

II- **COURS 02** : (RELATION PATIENT-MÉDECIN)

1. UNE VISION GLOBALE DE L'ÊTRE HUMAIN _____
2. LA RELATION PATIENT-MÉDECIN _____
3. LA PSYCHOLOGIE AU SERVICE DE LA SANTÉ PUBLIQUE _____
4. BIBLIOGRAPHIE _____
5. SITE INTERNET _____

La psychologie de la santé est la discipline universitaire qui vise à la compréhension des liens entre les facteurs psychologiques et la santé et la maladie. Elle s'est particulièrement intéressée aux thèmes suivants :

- les fondements psychologiques des comportements favorables ou néfastes à la santé ;
- les effets du psychisme sur la santé physique;
- les réactions psychologiques face à la maladie ;
- les diverses formes possibles de la relation patient-médecin et leur impact sur la satisfaction du patient et sur son comportement ;
- les croyances et représentations sociales relatives à la santé et à la maladie.

1. UNE VISION GLOBALE DE L'ÊTRE HUMAIN _____

La médecine s'est essentiellement construite sur le modèle biomédical selon lequel la maladie est la conséquence d'un dysfonctionnement organique, lui-même dû à diverses causes (infections, traumatismes, produits toxiques, etc.). Ce modèle focalise donc son attention sur la maladie plus que sur l'individu malade.

La psychologie de la santé, elle, se fonde sur une approche biopsychosociale qui, comme son nom l'indique, considère que santé et maladie sont le fruit de causes non seulement biologiques, mais également psychologiques et sociales qui s'influencent réciproquement (**fiche 12**).

Plusieurs modèles de psychologie de la santé ont été élaborés¹. L'un des plus complets, qui rassemble les données issues de multiples recherches est le modèle intégratif et multifactoriel de Marilou Bruchon-Schweitzer et Robert Dantzer², qui prend en compte divers facteurs :

- facteurs environnementaux (événements de vie stressants, réseau social, exposition à divers facteurs de risque, etc.) ;
- facteurs individuels jouant un rôle fragilisant ou protecteur (types et traits de personnalité, modes de comportement, antécédents biomédicaux) ;

1. Zani B. (2002). « Théories et modèles en psychologie de la santé », in Fischer G.-N. (dir.) (2002). *Traité de psychologie de la santé*, Paris, Dunod, p. 21-46.

2. Bruchon-Schweitzer M. et Dantzer R. (1994). « Introduction à la psychologie de la santé », Paris, PUF. Bruchon-Schweitzer M. (2002). « Un modèle intégratif en psychologie de la santé », dans Fischer G.-N. (dir.) *Op. cit.*, p. 47-71.

- facteurs de transactions entre l'individu et son environnement, qui jouent un rôle fonctionnel ou dysfonctionnel.

J'illustrerai les recherches en psychologie de la santé au travers de deux exemples : l'impact de la qualité de la relation entre le patient et son médecin, les effets des campagnes de santé publique.

2. LA RELATION PATIENT-MÉDECIN

Une difficulté majeure à laquelle se trouvent confrontés les médecins est le taux élevé de non-suivi du traitement par les patients. Selon certains, plus de 80 % des patients souffrant de maladie chronique ne respectent pas correctement leur traitement¹. L'observance est fortement liée, non seulement à la compréhension (seulement 59 % des informations médicales sont bien comprises par les patients), mais aussi à la qualité de la relation. Les malades qui ressentent une attitude positive et un véritable intérêt de la part de leur médecin suivent beaucoup mieux ses recommandations.

Parmi d'autres enquêtes, une étude menée en Corée auprès de cinq cent cinquante patients coréens a mis en évidence que l'observance augmente sensiblement lorsque les patients perçoivent de l'empathie chez le médecin, qu'ils peuvent échanger des informations, qu'ils lui font confiance et le considèrent comme un partenaire².

Mais il y a plus surprenant. Plusieurs études ont montré qu'il y a un lien statistique entre le manque d'empathie d'un médecin et le risque de poursuites judiciaires pour erreur médicale. Victime d'une erreur, un patient choisira ou non d'engager des poursuites en fonction du niveau d'attention et d'empathie dont il aura bénéficié. Par exemple, une équipe de chercheurs américains a enregistré sur magnétophone les propos tenus par cinquante-sept chirurgiens au cours de consultations³. Ils en ont extrait deux séquences de 10 secondes, en début et en fin d'entretien, ceci avec deux patients, soit 40 secondes par chirurgien. Ces enregistrements ont ensuite été écoutés par douze étudiant(e)s qui ont évalué le niveau de chaleur, domination, hostilité, anxiété et intérêt envers le patient. L'équipe de chercheurs a ensuite étudié le niveau de corrélation entre cette évaluation et le fait que ces chirurgiens aient ou non été poursuivis pour erreur médicale. Le résultat est clair : les médecins les plus chaleureux sont nettement moins souvent l'objet de poursuites judiciaires.

3. LA PSYCHOLOGIE AU SERVICE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Les États mènent régulièrement des programmes de santé publique, mais les résultats ne sont généralement pas à la hauteur des espérances, qu'il s'agisse d'arrêt

1. Girandola F. (2002). « Persuasion et santé publique », in C. Bonardi, F. Girandola F., N. Roussiau et N. Soubiale, *Psychologie sociale appliquée. Environnement, santé, qualité de vie*, Paris, In Press, 121-139.

2. Kim S.S., Kaplowitz S. et Johnston M.V. (2004). « The Effects of Physician Empathy on Patient Satisfaction and Compliance », *Evaluation and the Health Professions*, 27 (3), 237-251.

3. Ambady N. et al. (2002). « Surgeons' tone of voice : A clue to malpractice history », *Surgery*, 132 (1), 5-9.

de la consommation de tabac, d'incitation à pratiquer la marche à pied ou encore du contrôle des naissances¹. Par exemple, l'évaluation d'une campagne hollandaise visant à prévenir l'obésité, d'une durée de cinq ans et largement médiatisée, a mis en évidence que deux tiers des gens avait connaissance de cette campagne et qu'elle avait modifié légèrement les attitudes de la population, mais qu'elle n'avait pas conduit à une amélioration significative en termes de prise de conscience du poids corporel personnel ou de motivation à prévenir la prise de poids².

De nombreuses campagnes adressent des messages faisant appel à la peur. Le message « Fumer tue » inscrit sur les paquets de cigarettes, fait partie de ce type de stratégie. Or de nombreuses recherches ont montré que cette démarche aboutit globalement aux effets inverses de ceux désirés.

Une méta-analyse (synthèse statistique de travaux antérieurs) a rassemblé quatre-vingt-dix-huit études de campagnes basées sur la peur, sur des thèmes très divers (usage du préservatif pour prévenir le sida, arrêt de la consommation de tabac, réduction de la consommation d'alcool, comportement de sécurité sur les tracteurs et engins divers, usage de crème solaire pour prévenir le cancer de la peau, auto-examen des seins, promotion de l'exercice physique, etc.)³.

Elle montre que lorsque l'appel à la peur est faible, la personne n'est pas sensibilisée par le message.

En revanche, lorsque l'appel à la peur est fort (par exemple, « Fumer tue »), cela entraîne généralement un fort sentiment de gravité et de risque. Fort bien, pensera-t-on spontanément. Eh bien non, car il faut introduire un autre élément essentiel : le sentiment d'efficacité (faible ou fort) de la personne à pouvoir accomplir le comportement visé (par exemple, s'arrêter de fumer). Si la personne manifeste un fort sentiment d'efficacité personnelle, elle va chercher à *contrôler le danger* et par conséquent modifier son comportement. Mais si elle a un faible sentiment d'efficacité, elle va chercher à *contrôler sa peur* par divers mécanismes de défense psychologiques :

- le déni : « Je ne risque pas d'attraper un cancer de la peau, cela ne m'arrivera pas » ;
- l'évitement défensif : « C'est vraiment horrible, je ne vais pas y penser » ;
- la réactance : « Ils essaient seulement de me manipuler, je vais les ignorer. »

L'intensité de ces mécanismes est inversement corrélée avec l'intensité des réponses de contrôle du danger ; autrement dit, plus une personne résiste de

1. Murphy S. et Bennett P. (2004). « Health psychology and public health : Theoretical possibilities », *Journal of health psychology*, 9 (1), 13-27. Girandola F. (2002). « Persuasion et santé publique », *op. cit.*

2. Wammes B., Breedveld B., Looman C. et Brug J. (2005). « The impact of a national mass media campaign in The Netherlands on the prevention of weight gain », *Public Health Nutrition*, 8 (8), 1250-1257.

3. Witte K. et Allen M. (2000). « A meta-analysis of fear appeals : implications for effective public health campaigns », *Health Education and Behavior*, 27 (5), 591-615.

façon défensive à une recommandation, moins elle accomplit de changements recommandés par le message. Résultat : la personne risque de fumer encore plus qu'avant ! La **figure 18.1.** résume l'ensemble des mécanismes psychologiques consécutifs à une campagne de santé publique.

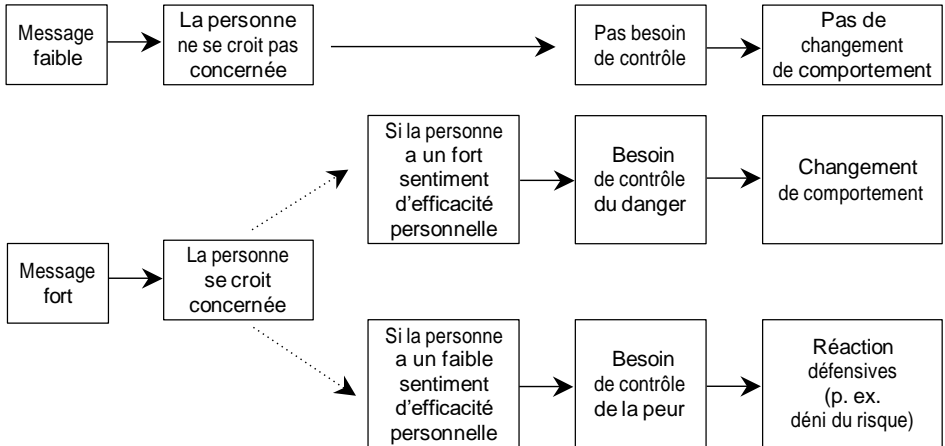


Figure 18.1. Impact des messages basés sur la peur.

Il est donc essentiel, lors d'une telle campagne, de fournir une information constructive à la population sur les moyens lui permettant de modifier son comportement¹.

4. BIBLIOGRAPHIE

BRUCHON-SCHWEITZER M. (2002). *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*, Paris, Dunod.

FISCHER G.-N. (dir.) (2005). *Traité de psychologie de la santé*, Paris, Dunod.

FISCHER G.-N. et TARQUINIO C. (2006). *Les Concepts fondamentaux de psychologie de la santé*, Paris, Dunod.

MORIN M. (2004). *Parcours de santé*, Paris, Armand Colin.

OGDEN J. et MOATTI J.-P. (2008). *Psychologie de la santé*, Bruxelles, De Boeck

Pratiques psychologiques (1999). Numéro 4, sur « La psychologie de la santé ».

SANTIAGO-DELEFOSSE M. (2002). *Psychologie de la santé. Perspectives qualitatives et cliniques*, Bruxelles, Mardaga.

5. SITE INTERNET

Association Francophone de Psychologie de la Santé www.afpsa.fr

1. Bandura A. (2003). *Auto-efficacité, le sentiment d'efficacité personnelle*, Bruxelles, De Boeck, chapitre 7