

# Psychologie de l'homme malade

**Psychologie** : du grec « *psukhê* » = âme et *logos* = le discours, la parole, le savoir ou encore la science. L'âme est un principe organisateur génial, un logiciel, et les rapports qu'on va avoir avec lui vont passer par le langage. On va étudier les faits psychiques, qui comprennent des domaines d'expression très variés : les sentiments, les comportements et la manière de penser (= stratégies). Les stratégies sont appelées aujourd'hui les éléments cognitifs. L'étude des éléments cognitifs est importante pour comprendre les difficultés, et pour engager des traitements.

**Psychologie médicale** : savoir sur les faits psychiques qui se déroulent lors de problèmes médicaux. C'est également une science clinique particulière : on fait valoir des éléments thérapeutiques d'ordre psychologiques.

Il existe un enjeu important entre le médecin et le malade qui se joue au niveau des relations psychologiques, qui n'ont a priori rien à voir avec la pathologie et la médecine technique.

*Ex* : quelqu'un qui a un diabète et qui ne se soigne pas bien, c'est dangereux pour lui, mais c'est une intention psychologique particulière, il refuse le statut de malade.

→ Dans des contextes particuliers au niveau des relations, de la culture, de la compréhension des phénomènes de la vie courante.

Quand on est psychiatre, il y a deux grands courants :

⇒ le courant psychologique psychanalytique où tout est question de désir, notamment sexuel

⇒ une dimension + organique, biologique où on va se référer à l'importance de certains comportements

*Ex* : il faut manger, survivre, se protéger de certains prédateurs, savoir faire un nid ...

Un certain nombre d'éléments peuvent être abordés sous le plan des comportements évolutionnels d'adaptation à la vie humaine.

Entre les deux, depuis la fin du XIX<sup>ème</sup>, il existe un courant qui tend à les réunir : le courant existentiel qui a tenté de mettre une base aux problématiques psychologiques du désir et à l'ajustement évolutionnel des comportements. Cette base se nourrit de la grande crise philosophique du fondement des sciences du XIX<sup>ème</sup>, qui vient de Husserl et de son élève principal Martin Heidegger et qui en psychiatrie (++) suisse-allemande) provoque un retour à ce qui s'est passé, sans apporter de théorie ni de schémas, et on va essayer de relier deux fondements de l'expérience banale du quotidien : l'angoisse et la confiance.

Ce qui provoque cette impression d'anxiété et d'angoisse, selon les philosophes, c'est qu'on n'a jamais demandé à être « là ». A partir de là, une question se pose et articule chaque problématique de difficulté psychologique : « comment s'articule cette angoisse fondamentale avec la confiance de ne pas être seul, d'avoir des talents, des projets ... ? » Ces deux éléments sont très importants en psychologie médicale.

## Le médecin, le malade, et la maladie

⇒ Le médecin est un technicien qui connaît la maladie, qui est prêt à l'affronter. C'est un « guerrier ». Il sait la reconnaître et va tout mettre en œuvre pour la combattre. C'est quelqu'un qui porte des soins et qui apporte son secours. Il existe des groupes d'aide psychologique à destination des médecins dans lesquels ils se réunissent à plusieurs pour se plaindre et se soutenir entre eux, s'aider à s'améliorer et à aménager nos positions vis à vis de cet engagement au secours.

⇒ Le malade, c'est quelqu'un d'autre. Quand c'est un médecin c'est encore + difficile de le soigner. C'est une personne qui a un problème : une maladie. Le médecin va tout mettre en œuvre de ce qu'il connaît des maladies (symptômes, syndromes ...). Une chose est très

importante : comment votre patient vit-il sa maladie ? Comment sa psychologie lui permet d'aborder les **difficultés** qu'il est en train de rencontrer ? On fait venir ce que la psychologie traditionnelle appelle des **mécanismes de défense** : on va intégrer cette difficulté dans l'histoire personnelle du patient (*ce qu'il décrit de sa vie, avec qui il vit...*).

*Ex : dans certaines cultures, il existe un accompagnement très important du patient*

La maladie a des aspects psychologiques très particuliers qu'il va falloir affronter, aborder, éventuellement anticiper, et avec lesquels il va falloir négocier. Il y a une **grande variété** d'aspects psychologiques à prendre en compte.

## I . LA NOTION DE MALADIE

### Qu'est-ce qu'une maladie ?

- **ASPECT BIOLOGIQUE** : le corps qui ne va pas bien, des organes dysfonctionnels, lésés
- **UNE LOGIQUE** : une manière d'interpréter une situation, et même si le patient arrive avec un dossier surchargé après avoir vu plusieurs médecins, il va falloir revenir dans la relation médecin-malade à une proposition de diagnostic où on sera nous-même amenés à nous tromper totalement. Il y a des mécanismes tout à fait rationnels, des **symptômes** qu'il va falloir préciser donc il va faire valoir notre « talent », surtout lorsque le malade arrive avec une maladie déjà annoncée.
- **LA CONSCIENCE DU MALADE VIS A VIS DE LA MALADIE** : il y a le corps, l'organisation du travail du symptomatique et il y a les aspects psychologiques. Quelles réactions déclenchent la maladie ? Quelles difficultés va-t-elle causer ?

### La maladie est une « situation limite »

Une maladie est toujours stressante, on peut appeler ça une **situation limite** qui fige, fixe les problèmes à un instant donné et qui appelle des

solutions. Cette situation particulière de la vie humaine a été étudiée dans le cadre de « l'étude des événements de vie » : on a pu dégager pour des grands groupes des **manières très variées** de vivre une maladie.

Quel est le processus en rapport avec l'exigence d'adaptation ? Est-ce qu'il y a une **intervention médicale** et quel type d'intervention médicale doit être apportée à cette situation ? Quelles sont les procédures d'évaluation ? Les principes d'évaluation sont devenus très importants avec l'époque moderne : la préparation évaluative et la conduite d'évaluation sont deux choses capitales.

Quand on est malade, on doit s'adapter à cette situation difficile. A ce moment là, il va y avoir des **temps de progression**, plusieurs phases car tout ne peut pas être résolu instantanément. Dans certains cas, la pression sur le patient va être très forte et il va falloir négocier avec cette pression. Le **facteur temps** est sans doute la chose la plus importante au niveau du travail au lit du malade.

### La maladie est une dynamique

Quel est son **sens**, sa **direction** ? D'où vient-elle ? Il y a des fragilités (=vulnérabilité), même au plan psychologique, mais il y a aussi une dimension pathogénique.

Normalement la maladie va vers la **guérison**, mais ça peut se faire en plusieurs étapes, et il existe malheureusement des maladies qu'on ne pourra pas dépasser.

## A . ETAT INITIAL NEGATIF

C'est le premier moment de la maladie, le choc initial qui est en général négatif. C'est une épreuve qui va appeler un changement, et cette épreuve c'est souvent de la **souffrance**, de la **douleur**, une **faiblesse** importante, de la **détresse** : le sujet a besoin d'aide, il fait appel à l'autre et il a peur de ce qui va se passer. Il a la crainte des **complications** en rapport avec sa maladie. Il va vivre cette douleur avec cette fragilité, il va prendre conscience que son corps est vulnérable et cela peut déclencher une certaine anxiété, de la peur et de l'angoisse.

Dans les **maladies graves**, la peur est augmentée car le patient a peur de mourir et en même temps, il a conscience de la **finitude**, la certitude de la **mort**.

Ce choc risque de rendre le sujet **dépendant** d'un certain nombre d'aides qu'on va lui apporter. Il y a alors des mesures de dosage dans l'aide et dans l'approche de la pathologie en question.

## **B . DEUXIEME TEMPS : REACTIONS PROFONDES**

La psychologie décrit la mise en jeu des **défenses du « moi »**. Il existe trois grandes modalités de défense contre une agression. Le **stress** est métaphoriquement le travail du luthier qui va assouplir son plateau de violon en le forçant un peu en l'humidifiant. Il y a un effet intentionnel, ce n'est pas inutile.

Les trois directions de signification :

- la **régression** : c'est celle que l'on craint le plus, le sujet revient en arrière
- la **projection** : le risque est que le sujet soit dans le **déni**, nous envoie balader, refuse les soins
- la **sublimation** : la **perfection** qu'on attend du patient. On ne sait pas bien comment font les gens pour accepter leur maladie et jouer le jeu, suivre vos indications, faire les analyses demandées ...

### **La régression**

C'est une position « **basse** » : bon malade, ce qui est avantageux parce qu'il va être **docile**, suivre vos indications de façon confiante et ça va faciliter la progression de la technique médicale. La maladie peut être vécue comme une **angoisse importante**, une honte (« *je suis tombé malade, c'est de ma faute* »). Le patient va ressentir un certain **désarroi**, va perdre **l'estime** de lui-même, on va vers la **dévalorisation** et tout ça peut conduire à un **repli sur soi** et à l'installation d'une certaine **dépendance**. Un des risques, c'est l'installation dans un statut de malade : le « *collectionneur* » de maladies ou encore « une injustice m'a été faite par la nature ».

Cette position basse peut être **utile** mais il ne faut pas qu'elle soit trop importante, il faut pouvoir la récupérer pour en venir à une égalité de partenariat avec le patient.

### **La projection**

C'est une position « **haute** ». « *Je ne suis pas malade, ce n'est pas la réalité, ce sont les autres qui sont nuls, je repousse le danger, je rejette mon angoisse sur les autres* ». Et les autres, ce sont les **médecins** : c'est leur problème et pas le mien. Le problème est que le patient, en repoussant l'idée de danger, va rendre difficile le diagnostic : les gens vont cacher un certain nombre de symptômes. Cette révolte se manifeste par certaines attitudes comme les **sorties irrégulières**, la **consommation d'alcool** qui sont des comportements de **désarroi**, de **défense** contre la maladie en temps que telle.

### **La sublimation**

Quand le **médecin** (*qui est en position haute*) sait tout (*a fait le diagnostic, connaît les symptômes et le traitement*), il annonce tout au **malade** (*en position basse*), il faut **rééquilibrer** en partenariat la relation : il faut rendre le patient autonome. C'est avec **patience** qu'un patient peut revenir à une **situation horizontale** où il va collaborer avec un médecin et une **équipe**.

## **C . LA DYNAMIQUE EVOLUTIVE**

La maladie est une **dynamique**, qui évolue depuis le **désir de guérison** dans cette coopération entre le médecin et le malade. Le patient est dans une dynamique où il attend un certain nombre d'éléments qui vont lui permettre d'éviter les aléas de la résistance ou de l'effondrement. Il faut se garder tout le temps de préjugés et de la position du malade : le patient a toujours besoin d'être écouté, compris. Il faut **l'accompagner, l'éduquer** → importance de la **psychoéducation** moderne dans le niveau de compréhension des patients de leur maladie, de leurs symptômes et à l'importance des soins et du détail des soins. Le patient a besoin d'être **accepté** : il faut se méfier du jugement et de la critique envers le malade. Il

faut lui apporter en + de cette écoute la **garantie du secret professionnel**, une **disponibilité bienveillante** et une **neutralité affective**.

## II . SITUATIONS TYPIQUES DE MALADIES

### 1 . MALADIE AIGUE CURABLE

✓ Maladie **brève**, qui va s'arranger, aller vers la guérison mais qui peut quand même apporter une certaine **inquiétude**, une certaine contrariété mais sans apporter de gros remaniements au plan psychologique.

✓ Chez certains sujets fragiles, anxieux et émotifs, la maladie peut réactiver certaines **angoisses**, peut modifier **l'expression de certains symptômes** : en rajouter qui ne nous intéressent pas pour le diagnostic, ou de ne pas nous laisser voir ceux qui sont importants. Les difficultés peuvent être extrêmes chez certains patients **hypocondriaques** qui ont plusieurs maladies en même temps, qui sont très inquiets à propos de leur santé et qui vont faire courir le risque de multiplier les examens, inutiles et pas tout à fait légitimes.

✓ Il faut percevoir le **niveau d'anxiété** provoquée par la maladie qui nous permet de nous méfier et d'approcher de façon prudente les problématiques. Cette anxiété peut engager une certaine **dépendance** vis-à-vis de la structure médicale et ralentir le processus de guérison à cause du besoin d'être compris et suivi. Il va y avoir plusieurs niveaux de manque de coopération : douleurs qui continuent alors que le patient va mieux, modification du traitement que le patient ne dit pas au médecin. L'anxiété peut donc être un problème, même au niveau d'une maladie bénigne.

#### La question de la douleur

En général, la maladie aiguë brève pose la question de la **douleur**, qui pose problème au médecin. La douleur **objective** est un **signal d'alarme** qui rend compte d'un problème, d'une dysfonction. Il faut savoir

« piloter » avec la douleur, à partir des **éléments subjectifs** : manière de vivre la douleur, manière de percevoir son corps, de la vivre au niveau des émotions et de l'affectivité, et de mettre en jeu les différents niveaux de défense (**déni** : « *j'ai pas trop mal en fait* » ou au contraire **grosse catastrophe** « *je suis à l'article de la mort* »). La douleur amène une **modification de l'affectif** avec une mise en jeu de la confiance en soi du patient, il peut se sentir presque **fautif** de ne pas être à la hauteur, de ressentir de la douleur, de ne pas avoir assez de force psychologique. Il peut se sentir dévalorisé et des **réactions de dépendance** médecin-malade peuvent s'installer.

*Ex : coliques néphrétiques = calcul dans le rein qui provoque une mise en tension très violente et brutale des canaux d'évacuation de l'urine au niveau rénal. C'est très douloureux, et le professeur a vu un patient se défenestrer à cause de la douleur. Il faut tout de suite intervenir médicalement.*

### 2 . LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

La chirurgie c'est vraiment **l'inconnu**, le patient est endormi, il ne sait pas ce qui se passe. Il faut faire **confiance** à l'anesthésiste, au chirurgien. « L'autre » va opérer, agir, au sens véritablement **technique**. Il existe des personnes qui ne supportent pas d'être anesthésiés, pour qui la **dissolution de la conscience** est une énorme source d'angoisse donc il faut les accompagner, les pré-anesthésier. On peut comprendre cette angoisse de l'anesthésie car c'est une sorte de « **petite mort** », au même titre que le sommeil : *d'où les angoisses de l'insomnie*. C'est un **abandon conscient** au corps propre et à ce qui peut se dérouler. Il est question du **schéma corporel**, de notre manière de penser notre corps avec des éléments schématiques très précis et il existe une crainte particulière : **l'infirmité**. Pour n'importe quelle chirurgie, il va falloir se trouver dans une situation de confiance. Il va falloir **dépister** les gens un peu fragiles, les accompagner et tenter de mettre tout en œuvre pour avoir leur permission.

### 3 . L'HOSPITALISATION

C'est classiquement « *les indigents, les malheureux, les pauvres* », et aussi paradoxalement l'endroit où se font les **techniques les plus modernes** donc les malades ne veulent pas servir de **cobaye** à la recherche. L'hôpital, ce n'est pas seulement les « pauvres », c'est aussi les « **graves** ». La gravité ça veut dire que le médecin de ville, les petites cliniques ne suffisent pas, et qu'il ne reste que l'hôpital. On est dans une situation **d'échec**, dangereuse. L'hôpital, c'est **l'anonymat** car c'est énorme, on ne connaît pas les gens de l'équipe médicale, il y a des stagiaires donc on a très vite affaire à un **grand nombre de personnes**. Il faut donc expliquer au malade que c'est **vous** qui allez l'opérer que c'est **tel interne** qui va s'en occuper. C'est un changement permanent des visages rencontrés par le patient. Le plus gros problème ce sont les **étudiants** : le patient a peur de leur inexpérience et refuse souvent de leur être confronté.

➔ Il faut donc savoir personnaliser la relation, en restant dans une neutralité affective bienveillante, mais dire qui on est, ce qu'on fait, pourquoi on le fait, et qui va le faire.

### 4 . SOINS INTENSIFS (REA, CARDIO...)

✓ C'est une situation « **catastrophe** » pour le patient, pour son entourage, et pour le médecin. Il n'y a **pas de préparation psychologique** à cette situation : la confrontation est **violente**, c'est un **choc**, un drame. C'est souvent une **sidération** totale : le choc est tellement violent que personne ne sait y répondre. Il va falloir répondre aux situations de catastrophe en question qui peuvent être, à l'inverse de la sidération, sous forme **d'agitation**, de **crise de nerfs**.

✓ Quelle que soit la réaction (*sidération ou crise de nerfs*), il y a une tendance à la  **symbiose totale**  à l'entourage. C'est presque un **syndrome de Stockholm** (*création d'une relation d'intimité avec les*

*preneurs d'otage*). C'est proportionnel à la nécessité d'aménagement technique avec le rein artificiel, le pace-maker.

✓ Ce sont des situations psychologiques difficiles, et le médecin va devoir essayer de **réduire la passivité** du patient et en même temps gérer la crise. En général la récupération se fait lentement et on l'accompagne progressivement. Les soins intensifs comportent souvent des **désillusions**, des plateaux d'amélioration puis des séquelles.

### 5 . LA MALADIE CHRONIQUE

✓ Atteintes hépatique, rénale, cardiaque, etc, qui génèrent des soins **au très long cours**. Il y a une tendance à la relation de **soumission** à l'ordre médical. Quand c'est ambulatoire, ça dure souvent des **années** avec des médicaments, des hospitalisations, des ajustements thérapeutiques, etc, donc il va y avoir un problème d'organisation du partenariat. Une **coopération active** doit se mettre en jeu avec **l'équilibration** des niveaux de position relationnels (*position haute, position basse*). On voit réapparaître la **position basse** avec la **dépendance** : le sujet se laisse aller à **régresser**, à se replier, ne réussit pas à accomplir tout ce qu'il faut faire (*examens, médicaments*) et on peut voir apparaître un état **dépressif**, parfois pour certains motifs qui n'ont rien à voir avec la maladie. La maladie joue le rôle d'un facteur de **fragilité**, de **vulnérabilité** supplémentaire.

✓ Le deuxième problème c'est la **position haute** : coopération difficile car **révolte** et **refus**. C'est le refus de l'ordonnance médicale car elle est vécue comme une obligation de se **soumettre**, comme une **dépendance** et il existe un sentiment de **rejet** par le patient de ce qu'on lui propose. Ce n'est pas souvent objectif, c'est **indirect**, on sent qu'il y a un rejet mais on ne sait pas trop pourquoi. Ça peut passer par **l'agressivité**, hostilité vis-à-vis du médecin. C'est très fréquent dans les situations **d'hospitalisation de long cours** à cause d'un rein artificiel par exemple, qu'on voit des gens qui ne sont pas très observant, qui sont un peu **rebelles**, qui font des **sorties non prévues** de l'hospitalisation, ou qui vont **s'alcooliser**. Il faut savoir rapporter ces problèmes de comportement à des

difficultés psychologiques personnelles et peut être à des pathologies anxieuses ou dépressives en arrière plan.

✓ Ce sont des moments où on va approcher les éléments psychologiques de façon **psychiatriques**, et on pourra identifier un **épisode dépressif majeur**, un état anxieux sévère avec les éléments fournis avec la peur des examens, la peur de la rencontre avec l'équipe médicale, etc ... Quand on a été suivi pendant des années, on a **peur d'être abandonné** par le médecin, donc on a **peur de guérir**. Ça permet en effet d'être un peu moins seul, de prendre un peu de **distance** par rapport à sa femme un peu pénible, à ses enfants qui râlent tout le temps alors qu'à l'hôpital on a de jeunes infirmières/étudiants sympas et donc guérir c'est revenir à la **case départ**.

✓ Pour les gens qui sont un peu seuls dans la vie et qui n'ont pas beaucoup de support social, il y a aussi **l'insécurité**. Le **support social** c'est majeur. *C'est un concept australien par encore bien identifié : pour affronter les problématiques du stress de la vie quotidienne, on nous « bassine » avec « apprenez à faire face à votre stress », « développez des stratégies » ...* Mais en fait, c'est la **manière d'apprendre les stratégies** qui importe, et pas les stratégies en elles-mêmes. Le plus important dans l'affrontement avec les problématiques stressantes c'est votre **« peau sociale »** : qui êtes-vous dans vos relations sociale ? Comment allez-vous avoir recours à un ami/connaissance lorsque vous êtes embarrassé ? Quel est votre talent au niveau relationnel et social ?

✓ Toute la psychiatrie engage un processus en rapport avec la **reconformation** des talents relationnels des gens qui ont des troubles mentaux. Les médicaments, le travail comportemental, les équipes médicales, tout ça c'est très important mais ce qui va importer vraiment, c'est qu'une fois que cette pré-médication a été engagée, quel type de talent va-t-il falloir faire revenir pour permettre de **se refaire une peau sociale** ? On le déduit à partir du moment où il y a de l'anxiété, certaines insécurités personnelles, qu'on a des idées d'incapacité, qu'on ne sait pas comment faire appel aux autres.

## 6 . MALADIE INCURABLE

✓ *Le cancer est présent dans le poly, mais ce n'est pas vrai, maintenant le cancer est guéri dans + de 50% des cas. La médecine a fait des avancées extraordinaires à ce niveau là. Ce sont des maladies qui font très peur car on a longtemps stigmatisé les patients, et on les a vu mourir de façon atroce.*

✓ Chaque cas est très particulier. Une question qu'on peut se poser au niveau de l'éthique : **que peut-on dire à un malade atteint d'un cancer** ? Il faut être prudent, il faut dire des choses **nuancées** et surtout, le plus difficile : **il faut ne pas nuire**. On croit que révéler des choses est toujours utile mais ce n'est pas vrai. Il faut savoir dire ce que le patient peut **supporter**, donc il faut **le connaître**, il faut savoir où il en est. Il faut savoir ce que le patient peut aménager pour obtenir une **coopération**, et de toute façon il faut lui dire avec **tact**, **prudence** et **efficacité**. Il faut pouvoir envisager **d'optimiser la relation médecin-malade** pour la **thérapeutique**.

✓ Dès la première consultation, il faut dire **ce qu'on va faire**, qu'il faut **le faire** et que **si on ne le fait pas**, on risque de perdre du temps. Il faut tout de suite se préparer aux conséquences : si l'examen vérifie le diagnostic, il faut, compte tenu de ce qu'on connaît du patient, progresser doucement et dire les choses avec **tact**. C'est une mesure qui fait sûrement partie de **« l'art médical »** qui est de faire valoir le plus scientifique possible dans des conditions qui sont sans doute les plus difficiles possibles.

✓ Il faut tenter de **sécuriser** au maximum, sans trop le montrer car si on sécurise trop quelqu'un, il va s'en inquiéter deux fois +. Il faut essayer de limiter des réactions embêtantes, comme par exemple le patient qui vous dit qu'il a compris alors qu'il est dans la **négation**, pour se défendre, pour ne pas déprimer, pour protéger le médecin. Dans les cas de diagnostics incurables, il est difficile pour le médecin d'avoir une attitude joyeuse donc le patient le sent inquiet. Il va vivre cette inquiétude mais il

doit l'intégrer au mieux et mobiliser sa **coopération** pour qu'on puisse le sécuriser le plus vite possible et travailler ensemble. Il y a un **accompagnement** autour de l'angoisse de souffrir et de mourir non négligeable. Même quand ça se passe bien, il faut rester vigilant : des fois le patient ne vient pas à la consultation, ou il change son RDV sans raison... Il faut envisager d'approcher la difficulté que va connaître le patient, tout en sachant qu'on est aussi, en tant que médecin, angoissé par la mort et la maladie, la notre et celle de nos proches. Il faut se méfier, car l'attitude technique est un peu une **défense** par rapport à la mort de l'autre. Le médecin peut même aller jusqu'à la révélation d'une information dramatique de façon complètement inappropriée. C'est d'autant plus tragique lorsque le malade vous le restitue : « *j'ai conscience que je suis malade, il m'en reste pour combien de temps ? Répondez moi vraiment, il faut que je règle des choses avant* ». On se retrouve dans une situation personnelle devant quelqu'un qui veut se prendre en charge, il faut poursuivre avec lui ce travail que le patient est en train de faire sur sa fin personnelle.

→ **attention à l'écran technique**

✓ C'est plus difficile chez **l'enfant**, on supporte difficilement qu'un enfant soit malade et mourant. L'enfant va avoir + tendance que l'adulte à vous **rassurer**, à dénier son angoisse et on va avoir tendance à l'individualiser. Il y aura des difficultés à aborder sa fin prématurée.

## 7 . L'INFIRME PHYSIQUE

Il existe une peur d'être lésé. On attend une **réussite esthétique** des traitements, et on fait souvent des procès quand ce n'est pas le cas. On peut avoir des réactions un peu particulières chez les infirmes, avec l'importance de la **régression de l'agression** et des **mécanismes de surcompensation**. Il peut y avoir des revendications supplémentaires, des effondrements un peu inattendus. Le patient s'installe un peu dans la **dépendance** sur le fond de **l'infirmité** particulière. Il faut faire attention de ne pas l'embarrasser, de ne pas le rejeter en profondeur et de relire la

situation dans laquelle il se trouve. L'infirmité est un moyen d'expression symptomatique comme un autre. Il y a un travail psychologique différent, plus difficile à faire dans ces cas-là car il faut dépasser le **handicap moteur**. Le handicap **psychiatrique** est différent, c'est une problématique particulière. Le handicap moteur est **objectif**, il peut gêner et **accentuer les difficultés psychologiques**.

## III . LES VECUS DE LA MALADIE

### A . VECU DU MEDECIN

#### 1 – Sa théorie

C'est quelqu'un qui a une théorie, mais une théorie **fondée** : il a fait des **études** et qui s'est motivé pour prodiguer des soins à des gens en difficulté au niveau de la médecine. Il a un **engagement** dans son travail sous plusieurs dimensions :

- il est **compétent**, il a fait des **études**, il s'est spécialisé selon son intérêt personnel, mais on a vérifié ses **acquis scientifiques** au fur et à mesure, il subit des examens tous les ans, puis le concours de l'internat, puis sa spécialisation
- c'est une **position sociale**, un peu moins qu'avant mais ça reste quand même une « *image de marque* », une particularité, et à une époque on avait besoin de soigner des gens, peut être pour d'autres motifs que simplement des pathologies objectives.

#### 2 – Sa pratique

✓ Cette théorie va retentir sur ce qui se passe avec ses patients. D'un point de vue théorie, c'est un ensemble d'éléments qui fonctionnent dans une pratique : la théorie du soin, du souci, ça va se voir de façon pratique au **lit du malade**. On va lire sa théorie dans sa manière de faire, sa manière d'avoir des relations interpersonnelles et il y a plusieurs **styles** : plutôt extraverti, plutôt introverti, actif passif ... Dans le style, on peut voir une habilité sociale, qui est **systémique** (*interagir avec l'autre, manières de*

faire, manières d'obtenir la confiance, manières de rassurer) et surtout l'expression de la **personnalité**. On a sa propre personnalité et on fonctionne avec ces traits de personnalité là. On est + ou – ouverts aux autres, faciles, dynamiques ... Ce sont des traits qu'il faut faire valoir, c'est l'**épanouissement de la personnalité** qui est l'élément le plus porteur dans la mesure où il y a un effet d'homogénéité : les gens sont très différents les uns des autres mais dans un travail donné, la disposition de quelqu'un qui est à l'aise avec ses particularités dans les comportements ordinaires, c'est quand même rassurant.

✓ Dans ces traits de personnalité, il y en a un qui est intéressant : **comment perçoit-on l'autre ?** Il existe des techniques élaborées concernant « l'attribution » : notre manière à nous d'intégrer ce que l'autre peut penser, ce à quoi l'autre peut réfléchir, sa manière de réagir, etc ... Ces **principes d'attribution** sont très importants parce que c'est votre habileté à sentir l'autre qui est en jeu. Cette habileté démarre avec la capacité d'écoute. Il y a des gens qui ont des capacités particulières qui savent faire venir les choses et les intégrer tout de suite, mais ça ne dure pas éternellement. La capacité d'écoute c'est surtout une forme d'**intelligence** et on va se piloter dans les symptômes par rapport à la personne qu'on connaît, par rapport à la situation et très vite on va repérer le noyau du problème.

✓ Il y a aussi des manières différentes au niveau de la **gestion émotionnelle**. Il y a des gens qui sont + sensibles que d'autres, certains qui savent mieux contrôler leurs émotions par rapport à une situation un peu difficile, contrôler leur embarras, et ça va influencer sur la décision.

### **La théorie de la pratique du médecin, c'est sa clientèle.**

#### **3 – Son objectif**

✓ Le vécu du médecin par rapport à une situation médicale donnée, ça va être ses objectifs. Quelles sont ses manières d'intervenir ? Quelles sont ses capacités à accueillir l'autre ? Quelle est sa manière de comprendre les situations et ses capacités de persuasion ? Parfois il faut un

peu mettre la pression, c'est une question de mesure, de tact, de doigté. Il attend le bon moment pour pouvoir demander à son patient les examens à réaliser. Il faut savoir faire passer à son malade le message « *je suis inquiet pour vous* », il faut faire valoir sa propre **sensibilité**.

✓ Le véritable objectif de toute la procédure c'est le **temps** : si on veut avoir le moment opportun, il va falloir prendre son temps et épingle le moment favorable.

## **B . LE VECU DU MALADE**

La **sublimation**, c'est l'idéal : il y a un trésor de travail psychologique qui peut se faire. Mais il peut aussi y avoir des **positions hautes** (*révolte, agressivité*), et des **positions basses** (*effondrement, catastrophe*).

### **1 – Vécue comme un mal**

#### **a. Blessure narcissique**

Ce que les psychologues évoquent au niveau de la maladie au sens général, c'est que c'est un **mal**. Ça fait mal au **narcissique**. Etre malade, c'est comme une **blessure**, même si c'est simplement une grippe. C'est une réaction simple, qui est modeste en général mais qui n'a pas seulement une signification de blessure :

- la **dévalorisation** : position **basse**, **honte**, rage qu'on peut avoir de soi même et qui peut conduire à des **camouflages**, de la **minimisation**
- la **surcompensation** : position **haute**, **déni**, « *je ne suis pas blessé, je ne suis pas malade* »

Quelle que soit la position basse ou haute, c'est le problème du médecin. Hors, le problème du médecin, c'est de pouvoir, dans le **partenariat**, surmonter l'angoisse du malade et essayer de faire le bilan le plus précis pour dégager les **stratégies médicales cohérentes**.

### b. Agression : sentiment d'être victime

✓ C'est une **injustice**, c'est une **agression**. Au plan psychologique, c'est plutôt du domaine de la **déception**, du **découragement**, c'est une position **basse**. Ça peut aller vers la **dépression**, avec la blessure narcissique qui fait fort du côté de la dépression, causée par les autres, une sorte **d'attaque** par les autres, d'où le danger : la **riposte**. Qui dit agression/attaque dit défense donc **réaction agressive**.

✓ Réaction vis à vis de **l'entourage** : il suffit de prendre une réaction un peu à l'envers et ça prend tout de suite des proportions de **conflits interpersonnels très importants**.

✓ Quand c'est contre le **médecin** que le patient se révolte, c'est + embêtant, car il faudrait au contraire entrer en **collaboration**. Ça va se faire pas forcément de façon ostentatoire, mais en laissant l'ordonnance sur le bureau, en la jetant en sortant, etc ... Il faut mesurer à ce moment-là **l'embarras du patient** car, outre la problématique de santé, il y a des difficultés préalables au niveau **psychologique**.

### c. La faute

✓ « *Je suis malade parce que je paie* ». Payer quoi ? On ne sait pas trop, tout le monde fait des erreurs. Il y a eu des **erreurs**, on se reproche de ne pas avoir fait le bon choix, comme pour **expier** l'erreur qu'on a commise qui n'a aucun rapport avec la maladie. Ces réactions de **culpabilité** sont embêtantes car on peut passer à côté de la maladie. On ne mérite pas cette **punition** mais d'un autre côté, comme c'est une punition on ne consulte pas et on ne se soigne pas. On peut même avoir une **mélancolie** « *ne me touchez pas, vous allez être infecté, j'ai pas payé ma note de téléphone* » ...

✓ Cette culpabilité bascule à un moment donné et peut devenir un **délire**, qui peut être **dangereux** quand le patient pense que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.

### 2 – Vécue comme un bien

Moins **fréquente**, mais tout aussi **dangereuse** que la première. Il faut se méfier, ce n'est pas si rare et ce n'est pas facile de s'en rendre compte.

#### a. Revalorisation

✓ Ça va être l'occasion de se reprendre soi-même par rapport à ses troubles. On va montrer que c'est une **épreuve**, mais qu'on est **courageux**, qu'on sait faire, et qu'on n'est pas une mauviette.

✓ Ce qu'il y a de compliqué c'est qu'on ne le voit pas tout de suite et que ça peut quand même **accentuer les problèmes de personnalité**. Ça appelle en général une **mutation** des traits de personnalité. Ça appelle des choses un peu différentes que la « grande catastrophe » de la maladie. On va se récupérer, revenir sur soi, ré-établir ses stratégies, établir un **bilan** (*qui peut être intéressant*), on va souffler et il y a un **défi**, qu'on va relever et on va montrer à tout le monde, coopérer avec le médecin et les équipes médicales et aller vers la **guérison**.

#### b. Déculpabilisation

✓ Il faut faire attention car ça prend une dimension de **déculpabilisation**, presque **auto-punitive** : « *je suis malade, donc je paie et quand c'est fini c'est bon j'ai remboursé* ».

✓ Comme on va lutter contre la maladie, on va se repentir d'erreurs commises à d'autres moments et ainsi retrouver une certaine paix intérieure. Si l'élément de culpabilité est trop puissant, la **déculpabilisation** risque d'aller plus loin et le patient peut penser que la punition n'est pas assez puissante et **aggraver sa maladie**, aller jusqu'à la **destruction**, la tentative de suicide.

✓ Ici, la maladie ne joue pas son rôle complètement au sens bénéfique et de compensation des difficultés.

### c. Source d'avantages

✓ A un degré de + et au-delà de cette dimension de maladie qui permet de régler des problèmes, ça peut devenir une source de bénéfices. En psychologie on parle de « *bénéfices secondaires* » : on a un problème mais il y a quand même des *effets positifs* qui peuvent prendre le dessus, on peut se mettre à augmenter l'ennui pour augmenter les effets positifs. La maladie apparaît comme un *répit*, un avertissement, on a peut être un peu trop tiré sur la corde et se ménager.

✓ Parfois, c'est malheureux mais la maladie apparaît à un moment où il fallait prendre une *décision importante* et ça permet de *gagner du temps*. Lorsque la maladie apparaît comme un simple *alibi* pour éviter des choses, on aura pas trop envie d'en sortir car si elle permet de s'éviter une décision importante, c'est plutôt bien de maintenir cette situation qui nous prive de décision et de choses délicates et nous permet de rester à l'écart.

✓ Un bien « juste » : la *pension* par rapport à certaines maladies (guerre, professionnelles...). Les situations de maladies handicapantes qui ne sont pas comprises au niveau de la rémunération sont à chaque fois vécues comme des *injustices*.

✓ La maladie, c'est embêtant lorsque le patient reçoit des éléments affectifs de l'ordre de la *gratification*. Pour quelqu'un d'un peu timide, dans son coin, la maladie lui fait vivre une *stabilisation affective* qui peut freiner la guérison. On va se retrouver dans un *désert affectif* après la guérison. On peut comprendre que chaque fois que le patient risque de perdre ses avantages, il y a un *frein relatif* à l'évolution favorable de la situation de maladie. Ce phénomène, on le vit de manière très précise dans les *rétributions légitimes* lors de problématiques traumatiques. Tant que l'affaire n'est pas compensée au *plan juridique*, on aura des difficultés à faire progresser la maladie. Il va falloir une *reconnaissance juridique*, une *compensation* correspondante pour arriver à sortir de la phase de maladie. Il y a des maladies qui se prolongent uniquement pour des

raisons de *reconnaissance narcissique* majeure. Le psychologue est vraiment lesté avec le psychosocial.

## C – L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE

Le mal et le bien, qui se jouxtent à chaque instant (*le patient passe de l'un à l'autre*), les dangers qu'ils comportent, vont être des éléments majeurs pour envisager *l'alliance thérapeutique*. Cette alliance est le travail à mettre en œuvre pour le *partenariat*, pour faire face, pour permettre au sujet de se reprendre et d'évoluer vers la *guérison*.

Deux attitudes principales reviennent :

- le patient *ne se laisse pas faire*, il va travailler pour s'en sortir ou alors il *résiste* totalement, « *je ne suis pas malade* »
- le patient *accepte sa maladie* pour pouvoir ensuite travailler dans la *résistance* avec le médecin.

Ces deux principes vont jouer dans le mode de fonctionnement du médecin par rapport à cette situation médicale.

### a. Résistance à la maladie

✓ Elles sont souvent très *banales* : « *je ne suis pas malade donc je ne consulte pas* » / « *le médecin m'a donné telle ordonnance mais ça ne m'intéresse pas* » / « *le médecin m'a dit que j'avais telle maladie mais c'est pas vrai, j'ai vu sur internet que c'était rien, je n'ai aucun soucis* ». Parfois, le patient ne veut pas prendre en compte le fait qu'il puisse être *faible*. Ça peut se jouer sur deux versants : le *courage*, on se montre à soi qu'on est fort et qu'on va réussir (*mais il faut le faire en collaboration*), qu'on résiste à la *douleur* et aux *symptômes*, qu'on sait s'en sortir mais attention, il ne faut pas *minimiser les problèmes*, il faut essayer de les produire de façon la plus logique. Ces difficultés de refus apparaissent dans des milieux à risque, classiquement dans le *milieu rural* : « *quand on est paysan, on est pas malade* », chez les gens de *statut social important* (*quand on est PDG, on peut se sentir invulnérable*).

✓ Il y a des stratégies assez complexes à mettre en œuvre : il faut profiter d'un moment où l'entourage peut jouer un **rôle de support**, mais le **déni** est très délicat à gérer.

✓ Le problème est aussi complexe dans la **naïveté de l'optimisme** : certaines personnes ne sont pas intellectuelles, et leur optimisme peut provoquer des anomalies dans la procédure de guérison.

✓ Il peut y avoir un problème avec le médecin lui-même, avec sa position par rapport à cet élément de **résistance**. Il y a la manière d'approcher les problèmes et les **craintes** qu'on peut déclencher chez le patient. La crainte du médecin, du diagnostic, de l'autorité médicale peut jouer dans la difficulté à soigner les mineurs. Plus généralement, c'est souvent la crainte de ce qu'on ne connaît pas, de ce qui peut être angoissant, menaçant. *Il y a des gens qui ont bien compris ça puisque certaines sectes ont déclaré que les maladies n'existaient pas, et que les transfusions étaient inutiles. La négation de la maladie par des principes sectaires est classique, c'est presque une attestation du danger de cette résistance.*

### b. Accueil de la maladie

✓ Le patient reconnaît qu'il a besoin d'être **aidé**, soulagé, il a besoin de quelqu'un, il a besoin qu'on lui explique ce qui se passe. Quand on n'est pas bien et qu'on nous **explique** ce qui nous arrive, ça réduit déjà un peu l'angoisse. Le fait de connaître la cause, que quelqu'un nous l'explique, c'est déjà **moins « l'inconnu »**. Quand un médecin donne un diagnostic au patient, ça lui donne la possibilité au moins d'être rassuré, mais aussi de **se plaindre** et donc d'obtenir **l'écoute compatissante de l'entourage**. Un traitement, ça rassure, même s'il est inefficace.

✓ Les français adorent les médicaments pour deux raisons :  
 • on est pas « groupal » en France, on est super **individualistes** et quand on est tout seul, les autres nous manquent un peu donc le médicament

apparaît comme un **auxiliaire**, qui est un peu embêtant parce qu'il ne remplace pas les autres

• on a une **culture du vin**, qui agit sur le **système de régulation de l'angoisse**, d'où le fait qu'on soit un peu angoissés et qu'on fasse peu confiance aux autres.

✓ Le malade, il va accepter, il sait de quoi il s'agit, donc il va « offrir » sa maladie au médecin, le « mieux » de sa maladie. Dans certains cas il y en a plusieurs, certaines personnes n'ont pas de chance !

La fonction du médecin est délicate car elle est **contradictoire**. Le malade vit un **conflit** et il doit s'ajuster. Le médecin fait un **diagnostic**, un **pronostic** mais à chaque fois c'est un danger : on ne sait pas où ça va, ça confirme l'état de la maladie et il y a une **situation délicate**. En même temps, il y a aussi de l'espoir, porté en le médecin. Le malade doit résoudre ce conflit interne très fréquent en profondeur en traversant les différentes situations psychologiques avec l'aide du médecin.

*Ndlr : ceci est + une « ronéo » qu'une fiche, parce que le poly « diapo » est trop concis, le poly « texte » est trop incomplet par rapport à ce qui est dit en cours. La fiche est donc nécessaire et suffisante, cependant tout n'est pas à apprendre par cœur. Il suffit de comprendre tout le cours, et d'en retenir un maximum 😊  
 Bon courage !!*