

## **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.**

- 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).

### **LES PRINCIPES DE LA RELATION MÉDECIN - MALADE**

L'élaboration d'un modèle de décision partagée a été formalisée en France à l'occasion de la **loi du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

## 1. Les différents types de relations :

- relation **paternaliste** : le patient doit avoir une confiance totale dans son médecin qui détient le savoir et qui prend les décisions en fonction du principe de bienfaisance.
- relation **autonomiste** : le patient est le seul détenteur de la décision, le médecin ayant alors un rôle uniquement consultatif.

## 2. Grands principes de la relation médecin – malade :

- Les textes législatifs et réglementaires permettent de dégager les grands principes qui doivent guider la relation entre le médecin et la personne malade.
- **Le respect de la dignité de la personne humaine :**
  - article L. 1110-2 du Code de la Santé Publique : « *la personne malade a droit au respect de sa dignité* ».
  - Code de Déontologie Médicale à l'article 2 : « *Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort* ».
- **La non-discrimination :**
  - Art. L. 1110-3 du CSP : « *Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins* »
  - Code de Déontologie Médicale à l'article 7 : « *Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quelles que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée* ».
- **Le secret médical :** C'est une obligation légale et déontologique pour le médecin.
  - Article 4 du Code de Déontologie : « *le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris* ».
  - Article L.1110-4 du Code de la Santé Publique :
    - Le secret médical ne s'applique pas au seul médecin mais à toute personne qui l'assiste dans l'exercice de son art.
    - Il est partagé entre l'ensemble de ces professionnels « *sauf opposition de la personne dûment avertie* ».
    - Lorsque la prise en charge se fait dans un établissement de santé, les informations sont réputées confiées à l'ensemble de l'équipe.
    - Il existe plusieurs dérogations légales obligatoires ou autorisées (voir tableau 1) qui se limitent à une information nécessaire, pertinente et non excessive.
    - La divulgation d'informations protégées par le secret médical est passible d'1 an de prison et de 15000 € d'amende.
- **Le consentement libre et éclairé :**
  - Article L.1111-4 du Code de la Santé Publique : « *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé* ».
  - Ce consentement doit être libre et éclairé, c'est-à-dire que le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix.

- La loi précise d'ailleurs qu' « *aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* ».
- Autres principes fondamentaux de la relation médecin-malade :
  - Principe de bienfaisance : le médecin promeut auprès de la personne malade la décision qui lui paraît la plus avantageuse pour ce dernier,
  - Empathie et écoute,
  - Confiance mutuelle,
  - Adaptation permanente en vue d'aboutir à une décision médicale partagée.

**Tableau 1. Dérogations légales obligatoires et autorisées au secret médical**

Le médecin est obligé de...	Le médecin est autorisé à...
Déclarer les naissances.	Signaler au Procureur de la République (avec l'accord des victimes adultes) des sévices constatés dans son exercice et qui permettent de présumer de violences physiques, sexuelles ou psychiques.
Déclarer les décès.	Transmettre au Président du Conseil Général toute information préoccupante sur un mineur en danger ou risquant de l'être.
Déclarer au médecin de l'ARS les maladies contagieuses dont la liste est fixée par voie réglementaire.	Communiquer les données à caractère personnel qu'il détient strictement nécessaires à l'exercice de leur mission : <ul style="list-style-type: none"> <li>- aux médecins conseils du service de contrôle médical,</li> <li>- aux médecins inspecteurs de l'inspection générale des affaires sociales,</li> <li>- aux médecins inspecteurs de la santé,</li> <li>- aux médecins inspecteurs de l'ARS,</li> <li>- aux médecins experts de la HAS,</li> <li>- aux inspecteurs médecins de la radioprotection.</li> </ul>
Indiquer le nom du patient et les symptômes présentés sur les certificats d'admission en soins psychiatriques.	Transmettre les données nominatives qu'il détient dans le cadre d'un traitement automatisé de données autorisées.
Établir, pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, des certificats détaillés décrivant les lésions et leurs conséquences.	Informers les autorités administratives du caractère dangereux des patients connus pour détenir une arme ou qui ont manifesté l'intention d'en acquérir une.
Fournir, à la demande des administrations concernées, des renseignements concernant les dossiers des pensions militaires et civiles d'invalidité ou de retraites.	
Transmettre à la CRCI ou à l'expert qu'elle désigne, aux fonds d'indemnisation, les documents qu'il détient sur les victimes d'un dommage.	
Communiquer à l'InVS les informations nécessaires à la sécurité, veille et alerte sanitaires.	
Communiquer, au médecin DIM les données médicales nominatives nécessaires à l'évaluation de l'activité lorsqu'il exerce dans un établissement de santé	

### 3. La décision médicale partagée :

- En France, depuis la loi du 4 mars 2002, on parle désormais de **décision médicale partagée**.
- C'est un processus en plusieurs étapes :
  - **Partage bilatéral d'une information médicale** entre le médecin et son patient, notamment les éléments de preuve scientifique ;
  - **Soutien** du médecin à son patient pour envisager les différentes options possibles et exprimer ses préférences ;
  - **Choix éclairé** entre les différentes options **effectué et accepté mutuellement** par le patient et son médecin.
- Il est possible de recourir à des supports facilitant la décision médicale partagée : documents papiers, vidéo, outils multimédias...
  - Ces aides ont pour but d'augmenter la participation du patient aux décisions sur sa santé et d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.
  - En revanche, il n'y a pas de preuve scientifique à ce jour de leur impact sur l'état de santé du patient ou sur l'enjeu financier associé à la décision.

## BASES PSYCHOPATHOLOGIQUES DE LA PSYCHOLOGIE MÉDICALE

### 1. Les réactions face à l'annonce de la maladie :

- **Mécanisme de défense** : Adaptation psychique de l'individu face au traumatisme que constitue l'annonce d'une maladie, surtout si elle est grave ou invalidante.
- Parmi les plus fréquemment rencontrées, on peut citer :
  - **L'adaptation** : La personne malade change son mode de fonctionnement dans l'objectif d'améliorer les résultats thérapeutiques sans pour autant désorganiser sa vie.
    - Le comportement adaptatif passe par des stratégies dites de *coping* (en anglais : *to cope*, faire face).
  - **La régression** : La perte volontaire d'autonomie de la part du patient peut favoriser l'alliance thérapeutique avec le soignant.
    - À condition qu'elle n'altère pas l'adhésion du patient au processus thérapeutique.
    - Elle doit cesser avec la guérison.
  - **Le déni** : Refus de la réalité de l'état pathologique ou de sa gravité.
    - S'accompagne souvent d'une compensation : hyperactivité, marchandage.
    - Risque de mauvaise observance thérapeutique.
  - **La réaction dépressive** : Elle peut être exprimée par le malade, être masquée ou avoir un retentissement somatique.
    - Fréquente dans le cadre des maladies chroniques ou sévères avec un pronostic sombre.
  - **L'agressivité et l'isolement** : Ce sont des réactions liées à la perception de la menace que représente la maladie pour l'intégrité physique et psychique de l'individu.
    - Risque de difficultés pour nouer une alliance thérapeutique de qualité.
    - Dans les deux cas, le médecin doit jouer un rôle d'apaisement et permettre au patient d'atténuer ses angoisses.

## 2. La dynamique de la relation médecin – malade :

- **Approche socioculturelle :**
  - La personne malade réagit face au médecin et à sa maladie en faisant appel à ses **affects**, ses **connaissances** et ses **croyances**, qui sont déterminées en grande partie par son environnement social, économique et culturel ainsi que par son histoire personnelle.
  - Le médecin réagit face à son patient et à sa maladie avec ses propres affects, ses propres connaissances et ses propres croyances, elles aussi déterminées par son environnement.
  - Le médecin réagit également en fonction des **choix individuels** qui l'ont amené à devenir médecin, des **attentes de la société** et de la représentation que celle-ci se fait du rôle du médecin (savoir et savoir-faire, altruisme, bienveillance, humanisme, neutralité, désintéressement...).
- **Approche sociologique :**
  - La relation médecin-malade est décrite comme **inégale** parce qu'il existe une forte **asymétrie d'information** entre le médecin et le malade.
  - Relation de nature **consensuelle** et contractuelle :
    - Le médecin et son patient nouent un **contrat synallagmatique**, c'est-à-dire bilatéral, à engagement réciproque. Il oblige autant le médecin que son patient.
- **Approche psychanalytique :**
  - On appelle **transfert** les réactions affectives conscientes et inconscientes qu'éprouve le patient à l'égard de son médecin.
  - Dans le sens inverse, on parle de **contre-transfert**.

## 3. Annonce d'un diagnostic de maladie grave :

- La consultation d'annonce est un moment clé puisqu'elle signe l'entrée du patient dans la maladie et dans son parcours thérapeutique.
- **Conditions matérielles de la consultation d'annonce :**
  - Organiser le rendez-vous sans mise en scène excessive, pas trop éloigné du diagnostic dans le temps.
  - Proposer au patient d'être accompagné d'un proche ou d'un professionnel de santé de son choix.
  - Choisir un lieu dédié, non spécifique, et un environnement calme (pas de téléphone, pas de dérangement durant l'entretien).
  - S'assurer que le médecin et le patient soient assis, face-à-face.
  - Accompagné d'un professionnel paramédical.
- **Durée de la consultation adaptée** à l'état émotionnel du patient :
  - Courte si le patient est sidéré par l'annonce (dans ce cas, proposer un second entretien à brève échéance).
  - Plus longue dans les autres cas, afin de permettre au patient de poser les questions qu'il souhaite.
  - Respect de la liberté, du rythme et de la personnalité du patient.
- **Écoute active et empathique** : le médecin aide le patient à poser des questions et exprimer ses émotions.
- **Information claire, loyale, appropriée et adaptée au niveau de compréhension :**
  - Éviter le jargon d'expert.
  - Contrôler régulièrement la compréhension du patient.
  - L'information doit être sincère, vraie et cohérente.

- **Ouverture vers un espoir réaliste** avec des propositions d'objectifs à court terme et l'ébauche d'un projet thérapeutique.
- Un dispositif dédié allant au-delà de la seule consultation a également été formalisé pour l'annonce diagnostique en oncologie dans le cadre du Plan Cancer.
- Il se construit autour de quatre temps :
  - **Temps médical** : Une ou plusieurs consultations dédiées à l'annonce du diagnostic de cancer, puis à la proposition de stratégie thérapeutique définie en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).
  - **Temps d'accompagnement soignant** : Il permet au malade ou à ses proches d'accéder à des soignants qui les écoutent pour les orienter vers d'autres professionnels (services sociaux, psychologues...) et les informer sur les services rendus par les associations.
  - **Accès à une équipe impliquée dans les soins de support.**
  - **Temps d'articulation avec la médecine de ville** : la communication entre l'équipe hospitalière et le médecin traitant est essentielle, gage de sécurité et de continuité des soins.

### Références

- Haute Autorité de Santé. Parcours de soins - Maladie chronique. Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014.
- Haute Autorité de Santé. Parcours de soins - Maladie chronique. Annoncer une mauvaise nouvelle. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014.

## L'essentiel

- Deux modèles de relation médecin-patient : Paternaliste ou Autonomiste. Évolution vers un modèle de décision médicale partagée.
- Principes fondamentaux de la relation médecin – malade :
  - Respect de la dignité de la personne humaine
  - Non-discrimination
  - Secret médical
  - Consentement libre et éclairé
  - Autres : empathie, écoute, confiance, adaptation.
- Mécanismes de défense face à l'annonce d'une maladie grave :
  - Adaptation
  - Régression
  - Dénier
  - Dépression
  - Agressivité
  - Isolement
- Les éléments de la dynamique de la relation médecins – patients :
  - Affects, connaissance et croyance
  - Relation consensuelle et contractuelle, de nature synalagmatique
  - Asymétrie d'information
  - Transfert et contre transfert
- L'annonce diagnostique :
  - Conditions matérielles favorisant l'écoute active et empathique.
  - Durée adaptée à l'état émotionnel du patient.
  - Information claire, loyale et appropriée, adaptée au niveau de compréhension.
  - Ébauche d'un projet thérapeutique.
  - Ouverture sur un espoir réaliste.
- Dispositif spécifique en 4 temps en oncologie : Temps médical – Temps d'accompagnement soignant – Accès à une équipe impliquée dans les soins de supports – Temps d'articulation avec la médecine de ville.

# QCM tests

1. QRM – Concernant les principes fondamentaux de la relation médecin-malade, parmi les propositions suivantes, laquelle est FAUSSE ?
  - a. Tout patient a le droit au respect de sa dignité.
  - b. Le secret médical est une obligation légale et déontologique qui s'impose au médecin.
  - c. Le Code de Déontologie précise des dérogations obligatoires ou facultatives au secret médical.
  - d. Le principe de bienfaisance doit guider la proposition thérapeutique du médecin au patient.
  - e. Le principe de non-discrimination est inscrit dans le Code de la Santé Publique.
  
2. QRM – Concernant les possibles mécanismes de défense psychique à l'annonce d'une maladie grave, parmi les propositions suivantes, laquelle ou lesquelles est ou sont VRAIES ?
  - a. Le déni risque de compromettre l'observance thérapeutique du patient.
  - b. Les réactions dépressives sont particulièrement fréquentes dans les maladies chroniques.
  - c. Les stratégies de coping permettent l'adaptation du patient à sa nouvelle condition.
  - d. La régression peut être normale si elle cesse à la guérison.
  - e. L'agressivité peut favoriser l'observance thérapeutique.
  
3. QRM – Concernant les étapes de l'annonce d'un diagnostic de maladies graves, parmi les propositions suivantes, laquelle ou lesquelles est ou sont VRAIES ?
  - a. Annonce dans un lieu calme.
  - b. Écoute active et empathique de la part du médecin.
  - c. Réponse aux questions lors d'une seconde consultation.
  - d. Rédaction d'un certificat médical initial.
  - e. Durée de consultation adaptée à l'état émotionnel du patient.
  
4. QRM – Concernant les temps de l'annonce diagnostic en cancérologie, parmi les propositions suivantes, laquelle est FAUSSE ?
  - a. Temps d'écoute
  - b. Temps médical
  - c. Temps d'articulation avec la médecine de ville.
  - d. Accès à une équipe de soignants spécialisés dans les soins de support.
  - e. Temps d'accompagnement soignant.

---

Réponses :

1C, 2ABCD, 3ABE, 4 Code de Déontologie, 5A.