

CHAPITRE 1

LA RELATION MÉDECIN-MALADE – L'ANNONCE D'UNE MALADIE GRAVE. L'INFORMATION DU PATIENT ATTEINT DE MALADIE CHRONIQUE. LA PERSONNALISATION DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE

Module 1 : « Apprentissage
de l'exercice médical »
Question 1

Objectifs :

- Connaître les grands principes de la relation médecin-malade.
- Connaître les principes de l'annonce d'une maladie grave.

I. LA RELATION MÉDECIN-MALADE

A. Généralités

- La relation médecin-malade est une **relation humaine**, dépendante de nombreux facteurs individuels et socioculturels. Elle est faite d'attente et d'espérances mutuelles qui agissent de façon consciente et inconsciente.
- Ce 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** soumise au code de déontologie médicale.
- 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. Elle tend à poser le malade comme sujet passif. 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.
- Le médecin réagit face au malade afin de pouvoir vérifier son pouvoir de soignant et d'obtenir une reconnaissance. Il doit cependant rester neutre et distant malgré sa sensibilité, ses propres difficultés ou son histoire personnelle.
- La relation médecin-malade est spécifique car elle a pour **premier objet le corps du malade** mais **la parole pour premier moyen thérapeutique**, source d'incompréhension et d'erreurs.
- Cette relation est également dépendante de processus d'idéalisations réciproques : le patient idéalise le médecin comme connaisseur et expert ; le médecin idéalise le patient comme celui qui répondra à la prise en charge qu'il préconise.

- **Écouter** le malade et l'entourage affectif du patient est un des aspects fondamentaux de la démarche de soin.
- 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.

B. Concepts théoriques

1. LES APPORTS PSYCHANALYTIQUES

- Les conceptions psychanalytiques ont été les premières à éclairer le rapport soignant-soigné.
- L'interaction entre le malade et son médecin entraîne beaucoup d'émotions et de sentiments qui influent sur leur relation.
- Le concept de **transfert** est caractéristique de la position psychanalytique dans la relation d'aide.
- Le transfert est constitué de *l'ensemble des réactions affectives conscientes et inconscientes que le patient éprouve à l'égard de son médecin*. Il répond de désirs inconscients, de désirs insatisfaits, de modalités relationnelles vécues dans l'enfance, qui vont s'actualiser et s'immiscer dans le rapport qui s'établit avec le médecin en ce qu'il représente inconsciemment. Le transfert impose un style de la relation du malade face au médecin.
- Le **contre-transfert** désigne *les mouvements affectifs, l'influence du malade sur les sentiments inconscients du médecin*.
- 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 frustrer le malade et induire un échec de la relation. De même une absence de contre-transfert tend à susciter une froideur du soignant qui nuit à la qualité de soins.
- Il est donc nécessaire pour le médecin d'être capable de s'écouter, de reconnaître les sentiments du malade qui pourraient entraver les démarches diagnostiques et thérapeutiques.

2. LES APPORTS DE BALINT

- M. Balint, médecin et psychanalyste, a conceptualisé la relation médecin-malade de façon spécifique en se basant sur quelques constatations simples :
 - la médecine a pour objet d'étude les maladies et non le malade ;
 - le temps consacré en médecine générale à la relation avec le malade représente plus d'un tiers de l'activité médicale ;
 - la relation médecin-malade gravite entre 2 pôles extrêmes que sont la domination et la soumission auxquelles répondent le pouvoir du médecin et la fragilité du malade en demande.
- Pour Balint, **le médecin est, de ce fait, lui-même une partie du remède**, même si son action est médiatisée par un médicament, un traitement chirurgical, un examen. Ainsi une maîtrise constante du rapport du médecin avec son patient doit permettre d'établir avec le malade une relation affec-

tive supportable pour chacun d'eux. *Cette relation est nécessaire par ses vertus curatives propres.*

3. LA NOUVELLE DONNE

- Avec la loi du 4 mars 2002, obligeant à l'information éclairée et à l'accès au dossier médical, la relation médecin-malade a évolué d'une position médicale paternaliste inégalitaire (le médecin sait et décide) à une relation dans laquelle le patient devient plus *autonome* comme sujet libre et pensant, participant aux prises de décisions. De ce fait les rapports soignant-soigné se rapprochent des thèses anglo-saxonnes, qui affirment la libre disposition de son corps par le malade.
- Cette loi impose en pratique *le respect des désirs et choix de vie des patients dans la gestion des stratégies de soin ou de prévention. Le médecin doit désormais une information claire et loyale au patient* pour rendre ce principe applicable.

II. L'ANNONCE D'UNE MALADIE GRAVE

- L'annonce d'une maladie grave est en soi un **traumatisme psychologique indépendant de toute souffrance physique**. Elle peut réveiller des blessures et/ou des souffrances anciennes amenant à un double traumatisme.
- La souffrance psychique induite par l'annonce peut induire des troubles de l'humeur, du comportement, de l'anxiété, une inhibition, une perte de l'intérêt pour le monde extérieur. Cette souffrance peut également se manifester sous forme d'angoisses avec ressenti physique de douleur, de malaise corporel intense.
- La **connaissance de la maladie peut devenir une souffrance pour le patient**. Lors de l'annonce, cette connaissance croisera les **expériences émotionnelles intimes du malade**, se traduisant par **un vécu en rapport avec elles potentiellement différent chez chacun**. Ce processus explique le **décalage entre la parole qui peut être donnée par le médecin et ce qu'entendra le malade**.
- **Il n'est pas de manière idéale d'annoncer une maladie grave.**

A. Le savoir du patient

- Pour faire l'annonce, le médecin doit d'abord être à l'écoute afin de savoir ce que le patient se dit au sujet de sa souffrance :
 - ce qu'il sait ou croit savoir : ce qui a déjà été expliqué, ce que le patient a lu ou entendu au sujet de sa maladie ;
 - ce que le patient comprend de son savoir sur la maladie et de ses conséquences sur sa vie ;
 - les attitudes et l'état émotionnel du patient (ses peurs, les mots qu'il évite, ce qu'il sait mais ne dit pas).
- Ce premier temps de l'annonce oblige le médecin à une *lecture des informations verbales et non verbales (gestes, attitudes) du patient*.

B. Le besoin d'information du patient

- Il est important de parvenir à définir, en fonction du savoir du patient, la qualité de l'information que va donner le médecin. Il faut appréhender ce que le patient est en capacité d'entendre tant dans la quantité que dans la spécificité des annonces.
- L'annonce se fait de façon directe, en entretien et de façon empathique.
- Le premier temps est **la recherche de ce que le patient veut savoir sur la maladie et l'estimation de ses besoins à connaître le pronostic.**
- Dans les faits, le patient oscille souvent entre une position de dénégation (refus du patient nécessaire pour s'habituer à sa condition et à une forme de désespoir) et une position de demande complète d'information (qui peut briser un espoir chez le patient qui le cherche le plus souvent).
- Il est cependant impensable de se tenir à une annonce simple du nom de la maladie. L'annonce est une **démarche progressive**, quel que soit le désir du patient, dans un contexte de bienveillance et d'écoute de la part du soignant.
- Quelle que soit l'attitude du patient, il faudra la respecter afin de lui permettre de s'habituer au diagnostic.
- Le médecin devra mettre en perspective la place du traitement dans cette annonce afin de ne pas rompre la relation médecin-malade, ce qui compromettrait les chances de survie du malade.

C. La communication de l'information par le médecin

- La communication d'information du médecin à son patient est codifiée par des règles de bonnes pratiques (cf. loi du 4 mars 2002).
- Le médecin peut réussir à annoncer une maladie grave s'il a une idée précise des **objectifs à atteindre au cours de cette annonce.**
- Il peut avoir pour objectif **l'annonce du diagnostic, la proposition concomitante d'une réponse thérapeutique, l'évocation de ses bénéfices en termes de pronostic** et la proposition d'un soutien.
- L'entretien doit être *mené sagement mais en validant les objectifs.*
- Le début de cette annonce peut s'appuyer sur la verbalisation de ces objectifs.
Ex. « Je vais vous parler de votre maladie, de ses symptômes, des traitements possibles puis nous discuterons de tout cela, de l'avenir, et je répondrai à vos questions. »
- La suite de l'annonce doit permettre d'abonder dans le sens du patient lorsqu'il a raison, de se baser sur ses propos et ses réactions pour avancer dans les objectifs à atteindre. Il faut *éveiller un sentiment de confiance et de réassurance chez le patient.* Il faut tenter d'opérer régulièrement un rapprochement entre le point de vue du patient et les données médicales.
- **On donnera notamment les informations progressivement**, en fonction des capacités de « métabolisation » du malade. On vérifiera régulièrement que le malade a compris ces informations au cours de l'échange (termes médicaux +++) en lui laissant la parole.
- Le médecin peut s'appuyer dans son annonce sur des schémas explicatifs, des dessins ou des brochures.

- Les réactions immédiates des patients sont diverses, ne présageant pas des comportements ultérieurs : tristesse avec larmes, comportements régressifs, indifférence, agressivité, courage...
- Ces réactions doivent permettre au médecin de comprendre les préoccupations du malade afin de les prendre en compte dans la démarche de soin.

D. Proposition thérapeutique et suivi

- La fin de l'entretien est marquée par un résumé de celui-ci et débouche sur une proposition de projet thérapeutique, synthèse de l'annonce de la maladie et du vécu du malade.
- C'est un **projet de soins hiérarchisé**, qui tient compte **de la connaissance médicale** comme **des besoins du malade**, qui ne peut être complètement défini à cet instant mais présenté comme **souple et adaptable**. Il scelle un contrat moral entre le malade et le médecin, contrat qui peut être renégocié régulièrement. Il ménage une place aux éléments non communicables au patient du fait de son état ou de la nécessité de bilans complémentaires. Il s'appuie sur le **consentement éclairé** du patient à la démarche de soin proposée.

POINTS CLÉS

- La relation médecin-malade est une relation de confiance qui s'inscrit dans le cadre d'une pratique éthique soumise au code de déontologie médicale.
- Elle a pour premier objet le corps du malade mais la parole pour premier moyen thérapeutique.
- La loi de mars 2002 fait que le médecin doit désormais une information claire et loyale au patient.
- Dans les suites de l'annonce d'une maladie grave, la connaissance de cette maladie peut devenir une souffrance pour le patient.
- Il n'est pas de manière idéale d'annoncer une maladie grave. L'annonce doit être souple, adaptée et progressive s'ouvrant vers une démarche de soins.