

1. Item 1

LA RELATION MÉDECIN MALADE

- Dans le cadre du colloque singulier ou au sein d'une équipe, le cas échéant pluriprofessionnelle.
 - La communication avec le patient et son entourage.
 - L'annonce d'une maladie grave ou létale ou d'un dommage associé aux soins.
 - La formation du patient. La personnalisation de la prise en charge médicale.
-

UE 1. APPRENTISSAGE DE L'EXERCICE MÉDICAL ET DE LA COOPÉRATION INTERPROFESSIONNELLE

N° 1 - La relation médecin malade

- ↳ Expliquer les bases de la communication avec le malade, son entourage et la communication interprofessionnelle.
- ↳ Établir avec le patient une relation empathique, dans le respect de sa personnalité, de ses attentes et de ses besoins.
- ↳ Connaître les fondements psychopathologiques de la psychologie médicale.
- ↳ Se comporter de façon appropriée lors de l'annonce d'un diagnostic de maladie grave, de l'incertitude sur l'efficacité d'un traitement, de l'échec d'un projet thérapeutique, d'un handicap, d'un décès ou d'un événement indésirable associé aux soins.
- ↳ Favoriser l'évaluation des compétences du patient et envisager, en fonction des potentialités et des contraintes propres à chaque patient, les actions à proposer (à lui ou à son entourage) : éducation thérapeutique programmée ou non, actions d'accompagnement, plan personnalisé de soins (voir item 321).

Le conseil avant d'aborder la question

« Le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine générale est le médecin lui-même »
(M. Balint)

Cet item est un item général et transversal, qui peut être traité dans de nombreuses disciplines. Il s'agit essentiellement de connaître les aspects propres à la psychologie médicale, et à la communication avec le malade et son entourage.

I. LES BASES DE LA COMMUNICATION

A. Définition

- Dans tout acte médical, la communication interactive avec le patient est d'une importance fondamentale.
- *Il s'agit de communiquer, de transmettre des informations ou des connaissances à quelqu'un ou, s'il y a échange, de les mettre en commun dans un dialogue.*

B. Modélisation

- Dans le cas de la relation médecin-malade, la communication est interpersonnelle (duelle).
- Il s'agit d'un système complexe, dans lequel interviennent :
 - Des processus **cognitifs**,
 - Des processus **affectifs**,
 - Des processus **inconscients**.
- Schématiquement, on peut représenter la communication de la manière suivante :
 - **Un émetteur** transmet une information à un **récepteur**.
 - Le message est transmis via **un code** (la langue).
 - Le message est transmis via **un canal de transmission** (vive voix, téléphone).
 - Le message prend du sens dans le cadre d'un contexte appelé **référentiel**.
 - Le message **peut être parasité** par du bruit, interférence.
 - Le destinataire reçoit l'information, y réagit et retourne sa réaction à l'émetteur (**feedback**).

C. La communication verbale

- Elle passe par l'intermédiaire de mots.
- Le médecin **adapte son langage** au niveau socio-culturel du patient.
- La **reformulation** permet de s'assurer que le patient va bien comprendre la question posée ou le message que l'on veut transmettre.

D. La communication non-verbale

- La **communication non-verbale** se base sur la **compréhension implicite de signes non exprimés par le langage**, comme la gestuelle, la mimique, le rythme de la conversation, l'intonation, le regard...
- Le médecin doit maîtriser au mieux certaines de ses réactions, pour ne pas, sans le vouloir, modifier le message verbal qu'il doit adresser à son patient.
- De même pour le patient, qui s'adresse à un médecin avec son langage, sa problématique socio-culturelle, son angoisse. Parfois, les mots ne sont pas à l'image de sa plainte ou de sa souffrance.



75 % de la communication entre deux individus est non-verbale.

II. LA RELATION MÉDECIN-MALADE

A. Définitions

- La psychologie médicale correspond aux aspects de la psychologie qui sont nécessaires à la compréhension totale de la maladie et à la relation du médecin à son malade.
- **La relation médecin – malade est une relation contractuelle, humaine et intellectuelle.**
- Le médecin et le patient sont liés par un contrat **civil, synallagmatique** (c'est-à-dire un contrat où les deux parties s'engagent réciproquement), **à titre onéreux, intuitu personae** (ou spécifique à chaque personne).
- C'est une relation humaine, dépendante de nombreux facteurs individuels et socio-culturels.
- Elle est faite **d'attentes et d'espérances mutuelles** qui agissent de façon consciente et inconsciente.
- C'est une **relation de confiance** qui s'inscrit dans le cadre d'une pratique éthique soumise au code de déontologie médicale, **et basée sur le secret professionnel.**
- C'est une **relation asymétrique** : *le patient souffre et n'a pas les connaissances pour résoudre sa souffrance, et le médecin, en bonne santé est détenteur d'un savoir permettant de soulager le malade*
- La relation médecin-malade est spécifique car elle **a pour premier objet le corps malade mais la parole pour premier moyen thérapeutique**, mais elle est aussi source potentielle d'incompréhensions et d'erreurs.



Le médecin a une obligation de moyens et d'information envers le malade.



Le malade doit se conformer aux recommandations et prescriptions du médecin

B. Les acteurs

- **Le malade :**
 - « *qui est en mauvais état – dont la santé est altérée* », « *qui éprouve quelques troubles dans les fonctions de ses organes* »
 - Il fait **une demande** :
 - Dans le cadre d'un référentiel culturel,
 - L'objet est le corps, par extension le psychisme,
 - Qui allie une **dimension explicite** (symptôme) et une **dimension implicite** (besoin de réassurance).
 - Dans le langage courant, la terminologie « malade » recouvre différents sens : « *t'es pas un peu malade ?* », « *les propos que je viens d'entendre m'ont rendu malade* ».
- **Le médecin :**
 - Possède un **savoir**, est titulaire d'un diplôme (doctorat en médecine), et est inscrit auprès de l'Ordre des médecins,
 - Possède un savoir-faire technique, **une compétence**,
 - Interprète la demande du patient, reconnaît la subjectivité du malade face à sa maladie,
 - Répond à la demande dans le cadre de référence médical.

■ **La maladie :**

Réelle ou imaginaire.



Les interactions entre ces 3 acteurs peuvent donner lieu à 3 situations différentes :

- **Le cas des maladies authentifiées :** le malade se plaint d'une maladie, authentifiée par le médecin (par exemple : appendicite, bronchite...).
- **Le cas des maladies qui ne s'accompagnent d'aucun ressenti :** le médecin découvre une maladie dont le malade ne se plaint pas (par exemple : HTA, dyslipidémie...).
- **Le cas des maladies qui sont reconnues comme telles par le malade :** le malade se plaint de symptômes que le médecin n'attribue pas à une maladie organique (par exemple : trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle, crainte excessive d'avoir une maladie).

C. Les différents modèles

- La relation médecin-malade peut être théorisée selon différents modèles, plus ou moins extrêmes. La relation médecin-malade n'est pas figée et peut au cours du temps, passer d'un modèle à l'autre.
- **Le modèle paternaliste :**
 - Il fait référence à une **relation d'autorité, asymétrique.**
 - La responsabilité incombe au médecin.
 - Classiquement décrit comme « **la rencontre d'une confiance (le malade) et d'une conscience (le médecin)** » :
 - Un médecin compétent donneur d'ordre à suivre.
 - Un malade affaibli par la maladie, la souffrance et l'ignorance, et qui est soumis.
- **Le modèle technique :**
 - Le médecin fournit des informations selon les données scientifiques actuelles, sur les diagnostics, les pronostics, les traitements, avec leurs avantages et leurs risques respectifs.
 - La **dimension affective est très réduite.**
- **Le modèle suiveur :**

Le patient se présente avec un savoir (internet, livres, avis des proches...) et dicte la conduite à tenir au **médecin qui renonce à son propre avis.**
- **Le modèle autonomiste :**
 - La relation médecin-malade est de plus en plus empreinte d'aspects médico-légaux.
 - L'approche est **plutôt pédagogique.**
 - **Le médecin se « déresponsabilise »** en informant le malade qui choisit en connaissance de cause.
 - Le malade détient de plus en plus une partie de **l'information médicale et a sa liberté de choisir et de consentir aux soins.**
 - Le médecin devient un conseiller au service d'un projet commun : **la santé du patient.**
 - **Le traitement est « négocié ».**
- Différents auteurs ont conceptualisé les aspects de la relation médecin – malade (Tableau 1).

Tableau 1. Exemples de modélisations de la relation médecin-malade

Modèle de Hollender	Modèle de von Gebattel
<ul style="list-style-type: none"> • Patient passif et dépendant • Médecin actif totalement 	<ul style="list-style-type: none"> • Phase <i>pathique</i> : le médecin se rend disponible à l'appel du patient
<ul style="list-style-type: none"> • Le médecin dirige • Le malade coopère 	<ul style="list-style-type: none"> • Phase « <i>techno-scientifique</i> » : le médecin fait abstraction de la subjectivité, « objectise » le patient pour aboutir à un diagnostic clinique
<ul style="list-style-type: none"> • Participation mutuelle, relation aboutie et éducation thérapeutique, à la santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Phase <i>partenariale</i> entre deux partenaires égaux

D. Évolution actuelle de la relation médecin – malade

- L'évolution actuelle, notamment depuis la loi du 4 mars 2002, tend à passer d'un modèle paternaliste vers un **modèle autonomiste**.
- Le risque est la dérive d'une relation, déshumanisée du type : client vers un fournisseur...
- Cette évolution pose aussi pour certains, la question de savoir si le malade est, dans sa souffrance, bien en capacité de choisir en « toute conscience »...

III. LES FONDEMENTS PSYCHOPATHOLOGIQUES DE LA PSYCHOLOGIE MÉDICALE

- Ces derniers ont essentiellement fait l'objet d'études sous le regard de la théorie psychodynamique.
- L'interaction entre le malade et son médecin entraîne beaucoup d'émotions et de sentiments qui influent sur leur relation.
- **Le concept de transfert** correspond à l'ensemble des réactions affectives conscientes et inconscientes que le patient éprouve à l'égard de son médecin.
- **Le concept de contre-transfert** est le résultat de l'influence qu'exerce le malade sur les sentiments inconscients du médecin. Il peut être générateur d'agressivité, d'impatience, ou de colère.
 - Un contre transfert **positif** permet une relation médecin - malade de qualité.
 - Un contre transfert **néгатif** induit une agressivité de la part du soignant qui peut frustrer le malade et induire l'échec de la relation.
- **Les travaux de Balint :**
 - Le médecin est un « **remède en soi** ».
 - Il est nécessaire de maîtriser la relation interindividuelle pour établir avec le patient un échange affectif thérapeutique.
 - Il est nécessaire pour le médecin de se connaître et de connaître ses défenses face au stress.
 - Ses travaux sont à l'origine de la mise en place de « **groupe Balint** » afin de réfléchir aux problématiques relationnelles soignants-soignés.

IV. L'ANNONCE D'UNE MALADIE GRAVE, D'UN HANDICAP, D'UN DÉCÈS

A. L'annonce d'une maladie grave, et d'un handicap

- Il n'existe **pas de manière idéale d'annoncer une maladie grave**, néanmoins il est indispensable, au minimum, de :
 - **Connaître le patient et son dossier !**
 - **Savoir ce qu'il sait** de la maladie, **ce qu'il se représente** de son état actuel, de son parcours de soins, de **ce qu'il « veut savoir »**,
 - De ce fait l'annonce peut être immédiate ou retardée.
- Il convient de proposer un accompagnement par une personne de confiance et d'**assurer un suivi immédiat** si besoin.
- **Les modalités de l'annonce** : les informations portent sur :
 - Le diagnostic,
 - Le traitement avec ses bénéfices et ses risques, ses alternatives,
 - Le pronostic,
 - Le soutien.
- **Les conditions de l'annonce** :
 - Le cadre : **calme, lieu approprié, limiter les interférences,**
 - Le temps : l'annonce **doit être préparée au préalable, il faut prendre le temps, se rendre disponible**
 - Les informations : elles sont révélées **de manière progressive**, et de la façon la moins traumatisante possible :
 - Les mots doivent être **simples, adaptés** au patient,
 - L'information doit être **interactive**,
 - Les mots utilisés par le patient sont repris,
 - Les termes **sont répétés, expliqués**, si besoin à l'aide d'un schéma,
 - Il ne faut pas chercher à tout dire au cours du même entretien, et il ne faut pas hésiter à *fragmenter* l'information.
- **L'attitude empathique** :
 - **Écouter !**
 - **Accorder du temps au patient pour s'exprimer.**
 - Demander s'il y a des questions et y répondre (le plus souvent après l'annonce, les patients sont sidérés, les questions viendront dans un 2^e temps, lors d'une consultation rapprochée).
 - Les réactions peuvent être de l'ordre du déni, de l'effondrement, ou de l'agressivité, ce qui ne constitue pas une manifestation pathologique.
 - **S'assurer de la suite de l'entretien**, comment rentre-t-il chez lui ? Quelqu'un peut-il l'accueillir une fois à la maison ? S'assurer d'un bon étayage familial, et avec son accord, solliciter les proches.



À ÉVITER ABSOLUMENT : le mensonge, la banalisation, la fuite et l'évitement, la fausse réassurance, le refuge derrière des termes techniques, abandonner le patient après l'information, l'identification massive au patient...

B. L'annonce du décès

- Il s'agit bien sûr de situations toujours **uniques et dépendantes des circonstances**, de la relation du corps médical avec les proches, de la relation du médecin du défunt avec les proches. Contrairement à l'annonce d'une maladie grave, souvent ce n'est

pas le médecin référent qui annonce le décès (notamment la nuit, ou le week-end à l'hôpital).

- Le décès ne délie pas du secret médical.
- Il est nécessaire d'expliquer les circonstances du décès aux proches, et si nécessaire, ses derniers instants.
- Il faut choisir un lieu adéquat pour l'annonce aux proches, avec préservation de l'intimité et de la confidentialité.
- Il faut expliquer, rassurer, déculpabiliser les proches, laisser la famille voir le défunt, rester disponible et discret, permettre le recueillement.
- Il faut enfin expliquer la suite de la prise en charge : temps en chambre, transfert à la morgue, funérarium...

V. L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

A. Définitions

- **L'éducation thérapeutique consiste à exercer un ensemble cohérent d'actions, en vue de conférer au patient des compétences précises, lui permettant de participer à la gestion de son traitement et de son suivi.**
- **La psychoéducation est un concept proche, mais plus global, car il intègre les éléments fondamentaux de la psychologie médicale.**
- L'éducation thérapeutique s'adresse non seulement au patient atteint d'une maladie chronique, **mais aussi à sa famille.**
- Elle satisfait des **objectifs de prévention secondaire ou tertiaire.**
- Elle fait partie intégrante du traitement.
- Les actions sont **adaptées et personnalisées pour un patient donné.**

B. Les objectifs

- **L'optimisation de l'observance des traitements** : liée aux capacités cognitives du patient, et aux réactions psychopathologiques face à la maladie.
- **L'autonomisation maximale du patient dans la gestion de sa maladie** :
 - Connaissances physiopathologiques minimales,
 - Connaissance et prévention des situations à risque de rechute,
 - Reconnaissance des signes précoces de rechute,
 - Apprentissage des conduites à tenir en cas d'urgence.
- **Améliorer la qualité de vie.**

C. L'organisation

- Il s'agit d'un processus dynamique, correspondant à un changement d'état d'esprit en médecine.
- Il s'agit d'un travail au quotidien, pouvant se réaliser à l'hôpital, en hôpital de jour, en consultation...

- Les programmes d'éducation thérapeutique font intervenir une **équipe multidisciplinaire** : médecin, infirmière, diététicienne, psychologue, éducateur...
- L'éducation thérapeutique peut se faire **en individuel ou en groupe**, et dans tous les cas :
 - Privilégie une participation active du patient,
 - Trouve un équilibre entre-temps de parole du (des) patient(s) et du soignant,
 - Utilise des outils éducatifs (vidéos, jeux, livres) et des techniques pédagogiques interactives,
 - Vérifie la bonne acquisition des connaissances et compétences : *Le malade doit devenir acteur de sa prise en charge, pour subir au minimum sa maladie.*



Nous vous conseillons de penser aux programmes d'éducation thérapeutique dans vos réponses à l'examen. Il s'agit en effet de plus en plus, de stratégies recommandées dans la prise en charge des principales pathologies psychiatriques chroniques : schizophrénie, trouble bipolaire, addictions, troubles du comportement alimentaire...