



**HAL**  
open science

## Comprendre les défenses psychiques en fin de vie

Axelle van Lander

► **To cite this version:**

Axelle van Lander. Comprendre les défenses psychiques en fin de vie. La Revue du Praticien Médecine Générale, 2019, 33 (1032), pp.882-883. hal-04656280

**HAL Id: hal-04656280**

**<https://uca.hal.science/hal-04656280>**

Submitted on 1 Aug 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## DEFENSES PSYCHIQUES EN FIN DE VIE

Se défendre de la réalité mortelle est vital à une bonne santé psychique.

Par Axelle Van Lander, Psychologue (PhD) Centre de soins palliatifs, CHU Clermont-Ferrand ; Maître de conférence associée UPU ACCePPt Université Clermont Auvergne.

Les mécanismes de défenses permettent de transformer une réalité pour qu'elle devienne supportable et vivable. La personne n'est évidemment pas consciente de défendre ainsi son équilibre psychique de ce qui pourrait être dangereux. Ces mécanismes sont nécessaires à tous, malades et professionnels. Dans les situations particulièrement dangereuses, ils prennent plus d'ampleur et sont plus visibles. Les comportements paraissent par exemple en décalage avec la réalité. Nombre de médecins ont pu être surpris du manque de réactions de leurs patients à l'annonce d'une maladie grave ou encore de leur apparente incompréhension du caractère mortel. Ces comportements déstabilisent et questionnent sur la meilleure attitude à adopter pour accompagner le malade dans son rapport à la maladie grave.

### **Tout mais pas le déni !**

Freud décrivait notre rencontre de la mortalité comme une impossibilité. Le déni défendrait du réel de la mort et de l'angoisse qu'elle génère. Elisabeth Kübler Ross s'en est inspiré dans les années 70 pour construire sa conception des étapes du Mourir (déni, colère, dépression, marchandage et acceptation). Cette théorisation a largement influencé les professionnels de santé. A l'heure actuelle des travaux plus récents réalisés à partir de l'accompagnement de patients en fin de vie proposent un autre éclairage de leur fonctionnement psychique : on identifie plutôt des moments de grande détresse (1) par le fait que leur identité est blessée par la maladie mortelle et des moments où ils seront plus défensifs sans pour autant être dans le déni (2, 3). Les malades en fin de vie sont conscients de leur maladie même si ils en construisent une représentation la plus vivable possible.

### **Les mécanismes les plus courants identifiés ces 10 dernières années**

Les mécanismes les plus courants (4) sont la régression et la dissociation pour les mécanismes plutôt archaïques, la sublimation, l'humour et la rêverie pour les plus élaborées.

La régression inquiète souvent les soignants. Le patient se replie dans une bulle intérieure protectrice. Elle est souvent confondue avec la dépression alors qu'elle est nécessaire : c'est une pause vitale qui permet de revenir à cet état infantile agréable qui panse la détresse psychique. Le patient demande à être tranquille sans pour autant se couper de la relation : il peut apprécier d'être massé, nursé, « materné »... Pour prendre un exemple c'est comme une personne avec une bonne grippe qui peut apprécier de rester au fond de son lit si quelqu'un à l'extérieur veille à son confort et lui amène une petite tisane. Le malade pourra à nouveau se mobiliser lorsque l'énergie psychique sera de retour.

La dissociation (ou clivage) est le fait de faire coïncider la réalité mortelle et l'envie de vivre. Il est très courant en soins palliatifs (5). Le patient paraît ambivalent : il évoque son décès et l'organisation de ses obsèques puis sans lien apparent ses projets de voyages ou envie de cadeaux pour les fêtes futures. Un tel comportement peut amener un médecin à douter de la compréhension de son patient de la gravité de sa situation. Pour autant il est adapté puisque réellement le patient est atteint d'une maladie mortelle et dans le même temps il est toujours en vie et donc avec une projection dans l'avenir possible. La dissociation permet de faire coexister la maladie mortelle et la vie qui continue. Se projeter, l'espoir est nécessaire à la vie. Cela ne signifie pas qu'on est sûr que ça se réalise ... Même un médecin a le droit d'espérer avec son patient...

La sublimation, l'humour et la rêverie ne sont pas les mécanismes qui posent le plus de problème à l'entourage. Ils allègent, transforment une réalité aride en un espace de jeu possible. Un médecin peut rire avec son patient du caractère parfois surréaliste de ce qui est vécu.

En complément, la sidération survient plutôt au moment des annonces d'informations violentes. On sent le patient ailleurs avec une pensée qui n'intègre pas l'information. La sidération donne le temps d'amortir la réalité et que de mettre en place d'autres mécanismes.

### **Les stratégies d'ajustement (coping) identifiées en cancérologie**

Elles sont conscientes contrairement aux mécanismes de défense. Les malades les expliquent et les justifient. Une étude (Van Lander, 2012) réalisée auprès de 344 malades en fin de vie révèle qu'ils sont présents chez ¾ des malades. C'est un ensemble d'efforts cognitifs et comportementaux pour faire en sorte de mieux vivre la réalité. Ils peuvent être centrés sur l'émotion (« *j'essaye de ne pas y penser* », « *j'essaye de rester positive* »...), sur le soutien social (« je sélectionne dans mon entourage les personnes qui sont positives pour moi ») ou encore sur le problème (« *j'essaye de me représenter la maladie comme une petite boule qui va rester tranquille* »)

### **Et en miroir les défenses des professionnels ?**

Dans une étude réalisée auprès de psychologues (6), ces derniers réagissaient à la détresse de leurs patients en éprouvant des sentiments spécifiques comme l'envie de les protéger de la difficile réalité. De la même façon les médecins sont influencés par leurs propres contre-transferts. Lorsque les patients sont défensifs, ils peuvent avoir tendance à être plus dans le jugement ou l'incompréhension : les comportements de régression peuvent susciter des désirs de « réanimer » les patients en les stimulants, les postures trop optimistes peuvent générer l'envie de resituer la réalité de la maladie mortelle... Les défenses et les sentiments de détresse des patients génèrent chez les professionnels de forts et déstabilisants sentiments d'impuissance. Pour s'en défendre, certains passages à l'acte (agir de façon déplacée et inadaptée) visent plus le besoin de se sentir puissant que le bien réel des patients ...

### **4 astuces simples en 2019 pour s'ajuster aux défenses psychiques**

Tirillé par le savoir médical supposé du pronostic, rester ajuster à la compréhension des patients est un art clinique. Comment répondre de façon respectueuse de l'équilibre psychique des patients aux questions lourdes de sens sur la réalité mortelle ?

#### **1. S'informer plutôt qu'informer**

Donner des informations médicales sans vérifier ce que sait et comprend le patient est délétère, périlleux et au mieux une perte de temps parce qu'inutile. Des petites phrases en début de consultations pour s'enquérir de ce que le patient sait et comprend dresse le tableau de : sa représentation de la maladie et des traitements, ses craintes et ses attentes. Le médecin peut alors compléter ce tableau par petites touches acceptables.

#### **2. Se questionner avant de questionner**

Utiliser sa propre empathie pour évaluer ce que l'on ressent du patient informe sur ce que ce dernier vit de sa situation. Ainsi si l'on se sent soi-même tendu, si on appréhende de donner des informations, cela peut signifier que le patient lui-même ne souhaite pas plus d'informations. Ceci peut être vérifié en lui communiquant : « *j'ai la sensation que vous appréhendez ce que je pourrais vous dire...* ». « *Est-ce que vous voulez qu'on reporte à une autre consultation, est-ce que vous préférez qu'on en parle un jour où votre épouse sera présente ?* » Différer le temps d'annonce des

mauvaises nouvelles est souhaitable lorsque les circonstances ne sont pas adaptées. Un patient peut choisir de se faire accompagner parce qu'il sent qu'il ne pourra pas entendre et que le vivre à plusieurs sera sécurisant.

### 3. L'incertitude de l'avenir

Les certitudes sont justes au présent. Les médecins en soins palliatifs pratiquent une clinique de l'incertitude. Avouer ne pas connaître l'avenir évite d'enfermer les patients dans des scénarios qui pourraient s'avérer erronés. Les annonces de pronostic s'avèrent le plus souvent fausses et peuvent générer des comportements inadaptés (se dessaisir de ses biens et se retrouver paradoxalement dans l'attente d'un décès qui ne vient pas...). Rester au présent avec son patient avec les données médicales actuelles suffit à accompagner son ajustement à la situation. Concernant l'évolution médicale, on peut craindre des scénarios et les anticiper pour autant il n'y a aucune certitude sur leur réalisation. Répondre qu'on ne sait pas est possible...

### 4. Accepter l'irrationnel et le déraisonnable

Les comportements défensifs peuvent donner l'impression de patients irrationnels et déraisonnables. On peut vouloir les raisonner et les ramener à la réalité avec des comportements qui paraîtraient plus adaptés. Se rappeler que leur situation est folle et que cela nécessite des comportements particuliers pour pouvoir le vivre est nécessaire. Leur vérité prime sur notre réalité qui n'est que parcellaire et sous l'angle de la médecine. La survie au quotidien nécessite de se défendre psychologiquement. Attendre qu'ils acceptent sereinement leur mort et leur dégradation physique est un leurre inadapté. On peut par contre être auprès d'eux dans leur travail de résilience des conséquences de la maladie, pour que la vie résiste le mieux possible aux pertes mortifères. Jusqu'au bout c'est possible...

	Mécanismes psychiques courants	Contre-transfert des professionnels de santé
Blessures identitaires	Détresse (désespoir, tristesse, peur, sentiments de danger et de vulnérabilité...)	Sentiments d'impuissance Envie de protéger de la réalité Envie de rétablir une toute-puissance en étant dans l'action
Mécanismes de défense archaïques courants	Régression Dissociation	Jugement Envie d'agir et de souligner la gravité
Mécanismes de défense évoluée	Humour Rêverie Sublimation	Mécanismes partagés
Stratégies d'ajustement	Coping axé sur le problème, sur les sentiments, social.	En position souvent de conseils dans le registre cognitivo-comportemental.

### L'essentiel

- Que les patients soient défensifs est le signe d'une bonne santé mentale.
- La diversité et la souplesse des mécanismes de défense construisent une vérité de la maladie qui est à respecter.
- Les stratégies d'ajustement peuvent être vite dépassées par la gravité de la maladie. Le professionnel devra aider les patients à les assouplir.

- Comprendre plutôt que juger

#### Bibliographie

1. Van Lander A. Apports de la psychologie clinique aux soins palliatifs. Toulouse : Erès, 2015 : 205.1.
2. Amar S. L'accompagnement en soins palliatifs. Approche psychanalytique. Paris : Dunod, 2012 :301.
3. Alric J. Fin de vie et psychanalyse. Montpellier : Sauramps médical, 2016, 350.
4. Van Lander A. Adaptation et ajustement. In : Bioy A, Van Lander A, Mallet D, Belloir MN (eds). Aide-mémoire des soins palliatifs. Paris: Dunod, 2016, 238-243.
5. Rodin G, Zimmermann C, Psychoanalytic reflections on mortality: a reconsideration. J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry, 2008, 36(1), 181-196.2008
6. Van Lander A. L'identité à l'épreuve de la maladie létale. Thèse de doctorat, 2012, Université Lumière Lyon 2. [http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2012/van\\_lander\\_a/pdfAmont/van\\_lander\\_a\\_these.pdf](http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2012/van_lander_a/pdfAmont/van_lander_a_these.pdf)

Sans lien d'intérêt.