PSYCHOLOGIE MÉDICALE

PLAN: PSYCHOLOGIE MÉDICALE

I. Introduction.

1. Opposition Galien/Hippocrate.

2. Moyen âge:

Stagnation occident; essor orient (Avicenne).

3. Renaissance (XIV-XVe):

Médecine anatomoclinique (Vésale, Léonard de Vinci).

4. XVI-XVIIe:

Approfondissement de la médecine anatomoclinique.

5. XIXe:

Médecine somatique à son apogée, mais besoin de psychologie.

II. Psychologie.

1. Définition psychologie.

2. Définition psychologie médicale.

3. Relation médecin - psychologie (x6).

COURS: PSYCHOLOGIE MÉDICALE

Le corps exprimé par le langage:

→ métier de relation (souffrant/soignant). C'est une relation d'inégalité.

→ référence au fonctionnement psychique.

La qualité d'échange souffrant/soignant détermine la qualité des soins.

1. Introduction récente (1960) de la psychologie médicale dans les études médicales (1992 en PC1)

2. Ancienneté de l'opposition.

Entre médecine de la maladie ou de l'organe (Galien) et médecine de l'homme malade (Hippocrate).

La psychologie est apparue en même temps que la médecine.

3. Naissance de la médecine scientifique centrée sur la maladie, sur l'organe.

Maladie: rupture de l'équilibre sujet/environnement.

Hippocrate considéré comme le père fondateur de la médecine moderne, considérait l'homme dans sa totalité.

La médecine Hippocratique s'oppose à celle de Galien (= médecine de l'organe).

De tout temps, de grands médecins (Milliez, Hamburger, Bernard, Dausset) ont écrits philosophiquement sur la médecine. Donc la psychologie médicale est née de la réflexion sur l'expérience médicale.

Ils tenaient beaucoup compte des facteurs psychologiques.

Au temps d'Hippocrate, l'approche essentiellement intuitive et empirique était fortement influencé par l'environnement (astres et éléments), la métaphysique. Avant Hippocrate, les prêtres étaient médecins, au service de la divinité. Asclepios est le Dieu de la médecine en Grèce, qui donnera en latin Esculape. Hippocrate rentre dans une approche globale et laïque.

Si l'on se réfère à l'anthropologie médicale, l'on constate qu'il y a toujours eu, dans toutes les sociétés des médecins.

Ainsi, avec Hippocrate, l'on passe du métaphysique à l'environnement, l'on souligne la primauté de l'aspect du patient et de l'observation de ce dernier sous couvert d'une rigueur morale et laïque.

Au moyen-âge, l'influence chrétienne fait stagner la médecine. Péché → maladie (= punition de Dieu); c'est une période obscurantiste pour la médecine.

Saint Thomas d'Acquin ou Saint Augustin tenteront d'éveiller la foule sur les réelles causes de la maladie.

À la même époque, la médecine arabe est en plein essor, et en particulier grâce à Avicène qui insufflera une nouvelle vie à la médecine.

Renaissance (XIV-XVe)

Approche médicale plus humaniste et plus anatomique.

Au temps des humanistes, Vésale et Léonard de Vinci amorcent une médecine anatomoclinique via l'anatomie.

(XVI-XVIIe)

Les études d'Harvey sur la circulation sanguine, de Lavoisier sur la physiologie, de William Cullen sur le SN → médecine anatomoclinique.

(XIXe)

C'est dans le contexte d'une médecine somatique à son apogée que le besoin d'une approche psychologique se fait ressentir:

Au XIXe, Broussais, Laenec, Trousseau, Bichat, Claude Bernard, Auguste Comte, Pinel, Pasteur.

Retour à la personne malade (approche biopsychologique):

-limite de la médecine d'organe.

-progrès scientifiques de la psychologie, génétique, psychanalyse.

Poursuite de la médecine anatomoclinique:

(Broussais, médecin sous Napoléon sur les champs de bataille), Laenec invente le stéthoscope et fait des liens entre pouls et problèmes du corps.

Il y a un essai de rationalisation des maladies par Buffon.

Dans les sciences, l'on tente de classifier: botanique par Linné,...

Claude Bernard tente de lier les sciences pures (= dures) et la médecine expérimentale.

Le psychiatre Pinel va délivrer les fous de leurs chaînes, en les séparant d'avec les délinquants et mendiants.

Puis, Pasteur décrit les microbes comme instaurateurs de la maladie.

Rq: Apparition des spécialités et des classifications (des maladies mentales, ou des animaux (Buffon), des plantes (Linné),...).

Seulement voilà, l'anatomoclinique a ses limites et les maladies fonctionnelles (pas de lésions objectives= 30 à 40% de la clientèle) ou les maladies psychosomatiques (asthme, ulcère,...) rappellent la psychologie, car même après guérison, des troubles psychiques interviennent du fait de l'hospitalisation (ex: séparation enfants/parents, conséquence de "l'hospitalisme"). On tente donc de créer des instruments pour mesurer le psychisme (ex: Test de Binet (psychologue) et Simon (psychanalyste): sorte de test d'intelligence. Test de Rorschach (taches d'encre). Approche Behavioriste du comportement (questionnaire).)→ scanners: met en évidence les fonctionnements métaboliques cérébraux, rend tangible des réalités immatérielles jusqu'alors (radiographie du cerveau: visualisation de l'activation de certaines zones cérébrales (ex: Tristesse ou euphorie).

Le prix nobel de biologie, Kandel (médecin américain) dit: "le XXe siècle est le siècle de la génétique, le XXIe sera le siècle de la biologie de l'esprit".

Rq: Lire le livre de Kandel sur les supports biologiques de l'esprit.

4. Retour à la personne malade.

Limites de la médecine d'organe.

Progrès scientifiques de la psychologie, génétique et psychanalyse.

L'anthropologie médicale: soins apportés selon les cultures.

L'éthologie: science des comportement. À la base des animaux en groupe, mais extrapolée pendant les années 80 à des groupes d'enfants (Montagnier).

Psychologie médicale avec Piaget.

Apport considérable de Freud (neurologue, élève de Meynert) au début du siècle.

Définition de la psychologie: science des faits psychiques, c'est à dire des phénomènes de pensée mais aussi des phénomènes éprouvés, qui sont à la base des comportements et des conduites.

Le terme de comportement = façon d'être vu par l'observateur.

La terme de conduite = notion de pensée, d'intention.

La psychologie étudie aussi pensées, affects, sensibilité.

La psychologie est la science qui étudie le fonctionnement psychique de l'individu.

La psychologie médicale est la partie de la psychologie qui concerne la pratique de la médecine: intérêt du patient autant que du soignant.

Il existe un large champ potentiel hétérogène des relations entre médecins et psychologie: psychogénétique, psychosociologie, psychologie expérimentale, psychologie pharmacologie, neuropsychologie, psychothérapie.

1. La psychogénétique.

Partie de la psychologie qui étudie la genèse du développement psychique (dépend de l'environnement). Personnalité innée et acquise.

Grandement cautionné par Henri Wallon (vie émotionnelle et environnement) et Piaget (développement intelligence, capacité de synthèse).

2. La psychosociologie.

Intérêt de la relation entre le fonctionnement psychique individuel et l'individu vis-à-vis des autres.

3. La psychologie expérimentale.

Étudie les comportements en réaction à des stimuli.

4. La psychopharmacologie.

Découverte des médicaments agissant sur le psychique comme la larcactil, utilisé primitivement en anesthésie mais dont on découvre les effets en psychologie vers 1950.

Vers 1950-1970, l'on a étudié la réponse des animaux face au stress mais l'élargissement à l'homme (face aux dépendances, alcool, drogues...) a été très critiqué et est très critiquable.

5. La neuropsychologie.

Fonction psychique ↔ anatomie cérébrale.

Quelle partie du cerveau fonctionne → pour déterminer le psychisme de l'individu.

Développé grâce au PET scan= scanner + enregistrement cérébral (par émission de positrons).

ex: lien entre la pensée cognitive et la zone préfrontale.

6. Psychothérapie.

Méthode de traitement de la souffrance psychique par l'utilisation du fonctionnement psychique du thérapeute → psychanalyse, étude des différents apprentissages....

Il existe une infinité de méthodes pour étudier une infinité de zones. Le choix de la méthode et de la zone se base sur des hypothèses sous jacentes.

La psychologie en médecine est envisagée comme une science observable, mesurable,... et comme une science appliquée telle que l'action d'un sujet sur un autre (approche psychothérapeutique), cependant non quantifiable.

Rq: ne pas croire à ce qui n'est pas mesurable est une erreur.

La médecine des 200 dernières années a beaucoup emprunté aux sciences exactes → progrès en radiographie,... et même thérapeutique.

Mais ces techniques doivent s'incarner dans un patient, qui interagit avec l'environnement. Deux patients peuvent présenter une même pathologie, mais connaître des prises en charges différentes.

La schizophrénie= dopamine sécrétée en excès dans certaines zones du cerveau. En fonction de l'individu, la pathologie aura des aspects différents.

Relation humaine entre patient/soignant importante.

En médecine comme en psychologie, il existe une partie quantifiable et une autre non (= relationnelle). Que la médecine soit quantifiable ou relationnelle, il faut toujours tenir compte de l'autre dimension pour raisonner. Ces deux approches sont complémentaires.

Le champ spécifique de la psychologie médicale → centrée sur les connaissances, appliquées dans une relation soignant/soigné.

La médecine est parfois décrite comme un art.

La médecine fournit des connaissances psychologiques au médecin dans le but de lui permettre de mieux comprendre son malade par rapport à ses maladies mais aussi en tant que personne humaine. Le médecin doit comprendre que son patient a un passé et un présent qui lui sont propres.

La psychologie médicale → une discipline des informations, des connaissances (pour une pratique, un art), mais aussi une relation médecin/malade (→ 2 personnes en relation, en interaction).

On soigne son patient de façon très globale, contexte interactionnel.

Le malade et le soignant vont interagir sans cesse l'un sur l'autre → feed back.

Qu'est pour le malade sa maladie? (son opinion, si maladie héréditaire et déjà vu les dégâts).

La destinée de la maladie dépend de la relation médecin/malade.

La médecine est une science appliquée, confrontée à la réalité de l'humain.

Il y a deux approches fondamentales en psychologie:

-approche expérimentale (plus objective).

-approche phénoménologique (psychanalyse,...) (moins objective).

La phénoménologie: analyse existentielle: comment l'être s'éprouve.

Psychanalyse: façon de mieux se connaître.

On reconnaît d'avantage l'approche expérimentale (psychologie cognitive, positiviste). Le danger est de réduire la psychologie à des phénomènes observables.

La psychologie médicale est une discipline qui donne des informations suffisantes au soignant pour qu'il puisse mieux comprendre son patient.

La psychologie médicale n'est pas:

-la médecine psychosomatique.

-la psychiatrie.

-la psychothérapie.

-la psychanalyse.

-la psychologie clinique.

1. La médecine psychosomatique.

(lésions objectives dues à des facteurs psychologiques).

Maladie liée au fonctionnement psychique donc trouble physique accompagné de maladies psychiques aggravantes, différent des maladies fonctionnelles où seul le psychisme joue un rôle, sans lésion objective physique.

Psychologie médicale= maladie organique se reflétant sur le psychisme.

2. La psychiatrie.

Facteurs primaires sont dépressions, délires,...

Psychologie médicale= réactions.

3. La psychothérapie.

Traitement d'un psychisme souffrant par un psychisme soignant (repérage par rapport à leur psychisme conscient/inconscient).

La psychologie médicale s'inspire de toutes ces approches, mais ne se réduit pas une seule.

La psychologie médicale est surtout une expérience médicale plus qu'une connaissance.

4. La psychanalyse.

Cf le groupe Balint: soignants réunis en groupe une fois par mois en présence d'un psychanalyste qui les aide à gérer la relation avec le patient.

Le terme de psychologie est récent puisqu'il date du début XIXe et fut créé pour des raisons simples, se dégager d'une approche purement philosophique de la pensée.

Définition (assez générale pour ne pas déformer la réalité en insistant sur des points de la psychologie sans raisons): bien que chacun peut donner sa définition, on s'accorde sur le fait qu'il s'agisse d'une science des faits psychiques= des phénomènes de la pensée (= capacité de réflexion, mais aussi les affects éprouvés, les fantasmes).

Les raisons de la création de cette branche sont un développement des sciences objectives (façade scientifique de la psychologie), mesure de ce qui peut être objectivé, ou exprimé par le sujet → test d'évaluations → situation du sujet par rapport aux autres, basée sur l'observation.

La phénoménologie: on demande aux sujets qu'ils parlent de ce qu'ils ressentent. Mais existent les rêves, les actes manqués, les lapsus → manifestations d'une vie inconsciente (Cf Freud) → mise en 1e plan de la subjectivité du sujet.

2 approches apparemment opposées (Cf polémique sur psychothérapie).

En fonction de la théorie, mode d'étude psychique différent:

a) quelle psychologie: la pensée, les émotions, les sentiments, ...?

-Une science exacte objective.

-Psychologie expérimentale (évalué par un observateur extérieur).

-Béhaviorisme (Cf Watson).

-Neuropsychologie.

b) et/ou:

-Une connaissance communiquée par le sujet lui-même ou apprécié par l'autre.

-Subjective.

-Intuitive.

-Identificatoire.

-Interprétative.

Conscient et inconscient.

c) apports extérieurs (on sort des sciences exactes):

-De l'éthologie: Lorenz, Cyrulnik, Montagnier.

-De la sociologie: Durkheim.

-De l'ethnologie: Balandier, Devereux.

-De l'anthropologie: Lévi-Strauss.

On s'approche d'avantage du patient mais danger d'ignorer le substratum anatomique qui sous-tend ces idées.

Le cerveau a une biologie qui sécrète dopamine,... donc peut être la cause d'un dysfonctionnement psychique, dû au substratum anatomique, qui soutient la pensée.

ex: anorexie mentale (amaigrissement + absence de règle,...).

→ Le système de la récompense dans le cerveau rend difficile le retour à l'état normal bien que la pathologie soit démontrée nocive.

En psychologie expérimentale: réaction de fuite, panique, agression, protection ou d'apaisement, en réponse à des stimuli, observée par une autre personne.

→ constatation, pas d'extrapolation au psychisme.

→ surtout sur les animaux mais peut-on transférer les résultats sur l'homme?

ex: on essaye de rendre un animal anxieux, dépressif (analogie avec l'homme).

Mais on sait pas bien si les résultats observés sont applicable à l'homme.

Il est difficile de ne s'occuper que du comportement et non de la réalité subjective qui sous-tend l'acte chez l'homme, contrairement à l'animal.

Cf: Claude Bernard (psychologie expérimentale) ou Pavloff (réflexes conditionnés).

Réactions physiologiques à l'émotion (augmentation du pouls, ...) permet d'objectiver la réaction même si personne ne réagit de la même manière (excité par l'émotion ou sidéré).

l'éthologie est une science qui étudie les animaux mais en situation réelle, ils vont repérer des paternes de comportements et essayer de comprendre le psychisme sous-jacent en interprétant en fonction d'une assimilation anthropologique.

→ Ils ont démontré que le petit de l'animal avait une pulsion à s'attacher non pas à celui qui le nourrit (comme le disait Freud pour l'homme), mais à celui qui le cajole. Ils ont aussi montré que les différents types d'attachement durant l'enfance conditionnent les attachements futurs.

Un petit animal avec un animal adulte, quelque soit son espèce, noue des liens privilégiés (phénomène de l'empreinte).

L'anthropologie médicale: repérer dans une société les mécanismes de prise en charge de la maladie.

→ chez nous, la surprescription est un fait.

Au XIX et XXe siècle, le développement de la physiopathologie anatomique contribue à la détermination d'un support lésionnel à des plaintes. Ainsi, quand la plainte s'accompagne d'une lésion objectivable, l'on parle de maladie. Laenec et Brasset cherchaient à mettre en évidence une lésion pour chaque plainte.

L'avantage est que la compréhension des causes de la maladie a permis de meilleurs soins. L'inconvénient est que les malades sans lésion objectivable

furent considérés comme de faux malades. Il y eut une discrimination de vrais malades. Ainsi, le diagnostic des troubles fonctionnels (sommeil, trouble intestinal,...) va devenir la roue de secours des médecins. Cependant, si l'on se réfère à la sémiologie de la plainte, il est directement possible de se baser sur des troubles fonctionnels dès le début, et non pas de s'y référer en second lieu.

Cette démarche permet d'établir directement des causes. Babinski, successeur de Charcot va reprendre les travaux sur l'hystérie de Charcot. Ce dernier avait mis en évidence que cette névrose n'empruntait pas les mêmes circuits neurologiques, c'est un trouble fonctionnel appartenant aux névroses sans altération du système nerveux. Babinski va entreprendre une exploration méthodique des réflexes afin de mettre en évidence ce qui différencie une atteinte lésionnelle d'une simulation en conséquence de l'hystérie. En effet, l'hystérie est aussi appelée la grande simulatrice car elle peut mimer une paralysie des membres inférieurs par exemple. Si la lésion est objective alors au contact du bord latéral externe de la plante du pied avec une pointe émoussée, l'on constate une élévation majestueuse du gros orteil doublé d'une ouverture en éventail des autres orteils. C'est le signe de Babinski, qui différencie le pithiatisme (anomalie du fonctionnement qui peut être réversible par la suggestion, comme l'hystérie ou la simulation) d'une paralysie hypo ou hypertonique c'est à dire d'une interruption du faisceau pyramidal (liant cerveau et membres inférieurs).

Malgré les découvertes de Babinski, les troubles psychiques débouchant sur une véritable souffrance étaient encore considérés comme des simulateurs. En effet, bien que des palpitations, des vertiges ou des maux de tête puissent être constatés, la non présence de symptômes lésionnels les classe dans les non malades.

Le terme de pithiatisme (= Ensemble des troubles physiques apparaissant, se reproduisant ou disparaissant sous l'effet de la suggestion; trouble sans lésion objectivable) regroupe les hystériques (qui présentent un trouble sans lésion objectivable mais de façon inconsciente) et les simulateurs (qui présentent un trouble sans lésion objectivable mais de façon consciente).

Au fur et à mesure que les radiographies et autres procédés de pointe se sont développés, les maladies non objective se sont trouvées encore plus en retrait. Mais il faut savoir qu'une clientèle classique se compose de 50 à 70% de malades sans lésions organiques objectivables.

Quelles réponses du médecin à des troubles fonctionnels?

1/ Refus de prendre en compte. En effet, dans bien des cas les médecins n'apprécient pas de revoir le même patient. A tort bien entendu puisque la

relation créée avec le patient (et ses parents) est indispensable. De plus cette attitude tend à promouvoir le nomadisme médical qui est de changer de médecins régulièrement.

2/ Tentative d'explication physiopathologique, pseudo objectivation. Ceci est fait dans le but d'apaiser le patient car le vocable est très important en médecine. Mettre un nom sur une maladie rassure immédiatement. C'est pourquoi le terme de "syndrome d'Asperger" entre autres a fait son apparition. Asperger, psychologue autrichien va dans les années 50 décrire l'autisme (comme Kanner) chez des enfants intelligents. Et cette nuance d'intelligent plaît plus que le terme d'autisme. Ainsi, l'on parlera aussi de neurasthénie, de dérèglement du système végétatif, de névrose cardiaque, de syndrome polyalgique, ou de dystonie neurovégétative. Mais ces mots ne sont que des étiquettes et ne font qu'entériner le trouble et le patient dans sa pathologie.

L'on aime bien aussi les termes regroupant plusieurs douleurs (ex: fibromyalgie qui est une douleur des tendons + muscle).

3/ Se demander à quel malaise interne correspond l'expression du trouble. Expression qui engage l'ensemble de la personnalité. Le patient via ce symptôme qui lui procure des avantages tels qu'attention... (= avantages secondaires) aura du mal à s'en défaire. Balint, discutait avec ses collègues des demandes implicites des patients. Ils ont pu montrer avec quelle fréquence les patients ont généralement besoin du relationnel d'où le nomadisme médical ou alors création de nouvelles pathologies.

La médecine moderne influencée par la science a supplanté la magie et le divin, on a cru que le médecin avait remplacé le chaman.

La personne qui a la mission de guérir a aussi la responsabilité de la mort. Accès au secret de la mort, de la vie, du corps, du sexe,... → secret professionnel.

On l'admire, le respecte mais en même temps, on est méfiant vis à vis de lui. On est prêt à le mettre en accusation s'il se trompe → procès.

En dépit des progrès de la médecine scientifique, les pouvoirs attribués au médecin restent imprégnés de magie, d'irrationnel et de subjectivité.

Comme en témoignent les succès persistants des guérisseurs, des charlatans.

Et dans une moindre mesure, les médecines douces ou parallèles.

Tentative d'objectivation de ces effets: l'effet placebo, efficacité et observance, évolution des psychothérapies.

Causalité circulaire:

Dans l'antiquité, l'on considérait la maladie comme un fléau, et par conséquent l'homme comme innocent.

En revanche, la vision Hippocratique présente la maladie comme une réaction de l'organisme pour se réorganiser par rapport à un déséquilibre interne.

Au début du XIXe et XXe, la découverte de Pasteur nous renvoie de nouveau à une vision de fléau. En effet, le microbe est perçu comme un élément étranger entrant dans l'organisme pour provoquer la maladie.

La médecine par des mesures d'hygiène, d'asepsie: empêche l'entrée du microbe. Ou on essaye de détruire le microbe une fois entré (Cf Flemming).

Progrès considérables de la médecine jusqu'à une certaine limite. Réactions des individus différents face à une agression identique:

-selon la constitution physique, anatomique de l'individu.

-selon la personnalité (représentation de la maladie,...).

Réactions disproportionnée possible chez certains au point de déclencher une maladie grave (Cf CIVD: coagulation intravasculaire disséminée ; surtout chez le nourrisson. Syndrome: en se défendant, l'organisme s'attaque lui-même = auto-immunité).

Causalité linéaire: agent pathogène → maladie.

Causalité circulaire: tient compte des feed back.

La cyclosporine diminue la réaction immunitaire et du coup le rejet de greffe.

La causalité circulaire oblige de prendre en compte un grand nombre de facteurs:

-physiques (force, critères biologiques, groupe HLA,...).

-psychologiques (tempérament, caractère,...).

-environnement (au sens physique: température, humidité,... ; habitude diététique ; relationnel ; affectif ; mode de comportement:...) → vulnérabilité.

La souffrance psychique s'exprime différemment selon les cultures:

-occidentale: dépression.

-sub-méditerranéenne: délire (car croyance en un fléau).

La consommation de produits toxiques → vulnérabilité.

Interaction de facteurs personnels (physique et psychologique) + environnement → maladie.

Dans cette conception, l'organisme malade apparaît lui-même impliqué dans l'apparition et surtout le déroulement -bon ou mauvais- de la maladie.

Événements de vie: événements à résonance affective (deuil, séparation, agression, changement d'environnement,...) → maladies psychosomatiques.

Les mécanismes de défenses immunitaires diminuent chez un déprimé.

Survenue de maladies somatiques → diminution des maladies psychiques.

Ainsi, pour soigner une maladie mentale, on provoque une maladie physique.
→ provocation de crises épileptiques par une décharge électrique (inspiré des abattoires) → diminution des maladies mentales.

Les maladies fonctionnelles s'améliorent si maladie somatique apparaît.
Les troubles hypochondriaux (à ne pas confondre avec maladie fonctionnelle) sont des maladies centrées sur un organe, imaginées par le patient.

Effet placebo: A priori, la prescription d'un médicament, la chimiothérapie- notons au passage que la France est le plus gros consommateur de médicaments- c'est l'introduction d'une molécule chimique dont on connaît les effets pharmacologiques qui ont été expérimentés et mesurés sur des animaux puis sur des hommes malades ou non. On essaye de définir l'effet du médecin sur l'organisme.

On a pu montrer la part d'irrationalité au delà de l'effet pharmacologique pur.

Définition: Placebo signifie "qui plaît" et désigne les modifications objectives et subjectives de l'état d'un sujet auquel on a administré en milieu médical un corps, une substance sans action pharmacodynamique propre c'est à dire inerte appelée placebo.

L'effet placebo est la différence constatée entre les modifications constatées cliniquement et celles qui sont strictement attendues imputable à l'administration d'une substance active prescrite.

Rq: L'effet nocebo diffère de l'effet placebo car le patient se plaint d'effets indésirables.

Facteurs responsables: liés au médecin (a), au médicament (b) ou à la personnalité du malade (c).

(a): La croyance personnelle du médecin dans les médicaments joue pour beaucoup. Dans les tests où l'on compare les effets d'un produit vrai à un inerte (= étude en double aveugle car ni le médecin ni le patient ne savent si le médicament est actif ou inerte.). Ces expériences sont éthiquement criticables. Maintenant on privilégie un produit dont on connaît les effets et un produit dont on souhaite les découvrir pour ce genre de tests.

Les médecins optimistes connaissent de meilleurs résultats qu'un médecin plus pessimiste ou très protocolaire. En effet, un médecin empathique connaîtra de grands résultats. Lorsque le médecin peut servir de support aux projections des patients telles que la sympathie,.... qualités bien entendu attribuées par le patient, les patients guériront d'avantage.

(b): La présentation du produit va avoir son importance. Les français pensent qu'un médicament est plus actif en intraveineuse ou intramusculaire que par voie orale. Or, le tranquillisant qu'est le valium produits les mêmes effets par voie orale que par voie intraveineuse ou intramusculaire.

La couleur aussi a son rôle puisque le bleu est sédatif, le vert anxiolytique c'est à dire contre l'angoisse, apaisant, le rouge est stimulant, le marron laxatif, le jaune antidépressif et le blanc analgésique.

La forme (les produits carrés ont pas un aussi bon effet placebo que ceux ronds, polis) et le goût participent aussi et étrangement, plus le médicament est mauvais et plus ils fonctionnera.

Notons que même si le corps est inerte, il y aura des effets secondaires.

(c): La sensibilité au placebo n'est pas dépendante des caractères physiologiques mais bien de sa croyance et de sa dépendance d'effets magiques. Il n'y a pas de personnalités typiques mais on pourrait appelée "placeboréactive", les personnalités présentant des traits de soumission par exemple. En effet, c'est souvent lié à des déterminants sous jacents, inconscients.

Les acouphènes qui sont des bourdonnements dans l'oreille sont améliorables grâce à l'effet placebo dans 40% des cas, les arthrites à 80%, les céphalées (= maux de tête) à 54%, les coliques à 60, 70% et contre les douleurs dans 30 à 40% des cas. Pour qu'un médicament soit considéré comme intéressant par les laboratoires, il faut qu'il connaisse un taux de réussite minimum de 40%.

L'observance:

Adhésion du malade aux médicaments prescrits par le médecin.

L'observance stricte n'existe que dans 15% des cas.

Rq: Les femmes sont d'avantage rétives que les hommes puisqu'elle ne respectent l'observance que dans 5% des cas (contre 35% pour les hommes).

Souvent les patients remanient leur ordonnance afin de se revaloriser dans leur infériorité dû à la maladie.

Facteurs qui expliquent la non observance: la nature de la maladie (a), le sujet (b), le traitement (c) et le médecin (d).

(a): La non observance est d'autant plus importante que la maladie n'est pas ressentie (anémie, diabète,...) contrairement à une maladie provoquant nausées....

(b): La personnalité du patient, s'il est soumis plutôt que indépendant et méfiant.

(c): La nature du traitement: si efficace → bien toléré. Plus le traitement est complexe (nombre de médicaments) est moins l'observance sera respectée car le patient la remaniera dans le but de la simplifier.

(d): Par son comportement, sa relation avec le médecin. S'il est amical, s'il s'inquiète du patient, s'il est sympathique....

Rq: Le malade obéit à l'observance si il s'agit de son médecin habituel (75%) plutôt que s'il s'agit du remplaçant (50%).

S'il n'attend pas longtemps en salle d'attente et qu'il est écouté longtemps, le patient respectera plus facilement l'observance.

L'entourage peut accroître ou amoindrir l'observance, c'est tout un jeu relationnel dans la famille.

Médicalisation de la vie:

La médecine moderne du fait de ses avancées techniques tend à être utilisée par les personnes dans la vie quotidienne de façon considérable.

Augmentation de la croyance dans les capacités de cette médecine. On va assister à une extensions des demandes adressées au médecin (demande des choses hors propos).

Problème liés à des carences sociales, économiques ou plus individuels liés à des carence de travail.

Demandes liées à la croyance en son efficacité.

Dépenses illimitées pour la médecine (→ problèmes de la CQ).

Refus de soigner peut être pris comme un délit.

Difficultés inhérentes à l'éducation des enfants (ex: hyperkinésie)→ sont amenés au psychiatre. Sous l'influence des idées venues des E-U (prescrire ritaline, une amphétamine).

C'est au parents de s'en charger: problème éducatif transformé en problème médical.

Idem si difficultés scolaires ou vieillissement. Le vieillissement n'est qu'un phénomène physiologique inéluctable→ inconvénients (prise en charge dans les hospices).

Difficultés professionnelles, conjugales, familiales,...

→ On risque ainsi une extension de la notion de maladie (physique → malaise social).

La notion de droit à la santé devient expansive. Demande d'aide pour des événements de la vie normale. Risque de confondre la psychiatrie et la santé mentale.

Demandes d'intervention des psychiatres lors de catastrophes.

Face à la douleur, les médecins ont tendance à faire appel aux psychiatres.

Surconsommation médicale avec vulgarisation des examens complémentaires.

A la télévision, l'on constate une extension de la médecine (cosmétique, diététique: label médical utilisé).

Maladie utilisée à des fins publicitaires.

Médecine amené à remplacer le système des valeurs morales.

(ex: Sida → jugement moraux sur l'homosexualité. On attribue une valeur morale à la médecine pour dire de l'homosexualité, ou des pervers sexuels que ce n'est pas bien.)

Transformation de l'approche scientifique de la médecine en approche scientifique. En effet, il y a utilisation de résultats scientifiques dans des domaines hors propos pour sous-tendre des facteurs émotionnels. Démonstration scientifique pour démontrer que la vie existait très tôt chez l'embryon.

En bref, social, publicitaire, moral et culturel sont désormais le credo de la médecine.

Il y a confusion entre santé et bonheur.

Anthropologie médicale → étude sur comment une société traite de la vie, de la mort,...

Dans un contexte de santé, la souffrance liée au deuil est considérée comme une maladie → inflation de la prescription des antidépresseurs = "pilule du bonheur". Association d'une succession de deux mouvements se déclenchant mutuellement: Le citoyen demande à la société de supprimer les souffrances liés aux échecs. La société se tourne vers la médecine pour qu'elle traite ses problèmes.

Inversement, depuis quelques dizaines d'années, un mouvement contradictoire dans la société apparaît; c'est le mouvement de désinstitutionnalisation. En effet, les gens vont essayer de désinstitutionnaliser les internés psychiatriques. Grande proportion de malades mentaux chez les marginaux et les désœuvrés.

Prise en charge des patients handicapés.

Succès de la médecine et évolution de la société, se conjugue pour une demande de protection, de réassurance → droit aux soins, à la santé → revendications.

Bonne santé est fonction de l'investissement, de la mobilisation du sujet.

Revendications d'ordre affectif à la médecine → multiplie les prescriptions et examens → coûteux.

Il n'est pas dans notre intention d'opposer perspectives médicales à perspectives sociales, elles sont complémentaires:

Les succès de la médecine dans certains domaines augmentent, et dans d'autres diminuent.

Les approches statistiques et économiques ne doivent pas masquer l'importance de chaque cas individuel.

Le médecin ne peut percevoir que ce qu'il a été formé à percevoir. (palper,...) approche sensorielle.

Plus le niveau technique de la médecine s'accroît, plus le médecin devient tributaires des informations → perception subjective, intuitive, relationnelle et concrète, objective,...

Cette approche subjective est dans le cadre d'une approche subjective relationnelle.

Cf le livre de Gori: "La santé totalitaire", publié chez Denoël.

Sociologie. (Cf "sociologie de la maladie et de la médecine")

Maladie= dysfonctionnement du corps, alors pourquoi la sociologie?

À première vue, maladie et médecine échappe à la sociologie.

1948, Talcott Parsons: Première analyse sociologique portant sur la maladie.

1926, Marcel Mauss: Effet physique de l'idée de mort suggéré par la collectivité.

Parsons définit le rôle social du médecin et du malade:

À chaque société, à chaque époque et à chaque niveau social correspondent des maladies spécifiques.

Être malade a des significations sociales. La bonne santé est la norme, et ce n'est pas la moyenne selon Émile Durkheim. Plutôt au delà du corps, l'homme dans son milieu.

Gorges Canguilhem (Cf "le normal et le pathologique" (1966)).

Modalité des réponses de la société à la maladie:

Des rôles, des professions et des institutions soignantes.

La pratique médicale, structure la rencontre malade maladie, modélise la prise en charge et assigne au malade un statut.

Les sociologues se sont intéressés à l'évolution de la prise en charge, la médecine scientifique du XIXe, les liens entre homme et environnement (déterminants sociaux).

Approche sociologique du fonctionnement de l'hôpital.

Rappel: les hôpitaux en France: 4000 établissements, 700 000 lits et 1 000 000 d'employés.

Historique: les "maisons Dieu" au moyen-âge avaient un rôle de bienfaisance.

Les hôpitaux généraux en 1956 se doublent d'un contrôle social, tout le monde y ait accueilli et recueilli par les archers sociaux.

Fin XVIIIe, le clergé s'estompe devant l'état.

Médecine scientifique du XIXe + soins scientifiques.

Premiers travaux sociologiques:

Aux E-U: 1950.

En France: 1970.

L'on étudie alors l'hôpital comme une organisation, un travail de soin et une fonction thérapeutique.

Fonction thérapeutique de l'hôpital (René Fox).

Transfert des soins de la famille (→ à l'hôpital).

L'hôpital= une institution soignante par elle-même.

Les attentes de la société sont que l'hôpital soigne, protège le malade et le resocialise.

Mais à risque iatrogène (= fait de transmettre des infections nosocomiales par exemple) surtout dans les hôpitaux psychiatriques.

Tosquelles-Cury: l'hôpital peut produire la maladie.

Notion de milieu thérapeutique, de communauté thérapeutique et de thérapie institutionnelle.

Organisation du travail à l'hôpital:

Pouvoir hiérarchique, régies impersonnelles et but spécifique.

Mais à l'hôpital, il y a deux lignes d'autorités: administrative et médicale.

Nécessité de négociation et d'humanisation.

Un environnement divers extérieur au système: clientèle, pouvoirs locaux et état.

Il faut en tenir compte.

L'affrontement de deux logiques: médicale-scientifique d'une part, rationalisatrice-économique: l'état d'autre part.

Soins et contraintes budgétaires: budget global et évaluation activité (PMSI-ISA).

Pas d'évolution possible sans forte implication des acteurs d'après Françoise Gonnet.

L'hôpital: lieu de production du travail de soins.

1. Variété des travaux (Hughes).

Plus ou moins valorisés= hiérarchie.

Les changements de rythmes entraînent une modification de la hiérarchie. En effet, entre routine et urgence, la hiérarchie varie.

Persistance de la mission d'assistance (Jean Peneff).

> aux urgences (80%).

Les filières de soins sont socialement hiérarchisées.

2. Trajectoires de maladies et de soins (Strauss).

Plusieurs spécialités, plusieurs types d'interventions= coordination.

Concerne des êtres humains (soignés et soignant) → réactions émotionnelles inattendues.

Le patient n'est pas inactif dans ce travail.

3. Incertitude (René Fox).

Thérapeutique et recherche expérimentale.

Prise de risques: aussi dangereux que prometteur.

D'où cohésion, solidarité et coopération entre le malade et l'équipe médicale.