

**Ce cours est enregistré
et mis en ligne sur les
plateformes UNIGE.**



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

Les opérations défensives du thérapeute

FACULTÉ DE MÉDECINE

Cours PSS 2025

Prof Philippe Rey-Bellet

Introduction

- Définition des mécanismes de défense:
 - Terme apparu en 1894 (Freud: art «Les psychonévroses de défense»)
 - Manière de faire face à une situation difficile, à l'annonce d'une mauvaise nouvelle valable autant pour les patients que pour les médecins
 - Les mécanismes de défense sont des processus psychiques inconscients visant à réduire ou à annuler les effets désagréables des dangers réels ou imaginaires, en remaniant les réalités interne et/ou externe, et dont les manifestations (comportements, idées ou affects) peuvent être inconscientes ou conscientes.

(Serban Ionescu, Marie-Madeleine Jacquet, Claude Lhote dans Les mécanismes de défense (2020), pages 17 à 40
 - Analogie avec la notion de défense au niveau biologique

Mécanismes courants – définitions + exemples

- Dénier : refus de la réalité.
- Projection : attribuer à l'autre ce qui existe en soi.
- Déplacement : transfert d'un affect vers un objet plus sûr.
- Rationalisation : justification consciente d'un comportement impulsif.
- Sublimation : canalisation d'impulsions vers une activité socialement valorisée.

L'annonce d'une mauvaise nouvelle:

- Médecine toute puissante véhiculant l'illusion du « mythe de la guérison » (Canguilhem, 2002)
- L'annonce d'une mauvaise nouvelle, de surcroît dans un contexte palliatif, vient ébranler l'image de la toute-puissance médicale.
- Entre devoir d'annoncer et devoir de soulager la souffrance
 - Si à un stade précoce du cancer, la majorité des oncologues (87.5%) estiment que le patient doit être informé de son diagnostic, ils ne sont plus que 40.5% à estimer que le patient doit être informé de son diagnostic lorsque il est en stade terminal (Jiang et al., 2006).
- Les émotions du médecin ont une influence importante sur le patient et les traitements

Canguilhem, G. (2002). *Ecrits sur la médecine*. Paris: Seuil.

Jiang, Y., Li, J., Liu, C., Huang, M., Zhou, L., Li, M., ... Wei, Y. (2006). Different attitudes of oncology clinicians toward truth telling of different stages of cancer. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 14(11), 1119-1125.

Di Giuseppe, M., Aafjes-Van Doorn, K., Békés, V., Gorman, B. S., Stukenberg, K., & Waldron, S. (2024). *Therapists' defense use impacts their patients'*

L'annonce d'une mauvaise nouvelle: un dialogue paradoxal ?

- Le patient demande au médecin la vérité, une certitude concernant ses résultats médicaux – tout en souhaitant ne recevoir que des bonnes nouvelles.
- Le médecin demande au patient d'intégrer un diagnostic traumatisant – sans difficulté intellectuelle ni démonstration émotionnelle trop forte.

Les réactions émotionnelles des médecins

- La peur de l'annonce
 - La peur de faire mal
 - La peur d'être tenu pour responsable
 - La peur de ne pas savoir, d'être maladroit
 - La peur des réactions émotionnelles incontrôlables des patients
 - La peur d'exprimer ses émotions
 - La peur de s'attacher au patient
 - La peur de l'échec
 - La peur de sa propre maladie et de sa propre mort

Les réactions émotionnelles des médecins

- Les autres émotions du médecin face à l'annonce:
 - Le sentiment d'échec, la culpabilité
 - La tristesse
 - La perte de contrôle et le sentiment d'impuissance
 - L'inconfort

Concept de défense

- Le concept de défense est utilisé au-delà du champ de la psychologie clinique et de la psychiatrie.
- Ainsi, l'inflammation est considérée comme l'un des mécanismes de défense endogènes les plus importants d'un organisme (FALIP M., SALAS-PUIG X. et CARA C. (2013), « Causes of CNS inflammation and potential targets for anticonvulsants », CNS Drugs, 27, 611-623.
- Le mot défense apparaît, aussi, dans deux syntagmes.
 - Le premier, cascade de défenses, fait référence à un continuum de comportements de défense activés automatiquement en cas de danger
(LANG R.J., DAVID M. et OHMAN A. (2000), « Fear and anxiety : animal models and human cognitive psychophysiology », Journal of Affective Disorders, 61, 137-159)
 - Le second, celui de lignes de défense, concerne une séquence de telles lignes dont l'objectif est de maintenir chez des personnes âgées des niveaux réalisables/réalistes de santé physique et de fonctionnement adapté dans le quotidien
(HECKHAUSEN J (2013), « A Lines-of-Defense model for managing health threats : A review », Gerontology, 59, 438-447.).
- Une « opération défensive » désigne un acte, un comportement, une pensée ou une attitude mise en place inconsciemment pour éviter ou atténuer une souffrance psychique (angoisse, honte, culpabilité, conflit intrapsychique) ou pour protéger le « moi ». Ces opérations sont ce qu'on appelle plus

Différents mécanismes de défense

- La banalisation
- La fuite et l'évitement
- La fausse réassurance
- Le mensonge
- Le refuge dans la science
- L'information-abandon
- L'identification au patient

Les mécanismes de défense psychique

- Définitions
 - Les mécanismes de défense concernent tous les humains, bien au-delà de ceux atteints de troubles psychiatriques.
 - Ils ont été décrits pour la première fois par le fondateur de la psychanalyse, Sigmund Freud, à la fin du XIXème siècle.
- Il s'agit des moyens que nous développons pour nous prémunir contre la souffrance.
- « Processus de défense élaborés par le Moi sous la pression du Surmoi et de la réalité extérieure qui lui permettent de lutter contre l'angoisse. » S. Freud

Les mécanismes de défense psychique

Définitions

- Les mécanismes de défense sont des opérations mentales involontaires et inconscientes qui contribuent à atténuer les tensions internes et externes.
- 2 types d'opérations mentales pour faire face aux tensions, aux conflits internes :
 - Les mécanismes de défense : processus mentaux automatiques, hors du contrôle de la volonté, inconscients.
 - Le processus de *coping* : stratégies d'adaptation, processus de maîtrise, opérations mentales volontaires, par lesquelles le sujet choisit délibérément une réponse à un problème interne et/ou externe.

Les mécanismes de défense psychique

Ce qu'ils combattent

- L'anxiété, l'angoisse
- Les peurs réelles
- La perte de l'estime de soi
- Les affects négatifs : jalousie, hostilité, deuil...
- Les pulsions jugées inacceptables : agressivité, sexualité
- Jugements et interdits du Surmoi

Les mécanismes de défense psychique

- Pourquoi les étudier ?
 - Favoriser la compréhension
 - Saisir la dynamique de son propre comportement
 - Corriger certains aspects non productifs de son caractère

Les mécanismes de défense psychique

- Certains mécanismes de défense ont une fonction plutôt adaptative, ils sont alors identifiés comme des mécanismes « matures ».
- Ils sont utilisés par des personnes bien portantes, dans des situations normales. Situations de stress léger.

Exemples : sublimation, humour, anticipation.

- D'autres, à vocation plus strictement défensive, sont qualifiés d' « immatures » et sont caractéristiques de niveaux plus élevés de détresse. Situations de stress majeur.

Exemples : intellectualisation, omnipotence, rationalisation.

Les mécanismes de défense des soignants

- La banalisation : le soignant se focalise sur une seule partie du sujet en souffrance, ce qui revient à traiter la maladie avant de traiter le malade. Il occulte la souffrance morale du patient, qui ne se sent pas reconnu ni entendu.
- La dérision : le soignant communique peu et utilise de l'ironie ou du cynisme. Il s'abstrait d'une véritable relation et ne reconnaît pas la souffrance qui est banalisée.
- L'esquive : Le soignant n'entre pas en contact relationnel avec le patient, il répond en décalage. Pour le soignant, il s'agit du rejet de la confrontation, il n'assume pas sa propre angoisse. Le patient se sent désemparé et l'angoisse augmente. Il se sent seul. Le soignant reconnaît la souffrance psychique, mais ne supporte pas l'impuissance. On parle de déphasage, de hors sujet, de fuite de la réalité ; souvent il y a un retard de la divulgation des données. Par exemple, le soignant propose de repasser plus tard voir le patient.

Les mécanismes de défense des soignants (1)

- L'évitement : le soignant adopte un comportement de fuite pour ne pas être face à une situation difficile. Par exemple, il ne croise jamais le regard du patient. Il le voit comme un objet de soin, qui est réduit à l'état de dossier. Evitement des contacts directs. Le patient éprouve un sentiment d'exclusion et de solitude.
- La fausse réassurance : le soignant optimise l'évolution de la situation et les examens médicaux, en entraînant un espoir artificiel chez le patient. Le soignant maintient le patient dans l'ignorance partielle. Le patient est en décalage avec la réalité médicale.
- Le mensonge : le soignant ment sciemment au patient pour ne pas être confronté à l'angoisse de celui-ci. C'est le mécanisme le plus entier, le plus radical et dommageable. C'est le mécanisme de l'urgence, le soignant rejette son angoisse et prohibe tout dialogue. Par exemple, il va parler de polype plutôt que de cancer. Paradoxalement, le soignant entretient la confiance du patient à son égard. L'affirmation mensongère diffère du mensonge par omission (vérité graduelle). Le patient est dans l'illusion et ne peut pas amorcer son acceptation de la situation.

Les mécanismes de défense des soignants (2)

- La rationalisation : le soignant utilise un discours hermétique et incompréhensible par le patient. Cela engendre l'accroissement du caractère occulte, énigmatique donc menaçant de la maladie. Le soignant se retranche derrière son savoir. Le patient n'est plus en relation avec le soignant et majore son angoisse.
- La fuite en avant : le soignant expose tout son savoir afin de se décharger de son fardeau, ne permettant pas au patient de poser des questions. Lorsque la menace est si proche, que le soignant ne peut se réfugier dans ses autres mécanismes de défense, ni le mensonge (radicalement opposé), ni la fausse-réassurance (qui permettrait un décalage salutaire temporaire), ni l'esquive (qui conserverait une voie d'accès au dialogue), ni la rationalisation (qui autorise encore temporisation par un langage hermétique)... Avec tous ces mécanismes, les soignants sont encore persuadés d'être dans la maîtrise. Le patient est sidéré et majore son angoisse.
- L'identification projective : le soignant se donne l'illusion de savoir ce qui est bon pour le patient, en attribuant au patient ses propres sentiments, réactions, pensées ou émotions. C'est le contraire de la banalisation, qui est une distanciation maximale. L'investissement affectif et émotionnel du soignant, qui est à l'écoute de lui-même, est exacerbé. Le patient a l'illusion que sa souffrance est partagée.

Les mécanismes de défense des soignants (3)

- Pour chaque mécanisme de défense, les modes d'activation légère tendent à être fonctionnelles et les variantes plus intenses tendent à être dysfonctionnelles.
- Dans les stress majeurs, les mécanismes de défenses réputés les plus immatures, dysfonctionnels ou pathologiques peuvent avoir une fonction protectrice.
- Certains mécanismes de défense sont efficaces à contrôler l'anxiété et à préserver la personne de la souffrance et du mal-être, mais d'autres demeurent insuffisants et doivent alors être utilisés de manière répétitive et même compulsive. Ils deviennent alors nuisibles.

Effets des comportements des médecins sur les patients dans la communication médecin-patient

- La communication recouvre toutes les interactions verbales et non verbales entre un émetteur et un récepteur¹
- Rôle de la communication non-verbale:
 - Patients anxieux à l'affût du moindre indice leur permettant de clarifier leur état de santé et d'atténuer leur angoisse
 - S'assurent que les comportements non-verbaux des médecins traduisent bien leur propos afin de repérer des éventuels non-dits
 - Satisfaction des patients²⁻³ lorsque le médecin est prêt à parler des émotions de son patient et adopte une attitude rassurante. A l'inverse la satisfaction diminue lorsqu'ils perçoivent leur médecin comme pressé et peine à trouver ses mots lors d'annonce difficile.
 - L'ajustement psychologique des patients est meilleur s'ils perçoivent un soutien émotionnel de la part du médecin⁴

1. Marcinowicz, Konstantynowicz et Goldenski 2010. Patients' perceptions of GP non-verbal communication: a qualitative study. The british Journal of General practice, 60(571), 83-87.

2. Schofield et al 2003, Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. Annals of Oncology 14(1), 48-56

3. Ptacek&Ptacek 2001 Patients' Perceptions of receiving bad news about cancer. Journ of clin Oncology 19(1) 4160-4164

4. Mager &Andrykowski 2002 Communication in the cancer « bad news » consultation: patients perception and psychological ajustement. Psycho-oncology 11(1), 35-46

5. Ni-D'Amico et al (2001). Contribution of Patient-Doctor Relationship and Therapeutic Alliance to Patients' Adjustment to Cancer

Conclusion :

- Si chaque soignant pouvait être conscient de ses propres mécanismes de défense face à la maladie grave, et remettre en question parfois ses attitudes spontanées, cela faciliterait souvent la relation avec les patients en souffrance.

Freud disait : *“Il y a trois métiers impossibles, gouverner, enseigner, psychanalyser”*. Il aurait pu ajouter, soigner...

L'important c'est ce qui est compris, pas ce qui est dit.

L'objectif est d'adapter l'information transmise à ce dont le patient a besoin à ce moment-là. Toujours se rappeler que ce qui est dit n'est pas ce qui est entendu par le patient et avoir à l'esprit que c'est le patient qui montre la voie à suivre.

- Merci pour votre attention et questions?