

Psychologie médicale

Date de création du document 2008-2009

Table des matières

1 Définition de la psychologie médicale.....	1
2 Les modèles de la relation médecin patient	2
3 Réactions du malade face à sa maladie grave : Approche psychodynamique.....	3

I DÉFINITION DE LA PSYCHOLOGIE MÉDICALE

Il s'agit de considérer dans la relation médicale le rôle de tout ce qui est de l'ordre de la psyché, c'est-à-dire tout ce qui concerne le fonctionnement mental du malade et du médecin ou de tous ceux qui occupent une fonction soignante. Les deux axes d'étude sont :

- La fonction soignante,
- Le malade et sa maladie.

Toute situation de relation et d'interaction médecin patient.

Etude la plus scientifique possible des données psychologiques mises en jeu par la création d'une situation relationnelle liée à la demande de soins médicaux.

II LES MODÈLES DE LA RELATION MÉDECIN PATIENT

- *Le médecin est décideur*

Modèle traditionnel : paternaliste

Le médecin doit proposer la solution la mieux adaptée à la maladie. Le médecin est décideur mais aussi à la qualité de vie et à la philosophie de vie du patient.

Inconvénient :

- Appropriation par le médecin des valeurs du patient.
- Satisfaction du patient vis-à-vis de ce modèle ?
- Modèle choisi par le médecin.

Avantages :

- Porter son agressivité sur le médecin (MD)
- Ne pas avoir à faire de choix.

Modèle accepté pour les maladies aiguës.

- *Le patient est décideur*

Modèle informatif : en réaction au paternalisme.

Le médecin doit proposer les différentes options avec leurs avantages et leurs inconvénients et le patient prend sa décision.

Limites :

- Compréhension imparfaite des propositions médicales.
- Barrage lié aux représentations.
- Qui a la capacité d'une telle décision ?
- Qui souhaite une telle décision ?
- Certaines personnes revendiquent ce modèle.

(En savoir plus : Avis n° 087 Refus de traitement et autonomie de la personne Comité Consultatif National d'Ethique. Avis n° 087. Refus de traitement et autonomie de la personne [en ligne]. 14/04/2005) Avis n°087

Tableau 1 : Caractéristiques des modèles paternaliste et informatif

Modèle	Paternaliste	Informatif
Synonymes	Médecin décideur	Patient décideur
Principe	Bienveillance	Autonomie
Culture	Latine	Anglo-Saxonne
Fondements	Droit romain	Common Law
Avantages	Protection/souffrance physique et psychique Réduction anxiété	Liberté/décision Choix de vie
Risques	Pouvoir médical Fausse idée toute puissance médecin	Indifférence Irresponsabilité du médecin

Tableau 2 : Les concepts d'autonomie en France et aux Etas-Unis (S. Rameix)

France	Etas-Unis	
<ul style="list-style-type: none"> - Individu protégé par la loi. - Individu appartient à une société. - Ne peut vouloir que ce qui est universaliste. - L'Etat limite ses droits sur son corps. - Protection de l'individu contre lui même. 	<ul style="list-style-type: none"> - La personne détermine ce qui est bien pour elle. - Contrat et recours au juge pour régler des conflits MP. - Droit de disposer librement de son corps. 	
Pays	France	Etas-Unis
Philosophes	Rousseau, Kant	Hobbes, Locke
Dominance	Collectif	Individuel

(Bibliographie : *Fondements philosophiques de l'éthique médicale [texte imprimé]*. Paris, Ellipses, 1996, 1 vol. ,159 p.) S. RAMEIX

- La décision partagée : recherche des préférences du patient

Prend en compte :

- Les progrès entraînés par le développement du modèle du patient décideur (information claire, présentation des options...)
- Les avantages du modèle paternaliste en plaçant le patient au centre d'un processus décisionnel flexible et adapté.

3 étapes :

- L'information
- La délibération
- La décision

L'information :

- Comprendre le motif de consultation et aboutir à un diagnostic à partir d'une technique définie.
- Présenter les bénéfices et inconvénients des différentes options.
- Méthodologie scientifique et validée.
- Outils de communication.

Au terme de cette étape : choix du modèle relationnel

La délibération :

Aider le patient à :

- Révéler ses préférences
- Faire émerger ses valeurs/maladie et traitements
- Se mettre en situation
- S'interroger / famille, travail, social...
- Préciser l'impact du traitement sur le mode de vie.

L'écoute attentive du médecin permet au patient de synthétiser ses préférences

La décision :

- Décision finale prise au cours d'un second entretien.
- Délai de 8 jours minimum.
- Documents informatifs pour aider à la décision.
- Demander un second avis si besoin.

Difficultés :

- Surprise des patients
- Anxiété associée au choix décisionnel
- Asymétrie de connaissance et d'expérience MP
- Interprétation du patient : fuite du médecin
- Médecins confondent avec modèle informatif
- Sentiment d'incompétence des jeunes médecins

=> **Approche nécessitant un apprentissage**

Modèle à privilégier : relation flexible et négociation possible

(Recommandation : Éducation thérapeutique du patient Comment la proposer et la réaliser ? (Juin 2007) Haute autorité de santé. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques [en ligne]. Juin 2007.)

Education thérapeutique du patient.

(Recommandation : Haute autorité de santé. Informations des patients.

Recommandations destinées aux médecins [en ligne]. Mars 2000.) Information des patients.

III RÉACTIONS DU MALADE FACE À SA MALADIE GRAVE : APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE

Dans le domaine des maladies somatiques graves, les mécanismes de défense correspondent aux moyens psychologiques mis en oeuvre par un patient pour lutter contre l'angoisse de mort induite par sa maladie et/ou toutes les conséquences qui en découlent. L'angoisse ressentie n'est pas le produit d'un conflit intrapsychique mais une angoisse trouvant son origine dans le réel : la peur de souffrir et la peur de mourir.

1) Facteurs d'agression lors d'une maladie somatique grave

Maladie => Effondrement des systèmes de défense mis en place et irruption d'angoisses multiples.

- **Angoisse de mort**

- Réelle, aiguë et déstructurante
- Défenses sidérées : sujet effondré et obnubilé à l'annonce
- L'anxiété se dissipe mais reste latente, elle colore la vie du patient
- Association : cancer = cadavre en devenir = mort

- **Angoisse de transformation corporelle**

- Fantasmes de dévoration interne (crabe, grossesse mortifère)
- Corps = cadavre en devenir
- Charge émotionnelle intense et valeur symbolique (testicule, sein)
- Angoisse de modification extérieure au corps
- Image que le sujet pense donner à voir = craintes des stigmates externes de la maladie
- Sentiment de vulnérabilité, schéma corporel perturbé = blessure narcissique et perte d'estime de soi avec nécessité d'un deuil quasi- impossible du corps sain pour intégrer un corps malade.

- **Angoisse / Entourage**

- Ségrégation, exclusion
- Risque de mort contagieuse : risque identificatoire
- Ambivalence : rejet/ désir d'aide
- Perturbation de la communication :
 - système communicationnel spécifique
 - dits/non dits = situation de double lien

- **Douleur**

- Relation étroite entre douleur et anxiété
- Potentialisation réciproque qui réactive l'univers imaginaire angoissant de la maladie :
 - Angoisse de mort
 - Enferme sujet dans univers clos

- **Traitements Anticancéreux**

- Anxiogènes
- Image péjorative et ambivalente
- Pouvoir thérapeutique et effets secondaires agressifs et angoissants

Face aux multiples agressions dues à la maladie et au regard porté par la société, les patients ont recours à leur mécanisme de défense afin d'éviter la dépression, les régressions archaïques voire les décompensations.

2) Les mécanismes de défense des malades

Processus psychique inconscient visant à réduire ou à annuler les effets désagréables des dangers réels ou imaginaires en remaniant les réalités internes et/ou externes et dont les manifestations - comportements, idées, affects - peuvent être inconscients ou conscient (*(Bibliographie : Les mécanismes de défense [texte imprimé]. Paris : Nathan, 1997,1 vol., 320 p.)* Ionescu et al., 1997).

- **Le déni**

- L'isolation
- Le déplacement
- La maîtrise : la rationalisation et les rites obsessionnels

- **La régression**

- La projection agressive
- La combativité / La sublimation

Le déni : Existence simultanée d'une perception de la réalité en même temps qu'une dénégation totale de certains éléments péjoratifs ou insupportables de cette réalité. Le sujet fonctionne avec un psychisme scindé en deux : l'un laisse filtrer certaines informations pendant que l'autre les nie. Habitude à l'oeuvre dans les psychoses, le déni est le plus puissant des mécanismes de défense rencontré en clinique humaine.

La régression : Désinvestissement pulsionnel du moi vis-à-vis du monde extérieur, s'accompagnant d'un rétrécissement égocentrique du champ relationnel amenant le patient à renoncer au monde, pour ne se préoccuper que du fonctionnement de son corps. Le patient se sent plus dépendant matériellement et psychologiquement de son entourage immédiat.

(En savoir plus : HENNEZEL Marie de. Fin de vie : le devoir d'accompagnement [en ligne]. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Octobre 2003.) Fin de vie : le devoir d'accompagnement.

IV ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

- BIMES-ARBUS S., LAZORTHE S. Y. et al. : Sciences Humaines et sociales [texte imprimé]. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2006, 1 vol., XXIV-487 p.
- IONESCU S, JACQUET MM, LHOTE C. : Les mécanismes de défense [texte imprimé]. Paris : Nathan, 1997,1 vol., 320 p.
- JEAMMET P., REYNEAUD M., CONSOLI S. : Psychologie médicale [texte imprimé]. Paris : Masson, 1996, 1 vol. , IX-394 p.
- RAMEIX S. : Fondements philosophiques de l'éthique médicale [texte imprimé]. Paris, Ellipses, 1996, 1 vol. ,159 p.
- RUSZNIEWSKI M. : Face à la maladie grave [texte imprimé]. Paris : Dunod, 1995, 206 p.

EN SAVOIR PLUS

- Avis n° 087 Refus de traitement et autonomie de la personne Comité Consultatif National d'Éthique. Avis n° 087. Refus de traitement et autonomie de la personne [en ligne]. 14/04/2005 : <http://www.ccne-ethique.fr/avis.php?debut=10>
- HENNEZEL Marie de. Fin de vie : le devoir d'accompagnement [en ligne]. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Octobre 2003. : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000617/index.shtml#>

RECOMMANDATION

- Éducation thérapeutique du patient Comment la proposer et la réaliser ? (Juin 2007) Haute autorité de santé. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques [en ligne]. Juin 2007. : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_601788/structuration-dun-programme-deducation-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques

- Haute autorité de santé. Informations des patients. Recommandations destinées aux médecins [en ligne]. Mars 2000. : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272040/informations-des-patients-recommandations-destinees-aux-medecins