



L'humour comme mécanisme de défense chez les patients en fin de vie

Camille Legrand, Pascal Le Maléfan

DANS **REVUE INTERNATIONALE DE SOINS PALLIATIFS** 2017/1 Vol. 32 , PAGES 15 À 18
ÉDITIONS **MÉDECINE & HYGIÈNE**

ISSN 1664-1531

DOI 10.3917/inka.171.0015

Date de mise en ligne : 26/05/2017

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-infokara-2017-1-page-15?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Médecine & Hygiène.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

L'humour comme mécanisme de défense chez les patients en fin de vie

Camille Legrand

Psychologue clinicienne

Pascal Le Maléfan

Professeur de psychologie clinique, psychologue clinicien

UFR des Sciences de l'Homme et de la Société

Département de Psychologie, Université de Rouen

Résumé *L'humour comme mécanisme de défense chez le patient en fin de vie* – Notre étude s'est intéressée à l'usage de l'humour dans les récits de sujets en fin de vie. Elle s'est proposé d'examiner les effets bénéfiques de ce mécanisme de défense mal connu, au travers d'un cas retenu en exemple. Nos résultats nous ont donné à penser que le rire pouvait être thérapeutique chez un patient en fin de vie dans la mesure où il le déchargeait de son angoisse de mort et participait au final à la continuité de son identité biographique. Nous nous sommes interrogés en dernier lieu sur la valeur morale et thérapeutique des modèles de fin de vie qui préconisent au contraire, une acceptation apathique de la mort à venir (E. Kübler-Ross).

Summary *Humour as a defence mechanism in patients reaching the end of their lives* – Our study focuses on how patients at the end of life use humour in their narration. The objective is to look at the beneficial effects of this lesser-known defence mechanism, taking a case study as example. The results have led us to believe that laughter can be therapeutic for a patient reaching the end of life in as much as it relieves him of his fear of death and allows him to play a final role in the continuity of his personal history. Finally, we look at the moral and therapeutic values of end-of-life models which, on the contrary, recommend the apathetic acceptance of impending death (E. Kübler-Ross).

Introduction

Plusieurs techniques d'accompagnement du patient en fin de vie ont été mises au point ces dernières années par différents médecins, psychiatres et psychothérapeutes. Le modèle d'E. Kübler-Ross, qui fait figure de référence en la matière, se positionne sur un schéma d'acceptation de la mort en 5 étapes (déli, colère, marchandage, dépression, acceptation). Celui de R. Buckman, également très répandu dans la pratique soignante de l'annonce, s'inspire des travaux d'E. Kübler-Ross mais pour définir 6 autres étapes (cerner ce que sait déjà le patient, cerner ce que veut savoir le patient, communication d'information, réponse aux sentiments du patient, propositions et suivi).

Des questions déontologiques se posent sur les fondements éthiques de ces modèles. Certains auteurs soulignent en effet que si le mourir à l'hôpital est devenu la norme, le souhait d'y décéder n'y serait jamais un projet. Ce nouveau fait de culture technique et hospitalière concernant la mort serait, selon P. Pierron, à interroger: «La mort en Occident a opéré progressivement un glissement de *la mort à domicile à la mort à l'hôpital*, accompagnant une mutation de la privatisation de la mort à l'exposition du mourir dans la mort longue [1]. [...] Chacun joue un rôle: le médecin annonce le pronostic et les psychologues tiennent un discours sanitaire sur la fin de vie (description des phases de la fin de vie: révolte, réconciliation, faire son deuil, acceptation de la séparation, etc.); celui qui meurt

doit aussi tenir son rôle (faire ses adieux, être apaisé, bien mourir en somme), interrogeant quelle place l'accompagnement tient dans cette liturgie » [2].

Cet argumentaire de départ nous conduit ici à notre hypothèse que nous reprenons des travaux de J. Bergeret, d'O. Kernberg et de J. Lacan en France, mais aussi de G. Vaillant et de M. Bond aux États-Unis. Il existerait, pour l'ensemble de ces auteurs, des mécanismes de défense sains et des mécanismes de défense de nature pathologique [3]. La compréhension de ces mécanismes de résistance d'un patient face à sa propre mort serait dès lors à analyser comme un mode d'accès privilégié à la psyché d'un « condamné ». Ainsi, l'humour dans l'hypothèse de notre article ferait partie des mécanismes de défense propres à la « bonne santé psychique ». Les procédés comiques de langage amélioreraient donc le fonctionnement défensif d'un sujet et serviraient de dérivatif à la dépression chez le patient en fin de vie. L'humour comme mécanisme de défense sublimatoire travaillerait également contre l'angoisse de mort et aiderait un sujet gravement malade à surmonter l'état de dépression induit par sa condition. Ce retour de l'économie psychique du patient à son équilibre ne serait toutefois pas lié à l'acceptation de sa mort prochaine, un point sur lequel nous reviendrons dans notre discussion, avant d'exposer un de nos cas.

Cas clinique

Monsieur P. est un patient âgé de 69 ans dont le faciès est déjà rongé par la maladie. L'angoisse de mort se donne à lire de manière très perceptible sur son visage. La blouse blanche que je porte l'effraie dans un premier temps. Monsieur P. m'interroge sur ma fonction et soupire avec soulagement lorsque je lui expose que le but de ma visite est une recherche clinique. Le vieil homme avait craint que je sois un interne ou un médecin. Il ne veut plus, me confie-t-il alors, qu'on vienne lui parler de son diagnostic. Monsieur P. me demande ensuite instamment : « Vous y croyez-vous à ce qu'ils racontent les médecins ? ». Je ne réponds pas et le laisse me révéler l'origine de son mal, un cancer des poumons au stade terminal : « J'ai trop bu puis trop fumé, m'explique-t-il... cinq cigarillos par jour... Alors mourir hier de l'alcool et maintenant du tabac, peu importe. Ce cancer, il ne m'est pas tombé dessus... je l'ai mérité. »

Je prie Monsieur P. de me parler davantage de lui, de ne pas s'appesantir sur sa seule maladie, ce qu'il accepte mais avec beaucoup de sarcasmes : « Vous

parler de moi ? ». Monsieur P. s'esclaffe et se met à me sourire : « ...Eh bien, par où commencer... moi ce qui m'a toujours plu, c'était de jouer. J'étais tambour à l'armée... puis on a monté un petit orchestre avec les copains... on partait tous les samedis faire le tour des villages de la région. J'étais un peu le boute-en-train du groupe, celui qui faisait rire tout le monde, dans les cafés et au jeu. Puis je me suis rangé, je suis devenu mécanicien, je me suis marié et j'ai eu mes deux filles. »

Monsieur P. me fait alors part de sa situation conjugale et, sur un ton faussement badin, il m'explique l'état de sa relation avec son ancienne compagne : « Quant à mon ex-femme... que dire d'elle... elle a fait ses valises un matin... à cause de la bouteille et du jeu que j'avais repris... Puis on a chacun refait notre vie... et nos conjoints respectifs nous ont encore quittés... parce qu'ils sont morts tous les deux ». Monsieur P. s'arrête et se met de nouveau à rire d'un air satisfait : « Au final, rien n'a changé... ma femme n'est certes techniquement plus ma femme... mais c'est elle qui me fait toujours mon lit chaque matin... d'ailleurs nous sommes voisins... elle est revenue à mes côtés... mais à côté ! ». L'aparté comique de Monsieur P. sur la mère de ses enfants libère une tension qui me permet de mettre fin à l'entretien, et, bien que je ressente la difficulté du vieil homme à me dire au revoir, je sors de la chambre de ce dernier. Monsieur P. me rappelle alors à son chevet, sollicité, je le pensais alors, par une anxiété débordante. Je reviens sur mes pas et découvre, surprise, Monsieur P. rassis sur son lit, les traits apaisés. J'entends alors le vieil homme entonner d'un air amusé : « Vous partez si vite... mais avec tout ce que je viens de vous raconter... vous n'allez pas encore me dire que vous y croyez, vous aux médecins ? ». Je souris à cette dernière adresse comique, sachant cependant que je ne le reverrai plus.

L'économie psychique de Monsieur P. m'a semblé être tout d'abord régressive et arrêtée à une oralité qui aurait fait, chez lui, comme un point de non-retour maturatif. Monsieur P. allait mourir de ses dépendances tabagiques et alcooliques, il l'avait « mérité », il se complaisait dans sa plainte, je ne pouvais donc « rien faire pour lui ». Ce masochisme mortifère ou inachevé, pour reprendre ici les termes de B. Rosenberg et de M. Fain [4], m'interpela car j'échouais effectivement à entrer en relation avec celui qui ne cessait de me réitérer sa fin. Il m'apparut dans un second temps que je devais participer à sa plainte, en partageant son sort. Je ne pouvais résolument pas m'opposer à la logique d'un discours qui se fondait sur des mécanismes de déni. Je constatais, au contraire, que m'opposer à ces mécanismes de

défense « pathologiques » ne ferait que renforcer la condamnation surmoïque d'un patient, en proie à une mise en échec inconsciente de son désir de survie. Cependant, derrière le discours rôdé de l'auto-accusation, Monsieur P. semblait vouloir être excusé d'un cancer qu'il vivait, en victime, sur le mode d'un préjudice médical.

Encourager Monsieur P. à me parler de lui, permit simultanément de réactiver chez cet homme des mécanismes de défense plus anciens et moins pathologiques, tels que ceux de l'humour et des jeux de langage qui étaient également les moteurs de son oralité. J'eus ainsi le sentiment que ma demande de récit rétrospectif avait réussi à réaccoutumer Monsieur P. à une pratique de la dérision plus ancienne mais qui avait pu être quotidienne. J. Bergeret notait à juste titre que le rire était une des premières défenses psychiques de l'enfant lorsqu'il se trouvait confronté à la peur paranoïde de la mort : « La contribution apportée au comique par l'Idéal du Moi [permet de satisfaire] le Ça sans inquiéter le Moi en ramenant ce dernier à un état de toute-puissance narcissique infantile sur lequel le Surmoi ne pouvait encore jouer un rôle spécifique » [5]. L'existence de Monsieur P. me sembla également ponctuée d'angoisse de mort ou de castration, mais aussi de mises en échec inconscientes où sa condition imaginaire de victime pouvait se poser. Sa narration existentielle récitée sur un mode comique eut cependant pour effet de le distancier du réel de sa mort prochaine. La modalité ordalique de l'humour lui permit en fait de me conter une vie certes organisée en « toute-puissance à échouer » mais plaisante à vivre au demeurant. Il me sembla enfin que les échecs répétés de Monsieur P. étaient avant tout des manières de tester la solidité de ses relations aux autres, dans une mise en jeu sacrificielle de lui-même. En perdant de manière systématique au « grand jeu de la vie » (c'est-à-dire au jeu de la bonne santé, de la sobriété et du mariage heureux), Monsieur P. s'assurait une prédictibilité d'existence qui lui permettait de retrouver à chaque fois son positionnement régressif de victime. Seul l'humour lui permettait, semble-t-il, d'échapper à cette condition, en lui offrant les moyens de braver les formes fantasmatiques de ses angoisses. C'est sur un registre régressif, par le biais d'une boutade enjouée et puérile, que Monsieur P. choisira d'ailleurs de me donner son congé, comme si cet emploi final de l'humour lui avait redonné courage. Rire signifiait en fait pour lui ne plus croire aux histoires de parents/médecins, messagers de sa Mort et dictateurs de sa Grande Castration.

Discussion

La question posée au clinicien par l'attitude de Monsieur P., quelque peu déroutante, était celle de proposer ou non une aide psychologique à un patient en fin de vie ayant un recours paradoxal à l'humour. Fallait-il, oui ou non, refuser une incursion dans l'humour au prétexte de l'importance supérieure du travail de deuil, idée défendue par E. Kübler-Ross, I. Delisle, C. Murray Parkes ? [6, 7, 11]. Pour M. de M'Uzan, il serait cependant dangereux de faire anticiper à l'autre sa mort propre sur le seul prédicat que, se vivant comme déjà mort, il ne pourrait que mourir mieux : « On attend du mourant qu'il retire en lui toute sa libido pour la laisser se dégrader, sans se demander si la déperdition dont il souffre concerne son Moi ou ses objets ; autrement dit, on le conduit à quelque chose qui n'est pas le travail du deuil, mais celui de la mélancolie » [8]. L'emploi transgressif de l'humour et le caractère parfois symptomatique de l'agrippement transférentiel qu'il génère, nous ont montré qu'une économie libidinale continuait de se jouer à travers le discours parfois léger et étonnamment badin de sujets en fin de vie, qui trouveraient dans le rire un moyen de se détacher du temps et des lois de la réalité : « Si imposante qu'elle paraisse, la décision d'en finir, note M. de M'Uzan, n'en scelle pas moins la faillite de l'imaginaire, elle affirme la prééminence des fonctions du jugement et, par-là, l'hypertrophie du Moi-réalité. Pourquoi le Moi-plaisir, avec les activités fantasmatiques qui le spécifient, devrait-il s'éteindre le premier ou être condamné à ne pas jouer son rôle jusqu'au bout ? [9] »

Diverses questions se posent toutefois. La mise au travail de la pensée de la mort aiderait-elle à la réalisation consciente de sa propre fin ? Le problème du « bon » et du « mauvais » modèle de soins palliatifs demeure par ailleurs, dans le sens où il faudrait d'abord admettre que cet accompagnement doive recevoir la structure d'un modèle, valable pour tous. Préparer un mourant à l'idée de sa mort ne servirait-il pas au final un schéma préconçu ? Les soins palliatifs actuels n'aspireraient-ils pas à un nouvel art tragique de mourir et donc, finalement, à une manière de refaire, sous couvert de rationalisation scientifique, le cérémonial tragique du judéo-christianisme ? La mort propre devrait-elle nécessairement s'accepter psychiquement à travers un travail de deuil ? La représentabilité psychique de notre mortalité devrait-elle, enfin, nécessairement se surmonter à travers un positionnement dépressif (M. Klein [10]) et ce positionnement devrait-il se nourrir d'un devoir d'acceptation morale de sa propre condition (E. Kübler-Ross [11]) ?

N'oublierait-on pas à travers de tels schémas de soutenir la permanence de l'instinct de vie du mourant, intuitivement désireux *de ne pas croire à sa fin* ? (P. Marty [12])

Conclusion

Dans cet article nous nous sommes intéressés aux mécanismes de défense propres à la clinique de la fin de vie. Notre hypothèse de base a été de soutenir l'idée selon laquelle certains mécanismes de défense de la fin de vie pouvaient être pathologiques et pouvaient donc risquer de dysfonctionner. Non loin d'endiguer l'angoisse du pronostic de mort, certaines défenses pathogènes pouvaient ainsi amplifier la peur de mourir dans un syndrome de stress permanent pouvant aller jusqu'à la dépression, la manie ou l'accès délirant. L'étude de l'humour comme mécanisme de défense privilégié contre la peur de la mort nous a instruits sur la façon dont certains sujets, apparemment réfractaires et étrangers à la pratique du récit biographique, continuaient à posséder en

eux une aptitude à communiquer par le rire. Si la vie de l'inconscient du sujet en fin de vie porte en défaut la représentation de la mort propre, il faut noter aussi qu'elle continue de souffrir d'une angoisse dont l'irreprésentabilité de cette mort est l'objet. Un travail de distanciation critique avec l'idée de la mort par l'humour ou la mise en récit de soi nous a paru dès lors nécessaire dans la mesure où il continuait de soutenir le principe de plaisir de sujets, clivés sur le plan de leur identité de mourants. Le travail du deuil qui correspondrait à la réactivation culturelle de nos valeurs judéo-chrétiennes, nous est apparu enfin contestable car il focalisait à notre sens un patient mourant sur la pensée de sa disparition. Le travail du deuil appliqué à soi-même n'encouragerait-il pas en effet l'angoisse de mort et d'abandon du patient « condamné » ? L'ensemble de ces questions reste ouvert, de même que l'injonction paradoxale car anachronique du sujet forcé d'être « endeuillé » et tenu pour « mort-vivant ». Le savoir rire de la mort propre n'interviendrait-il pas, alors, comme le degré dernier de boutade du patient « révolté » ?

Bibliographie

1. Pierron JP: Accompagner une personne en fin de vie: un témoignage d'humanité ? Médecine Palliative : Soins de Support – Accompagnement – Éthique 2012 ; 5.
2. *Ibid.*
3. Vaillant G: Adaptive mental mechanisms. 2000 ; 55.
4. Donabédian D: La consultation psychosomatique depuis l'investigation. *Le Coq-héron*, 2010 ; 201 : 73-80.
5. Bergeret J: Pour une métapsychologie de l'humour. *Revue française de psychanalyse*, 1973 ; 4.
6. Delisle I: Les derniers moments de la vie. Paris, Le Renouveau ; 1993.
7. Murray Parkes C: Le deuil: études du deuil chez l'adulte. Paris, Frison Roche, 2003.
8. M'Uzan (de) M: La chimère des inconscients. In: André J, Balsamo M. Débat avec M. de M'Uzan. Paris, PUF, 2008.
9. *Ibid.*
10. Klein M: Deuil et dépression. Paris, Payot, 2004.
11. Kübler-Ross E: La mort, dernière étape de la croissance. Paris, Éd. du Rocher ; 1995.
12. Marty P: Les Mouvements individuels de vie et de mort. Paris, Payot, 1998.