

DOSSIER "LES ANCRAGES THÉORIQUES DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ"

Maladies chroniques : la psychologie clinique, au cœur de toute prise en charge

La psychologie est souvent négligée dans la prise en charge des patients atteints d'une maladie chronique. Question de temps, de moyens humains, d'attention portée à la dimension émotionnelle. C'est pourtant en se fondant sur cette discipline que le soignant va pouvoir accompagner au mieux le patient, en prenant en compte son ressenti. Pour Anne Lacroix, psychologue clinicienne, le soignant a en outre beaucoup à apprendre du patient, y compris ceux dont l'angoisse accroît les résistances.

 [Imprimer l'article](#)
Anne Lacroix

Psychologue clinicienne.

Bibliographie

- Canguilhem G. Le normal et le pathologique. Paris : Puf, coll. Quadrige, 2005 (10e éd.) : 232 p.
- Férida P. Des bienfaits de la dépression. Éloge de la psychothérapie. Paris : Odile Jacob, 2001 : 272 p.
- Freud S. Deuil et mélancolie. In : Métapsychologie. Paris : Gallimard, coll. Idées, 1968 : 192 p.
- Lacroix A., Assal J.-Ph. L'éducation thérapeutique des patients. Nouvelles approches de la maladie chronique. Paris : Maloine, coll. Éducation du patient, 2003 : 240 p.
- Moley-Massol I. L'annonce de la maladie. Une parole qui engage. Puteaux : DaTeBe éd., coll. Le pratique, 2004 : 243 p.
- Morasz L. La souffrance dans la relation soignant-soigné. In : Fischer G.-N. (sous la dir.). Traité de psychologie de la santé Paris : Dunod, coll. Psycho Sup, 2002 : 688 p.
- Pontalis J.-B. Fenêtres. Paris : Gallimard, coll. Blanche, 2000 : 176 p.
- Revue francophone de psycho-oncologie. Heidelberg : Springer-Verlag, vol. 3, n° 2, juin 2004.

Dans toute prise en charge de patient atteint d'une maladie chronique, il est nécessaire de prendre en compte la réalité psychique de ce patient et la nécessité de favoriser cette approche.

Il existe de grandes différences entre les maladies dites chroniques dont le seul dénominateur commun est pour la plupart l'impossible reconquête (actuellement) d'un état de stabilité des normes physiologiques (Georges Canguilhem). Certaines supposent des traitements lourds, pour d'autres la prise quotidienne d'un médicament, mais généralement il est préconisé des changements du mode de vie (alimentation, hygiène de vie). Certaines se signalent par des douleurs physiques, d'autres peuvent demeurer longtemps silencieuses. Cet inventaire est considéré tantôt comme une pluralité de maladies, tantôt comme une pluralité d'états de santé.

Du côté des patients

Le deuil, expérience fondatrice du devenir psychique

Dans tous les cas, la survenue de la maladie constitue un événement ni choisi ni désiré, qui annonce la perspective d'interventions, de menaces parfois vitales et dont les répercussions au plan émotionnel sont déterminantes quant à l'adaptation de la personne elle-même à sa nouvelle situation.

Ce que nous appelons l'existence, c'est le temps de vivre, le temps d'une vie. Or, la venue au monde constitue déjà un événement capital par le passage d'un milieu clos et protégé vers l'inconnu. Ce changement décisif représente le risque d'un déséquilibre existentiel qui va nécessiter l'adaptation de l'individu à la nouveauté. En ce sens, le changement signifie une sorte de deuil, étant entendu qu'il y a des deuils qui ne sont pas liés à la mort mais à la perte. L'ensemble des réactions liées à la perte (d'objet) constitue selon Freud, le " travail de deuil ". Le deuil sera dès lors une répétition, depuis ce changement initial où nous sommes confrontés au manque dû à la séparation d'avec le corps de la mère. Cette expérience peut être considérée comme fondatrice, non seulement de la croissance corporelle, mais du devenir psychique. De ce fait, à des degrés divers, tout événement notable, tout sentiment de perte fera écho à ces premières expériences émotionnelles.

Ainsi, confrontée à la perte de son état de santé antérieur, la personne réagira psychiquement à cet avatar.

L'éducation du patient, une nécessité pour la gestion quotidienne des maladies chroniques

La plupart des maladies chroniques doivent être gérées au quotidien par le

patient lui-même et contrôlées épisodiquement par le médecin. C'est dans cette perspective qu'une éducation thérapeutique des patients s'est peu à peu développée. De plus ou moins empirique à l'origine, cette formation des patients se voit de plus en plus structurée en faisant appel à des principes pédagogiques reconnus. Ce n'est pas au nom d'une certaine modernité que les patients se sont vu remettre la responsabilité de la gestion de leur état de santé, c'est face aux aggravations et aux complications invalidantes et parfois mortelles que la nécessité de former les patients s'est imposée. À cet égard, le diabète sucré a joué un rôle pilote dans le développement de ce mouvement éducatif qui s'étend aujourd'hui à l'ensemble des maladies chroniques, y compris le cancer.

Face à la maladie chronique, consentir à vivre selon une nouvelle réalité

Mais suffit-il d'éduquer les patients ? La connaissance de la maladie, la compréhension du type d'action du traitement sont à la fois légitimes et nécessaires. Le patient doit acquérir des compétences diverses lui permettant d'adapter son traitement. Dans le cas du diabète, la recherche de l'équilibre glycémique demande un ajustement constant entre les doses d'insuline, l'alimentation et les dépenses énergétiques. Si nombre de patients parviennent à s'accommoder de ces contraintes, d'autres, bien qu'ayant été dûment enseignés quant à la conduite à tenir et quant aux risques liés à une gestion défectueuse, doivent faire face à des complications que les mesures éducatives auraient dû permettre d'éviter.

Médicalement parlant, l'identification de la maladie correspond à un ensemble de paramètres qui vont décider du type de traitement. Le point de vue est objectif. Du côté du patient, les réactions seront subjectives et détermineront son mode d'adaptation à une réalité toujours difficile à admettre.

La maladie (chronique) est ressentie comme une épreuve mobilisant les ressources psychiques. Parler de " travail de deuil " suppose de passer par un bouleversement émotionnel (appelé par Pierre Fédida *la capacité dépressive*) qui permettra à la personne de consentir à vivre selon cette nouvelle réalité. En apprenant à gérer son existence avec un juste sens du risque, elle compose avec l'incertitude car elle se pense autrement. Le processus d'intégration de la perte ne peut faire l'économie de ces aléas dont le bénéfique permettra de continuer à avoir des projets, de partager avec d'autres les joies et les peines de l'existence. Les pulsions de vie sont de nouveau au rendez-vous.

Mais, pour certains, tout se passe comme si la maladie avait glissé sur eux. Source d'angoisse (de mort), l'idée de la maladie est ressentie comme insupportable. Le Moi, se sentant mis en danger, va susciter la levée de mécanismes de défense afin de se protéger d'une menace de destruction. Ces mécanismes qui se veulent protecteurs vont alors transformer l'affect pénible (l'angoisse) en son contraire. Dénî, refus, isolation du danger se traduisent par la banalisation entraînant des oublis, des négligences, de mauvaises interprétations des symptômes. Le contrôle de la maladie devient aléatoire au profit du renforcement d'autres investissements plus valorisants (carrière professionnelle, voire exploits).

Ces conduites procèdent de stratégies d'évitement de la souffrance psychique liée au problème-maladie et entraînent malheureusement des aggravations de l'état de santé. La difficulté tient au fait que sans secours extérieur, sans intervention adéquate des soignants, les stratégies d'évitement tendent à perdurer jusqu'au jour où le mécanisme protecteur s'effondrera dans la résignation. L'attitude passive des patients résignés s'apparente quelque part à la mélancolie, au sens freudien, en d'autres termes à la dépression.

Du côté des soignants

Ces deux manières de faire face à la maladie - la confrontation ou sa mise à distance - ne sont pas le fruit du hasard. Elles peuvent être imputées à des structures de personnalité. Pour certains, la confrontation à la maladie, préfigurant la finitude, est un frein puissant à l'élaboration psychique alors que, chez d'autres, elle en est le moteur. La fragilité du Moi peut induire une rigidité psychique provoquant l'incapacité à se laisser toucher par la maladie. Il conviendrait d'être particulièrement attentif à ces patients dès le moment de l'annonce de la maladie. Certains patients hospitalisés en urgence pour une décompensation initiale du diabète ont été pris en charge médicalement mais sont restés parfois plusieurs jours avant de rencontrer un soignant avec qui s'entretenir. Et, plutôt que de pouvoir exprimer leurs craintes, ils ont subi un interrogatoire assorti de recommandations relatives à la conduite à tenir

désormais. Faute d'avoir pu partager leur angoisse, ils n'ont pu que se murer dans le déni ou le refus de s'approprier la maladie.

Le temps de l'écoute et du partage

Ces patients-là ne feront pas d'eux-mêmes de démarche pour rencontrer un " psy ". Il incombe donc aux soignants de développer une approche thérapeutique qui permette à ces patients de retrouver des ressources psychiques et une nouvelle image d'eux-mêmes. En seconde position, les " psy " peuvent aider les soignants à accomplir une tâche à laquelle ils estiment n'être pas ou insuffisamment préparés. Il faudrait pour cela qu'existe un cadre propre à élaborer les contacts avec les patients, un espace de partage, de supervision de l'activité professionnelle. Cela demande du temps, de l'espace, la présence de tiers, toutes conditions opposées à l'accélération du rythme de travail basé sur un modèle de flux tendu. Ces exigences peuvent paraître excessives, elles sont néanmoins nécessaires pour optimiser les projets et les actions dans la perspective d'une approche globale des malades chroniques.

S'il existe pour chaque discipline des repères théoriques et méthodologiques auxquels se référer, nous avons, en tant que soignants, beaucoup à apprendre de nos patients. J.-B. Pontalis nous rappelle que : "*La clinique est à la source de la pensée.*" Ce sont parfois les plus résistants des patients qui nous apprennent le plus. À condition de nous engager dans une rencontre où chacun découvre l'autre et où commence une aventure humaine de mutuelle transformation.