

LA RELATION MEDECIN-MALADE

Pr SEGHIR

Faculté de médecine

Université Constantine 3

I. INTRODUCTION

- La relation médecin-malade est spécifique car elle a pour premier objet le corps du malade mais la parole est le premier moyen thérapeutique, donc source d'incompréhension et d'erreurs.
- La relation médecin-malade est une relation asymétrique. Elle naît de la demande d'un patient souffrant adressé à un médecin ayant le savoir sur la maladie : le malade est passif alors que le médecin doit prendre la responsabilité de la démarche de soin.
- Le malade, en fonction de sa personnalité, attend un soulagement et si possible la guérison. Mais il n'attend pas du médecin une action purement technique, il demande également un soutien, une réassurance voire l'établissement d'une relation affective.
- La relation médecin-malade n'est ni une relation amicale, ni familiale, ni commerciale. C'est une relation de confiance qui s'inscrit dans le cadre d'une pratique éthique.

Une relation médecin-patient harmonieuse doit permettre :

- une démarche diagnostique ;
- l'amélioration de la qualité de vie du patient ;
- la prise en compte du point de vue du patient ;
- une bonne observance thérapeutique ;
- un exercice médical le plus confortable possible.

II. ASPECTS THEORIQUES

Le **transfert** : constitué de l'ensemble des réactions affectives conscientes et inconscientes que le patient éprouve à l'égard de son médecin.

Le **contre-transfert** désigne l'ensemble des réactions affectives conscientes et inconscientes que le médecin éprouve à l'égard de son patient :

- Un contre-transfert positif permet une relation médecin-malade de qualité, le développement d'une empathie et une action thérapeutique efficace.
- Un contre-transfert négatif induit une agressivité du soignant qui peut induire un échec de la relation.
- Une absence de contre-transfert tend à susciter une froideur du soignant.

Il est donc nécessaire pour le médecin d'être capable de reconnaître les sentiments du malade qui pourraient entraver les démarches diagnostiques et thérapeutiques.

III. MODELES DE RELATION MEDECIN-MALADE

A. Modèle traditionnel : paternaliste

Le médecin est décideur : il doit proposer la solution la mieux adaptée à la maladie. Le médecin est aussi décideur de la qualité de vie 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.

Avantage :

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

B. Modèle informatif

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

Limite :

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

Caractéristiques des modèles paternaliste et informatif

Modèle	Paternaliste	Informatif
Synonymes	Médecin décideur	Patient décideur
Principe	Bienveillance	Autonomie
Culture	Latine	Anglo-Saxonne
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
Fondements	Droit romain	Common Law

Exemples de concepts d'autonomie

France	Etats-Unis
• 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. • Dominance : Collectif	• La personne détermine ce qui est bien pour elle. • Contrat et recours au juge pour régler des conflits Médecin-Patient. • Droit de disposer librement de son corps. • Dominance : Individuel

C. La décision médicale

- Du point de vue du médecin

- Le médecin conçoit la maladie comme un dysfonctionnement organique et/ou psychique. Son rôle dans cette situation consistera à établir un diagnostic conforme à une démarche clinique reproduisant les étapes d'une démarche scientifique.
- La démarche clinique aboutit à un choix thérapeutique conforme à des données scientifiques prouvées
- Dans ce type de démarche, le médecin adopte une approche purement objective détachée de toute autre considération.

- Du point de vue du patient

La prise de décision médicale est l'un des aspects importants de la relation soignant soigné. Elle est fonction :

- Du degré de contrôle exercé par le patient sur la prise de décision lors d'une consultation
- Croyances et représentations du patient et de son entourage

- Les préférences (Peur de la forme injectable, des suppositoires, préférence des gouttes...)
- Les contraintes qui peuvent être : Religieuses (Pendant le ramadhan, les diabétiques qui refusent de prendre leur traitement le jour). Conjugales (Certaines femmes prennent leur traitement en cachette de leur époux). Professionnelles (Les chauffeurs routiers qui ne peuvent pas prendre des traitements entraînant une somnolence)

La décision partagée

- Prend en compte des aspects des 2 modèles paternaliste et informatif.
- Comporte 3 étapes :

1. 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.

2. 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.

3. La décision :

- Décision finale prise au cours d'un second entretien.
- 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 M/P
- Interprétation du patient : fuite du médecin
- Confusion avec le modèle informatif

- Sentiment d'incompétence des jeunes médecins

=> Approche nécessitant un apprentissage

IV. TYPES DE COMMUNICATION

A. La communication verbale

- Le médecin doit adapter son langage c'est-à-dire les mots qu'il utilise au niveau socioculturel du patient, et donc en essayant d'utiliser les mots les plus simples du langage lorsque cela est possible.
- La reformulation (redire une phrase ou un mot à l'aide de synonymes) permet de s'assurer que le patient va bien comprendre la question qu'on lui pose.
- Le médecin peut demander au patient d'expliquer à son tour ce que le praticien lui a expliqué concernant sa maladie ou ses symptômes ou les thérapeutiques à envisager.
- Un défaut très fréquent du jeune étudiant en médecine est d'utiliser des termes médicaux pour interroger un patient.

B. La communication non verbale

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

Le médecin doit donc tenir compte de ces éléments pour écouter, interpréter, décoder le langage du patient.

V. DIMENSION PSYCHOLOGIQUE

A. Les mécanismes de défense du malade

Le déni

En dépit de l'évidence des indices, le malade refuse de reconnaître la réalité.

Le déplacement

Le malade focalise sa peur sur une autre réalité, en transférant l'angoisse liée à sa maladie, sur un élément substitutif (par exemple, il ne parle que de sa peur

des effets secondaires du traitement, ou d'un symptôme mineur sans jamais évoquer son cancer).

La régression

Le malade adopte un comportement de repli sur soi, demandant à être protégé et pris en charge sur un mode egocentrique.

La projection agressive

Le malade réagit de façon agressive et revendicatrice, attaquant ses proches et les soignants.