

UE7 : Santé, Société, Humanités – Éthique et Relation

# Chapitre 2

## **Psychologie médicale**

### *Le malade et sa maladie*

### *Le médecin et son malade*

Professeur Thierry BOUGEROL

# Objectifs

- qu'est ce que la psychologie médicale ?
  - ses relations avec la psychologie en général
  - avec la médecine
- quelles sont les réactions psychologiques à la maladie ?
  - quelles en sont les conséquences ?
- comment se construit la relation entre un soignant (médecin ou autre) et le malade ?
  - quelles sont les conditions d'une relation de qualité ?

**généralités**

# Psychologie et psychologie médicale

- psychologie : discipline scientifique qui étudie les conduites des êtres vivants
  - processus mentaux (pensées)
  - émotions (ressentis)
  - comportements (agis)
- au travers de l'observation
  - du comportement psycho-moteur
  - des processus psychiques (fonctions psychologiques)  
: perception, apprentissage, mémoire, pensée, langage, motivations, émotions

# La psychologie est enseignée dans les facultés de sciences humaines

- psychologie clinique
  - approche du fonctionnement psychique par l'entretien et l'examen psychologique (tests)
- psychologie expérimentale
  - étude du fonctionnement psychique par l'observation directe des comportements naturels ou dans une situation expérimentale
- psycho-sociologie
  - étude des relations entre les individus au sein d'un groupe social
- ... autres

# Psychologie médicale

- psychologie médicale : champ de la psychologie s'intéressant aux aspects psychologiques personnels et inter-personnels en relation avec la maladie
  - le malade et sa maladie
    - prédisposition à la maladie
    - réactions psychologiques à la maladie
  - la fonction soignante (“le médecin et son malade”)
    - aspects relationnels : relation médecin-malade (soignant-soigné)

# Psychiatrie

- Psychiatrie
  - discipline médicale (branche de la médecine)
  - consacrée au diagnostic et aux soins des maladies psychiatriques (« troubles mentaux »)
    - perturbations pathologiques des pensées, des émotions et du comportement, à l'origine :
      - d'une souffrance ressentie (du sujet et/ou de son entourage)
      - d'une gêne (handicap) fonctionnelle (surtout dans l'établissement des relations sociales)

# Psychiatrie

- son histoire correspond à l'individualisation progressive de la notion de maladie mentale
  - individualisation au XIX<sup>e</sup> siècle d'une « médecine des aliénés »
  - séparation au début des années 1970 de la neurologie et de la psychiatrie
- elle s'est nourrie des connaissances acquises :
  - sur le fonctionnement de l'esprit (psychisme)
    - développement parallèle de la Psychologie (dans le champ des sciences humaines)
  - sur le fonctionnement du cerveau (psychiatrie biologique)
- repose sur un modèle « bio-psycho-social » de la maladie



# La pratique de la Psychiatrie aujourd'hui

- spécialité médicale
  - Diplôme d'Etudes Spécialisées en 4 ans (514 postes d'internes en psychiatrie en 2013)
- pratique médicale spécialisée (environ 11 000 psychiatres en France)
  - hospitalière ou libérale
- les prises en charge psychiatriques s'appuient sur une collaboration étroite avec :
  - les acteurs de santé de proximité (médecins généralistes)
  - les structures médico-sociales et sociales
  - les psychologues (notamment pour la pratique des psychothérapies)

# **réactions psychologiques à la maladie**

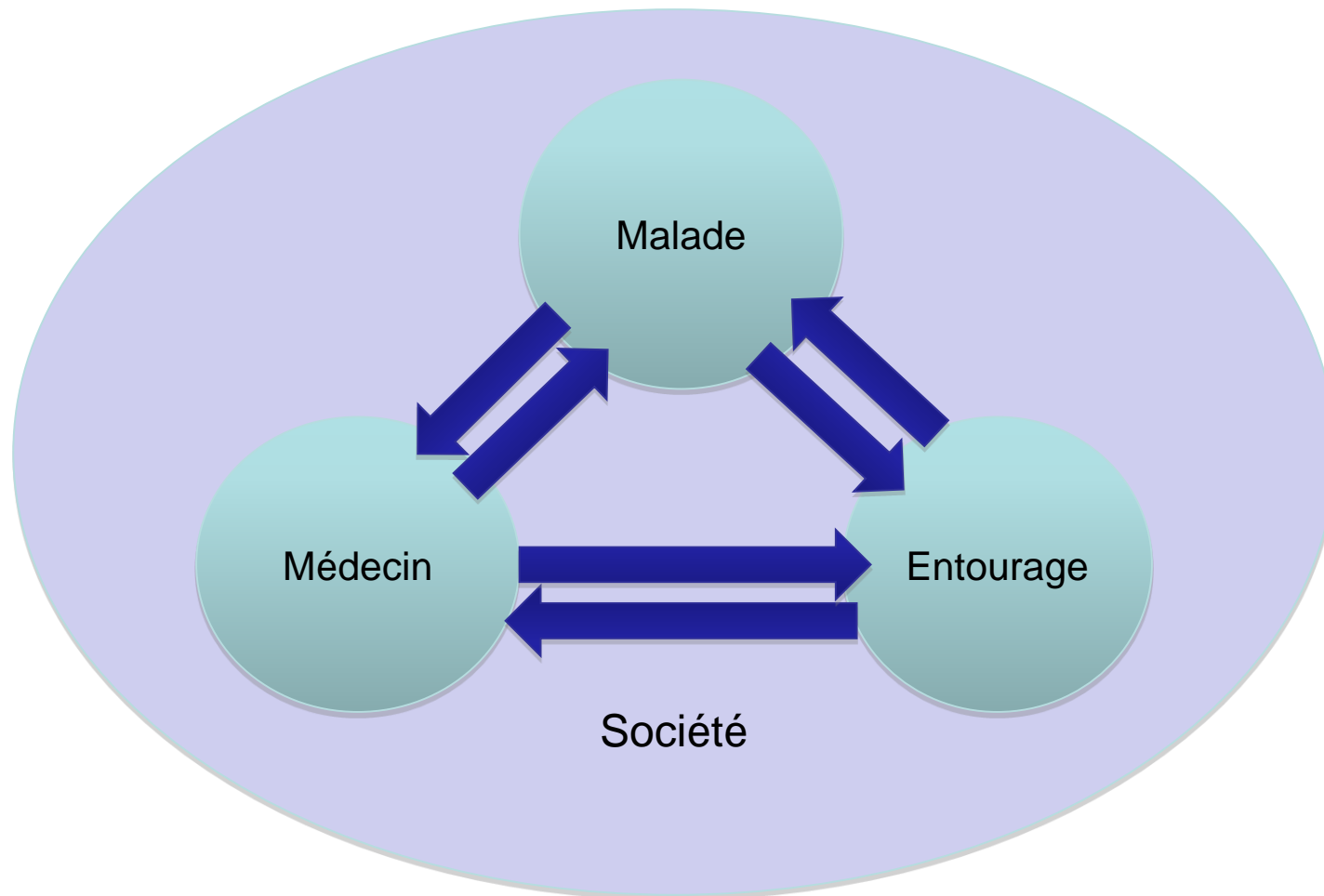
# Aspects psychologiques de la médecine

- des facteurs psychologiques peuvent être des facteurs de causalité ou de prédisposition de la maladie
  - maladies psychosomatiques
  - pathologie dite « fonctionnelle »
- réactions psychologiques et adaptation du malade
  - à la maladie
  - aux thérapeutiques
- demandes d'ordre relationnel et affectif concomitantes de la maladie,
  - au médecin
  - à l'entourage du patient

# Aspects psychologiques de la médecine

- aspects subjectifs de la pratique du médecin (façons d'examiner, informer, de prescrire, soigner, d'accompagner)
  - choix des études médicales !
- aspects relationnels :
  - relation médecin-malade,
  - relations du malade et du médecin avec la famille,
  - relations du médecin et du malade avec la société (représentations sociales de la santé)

# Aspects relationnels



# Le malade et la (sa) maladie

- effets psychiques de la maladie :
  - réactions du patient,
  - réactions de l'entourage familial,
  - réactions (attitudes) médicales et soignantes,
- la psychologie médicale cherche à comprendre
  - pourquoi et comment une maladie prend une signification particulière dans la vie et l'histoire d'un sujet ?
  - comment la maladie altère les idéaux de santé de l'individu ?

# Caractéristiques de la maladie

- la maladie provoque une rupture de l'équilibre antérieur, à laquelle le patient doit s'adapter
  - mobilisation des ressources psychologiques
- cette rupture peut être plus ou moins forte suivant les situations
  - maladies aiguës et maladies chroniques
  - maladies graves
  - handicap

# Caractéristiques de la maladie

- mais la maladie peut avoir également des bénéfices :
  - bénéfices primaires : jouent un rôle dans le déclenchement de la maladie ou de l'accident,
    - la maladie permet d'apporter une solution à une situation de tension
  - bénéfices secondaires : résultent des conséquences de la maladie (conscients ou inconscients)
    - bénéfices affectifs : attention portée au malade
    - bénéfices matériels : allocations
    - autres



# Réactions psychologiques à la maladie

- la maladie entraîne fondamentalement un processus de régression
  - processus normal et nécessaire
  - peut se traduire par :
    - réduction des intérêts,
    - égocentrisme,
    - dépendance vis à vis de l'entourage et des soignants,
    - mode de pensée magique

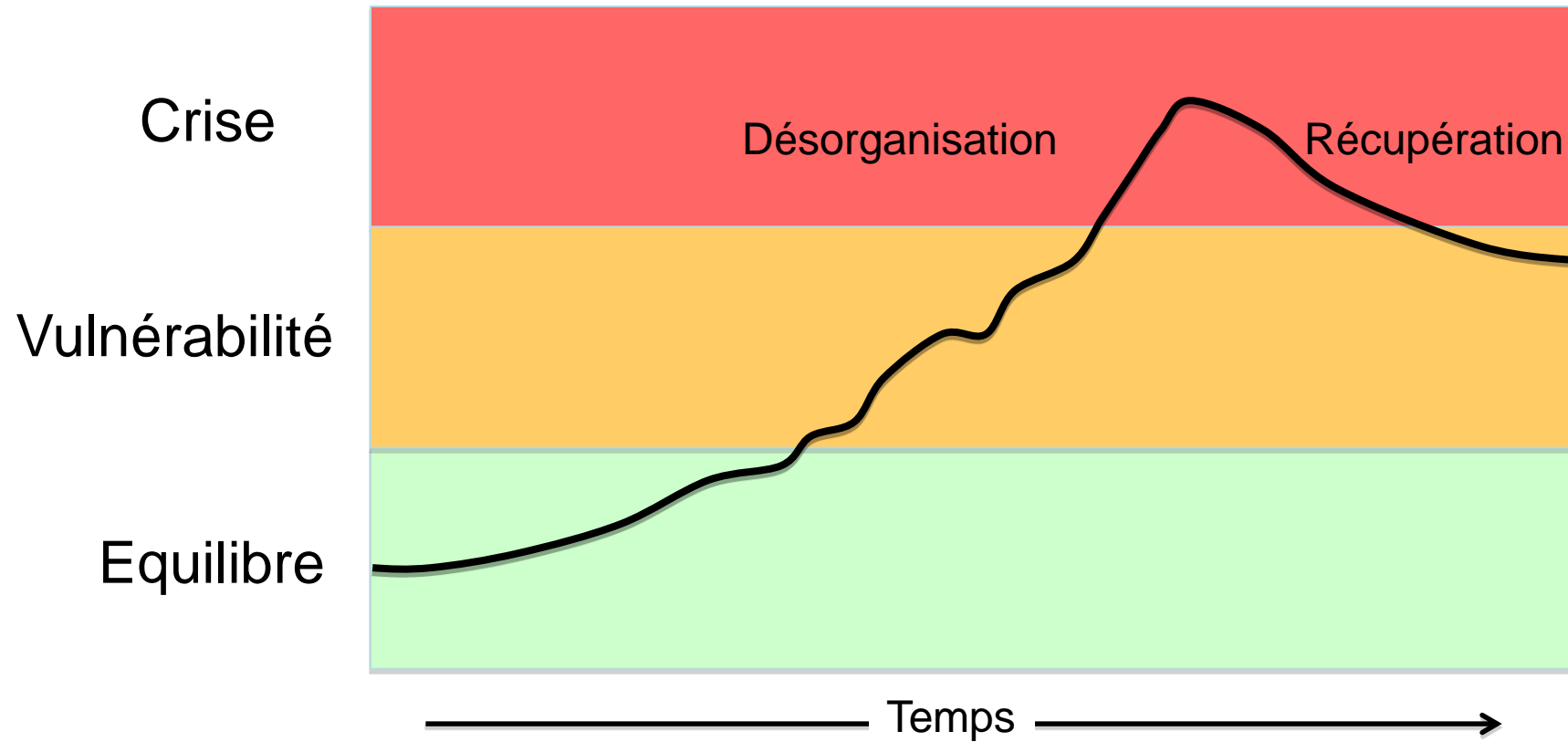
# La régression

- elle est fonction de la gravité de la maladie
  - du simple rhume
  - à la maladie grave
- et de la structure de la personnalité du sujet
- elle peut être aussi pathologique ou absente
  - réactions excessives (risquent d'engager le patient dans des conduites auto-entretenues : chronicisation)
  - son absence peut traduire la peur et le refus de la maladie (amène à une suradaptation permanente très coûteuse)
    - opposition aux soins
    - hostilité

# Les réactions du patient

- elles découlent de la mise en jeu des mécanismes d'adaptation du sujet
  - la personnalité est le support des capacités adaptatives du sujet
    - ensemble des fonctions mentales nécessaires à l'adaptation (« boîte à outils »)

# L'homéostasie psychique



# Les réactions du patient

- point de vue des théories psychanalytiques
- mécanismes de défense du « moi »
  - « les mécanismes de défense sont des **processus psychologiques automatiques** qui protègent l'individu de l'anxiété, de la perception de dangers ou de facteurs de stress internes ou externes. Les individus n'ont généralement pas conscience de ces processus lorsqu'ils sont à l'œuvre. Les mécanismes de défense opèrent une médiation entre la réaction de l'individu aux conflits émotionnels et les facteurs de stress internes ou externes. »

# Mécanismes de défense

- Certains sont plus particulièrement utilisés pour s'adapter à la situation de maladie :
  - **le refoulement** : permet qu'une idée pénible ou dangereuse soit maintenue dans les strates inconscientes du psychisme. Ce qui est refoulé est comme oublié, le sujet est incapable de l'évoquer.
  - **la dénégation** : permet au sujet d'exprimer une pensée ou un désir tout en ne se reconnaissant pas concerné ("Ne croyez pas que j'ai peur").
  - **le déni de la réalité** : permet de ne pas reconnaître une part plus ou moins importante de la réalité externe.
  - **l'isolation** : permet de vivre un événement inacceptable, avec un grand détachement apparent, les émotions seules étant refoulées.
  - **la projection** : consiste à attribuer au monde extérieur des qualités ou des sentiments qui appartiennent en fait au sujet.
  - **le déplacement** : consiste à détacher les affects (émotions) liés à une représentation (à un événement) pour les lier à une autre représentation, au départ moins intense
  - etc....

# Les réactions du patient

- point de vue des théories cognitivo-comportementales
- modèles de « coping »
  - stratégies d'adaptation au stress
  - “ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu” (Lazarus et Folkman, 1984)
  - il s'agit d'un processus intentionnel et actif

# Le coping

- “une stratégie de coping est efficace ou fonctionnelle si elle permet à l’individu de maîtriser la situation stressante et/ou de diminuer son impact sur son bien-être physique et psychique” (Lazarus et Folkman, 1984)
- 3 types de stratégies sont retrouvées
  - coping centré sur le problème
  - coping centré sur l’émotion
  - recherche de soutien social
- les stratégies actives sont les plus efficaces



# Coping centré sur le problème

- processus cognitifs et stratégies comportementales qui diminuent ou suppriment la source du problème
  - affrontement/confrontation directe
  - négociation
  - évitement/fuite
  - recherche d'informations
  - augmentation des capacités personnelles
  - prise de traitements

# Coping centré sur l'émotion

- stratégies comportementales qui diminuent ou canalisent la détresse émotionnelle
  - minimisation de la portée de l'événement
  - relativisation
  - négation du problème

# Recherche de soutien social

- efforts pour obtenir la sympathie (médiation affective)
- stratégies comportementales visant à obtenir
  - soutien
  - écoute
  - aide
  - réassurance

# Les types de réactions à la maladie

- réactions anxieuses
  - fréquentes
  - liée à la peur de la mort, la souffrance, l'altération des liens affectifs et/ou sociaux
  - témoigne en général d'un processus normal d'adaptation aux contraintes et aux conséquences de la maladie

# Les types de réactions à la maladie

- minimisation, négation et refus de la maladie
  - courantes
  - déni de la maladie
  - rationalisation de la maladie
  - parfois comportements d'hyperactivité centrée sur la maladie (consultations multiples)

# Les types de réactions à la maladie

- réactions d'ordre narcissique
  - la maladie menace l'intégrité de l'individu
  - expérience de « faille narcissique »
  - repli sur soi
  - égocentrisme
  - idées dépressives associées à la crainte de ne plus être dignes d'être aimé

# Les types de réactions à la maladie

- réactions dépressives
  - fréquentes au cours des maladies chroniques et/ou sévères
  - confrontation avec la mort
  - favorisées par certains facteurs biologiques, lésionnels et thérapeutiques
  - exprimées ou masquées par les plaintes somatiques

# Les types de réactions à la maladie

- attitudes agressives et persécutives
  - reflet de la perception d'une menace
  - peuvent s'exprimer de façons très variées :
    - agressivité passive,
    - agressivité verbale
    - voire agressivité physique



# Phases de la réaction

- les différentes modalités de réaction peuvent être associées et/ou se succéder dans le temps
  - étape initiale dominée par l'angoisse
  - puis adaptation
- dans les maladies chroniques ou graves on rencontre souvent la séquence
  - sidération → déni → révolte → acceptation
  - similitudes avec les réactions face à la mort
    - dénégaration, colère, marchandage, dépression, acceptation (E. Kübler-Ross)

# Le caractère pathologique de la réaction

- il n'y a pas de stratégie défensive idéale vis à vis de la maladie
- le caractère pathologique de la réaction et la nécessité d'une intervention thérapeutique découlent de :
  - la souffrance du patient et son inadaptation à la situation
  - le caractère inhabituel de la réaction
    - dans son intensité
    - dans sa durée

# **La relation médecin-malade (soignant-soigné)**

# La relation médecin (soignant)-malade

- caractéristiques générales
  - relation d'inégalité
  - relation organisées autour d'attentes réciproques
  - relation centrée sur le corps mais passant par la parole
- elle est particulière du fait de l'apparition d'attitudes régressives chez le malade

# Les attentes du patient

## ***Attentes***

- être écouté et compris
- comprendre
- être aidé

## ***Contenu du soin***

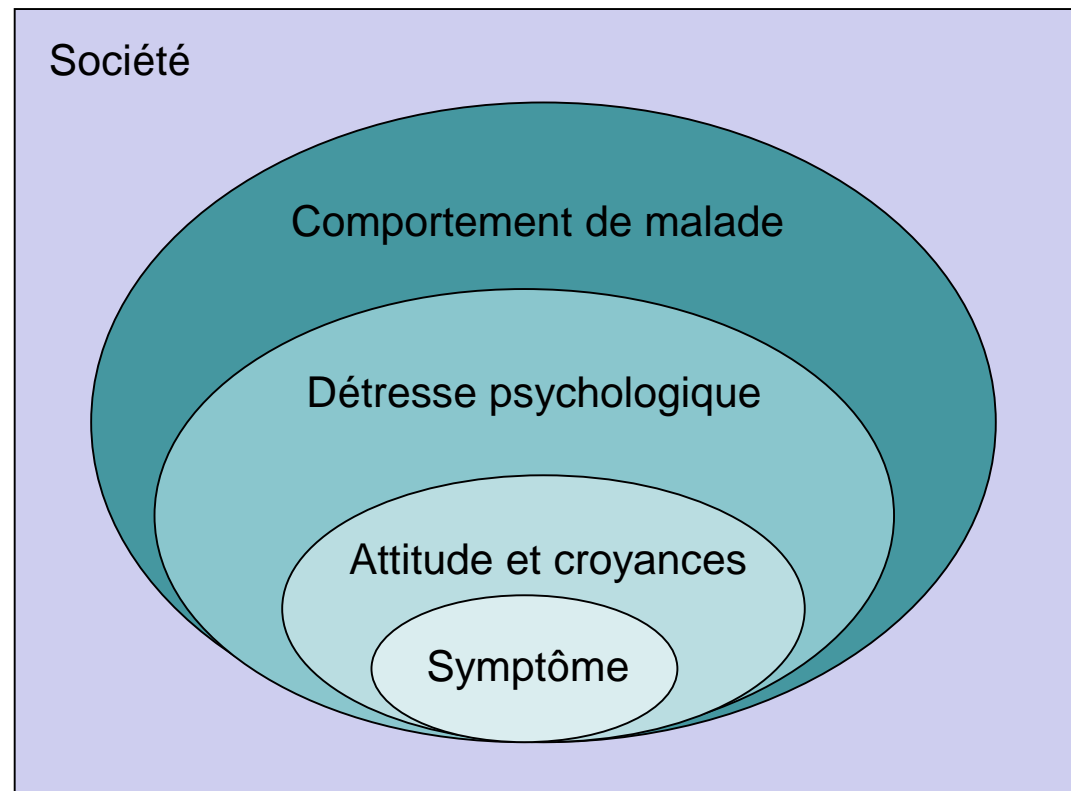
- dimension empathique
- dimension pédagogique
- dimension thérapeutique

# Les attentes du médecin (soignant)

- choix individuel de la profession
  - motivations conscientes (intérêt scientifique, altruisme, gagner de l'argent, ...)
  - mobiles inconscients (voir, savoir, toucher, comprendre, pouvoir, ...)
    - couple pulsionnel voyeur/exhibitionniste
    - réparation de tendances agressives (sadiques)
- mais aussi attentes de la société

# La relation médecin (soignant)-malade

- elle est déterminée par de nombreux facteurs,
  - individuels (personnalité, nature de la maladie, réactions, ...)
  - socio-culturels (statut du malade et du médecin, croyances, culture d'appartenance, ...)



(Main & Williams, 2002)

# Le modèle psychanalytique de la relation médecin-malade

- Michaël BALINT (1896-1970)
  - psychanalyste hongrois
  - réfugié en Angleterre en 1938
  - ses travaux les plus connus concernent la formation psychologique des médecins et les applications de la psychanalyse à la formation des médecins
  - « Le médecin, son malade et la maladie » (1957)





# L'apport des travaux de M. Balint

1. la médecine traditionnelle étudie plus les maladies que les malades
2. un tiers de l'activité professionnelle d'un médecin généraliste ne relève que d'une action psychothérapeutique
3. la relation médecin-malade s'organise entre 2 pôles extrêmes de domination et de soumission
4. elle partage de nombreuses similitudes avec la relation parents-enfants

# Le concept psychanalytique de transfert

- correspond aux réactions affectives conscientes et inconscientes qu'éprouve le patient à l'égard de son médecin
  - le patient projette sur le soignant des affects inconscients
  - processus favorisé par la régression (infantile) provoquée par la maladie
  - ces affects inconscients correspondent à des affects refoulés liés à des situations conflictuelles vécues dans le passé (réactualisation des conflits infantiles)
  - projection fantasmatique sur l'image "paternelle" du médecin ou "maternelle" de l'infirmière
- ce mécanisme de transfert est dépendant de l'histoire personnelle du malade et de sa personnalité

# Le contre-transfert

- réactions affectives conscientes et inconscientes qu'éprouve le médecin (soignant) vis à vis de son patient
- mécanisme analogue et symétrique
  - projection d'affects inconscients
  - réactualisation des conflits infantiles
- **ce mécanisme de contre-transfert est dépendant de l'histoire personnelle du soignant et de sa personnalité**

# Contre-transfert positif ou négatif

- un contre-transfert positif est gage d'une relation médecin-malade de qualité
  - attitude empathique
  - compréhension des attentes du patient
  - respect de la distance nécessaire à l'objectivité et à la prise de décision
- un contre-transfert négatif entraîne
  - distance et froideur excessives
  - non respect des besoins du patient
  - agressivité, frustration de ses attentes
- un contre-transfert excessivement positif est dommageable
  - pour le patient : perte de l'objectivité nécessaire aux décisions thérapeutiques
  - pour le soignant : conséquences psychologiques de l'identification au malade

# Les attitudes relationnelles

- la qualité du contre-transfert se traduit par l'attitude relationnelle adoptée par le soignant

« A – PATHIQUE » : **néglige** l'émotion du patient

« ANTI – PATHIQUE » : **rejette** l'émotion du patient

« SYM – PATHIQUE » : **adhère** à l'émotion du patient

« EM – PATHIQUE » : **comprend** l'émotion du patient

# La relation médecin (soignant)-malade

- une relation médecin (soignant)-malade de qualité dépendra donc (entre autres) :
  - des aptitudes relationnelles du médecin (soignant) et de sa capacité à adopter une attitude empathique (« neutralité bienveillante »)
  - de sa connaissance de lui-même (être à l'écoute de ses émotions)
  - de ses compétences pour reconnaître les mécanismes psychologiques en jeu

# Évolutions actuelles de la relation médecin-malade

- évolution culturelle avec passage
  - d'un modèle « paternaliste » : relation verticale
  - à un modèle d' « autonomie » : relation partenariale voire consumériste
- nouvelles obligations (loi du 4 mars 2002) liées :
  - au droit du patient à l'information et au devoir d'informer du médecin
  - au consentement éclairé du patient concernant les soins
    - le consentement autrefois implicite devient explicite
  - à la communication du dossier médical au patient
- néanmoins, les ressorts fondamentaux de la relation médecin (soignant)-malade restent inchangés !

# Mentions légales

L'ensemble de ce document relève des législations française et internationale sur le droit d'auteur et la propriété intellectuelle. Tous les droits de reproduction de tout ou partie sont réservés pour les textes ainsi que pour l'ensemble des documents iconographiques, photographiques, vidéos et sonores.

Ce document est interdit à la vente ou à la location. Sa diffusion, duplication, mise à disposition du public (sous quelque forme ou support que ce soit), mise en réseau, partielles ou totales, sont strictement réservées à l'Université Grenoble Alpes (UGA).

L'utilisation de ce document est strictement réservée à l'usage privé des étudiants inscrits en Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES) à l'Université Grenoble Alpes, et non destinée à une utilisation collective, gratuite ou payante.