



UNIVERSITÉ DU BURUNDI
FACULTE DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE L'ÉDUCATION
Département de Psychologie

PSYCHOLOGIE MEDICALE (PSY3540)

45 h

3^{ème} année de Bachelier en Psychologie Clinique et Sociale

Par

Dr Rénovate IRAMBONA

Bujumbura, août 2026

FICHE SIGNALETIQUE DE L'ECUE

PSY3540 : Psychologie Médicale

Responsable : Dr Rénovate IRAMBONA

Processus	Paramètres	Description
Élaboration	Thème	Psychologie médicale
	Objectif général	A la fin de l'ECUE, l'étudiant sera capable de mobiliser les ressources et les techniques psychologiques dans la relation de soins.
	Objectifs spécifiques	L'étudiant sera en mesure de : -Elucider la psychologie médicale de par son objet et ses méthodes ; -Cerner la complémentarité entre les psychologues et les médecins ; -Prendre en compte les aspects psychologiques dans le diagnostic et la prise en charge des maladies somatiques.
	Prérequis	-Psychologie clinique ; -Psychopathologie générale ; -Introduction à la psychanalyse ; -Entretiens psychologiques.
	Conditions générales	1. Les supports : Syllabus de l'ECUE 2. Modalités d'organisation : Enseignement magistral : 30heures, Travaux Dirigés : 15heures
	Bref contenu de l'ECUE	L'ECUE développera les contenus suivants : -Concepts de base et objet de la psychologie médicale ; -Rapports entre psyché et soma ; -Relations psychologue-médecin ; -Approche holistique de l'homme ; -Aspects psychologiques de la maladie ; -Relation soignant-soigné ; -Pratiques du psychologue en milieu de soins.

	Références Bibliographiques	JEAMMET, P., REYNAUD, M., CONSOLI, S. et FLAVIGNY, H. <i>Psychologie médicale</i>. Paris : Masson, 1996. BALINT, M. <i>Le médecin, son malade et sa maladie</i>. Paris : Payot, 1966. TRIFFAUX, J. M. « Que devient la psychologie médicale dans la pratique médicale contemporaine...? ». <i>Acta Psychiatrica Belgica</i>, 2018, vol. 118, no 2. MPINGA, H. M. <i>Éléments de psychologie médicale</i>. Paris : L'Harmattan, 2018. DELBROUCK, M. <i>Psychopharmacologie : à l'usage du médecin et du psychothérapeute</i>. Bruxelles : De Boeck Supérieur, 2016. D'AMBROGIO, T. et SPERANZA, M. « Approche psychopharmacologique des troubles du comportement chez l'enfant et l'adolescent ». <i>Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence</i>, 2012, vol. 60, no 1, p. 52-61.
	Informations	Pour bien suivre le cours, l'étudiant est informé sur : - L'esprit dans lequel le cours est dispensé (interaction prof-étudiant, faire preuve d'esprit critique, poser des questions...)
		-Les modalités d'évaluation (la nature des productions attendues) -L'importance accordée à la recherche personnelle à l'aide de différents supports.
	Activités	-Participation au cours -Visite de terrain
Intervention	Déroulement	En fonction des objectifs suivis dans chaque séance, il y aura des moments d'introduction, de développement, de discussion, d'échange, de synthèse et de remédiation.
	Production	Rapports/comptes rendus individuels et ou collectifs des tâches réalisées sur demande de l'enseignant
	Motivation	La psychologie médicale fournit aux futurs psychologues cliniciens des ressources en rapport avec les aspects psychologiques de la maladie et la complémentarité avec les autres soignants.
	Interactions	-Interactions entre les étudiants eux-mêmes -Interactions entre l'enseignant et les étudiants

Appropriation	Évaluation	Les modalités d'évaluation respectent le règlement académique en vigueur dans une perspective de la Pédagogie d'Intégration et de l'inclusion sociale et scolaire avec des critères d'évaluation bien définis : -Évaluation diagnostique des ressources au début de l'enseignement-apprentissage de l'ECUE; -Évaluation formative des compétences en développement au cours de l'enseignement-apprentissage (40%) ; -Évaluation sommative des compétences développées (60%).
---------------	------------	---

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	7
1. Définition et champs d'application	7
2. Différence avec la psychologie clinique et la psychologie de la santé.....	7
3. Historique : du modèle biomédical au modèle biopsychosocial	8
Conclusion.....	9
CHAPITRE I: LE MODELE BIOPSYCHOSOCIAL	10
I.1. Interaction corps–esprit.....	10
I.2. Les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.....	11
I.3. Introduction aux déterminants de santé.....	12
I.4. Intérêt du modèle biopsychosocial en médecine.....	12
Conclusion.....	12
CHAPITRE II: LES REACTIONS PSYCHOLOGIQUES A LA MALADIE	14
2. 1. Stress, anxiété et dépression	14
2. 2. Les mécanismes de défense	15
2. 3. Les représentations de la maladie	16
2. 4. L'adaptation à la maladie chronique	16
Conclusion.....	17
CHAPITRE 3 : LA RELATION MÉDECIN–PATIENT	18
3. 1. Les modèles de la relation thérapeutique	18
3. 2. La communication verbale et non verbale.....	18
3. 3. L'empathie et l'alliance thérapeutique	19
3. 4. Les facteurs influençant la relation médecin–patient	19
3.5. Conclusion	19
CHAPITRE 4 : LE ROLE DU PSYCHOLOGUE EN MILIEU MEDICAL	20
4.1. Une approche globale du patient	20
4. 2. Les interventions auprès des patients	20
4. 3. Le travail avec les familles	21
4. 4. Le rôle auprès des soignants.....	21
4. 5. La place dans l'équipe pluridisciplinaire.....	21
4.6. Les spécificités de l'entretien psychologique.....	21

4.7. Les limites et les enjeux éthiques	22
4.8. Conclusion	22
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	23

INTRODUCTION

1. Définition et champs d'application

La psychologie médicale constitue une discipline à l'interface de la médecine et de la psychologie. Elle s'intéresse aux interactions complexes entre les processus psychologiques et les phénomènes médicaux, en mettant l'accent sur la manière dont les facteurs psychiques influencent la santé, la maladie et les comportements liés aux soins. Cette approche repose sur l'idée que la maladie ne peut être comprise uniquement à partir de ses déterminants biologiques, mais qu'elle implique également une dimension subjective, émotionnelle et sociale.

Dans cette perspective, la psychologie médicale étudie les réactions psychologiques des individus face à la maladie, qu'il s'agisse d'angoisse, de déni, de tristesse ou encore de mécanismes d'adaptation. Elle s'intéresse également aux comportements de santé, notamment à la manière dont les patients adhèrent aux traitements, adoptent des conduites préventives ou modifient leurs habitudes de vie. La relation entre le patient et les professionnels de santé constitue également un objet central d'analyse, en particulier en ce qui concerne la communication, la confiance et l'alliance thérapeutique.

Les champs d'application de la psychologie médicale sont nombreux et variés. En milieu hospitalier, elle intervient dans l'accompagnement des patients confrontés à des maladies aiguës ou chroniques, ainsi que dans la gestion de la douleur et le soutien lors de l'annonce de diagnostics difficiles. En médecine générale, elle permet de mieux comprendre certaines plaintes somatiques qui ne trouvent pas d'explication organique claire, en prenant en compte le contexte psychologique et social du patient. Elle joue également un rôle important dans la prise en charge des maladies chroniques telles que le diabète, le VIH ou le cancer, en favorisant l'acceptation de la maladie et l'observance thérapeutique. Par ailleurs, elle intervient dans les situations de crise, comme les traumatismes ou les hospitalisations d'urgence, en analysant les réactions psychologiques immédiates et les processus d'adaptation. Enfin, elle participe aux actions de prévention en sensibilisant aux comportements à risque et en promouvant des modes de vie favorables à la santé.

Ainsi, la psychologie médicale ne se limite pas à l'étude de la maladie en tant que telle, mais englobe l'ensemble de l'expérience vécue par le patient, depuis l'apparition des symptômes jusqu'au suivi thérapeutique.

2. Différence avec la psychologie clinique et la psychologie de la santé

La psychologie médicale est souvent confondue avec d'autres domaines de la psychologie, en particulier la psychologie clinique et la psychologie de la santé. Bien que ces disciplines partagent certains objets d'étude, elles se distinguent par leurs orientations et leurs objectifs.

La psychologie clinique se centre principalement sur l'étude du fonctionnement psychique, qu'il soit normal ou pathologique. Elle vise à comprendre, diagnostiquer et traiter les troubles mentaux tels que la dépression, les troubles anxieux ou les psychoses. Son objet principal est

donc le psychisme lui-même, indépendamment de la présence d'une maladie somatique. En revanche, la psychologie médicale s'intéresse avant tout aux maladies physiques et à leurs implications psychologiques. Elle analyse la manière dont une pathologie organique influence le vécu psychique du patient et, inversement, comment les facteurs psychologiques peuvent agir sur l'évolution de la maladie. Il existe néanmoins des zones de recouvrement entre ces deux disciplines, notamment lorsque des troubles psychiques apparaissent en réaction à une maladie physique.

La psychologie de la santé, quant à elle, constitue un champ plus large qui englobe en partie la psychologie médicale tout en la dépassant. Elle ne se limite pas au contexte de la maladie ou du soin, mais s'intéresse également à la prévention, à la promotion de la santé et aux politiques de santé publique. Elle étudie les comportements de santé à l'échelle individuelle et collective, ainsi que les déterminants sociaux, culturels et environnementaux de la santé. Alors que la psychologie médicale est souvent centrée sur le patient et le contexte clinique, la psychologie de la santé adopte une perspective plus globale, intégrant les enjeux de société et les stratégies de prévention.

Ces trois disciplines doivent être envisagées comme complémentaires. La psychologie clinique apporte une compréhension approfondie du fonctionnement psychique, la psychologie médicale établit le lien entre ce fonctionnement et la maladie somatique, et la psychologie de la santé élargit la réflexion aux déterminants sociaux et aux actions de prévention.

3. Historique : du modèle biomédical au modèle biopsychosocial

L'évolution de la psychologie médicale s'inscrit dans une transformation plus large des conceptions de la maladie en médecine. Pendant longtemps, le modèle dominant a été le modèle biomédical, qui repose sur une vision strictement biologique de la maladie. Selon ce modèle, toute pathologie a une cause organique identifiable, telle qu'une infection, une anomalie physiologique ou un dysfonctionnement biologique. Le corps est alors envisagé comme une machine dont il convient de réparer les défaillances, tandis que le psychisme est considéré comme séparé du corps et sans influence significative sur la maladie.

Dans cette perspective, le rôle du médecin consiste essentiellement à poser un diagnostic et à administrer un traitement visant à corriger la cause biologique. Le patient occupe une position relativement passive, et les facteurs psychologiques sont souvent négligés. Toutefois, ce modèle présente des limites importantes. Il ne permet pas d'expliquer certaines affections pour lesquelles aucune cause organique claire n'est identifiée, ni les différences observées entre les individus dans l'évolution d'une même maladie. Il ne prend pas non plus en compte le vécu subjectif du patient, pourtant essentiel dans l'expérience de la maladie.

Face à ces limites, un nouveau modèle a émergé au cours du XXe siècle, connu sous le nom de modèle biopsychosocial. Ce modèle propose une approche intégrative selon laquelle la santé et la maladie résultent de l'interaction entre des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.

Les dimensions émotionnelles, cognitives et comportementales sont désormais considérées comme des éléments essentiels dans la compréhension des processus de santé et de maladie. De même, le contexte social, les conditions de vie, les relations interpersonnelles et les facteurs culturels jouent un rôle déterminant.

L'adoption du modèle biopsychosocial a entraîné des transformations majeures dans la pratique médicale. Elle a conduit à une prise en compte plus globale du patient, incluant son histoire personnelle, son environnement et ses représentations de la maladie. La communication entre le soignant et le patient a acquis une importance centrale, notamment dans l'établissement d'une relation de confiance et d'une alliance thérapeutique. Par ailleurs, le travail en équipe pluridisciplinaire s'est développé, impliquant la collaboration entre médecins, psychologues, infirmiers et autres professionnels de santé.

Ce modèle a également favorisé l'intégration d'interventions psychologiques dans la prise en charge médicale, telles que la gestion du stress, l'accompagnement émotionnel et le soutien à l'adhésion thérapeutique. Aujourd'hui, il constitue une référence incontournable dans les domaines de la psychologie médicale et de la psychologie de la santé. Il permet de mieux comprendre la complexité des maladies, en particulier des maladies chroniques, et contribue à améliorer la qualité des soins en plaçant le patient au centre de la prise en charge.

Conclusion

La psychologie médicale apparaît ainsi comme une discipline essentielle pour appréhender la maladie dans toute sa complexité. En intégrant les dimensions psychologiques et sociales aux données biologiques, elle permet de dépasser une vision réductrice du soin. Sa distinction avec la psychologie clinique et la psychologie de la santé repose sur des différences d'objets et de perspectives, mais ces disciplines demeurent étroitement liées et complémentaires. L'évolution historique, marquée par le passage du modèle biomédical au modèle biopsychosocial, témoigne d'un changement profond dans la manière de concevoir la santé, désormais envisagée comme un état global impliquant l'ensemble de la personne et de son environnement.

CHAPITRE I: LE MODELE BIOPSYCHOSOCIAL

Le modèle biopsychosocial constitue aujourd'hui une référence essentielle en psychologie médicale et en pratique clinique. Il propose une vision globale de la santé et de la maladie en intégrant non seulement les dimensions biologiques, mais également les aspects psychologiques et sociaux qui influencent l'état de santé d'un individu. Cette approche a été développée en réaction aux limites du modèle biomédical classique, qui expliquait la maladie uniquement par des causes organiques ou physiologiques. Le psychiatre George L. Engel a introduit ce modèle en 1977, soulignant la nécessité d'adopter une compréhension plus holistique de l'être humain dans le domaine médical.

Dans cette perspective, la santé n'est plus considérée comme l'absence de maladie, mais comme un état dynamique résultant d'interactions complexes entre différents facteurs. Cette conception permet de mieux comprendre pourquoi des individus présentant une même pathologie peuvent évoluer différemment, en fonction de leur vécu, de leur environnement et de leur état psychologique.

I.1. Interaction corps-esprit

L'un des fondements du modèle biopsychosocial repose sur l'interaction étroite entre le corps et l'esprit. Contrairement à une vision dualiste qui sépare strictement le physique du mental, cette approche considère que ces deux dimensions sont profondément interconnectées et s'influencent mutuellement en permanence.

Les émotions, les pensées et les états psychologiques peuvent avoir un impact direct sur le fonctionnement physiologique. Par exemple, le stress chronique est aujourd'hui reconnu comme un facteur contribuant au développement de nombreuses pathologies, telles que l'hypertension artérielle, les troubles digestifs ou encore certaines maladies cardiovasculaires. De même, les émotions négatives prolongées, comme l'anxiété ou la dépression, peuvent affaiblir le système immunitaire et rendre l'organisme plus vulnérable aux infections.

Inversement, l'état de santé physique influence fortement le bien-être psychologique. Une maladie chronique, douloureuse ou invalidante peut entraîner des conséquences émotionnelles importantes, notamment une perte d'estime de soi, un sentiment d'impuissance ou encore des troubles anxiodépressifs. Cette interaction bidirectionnelle souligne l'importance d'une prise en charge globale du patient, prenant en compte à la fois ses symptômes physiques et son vécu psychologique.

Ainsi, la compréhension de la relation corps-esprit permet d'expliquer de nombreux phénomènes cliniques, tels que les troubles psychosomatiques, où des symptômes physiques apparaissent ou s'aggravent en lien avec des facteurs psychologiques.

I.2. Les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux

Le modèle biopsychosocial repose sur l'idée que la santé et la maladie résultent de l'interaction de trois grandes catégories de facteurs : biologiques, psychologiques et sociaux.

a) Facteurs biologiques

Les facteurs biologiques concernent l'ensemble des processus physiologiques et organiques qui participent au fonctionnement du corps humain. Ils incluent notamment la génétique, les anomalies biologiques, les infections, les déséquilibres hormonaux, ainsi que les lésions tissulaires ou organiques. Ces éléments constituent souvent la base de l'apparition des maladies dans le modèle biomédical traditionnel.

Par exemple, certaines maladies comme le diabète, les maladies cardiovasculaires ou les cancers présentent des composantes biologiques clairement identifiables. Toutefois, dans le cadre du modèle biopsychosocial, ces facteurs ne suffisent pas à eux seuls à expliquer l'évolution de la maladie, car ils interagissent constamment avec d'autres dimensions.

b) Facteurs psychologiques

Les facteurs psychologiques renvoient aux processus mentaux, émotionnels et comportementaux de l'individu. Ils incluent les émotions, les croyances, les attitudes, la personnalité, ainsi que les stratégies d'adaptation face au stress, appelées mécanismes de coping.

Le stress, en particulier, joue un rôle central dans l'apparition et l'évolution de nombreuses maladies. Un individu exposé à un stress chronique peut développer des troubles somatiques ou aggraver une pathologie existante. De même, certains comportements à risque, comme le tabagisme, la consommation excessive d'alcool ou une alimentation déséquilibrée, sont fortement influencés par des facteurs psychologiques.

Les représentations que le patient se fait de sa maladie influencent également son adhésion au traitement et son évolution clinique. Un patient qui comprend sa maladie et qui adopte une attitude active face à celle-ci aura généralement un meilleur pronostic.

c) Facteurs sociaux

Les facteurs sociaux regroupent l'ensemble des éléments liés à l'environnement dans lequel évolue l'individu. Ils incluent les conditions de vie, le niveau socio-économique, l'éducation, la culture, les relations sociales, ainsi que l'accès aux soins de santé.

Ces facteurs jouent un rôle déterminant dans la santé des populations. Par exemple, une personne vivant dans des conditions précaires peut avoir un accès limité aux soins médicaux, une alimentation moins équilibrée et un niveau de stress plus élevé, ce qui augmente le risque de développer certaines maladies. De même, le soutien social, notamment familial, constitue un facteur protecteur important, favorisant une meilleure adaptation à la maladie et une récupération plus rapide.

Ainsi, les dimensions biologiques, psychologiques et sociales ne doivent pas être envisagées séparément, mais comme des éléments interdépendants qui interagissent pour influencer la santé.

I.3. Introduction aux déterminants de santé

Dans le prolongement du modèle biopsychosocial, la notion de déterminants de santé permet d'approfondir la compréhension des facteurs influençant l'état de santé d'un individu ou d'une population. Les déterminants de santé désignent l'ensemble des facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui influencent la santé.

Ce concept a été largement développé par Organisation mondiale de la santé, qui souligne que la santé ne dépend pas uniquement des soins médicaux, mais également des conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent et travaillent.

Parmi les principaux déterminants de santé, on distingue tout d'abord les facteurs individuels, tels que l'âge, le sexe et le patrimoine génétique. Ces éléments sont en grande partie non modifiables, mais ils influencent la vulnérabilité aux maladies.

Les modes de vie constituent un autre déterminant majeur. Ils incluent les comportements liés à la santé, tels que l'alimentation, l'activité physique, la consommation de substances psychoactives ou encore les habitudes de sommeil. Ces facteurs sont modifiables et représentent une cible importante pour les interventions de prévention.

L'environnement social et économique joue également un rôle fondamental. Le niveau d'éducation, le revenu, les conditions de travail et le réseau social influencent directement la santé. Par exemple, un niveau d'éducation élevé est souvent associé à une meilleure compréhension des messages de prévention et à un accès plus facile aux ressources de santé.

Enfin, le système de santé lui-même constitue un déterminant important. L'accessibilité, la qualité et l'organisation des services de santé influencent la prise en charge des patients et les résultats en termes de santé.

I.4. Intérêt du modèle biopsychosocial en médecine

L'intégration du modèle biopsychosocial dans la pratique médicale présente de nombreux avantages. Elle permet tout d'abord d'adopter une vision globale du patient, en prenant en compte non seulement ses symptômes physiques, mais également son contexte de vie et son état psychologique.

Cette approche favorise également une meilleure relation entre le soignant et le patient. En s'intéressant à l'expérience subjective du patient, le professionnel de santé peut établir une communication plus empathique et renforcer l'alliance thérapeutique.

Par ailleurs, le modèle biopsychosocial est particulièrement pertinent dans la prise en charge des maladies chroniques, qui nécessitent une adaptation à long terme et impliquent souvent des facteurs psychologiques et sociaux importants. Il permet également de développer des stratégies de prévention plus efficaces, en agissant sur les différents déterminants de santé.

Enfin, cette approche contribue à humaniser la médecine en plaçant le patient au centre des soins, en tant que personne unique, avec son histoire, ses émotions et son environnement.

Conclusion

Le modèle biopsychosocial représente une avancée majeure dans la compréhension de la santé et de la maladie. En intégrant les dimensions biologiques, psychologiques et sociales, il permet

de dépasser une vision réductrice du patient et d'adopter une approche plus complète et plus humaine de la médecine.

Il met en évidence le caractère multifactoriel de la santé et souligne l'importance de prendre en compte l'ensemble des déterminants qui influencent le bien-être des individus. Ainsi, il constitue un cadre essentiel pour la pratique médicale moderne, orientée vers une prise en charge globale, personnalisée et centrée sur le patient.

CHAPITRE II: LES REACTIONS PSYCHOLOGIQUES A LA MALADIE

La maladie constitue une expérience de rupture dans la trajectoire de vie d'un individu. Elle affecte non seulement le corps, mais également les dimensions psychologiques, sociales et identitaires. Face à cette perturbation, le sujet développe différentes réactions psychologiques qui participent à son adaptation ou, au contraire, peuvent compliquer la prise en charge médicale. Ces réactions s'organisent autour de plusieurs axes : le stress, l'anxiété et la dépression, les mécanismes de défense, les représentations de la maladie et les processus d'adaptation, notamment dans le cas des maladies chroniques.

2. 1. Stress, anxiété et dépression

2. 1.1 Le stress lié à la maladie

La maladie est une source majeure de stress, car elle introduit une menace pour l'intégrité physique, l'autonomie et parfois la survie. Le stress correspond à une réponse d'adaptation de l'organisme face à une situation perçue comme contraignante ou dangereuse. Dans le contexte médical, il peut apparaître dès l'annonce du diagnostic, souvent vécue comme un choc, puis se prolonger tout au long de la prise en charge.

Le stress peut être lié à différents facteurs : l'incertitude concernant l'évolution de la maladie, la peur des traitements et de leurs effets secondaires, les contraintes liées à l'hospitalisation, ainsi que les conséquences sociales telles que la perte d'emploi ou la dépendance. Dans une certaine mesure, le stress peut être adaptatif, en mobilisant les ressources du patient. Toutefois, lorsqu'il devient chronique, il peut entraîner un épuisement psychologique et aggraver l'état de santé général.

2. 1.2 L'anxiété

L'anxiété est une réaction émotionnelle fréquente face à la maladie. Elle se caractérise par un état d'inquiétude diffuse, souvent accompagné de manifestations somatiques comme des palpitations, des tensions musculaires ou des troubles du sommeil. Elle peut apparaître à différents moments du parcours de soins.

On distingue plusieurs formes d'anxiété en contexte médical. L'anxiété réactionnelle survient face à une situation précise, comme une intervention chirurgicale. L'anxiété anticipatoire concerne la peur de l'avenir, notamment l'évolution de la maladie ou la possibilité de complications. Enfin, une anxiété plus diffuse peut s'installer durablement, traduisant un sentiment général d'insécurité.

Si un certain niveau d'anxiété peut favoriser la vigilance et l'adhésion aux soins, une anxiété excessive peut au contraire perturber la compréhension des informations médicales et nuire à la qualité de vie.

2. 1.3 La dépression

La dépression constitue une réaction psychologique fréquente, en particulier dans les maladies graves ou chroniques. Elle se manifeste par une tristesse persistante, une perte d'intérêt pour les activités habituelles, une fatigue importante et une altération des fonctions biologiques telles que le sommeil et l'appétit.

Plusieurs facteurs favorisent son apparition : la douleur chronique, la perte d'autonomie, les limitations fonctionnelles et l'isolement social. Il est important de distinguer une réaction dépressive normale, qui peut survenir dans un contexte d'adaptation, d'un épisode dépressif caractérisé nécessitant une prise en charge spécifique.

La dépression a des conséquences importantes, notamment une diminution de l'adhésion aux traitements et une altération de la qualité de vie, ce qui justifie un dépistage et une prise en charge précoces.

2. 2. Les mécanismes de défense

2. 2.1 Définition et fonction

Les mécanismes de défense sont des processus psychiques inconscients qui permettent à l'individu de faire face à une réalité anxiogène. Ils ont pour fonction de protéger l'équilibre psychique en réduisant l'angoisse. Dans le contexte de la maladie, ils jouent un rôle essentiel dans la manière dont le patient perçoit et gère sa situation.

2. 2.2 Principaux mécanismes de défense

Parmi les mécanismes fréquemment observés, le déni occupe une place importante. Il consiste à refuser de reconnaître la réalité de la maladie. Ce mécanisme peut être utile dans un premier temps, en permettant d'amortir le choc émotionnel, mais devient problématique s'il persiste et empêche l'adhésion aux soins.

La projection correspond à l'attribution à autrui de ses propres émotions ou pensées, par exemple en accusant les soignants d'être responsables de la situation. La régression se manifeste par un retour à des comportements infantiles, traduisant un besoin de protection. La rationalisation consiste à donner une explication logique à une situation pour en atténuer la charge émotionnelle.

D'autres mécanismes comme l'évitement peuvent conduire le patient à fuir les consultations ou les examens. À l'inverse, certains mécanismes sont plus adaptatifs, comme la sublimation, qui permet de transformer l'angoisse en activité constructive.

2. 2.3 Intérêt clinique

La compréhension des mécanismes de défense permet aux professionnels de santé d'adapter leur attitude et leur communication. Elle facilite l'établissement d'une relation thérapeutique de qualité et aide à accompagner le patient dans un processus d'acceptation progressive de la maladie.

2. 3. Les représentations de la maladie

2. 3.1 Définition

Les représentations de la maladie désignent l'ensemble des croyances et des perceptions qu'un individu développe à propos de sa pathologie. Elles influencent fortement ses comportements de santé et sa manière d'interagir avec le système de soins.

2.3.2 Composantes des représentations

Ces représentations s'organisent autour de plusieurs dimensions. L'identité de la maladie renvoie aux symptômes et au diagnostic perçus. La cause correspond aux explications que le patient attribue à la maladie. La durée concerne la perception du caractère aigu ou chronique. Les conséquences renvoient à l'impact sur la vie quotidienne, tandis que la notion de contrôle concerne la possibilité de guérison ou de stabilisation.

2.3.3 Influence socioculturelle

Les représentations de la maladie sont fortement influencées par le contexte socioculturel. Les croyances religieuses, les traditions et le niveau d'éducation jouent un rôle déterminant. Certaines maladies peuvent être perçues comme une punition ou être associées à une stigmatisation sociale, ce qui peut retarder le recours aux soins.

2.3.4 Implications pour la prise en charge

Une mauvaise compréhension de la maladie ou des croyances erronées peuvent entraîner une faible adhésion au traitement. Il est donc essentiel que les soignants explorent ces représentations afin de proposer une information adaptée et de construire une alliance thérapeutique efficace.

2 .4. L'adaptation à la maladie chronique

2.4.1 Caractéristiques de la maladie chronique

La maladie chronique se caractérise par sa durée prolongée et la nécessité d'une prise en charge continue. Elle impose souvent des modifications importantes du mode de vie et confronte le patient à une incertitude permanente.

2.4.2 Processus d'adaptation

L'adaptation à la maladie est un processus dynamique qui se déroule en plusieurs étapes. Après un choc initial marqué par la sidération, le patient peut traverser une phase de déni, suivie d'une période de révolte ou de colère. Une phase de négociation peut apparaître, puis une période dépressive liée à la prise de conscience des pertes. Enfin, l'acceptation correspond à une intégration progressive de la maladie dans la vie quotidienne.

2.4.3 Stratégies d'adaptation (coping)

Les stratégies d'adaptation peuvent être centrées sur le problème, comme la recherche d'informations et l'engagement dans le traitement, ou centrées sur l'émotion, comme le recours au soutien social ou à la spiritualité. Certaines stratégies peuvent être inadaptées, notamment l'évitement ou le déni prolongé.

2.4.4 Facteurs influençant l'adaptation

L'adaptation dépend de multiples facteurs. Les caractéristiques individuelles, telles que la personnalité et la résilience, jouent un rôle important. Le soutien social, la situation économique, la gravité de la maladie et la qualité de la relation avec les soignants influencent également ce processus.

2.4.5 Rôle des professionnels de santé

Les professionnels de santé, et en particulier les psychologues, ont un rôle essentiel dans l'accompagnement des patients. Ils contribuent à favoriser l'expression des émotions, à soutenir l'adaptation et à prévenir les troubles psychologiques. Une approche centrée sur le patient, empathique et respectueuse de ses valeurs, est indispensable.

Conclusion

Les réactions psychologiques à la maladie sont variées et évolutives. Elles traduisent les efforts d'adaptation du sujet face à une situation de vulnérabilité. La prise en compte de ces dimensions est essentielle pour assurer une prise en charge globale et améliorer la qualité de vie des patients.

CHAPITRE 3 : LA RELATION MÉDECIN-PATIENT

La relation médecin-patient constitue un élément fondamental de la pratique médicale. Elle dépasse largement le simple cadre technique du diagnostic et du traitement pour inclure une dimension humaine essentielle. Cette relation est une interaction complexe dans laquelle interviennent des facteurs psychologiques, sociaux et culturels. Sa qualité influence non seulement la satisfaction du patient, mais aussi son adhésion au traitement et, dans certains cas, l'évolution de la maladie.

3. 1. Les modèles de la relation thérapeutique

La relation médecin-patient peut être comprise à travers différents modèles théoriques qui décrivent la manière dont les rôles sont répartis entre le soignant et le patient.

Le modèle paternaliste est historiquement le plus ancien. Dans cette approche, le médecin occupe une position d'autorité et prend les décisions qu'il juge les meilleures pour le patient. Ce dernier adopte une position plutôt passive et se conforme aux prescriptions. Bien que ce modèle puisse être utile dans certaines situations d'urgence, il présente des limites importantes, notamment le risque de réduire l'autonomie du patient et de compromettre son adhésion au traitement.

Le modèle informatif, quant à lui, repose sur l'idée que le patient doit être pleinement informé afin de prendre lui-même les décisions concernant sa santé. Le médecin agit alors comme un expert technique qui fournit des informations claires et complètes. Ce modèle valorise l'autonomie du patient, mais peut s'avérer difficile lorsque celui-ci se sent dépassé par la complexité des informations ou par la charge émotionnelle liée à la maladie.

Le modèle partagé, aujourd'hui privilégié, repose sur une collaboration entre le médecin et le patient. Les décisions sont prises conjointement, en tenant compte à la fois des connaissances médicales du soignant et des valeurs, préférences et attentes du patient. Ce modèle favorise une meilleure compréhension mutuelle, renforce la confiance et améliore l'adhésion thérapeutique.

3. 2. La communication verbale et non verbale

La communication est au cœur de la relation thérapeutique. Elle permet non seulement de recueillir des informations cliniques, mais aussi de comprendre le vécu du patient et de lui transmettre des informations essentielles.

La communication verbale concerne les échanges de paroles entre le médecin et le patient. Elle doit être claire, adaptée au niveau de compréhension du patient et exempte de jargon technique. Le médecin doit veiller à poser des questions ouvertes, à reformuler les propos du patient et à vérifier que les informations ont été bien comprises. Une bonne communication verbale permet de réduire les malentendus et de renforcer la confiance.

Cependant, la communication ne se limite pas aux mots. La communication non verbale joue un rôle tout aussi important. Elle inclut le regard, la posture, les gestes, le ton de la voix et les expressions du visage. Ces éléments peuvent renforcer ou contredire le message verbal. Par exemple, un médecin qui évite le contact visuel ou qui adopte une posture fermée peut donner une impression de distance ou de désintérêt, même si ses paroles sont rassurantes. De même,

l'observation du non verbal du patient permet de détecter des émotions telles que l'anxiété ou la peur, parfois non exprimées verbalement.

3. 3. L'empathie et l'alliance thérapeutique

L'empathie est une compétence essentielle dans la relation médecin–patient. Elle correspond à la capacité du soignant à comprendre les émotions et le vécu du patient, tout en maintenant une distance professionnelle. Il ne s'agit pas de partager les émotions du patient, mais de les reconnaître et de les valider. Cette attitude favorise un climat de confiance et permet au patient de se sentir compris et respecté.

L'empathie contribue directement à la construction de l'alliance thérapeutique, qui représente la qualité de la collaboration entre le patient et le soignant. Cette alliance repose sur la confiance mutuelle, sur un accord concernant les objectifs du traitement et sur une participation active du patient dans les soins. Une alliance thérapeutique solide est associée à une meilleure adhésion au traitement et à de meilleurs résultats cliniques.

3. 4. Les facteurs influençant la relation médecin–patient

La relation thérapeutique n'est pas figée ; elle est influencée par de nombreux facteurs liés au patient, au soignant et au contexte.

Du côté du patient, des éléments tels que l'âge, le niveau d'éducation, les croyances culturelles, l'état émotionnel ou encore les expériences passées avec le système de santé peuvent influencer la manière dont il perçoit le médecin et interagit avec lui. Par exemple, un patient anxieux ou ayant vécu une mauvaise expérience médicale peut être méfiant ou peu communicatif.

Du côté du médecin, les compétences en communication, l'attitude (empathie, respect), l'expérience professionnelle ainsi que l'état de fatigue ou de stress jouent un rôle important. Un médecin surchargé ou stressé peut avoir plus de difficultés à établir une relation de qualité.

Le contexte de soin constitue également un facteur déterminant. Les conditions de travail, le temps disponible pour la consultation, l'environnement hospitalier et l'organisation du système de santé peuvent faciliter ou entraver la qualité de la relation.

Enfin, les facteurs socioculturels doivent être pris en compte. Les représentations de la maladie, les croyances religieuses ou encore le recours à la médecine traditionnelle peuvent influencer les attentes et les comportements du patient. Dans de nombreux contextes africains, par exemple, la famille joue un rôle central dans la prise de décision, ce qui modifie la dynamique de la relation thérapeutique.

3.5. Conclusion

La relation médecin–patient est au cœur de la pratique médicale. Elle ne dépend pas uniquement des compétences techniques du soignant, mais aussi de ses capacités relationnelles et humaines. Une communication efficace, associée à une attitude empathique et à une collaboration active avec le patient, permet d'améliorer la qualité des soins. Comprendre les différents facteurs qui influencent cette relation est donc essentiel pour tout professionnel de santé souhaitant offrir une prise en charge globale, efficace et respectueuse du patient.

CHAPITRE 4: LE ROLE DU PSYCHOLOGUE EN MILIEU MEDICAL

Le psychologue occupe aujourd'hui une place essentielle dans le milieu médical, en raison de l'évolution des conceptions de la santé et de la maladie. Pendant longtemps, la médecine s'est centrée principalement sur les aspects biologiques, en cherchant à identifier et traiter les causes organiques des pathologies. Cependant, cette approche s'est révélée insuffisante pour comprendre l'expérience globale du patient. L'introduction du modèle biopsychosocial par George Engel a profondément transformé cette vision en intégrant les dimensions psychologiques et sociales dans la compréhension de la maladie. Dans ce cadre, le psychologue devient un acteur indispensable de la prise en charge.

4.1. Une approche globale du patient

Le psychologue se distingue par une approche centrée sur la globalité de la personne. Il ne se limite pas à la maladie en tant que phénomène biologique, mais s'intéresse à la manière dont celle-ci est vécue par le patient. Chaque individu réagit différemment face à la maladie, en fonction de son histoire personnelle, de sa personnalité, de son environnement social et de ses représentations.

La maladie peut ainsi prendre des significations diverses : elle peut être perçue comme une perte, une injustice ou une épreuve. Le psychologue aide le patient à mettre en mots cette expérience subjective et à en comprendre les enjeux, en s'appuyant parfois sur des notions issues de Sigmund Freud, notamment en ce qui concerne les conflits internes ou les mécanismes inconscients.

Cette approche permet une prise en charge individualisée, adaptée aux besoins spécifiques de chaque patient, et non une réponse standardisée.

4. 2. Les interventions auprès des patients

L'intervention du psychologue auprès des patients est multiple et s'adapte aux différentes situations rencontrées en milieu médical. Il réalise d'abord une évaluation psychologique à travers des entretiens cliniques, afin d'identifier d'éventuels troubles émotionnels comme l'anxiété, la dépression ou la détresse psychologique.

Au-delà de cette évaluation, le psychologue offre un espace d'écoute et de soutien. La maladie entraîne souvent des réactions émotionnelles intenses telles que la peur, la colère, la tristesse ou encore le déni. Le fait de pouvoir exprimer ces émotions dans un cadre sécurisé constitue une aide précieuse pour le patient.

Son rôle est particulièrement important dans les moments critiques du parcours de soins, notamment lors de l'annonce d'un diagnostic grave, dans les maladies chroniques ou en fin de vie. Dans ces situations, il accompagne le patient dans un processus d'adaptation souvent complexe.

Par ailleurs, le psychologue peut intervenir pour améliorer l'adhésion au traitement. Certains patients éprouvent des difficultés à suivre les prescriptions médicales, non pas par manque de compréhension, mais en raison de blocages psychologiques. Le travail du psychologue consiste alors à explorer ces résistances et à favoriser une meilleure implication du patient dans sa prise en charge.

4. 3. Le travail avec les familles

La maladie a également un impact important sur l'entourage du patient. Les proches peuvent ressentir de l'anxiété, de la culpabilité ou un sentiment d'impuissance face à la situation. Le psychologue joue un rôle d'accompagnement auprès des familles, en leur offrant un espace d'expression et de soutien.

Il peut également intervenir comme médiateur lorsque des tensions apparaissent entre le patient et ses proches, notamment autour des décisions thérapeutiques. En facilitant le dialogue, il contribue à apaiser les conflits et à améliorer la compréhension mutuelle.

De plus, le psychologue aide les familles à mieux comprendre la maladie et ses conséquences, ce qui peut favoriser une meilleure adaptation à la situation.

4. 4. Le rôle auprès des soignants

Le psychologue intervient aussi auprès des professionnels de santé, qui sont régulièrement confrontés à des situations émotionnellement éprouvantes. L'exposition répétée à la souffrance, à la maladie et à la mort peut entraîner un épuisement professionnel.

Dans ce contexte, le psychologue peut proposer des espaces de parole permettant aux soignants d'exprimer leurs difficultés et de prendre du recul sur leur pratique. Il participe ainsi à la prévention du burn-out.

Il contribue également à améliorer la communication entre les soignants et les patients, en apportant des éclairages sur les comportements et réactions psychologiques. Enfin, il peut organiser des groupes d'analyse des pratiques, qui permettent une réflexion collective sur les situations complexes rencontrées au quotidien.

4. 5. La place dans l'équipe pluridisciplinaire

Le psychologue fait partie intégrante de l'équipe de soins et travaille en collaboration avec les autres professionnels de santé. Sa spécificité réside dans son attention portée à la dimension psychique, ce qui complète l'approche médicale.

Il peut participer aux discussions et aux décisions concernant la prise en charge du patient, en particulier dans les situations délicates comme les refus de soins ou les questions de fin de vie. Son regard permet d'enrichir la réflexion de l'équipe.

Cette collaboration repose sur une communication efficace et un respect des compétences de chacun, afin d'assurer une prise en charge cohérente et globale.

4.6. Les spécificités de l'entretien psychologique

L'entretien psychologique se distingue de l'entretien médical par sa finalité et sa méthode. Il ne vise pas uniquement à recueillir des informations, mais à comprendre le vécu du patient.

Le psychologue adopte une posture d'écoute active, en accordant une attention particulière aux paroles, mais aussi aux silences et aux émotions. Il maintient une attitude de neutralité et de non-jugement, afin de créer un climat de confiance.

Grâce à la reformulation, il aide le patient à clarifier ses pensées et à mieux comprendre sa propre expérience. Ce travail favorise une prise de recul et peut contribuer à un mieux-être psychologique.

4.7. Les limites et les enjeux éthiques

Malgré son rôle important, l'intervention du psychologue comporte certaines limites. Il est tenu au respect du secret professionnel, ce qui peut parfois poser des difficultés dans le travail en équipe. Il doit alors trouver un équilibre entre confidentialité et collaboration.

Par ailleurs, le psychologue ne possède pas de pouvoir médical : il ne prescrit pas de traitement et ne prend pas de décisions thérapeutiques. Son rôle reste complémentaire de celui des autres professionnels.

Enfin, son travail soulève des enjeux éthiques, notamment en ce qui concerne le respect de l'autonomie du patient et la gestion des conflits entre les différents acteurs impliqués dans la prise en charge.

4.8. Conclusion

Le psychologue en milieu médical joue un rôle fondamental dans l'humanisation des soins. En prenant en compte la dimension psychologique de la maladie, il permet une meilleure compréhension du patient et favorise une prise en charge plus complète. Son intervention bénéficie non seulement aux patients, mais aussi à leurs familles et aux soignants. Ainsi, il contribue pleinement à une médecine plus globale, centrée sur la personne dans toutes ses dimensions.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. JEAMMET, P., REYNAUD, M., CONSOLI, S. et FLAVIGNY, H. Psychologie médicale. Paris : Masson, 1996.
2. BALINT, M. Le médecin, son malade et sa maladie. Paris : Payot, 1966.
3. TRIFFAUX, J.-M. « Que devient la psychologie médicale dans la pratique médicale contemporaine... ? ». Acta Psychiatrica Belgica, 2018, vol. 118, no 2.
4. MPINGA, H. M. Éléments de psychologie médicale. Paris : L'Harmattan, 2018.
5. DELBROUCK, M. Psychopharmacologie : à l'usage du médecin et du psychothérapeute. Bruxelles : De Boeck Supérieur, 2016.
6. D'AMBROGIO, T. et SPERANZA, M. « Approche psychopharmacologique des troubles du comportement chez l'enfant et l'adolescent ». Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 2012, vol. 60, no 1, p. 52-61.
7. SANTIAGO DELEFOSSE, M. Psychologie de la santé. Paris : Dunod, 2017.
8. FISCHER, G.-N. et TARQUINIO, C. Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé. 2e éd. Paris : Dunod, 2014.
9. BIOY, A. et FOUQUES, D. Psychologie clinique et soins infirmiers. Paris : Dunod, 2020.
10. RUSZNIEWSKI, M. Le groupe de parole à l'hôpital. Paris : Dunod, 2015.
11. LAZARUS, R. S. et FOLKMAN, S. Stress, évaluation et coping. Paris : Éditions du Renouveau Pédagogique, 1984.
12. BRUCHON-SCHWEITZER, M. et BOUJUT, E. Psychologie de la santé : modèles, concepts et méthodes. Paris : Dunod, 2014.
13. QUINTARD, B. « Le concept de stress et ses méthodes d'évaluation ». Recherche en soins infirmiers, 2001.
14. BIOY, A., WOOD, C. et CÉLESTIN-LHOPITEAU, I. L'aide-mémoire de l'hypnose en 50 notions. Paris : Dunod, 2013.
15. HIRSCH, E. Traité de bioéthique. Tomes I à III. Paris : Érès, 2012.
16. BACQUÉ, M.-F. et HANUS, M. Le deuil. 8e éd. Paris : Presses Universitaires de France, coll. « Que sais-je ? », 2020.