

## Relation soignant-soigné au cœur de la psychologie médicale

### RENCONTRE, TRANSFERT ET CONTRE-TRANSFERT

- La notion de **transfert** découle des travaux de la psychanalyse (S. Freud) où ont été décrits des mouvements psychiques particuliers créés par le cadre de la cure (neutralité de l'analyste, absence de tout contact physique pendant la séance y compris visuel...). La relation transférentielle est la relation établie avec le psychanalyste où le sujet en analyse « transfère » sur son analyste les figures des êtres importants qui ont marqué sa vie et au tout premier plan ses parents. Cette notion s'est étendue à d'autres cadres, comme celui de la relation médecin-patient, où le patient va projeter de manière inconsciente sur le médecin des vécus antérieurs, répéter des situations anciennes.
- **Transfert négatif et positif** : si le transfert est le plus souvent « positif » (sympathie, confiance, voire idéalisation avec le risque de désillusion), le transfert peut être aussi d'emblée ou secondairement négatif (antipathie, méfiance). Ces éléments interfèrent dans la relation thérapeutique, pouvant avoir des effets thérapeutiques contraires.
- **Contre-transfert** : décrit aussi initialement dans le cadre de la cure analytique, le contre-transfert est le mouvement affectif inconscient chez le médecin provoqué par les projections affectives du patient, en relation avec le propre vécu infantile du médecin.
- Ainsi, si théoriquement, on peut imaginer que la relation soignant-soigné devrait être neutre, il n'en est rien. Il s'agit bien de la rencontre entre être humain ayant chacun son histoire propre, et où interfère la personnalité de chacun ainsi que l'âge, le sexe, le statut (social pour le patient, professionnel pour le soignant), et bien sûr le type de maladie.
- Il est important d'avoir ces notions présentes pour pouvoir être le plus professionnel possible dans l'accompagnement des patients et de leur famille.

## LA LOI DU 4 MARS 2002

**Rappel :** l'accompagnement du patient et de son entourage va de pair avec la délivrance d'information sur sa situation qui prend en compte la nécessité d'information adaptée aux possibilités de compréhension et d'acceptation des uns et des autres, rythme à définir selon chacun. Le problème actuellement est de trouver le juste milieu entre surinformation – souvent peu accessible aux patients, générateur d'anxiété –, et sous information privant le patient d'une possibilité de participation active aux soins et en contradiction avec l'esprit de la loi de 2002.

## ÊTRE MALADE

La maladie va déclencher chez chaque sujet des réactions variées en fonction de sa personnalité, son histoire, le type de pathologie (transitoire ou chronique, pronostic fonctionnel ou vital...), les conséquences pour sa vie personnelle et sociale, la représentation culturelle de sa pathologie, *etc.* La maladie est souvent vécue comme un état de faiblesse, de souffrance, un état de renoncement partiel à la liberté, au plaisir (régime alimentaire particulier par exemple), source d'angoisse. La culpabilité peut être plus ou moins présente, avec notion de faute. Quel que soit le pronostic, elle vient interroger notre rapport à la finitude, à nos limites, à la mort.

## RÉACTIONS PSYCHOLOGIQUES À LA MALADIE

On décrit classiquement les réactions suivantes :

- la dépendance : le malade a besoin qu'on s'occupe de lui ; c'est une réaction normale et transitoire. Les bénéfiques secondaires peuvent installer le patient dans une revendication de soins. Aussi, il faut être attentif à limiter dans un second temps les bénéfiques secondaires ;
- la régression : c'est une réaction de repli, de protection, de retour à des positions infantiles (égocentrisme, parfois agressivité). L'attitude doit être la même que précédemment ;
- la réaction de déni de la maladie : le patient refuse le diagnostic, le suivi, le traitement, *etc.* C'est une réaction inconsciente contre l'angoisse et un refus de toute dépendance. Il faut savoir l'entendre pour pouvoir rassurer et laisser une part la plus active possible au patient dans le choix et le déroulé de ses soins ;
- la réaction persécutive : elle suit souvent le déni ; le patient rejette la faute sur le corps soignant, avec agressivité pouvant aller jusqu'à l'idée de préjudice et demande de réparation. L'appel à la loi est parfois nécessaire.

## MODÈLES DE RELATION MÉDECIN/MALADE

- Différents auteurs ont tenté de décrire les relations médecin/malade. Citons Schneider qui décrit deux types :

- la relation de service (relation superficielle, demande au niveau du symptôme et absence de réelle relation) ;
- la relation interpersonnelle (où la relation est au cœur du soin).
- Citons également le modèle de Hollender qui décrit 3 types suivant les rôles respectifs de chacun des partenaires et le lieu et type d'exercice : médecin actif-malade passif (urgences...), médecin directif-malade coopérant (maladie aiguë), participation mutuelle et réciproque (maladies chroniques).

## **INFLUENCE DE L'HOSPITALISATION SUR LE MALADE ET SA MALADIE**

- Le moment de l'hospitalisation est un moment particulier où le risque de désorganisation du patient est majeur sur le plan psychologique et du coup potentiellement somatique. On connaît par exemple chez la personne âgée le « syndrome de glissement » où la personne perdant ses repères peut se laisser mourir suite à une intervention pourtant bénigne. Il faut savoir que l'hospitalisation est un moment de « choc » souvent pour le patient, accentué par le fonctionnement hospitalier lui-même : multiplicité des intervenants, circulation de l'information complexe, sensation de non-maîtrise des événements et des décisions, sensation d'anonymat... Tout ceci décuple la peur, l'angoisse naturellement déjà présente dans toute maladie.
- Il faut penser en tant que soignant à notre rôle « organisateur » pour la psyché du patient, en pensant à toujours se présenter (nom et fonction), à informer précisément des décisions, du déroulement de la journée et des examens comme des traitements, à laisser la possibilité pour le patient d'être acteur de ce qui se passe et à lui donner le plus possible un rôle actif.

## **ADHÉSION AU SOIN ET COMPLIANCE AU TRAITEMENT**

- Face à la blessure narcissique, à l'attaque de l'intégrité du soi que représente la maladie, le rapport au corps soignant, la relation singulière patient-soignant va être capitale pour l'acceptation des soins et la compliance au traitement.
- L'intégrité attaquée, le narcissisme perdu vont être entre autre le point de départ du transfert sur le médecin et des attentes vis-à-vis de lui. Le patient va attendre du soignant qu'il le rassure, qu'il le restaure, qu'il l'aide à donner un sens à ce qui lui arrive. Le soignant doit être conscient de ces demandes plus ou moins implicites et aider le patient à construire du nouveau tout en faisant le deuil du retour à un état antérieur. Il doit l'aider à pouvoir anticiper les différentes étapes de la prise en charge pour mieux vivre ces différents moments et lui permettre d'aménager sa vie en conséquence.
- L'attente du patient vis-à-vis du soignant sera aussi fonction de la « spécificité » du soignant (infirmière souvent plus investie dans une attente de nursing de type maternel, médecin plus souvent investi d'un rôle à la fois de type maternel et paternel...). Le soignant doit apprendre à s'adapter à chaque patient, à chaque situation, à partir d'une meilleure connaissance de soi, de ses réactions émotionnelles...

- L'implication du médecin, comme de chaque soignant selon son rôle propre, son intérêt pour le patient contribuent grandement à la façon dont le patient va vivre sa pathologie, accepter les soins, adhérer au traitement. Le soignant doit s'adapter à chaque patient suivant sa personnalité, gagner sa confiance dans une relation fiable, authentique, à juste distance.

## **EN CONCLUSION : LA RELATION DE CONFIANCE PATIENT-MÉDECIN, UN INTÉRÊT PARTAGÉ**

Ainsi, à partir de cette rencontre dans une relation de confiance, à distance de tout jugement moral, une relation thérapeutique peut se construire, prenant en compte la réalité de chaque patient, et permettant au mieux le déroulement des soins, la compliance au traitement, améliorant le pronostic du patient et facilitant la mission du soignant.

- D. Le contre transfert désigne ce que ressent le patient face à la manière d'être du soignant
- E. Les relations de transfert et de contre-transfert interfèrent avec la relation thérapeutique

### **115. Concernant la relation soignant/soigné**

- A. Les notions de transfert et de contre-transfert nous montrent que la relation soignant/soigné est une relation neutre
- B. La personnalité du soignant n'intervient pas
- C. L'âge, le sexe, le statut du soignant et du soigné n'interviennent pas dans la relation soignant/soigné
- D. Les types de pathologies interviennent dans les processus de transfert et de contre-transfert
- E. Transfert et contre-transfert sont aussi fonction de l'histoire personnelle de chacun des protagonistes

### **116. Concernant le fait d'être malade**

- A. La réaction du patient à sa maladie est proportionnelle à la gravité de celle-ci
- B. La réaction à la maladie varie en fonction de la personnalité de chacun
- C. La maladie est souvent vécue comme un état de faiblesse
- D. La régression est fréquente en cas de maladie
- E. La culpabilité ou la honte sont des sentiments rarement retrouvés chez les patients

### **117. Concernant la relation médecin/malade**

- A. Différents auteurs ont tenté de modéliser ces relations
- B. Schneider a décrit trois types suivant les rôles de chacun des partenaires et leur type d'exercice
- C. Le modèle des urgences est celui de la relation de type médecin directif/malade coopérant
- D. Dans l'exemple des maladies chroniques, on est souvent dans une participation mutuelle et réciproque des rôles de chacun
- E. Hollender a décrit des types de relation médecin-malade suivant le rôle respectif de chacun

### **118. Concernant les moments d'hospitalisation**

- A. L'hospitalisation est un moment où le risque de désorganisation est moindre du fait du nombre de soignants au service du patient
- B. Le syndrome de glissement s'observe chez la personne âgée après une opération sévère et peut contribuer à une fin fatale

**106. Concernant la personnalité**

*Réponses : A, B, C, E*

**107. Concernant le trouble de la personnalité**

*Réponse : C*

**108. Concernant les différents types de personnalités pathologiques décrites par le DSM-IV**

*Réponses : D, E*

**109. Concernant le tempérament et la personnalité**

*Réponses : A, C, D, E*

**110. Concernant les liens psyché/soma**

*Réponses : B, D, E*

**111. Concernant l'angoisse et l'anxiété**

*Réponses : A, C, E*

**112. Concernant la douleur**

*Réponses : C, D*

**113. Concernant la douleur**

*Réponses : B, C, E*

**114. Concernant la notion de transfert**

*Réponses : A, E*

**115. Concernant la relation soignant/soigné**

*Réponses : D, E*

**116. Concernant le fait d'être malade**

*Réponses : B, C, D*

**117. Concernant la relation médecin/malade**

*Réponses : A, D, E*