

Les mécanismes de défense dans la relation médecin-malade : confrontation à la maladie grave

Martine Ruzniewski

Psychologue, institut Curie, Paris

Les patients, l'entourage des malades et le milieu soignant sont souvent très angoissés par cette perspective. Ainsi, les médecins, conscients de leur responsabilité au moment d'annoncer aux malades une réalité médicale, savent que la façon dont ils vont la formuler déterminera par la suite les relations entre le malade et l'équipe médicale.

Dans la relation qui s'instaure entre le soigné et le soignant, chacune des parties éprouve des difficultés quant aux dires. Ainsi, le médecin craint de trop en dire et/ou choisit de ne rien dire, alors que le soigné peut être convaincu qu'on ne lui dit rien. Les relations risquent perpétuellement d'être biaisées par les non-dits, par ce qu'il est impossible de dire tout en sachant qu'il faut faire la distinction entre la vérité et la réalité médicale.

De fait, la réalité médicale est objectivée par la médecine et le pronostic est déterminé en fonction de statistiques.

Par opposition, la relation à la vérité est fondée sur des mécanismes psychiques, tant de la part des malades que de celle des bien portants. Chacune de ces parties peut adopter, dans leur relation à la vérité, différents mécanismes de défense.

Mécanismes de défense des soignants

Les soignants adoptent fréquemment des mécanismes de défense, de l'ordre de la fuite mais aussi plus massifs ou plus subtils, leur permettant d'atténuer l'impact de la souffrance dans leur relation avec le malade. Ces comportements de fuite sont d'autant plus exacerbés en situation de crise aiguë ou d'appréhension extrême. En tant que mécanismes inconscients, ils ne doivent pas être jugés. On ne reconnaît pas suffisamment l'angoisse qui étreint le médecin au moment de dévoiler la réalité à un malade qu'il ne connaît pas sur le plan psychologique. Il semble d'ailleurs nécessaire de donner davantage de crédit aux volontés de la famille, certainement la mieux placée pour savoir ce qui est bon pour son proche.

Ainsi les différents mécanismes de défense des soignants sont les suivants.

Le mensonge

Le mensonge, « mécanisme de défense de l'urgence », s'avère être, de par son caractère entier et radical, le plus dommageable à l'équilibre psychique du malade. Dans ce cas la violence de l'impact de la vérité, dévoilée sans préalable le moment venu, engendra toujours par sa soudaineté un effet de traumatisme insoutenable pour le patient. En voulant « apaiser » le malade par le mensonge, le soignant neutralisera chez le patient la montée progressive de l'angoisse, alors protectrice par le biais des contre-tensions qu'elle génère ; car l'angoisse, en protégeant le malade de l'effet de sidération, lui permet alors de s'ajuster progressivement à la menace qui se profile. Le soignant lui, dans une situation d'angoisse extrême, ne peut décrypter les mécanismes psychiques

du patient et ne se préoccupe en fait que de sa propre angoisse.

La fausse réassurance

En optimisant des résultats alors que le patient lui-même n'y croit plus, le soignant va chercher à se protéger encore un peu en conservant la maîtrise de ce savoir sur lequel lui seul a encore prise ; en tentant d'enrayer le processus psychique du patient, le soignant parvient ainsi à suspendre, encore un temps, l'accès du malade à l'inéluctable certitude.

La fuite en avant

Surestimant parfois la maturation psychique du patient, certains soignants ne parviennent pas à s'adapter au rythme du malade ni à suivre les bouleversements de son cheminement intérieur : devançant toutes les questions et brûlant sans cesse les étapes, ils s'empresseront de tout dire, comme opprimés par le poids d'un secret non partagé dont ils voudraient se libérer sur-le-champ.

Les conséquences de cette action sont dramatiques car elle génère par la suite une effraction psychique. L'effet de surprise agit en effet comme un traumatisme.

L'identification projective

Elle consiste à prêter à l'autre ses propres sentiments en fonction de son histoire, de sa culture.

On peut également citer : la banalisation et l'esquive.

Mécanismes de défense des malades

Les réactions des malades sont souvent fluctuantes, imprévisibles et déconcertantes. Elles s'opposent ainsi à l'organisation quasi obsessionnelle de l'hôpital. Les mécanismes de défense sont les suivants.

La dénégarion

Le malade refuse de toutes ses forces de reconnaître la réalité traumatisante, préférant refouler sa souffrance et enfouir, en le niant, ce savoir encore trop douloureux. En dépit de l'évidence et de la multiplication d'indices manifestes et flagrants, certains patients s'acharneront à récuser la menace pour tenter, le plus longtemps possible, d'assourdir le choc de l'inconcevable certitude. Avec le *déni apparent*, le malade fait semblant de ne pas savoir. Il peut adopter deux attitudes :

- la sérénité, qui constitue un mécanisme opérant dans la mesure où le patient a le sentiment de rester vivant à part entière ;
- par opposition, l'angoisse, véritable bouclier contre le désespoir, forme de déni inopérant. Elle se traduit soit par une projection agressive sur l'entourage — il s'agit alors de temporiser avant d'affronter l'inéluctable réalité —, soit par une régression, c'est-à-dire une demande de protection et de prise en charge.

La sublimation et la combativité

Le malade essaie de rendre constructive son épreuve en maintenant un continuum de vie. Il adapte son psychisme à la maladie. Ce sont évidemment ces malades qui sont les plus faciles à traiter dans le système hospitalier.

Le déplacement

Le malade focalise sa peur sur une autre réalité en transférant l'angoisse inhérente à sa maladie

sur un élément substitutif, souvent sans rapport apparent avec sa maladie ; en procédant par associations directes (ne parler que de sa peur de l'alopécie sans jamais évoquer son cancer) ou parfois plus lointaines et complexes, le malade « choisit » ainsi une cible plus accommodante et, de ce fait, moins douloureuse.

Les rites obsessionnels

Le malade se sentira moins vulnérable s'il pense pouvoir encore comprendre son mal et en maîtriser le processus, lui restituer — dans le présent — une certaine cohérence. Il s'attachera ainsi à certains rites, précis et obsessionnels, respectant scrupuleusement toutes les prescriptions, suivant rigoureusement l'évolution de sa maladie pour en appréhender les moindres détails, comme si cette hantise d'une surveillance sans relâche avait pour corollaire un gage de guérison : les manquements de l'entourage ou de certains soignants aux mesures d'hygiène préconisées par le corps médical constitueront pour ces patients une souffrance telle que leurs réactions seront souvent d'une extrême violence.

En conclusion

Il semble important d'accepter qu'il ne soit pas toujours possible d'accéder à une « belle mort ». La mort est parfois un processus violent. Les familles ne doivent pas se sentir coupables de ce fait. L'obligation de sérénité peut être aussi préjudiciable pour le patient que l'obligation de guérir. Il semble également nécessaire d'accepter de considérer les mécanismes de défense comme légitimes face à l'angoisse de la mort, sans négliger le fait qu'interpréter ces mécanismes de défense ne permet pas de les lever. Au contraire, si un patient est violenté dans ses défenses psychiques, celles-ci peuvent s'en trouver renforcées.

Ainsi, ce travail auprès de patients atteints de maladie grave, ce difficile cheminement dans un pas à pas au quotidien, requiert une immense énergie aux soignants, souvent usés par les trop-pleins de tensions émotionnelles inexprimées. Mieux se comprendre permet alors aux soignants d'affronter cette usure pour pouvoir tenir et composer avec leur propre angoisse et celle du malade. Pour parvenir à côtoyer la mort et tenter d'accompagner cet être en souffrance, peut-être faut-il aussi accepter l'imprévu en se laissant surprendre, admettre de n'être, dans le silence, que le dépositaire impuissant de la détresse du malade ; le laisser cheminer tout en l'assurant de son soutien et de son écoute et tenter de l'aider à vivre au cœur de ce présent, en restituant à ce temps sa valeur, son amplitude et son intensité ; réinventer enfin, jour après jour, ces liens complexes qui se tissent au travers d'une relation faite de souffrance et d'authenticité pour permettre au malade de demeurer, jusqu'au bout, un sujet aimant et aimé, un être encore vivant malgré la mort qui se profile.

Bibliographie

Buckman R. *S'asseoir pour parler*. Inter Éditions, Paris, 1994.

Freud A. *Le moi et les mécanismes de défense*. PUF, Paris, 1949.

Mannoni M. *Le nommé et l'innommable*. Denoel, Paris, 1991.

de M'Uzan M. *De l'art à la mort*. Gallimard, Paris, 1977.

Ruszniewski M. *Face à la maladie grave, patients, familles, soignants*. Dunod, Paris, 1995.

Ruszniewski M. *Le groupe de parole à l'hôpital*. Dunod, Paris, 1999.

Sapir M. *Formation à la relation soignant-soigné*. La pensée sauvage, Grenoble, 1989.

Zittoun R, Ruszniewski M. Implications psychologiques des cancers. Conséquences psychologiques de la maladie. *Bull Cancer (Paris)* 1988 ; 75 : 943-8.

Zittoun R, Engel M, Ruzniewski M. Tranquilliser le malade gravement atteint ou en risque de mort. *Psy Fr* 1991 ; 1 : 142-55.