

Lundi 16 juin 2014

Monique Samé

La relation médecin-patient

Pour en savoir plus :

- **BALINT Michaël " Le Médecin, son malade et la maladie "** Trad. J.P. Valabrega,
Petite collection Payot, Paris, 7ème éd. 1996

L'auteur Michael Balint (1896-1970), psychiatre et psychanalyste anglais d'origine hongroise. Il est à l'origine notamment d'un mouvement médical qui a profondément renouvelé les relations des médecins avec leurs patients. Toute son œuvre est publiée aux Editions Payot. En 1957 ce livre fut publié en Angleterre. M. Balint fut à l'origine d'un mouvement médical qui reconsidera totalement les relations médecin-malade.

Il organisa plusieurs groupes de réflexion qui rassemblaient généralistes et psychiatres. Ces praticiens travaillèrent sur des cas concrets pour discuter des conditions du diagnostic et de l'exercice de la psychothérapie par les généralistes. Leur recherche n'eut pas pour ambition de livrer une solution miracle. L'objectif de Balint et de son séminaire fut surtout de permettre aux médecins de reconsiderer leur expérience de tous les jours, pour mieux cerner des problèmes coûteux en travail inutile pour les praticiens et en souffrances tout aussi inutiles pour les patients.

En ajout à ce texte vous aurez 4 entrevues intitulées « démocratie sanitaire » qui sont offertes par Liliane et proviennent du site Médiapart. Elles nous permettent de réfléchir sur les ressentis des patients, dans les cas énoncés par la journaliste Mathilde Goanec. (les photos ont été supprimées en vue de l'impression et la mise en page un peu modifiée mais le texte est fidèle)

Puis un extrait du module transdisciplinaire rédigé par le C.H.U. d'Angers (M.Escande), sur la relation médecin-patient.

Petite historique médecin-patient

La **relation médecin-patient** a traditionnellement suivi ce que l'on pourrait nommer le « *modèle paternaliste* » ; Dans ce modèle, le médecin est persuadé de savoir et d'être objectif. Il se voit comme le gardien de l'intérêt du patient. Il prend les décisions pour lui, en respectant simplement un principe de bienfaisance. Le principe de bienfaisance pourrait être explicité comme étant :

1. le devoir de ne pas nuire ;
2. le devoir de prévenir le mal ou la souffrance ;
3. le devoir de supprimer le mal ou la souffrance ;
4. le devoir de faire le bien ou de promouvoir le bien

Le serment d'Hippocrate inclut d'ailleurs à ce propos le *surtout ne pas nuire* (en latin *primum non nocere*). Le patient est perçu dans le modèle paternaliste comme n'étant plus une personne

raisonnable, capable de comprendre sa maladie ou de décider pour elle-même de la manière dont elle veut vivre ou mourir. Le médecin se positionne comme étant celui qui a le savoir. Le médecin est un expert et pour sa part, le patient est dans l'ignorance. Tout ce que le patient peut faire est d'acquiescer au modèle thérapeutique du médecin et sa liberté se limite alors à pouvoir changer de médecin traitant.

C'est en réaction aux expérimentations cliniques menées par les nazis sur des prisonniers, qu'apparaît en 1947 dans le code de Nuremberg la notion de consentement éclairé du malade. Mais la majorité des pays occidentaux passa progressivement de ce modèle paternaliste à un nouveau paradigme que l'on pourrait nommer « modèle délibératif ». C'est par exemple le cas en Belgique avec la loi sur les droits des patients qui introduit la notion de *contrat thérapeutique*

Le modèle délibératif

À l'inverse du modèle paternaliste, le modèle délibératif veut instaurer un dialogue entre le médecin et le patient. Le consentement éclairé du patient se définit comme l'acte autorisant le médecin à mettre en œuvre un traitement qu'il a, au préalable, explicité au patient.

La difficulté surgit immédiatement, à la lecture de cette définition, puisque certaines personnes sont incapables de donner un consentement à un acte médical : l'enfant, le fœtus, le handicapé mental, la personne comateuse ou encore la personne âgée confuse. La notion de contrat thérapeutique se base en effet sur le fait que le patient est (ou a été) une personne. Pour être une personne il faut :

1. une conscience de soi ;
2. la raison ;
3. un sens moral minimum.

Une autre difficulté se situe dans l'articulation du principe d'autonomie du patient et le principe de bienfaisance dont nous parlions au début de cet article comme étant un des fondements du modèle paternaliste. Si le patient n'a pas la connaissance médicale, il est cependant en mesure d'évaluer les impacts de la décision médicale sur son mode de vie, ses valeurs, son histoire personnelle et le sens de son existence. Il a la possibilité d'exercer son jugement et d'évaluer si le traitement proposé est acceptable, compte tenu de sa spécificité individuelle.

Mais pour pouvoir exercer son jugement, le patient doit avoir accès à l'information médicale. Un dialogue est donc nécessaire. Si le patient d'un médecin est (ou a été) une personne, il se doit de lui laisser prendre les décisions qui affecteront sa vie. Le *contrat* se constitue dans une délibération entre la volonté du patient et du médecin. Les deux volontés interviennent dans le consensus à part égale (mais il faut souligner que le patient a en tout cas le droit de décider lui-même ce que les traitants peuvent faire ou ne pas faire (autonomie du patient)). Lorsqu'une équipe encadre le patient, la discussion se réalise avec l'ensemble du personnel soignant et n'est plus une décision prise uniquement par le médecin au sommet de la hiérarchie des intervenants, tel un « bon père de famille ». Les infirmières, par exemple, doivent prendre part à la décision. Ce n'est pas au médecin de prendre des décisions de vie (et de mort) en lieu et place des personnes. Personne n'est mieux placé que la personne (informée) elle-même pour décider ce qui est le mieux pour elle.

Extrait du module transdisciplinaire rédigé par le C.H.U. d'Angers (M.Escande), sur la relation médecin-patient.

La relation médecin-malade

La relation thérapeutique médecin-malade est déterminée par de nombreux facteurs, individuels et socio-culturels.

De même que le malade réagit à sa maladie en fonction de sa personnalité propre, le médecin réagit face à son malade par un certain nombre d'attitudes conscientes et inconscientes qui dépendent de sa personnalité et de son histoire, et qui sont susceptibles d'infléchir le cours de la relation thérapeutique.

1. Les particularités psychiques et psychosociales du médecin

Le choix individuel de la profession :

Il s'explique par des motivations conscientes sous-tendues par des mobiles plus inconscients.

Ainsi les désirs de voir, comprendre, savoir, toucher, pouvoir sont sous tendus par le couple pulsionnel voyeur-exhibitionniste plus inconscient. Les désirs conscients de soulager, se rendre utile, réparer, gagner de l'argent sont sous tendus par l'attrait de la réparation des tendances agressives (valable aussi dans la société en général).

Puis Les attentes de la société peuvent influer sur le choix de la profession. Elles concernent : le savoir technique, l'altruisme, l'universalité du pouvoir, le désintéressement, la neutralité affective, morale, juridique voire politique et religieuse. Ces attentes réelles ou imaginaires peuvent confronter le médecin à des conflits internes.

2. Les caractéristiques générales de la relation médecin-malade

Les données classiques

Avec ses symptômes, un malade demande certainement au médecin-technicien de le guérir de sa maladie, mais il demande aussi d'autres choses. L'Homme malade demande soutien, réassurance, sécurité et affection ; il demande donc à son médecin une véritable relation affective et une disponibilité, compatibles avec l'exigence de neutralité qui incombe au médecin.

Le médecin réagit devant son malade non seulement comme un technicien averti des maladies, mais aussi comme personne ayant une histoire propre, plus ou moins sensible à la souffrance de l'autre.

Ainsi la relation médecin-patient a les caractéristiques suivantes :

- c'est une relation fondamentalement fondée sur l'inégalité et l'asymétrie, puisque la demande du patient le rend passif et dépendant et puisque sa souffrance le mobilise et le diminue.
- c'est une relation d'attente et d'espérance mutuelle : le malade attend la guérison ou au moins le soulagement, le soignant la reconnaissance de son pouvoir réparateur.
- c'est une relation où le lieu d'échange est avant tout le corps mais où la parole a sa place.
- c'est une relation de confiance non égalitaire, impliquant la distance et l'aseptie (prévention).

L'apport du modèle psychanalytique

La théorie psychanalytique a défini le concept de transfert. Il s'agit des réactions affectives conscientes et inconscientes qu'éprouve le patient à l'égard de son médecin.

En effet, dans le cadre de la relation médecin-malade des désirs inconscients sont actualisés et un certain nombre de désirs insatisfaits du patient vont se projeter sur la personne du médecin en ce qu'il

représente – inconsciemment – un autre personnage. Le malade peut ainsi répéter des situations conflictuelles qu'il a vécues dans son passé.

La théorie psychanalytique a aussi défini le concept de contre-transfert alors que le malade est sujet au transfert, le contre-transfert se définit comme les réactions affectives conscientes et inconscientes qu'èprouve le médecin vis-à-vis de son patient. Ce contre-transfert est très directement lié à la personnalité et à l'histoire personnelle du médecin.

Le plus souvent, le contre-transfert est positif, permettant une relation médecin-malade de qualité caractérisée par l'empathie du médecin et une action thérapeutique efficace. Une relation médecin-malade de qualité fait référence au fait que le médecin s'identifie au patient et comprend sa situation tout en étant capable de garder une certaine distance vis à vis de lui, distance requise par l'objectivité nécessaire à la prise de décisions thérapeutiques. Un contre-transfert excessivement positif risque de conduire à une identification massive au malade et/ou à une perte d'objectivité dans les soins.

Ailleurs, un contre transfert négatif induisant l'agressivité et des frustrations excessives du malade peut être à l'origine d'échecs de la relation thérapeutique.

Il en est de même pour une absence de contre-transfert qui peut conduire à une froideur excessive.

L'apport des travaux de M. Balint

M. Balint, psychiatre - psychanalyste hongrois, a développé une modalité originale d'approche de la relation médecin-malade.

Ces travaux sont issus de quelques constatations : 1. il existe un certain nombre d'insuffisances de la médecine traditionnelle, qui 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 et la relation médecin-malade s'organise entre 2 pôles extrêmes de domination et de soumission auxquels correspondent le pouvoir du médecin et la fragilité du malade.

Pour **Balint**, le médecin est un remède en soi, même si son action est médiatisée par un médicament. Ainsi, une meilleure maîtrise de la relation interindividuelle doit permettre au médecin d'établir avec son patient un échange affectif qui aura des vertus curatives. C'est l'objectif des « **Groupes Balint** » consacrés à l'approche en groupe des diverses problématiques relationnelles médecin-malade.

Les données récentes

La relation médecin-patient est actuellement en pleine mutation.

Ainsi, le médecin risque d'avoir une marge de manœuvre relativement faible entre ses obligations éthiques et déontologiques anciennes d'une part et ces nouvelles modalités de fonctionnement d'autre part. D'une façon un peu schématique, la situation pourrait être ainsi résumée : le médecin devra trouver un juste milieu entre deux pôles extrêmes.

Mettant en avant les droits de l'individu, notre société souhaite faire évoluer la relation médecin-patient d'un modèle « paternaliste » vers un modèle d'« autonomie ». Cette évolution se traduit notamment dans les nouvelles obligations liées à l'information et au consentement éclairé du patient concernant les soins ainsi qu'à la communication du dossier médical au patient. Le médecin risque d'avoir une marge de manœuvre relativement faible entre ses obligations éthiques et déontologiques anciennes d'une part et ces nouvelles modalités de fonctionnement d'autre part. Le premier pôle est une relation dite « paternaliste » trop inégalitaire, trop peu concertée, respectant insuffisamment l'individu qui est peu informé des traitements. Le second rôle correspond à une relation dite d'« autonomie ». Dans cette relation, le médecin, désinvestissant son rôle et son statut de médecin, se déresponsabiliserait de toute décision pour le patient : le patient, censé être capable de prendre les meilleures décisions pour lui-même (dans les domaines aussi difficiles que sa maladie ou sa mort par exemple), serait quant à lui renvoyé à des décisions imprenables, car le mettant dans une position

ingérable en termes psychologiques et risquant de conduire au fait qu'il ne bénéficie pas des meilleurs traitements pour lui-même.

En pratique, et pour respecter le patient sans se dédouaner de son rôle, le médecin se devra d'expliquer sa maladie au patient en adaptant son langage à celui du patient. La communication du dossier médical devra se faire, autant que possible, dans le respect de ces grands principes.

3. Quelques situations pratiques

Quelques exemples particulièrement fréquents sont illustrés dans ce paragraphe

-Attitudes face à l'angoisse

L'attitude la plus adaptée est le plus souvent une attitude souple d'écoute bienveillante, centrée sur les préoccupations du malade, associée à une attitude de réassurance et d'explication des symptômes. Certains médecins, au tempérament « actif » et « volontaire » préfèreront des attitudes plus directives, qui entretiennent l'image mythique du « médecin-Sauveur ». Elles sont sous-tendues par une tentative d'identification directe du malade au médecin : « Soyez fort comme moi ». Ce type d'attitude donne des résultats inconstants, parfois négatifs.

-Attitudes face à l'agressivité :

Les réactions agressives du médecin face à l'agressivité du patient sont fréquentes car certains médecins tolèrent mal les revendications agressives de leurs patients. Ces réactions agressives sont à éviter car elles entraînent souvent une escalade dans l'agressivité et une rupture de la relation thérapeutique.

L'attitude la plus adaptée consiste, dans la mesure du possible à reconnaître et nommer l'émotion du patient, ne pas refuser le principe du dialogue mais sans chercher à discuter rationnellement.

- Attitudes face à l'hypocondrie

L'hypochondriaque confrontera le médecin à l'impuissance thérapeutique. Si le médecin l'accepte, il évitera toute surenchère de médicalisation qui pérenniseraient les troubles voire les agraverait.

-Attitudes face à la séduction histrionique

Ces patients, suggestibles, influençables, dépendants se moulent au corps médical avec une plasticité étonnante. Guérir pourrait alors signifier pour eux une rupture de ce lien affectif. Ce phénomène favorise l'engrenage des hospitalisations abusives, de la récidive, des bénéfices secondaires. Le médecin doit avoir pour objectif de prévenir cet engrenage.

Pour en savoir plus :

- BALINT M. " Le Médecin, son malade et la maladie " Trad. J.P. Valabrega, Petite collection Payot, Paris, 7ème éd. 1996