit que le psychologue est un chercheur; 1 autre définit le psychologue comme un spécialiste en psychologie; un autre répondant appréhende le psychologue comme étant un psychotechnicien; un enquêté préfère ne pas se prononcer sur la définition du psychologue.

Dans la première définition selon laquelle le psychologue est un diplômé en psychologie, transparait l'idée de formation. En effet, pour devenir un psychologue, il faut d'abord effectuer des études supérieures de psychologie. Autrement dit, devenir psychologue exige un minimum de formation. C'est ce que nous lisons dans les définitions que certains de nos répondants ont donné:

> "(...) un psychologue c'est quelqu'un qui a appris (...) la psychologie en tant que science."
>
> "C'est un détenteur d'un certificat ou d'un diplôme de psychologie."
>
> "quelqu'un qui est formé et initié à la psychologie, capable d'appliquer sa science dans des domaines particuliers et faire des recherches appliquées."
>
> "c'est une personne qui a appris la psychologie, qui en a acquis les compétences et qui dispose d'un certificat reconnu par les services habilités."

Ainsi, faire des études supérieures de psychologie, avoir acquis les compétences et disposer d'un diplôme en psychologie, est un préalable pour être psychologue.

La deuxième définition selon laquelle un psychologue est un professionnel ou un intervenant social s'occupant des comportements, vient compléter la première. En effet, après avoir

acquis les compétences d'être psychologue, après l'acquisition du diplôme, le psychologue va sur le marché du travail pour devenir un intervenant social. Cette définition d'un de nos enquêtés dit beaucoup à ce sujet:

> "C'est quelqu'un qui a appris la psychologie comme science et qui l'applique régulièrement au cours de son travail."

> "C'est une personne qui, partant de sa formation scientifique (...) est apte à intervenir efficacement dans les domaines d'application de la psychologie ou tout simplement dispenser cette science aux autres."

> "C'est cette personne capable d'étudier le comportement d'un individu (sain ou malade) et d'en dégager une utilité pour cette personne."

La troisième catégorie de définitions selon laquelle le psychologue est quelqu'un qui aide ou guide dans les problèmes comportementaux apporte également un complément à la première catégorie de définition. Ici, le psychologue est appréhendé comme étant un agent d'adaptation, un conseiller. C'est ce qui transparait à travers ces réponses:

> "C'est celui qui peut guider le comportement des autres."

> "C'est une personne qui a appris à comprendre la personnalité des gens et qui, dans certains cas, peut aider les individus à surmonter les difficultés (...) (conflit intellectuel, désordres mentaux, affectifs.)."

> "C'est quelqu'un qui a appris la psychologie et qui se sert de cette science pour résoudre les problèmes de comportements individuels ou collectifs."

Le psychologue est essentiellement appréhendé comme quelqu'un qui aide les gens à comprendre et à s'adapter.

La définition selon laquelle le psychologue est celui qui peut pénétrer le comportement des gens revêt une connotation négative (pénétrer signifie entrer profondément en passant à travers des obstacles.). Donc, ici le psychologue est appréhendé comme quelqu'un qui est capable de dévoiler ce qui caché derrière le comportement apparent d'un individu et alors, il devient dangereux pour la société.

La définition selon laquelle le psychologue est un chercheur apporte également une information supplémentaire. En effet, le psychologue diplômé peut toujours faire des recherches empiriques en vue d'étendre ses connaissances; c'est un chercheur potentiel.

Grosso modo, nous constatons, chez nos répondants, une certaine difficulté d'appréhender ce qu'est un psychologue. Cependant, en essayant de condenser les réponses de nos sujets, nous pouvons dire qu'un psychologue est cette personne qui, ayant effectué des études supérieures en psychologie et disposant d'un diplôme pour cela, est apte à intervenir auprès des personnes en vue de les aider à comprendre certaines situations et à s'adapter ou à enseigner cette science aux autres. Pour cela, le psychologue devient à la fois un technicien et un travailleur social. C'est aussi un agent d'adaptation, nécessaire pour la société.

III.1.6. "Etes-vous suffisamment informés sur les demandes pouvant être faites au psychologue et sur ses fonctions?"

Tableau nº 7:Répartition globale des réponses obtenues à la sixième question.

Réponses	Résultas globaux	
	Fréquences	%
Partiellement	23	74
Suffisamment	8	26
Totaux	31	100

Le tableau ci-dessus montre que 74% des enquêtés affirment être partiellement informés sur les demandes pouvant être faites au psychologue et sur ses fonctions. seuls 26% répondent qu'ils sont suffisamment informés sur les demandes pouvant être faites au psychologue. Cela est peut-être lié au fait que ce genre de spécialiste n'existe pratiquement pas dans notre pays et qu'il n'y avait pas encore eu de demandes réelles des psychologues sur le marché du travail.

III.1.7." Aurait-il une fonction à remplir dans le domaine de la santé? Oui..... Non..... Si Oui, laquelle?"

Tableau nº8: Répartition globale des réponses obtenues à la septième question.

Réponses	Résultats globaux	
	Fréquence	%
oui	28	90
Non	2	10
Totaux	31	100

Dans le tableau des résultats globaux des réponses obtenues à la septième question de notre instrument d'enquête 90% des répondants sont d'accord que le psychologue peut avoir une fonction à remplir dans le domaine de la santé. Cependant, 10% de nos enquêtés trouvent que le psychologue n'a pas de fonction à remplir dans le domaine de la santé.

Ainsi, à partir des réponses des 28 médecins ou 90% qui ont répondu à l'affirmative à cette question de savoir si le psychologue aurait une fonction à remplir dans le domaine de la santé, nous pouvons dresser la liste des fonctions que le psychologue peut remplir d'après nos interrogés. Cependant, dans le tableau qui va suivre, il est question des fréquences des réponses de nos enquêtés et des pourcentages calculés par rapport au total des médecins qui ont répondu affirmativement à la sous-question de la question nº7. Le calcul des totaux ici n'a alors aucune importance.

Tableau n°9: Répartition globale des réponses obtenues à la sous question de la septième question.

Réponses	Fréquence/28	%
Psychothérapie (prise en charge psychosociale ou soutien moral de certains malades hospitalisés	22	79
Animation de groupe dans le cadre de l'éducation pour la santé	17	61
Examen psychologique (aider dans le diagnostic différentiel)	8	29
Encadrement du personnel médical dans le cadre de l'enseignement de la psychologie médicale	5	18
Counselling	3	11
Préparation des femmes à l'accouchement	1	4

Les diverses fonctions proposées par les 28 répondants en essayant de donner chacun sa liste, sont réellement des fonctions typiquement psychologiques. Nous les retrouvons également dans le quatrième et dernier chapitre de notre cadre conceptuel de référence où sont développés les différents domaines d'activités du psychologue dans les services de santé. En effet, certains malades hospitalisés ont plus besoin de soutien moral, de la prise en charge psycho-sociale que des médicaments. Aussi, dans certains cas, c'est le décodage du dire du patient sur son passé, son présent et même quelques fois son futur, tel que le psychologue le perçoit, qui peut aider le médecin à mieux se situer, à travers la demande objective du malade et le subjectif tel que le psychologue-clinicien l'a entendu au cours de l'entretien. Cette connaissance approfondie

du patient et de son milieu sera un précieux apport pour toute équipe intervenant dans les relations de soins et donc pour le patient qui est notre seul préoccupation ici. Dans l'animation du groupe dans le cadre de l'éducation pour la santé, dans l'encadrement du personnel médical et paramédical, dans le counselling et la préparation des femmes à l'accouchement, on agit sur le côté psychologique de l'interlocuteur et ici, le psychologue est mieux armé et plus disponible à le faire par rapport au médecin.

Donc, dans tous les cas, grâce à sa formation, le psychologue a un bagage intellectuel lui permettant d'exercer ces fonctions que les médecins lui ont proposées. Sa formation universitaire confrontée à son expérience quotidienne conduit le psychologue à se considérer en étant de formation permanente.

III.1.8." Quels sont les services médicaux qui ont plus besoin du service d'un psychologue par rapport à d'autres? Et pourquoi cela?"

N.B. La présentation du tableau ci-après est la même que le tableau précédent, pour les mêmes raisons.

Tableau n°10: La présentation globale des réponses obtenues à la huitième question.

Réponses	Fréquence /31	%
Psychiatrie	29	93
Médecine interne	20	64
Pédiatrie	14	45
Gynéco-obstetrique	10	32
Chirurgie	11	35
Protection maternelle et infantile	5	16
Dermatologie-Vénérologie	2	6
O.R.L.	2	6
Education pour la santé	2	6
Les services de prévention	2	6

A travers cette liste, nous voyons que 93% des répondants indiquent la psychiatrie comme service médical qui a plus besoin du service d'un psychologue par rapport à d'autres. Ce service a été relevé par un nombre important de nos enquêtés et les raisons avancées par ces derniers pour justifier ce choix sont les suivantes:

"(...) le psychologue est un partenaire obligé du psychiatre."

"(...) on y traite des malades nécessitant à la fois un soutien psychologique et médical."

"(...) car on y traite des malades psychosomatiques."

Néanmoins, ces propos de nos répondants ne montrent pas clairement pourquoi la psychiatrie est un service médical qui a plus besoin du psychologue. Sur les plans théorique et pratique, la psychiatrie en tant que service hospitalier, ne peut survivre selon un modèle purement médical. Le traitement médicamenteux doit être complété par des entretiens, par la psychothérapie,... . La psychiatrie doit s'ouvrir aux sciences humaines et surtout à la psychologie pour son bon fonctionnement.

Ensuite, la médecine interne est mentionnée par 20 médecins sur 31 comme service hospitalier qui a plus besoin du psychologue. Elle vient en deuxième position après la psychiatrie. Les propos de certains de nos enquêtés donnent le pourquoi de cette position comme ceux que nous avons retenu en guise d'illustration:

"(...) en raison de l'avènement du SIDA ou d'autres maladies chroniques parfois incurables."

"(...) Préparation psychologique des malades pour passer le test VIH et l'annonce des résultats."

"(...) il faut pouvoir distinguer les affections psychosomatiques des affections somatiques et l'avis du psychologue est nécessaire."

"(...) assurer la prise en charge psycho-sociale des sidéens et séropositifs."

Aussi, la pédiatrie a été mentionnée comme service médical qui a plus besoin d'un psychologue par rapport à d'autres par 45% des enquêtés. A la question de la justification de sa réponse, un de nos enquêtés répond:

> "Le psychologue est nécessaire pour pouvoir maîtriser certains instincts de l'enfant et ses réactions face à certaines situations pour ensuite s'occuper de ses problèmes organiques."

A cette même question, un autre enquêté nous livre sa réponse comme suit:

> "(...) pour aborder par exemple un trouble du comportement d'un enfant comme l'anorexie, l'énurésie, l'encoprésie ou les troubles de caractère."

Et puis la, gynéco-obstétrique a été donnée comme service médical qui a plus besoin du service du psychologue par rapport à d'autres par 10 médecins sur 31. La raison avancée, c'est "(...) la préparation à l'accouchement."

11 médecins sur 31, soit 35% des répondants, classent la chirurgie parmi les services médicaux ayant le plus besoin du service d'un psychologue; la protection maternelle et infantile (5 médecins sur 31), la dermatologie (2 médecins sur 31, soit 16%), l'O.R.L (2 médecins sur 31 ou 6%), l'éducation pour la santé (2 médecins sur 31ou 6%) sont aussi classés parmi les services qui ont plus besoin de l'intervention d'un psychologue. Enfin viennent les services de prévention mentionnés par 2 médecins sur 31 ou 6% des interrogés.

Ainsi, nous pouvons retenir que la psychiatrie, la médecine interne, la pédiatrie, la chirurgie et la gynéco-obstétrique sont classés comme principaux services hospitaliers qui ont plus besoin de l'intervention d'un psychologue par rapport à d'autres. Ce qui concorde avec les idées développées dans le dernier chapitre de notre cadre théorique. Toutefois, beaucoup de médecins ont été réticents à répondre à la question du pourquoi de leur réponse mais l'essentiel pour cette huitième question de notre outil de travail a été donné.

III.1.9: "Le psychologue est-il indispensable pour une institution médicale? Oui------ Non ------ Pourquoi?"

Tableau nº11: Répartition globale des réponses obtenues à la neuvième question.

Réponses	Résultats globaux	
	Fréquence	%
Oui	19	61
Non	9	29
Oui et Non	3	10
Totaux	31	100

Ce tableau de la répartition globale des réponses obtenues à la neuvième question montre que 61% des répondants trouvent que le psychologue est indispensable pour une institution médicale; 29% ne le trouvent pas indispensable tandis que 10% disent que le psychologue peut être indispensable comme il peut ne pas l'être pour une institution médicale.

En guise de justification de leurs réponses, les premiers avancent les idées comme celles que nous avons retenues en guise d'illustration:

"Parce que dans les soins préventifs et curatifs, il existe toujours une part de la psychothérapie."

"Pour organiser un support psychologique adéquat pour toutes les personnes nécessiteuses dans l'institution, les malades et leurs accompagnateurs."

"L'hôpital, ce temple de la douleur, abrite bien des anxieux; les soignants en tête."

"Une institution médicale est multidisciplinaire."

"Parce qu'en dehors du somatique, il y a d'autres composantes du tout (homme) qui échappent à la compétence du médecin."

"L'homme, être humain est un tout composé de l'esprit et du corps."

"Pour la prise en charge de certains malades à affections chroniques telles que le SIDA, le cancer,le diabète, ..."

Nous retrouvons ces mêmes idées dans notre cadre conceptuel de référence. Toutefois, n'importe qui peut se demander le pourquoi de l'absence totale du psychologue dans les institutions médicales burundaises tenues par des médecins qui sont curieusement conscients de l'importance du psychologue pour une institution médicale. C'est ce que nous allons essayer d'analyser et de comprendre dans les paragraphes suivants.

Les seconds se justifient en disant que:

"Il peut être nécessaire mais pas indispensable."

"Les médecins eux-mêmes, largement informés, sont capables d'appliquer la psychologie selon les malades."

Cependant, rappelons-nous que la durée moyenne d'une consultation hospitalière est très petite pour apporter un soutien psychologique suffisant à certains malades. D'où alors l'importance de la présence d'un psychologue dans une institution hospitalière en vue de pallier à ce manque.

Enfin, pour le dernier groupe, les arguments avancés pour soutenir leur choix sont les suivants:

"(...) tout est fonction de la complexité de l'institution et de la demande réelle."

"Si on en dispose, on pourrait mettre à profit ses connaissances pour améliorer les soins; mais si on n'en dispose pas, cela ne peut pas empêcher une institution médicale de tourner."

Ainsi, nous affirmons avec la majorité de nos enquêtés que le psychologue reste important pour la bonne marche d'une institution médicale. Il est vrai que son absence n'empêche pas l'institution de fonctionner, mais cette dernière, suite à ce manque, peut mal fonctionner et ce sont les patients qui en souffrent.

III.1.10." <u>Aurait-il une certaine place dans vos activités quotidiennes en rapport avec votre mission de soigner les malades? Oui ..... Non ..... Si oui, laquelle</u>?"

Tableau n°12: Répartition globale des réponses obtenues à la dixième question

Réponses	Résultats globaux	
	Fréquence	%
Oui	25	81
Non	6	19
Totaux	31	100

Ce tableau de la répartition globale des réponses obtenues à la dixième question nous montre que 81% des médecins enquêtés acceptent que le psychologue peut avoir une place dans les activités quotidiennes des médecins en rapport avec leur mission de soigner les malades ; alors que seulement 19%, retirent cette place au psychologue.

Pour les 25 médecins qui ont répondu affirmativement à la dixième question de notre outil d'enquête, les activités proposées au psychologue et qui sont en rapport avec la mission de soigner les malades sont les mêmes que celles qui ont été données par les 28 médecins, à la septième question du questionnaire. Donc, la liste des fonctions que le psychologue peut remplir à l'hôpital, dressée à partir des réponses des 28 enquêtés à la septième question est aussi valable pour la sous-question de la dixième question avec un seul élément nouveau: l'accueil des malades qui est aussi proposé comme activité au psychologue en rapport avec la mission de soigner les malades.

III.1.11. "Compte tenu de votre expérience, quelles sont les catégories de malades qui ont plus besoin de l'intervention d'un psychologue? Expliquez votre réponse."

N.B. La présentation du tableau ci-après est la même que celle des tableaux nº9 et nº10

Tableau nº13: Répartition des réponses obtenues à la onzième question.

Réponses	Fréquence /31	%
Patients à maladies chroniques, incurables ou maladies à vie (hospitalisés de longue durée)	28	90
Malades mentaux	28	90
Patients à maladies invalidantes	20	64
Patients à affections psychosomatiques	12	39
Les enfants	10	32
Les femmes enceintes	9	29
Les drogués	3	10
Les patients présentant des troubles sexuels.	1	9

Cette liste des catégories de malades qui ont plus besoin de l'intervention d'un psychologue dressée à partir des réponses de nos enquêtés montre que 90% de ces derniers ont mentionné les patients à maladies chroniques ou incurables et les malades mentaux comme principales catégories de malades les plus besoin de l'intervention d'un psychologue. Comme explication, nos répondants disent que:

> "Les malades mentaux ont plus besoin de compréhension et de soutien psychologique que d'autres.
>
> "Les patients à maladies chroniques ou incurables (...) se découragent facilement, se sentent abandonnés et quelques fois sont abandonnés par les leurs."
>
> "Ce sont eux qui ont souvent le moral pas au point et qui ont besoin d'un support psychologique dans ce sens."
>
> "Ceux qui affrontent des traitements lourds, dont la guérison est lointaine et sujette à bien des aléas ont plus besoin d'un soutien moral."
>
> "Ils ont plus besoin d'un appui moral, du fait de la place prépondérante qu'occupe les facteurs psychologiques dans leurs souffrances."

Les patients à maladies invalidantes font également partie des catégories de malades ayant le plus besoin de l'intervention d'un psychologue et 64% de nos enquêtés admettent cela. Ici, un de nos répondants nous donne l'explication suivante:

> "Les handicapés physiques surtout, ont besoin de l'intervention d'un psychologue qui pourra progressivement les rassurer qu'ils restent des individus importants pour la société."

Les malades à affections psychosomatiques, les enfants, les femmes enceintes, les drogués et les patients présentant des troubles sexuels sont aussi classés dans les catégories de malades qui ont plus besoin de l'intervention d'un psychologue respectivement par 39%, 29% et 3% des interrogés.

Ainsi, nous voyons que l'intervention du psychologue est d'une très grande importance dans des situations de désespoir et de confusion totale comme celles auxquelles les malades mentaux, les patients à maladies chroniques ou incurables (le SIDA, le cancer, le diabète, l'asthme) et les patients amputés sont confrontés. Elle s'avère également importante dans des situations émouvantes comme celle de la grossesse et ses pathologies et dans des situations trop affectives comme par exemple celle d'un enfant aîné malade et gardé par sa mère ou d'un époux malade gardé par sa femme. En effet, dans de telles situations, on est appelé à soigner et le malade, et le garde malade qui a lui aussi besoin d'un soutien psychologique assez important.

Par ailleurs, remarquons que souvent, les médecins quand ils sont confrontés à ce genre de malades évoqués, eux aussi souffrent et le traitement de ces patients les fait suer et c'est peut être la cause de cette volonté manifeste mais théorique de l'intervention du psychologue dans de tels cas chez les médecins.

III.1.12. "Quelle serait alors la place du psychologue dans les relations de soins à l'hôpital?"

Tableau nº14: Répartition globale des réponses obtenues à la douzième question.

Réponses	Résultats globaux	
	Fréquence	%
Collaborateur du médecin dans le diagnostic différentiel	20	65
Trait d'union entre le médecin et le malade (conseiller)	5	16
Consultant	4	13
Auxiliaire médical	1	3
Assistant social	1	3
Totaux	31	100

Ce tableau des résultats globaux obtenus à la douzième question montre que 65% des sujets interrogés donnent au psychologue la place de collaborateur du médecin dans les relations des soins; 16% lui accordent la place d'un conseiller, ou de trait d'union entre le malade et le médecin; 13% attribuent au psychologue la place de consultant; un seul médecin accorde au psychologue la place d'un auxiliaire médical; tandis qu'un autre donne au psychologue la place d'un assistant social.

En synthétisant les réponses de nos enquêtés, nous pouvons dire que le psychologue occupe une place importante dans les relations de soins à l'hôpital comme agent de soutien de l'action médicale. Sa place se trouve tout près de celle du médecin avec lequel il doit collaborer dans l'établissement du diagnostic différentiel de certains patients. Par ailleurs, le psychologue dans les équipes de travail, devrait jouir d'un autre statut que celui d'assistant social. Il ne devrait pas être placé sur le même pied d'égalité avec ce dernier. Il arrive que le médecin substitue un assistant social au psychologue et c'est ce que nos institutions médicales ont tendance à faire; mais sa formation est moins poussée et ne la prépare nullement à des responsabilités scientifiques fondées en matière de psychologie appliquée. Cela peut facilement handicaper l'épanouissement d'une institution de soins.

III.1.13. "Quel rapport y a-t-il entre le travail du médecin et celui du psychologue?"

Tableau n°15: Répartition globale des réponses obtenues à la treizième question.

Réponses	Résultats globaux	
	Fréquence	%
Rapport de complémentarité	18	58
Rapport de collaboration étroite ou d'interdépendance	13	42
Totaux	31	100

Ce tableau des résultats globaux de la treizième question montre que le rapport entre le travail du médecin et celui du psychologue est posé en termes de complémentarité par

58% et de la collaboration étroite ou d'interdépendance, cela dans 42% des cas. Etant donné le fait que les termes de complémentarité, collaboration et d'interdépendance sont étroitement liés et signifient presque la même chose dans ce cas précis, nous pouvons retenir tout simplement que le rapport entre le travail du médecin et celui du psychologue est un rapport de complémentarité, de collaboration et d'interdépendance.

III.1.14. "Quel est le rôle du psychologue vis-à-vis des malades ambulants et hospitalisés?"

Tableau nº16: Répartition globale des réponses obtenues à la quatorzième question.

Réponses	Résultats globaux	
	Fréquence	%
Aider à poser le diagnostic	12	39
Faire la psychothérapie	10	32
Entretenir de bonnes relations médecin-malade	6	19
Suivi et réinsertion psychosociale des hospitalisés	3	10
Totaux	31	100

Le tableau ci-dessus montre que 39% donnent au psychologue le rôle d'aider à poser le diagnostic pour les malades ambulants et hospitalisés, 32% lui attribuent le rôle de faire la psychothérapie pour ces mêmes malades, 19% lui proposent de jouer le rôle d'entretenir de bonnes relations médecin-malades

et 10% proposent au psychologue le rôle de suivi et de réinsertion psychosociale pour les malades hospitalisés.

Compte tenu de ses études et de son expérience quotidienne, le psychologue peut belle et bien remplir toutes ces fonctions proposées par les médecins. Avec sa formation théorique et pratique, le psychologue est préparé à satisfaire à la demande de ceux qui le sollicitent. Cependant, il ne faut pas que ces propositions des médecins restent au niveau théorique, elle doivent être aussi réelles dans la pratique. Le dernier chapitre du cadre théorique nous donne des indications là-dessus.

III.1.15. "Est-ce que le psychologue a une action dans le processus de guérison d'un malade? Comment?"

Tableau nº17: Répartition globale des réponses obtenues à la quinzième et dernière question.

Réponses	résultats globaux	
	Fréquence	%
Oui	26	84
Non	3	10
Sans réponse	2	6
Totaux	31	100

Ce tableau des résultats globaux obtenus à la dernière question de notre instrument d'enquête montre que 84% des répondants affirment que le psychologue a une action dans le processus de guérison d'un malade, 10% nient cela, 6% n'ont pas voulu répondre à cette question.

Ainsi, ceux qui ont répondu à l'affirmative justifient leur choix par les propos suivants:

> "Oui, le moral élevé fourni par le psychologue au malade fait partie des grandes thérapeutiques. L'accompagnement du malade dans la lutte pour la vie est une des forces thérapeutiques du psychologue."
>
> "Un malade peut être guéri et ne pas le croire. Le psychologue pourra l'aider à y croire."
>
> "(...) quelle soit la maladie, le malade souffre tout d'abord psychologiquement. C'est pourquoi, déjà au niveau de l'accueil, le malade se sent soulagé ou non selon qu'il a été bien ou mal reçu."
>
> "(...) l'être humain c'est un tout fait de l'esprit et du corps comme le dit l'adage latin:" mens sona in corpore sona"."(Un esprit sain dans un corps sain).
>
> "(...) il aiderait le malade à supporter sa maladie surtout si la guérison est trainante et lente."
>
> "Le psychologue joue un grand rôle dans beaucoup de cas, surtout quand il doit épauler le médecin là où le traitement médicamenteux a des limites."
>
> "Lointaine mais certaine pour les terrains et les pathologies ad hoc. la liaison psychisme-surrénale (soit excès de cortisone, soit d'adrénaline avec les troubles cardio-vasculaires et de l'immunité) est prouvée. Prévenir ou gérer le stress, c'est préserver des accidents cardio-vasculaires et sauvegarder l'immunité."

Nos enquêtés qui ont nié l'action du psychologue dans le processus de guérison d'un malade se justifient également à l'exemple de ces propos que nous avons retenu en guise d'illustration:

"(...) c'est difficile à confirmer vu que mes connaissances sur cela sont encore limitées."

Nous affirmons avec la majorité de nos répondants que le psychologue a une action dans le processus de guérison d'un malade. Cette action est directe dans certains cas et indirecte, lointaine mais certaine dans d'autres cas comme l'ont bien noté nos enquêtés.

III.2. CONCLUSIONS PARTIELLES SUR LES DIFFERENTS THEMES.

III.2.1. Conclusion partielle sur les thèmes I et II: L'image négative qu'ont les médecins vis-à-vis du psychologue et la méconnaissance de la psychologie comme science objective.

Ces deux thèmes stigmatisent le fait que l'image négative qu'ont les médecins vis-à-vis du psychologue et la méconnaissance de la psychologie comme science objective font que le psychologue n'ait pas la place qu'il mérite dans les services hospitaliers.

Ainsi, de la première question à la troisième, la cinquième question y compris, nous avons des informations relatives au premier et au second thèmes de notre questionnaire d'enquête. Cela parce que l'image qu'ont les médecins de la psychologie est étroitement liée à celle qu'ils ont du psychologue. Ici, l'on se rappelle que dans le cadre conceptuel de référence, le psychologue est vue par son public comme une personne qui " lit les pensées secrètes des gens" et la psychologie comme une science qui envahit abusivement les consciences et les pensées des gens.

L'analyse des résultats obtenus après la récolte des données sur terrain nous a permis de découvrir les faits principaux suivants:

- Le psychologue, dans son domaine des sciences humaines, est considéré comme un spécialiste du comportement à part entière.

- En général, le psychologue n'est pas vu par les médecins comme un paramédical qui teste et étiquette les gens et surtout les fous bien que dans certains cas, des verbes comme pénétrer et scruter l'esprit ont été enregistrés dans les propos des médecins sur la définition du psychologue.

- Le psychologue est principalement appréhendé par les médecins comme un spécialiste de l'étude du comportement, étude reposant sur l'objectivité scientifique et aboutissant au diagnostic et aux bilans psychologiques.

- La psychologie est considérée comme une science à part entière, ayant pour objet d'étudier le comportement humain. Toutefois, certains médecins doutent encore sur l'objectivité scientifique de la psychologie vue dans certains cas comme une science de l'abstrait, plus théorique que pratique.

- La psychologie est victime de la confusion entre science et sens commun: Une certaine tendance à confondre la psychologie du sens commun et la psychologie scientifique est à noter chez les médecins.

Néanmoins, retenons que l'image quelque peu faussée qu'ont les médecins vis-à-vis du psychologue et la méconnaissance de la psychologie comme science objective ne sont pas les principaux éléments qui font que le psychologue n'ait pas la place qu'il mérite dans les services hospitaliers.

III.2.2. Conclusion partielle sur le thème III: Le manque d'informations sur les domaines d'activités du psychologue.

Avec les questions 4,6,7,8,10,11,12,13,14,15, nous avons des informations relatives au troisième thème de notre outil de travail stipulant que le manque d'information sur les domaines d'activités du psychologue chez les médecins, fait que le psychologue n'ait pas la place qu'il mérite dans les services hospitaliers.

Sur ce thème, l'analyse des résultas obtenus après l'enquête nous a permis de noter les faits principaux suivants:

- En général, les médecins savent bien que la médecine ou la santé est un des domaines d'activités du psychologue sans pour autant être suffisamment informés sur les demandes pouvant lui être faites et sur ses fonctions.

- La majorité des médecins sont d'accord que le psychologue peut avoir une fonction à remplir dans le domaine de la santé et proposent pour ce fait la psychothérapie, l'animation de groupe dans le cadre de l'éducation pour la santé, l'examen psychologique, l'encadrement du personnel médical et paramédical dans le cadre de l'enseignement de la psychologie médicale, le counselling et la préparation des femmes à l'accouchement comme différentes activités que le psychologue peut exercer dans les services de psychiatrie, de médecine interne, de pédiatrie, de gynéco-obstétrique, de chirurgie, de protection maternelle et infantile, de dermatologie, d'ORL, d'éducation pour la santé et dans toutes les services de prévention s'ils existent.

- Il existe des catégories de malades qui ont plus besoin de l'intervention d'un psychologue par rapport

à d'autres: Ce sont les patients à maladies chroniques, les malades mentaux, les patients à affections psychosomatiques, les patients à maladies invalidantes, les enfants, les femmes enceintes, les drogués et les patients souffrant des troubles de la sexualité.

- La place du psychologue dans les services hospitaliers est celle de collaborateur du médecin, de trait d'union entre le médecin et le malade, d'auxiliaire médical ou d'assistant social et le rapport existant entre le travail du médecin et celui du psychologue est un rapport de complémentarité, de collaboration étroite, d'interdépendance et non de suppléance.

- En général, les médecins sont assez informés sur les domaines d'activités du psychologue dans les services médicaux et par conséquent, ce n'est pas le manque d'informations sur les domaines d'activités du psychologue qui fait que ce dernier n'ait pas la place qu'il mérite dans les services hospitaliers.

III.2.3. Conclusion partielle sur le thème IV: Le refus du changement social ou individuel.

Ce thème stigmatise que c'est le refus du changement social ou individuel qui fait que le psychologue n'ait pas la place qu'il mérite dans les services hospitaliers.

Ainsi, à partir des informations obtenues à la neuvième question de notre instrument d'enquête et des différentes conclusions partielles déjà faites sur les trois premiers thèmes de notre travail, une situation paradoxale est à noter: D'une part, les médecins avouent bien avec des explications à l'appui, que le psychologue est indispensable pour une institution médicale; les mêmes médecins sont assez informés sur les domaines d'activités du psychologue dans les services de santé. Mais,

d'autre part, nous notons une absence totale du psychologue dans les différents hôpitaux de Bujumbura. cela nous permet de tirer la conclusion suivante: C'est surtout le refus du changement social et individuel qui fait que le psychologue n'ait pas la place qu'il mérite dans les services hospitaliers.

CONCLUSION GENERALE

Dans presque tous les domaines des sciences, les barrières entre différentes disciplines tombent peu à peu, devant la nécessité de coordonner les techniques et les savoirs dans le travail interdisciplinaire. Cependant, dans notre société, les barrières du genre existent encore et surtout entre la médecine et la psychologie: la situation de l'absence totale d'un psychologue dans les établissements de soins et la réticence des médecins à accorder au psychologue en formation l'accès aux malades hospitalisés dans le but de recherche illustrent bien cela.

Toutefois, la réalité montre que la médecine et la psychologie sont deux sciences différentes mais complémentaires et par conséquent, la coopération médecin-psychologue dans les services hospitaliers ne devrait pas être ignorée sur le plan pratique. Ainsi, une mise au point concernant la nature de l'intervention du psychologue comparée à celle du médecin s'impose.

Ce dernier prononce des diagnostics et prend la responsabilité des traitements. Le caractère le plus spécifique de sa fonction réside dans l'art de guérir ou dans l'acte thérapeutique. Et pour ceux qui croiraient encore à l'indépendance entre le corps et l'esprit, le somatique et le psychologique, le champ du travail du médecin se limiterait sans difficultés à des interventions organiques sur les malades organiques. Heureusement, très peu de médecins soutiennent aujourd'hui cela. D'ailleurs, l'acte thérapeutique que le patient sollicite porte souvent sur des symptômes psychologiques qui tantôt apparaissent comme des effets ou des corrélats, tantôt comme des causes de la maladie. Viser à guérir suppose naturellement que l'on prenne un individu pour malade. Par définition, est malade toute personne présentant à quelque égard que se soit, un écart par rapport à une norme fonctionnelle ou structurale admise. Cette position est la plus sûre parce qu'elle préserve de parler de maladie à propos de tout ou rien. Elle permet également d'admettre dans le domaine organique, une quantité de variations individuelles qui n'appellent aucun traitement particulier.

Ainsi, le médecin, quelle que soit sa philosophie de la maladie, lorsqu'il estime devoir traiter comme morbide certains aspects psychologiques d'un individu, peut être amené à agir soit organiquement, souvent par voie médicamenteuse, soit encore, psychologiquement et dans ce cas, il s'engage dans l'application des méthodes psychothérapiques, méthodes exigeant une compétence particulière que le médecin peut ne pas avoir.

Les psychologues doivent alors savoir tenir modestement leur place aux côtés des médecins dans une formule de collaboration au cas où la responsabilité médicale est évidente. Le psychologue sera appelé à préciser cette part du diagnostic qui concerne plus spécialement les aspects psychologiques. Rompu à des techniques auxquelles le médecin n'est pas formé, il pratiquera des examens qui fourniront au médecin un complément d'informations non moins précieux dans sa vue globale du cas que les résultats d'un examen du radiologue, de l'électroencéphalographiste ou de l'endocrinologue.

Le psychologue sera également le plus souvent la personne la mieux armée pour endosser la responsabilité d'une partie du traitement à envisager, à savoir, la partie qui relèvera des méthodes strictement psychologiques: il peut s'agir par exemple de conduire ou de superviser une rééducation ou une éducation spéciale, ou d'apporter un soutien psychologique aidant le malade et son entourage à intégrer et à assumer psychologiquement son infirmité. Il est clair que le psychologue qui participe au diagnostic ou au traitement, devra travailler en étroite collaboration avec le médecin auquel il laissera la responsabilité générale du cas.

En plus des troubles psychologiques liés à des anomalies organiques bien définies, il est aussi de nombreux cas de maladies dont les symptômes sont essentiellement, voire exclusivement psychologiques et dont l'origine organique, si elle existe, n'est pas connue. Ce sont certaines maladies mentales.

En psychiatrie, étant donné le fait que le psychiatre situe généralement le trouble dès sa première consultation, l'examen psychologique aura pour but principal denuancer ou confirmer le diagnostic ainsi posé de l'enrichir et de dépasser

la catégorie nosologique pour atteindre l'indivi-dualité du cas. C'est pour cette même raison que dans la phase du traitement, le médecin peut confier au psychologue la psycho-thérapie, soit qu'il n'a pas assez de temps pour l'assurer lui-même, soit qu'il considère son collaborateur comme plus compétent que lui dans le type de psychothérapie indiqué, ce qui est parfaitement naturel si l'on songe à la diversité des méthodes de traitement psychologiques et à la longue expérience que chacune d'elles exige pour être appliquée correctement.

C'est donc là, la tâche du psychologue pratiquant au sens le plus propre du terme la thérapeutique psychologique. Il ne peut assumer une telle tâche que s'il possède une bonne connaissance de la pathologie mentale y compris dans ses aspects organiques en vue de ne jamais perdre de vue les limites de ses interventions. Il est donc collaborateur du médecin auquel il ne peut soustraire la responsabilité du cas à traiter.

Il est donc clair que dans une équipe médicale, le psychologue y apporte sa compétence chaque fois que cela s'avère utile, mais conserve dans l'exercice de sa fonction, la plus totale liberté d'action. Le médecin qui détient la responsabilité générale d'un cas donné devrait comprendre le rapport du psychologue et tenir compte des éléments qui lui seront fournis, exactement comme il doit comprendre les rapports des confrères auxquels il demande un examen éléctroencephalographique ou autre.

Notons cependant que la compétence du psychologue est limitée par rapport à celle du médecin, mais dans son secteur de spécificité, elle est approfondie. Sur ce, les psychologues désireux de travailler aux côtés des médecins neurologues ou psychiatres par exemple, devraient être astreints à des compléments d'études et de formation pratique, à l'instar des spécialisations médicales.

Au sein des équipes de travail, le psychologue devra jouir d'un autre statut que l'assistant social. La valeur de ce dernier n'est pas mise en cause ici. Il a une fonction importante mais qui ne la prépare nullement à des responsabilités scienti-

fiques fondées en matière de psychologie appliquée. Si cela arrive souvent, c'est qu'il y a quelque part un abus comparable à celui qui consisterait à donner des responsabilités médicales à un infirmier; la raison de cet abus étant d'abord le fait que l'on n'a pas encore compris la vraie portée de l'intervention du psychologue avec tout ce qu'elle suppose de connaissances techniques. Ensuite et surtout, parce que le détenteur d'un diplôme technique se paie moins cher qu'un diplômé universitaire et sera d'autant plus docile qu'il se verra confier des tâches qui devraient revenir à plus compétent que lui.

Enfin, il nous semble que la coopération entre médecins et psychologues trouverait peu à peu ses modalités naturelles plus saines, à la faveur d'une meilleure connaissance de la psychologie chez les médecins et d'une meilleure appréciation de leurs responsabilités particulières chez les psychologues, si des conflits d'intérêt ne venaient tout compliquer.

Ainsi, les informations recueillies auprès de nos enquêtés confrontées à notre cadre conceptuel de référence, nous ont permis de formuler quelques hypothèses en rapport avec notre problème à l'étude et nos objectifs fixés au départ:

- L'image quelque peu faussée qu'ont les médecins vis-à-vis du psychologue et la méconnaissance de la psychologie comme science objective font partie des éléments déterminants de l'importance du psychologue dans les services hospitaliers; mais c'est surtout le refus du changement social et personnel qui fait que le psychologue n'ait pas la place qu'il mérite dans les services hospitaliers.

- Le manque d'information sur les domaines d'activités du psychologue ne fait pas partie des éléments déterminants de la place du psychologue dans les services hospitaliers.

- La nature de la maladie est un des éléments déterminants de l'importance du psychologue dans les

services hospitaliers. C'est-à-dire que les médecins sentent beaucoup plus le besoin du psychologue et lui accordent une place beaucoup plus importante dans les relations de soins avec les malades mentaux, les patients atteints de maladies chroniques ou mutilantes, les malades psychosomatiques qu'avec d'autres malades.

NOTE SUR LES DIFFICULTES RENCONTREES LORS DE L'ENQUETE

Le monde des médecins est un monde " fermé", en quelque sorte inaccessible pour un non-médecin. Par conséquent, solliciter des informations auprès des médecins demande du courage, de la patience et de l'organisation.

En effet, pour la distribution et la récolte du questionnaire, le répondant nous donnait un rendez-vous; exception faite par un seul médecin où les deux activités ont été faites le même jour. Mais n'oublions pas que le médecin est très sollicité à l'hôpital par des malades. Par conséquent le rendez-vous qu'il donnait n'était pas souvent respecté surtout pour la récolte du questionnaire d'enquête.

La distribution et la récolte de nos questionnaires ont été faites pendant environ six semaines. Avant de commencer la distribution du questionnaire, nous avons d'abord demandé l'autorisation au médecin directeur de chaque hôpital qui, selon sa disponibilité, nous a reçu directement ou alors, nous a donné un rendez-vous.

Après avoir reçu l'autorisation, nous avons passé à la distribution des questionnaires. Souvent, nous attendions la fin des consultations pour solliciter l'aide des médecins. C'est pour cette même raison que devions y aller chaque jour, avant et après-midi. Des nous avons dû rentrer sans avoir distribué aucun questionnaire ou alors, après avoir donner un seul questionnaire pendant toute la journée.

Au départ, cette situation nous a semblé difficile à maîtriser mais, par après, nous nous sommes habituée et les résultats ont été bons.

Après la distribution du questionnaire, notre principale devoir était de respecter le rendez-vous donné par chaque médecin pour la récolte, mais, la plupart des fois, il n'était pas aussi respecté de la part de ce dernier. Nous nous rendions souvent sur le terrain d'enquête pour rappeler à nos interrogés qu'ils nous doivaient quelque chose. Il y a eu des cas où durant toute une semaine, nous ne pouvions récolter que deux

questionnaires seulement. Cependant, malgré tous ces obstacles rencontrés qui, par ailleurs sont liés à la nature même de notre étude, nos répondants nous ont fournis des informations riches et satisfaisantes. Toutefois, nous avons remarqué que les médecins ont tendance à vouloir garder l'exclusivité absolue de l'approche du malade et la présence occasionnelle du chercheur-psychologue constituait une violation territoriale; mais cela est peut-être lié à la déontologie de leur profession.

LES RECOMMANDATIONS

Au terme de notre travail, nous arrivons enfin à la formulation de quelques recommandations adressées aux différents partenaires de notre problème à l'étude.

- Aux autorités académiques:

1º Allonger la durée de stage du psychologue en formation dans les institutions en général et dans les hôpitaux en particulier afin que ce futur cadre puisse avoir assez de temps pour se familiariser avec ses milieux professionnels, prouver son utilité et s'affirmer en même temps par ses capacités d'intervenant social. Le stage devrait s'étendre tout au moins sur une année, et une rémunération du stagiaire de la part des institutions serait souhaitable.

- A tous les psychologues en formation et aux professeurs:

2º Il faut créer une revue de psychologie clinique et organiser des séminaires de formation post-universitaires ouverts à tout le monde et ayant pour visée fondamentale d'ouvrir le grand public aux différentes activités du psychologue dans des services bien déterminés.

3º Il faut également développer un secteur libéral de psychologie clinique où seront organisées des activités de guidance infantile et juvénile, de conseils sur les difficultés scolaires des élèves, les relations conjugales malsaines, les difficultés sexuelles, etc.

4º Organiser des émissions radiophoniques sur le psychologue et la nature de ses diverses interventions dans les domaines d'application de la psychologie en général et dans le domaine médical en particulier dans le but d'informer la société sur ce dont ce nouvel intervenant social est capable de faire.

5º A long terme, il faut organiser des séances de débat où psychologues et médecins peuvent discuter et faire des recherches ensemble sur les problèmes de la santé.

- Aux professeurs et aux autorités administratives:

6º Il faut profiter de cette situation de crise que connaît la société burundaise pour montrer au grand public les capacités du psychologue en tant qu'agent du changement et d'adaptation et aider ainsi ce dernier à s'affirmer au moyen de la création des cellules d'animation tenues par des psychologues dans les centres des déplacés par exemple et surtout en utilisant ces nouveaux intervenants sociaux dans les différentes activités visant la reconstruction nationale et plus spécialement dans les programmes de réhabilitation sociale du Ministère à la réinsertion et à la réinstallation des déplacés et des rapatriés.

7º Ouvrir aux psychologues diplômés des voies de formations complémentaires dans le cadre de la santé communau-taire, l'éducation pour la santé, l'épidémiologie, l'approfondissement des techniques psychothérapiques pour avoir un certificat complémentaire qui facilitera l'accès et l'intégration du psychologue dans les services médicaux.

BIBLIOGRAPHIE.

1. F. ALEXANDER, La médecine psychosomatique, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1970, 243 pages

2. M. BALINT, Le médecin, son malade et la maladie, Paris,P.U.F, 1960, 422 pages.

3. P. BUGARD, L'état de maladie, Paris, Masson, 1964, 177 pages.

4. G. CANGUILHEM, Le normal et le pathologique, Paris, P.U.F, 1979,221 pages.

5. C. DUFLOT-FAVORI, Le psychologue expert en justice, Paris, P.U.F, 1988, 192 pages.

6. J-P. FRAGNIERE, Comment réussir un mémoire, Paris, Bordas, 1986.

7. PR. GERAUD et al., Introduction à la compréhension psychosomatique, Toulouse,Privat, 1970, 150 pages.

8. P. GUILLAUME, Manuel de psychologie, Paris, P.U.F, 1974, 315 pages.

9. PH. JEAMMET, M. REYNAUD, S. CONSOLI, Psychologie médicale, Paris, Masson, 1980, 356 pages.

10. C.G. JUNG, Psychologie et éducation, Paris, Editions BUCHEI/CHASTEL, 1977, 266 pages.

11. D. KRECH et al., Psychologie, Montréal, Editions du Renouveau pédagogique, 1979, 603 pages.

12. F. MARCHAND, Le psychologue et la santé, Toulouse, Editions Privat, 1978, 167 pages.

13. M.O. MATISSON, Images des psychologues cliniciens, Paris, Editions Universitaires, 1971, 307 pages.

14. R. MEILZ, Manuel de diagnostic psychologique, Paris, P.U.F, 1964, 355 pages.

15. R. MUCCHIELI, Le questionnaire d'enquête psycho-sociale, 5è édition, Paris, Entreprise Moderne d'Edition, Librairies Techniques, E.S.F, 1973, 77 - 45 pages tête-bêche.

16. C. NAHOUM, L'entretien psychologique, Paris, P.U.F, 1971, 180 pages.

17. P. OSSENAT, Manuel de l'aide-soignante et de l'infirmière auxiliaire, 3è édition, Paris, Masson,1976, 511 pages.

18. P. PAILLET, Le psychologue à l'école,Paris, Editions ESF, 1976, 148 pages.

19. M. POROT, La psychologie médicale du praticien, Paris, P.U.F, 1976, 255 pages.

20. M. RICHELLE, Pourquoi les psychologues?, Bruxelles, Galerie des Princes, 1968, 198 pages

21. P-B. SCHNEIDER, Psychologie médicale, Paris, Payot, 1971, 330 pages.

22. N. SILLAMY, Dictionnaire encyclopédique de psychologie, L-Z, Paris, Bordas, 1980, 1287 pages.

23. R. THEWISSEN, Aimer et Guérir,Paris, Hachette/Carrère, 1992, 214 pages.

24. M. WITVROUW et R. REMOUCHAMPS, Le comportement humain, Bruxelles, Editions Vie Ouvrière, 1970, 249 pages.

ANNEXE

QUESTIONNAIRE D'ENQUETE.

Veuillez nous fournir les indications suivantes:

- Le nom de l'hôpital : .....
- Médecin : Généraliste.....Spécialiste.....
- Nom du service.....
- Sexe : Féminin.....Masculin.....

1. Si une personne vous demandait ce qu'est la psychologie, quelle serait votre réponse?

2. A votre avis, la psychologie serait-elle une science au même titre que la médecine?

3. Peut-on dire que tout le monde connaît la psychologie?
   oui.....Non.....
   Si oui, est-ce une psychologie scientifique?
   Dans quel sens

4. Etes-vous déjà au courant des domaines d'application de la psychologie?
   oui.....Non.....
   Si oui, lesquels?

5. A votre avis, qu'est-ce un psychologue?

6. Etes-vous suffisamment informés sur les demandes pouvant être faites au psychologue et sur ses fonctions?

7. Aurait-il une fonction à remplir dans le domaine de la santé?
   oui.....Non.....
   Si oui, laquelle?

8. Quels sont les services médicaux qui ont plus besoin du service d'un psychologue par rapport à d'autres?
Et pourquoi cela?

9. Le psychologue, est-il indispensable pour une institution médicale?
oui.....Non.....Pourquoi?

10. Aurait-il une certaine place dans vos activités quotidiennes en rapport avec votre mission de soigner les malades?
oui.....Non.....
Si oui, laquelle?

11. Compte tenu de votre expérience, quelles sont les catégories de malades qui ont plus besoin de l'intervention d'un psychologue?
Expliquer votre réponse.

12. Quelle serait alors la place du psychologue dans les relations de soins à l'hôpital?

13. Quel rapport y a-t-il entre le travail du médecin et celui du psychologue?

14. Quel est le rôle du psychologue vis-à-vis des malades ambulants et hospitalisés?

15. Est-ce que le psychologue a une action dans le processus de guérison d'un malade?
Comment?