



UE / ENSEIGNANT : UE 16 Ethique et psychologique de l'action médicale / Walter

DATE : 04/09/24

GROUPE : Manon Chinchole et Azilys Thouénon

REMARQUES : Les 4 mécanismes de défense sont à retenir +++

Les mécanismes de défense dans la relation médecin malade

Table des matières

I) Définitions.....	2
II) Mécanismes de défense des malades.....	3
A) Le déni : ++++++ partiels	3
B) Le déplacement	4
C) L'isolation	4
D) La projection.....	4
E) La régression.....	5
F) Autres mécanismes de défenses (moins rencontrés en pratique)	5
G) Autres mécanismes d'adaptation, stratégies de coping.....	6
III- Mécanisme de défense des soignants.....	6
A) L'identification projective	6
B) La fausse réassurance, banalisation, minimisation	7
C) La rationalisation ++.....	7
D) Évitement	7
E) La fuite en avant ++.....	7
F) Le mensonge.....	8

I) Définitions

Partiel : Cas clinique comme en TD (En session 2 : même question chaque année : quels sont les mécanismes de défense ?)

5 cas cliniques seront traités en TD.

Par définition on se place dans le champ théorique de la **psychanalyse** mais on peut aussi utiliser d'autres outils théoriques (ex : sociologie).

Les mécanismes de défense se réfèrent à la théorie psychanalytique du fonctionnement psychique.

Pour la Stratégie de coping, on se réfère à une théorie du cognitivisme (vu en 4ème année).

La théorie psychanalytique décrite par Freud révèle 2 topies :

- 1^{ère} topie : conscient, inconscient, préconscient
- 2^{ème} topie : ça, moi et surmoi.

Ce sont des lieux imaginaires, c'est une hypothèse de la compartimentation du psychisme en différents lieux.

Le "ça" inconscient est animé par différentes forces (désir, pulsion)

Le surmoi, conscient (la morale) et inconscient, règles instruites, habité par des forces qu'on appelle "interdit"),

Il y a par essence une contradiction entre les pulsions du ça et l'interdit du surmoi qui empêche les pulsions du "ça" de se réaliser. Le psychisme est donc conflictuel. Ce conflit intrapsychique génère alors de l'angoisse.

Les mécanismes de défense (font partie des **mécanismes d'adaptation**) sont des opérations psychiques qui ont pour le but la réduction des tensions psychiques internes d'où résulte l'idée conflit/tension intrapsychique.

Les mécanismes de défense visent à abaisser la tension interne. Ils sont généralement **inconscients** (on ne fait pas exprès de dénier) et sont aussi utiles pour **garder la cohésion psychique**.

Le mécanisme de défense est utile pour protéger l'appareil intrapsychique.

-> D'une manière plus succincte, ce sont des mécanismes **psychiques inconscients** visant à diminuer l'angoisse.

(Le déni est un exemple de mécanisme psychique inconscient visant à diminuer voire gérer l'angoisse.)

Mécanisme de défense contre l'angoisse +++

Par exemple :

Pendant une crise d'angoisse, on a l'impression que le monde change (déréalisation), dépersonnalisation du réel, on perd ses repères. On perd la cohérence de sa pensée, on fait n'importe quoi, on perd les coordonnées spatiales, le monde se modifie et puis on revient à la normale.

L'angoisse est une peur sans objet contrairement aux phobies qui sont des peurs avec objet. L'angoisse est donc un concept plus général.

L'angoisse est générée par des mécanismes neurochimiques et psychologiques : conflits intrapsychiques. Les tendances contradictoires génèrent de l'angoisse.

Les mécanismes de défense sont retrouvés à la fois chez les personnes souffrant de maladie et les soignants.

Les mécanismes de défenses peuvent devenir pathogènes et entraver le fonctionnement mental à cause de déséquilibres neurobiologiques lorsqu'ils deviennent trop intenses. À petite dose ce sont des phénomènes utiles qui servent à protéger la cohésion de l'appareil psychique, mais quand ils sont trop intenses/ durables, ils peuvent venir entraver le fonctionnement mental.

Analogie : le stress -> il est dynamisant, mais a un certain degré il peut devenir paralysant (en gros il y a le bon et le mauvais stress)

II) Mécanismes de défense des malades

A) Le déni : +++++ partiels

Le plus connu est le déni. Il survient face à une **angoisse massive** que le sujet/ son psychisme est incapable de traiter. Le déni est très souvent lié à une intensité d'angoisse. Par ex : l'annonce d'une mauvaise nouvelle.

C'est un refus (inconscient donc involontaire) de reconnaître une partie ou la totalité de la réalité, le patient se comporte comme si rien n'avait été dit.

Distinction entre déni et contournement (fuite) ?

Il pourra parler du diagnostic dans le cas de la fuite. On appelle l'évitement, la banalisation ou minimisation. Par ex : "je sais bien que...mais... un cancer ça ne tue pas "

C'est le mécanisme de défense le plus puissant.

Le déni est un refus (**inconscient** et donc involontaire) par le sujet de reconnaître une partie ou la totalité de la réalité (car trop angoissante).

Plusieurs types de déni : Déni diagnostique, pronostique ou conséquences de la maladie.

Très souvent il est **partiel et transitoire** mais parfois il peut persister et devenir pathogène et entraver le fonctionnement mental. On dit donc qu'il est total (déni total) Le patient est incapable de traiter psychiquement l'annonce de sa maladie.

Le patient se comporte comme si rien ne lui avait été dit (déni du diagnostic, du pronostic, des conséquences de la maladie) ou fait semblant de n'avoir rien entendu -> surdité psychique

Il y a nécessité de laisser un peu de temps au patient, on ne brusque pas le patient, il ne faut pas détruire le mécanisme de défense en insistant. (Qq jours, mois ...)
Puisque le déni est nécessaire à certains moments d'évolution psychologique d'une personne (lorsqu'elle est confrontée à une mauvaise nouvelle par ex.)

Si jamais on a un cas clinique avec patients qui présente un mécanisme de défense : déni (2pts) à l'examen bénéf ;))

B) Le déplacement

Dans le psychisme on a deux types d'outils : les **affects et les représentations**.
La charge affective est déplacée d'une représentation à une autre, moins "dangereuse".
C'est un mécanisme inconscient, mais moins massif.

Par Ex : le patient se met à s'inquiéter considérablement pour un problème apparemment anodin (chute des cheveux), et semble peu affecté par le diagnostic grave qu'il vient d'apprendre (le cancer).

L'affect est déplacé de la crainte du cancer à la crainte de l'alopecie. (Cela peut s'associer au déni).
Certaines choses qui paraissent banales ont finalement une importance particulière.

Savoir ECOUTER le patient et être attentif même lorsque cela paraît n'avoir aucun rapport avec l'objet de l'entretien : ça peut être un mécanisme de défense (déplacement).

C) L'isolation

C'est un mécanisme inconscient par définition.

La charge affective (principalement l'angoisse) se trouve séparée, isolée de la représentation à laquelle elle était rattachée. La représentation n'entraîne plus d'affect.
L'isolation se traduit par l'absence apparente d'émotion en rapport avec la maladie car l'angoisse est séparée de la représentation (diagnostic maladie).
On peut donc (en tant que soignant) s'inquiéter de cette absence d'émotion.

Exemple : après l'annonce d'une maladie grave/ mortelle, une patiente reprend les explications du médecin concernant l'évolutivité de sa maladie et la mort inéluctable sans manifester aucune angoisse, comme si cela ne la concernait pas, comme si elle parlait de quelqu'un d'autre.

-> Mécanisme (qui peut être troublant) qui permet d'évoquer la maladie sans s'effondrer.
Sans perdre la cohérence de son appareil psychique.

Ne pas s'offusquer de l'absence d'émotion +++++ partiel

D) La projection

C'est le mécanisme à la base du délire de persécution du paranoïaque en psychiatrie.

Le malade expulse de lui et localise dans l'autre ce qu'il refuse en lui. Il est très efficace au niveau individuel et collectif (*ce n'est pas ma faute c'est la faute des autres*).

Il attribue à l'extérieur la **responsabilité** de la survenue de la maladie (défense contre la culpabilité). Ça aide à se sentir moins coupable.

Ex : il croit que s'il est malade c'est à cause des médicaments

Il attribue au milieu médical sa propre agressivité ou sa propre colère : on lui en veut, on le néglige, on est désagréable.

L'angoisse se traduit souvent par une projection agressive : angoisse projetée sous forme d'agressivité sur l'entourage médical.

C'est un mécanisme de défense qui permet au patient de survivre psychiquement à l'annonce d'une mauvaise nouvelle.

Essayer de ne pas se sentir personnellement mis en cause (c'est le patient qui est en colère contre lui-même).

Éviter de répondre par une modalité défensive similaire " en miroir " (pour éviter une escalade en miroir) -> Jeu d'accusation réciproque qui n'en finit pas ou qui en finit par la victoire du patient. Il faut éviter de répondre à de l'agressivité par de l'agressivité.

E) La régression

La régression est un retour à une forme antérieure du développement affectif et comportemental, à un **état de fonctionnement infantile**.

Elle permet au patient de ne plus avoir à assumer certaines contraintes liées à la maladie (en les laissant à la charge de l'autre).

Ça ramène la relation à une relation parent/enfant par régression temporelle. C'est un comportement autocentré.

Mais le risque (si le mécanisme devient massif) est la dépendance à la famille ou au milieu médical avec impossibilité de quitter le système de soins (hospitalisation longue ++ surtout en psychiatrie).

Mais il n'est pas toujours négatif, l'avantage étant la bonne observance. Un patient qui se comporte comme un enfant obéira comme un enfant.

Respecter un certain niveau de régression (l'acceptation doit être moyennée)

En ayant bien intégré qu'il s'agit d'un mécanisme de défense nécessaire pour lutter contre un état d'angoisse.

F) Autres mécanismes de défenses (moins rencontrés en pratique)

- Les **rites obsessionnels** (obsessionnalisation) : tentative de maîtrise des émotions par la ritualisation (ex : lavage des mains) (c'est aussi un mécanisme retrouvé de façon normale et passagère chez l'enfant lors de son développement) => mécanisme de défense qui ont

pour fonction la maîtrise de l'anxiété (Semblables aux troubles obsessionnels compulsifs, TOC mais qui ne sont plus des mécanismes de défenses mais au contraire une maladie). Compulsion en psychiatrie. Jack Nicholson : "Pour le meilleur et pour le pire", film vraiment super qui montre que cela peut gêner la personne au quotidien.

- **Banalisation, minimisation** : c'est un mécanisme semi conscient, souvent secondaire au déni. Le sujet s'efforce de trouver que sa situation n'est pas si grave, voire bénigne.
- **Intellectualisation, rationalisation (sublimation)** : tentative de maîtrise des émotions générées par l'annonce d'une mauvaise nouvelle par la pensée et le raisonnement, en rationalisant, en trouvant des explications et en se réfugiant dans les explications (internet favorise beaucoup ce mécanisme). Il y a un besoin de tout expliquer. (Encapsulé les émotions)

8 points si on a cité tous ces mécanismes : déni, déplacement, projection, régression (4 X 2 = 8 points) ; isolation aussi mais plus dur à repérer.

G) Autres mécanismes d'adaptation, stratégies de coping

Efforts cognitifs conscients (différents de mécanismes de défense qui eux sont inconscients)

-> on essaye de contrôler ses émotions (effort cognitif), mise en place volontaire

- répression émotionnelle : un effort cognitif conscient
- combativité, défi ("Il a décidé de se battre contre son cancer"). Par ex un oral limité dans le temps, au lieu d'attendre de passer, paf on y va en premier.
- renoncement, résignation (surtout chez les personnes-âgées)

Mécanismes comportementaux :

- révolte, agressivité
- fuite, évitement
- compensation par stratégies addictifs (alcool, tabac, toxiques)

III- Mécanisme de défense des soignants

A) L'identification projective

C'est un mécanisme inconscient (qui ressemble à la projection chez le soigné).

Le soignant attribue à l'autre (patient) **ses propres sentiments, pensées, émotions**.

Par ex : si j'étais à sa place, j'agirais comme ça. Pas de pitié ni de compassion.

Dans ce mécanisme, l'implication émotionnelle/affective est trop importante (manque de distance). Et on a tendance à être trop proche du patient.

L'ennui, c'est que ça donne au soignant **l'illusion** de savoir ce qui est bon pour le soigné (puisqu'on se met à sa place).

Si on se met à penser à la place du patient, **on occulte le vécu du patient, on arrive plus à l'écouter**. C'est le mécanisme de défense le plus fréquent chez le soignant. Donc on le laisse vivre avec son angoisse sans l'aider (on est psychologiquement inefficace). Méfiez-vous du "je vous comprends" **préférez "je vous entends"**.

La bonne distance psychique c'est être ni trop près de l'autre (pour pas mélanger nos propres problèmes avec ceux de l'autres), ni trop loin (pour ne pas être indifférent), difficile à trouver.

L'empathie c'est se mettre à la place de l'autre **sans prendre sa place**. Il n'existe pas de sympathie dans la relation médecin-malade. La sympathie n'a rien à faire dans la relation soignant/ soigné. On ne doit ni être sympathique ni antipathique vis-à-vis du patient

Risque : occulter le vécu du patient ; risque de culpabilisation et de majoration de l'angoisse

B) La fausse réassurance, banalisation, minimisation

Discours qui atténue la réalité et optimise les résultats afin **d'entretenir un espoir artificiel chez le patient**, souvent en réponse à une angoisse du patient que le soignant ne peut pas entendre. On minimise la réalité et on crée un faux espoir.

Le discours a pour objectif de rassurer le patient mais sert en réalité à **rassurer le soignant** et de **calmer ses propres angoisses** (les angoisses du patient angoissent le soignant).

C'est un mécanisme de défense contre l'angoisse du patient « vous savez l'angoisse c'est contagieux ».

Majoration de l'angoisse du patient qui n'est pas entendu, on le laisse seul avec ses angoisses.

Risque d'enrayer le travail psychique d'acceptation du patient. On altère/majore les mécanismes de défense.

C) La rationalisation ++

> Beaucoup plus fréquent chez le médecin.

Dans la rationalisation, le discours est **hermétique et incompréhensible** (technique, **très médicalisé**) qui permet au soignant de supporter la charge émotionnelle de la relation médecin malade. Le patient ne comprend presque rien.

Chacun reste dans sa sphère -> Ne permet pas l'échange avec le patient.

Empêche le travail psychique du patient en l'empêchant d'être confronté à la complexité de la situation

D) Évitement

Dans l'évitement, il y a un refus du soignant d'affronter la situation difficile.

Par ex : impossibilité de donner un RDV dans un délai acceptable, écourtement des consultations. Les comportements adoptés sont **inconscients** (pas de la mauvaise volonté).

E) La fuite en avant ++

C'est l'inverse de l'évitement.

C'est dire tout, tout de suite dans un souci de transparence. On va presque trop vite, on donne trop d'informations (tout n'est pas bon à dire à n'importe quel moment) pour se soulager soi-même.

Le soignant dit tout et tout de suite avec beaucoup de détails, il dit tout ce qu'il a sur le cœur -> c'est similaire aux attitudes de défi "j'y vais, comme ça, c'est fait".

Il n'y a pas de prise en compte de la **délivrance pas à pas** de l'information par exemple. Le meilleur guide de la délivrance de l'information c'est les questions du patient, s'il veut en savoir plus il pose des questions, sinon c'est qu'il ne veut pas en savoir plus. Dans la fuite en avant, le seul guide de la délivrance des informations est le médecin lui-même. Il ne laisse pas de temps au patient.

**Risque de sidération (tout de suite c'est trop pour le patient)
Le trop plein d'informations le rend abasourdi, perdu.**

F) Le mensonge

C'est le « mécanisme de défense de l'urgence », quand on est pris au dépourvu. Le soignant croit que le mensonge vise à préserver le patient mais en fait **préserve le médecin** (voire l'entourage). *Par ex : Quand on n'arrive pas à répondre, on invente.*

Il ne tient pas compte des ressources personnelles du patient à comprendre et accepter la réalité diagnostique. Ce n'est pas acceptable d'un point de vue déontologique.

Entrave le travail psychique et l'élaboration progressive (risque traumatique lors du dévoilement de l'annonce de la mauvaise nouvelle qui aura été cachée).