

UNIVERSITÉ DE BOURGOGNE

DIPLOME UNIVERSITAIRE HYPNOTHERAPIE

Impossible du dire en soins palliatifs :
l'hypnose comme sortie d'impasse

Mémoire présenté par Laurence Quitté

Sous la direction de Virginie Vignoli

Juin 2018

Remerciements

Parce que ce mémoire n'aurait pas vu le jour sans eux, je tenais à remercier :

- Monsieur G., qui m'a fait confiance pour l'accompagner en hypnose un bout de chemin et a accepté de participer à cette étude.
- Mme V. Vignoli, ma directrice de mémoire, pour ses encouragements, sa disponibilité et sa réflexion.
- les formateurs de ce DU, pour la richesse de leur enseignement et leur ouverture d'esprit.
- mes collègues de formation pour leur pertinence, leur générosité, leur bienveillance et leur humour qui ont nourri nos échanges et permis tant d'expériences inédites.
- mon institution, pour m'avoir permis de suivre cet enseignement.
- mon mari et mes enfants pour m'avoir aidée à dégager le temps nécessaire à ce travail et m'avoir soutenue avec patience.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
I – ETAT DE LA QUESTION : LES SOINS PALLIATIFS ET L’HYPNOSE	3
1- Les soins palliatifs	3
1.1 Définition	3
1.2 Une clinique de l’incertitude	5
1.3 Le psychologue clinicien en soins palliatifs	6
1.4 Le référentiel psychanalytique : travail de la parole, régression et transfert	7
2- L’hypnose dans le champ des soins palliatifs	8
2.1 Une définition de l’hypnose	8
2.2 Hypnose et prise en charge symptomatique en soins palliatifs	9
2.3 L’hypnose en soins palliatifs : une expérience existentielle	10
2.4 Relation hypnotique : régression archaïque et transfert maternel	11
II – PROBLEMATIQUE	13
III – METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	14
1- Modalités de recueil du matériel clinique	14
2- Le cadre de la rencontre	14
3- Présentation de Monsieur G.	15
IV – DONNEES CLINIQUES	16
1- 1er entretien avec Monsieur G. : anamnèse	16
2- 2 ^{ème} entretien : proposition d’hypnose comme sortie d’impasse	18
3- 3 ^{ème} entretien : séance d’hypnose « le lieu sûr »	20
4- 4 ^{ème} entretien : retour au « lieu sûr »	22
5- 5 ^{ème} entretien : détente par la respiration à partir du « lieu sûr »	26
6- 6 ^{ème} entretien : reprise de la détente par la respiration	29
7- 7 ^{ème} entretien : le « bouton de réglage » de la douleur	31
8- 8 ^{ème} entretien : le « sac magique »	35
V – DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE	40
1- Analyse théorico-clinique	40
2- Discussion éthique	47
CONCLUSION	50
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	53

INTRODUCTION

Psychologue clinicienne depuis 2013 suite à une reconversion professionnelle, je travaille au sein d'une Equipe Mobile Douleur et Soins Palliatifs dans un hôpital public de soins de suite et de réadaptation (SSR). Dans le cadre de ce poste, je suis amenée à prendre en charge des patients sur des problématiques de douleur complexe et/ou chronique (notamment dans le service de rééducation - Médecine Physique et Réadaptation) et sur des problématiques en lien avec les soins palliatifs et la fin de vie (notamment dans le service de soins de suites oncologiques et le service de soins de longue durée). Par ailleurs, nous avons également développé au sein de notre équipe des consultations externes en lien avec la douleur chronique.

Formée dans une perspective intégrative à l'université Paris 8, j'avais déjà eu l'occasion de découvrir les apports de l'hypnose pour la psychothérapie dans le cadre de l'enseignement de Corinne Antoine, psychologue clinicienne et hypnothérapeute. Dans la suite de mon parcours, le référentiel psychanalytique est devenu la grille de lecture me permettant de trouver des points d'appuis pour la clinique que je rencontrais au quotidien (service de réanimation, service de soins palliatifs). Néanmoins, mon arrivée à l'équipe mobile a réouvert ma curiosité puisque le recrutement mentionnait la maîtrise de l'hypnose comme étant souhaitable. La psychologue qui me précédait sur ce poste venait d'être formée à l'hypnothérapie et avait introduit cette pratique sur certaines de ses prises en charge, ce qui avait permis à l'institution d'en apprécier les bénéfices. Ouverte à intégrer un nouvel outil, j'avais accepté à mon arrivée sur l'hôpital d'être formée à cette pratique, tout en étant partagée sur ma capacité à être à l'aise dans un cadre thérapeutique assez éloigné des repères que je commençais à prendre.

Au final, la temporalité de l'institution et ses contraintes budgétaires m'auront permis de prendre le temps de la réflexion puisque ce n'est que quatre ans plus tard qu'une formation me fut accordée. Quatre années pendant lesquelles j'ai pu expérimenté parfois les limites d'une approche s'appuyant essentiellement sur la capacité de verbalisation des patients. C'est alors que mon intérêt clinique commença à rejoindre la demande de l'institution, intérêt qui se nourrissait de lectures et témoignages de collègues quant aux potentialités que l'hypnose permettait dans les prises en charge.

Je me dois de préciser que la demande institutionnelle était exclusivement portée par le service de rééducation (MPR) et centrée sur la prise en charge de la douleur chronique.

Or il me paraissait important de ne pas cantonner ma formation à l'hypno-analgésie pour maintenir mon identité de psychologue. Nous avons convenu que ma collègue infirmière de l'équipe demanderait de son côté une formation dans ce domaine et que je me dirigerai vers une formation d'hypnothérapie réservée aux professionnels du psychisme. La variété des thématiques qui recoupaient ma pratique clinique (douleur, personnes âgées, perte et dépression, troubles anxieux, troubles psychosomatiques, addictions, deuil), la réputation des intervenants et enfin la durée courte du DU « Hypnothérapie » de l'université de Bourgogne ont décidé de mon choix.

En démarrant cette formation, j'avais bien en tête les potentialités de prise en charge pour des patients atteints de douleurs chroniques pour lesquels une approche psychocorporelle pouvait constituer un indéniable bénéfice mais la pratique de l'hypnose me semblait moins évidente à introduire sur mes prises en charge palliatives. A la fois parce qu'il n'y avait pas de demande des services pour cette approche mais aussi parce que j'avais des réserves personnelles sur la façon dont je pouvais intégrer cette pratique auprès de patients vulnérables, parfois très diminués physiquement. Tout en étant consciente que l'hypnose avait un intérêt pour ces patients (et la littérature foisonne à ce sujet), je ne me sentais pas à l'aise pour commencer à pratiquer avec cette population, ayant le sentiment que les conséquences d'une inexpérience pouvaient peut-être être plus dommageables chez des patients déjà fragilisés... Bref, des réserves toutes personnelles... que la clinique (et quelques intervenants bienveillants) vont balayer à partir d'un accompagnement où l'hypnose s'est proposée comme sortie d'impasse.

C'est ce cas clinique que je vais vous présenter ici, d'une part parce qu'il a fait énigme dans ma pratique et d'autre part, parce qu'il inaugure l'intégration de l'hypnose dans mes prises en charge palliatives, ouvrant en cela un questionnement éthique sur mon positionnement de psychologue. Après avoir exposé le cadre théorique de ma réflexion à partir d'une synthèse des travaux sur l'articulation des soins palliatifs et de l'hypnose, je présenterai, dans un deuxième temps, l'accompagnement d'un patient séance par séance, afin de pouvoir dans une dernière partie confronter ces données cliniques à mon hypothèse de départ. Cette discussion se terminera par l'ouverture sur un questionnement éthique, puis une conclusion dans laquelle j'aborderai l'évolution de ma pratique clinique au regard de cette réflexion.

I - ETAT DE LA QUESTION : LES SOINS PALLIATIFS ET L'HYPNOSE

1 – Les soins palliatifs

1.1. Définition

Pour délimiter le champ des soins palliatifs, je reprendrais la définition proposée par l'ANAES¹ (Agence Nationale d'Evaluation et d'Accréditation en Santé) en 2002 qui, si elle est un peu ancienne, a le mérite d'être complète et de rester d'actualité :

« Les soins palliatifs sont des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluri-professionnelle. Ils ont pour objectif, dans une approche globale et individualisée, de prévenir ou de soulager les symptômes physiques, dont la douleur, mais aussi les autres symptômes, d'anticiper les risques de complications et de prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect de la dignité de la personne soignée. Les soins palliatifs cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables et se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Selon cette approche, le patient est considéré comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Les soins palliatifs s'adressent aux personnes atteintes de maladies graves évolutives ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée et terminale, ainsi qu'à leur famille et à leurs proches. Des bénévoles, formés à l'accompagnement et appartenant à des associations qui les sélectionnent peuvent compléter, avec l'accord du malade ou de ses proches, l'action des équipes soignantes ».

Et le même groupe de travail de l'ANAES de préciser dans ses recommandations pour la pratique clinique : « Les critères objectifs et les limites de la phase palliative d'une maladie et de la fin de vie sont difficiles à fixer avec précision. Les soins palliatifs peuvent être envisagés précocement dans le cours d'une maladie grave évolutive quelle que soit son issue (la mort, la rémission ou la guérison) et coexister avec des traitements spécifiques de la maladie causale ».

La SFAP² (Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs) reprend sur son site internet cette recommandation d'une phase palliative anticipée : « Il y a un bénéfice à débiter précocement l'accompagnement et les soins palliatifs lorsqu'un

¹ Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs (recommandation de bonne pratique) - www.has-sante.fr (15/04/2018)

² Les soins palliatifs en France – www.sfap.org (15/04/2018)

diagnostic de maladie grave est porté. La nature de l'aide reçue varie en fonction des besoins tout au long de l'évolution de la maladie (...) ».

Ces éléments de définition permettent ainsi de rappeler que les soins palliatifs englobent la période de la fin de vie sans toutefois s'y limiter, pour le plus grand bénéfice des patients.

Une étude américaine (Temel et al., 2010)[1] sur 151 patients atteints d'un cancer du poumon métastatique non à petites cellules s'est attelée à évaluer l'effet d'une prise en charge palliative précoce associée au traitement oncologique habituel. Deux groupes de patients sont ainsi évalués à 3 mois quant à leur qualité de vie et d'éventuels troubles de l'humeur (symptômes dépressifs et anxieux) : un groupe « palliatif précoce » dont les patients bénéficient du traitement oncologique habituel et de consultations régulières de soins palliatifs (au moins une fois par mois), et un groupe « contrôle » dont les patients reçoivent leur traitement oncologique sans consultation de soins palliatifs systématisée (uniquement sur demande du patient, de la famille ou du médecin). Les résultats à 3 mois sont significatifs et indiquent que les patients qui ont bénéficié de la prise en charge palliative précoce ont une meilleure qualité de vie et moins de symptômes anxieux et dépressifs que les patients du groupe « contrôle ». En outre, l'étude montre aussi, à partir du dossier médical des patients inclus, que les sujets du groupe « palliatif précoce » subissent moins de traitements « agressifs » en fin de vie (chimiothérapie dans les 14 jours précédant le décès et/ou pas de soins palliatifs reçus et/ou admission en USP 3 jours ou moins avant le décès) et présentent une durée moyenne de survie plus importante.

Comme nous venons de le voir, si les soins palliatifs recouvrent un temps de la maladie grave qu'il n'est pas aisé de cerner avec précision, ce champ médical caractérise également un modèle de « prendre soin » de la personne dans sa globalité, basé sur la primauté du souci de la qualité de vie, et non plus celui de la guérison.

« (...) Sont ainsi mis en avant les besoins du malade en fin de vie. Non plus seulement ceux qui relèvent directement de ses maux, localisés dans une partie de son corps, mais aussi ses besoins psychologiques, spirituels, familiaux et sociaux susceptibles d'interagir. C'est bien ici une certaine idée de l'homme malade, envisagé dans toute sa complexité que les soins palliatifs tentent de réintroduire au sein de la médecine moderne. » (Amar, 2012) [2].

1.2. Une clinique de l'incertitude

Dans la clinique de la maladie grave, comme dans celle des soins palliatifs, l'incertitude est omniprésente et concerne tous les protagonistes de la relation de soins, au premier rang desquels se trouvent les patients.

En effet, de l'annonce de la maladie à l'inscription dans le temps palliatif, les patients doivent composer avec « la part de non prévisible dans le déroulé d'une pathologie, le devenir des thérapeutiques, et l'ensemble des dimensions qui interviennent dans la situation d'accompagnement mais aussi de soins » (Bioy et Servillat, 2017) [3]. Ils se trouvent ainsi confrontés à un vacillement de leurs repères, imposant des remaniements psychiques identitaires (touchant leur position conjugale, familiale, sociale, professionnelle,...) et des deuils successifs (celui de la santé, de l'intégrité physique, de l'autonomie, ...) dans une temporalité figée, « le temps arrêté de la maladie, la temporalité immobile de celui qui est atteint d'une maladie grave » (Caleca, 2011)[4].

Pour faire face à cette rupture radicale convoquée par la maladie grave et à l'incertitude existentielle et temporelle qui y est attachée, les patients ont recours à des mécanismes de défense qui « permettent de tenir debout, d'affronter l'angoisse en la détournant, dans le but de prévenir une désintégration psychique plus grande. Les mécanismes de défense ont donc une fonction de protection de la vie psychique et c'est à ce titre qu'il convient de les respecter. A proximité du mourir, le déni ou la dénégation sont les mécanismes de défenses privilégiés du sujet. Ce sont eux qui témoignent de la mise en place du clivage nécessaire pour la survie psychique (...) » (Alric, 2011) [5].

Une étude d'Axelle Van Lander en 2012 auprès de 344 patients met en évidence l'utilisation de défenses archaïques comme la régression et la dissociation « notamment au moment des annonces difficiles » alors que des défenses plus élaborées comme la sublimation, l'humour et la rêverie, se retrouvent préférentiellement à l'approche du décès. En articulation avec ces mécanismes inconscients, cette même étude retrouve des stratégies d'adaptation conscientes ou « coping » chez trois quarts des malades en fin de vie, prouvant s'il en est besoin de leur quête d'un ajustement toujours précaire [6].

En miroir, les professionnels de la clinique palliative en relation avec le patient ne sont pas exempts de cette incertitude et de ses effets, contraints de l'intégrer dans leur pratique et de s'y ajuster en temps réel. « Le devenir de la thérapeutique, l'histoire d'une pathologie, l'adaptation d'un patient, ... sont en partie non planifiables et non anticipables

(...). Bien malin le professionnel qui, dès le premier entretien, pourrait prédire l'adéquation d'un patient à sa situation, au temps de la souffrance et de son possible soulagement, aux stratégies thérapeutiques qui seront proposées » (Bioy et Servillat, 2017) [3]. Il va de soi, comme nous allons le voir, que la position du psychologue clinicien n'échappe pas à cette dimension.

1.3. Le psychologue clinicien en soins palliatifs

En effet, cet imprévisible imprègne la posture du psychologue en soins palliatifs : « aller vers un non-savoir et une position d'impuissance fondamentale, qui n'est pas une démission : il ne s'agit pas de quitter la relation mais d'authentiquement prendre acte que l'on ne sait pas tout et que l'on ne peut pas tout non plus » (Bioy, 2017) [5].

Or, cette perspective permettrait de faire un pas de côté pour envisager l'incertitude comme un levier thérapeutique : sortir de la certitude du temps palliatif, du temps compté pour accompagner le patient jusqu'au bout. Pour J. Alric et J.P. Bénézech (2011), « faire exister cette dynamique d'ouverture, d'incertitude, de voilement de la mort s'avère une nécessité pour la vie psychique, afin que se poursuivent les routes ambivalentes et complexes des malades et des personnes qui les accompagnent » [8].

Ambivalence, complexité, singularité... Si la maladie grave évolutive qualifie le champ des soins palliatifs, cela ne dit rien de l'histoire de vie de la personne et des éventuelles problématiques psychologiques qui l'ont émaillée, en lien par exemple avec des événements de vie qui laissent des traces (maltraitance, deuil, séparation,...). C'est pourquoi, au-delà de la prise en compte des remaniements psychiques et identitaires majeurs convoqués par la clinique palliative, le rôle du psychologue est toujours à redéfinir au plus près de la singularité du patient et de sa demande.

Il arrive que ce soit l'équipe soignante qui sollicite le psychologue pour le soutien de tel ou tel patient qu'elle pense souhaitable ou nécessaire, sans que celui-ci ne formule de demande particulière. Le psychologue pourra alors se présenter au patient et lui proposer un accompagnement que celui-ci sera libre d'accepter ou de refuser. Il est essentiel que le patient puisse se réapproprier une demande qui n'émane pas de lui. S'il accepte le suivi psychologique proposé, il s'agit la plupart du temps d'un travail de soutien, d'étayage pour permettre au patient de faire face aux enjeux psychiques auxquels le confrontent la maladie et le pronostic fatal qui se profile à plus ou moins brève échéance.

« Le travail du psychologue consiste finalement à accompagner le sujet afin qu'il s'approprie subjectivement l'expérience de la maladie grave. Ce travail est à situer dans le cadre d'une relation d'intersubjectivité qui constitue un mode d'investigation et un levier thérapeutique » (Bioy, 2017) [9]. A. Van Lander (2015)³ rappelle que « l'enjeu n'est pas de faire disparaître les affects tels le chagrin ou le manque, mais de soutenir les patients dans leur capacité à les supporter, à les vivre, voire à les comprendre et à les élaborer ».

Une des caractéristiques du travail des psychologues en soins palliatifs est l'attention portée également aux proches du patient, et aux aménagements relationnels auxquels ils sont eux aussi confrontés de par leur proximité avec le sujet. Enfin, le travail de réflexion partagé avec les soignants peut faire fonction de soutien en tant qu'il s'attache à mieux analyser, comprendre, accepter parfois des situations difficiles ou ajuster une position relationnelle délicate tant au niveau des patients que de leurs proches.

1.4. Le référentiel psychanalytique : travail de la parole, régression et transfert

Dans le cadre plus spécifique d'un accompagnement se référant à la psychanalyse, le psychologue clinicien sera attentif à la dynamique transféro-contre-transférentielle, ainsi qu'à l'efficacité symbolique de la parole.

Par sa fonction contenant, il permet au patient de retrouver, dans la relation, une capacité de penser, de se penser à partir de l'accueil de son dire. « Décentrer les choses et trouver, dans la parole, un autre sens est un des leviers privilégiés pour gagner du terrain sur le réel mortifère. Le psychologue (...) en aidant le patient à mettre des mots sur ce qui est impossible à dire et à se représenter, tente de réduire l'angoisse de mort » (Alric, 2011) [10].

Dans le même temps, la relation intersubjective en soins palliatifs est d'une « grande intensité transférentielle et à des niveaux très vite archaïques » (Deschamps, 2004) [11]. En effet, pour le patient atteint d'une maladie grave incurable, « la confrontation conjuguée à un état de dépendance à l'autre et à la perspective d'une mort proche convoque indéniablement à des mouvements de régression à la fois topique, temporelle et formelle » (Amar, 2012) [2].

C'est parce que la clinique des soins palliatifs inscrit le patient dans un processus de deuil (de la santé, de la guérison, de l'illusion d'immortalité, de l'intégrité somatique, de

³ Van Lander A. (2015). Résumé complet du référentiel des pratiques des psychologues en soins palliatifs. www.sfap.org (15/04/2018)

l'autonomie ...) que le psychologue se doit de « repérer (car cela se rejoue avec lui dans la relation transférentielle) comment s'est joué, dans la prime enfance, la capacité de ce sujet à faire face à l'absence due à l'éloignement de l'objet maternel. La manière dont le petit enfant est parvenu à se sortir de cette souffrance constitue le cliché psychique. Ce cliché conditionnera la qualité des deuils ultérieurs » (Alric, 2011) [12].

Et S. Amar de resituer cet appel au maternel, classiquement retrouvé chez les patients en fin de vie : « Sur le plan transférentiel, l'on ne s'étonnera pas que ce soit l'imagen maternelle qui soit alors convoquée. Souvenons-nous en effet que « la mère, qui satisfait la faim, devient le premier objet d'amour et certes de plus la première protection contre tous les dangers indéterminés qui menacent l'enfant dans le monde ; elle devient, peut-on dire, la première protection contre l'angoisse. » (Freud 1927 in Amar, 2012) [2]. « Cette dimension de la non maîtrise de sa propre mort renvoie à la position psychique du petit enfant qui ne maîtrise pas le monde qui l'entoure, qui se laisser porter, qui donne sa confiance à l'adulte qui s'occupe de lui » (Alric et Bénézech, 2011) [8].

Il est intéressant de noter à cet égard les conclusions de l'étude d'Axelle Van Lander (2012) quant à l'analyse du contre-transfert de 26 psychologues de soins palliatifs. « Face à la détresse des patients, ils réagissaient en éprouvant des sentiments maternels : l'envie de protéger les patients des difficultés insupportables de leur situation ». La recherche met également en évidence un lien entre un niveau élevé de détresse chez les patients et « un fort sentiment d'impuissance » chez les psychologues. « A l'inverse, les sentiments de bien-être des patients initiaient une tendance à la rêverie chez les psychologues » (Van Lander, 2017) [6].

2 – L'hypnose dans le champ des soins palliatifs

2.1. Une définition de l'hypnose

Avant de recenser la littérature qui fait état des liens entre l'hypnose et les soins palliatifs, il convient de poser une définition de ce qu'est l'hypnose et nous retiendrons ici celle proposée par A. Bioy en 2007, puis remaniée en 2011, à partir du travail de J. Godin (1992) [14] : « Mode de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi » [13].

Utilisée de façon « formelle » ou « conversationnelle », l'hypnose « peut être tour à tour un traitement psychothérapeutique, un outil d'investigation clinique, un simple moyen de communiquer autrement et peut donc prendre une place différente lors d'une rencontre avec un patient » (Bioy, 2005) [15].

Concernant la relation intersubjective pendant la transe, A. Bioy et C. Wood (2006) précisent : « ce qu'a de particulier l'hypnose par rapport à toute autre situation d'implication relationnelle, c'est que les deux protagonistes vont peu à peu privilégier un mode de communication de type analogique (...) Cette forme de communication va permettre, dans un processus d'une grande complexité dont tous les tenants et aboutissants ne sont pas encore connus, de faire la jonction entre imaginaire et réel, regards subjectifs et données objectives autour de la situation du patient » [16].

2.2. Hypnose et prise en charge symptomatique en soins palliatifs

En soins palliatifs, les symptômes sont nombreux puisqu'on relève jusqu'à cinq manifestations cliniques telles que douleur, fatigue, anorexie, dyspnée et anxiété chez plus de 50% des patients (Teunissen et al., 2007)[17].

Ainsi, dans la littérature, beaucoup de recherches ont trait aux bénéfices de l'hypnose en termes de prises en charge symptomatiques, notamment dans le cadre des pathologies cancéreuses : douleur, anxiété et trouble de l'humeur (Deng, 2005)[18], (Carlson et Bultz, 2008)[19], (Cramer et al. 2015)[20], effets secondaires (nausées, vomissements, fatigue, ...) et conséquences psychologiques de la chimiothérapie (Richardson et al., 2007)[21], effets secondaires de la radiothérapie (Charret et al., 2015)[22], (Montgomery et al., 2009)[23], (Schnur et al., 2009)[24], cachexie et/ou anorexie (Inui, 2005)[25].

Une revue systématique de la littérature quant à la prise en charge de la toute fin de vie rapporte le recours à l'hypnose pour une variété de symptômes parmi lesquels la douleur, l'anxiété et la dépression (Rajasekaran et Higginson, 2006) [26], et dans une perspective plus globale intégrant la dimension spirituelle (Brugnoli, 2016)[27], (Satsangi et Brugnoli, 2018)[28]. Chez des patients atteints de cancer en phase palliative, l'étude de Plaskota et al. (2012) retrouve également des apports positifs de l'hypnose sur la gestion de l'anxiété, des troubles du sommeil et de la dépression [29].

La recherche qualitative sur le vécu de l'hypnose de 14 patients atteints de cancer, en phase palliative et souffrant de douleur et d'anxiété, menée par Teike Luethi et al. (2012),

mentionne des bénéfices après trois à cinq séances : les patients rapportent un sentiment de bien-être physique et psychologique, la possibilité de découvrir ou retrouver des ressources internes, une amélioration au niveau de l'anxiété, un sentiment de confiance et de sécurité dans la relation leur permettant d'explorer leurs émotions. Il est intéressant de relever que l'angoisse est le domaine le plus sensible aux bienfaits de l'hypnose pour ces patients, « que celle-ci soit liée à la maladie, à la perte du lien et à la mort, ou même qu'elle soit de type claustrophobique ». Concernant la relation, les patients évoquent la « sensation d'être sur le même niveau », « d'être accompagné », « en confiance » et en « sécurité », ces éléments leur permettant de « déposer un fardeau » [30].

Enfin, une étude combinant la psychothérapie existentielle et l'hypnose pour la gestion de symptômes réfractaires (douleurs, nausées et vomissements) chez des patients en fin de vie a mis en évidence l'intérêt de cette approche combinée, les symptômes devenant sensibles à un traitement médical après six séances (Iglesias, 2004) [31].

2.3. L'hypnose en soins palliatifs : une expérience existentielle

En tant que l'hypnose « possède la particularité d'établir un lien étroit entre données psychiques et physiques dans une perspective globale d'accompagnement » (Bioy, 2006) [19], cette approche s'intègre bien dans le modèle de prise en charge des soins palliatifs. « Utiliser l'hypnose dans le contexte des soins palliatifs, c'est faire la proposition au patient de vivre autrement sa situation, de se l'approprier de façon différente, mais sans doute également de façon plus humaine, en faisant appel à ses propres ressources » (op.cit). Cette invitation peut ainsi se déployer, au-delà du soulagement symptomatique, dans une « visée existentielle » (op.cit.).

Après la phase d'induction et la dissociation psychique, la phase dite de « perceptude » (Roustang, 2003) [32] « renvoie à la capacité du patient à rentrer en contact avec l'intégralité de son corps (et non uniquement de ses symptômes) et de son environnement. (...) Il s'agit d'une expérience intime, existentielle de soi et de sa situation (...). Cette façon de pratiquer l'hypnose axée autour des perceptions et de leur réappropriation est particulièrement appropriée au domaine des soins palliatifs, dans le cadre d'un accompagnement individualisé et humain » (Bioy et Wood, 2006) [16].

Pour S. Gessiaume (2009), c'est à partir du lâcher-prise que l'hypnose peut apporter une ouverture dans la clinique palliative : « L'hypnose en soins palliatifs permet aux

patients alités, souffrants, sans but, de faire une expérience de vie. (...) En expérimentant le lâcher-prise avec leur environnement pendant une séance, ils se remettent en mouvement ». Et l'auteur d'envisager même ce vécu hypnotique comme une possible préparation à l'étape du mourir : « On pourrait pousser la réflexion encore plus loin sur l'expérience métaphorique de la transe. Ne peut-on pas, en effet, supposer que certains patients en toute fin de vie, lors du moment ultime, peuvent partir plus sereinement, en ayant déjà expérimenté auparavant une certaine forme de lâcher prise ? » [33].

2.4. Relation hypnotique : régression archaïque et transfert maternel

« Pendant l'expérience d'hypnose, le sujet va faire l'expérience de se désintéresser de son environnement, dans un climat de confiance avec une autre personne et avec l'aide de celle-ci (...). Cette relation intense va se référer et s'enraciner dans des expériences anciennes archaïques » (Godin, 1991) [34].

En effet, « la relation suggestive lors d'une séance d'hypnose, comporte une dimension fusionnelle, pré-langagière qui crée les conditions d'une régression à un stade archaïque du fonctionnement mental qui fait émerger tout un potentiel inné relationnel » (Hoareau, 1992) [35].

Ainsi, les modalités de communication pendant la relation hypnotique ne sont pas sans rappeler celles de la mère avec son enfant dans les toutes premières relations. « Se laisser ainsi porter, guider, voire parler par un autre, réactive ce qui n'a existé que dans les premières années de notre existence, dans la première enfance, et réalise une expérience en elle-même régressive (...). Expérience de régression dans un transfert archaïque, à une expérience structurante de portage, holding à la fois réel et symbolique qui ouvrirait un accès plus direct à l'imaginaire et au fantasme. Cette voix modulée par l'empathie qui signifie la reconnaissance et l'accueil de l'affect et ouvre l'espace à l'expression de la souffrance » (Lutz et Fix, 2007) [36].

Régression archaïque, transfert maternel,... nous retrouvons dans les potentialités de la relation hypnotique ce qui caractérise l'intersubjectivité en clinique palliative, notamment dans sa lecture psychanalytique. Antoine Bioy (2008) [37] suggère d'ailleurs que la conceptualisation initiale du transfert par Freud reposerait sur sa pratique et ses travaux sur l'hypnose, et notamment sur le repérage de « la relation affective » entre thérapeute et patient, que bien des praticiens de l'hypnose avaient déjà repérée et

mentionnée. « La réactualisation de relations antérieures, via la régression » qui caractérise le transfert chez Freud se retrouve ainsi, nous dit A. Bioy, dans les témoignages de magnétiseurs qui « avaient noté avant Freud que la relation patient/praticien ressemblait à la relation parent/enfant » (op.cit.).

Certes le maniement du transfert et des résistances diffère entre l'approche hypnotique et l'approche psychanalytique. Dans le cadre de l'hypnothérapie analytique telle que formalisée par J. Palaci (1991) [38], le transfert est repéré pour être utilisé (plutôt qu'analysé comme dans la psychothérapie analytique classique) à des fins de remaniement en ayant recours aux « différents registres de communication, verbal et non verbal (intonation, choix du vocabulaire, gestuelle, vécu corporel,...) » (Lutz, 2014) [39]. De la même façon, les résistances, au rang desquelles nous pourrions ranger l'impossibilité ou le refus d'un patient de recourir aux mots pour se dire, seront contournées ou utilisées dans l'hypnose plutôt qu'explicitées, « en considérant celles-ci comme des éléments de l'organisation structurelle, de la configuration relationnelle inconsciente à un moment donné » (op.cit.).

Mais c'est surtout dans l'efficacité symbolique de la parole dans le transfert que se particularise l'accompagnement psychanalytique en soins palliatifs, quand l'hypnose recourt à une modalité relationnelle dans laquelle « ce n'est pas la parole qui est efficace mais la relation globale affectivement corporelle. La suggestion ou l'influence suggestive est un processus corporel affectif, une entité psycho-socio-biologique indissociable, agissant à un niveau inconscient très archaïque, bien en deçà du transfert, médiatisant l'influence d'un sujet sur un autre et capable de produire des changements psychologiques et physiologiques manifestes. Nous pouvons imaginer le phénomène sur le modèle de la relation précoce mère-enfant où l'affect et le corps ne font qu'un » (Roustang in Chertok, 1984) [40].

II – PROBLEMATIQUE

A partir de cette synthèse de travaux, la problématique qui émerge pourrait se formuler de la façon suivante : **Quels peuvent être les apports de l'hypnose en soins palliatifs dans une pratique de psychologue référée à la théorie psychanalytique ?**

Or, il apparaît que des situations d'impasse peuvent se faire jour dans l'accompagnement de sujets en soins palliatifs du fait de leur impossibilité à recourir à la parole, à mettre des mots sur leur vécu, leur souffrance, leurs angoisses, comme si l'expérience de la parole pouvait être dangereuse.

En effet, « la clinique psychanalytique prend en compte ce qui, chez un sujet, est en souffrance, mais la psychanalyse ne permet pas d'aborder tout impossible à supporter, seulement « l'impossible à supporter lorsqu'il prend une forme parlée » (Le Bourvellec, 2002, in Alric, 2004) [41]. « Tout le travail pour le psy est alors en effet de faire avec la frustration et de ne surtout pas forcer les défenses des patients pour les amener à dire davantage » (Alric, 2011) [8].

Dès lors, en réponse à notre questionnement, nous faisons l'hypothèse suivante : **Par l'instauration d'un lien thérapeutique spécifique et respectueux des défenses du sujet, l'hypnose permettrait d'enrichir l'accompagnement psychologique en soins palliatifs dans les situations où la verbalisation du patient est difficile ou impossible.**

Pour le psychologue clinicien, l'hypnose peut ainsi « s'inscrire dans un acte relationnel, interactif, sans visée évaluative, et entièrement tourné vers l'approche de la dynamique humaine » (Bioy, 2005)[15]. Et l'auteur de préciser : « Cette conception est par ailleurs tout à fait compatible avec une psychologie clinique faisant l'hypothèse de l'inconscient, et se référant à la métapsychologie freudienne. » Ainsi, l'accent sera mis sur « l'écoute des éléments intersubjectifs présents, et en particulier pour les éléments transférentiels émergents. Le jeu transfert/contre-transfert de l'entretien ne donnera que peu lieu à élaboration mais sera au moins acté pour une compréhension dynamique de ce qui se joue lors des entretiens. » (op. cit.)

En soins palliatifs, en deçà des mots du patient, la relation hypnotique permettrait ainsi de convoquer via la régression « cette mère secourable (lui) prenant la main, et de ce fait apportant une réponse pare-excitante à l'état de détresse » (Amar, 2012) [2]. C'est ce que nous allons tenter d'illustrer par la présentation du cas clinique de Monsieur G.

III – METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

1- Modalités de recueil du matériel clinique

Les données cliniques présentées ci-après sont issues de mes notes prises pendant et dans l'immédiat après-coup des entrevues avec le patient. En effet, l'accompagnement de ce sujet n'étant pas destiné au départ à faire l'objet d'une étude, les entretiens n'ont pas été enregistrés, ni filmés.

Par ailleurs, les informations permettant d'identifier le sujet de cette recherche ont été modifiées ou supprimées de façon à respecter l'anonymat du participant et la confidentialité des échanges, conformément au Code de Déontologie des Psychologues de février 2012 (articles 7, 26, 39, 44 et 50). Le consentement du patient (articles 46 et 47 du même Code) pour que notre travail puisse faire l'objet d'un mémoire universitaire a été recueilli de façon verbale, son décès survenant avant que je ne puisse formaliser son accord par écrit.

2- Le cadre de la rencontre

Le patient qui est le sujet de cette présentation, Monsieur G., a été rencontré dans un cadre hospitalier, l'équipe mobile à laquelle j'appartiens ne se déplaçant pas à l'extérieur de l'institution. Il est hospitalisé en service de soins de suites médico-chirurgicales et cancérologiques, service où la règle de non substitution qui prévaut habituellement pour l'intervention des équipes mobiles n'est pas appliquée pour la prise en charge psychologique. La psychologue du service ayant un temps de travail restreint par rapport aux besoins, nous avons convenu qu'elle pouvait faire appel à moi lorsqu'une situation se profilait d'emblée à risque palliatif à plus ou moins court terme. Cette organisation permet en outre de démarrer l'accompagnement psychologique des patients précocement dans leur parcours avec tous les bénéfices que cela implique en termes relationnels pour la suite de la prise en charge.

D'un point de vue concret, les locaux de l'équipe mobile, et donc mon bureau, sont situés à l'entrée de l'hôpital, séparés des services hospitaliers par un parc magnifique (lieu idéal de ressourcement s'il en est) que je traverse plusieurs fois par jour pour me rendre au lit des patients. Dans le cadre de l'accompagnement de Monsieur G., tous les entretiens se feront dans la chambre du patient, celui-ci étant alité.

3- Présentation de Monsieur G.

Agé de 55 ans, Monsieur G. est un homme mince, de taille moyenne, ses cheveux poivre et sel sont portés relativement courts, sa mise est simple et neutre. Il est hospitalisé chez nous pour surveillance clinique, re-nutrition et rééducation suite à la découverte deux mois plus tôt d'une tumeur ORL. Compte tenu d'un état général dégradé et d'une première chimiothérapie mal tolérée, décision est prise de changer le protocole de traitement par une radio-chimiothérapie qui l'amène à retourner régulièrement dans le service oncologique de son hôpital d'origine.

Lorsque je suis sollicitée par ma collègue psychologue pour ce patient, c'est sa situation sociale qui apparaît au premier plan : il est sans domicile fixe suite à une expulsion et totalement isolé. Un antécédent d'alcoolisme chronique est mentionné. Il n'a jamais de visites, personne ne prend de ses nouvelles, ni famille, ni amis.

La demande d'accompagnement psychologique n'émane pas du patient : il lui a été proposé par le médecin à son arrivée et Monsieur G. a précisé qu'il avait déjà rencontré une psychologue dans son hôpital d'origine et qu'il « n'était pas contre » un suivi.

Avant notre première rencontre, le médecin du service m'informe que la gravité du cas de Monsieur G. s'est trouvée majorée par son absence de soins « en temps voulu », et que le pronostic à moyen terme ne lui semble pas favorable.

IV – DONNEES CLINIQUES

1– Premier entretien avec Monsieur G. : anamnèse

Suite à l'information de ma collègue, la psychologue du service, je fais la démarche d'aller me présenter à Monsieur G. et lui propose un entretien « pour faire connaissance ». La possibilité pour le patient de se saisir de cette proposition ou de la refuser lui permet de se réappropriier (ou pas) une demande qui n'émane pas de lui au départ, ce qui est fréquent à l'hôpital. Comme souvent, je ne prononce pas les mots « soins palliatifs » dans ma présentation, tant les représentations des patients assimilent le mot « palliatif » à la période de la fin de vie, voire à « une condamnation à mort », avec toute la violence que cela pourrait induire. Dans le cas de Monsieur G., un traitement curatif est encore en cours même si son objectif semble être de ralentir l'évolution du cancer, plutôt que de le guérir. Par ailleurs, j'ignore où en est Monsieur G. quant à sa connaissance de sa pathologie et du pronostic. Je m'annonce donc comme « une des psychologues du service qui travaille dans l'équipe douleur ». En isolement du fait d'une infection bactérienne, Monsieur G. est dans une chambre individuelle lors de notre première rencontre, il m'accueille avec un mélange de courtoisie et de réserve, et accepte simplement l'entretien que je lui propose. Je remarque le pansement important qui occupe sa joue gauche et discerne un chuintement dans son élocution sans savoir s'il est dû à la tumeur ou pas. Rendez-vous est pris pour le surlendemain.

Lorsque j'arrive dans sa chambre le jour dit, il est assis sur son lit incliné et me suggère un fauteuil sur le côté. Il attend que je prenne la parole et je lui rappelle l'objet de notre entretien : « faire connaissance et ... peut-être me dire comment il se sent aujourd'hui ». Il me répond d'emblée par un « ça va » qui n'appelle pas de développement. Il baisse les yeux. Du coup, je lui demande s'il peut me dire dans les grandes lignes ce qui l'a amené dans notre service et là, il déplie son histoire de vie, de manière assez factuelle et désaffectivée, un brin fataliste. Il évoque un engrenage qu'il qualifiera de « dégringolade » suite à sa séparation avec son épouse. Il dit avoir perdu son emploi dans la foulée puis s'être mis à boire. « Je ne sortais plus, sauf pour acheter de l'alcool, je restais dans le noir chez moi toute la journée, et puis, comme j'ai arrêté de payer les factures et le loyer, ils m'ont expulsé. Et après, aux urgences, ils ont découvert « ça » (me désignant la grosseur sur sa joue). Voilà, vous savez tout ». Silence.

J'accuse réception de son histoire difficile et le relance sur son vécu de l'hospitalisation en l'interrogeant sur la qualité de son sommeil, ses relations avec l'équipe, avec les médecins, s'il se sent à l'aise pour poser des questions sur sa maladie... Ses réponses sommaires m'apprennent que son sommeil est haché, avec des ruminations qui l'empêchent de se rendormir. Par contre, il dit « ne pas avoir de problèmes » avec les soignants, ni avec les médecins, puis se tait un moment. Je lui demande si le fait de ne plus boire n'est pas trop difficile (je n'avais pas encore découvert ce que cette formulation induisait d'hypnose négative !) et lui de me répondre : « non, ça va ». Après un temps de silence, je le relance sur ses ressources actuelles, « les choses, les activités ou les gens qui peut-être lui font du bien, ce qui l'aide à traverser cette période particulière... ». Après un long temps d'hésitation, il évoque l'existence d'un fils de son premier mariage qu'il a « perdu de vue », une assistante sociale serait parvenue à retrouver sa trace et lui aurait laissé le numéro de Monsieur G. : « mais... rien, aucun appel ». Nouveau temps de silence.

Puis le patient ferme les yeux et me dit qu'il est un peu fatigué. J'entends le caractère défensif de cette attitude. Tout en restant coopérant, Monsieur G. reste sur la réserve en permanence, relativement passif dans la relation, sans que je sache s'il s'agit de pudeur, de honte et/ou d'une manière détournée de me signifier qu'il ne souhaite pas d'accompagnement. Je suggère de clore notre entretien pour le laisser se reposer : « Maintenant que nous nous connaissons un peu, si vous le souhaitez, nous pouvons nous voir régulièrement et nous calons ensemble la prochaine date, ou alors c'est vous qui me contactez quand vous en avez besoin... »

Inutile de préciser que Monsieur G. choisit la deuxième option et ne m'appellera pas. Compte tenu de ce que je sais de son histoire de vie, de son désinvestissement de sa santé mais aussi de ses relations intersubjectives, l'hypothèse d'un trouble dépressif me semble pertinente. Le psychiatre passera voir Monsieur G. pour évaluation dès que possible.

Dans les semaines qui suivent, l'équipe soignante revient régulièrement sur la situation de Monsieur G. et sont pointés à chaque fois son extrême solitude et un faciès triste : « Il ne pose pas de problèmes, il ne demande rien, mais il est très seul. Personne ne vient le voir, jamais ». Je joins alors la bénévoles d'accompagnement pour lui suggérer de rencontrer le patient : elle se présentera à deux reprises et sera « gentiment » éconduite. Entre temps, un traitement antidépresseur a été mis en place par le psychiatre suite à un diagnostic de dépression réactionnelle.

Un peu plus d'un mois après notre premier entretien, je passe la tête par la porte de sa chambre : « Bonjour, ça fait un temps qu'on ne s'est pas vus, je venais prendre de vos nouvelles... ». Et Monsieur G. de me répondre : « C'est gentil de votre part, une autre fois peut-être, je suis fatigué, j'allais me reposer. ». Effectivement, il a l'air épuisé, ses yeux sont cernés, il semble abattu aussi. Le médecin du service me confie en outre que l'évolution n'est pas favorable et que, malgré les traitements, la tumeur grossit.

Réflexions cliniques :

Qu'est-ce qui fait que ce patient là génère une attention particulière et le désarroi de l'équipe ? Plusieurs éléments me semblent entrer en jeu. La souffrance de Monsieur G., palpable, visible, ne fait l'objet d'aucune plainte, ni d'aucune demande de sa part, ce qui convoque peut-être chez les soignants un sentiment d'impuissance à mettre en oeuvre une relation d'aide. De plus, l'isolement social et familial de Monsieur G. favorise une attitude de compensation de la part des soignants et vient peut-être accentuer leur désir de réparation. Nous en discutons ensemble. Pour ma part, je prends acte que le patient est en capacité de refuser mon accompagnement, il ne ferme pas non plus définitivement la porte à la relation, il est en position de Sujet qui décide pour lui-même ce qui lui convient, ce qui me convient.

2- Deuxième entretien : proposition d'hypnose comme sortie d'impasse...

Deux semaines plus tard, le médecin du service me contacte à propos de Monsieur G. Elle est inquiète car le patient a changé de comportement suite à un épisode d'étouffement ressenti une première fois pendant la nuit, puis une deuxième fois pendant la matinée suivante. Il aurait en outre refusé de se rendre à la consultation ORL organisée en urgence dans son hôpital d'origine par son oncologue. L'infirmière me confiera que le patient craignait qu'un nouvel épisode de dyspnée ne survienne pendant le transport : « Monsieur G. préfère rester ici où il se sent plus en sécurité ». Il faudra quelques jours à Monsieur G. pour qu'il accepte un entretien avec moi, arguant quand je me présentais à lui qu'il avait besoin de me voir mais « à un autre moment ». Après deux tentatives infructueuses, nous voici en entretien dans sa chambre, qui est désormais double, même si le lit d'à côté est actuellement vide. Monsieur G. me dit d'emblée que « ça va mieux », comme pour justifier son acceptation de me revoir, il lui fallait contrôler un peu ce qui lui arrivait pour pouvoir en parler. J'évoque « l'épisode qu'il a traversé la semaine

précédente » et lui demande comment il se sent aujourd'hui et s'il souhaite qu'on en parle.

- *Monsieur G. : « Non, je ne préfère pas. J'essaie de le mettre de côté et de ne plus y penser. »*

Respectant la stratégie d'évitement mise en place par le patient, je le questionne sur l'efficacité de cette défense par petites touches : est-ce qu'il y arrive tout le temps ou les pensées qu'il tente d'éviter reviennent-elles parfois ? A des moments particuliers ? Pendant son sommeil ? Qu'est-ce qu'il fait quand elles reviennent ? Qu'est-ce qu'il ressent à ce moment là ?

Touchée par la façon dont Monsieur G. tente de mettre à distance ces épisodes de dyspnée qui l'ont fortement angoissé, mon attention manifeste à ce qui lui arrive semble aussi ouvrir quelque chose dans la relation, quelque chose de ténu, qui ne passe pas par les mots. Un regard moins fuyant, une façon moins fermée de répondre à mes relances, une position du corps plus ouverte aussi : ses bras se décroisent, il s'est légèrement tourné de mon côté. Pour autant, la verbalisation reste difficile, il évoque à demi-mot des moments de grande anxiété (à la tombée du jour, à l'endormissement, lors de réveils nocturnes) puis reprend ses distances et se ferme à nouveau.

Sa souffrance est palpable, je le sens entravé dans sa possibilité de se dire et en même temps ouvert à la relation. Je suis moi-même envahie d'un sentiment d'impuissance, d'impuissance à l'accompagner, à le mettre en confiance, d'autant que je sens que les silences lui sont pénibles... C'est alors que je lui propose une séance d'hypnose, comme on jette une bouteille à la mer ! Sans y avoir réfléchi au préalable. C'est pourtant le dernier patient à qui j'aurais pu penser pour cette approche, du fait de sa réserve, d'un lien de confiance qui me semblait fragile aussi. Je m'appuie sur le symptôme de l'anxiété liée à la dyspnée et lui présente l'hypnose comme un outil de contrôle qu'il pourrait se réapproprier. Je suis alors étonnée de sa réaction. Une adhésion franche et immédiate. Il est d'accord, il n'a pas de questions particulières. « Quand est-ce qu'on commence ? » Rendez-vous est pris quatre jours après. Il doit réintégrer une chambre individuelle le lendemain, ce qui sera facilitant pour une première séance.

Réflexions cliniques :

J'ai cette impression permanente que Monsieur G. est persécuté par mes questions que je tente pourtant de formuler de la façon la plus ouverte possible, la moins intrusive. Les

silences aussi paraissent inconfortables pour lui. Et pourtant il ne semble pas hostile à la relation, et je le sais par ailleurs en capacité de dire « non » à un accompagnement qui ne lui conviendrait pas. Proposition de l'hypnose comme une sortie d'impasse ? ou passage à l'acte ? En réponse à un vécu d'impuissance devant sa souffrance vécue dans la solitude ? Contagion du sentiment de l'équipe ?

3 – Troisième entretien : séance d'hypnose « le lieu sûr »

Pour cette première séance, j'ai imaginé travailler sur le « lieu sûr » afin de proposer un outil de contrôle à Monsieur G. en cas de débordement d'angoisse, comme je lui en avais parlé. Ne pratiquant l'hypnose que depuis quelques semaines (c'est mon deuxième patient), j'ai préparé ma séance en mémorisant les grandes étapes d'une induction formelle : je n'ai pas réussi à identifier le canal préférentiel de mon patient par le VAKOG donc j'ai prévu de balayer les différentes sensations. J'ai aussi en tête les grandes lignes du script « safe place » proposé en formation par Antoine Bioy. Et un post-it de secours résumant les grandes lignes de la séance sur mon agenda qui m'accompagne toujours en entretien...

A mon arrivée dans le service, j'apprends que Monsieur G. est finalement resté en chambre double, il ne souhaitait pas quitter son voisin ! Un peu décontenancée à l'idée de faire ma première séance en présence d'un tiers, j'espère que le dit voisin acceptera (et sera en capacité) de quitter la chambre le temps de la séance. Bonne surprise : le voisin de chambre est parti en examen. Je m'empresse d'enclencher le bouton de « la présence » pour ne pas être dérangée (ce que je ne fais pas habituellement !), oubliant que cela génère des bips sonores à chaque fois qu'un patient sonne dans le service. Je les intégrerai dans ma séance le moment venu.

Monsieur G. est allongé sur son lit qui est au fond de la chambre, près d'une grande fenêtre. Je le salue, debout au pied de son lit, et il me répond avec un « bonjour » détendu et plutôt accueillant. Je lui rappelle que nous avons convenu d'expérimenter l'hypnose et lui demande s'il est « toujours partant ». Monsieur G. s'en souvient bien, il est d'accord. Aucune appréhension décelable dans le verbal et le para-verbal, ce qui n'est peut-être pas mon cas...

« Très bien, je m'installe alors ! » Et de rapprocher le lourd fauteuil pour me caser entre la fenêtre et le bout de son lit. J'aurais pu être plus proche encore mais je reste

instinctivement à une certaine distance de Monsieur G., qui est alors allongé sur le dos, reposant sur les draps et non dessous, les mains bien à plat de chaque côté de son corps.

Je démarre la séance par une fixation visuelle, puis j'intègre des perceptions auditives, qui sont nombreuses dans l'univers très sonore qu'est le service de cet hôpital. Peu à peu ma voix trouve son rythme et se cale sur les expirations de Monsieur G.. Au moment où ses paupières commencent à se fermer, il change de position spontanément pour s'installer en chien de fusil, le visage reposant sur ses deux mains collées à plat l'une sur l'autre. L'image d'un petit garçon s'impose à ma conscience tandis que je ratifie le fait qu'il peut changer de position « pour être encore plus confortable ». Tout en poursuivant mon induction sur les points de contact de son corps avec le lit, j'insiste sur le fait que ce lit le porte et contre-balance l'attraction terrestre, avec en tête la notion de « holding » liée au portage des bébés (Winicott,1962) [42]. Je commence alors à repérer des signes de transe, sa respiration se régularise et semble s'amplifier, ses traits se détendent. A posteriori, je me suis demandée si je n'avais pas fait une induction trop longue car ces signes sont apparus relativement tôt et j'ai poursuivi l'induction classique que j'avais en tête jusqu'au bout...

Lorsque j'introduis le script de la « safe place », je ne perçois aucun signe évocateur d'un vécu émotionnel, rien ne transparait de ce qui se vit pour Monsieur G. pendant la transe, ni sur son visage, ni sur son rythme respiratoire...si bien que je me demande s'il ne s'est pas endormi. Après avoir proposé une suggestion post-hypnotique avec un ancrage (« rapporter avec vous quelque chose... comme un souvenir...comme un objet...ou une couleur... une odeur peut-être...peu importe quoi... qu'il suffira de vous remémorer pour laisser à nouveau respirer en vous toutes ces sensations de bien-être et de protection ...), je termine la séance en invitant Monsieur G. à revenir dans l' « ici et maintenant » de sa chambre et ouvrir les yeux. Il mettra un peu de temps à reprendre ses marques, semblant émerger d'un autre monde. Je lui laisse du temps et lui propose de s'étirer s'il le souhaite, puis l'interroge :

- *Moi* : « *Comment ça s'est passé pour vous ?* »

- *Monsieur G.*, manifestement ému, me regardant droit dans les yeux : « *C'était bien... C'était très bien* ».

- *Moi* : « *Vous avez expérimenté des choses ?* »

- *Monsieur G.* : « *Oui, Oui* ». *Son regard se détourne alors.*

- *Moi* : « Vous savez, je n'ai pas besoin de savoir ce qui se passe pour vous pendant l'hypnose... »

Plusieurs formateurs nous ayant précisé qu'il n'était pas nécessaire que le patient nous en dise beaucoup après la séance, je n'insiste pas, et profite de cette période post-séance où le patient est encore suggestible pour le féliciter sur ses « bonnes ressources hypnotiques ». Je l'invite à se ressaisir du déroulé de la séance en autohypnose s'il le souhaite. Enfin, je lui demande s'il désire poursuivre ce travail en hypnose avec moi, ce qu'il accepte sans détour. Nous reprenons date pour une nouvelle entrevue la semaine suivante sans que j'en sache plus sur ce qui s'est joué pour lui, et encore moins sur la nature de son « lieu sûr ».

Réflexions cliniques :

L'hypnose a été expérimentée de façon manifestement positive par Monsieur G. : est-ce un moyen d'échapper au réel de sa situation ? Une possibilité de relation hors les mots ? De mon côté, la position régressive adoptée en début de séance par le patient, l'image du petit garçon qui s'est alors imposée à moi ont convoqué un contre-transfert maternel : j'ai eu l'impression de bercer le patient avec le rythme de ma voix. Dans l'après-coup de la séance, j'ai pu associer la position en chien de fusil et surtout les deux mains posées l'une contre l'autre à plat sous son visage avec la comptine enfantine « meunier, tu dors ».

4 – Quatrième entretien : retour au « lieu sûr »

A mon arrivée dans la chambre pour cette nouvelle séance, je constate que le voisin est absent. La tranquillité sera de courte durée mais je n'en soupçonne rien à ce moment-là. Derrière un rideau de séparation, Monsieur G. est alité dans son lit au fond de la pièce devant la grande fenêtre qui laisse aujourd'hui filtrer une belle luminosité. Il m'accueille avec une ébauche de sourire et se dit « content de me revoir ». Je lui demande comment s'est passé sa semaine depuis notre dernière entrevue.

- *Monsieur G.* : « Très bien ». Puis il complète après quelques instants : « Ca a ramené plein de choses ... ».

- *Moi* : « D'accord. Quel genre de choses ? Des choses plutôt positives ? Ou... »

- *Monsieur G.* : « Oui, des choses TRES positives... ». Court silence où Monsieur G. semble absorbé. Puis il ajoute : « Avec l'objet ».

Je me souviens alors de ce signifiant « objet » qui appartenait au script du lieu sûr, et notamment à l'ancrage que je proposais dans la suggestion post-hypnotique.

- *Moi* : « Très bien. Vous voulez m'en dire quelque chose aujourd'hui ? »

- *Monsieur G.* : « Non, pas aujourd'hui... Plus tard. »

- *Moi* : « D'accord. Est-ce que vous pouvez juste me dire si ces « choses positives » qui sont revenues avec « l'objet », c'était en auto-hypnose ?

- *Monsieur G.* : « Non, pas vraiment. Je n'ai pas essayé de refaire tout seul. Justement, je voudrais bien recommencer aujourd'hui avec vous comme la semaine dernière. La même chose. »

- *Moi* : « D'accord. On y retourne alors ».

Monsieur G. me répond par une esquisse de sourire et s'installe d'emblée dans la même position que la dernière fois : en chien de fusil, la tête reposant sur ses deux mains à plat, comme un rituel qui s'installerait déjà et que je ratifie : « C'est très bien, vous avez déjà vos habitudes hypnotiques ». Pendant que je rapproche le lourd fauteuil pour m'intercaler entre le bout de son lit et la fenêtre, je lui propose de baisser un peu le store car la lumière est assez vive et Monsieur G. est tourné du côté de la fenêtre. Il acquiesce, je m'exécute et ce geste viendra s'intégrer au rituel de démarrage de nos séances, quelle que soit la luminosité du jour.

Pour cette séance, pas de script préparé à l'avance, ni de post-it de secours et je vais pouvoir apprécier la liberté que cela permet dans la relation. Je démarre en demandant au patient s'il est installé suffisamment confortablement, il opine de la tête et ferme spontanément les yeux. Je ratifie ce mouvement en suggérant qu'« en fermant les yeux, il va pouvoir ouvrir tous les autres sens pour voir encore mieux ». L'induction sera plus courte que la dernière fois et j'insisterai sur la notion d'équilibre du corps à partir de ses points d'appui sur le matelas et du lit qui le « porte » de façon stable, toujours en référence à la notion de holding. La transe est repérable assez tôt, notamment au niveau de l'amplitude de sa respiration et de la détente des traits du haut de son visage, les sourcils se défroncent ce qui donne au patient un air plus juvénile.

L'exploration du « lieu sûr », que j'appelle aussi « lieu refuge », avec les différentes sensations, est plus riche et plus longue que la première séance, à la fois parce que je suis plus à l'aise et prends mon temps, et aussi parce que j'insiste sur l'aisance respiratoire à chaque proposition. « Un endroit... un moment... où il fait bon respirer... calmement...naturellement... où rien ne peut arriver... ». Gardant en tête les épisodes

dyspnéiques, je mets longuement l'accent sur l'olfaction aussi, suivant les conseils de Virginie Vignoli (psychologue clinicienne responsable de notre module de formation sur l'hypnose en soins palliatifs) : l'évocation de parfums, d'odeurs, d'arômes, de senteurs sera particulièrement développée et je m'appliquerai à saupoudrer la séance de vocabulaire lié à l'odorat. Hormis les paupières qui papillonnent et quelques micro-sursauts musculaires que je ratifierai, les signes de transe restent relativement homogènes le long de la séance.

Alors que j'annonce un temps de silence pour permettre au patient de profiter pleinement des sensations de son lieu refuge, le voisin de chambre, que je ne connais pas, fait irruption dans la pièce de façon bruyante. Il semble ne pas remarquer ma présence derrière le rideau mais le bruit qu'il fait avant de s'installer sur son lit est tel que Monsieur G. montre des signes de sortie de transe : sa tête bouge un peu, il déplace ses jambes sur le lit. Je reprends la parole et intègre autant que je peux les sonorités du voisin dans le script : la toux bruyante se transforme en orage dans le pays d'à côté, la porte de la salle de bains qui claque en coup de fusil d'un chasseur éloigné, la chasse d'eau deviendra une cascade lointaine, ... Sauf que pendant ce temps, je suis centrée sur ce que fait le voisin et plus du tout en osmose avec mon patient que j'ai l'impression de surveiller, plutôt que d'accompagner. Relativement déconcentrée, je propose à Monsieur G. une suggestion post-hypnotique avec un ancrage à l'identique de la séance précédente, en oubliant d'y inclure une distorsion temporelle comme je le souhaitais initialement. Le retour de mon patient se passe plus rapidement que la dernière fois. Est-ce le signe d'une transe devenue plus légère, ce qui confirmerait mon ressenti ? A cause des bruits du voisin ou de ma « déconnexion » ? Telle est la question que je me poserai...

Entre temps, le voisin s'est allongé sur son lit et a chaussé des écouteurs reliés à son téléphone. Une fois Monsieur G. revenu dans l'ici et maintenant de sa chambre, je l'invite à s'étirer et le questionne.

- *Moi* : « *Ca va ? Comment ça s'est passé aujourd'hui pour vous ? Je vous avoue que j'ai été gênée par l'arrivée de votre voisin et les bruits de la chambre... Je ne sais pas pour vous...* »

- *Monsieur G.* : « *Pour moi, c'était bien... Encore mieux que la dernière fois.* »

J'attends quelques secondes au cas où Monsieur G. souhaiterait compléter... mais rien n'arrive.

- *Moi : « En tout cas, vous avez de réelles compétences en hypnose ! » Et Monsieur G. d'esquisser un sourire en retour.*

Au moment où nous envisageons de reprendre date, il m'informe qu'un bilan avec un scanner et un rendez-vous avec son oncologue se profile dans quelques jours. Me souvenant de son appréhension à l'idée d'une difficulté respiratoire lors du trajet en ambulance, je le questionne sur son état émotionnel à l'idée de ce déplacement et du rendez-vous. Il me répond de son habituel « ça va ». Je lui rappelle alors qu'il peut rejoindre son lieu refuge en auto-hypnose s'il le souhaite, ce qu'il valide d'un hochement de tête. Nous calons un entretien pour la semaine suivante, je prends congé de Monsieur G. et ne manque pas de saluer le voisin en passant devant son lit d'un signe de tête.

En sortant de la chambre, je croise une infirmière de l'équipe qui me sollicite pour un échange sur la situation de Monsieur G. Nous nous dirigeons vers le poste de soins pour rejoindre l'autre infirmière du service, une aide-soignante est aussi présente. Une des infirmières me témoigne l'inquiétude des soignants pour ce patient qui « est au clair sur ce qui lui arrive et attend son heure dans une grande solitude. Il ne se plaint pas, ne demande rien ». Il refuse d'être aidé pour la toilette par exemple et lors des soins techniques comme le changement de pansement, il présente un faciès douloureux mais dit qu'il n'a pas mal et que « Ca va ! ». L'équipe est en difficulté avec ce patient qui verbalise peu et les met dans une position d'impuissance, d'autant que cela dure dans le temps. J'évoque avec l'équipe le fait que parfois, une présence suffit, que le fait que nous puissions supporter notre impuissance à l'aider, et respecter son retrait, était une façon de l'accompagner dans ce qu'il vit de sa maladie. Avec sa temporalité à lui. « En tout cas, il attendait ta séance ce matin. C'est bien la première fois qu'il attend quelque chose » m'entends-je répondre par l'aide-soignante.

Réflexions cliniques :

Au niveau de la séance d'hypnose, que ce soit pendant ou dans l'après-coup, peu de matériel clinique, verbal ou non verbal, émerge que je puisse reprendre avec le patient. Monsieur G. n'en dit rien, sait qu'il peut ne rien en dire et cela participe peut-être à son adhésion à cette approche pour l'instant. L'hypothèse d'un ressenti de honte qui aurait à voir avec la problématique alcoolique me traverse. Ce que me rapportent les soignants évoque aussi quelque chose de l'ordre de la punition, en réponse à une culpabilité, souffrir pour expier quelque chose ? Dans tous les cas, un travail de restauration

narcissique m'apparaît pertinent. La confiance s'installe peu à peu, la relation dans et par l'hypnose est possible et lui apporte un bénéfice, Monsieur G. ne cherche pas à faire d'auto-hypnose...

5 – Cinquième entretien : détente par la respiration à partir du lieu sûr

A mon entrée dans la chambre deux semaines plus tard, je découvre un nouveau voisin qui est arrivé ce jour et me présente à lui. Monsieur G. m'attend dans son lit derrière le rideau. Je démarre l'entretien en lui demandant comment s'est passé son rendez-vous avec l'oncologue. Je suis alors debout, au pied de son lit, encore vêtue d'une veste et d'une écharpe (je viens de traverser le parc), je reste sur « le pas de la porte »... attendant une invitation à entrer ! Nous ne nous sommes pas vus depuis quinze jours, je reste vigilante à ne pas « forcer les choses » chez ce patient. En même temps, je formule mes questions de façon à manifester clairement mon intérêt, ma préoccupation de ce qui lui arrive, attentive à ce que la relation peut lui apporter de restauration narcissique.

- *Moi : « Comment ça s'est passé la semaine dernière ? »*

- *Monsieur G. : « Ca va, ça s'est bien passé. Les choses avancent je crois. Il faut encore faire un examen mais plus tard. »*

- *Moi : « Très bien. Et vous avez pu rester suffisamment détendu ? Avant ? Pendant ? »*

- *Monsieur G. : « Avant, hum... J'ai essayé. C'est surtout pendant le transport, dans l'ambulance, j'y ai pensé ! »*

- *Moi : « Félicitations ! Vous apprenez vraiment vite ! Et après notre dernière séance, est-ce qu'il y a des choses qui sont revenues comme la première fois ? »*

- *Monsieur G. : « Oui, mais d'autres choses. C'était pas les mêmes... C'est trop tôt pour en parler là. »*

- *Moi : « D'accord. Vous savez que vous pouvez prendre tout le temps qu'il vous faut. Ce qui est important, c'est que nos séances vous soient utiles, ou agréables peut-être... Je vous l'ai dit, je n'ai pas besoin d'en savoir quelque chose. Sauf si vous souhaitez qu'on travaille un point particulier... »*

- *Monsieur G. : « Peut-être une prochaine fois. Aujourd'hui, je veux refaire une séance comme la dernière fois. »*

Le voisin étant en train de se reposer, je demande à Monsieur G. s'il accepte que l'on fasse une séance en sa présence. Il acquiesce et je préviens le voisin en question qu'il va m'entendre parler pendant quelques temps. Ca ne lui pose pas de problèmes, me répond-

il. J'enlève veste et écharpe, et rapproche le lourd fauteuil du pied du lit à la « juste » distance de mon patient, ni trop près, ni trop loin. Pour cette séance, je n'ai rien préparé puisque je ne savais pas ce que Monsieur G. allait rapporter de son rendez-vous. Par contre, j'ai dans l'idée d'expérimenter la descente d'un escalier de cinq marches en fin d'induction afin d'approfondir la transe, et peut-être protéger mon patient d'un éventuel dérangement.

Monsieur G. se met dans sa « position d'hypnose », me rappelle que je dois baisser le store et je démarre une induction à partir de la perception des sonorités et des points d'appuis. Monsieur G. montre des signes de transe de plus en plus rapidement d'une séance sur l'autre (approfondissement de la respiration, soubresauts musculaires, papillonnements des paupières). J'accompagne alors la descente d'un escalier de cinq marches pour « descendre un peu plus profondément à l'intérieur de vous-même à chaque marche » et atteindre un palier qui est « le juste niveau de conscience pour vous pour poursuivre ce travail ». Je suggère ensuite la visualisation d'une porte (sa forme, sa texture, sa couleur, sa matière) et, pour la première fois, je sollicite un signaling idéomoteur de Monsieur G. par un mouvement de pied (ses deux mains étant coincées sous sa joue droite). Après un temps de latence, le bout du pied bouge et je propose à Monsieur G. de franchir cette porte pour rejoindre son lieu refuge.

Comme la fois précédente, je prends le temps d'explorer le « lieu sûr » avec tous les canaux perceptifs, en prenant soin d'accentuer nettement les sensations olfactives, puis j'invite mon patient à trouver un endroit confortable « pour se poser » et lui demande à nouveau un signaling. Après un léger mouvement du pied gauche, je débute un body scan avec des suggestions de détente musculaire par la respiration. Au fur et à mesure de l'accompagnement, le corps de Monsieur G. semble atteindre un relâchement plus important. Lui qui était couché en chien de fusil bascule légèrement sur le dos, ce que je ratifie en termes de « détente encore plus profonde ». Lorsque j'évoque le « cou qui peut se détendre...tranquillement...un peu plus à chaque expiration », la tête de Monsieur G. opère des tout petits mouvements de rotation sur l'oreiller, ce que je ratifie à nouveau. Me vient alors l'image d'un nourrisson qui gigote un peu pour trouver une place confortable pendant son sommeil.

Coup de tonnerre dans une transe partagée, le voisin débute de l'autre côté du rideau, une conversation téléphonique en parlant extrêmement fort (j'apprendrai plus tard qu'il est dur d'oreille !). Je tente de monter aussi le niveau sonore de ma voix pour rester

audible et raccourcit drastiquement les pauses verbales pour occuper le terrain. J'accompagne au mieux mon patient en lui suggérant qu'il peut continuer à se détendre, quel que soit l'environnement sonore autour de lui... « que parfois, plus il y a de bruit, plus il est facile de ne rien entendre que ma voix qui le guide... ». Et là, Monsieur G. se redresse sur les coudes, ouvre grand les yeux et commence à regarder à droite et à gauche comme lorsqu'il sort de transe. J'adopte alors un ton plus directif, tout en rapprochant mon fauteuil pour que ma voix gagne encore en audibilité : « On y retourne pour que vous puissiez revenir dans de bonnes conditions d'énergie ». Je l'invite à retrouver sa position couchée et à fermer les yeux. J'ai en tête l'idée de refermer la séance correctement, notamment de le faire repasser par la porte et remonter l'escalier. A chaque marche est attachée la suggestion de parties du corps qui se réassocient, qui se redynamisent un peu plus. A la dernière marche, je propose au patient de rouvrir les yeux et de s'étirer s'il le souhaite.

J'ai la nette sensation que Monsieur G. a été gêné cette fois-ci, il ne reprend pas ses repères de la même façon, ne me regarde pas, ne s'étire pas. Je lui laisse un peu de temps et l'interroge sur son expérience d'aujourd'hui :

- *Monsieur G. : « Le bruit m'a dérangé, je vous ai perdue un peu... mais c'était bien quand même. »*

- *Moi : « Oui, moi aussi ça m'a dérangé. Et au niveau de la détente, de la relaxation, c'était comment pour vous ? »*

Je souhaitais alors avoir une idée de son vécu des ressentis corporels par rapport au lâcher-prise.

- *Monsieur G. : « Alors ça ! C'était pas facile, c'est pas mon truc la...détente ! »*

- *Moi : « D'accord, c'est important que vous me disiez comment vous vivez les séances... et ce sur quoi vous souhaitez travailler »*

Je lui redonne le contrôle de la situation, même si je suis étonnée du contraste entre son ressenti de la transe et le mien, j'avais l'impression d'un relâchement agréable.

- *Monsieur G. : « Mais, c'est bien de travailler là-dessus. Au contraire... je crois que c'est bien de travailler ça. »*

Nous calons un entretien pour la semaine suivante et je m'apprête à prendre congé quand il m'interroge sur mes jours de présence à l'hôpital... Emergera alors la demande de faire des séances plus rapprochées qu'une fois par semaine « si c'est possible » pour moi, « au moins pour cette semaine » ! Nous nous verrons quatre jours plus tard.

Réflexions cliniques :

Le fait de rester debout et habillée en début d'entretien (ce que je ne fais pas avec les autres patients) marque bien ma vigilance à ne pas être intrusive et en même temps à solliciter de façon indirecte quelque chose de l'ordre de la demande. J'ai le sentiment que la relation est sur le fil, fragile... mais que la confiance progresse.

Au niveau de la séance elle-même, je pense que le bruit du voisin a dérangé mon patient parce que c'est moi que ça a dérangé, mais je ne l'ai compris que dans l'après-coup ; en même temps, les conditions de parole étaient compliquées...Ca m'a appris en tout cas que si je gérais les situations plus tranquillement, ça n'aurait pas nécessairement d'impact sur la transe de mon patient. Par exemple, j'aurais pu interagir avec le voisin pour qu'il parle moins fort.

La difficulté à se détendre évoquée par le patient m'interroge : est-ce dangereux de se laisser aller dans un moment de régression... ou d'en rendre compte par les mots ?

Enfin, la demande de séances plus rapprochées par le patient signe à la fois une demande et une autorisation de rapproché. La proximité devient-elle plus acceptable pour lui ?

6 – Sixième entretien : reprise de la détente par la respiration

A mon entrée dans la chambre, je salue le voisin, me présente à nouveau et l'informe qu'il va certainement entendre ma voix pendant quelques temps derrière le rideau. Il me donne son accord tout en chaussant des oreillettes pour écouter son téléphone. Lorsque j'arrive près du lit de Monsieur G., je m'installe d'emblée sur le fauteuil et l'interroge sur la façon dont il se sent aujourd'hui, les suites éventuelles de la séance précédente. « Pas grand chose », me répond-il tout en prenant sa position d'hypnose, comme une invite à démarrer la séance. Je me relève pour aller baisser le store de la fenêtre et respecter notre rituel, puis je le questionne sur ce qu'il veut travailler aujourd'hui : « La même chose que la dernière fois, c'était bien ».

Je structure donc ma séance de la même façon que la dernière fois : induction à partir des sons et des points d'appuis (la transe est de plus en plus rapide à chaque séance) ; approfondissement avec visualisation d'un escalier (signaling) à descendre puis d'une porte à franchir (signaling) ; exploration du lieu refuge avec les cinq sens et visualisation d'un endroit pour se poser (signaling) ; détente par la respiration avec body scan (signaling quand suffisamment confortable) ; suggestion post-hypnotique de « retrouver ces sensations de détente grâce à la respiration quand vous en aurez besoin » et distorsion

du temps (« et les secondes pourront alors durer des minutes, et les minutes dureront des heures... ») ; retour par l'escalier après avoir franchi la porte (suggestion : « à chaque marche, l'énergie revient un peu plus dans toutes les parties du corps ») ; invitation à ouvrir les yeux et proposition de s'étirer.

Pendant cette séance, je remarque une transe plus profonde que les fois précédentes. Le relâchement musculaire semble plus important, le patient bascule complètement sur le dos au moment où je suggère un endroit confortable dans le lieu refuge, des ronflements apparaissent, signes que je ratifierai systématiquement. Pendant la détente musculaire par la respiration, je pourrai quasiment suivre le body scan par les légers mouvements adaptatifs que fera le patient.

A deux reprises (au début de l'exploration du lieu refuge, puis pendant la détente musculaire au niveau du cou), Monsieur G. ouvrira brièvement les yeux, ce que j'utiliserai pour approfondir la transe : « et les yeux peuvent s'ouvrir... puis se refermer pour aller encore plus profondément à l'intérieur de soi ». C'est ce que le patient semble confirmer quand je le questionne à la fin de la séance sur ses ressentis : « Je me suis senti partir encore plus loin. Mais c'était... trop bien ». Je profite de ce retour positif pour le féliciter sur sa capacité à se détendre par la respiration et l'enjoint à réutiliser cette technique en auto-hypnose s'il le souhaite, je lui suggère qu'il a toutes les compétences « hypnotiques » pour y parvenir.

Pendant cet échange verbal, un mouvement pour se redresser dans son lit fait grimacer Monsieur G., ce qui me fait l'interroger : « Il y a des choses qui vous gênent ou qui sont inconfortables aujourd'hui ? ». Il me désigne la partie inférieure de sa joue vers son oreille qui porte un large pansement, lieu de la tumeur : « Ca, c'est toujours là. La douleur est plus ou moins forte, mais presque toujours là. ».

C'est la première fois qu'il évoque cette douleur, sans s'en plaindre réellement d'ailleurs et sans demande explicite à son sujet. Néanmoins, je l'informe que, s'il le souhaite, c'est aussi quelque chose sur laquelle on peut travailler en hypnose. Je lui propose d'y réfléchir tranquillement « nous en reparlerons la semaine prochaine si vous voulez ». Après avoir pris date, je prends congé de Monsieur G., puis de son voisin toujours équipé de ses oreillettes. Ce fut une séance « tranquille » !

Réflexions cliniques :

La demande de Monsieur G. de vouloir refaire toujours la même séance me questionne. Est-ce une ritualisation rassurante dans une clinique marquée par l'incertitude ? Ou alors l'état hypnotique lui suffit-il en tant que tel ? Par la régression qu'il permet dans la relation ? Par le bénéfice qu'il y trouve d'être ailleurs que dans sa chambre pour un temps ? Et cela lui suffirait finalement. Se couper de la réalité pour un temps comme le faisait l'alcool auparavant peut-être ?

Analyse contre-transférentielle : c'est moi qui mène la danse en hypnose, attention au sentiment de toute-puissance de vouloir pour l'autre ! Le fait que je m'installe d'emblée sur le fauteuil en arrivant dit aussi que je me sens autorisée à un rapproché. Fantasme de la mère omnipotente et toute-puissante ?

Par rapport à la prise en charge de la douleur du patient, une grande prudence me semble requise quant à la fonction du symptôme douleur dans son économie psychique. Lien possible avec la culpabilité ? Avec le sentiment d'exister ? Je garde en tête que si une séance est proposée en ce sens, il conviendra de rester sur la règle du reliquat non résolu.

7- Septième entretien : le « bouton de réglage » de la douleur

A la date et l'heure prévue de notre rendez-vous, la présence est allumée devant la chambre de mon patient : les soignants sont en train de refaire son pansement et « ça risque d'être long ». Familière de ce genre de contretemps, je reviendrai plus tard dans la journée caler une autre date. Monsieur G. est alors « désolé », je lui dis savoir qu'il n'y est pour rien et lui propose un autre rendez-vous, soit 3 jours plus tard, soit 15 jours plus tard car je dois m'absenter pour cause de formation. Il se saisit de la première date proposée.

Le jour prévu, je remarque en entrant dans la chambre que les stores sont déjà baissés. Comme d'habitude, je salue le voisin et l'informe qu'il va entendre ma voix pendant quelques temps. Monsieur G. m'accueille avec un sourire dans les yeux. Au moment où j'approche le fauteuil de son lit pour m'installer, je remarque que sa tenue est plus familière, il est en effet torse nu, ce qui contraste avec sa réserve habituelle, son pantalon porte aussi des taches à plusieurs endroits. Ainsi alité, sa maigreur m'apparaît plus évidente. Je lui rappelle que nous avons évoqué de travailler sur les zones

inconfortables de son corps, et notamment la « gêne » de sa joue, et lui demande comment il se sent là maintenant.

- *Monsieur G., me montrant sa joue : « Au niveau de la douleur, là, c'est normal »*

- *Moi : « Normal ? Elle est comment votre douleur si vous deviez me la décrire ? »*

- *Monsieur G. : « Elle est moyenne »*

- *Moi : « D'accord, elle est moyenne. Et quand elle est plus forte ça fait quoi ? »*

- *Monsieur G. : « Ca fait 9 sur 10 »*

- *Moi : « Et quand elle est à 9 sur 10, ça ressemble à quoi ? Ca lance, ça tire, ça brûle... ? »*

- *Monsieur G. : « Je ne sais pas. Là, elle est à 6 sur 10. »*

- *Moi : « D'accord. Si vous voulez, on peut faire une séance un peu différente aujourd'hui pour apprendre à baisser la douleur. »*

- *Monsieur G. : « Oui, je veux bien. Mais j'ai du mal à refaire tout seul. »*

Je me dis alors que l'induction à partir des perceptions sonores et des points d'appuis n'est peut-être pas la plus facile à reproduire en autohypnose et je propose à Monsieur G. de tester aujourd'hui une façon différente d'entrer en hypnose « peut-être plus facile à refaire seul ». Il est d'accord, je démarre l'induction avec un point de fixation visuelle, puis quand les yeux commencent à fatiguer, je lui suggère de les ouvrir sur l'inspiration et de les fermer sur l'expiration pendant plusieurs mouvements respiratoires, jusqu'à ce qu'il ressente le besoin de laisser les yeux se fermer. C'est une technique que j'avais expérimentée et trouvée très puissante. En effet, Monsieur G. montre des signes de transe rapidement.

Je garde la structure habituelle de la séance pour la suite : approfondissement avec visualisation d'un escalier à descendre puis d'une porte à franchir (signaling) ; exploration du lieu refuge avec les cinq sens et visualisation d'un endroit confortable pour se poser (signaling). A partir de là, je propose au patient la visualisation d'un boîtier avec un bouton de réglage m'inspirant d'une métaphore de Caring (2004) [43]. C'est ce qui m'a paru le plus adapté pour travailler l'intensité de la douleur de Monsieur G., compte tenu que c'est à partir des chiffres de l'échelle verbale numérique qu'il qualifie lui-même sa douleur. De plus, il m'est revenu que le patient exerçait un métier technique (sans que je puisse savoir lequel précisément).

La séance se poursuit donc avec la description du boîtier et du bouton de réglage, positionné sur la graduation 6, en utilisant le VAKOG (signaling). Ensuite, je suggère « d'abaisser le bouton pour atteindre le niveau de confort souhaitable aujourd'hui... partout où c'est nécessaire.... ». Je propose de « visualiser le bouton qui tourne vers le bas... vers la graduation 5... d'entendre le « clic » à chaque cran qui... descend... de remarquer comme c'est... facile de tourner le bouton, comme c'est ... possible de contrôler les choses du corps... un peu plus confortable... à chaque cran... et plus le bouton tourne vers le bas... plus les chiffres diminuent... peut être déjà le 4 ou dans quelques instants... et plus les chiffres descendent... plus c'est confortable... et ressentir comment les sensations se transforment... etc ».

Pendant cette partie de la séance, Monsieur G. ne bascule pas sur le dos comme dans les séances précédentes mais il effectue régulièrement de légers mouvements de rotation de la tête que je ratifierai. Je finis par lui proposer « quelques minutes où je me tais pour laisser... ce travail se faire à son... rythme et quand le corps sera suffisamment... confortable partout où il en a... besoin, le pied pourra me l'indiquer par un mouvement, comme à son habitude ». Après quelques secondes de silence, je ressens un sentiment diffus de culpabilité, puis l'image d'un précipice, d'un gouffre avec une sensation de vertige presque. Ma respiration s'accélère, et je discerne des modifications dans la transe de Monsieur G. : sa respiration semble aussi moins ample, il remue au niveau du haut du corps puis ouvre les yeux. J'ai l'impression qu'il sort de transe et je reprends la parole en ratifiant ce mouvement : je suggère que « peut-être le corps est suffisamment confortable pour aujourd'hui ». Mon flot de paroles reprend, j'accompagne la fermeture des yeux de Monsieur G. en suggérant une transe « encore plus profonde », et je demande un signaling pour m'indiquer si le corps est « assez confortable » et, après de longues secondes, peut-être des minutes, je discerne une petite secousse sur son pied gauche. Je formule alors la suggestion post-hypnotique de « pouvoir retrouver ce sentiment de... confort, de... détente, de... soulagement peut-être... grâce au bouton de réglage dont il sait maintenant qu'il sait l'utiliser ... quand il en aura besoin... peut-être dans quelques minutes... peut-être ce soir... peut-être dans quelques jours... ». Monsieur G. ronfle bruyamment !

Je clos ma séance comme la fois précédente : retour par l'escalier après avoir franchi la porte (suggestion : « à chaque marche, l'énergie revient un peu plus dans toutes les parties du corps ») ; invitation à ouvrir les yeux et s'étirer. Monsieur G. met du temps à revenir, les signes de transe sont encore patents et il n'ouvre pas les yeux. Je mets plus

d'énergie dans ma voix, suggère de prendre trois grandes respirations que j'accompagne en expirant de façon audible ; à la troisième, il me suit et ouvre les yeux dans la foulée, plantant son regard dans le mien, longuement. Je contiens ce regard sans plus prononcer un mot, j'ai l'impression de le porter... Après un temps, Monsieur G. détourne les yeux, se racle la gorge et crache dans un mouchoir (ce qu'il fait régulièrement à cause de la gêne de sa tumeur, sauf lorsqu'il est en transe).

- *Moi* : « *Comment ça s'est passé aujourd'hui ?* »

- *Monsieur G.* : « *Surtout de la légèreté* ».

Je suis étonnée de cette réponse même si je me souviens avoir associé la légèreté (« ou peut-être de la lourdeur... ») à la sensation de confort pendant la séance.

- *Moi* : « *Très bien, c'est une bonne chose. Et au niveau de votre joue, comment vous sentez-vous ?* »

- *Monsieur G.* : « *Ca va... C'est vrai que c'est mieux !* »

- *Moi* : « *Vous savez que le travail en hypnose continue encore après les séances, vous allez pouvoir en ressentir des bénéfices peut-être encore plus grands...* »

J'invite Monsieur G. à réutiliser la « technique du bouton de réglage » en autohypnose pour contrôler sa douleur s'il le souhaite, et lui suggère que cette technique peut être adaptée pour tout symptôme dont il faudrait baisser l'intensité. Je pense à la dyspnée mais ne prononce pas le mot, de façon à ne pas induire quelque chose de négatif pendant cette période post-séance sensible à la suggestion. Je lui rappelle enfin les étapes de l'induction que nous avons expérimentée aujourd'hui (fixation visuelle puis ouverture des yeux à l'inspire et fermeture à l'expire). Sachant que nous n'allons pas nous voir pendant 10 jours pour des raisons de calendrier, j'insiste sur les apports de l'autohypnose en ayant recours à la métaphore de l'entraînement sportif. Puis nous calons la date de la prochaine séance et je prends congé de mon patient.

Réflexions cliniques :

Mes ressentis contre-transférentiels pendant le moment de silence m'ont questionnée : ma culpabilité arrive-t-elle en écho à un sentiment d'abandon éprouvé par le patient dans la régression hypnotique à cause du temps de silence ? Le bain de langage fait-il office de holding tout au long de la séance pour contenir des angoisses archaïques ? L'image du gouffre qui s'est imposée à moi, le vertige ressenti, appartiennent-ils aux angoisses de chute du patient ? Est-ce cela qui fait sortir le patient de transe à ce moment-là ? Le patient n'en rapporte rien dans l'après-coup de la séance.

8– huitième entretien : « le sac magique »

De retour de formation, avant de revoir Monsieur G., je fais un point avec l'équipe en charge du patient (le médecin dans un premier temps, puis deux infirmières dans le poste de soins). Il ressort de ces échanges qu'après un mieux, le patient semble « aller moralement moins bien ». Le médecin me rappelle que les traitements ne font que ralentir l'évolution tumorale et que Monsieur G. est au clair avec sa situation médicale : « c'est une situation dramatique, et socialement aussi ». Une infirmière me confie son inquiétude : « C'est toujours fluctuant mais là, ça dure. Il refuse à nouveau d'être aidé pour la toilette et je lui trouve un visage plus fermé. Il ne dit rien, il a l'air triste, ne demande rien. Et refuse qu'on l'aide. Ça va peut être revenir mais pour l'instant, ce qu'il veut, c'est qu'on le laisse tranquille ». Je reprends avec les soignants l'importance de leur présence et de leur attention, que le fait même de pouvoir refuser leur aide est une possibilité d'expression pour le patient, que de notre côté, respecter sa position de sujet, ses fluctuations, sa temporalité par rapport à la maladie est un accompagnement en soi, même si on se sent inutile, impuissant... Et l'infirmière d'ajouter alors : « il nous dit quand même que l'hypnose lui fait du bien. Il faudra que tu nous expliques comment ça marche. ». Je prends note de cette demande d'explicitation et surtout du contraste entre le sentiment d'impuissance des soignants face à cette situation et le fantasme de toute-puissance associée à l'hypnose « ce quelque chose qui fait du bien à Monsieur G. et qu'il attend ». En quelques mots, j'explique que l'hypnose provoque un état de conscience modifié, qui permet de sortir de la réalité consciente, et que cette possibilité a peut-être à voir avec ce qui convient si bien à Monsieur G. dans l'hypnose.

Sur la base de ces informations, des éléments que je connais de son histoire de vie aussi, je me demande si un travail sur la culpabilité ne permettrait pas d'améliorer un peu son vécu de la maladie, de l'hospitalisation et peut-être son vécu tout court d'ailleurs. Je me souviens aussi de cette sensation de « légèreté » que Monsieur G. a mentionné lors de notre dernière séance. Le fait qu'il n'ait aucune visite, son ancienne problématique alcoolique, ses symptômes dépressifs, son incapacité à verbaliser ses pensées, ses émotions, ses ressentis, le sentiment de honte aussi qui semble l'animer, me laissent penser que Monsieur G. a peut-être des choses « lourdes » à déposer. Dans le même temps, je m'interroge sur mon désir de vouloir à sa place : aller mieux, se sentir moins coupable, peut-être moins honteux, pour ne plus vivre sa maladie comme une punition... Contre-transfert d'omnipotence ? Réponse au sentiment d'impuissance que m'ont confié

les soignants ? Au mien aussi peut-être ? Ou encore pour coller au fantasme de la toute-puissance de l'hypnose ? En effet, je n'ai aucune demande de Monsieur G. en ce sens !

Me vient alors à l'esprit « l'exercice du sac magique » proposée par Véronique Lesage (2017) [44] à une patiente qu'elle accompagnait dans le cadre de son cancer : il s'agit d'une métaphore qui serait adaptée pour travailler la culpabilité de Monsieur G. et en même temps suffisamment vague pour que le patient puisse y trouver toute autre chose qui lui conviendrait. V. Lesage suggère qu' « (...) à partir du lieu ressources ou d'un lieu sûr, on va apercevoir le sac qui contient les lourdeurs de notre vie. Après l'avoir porté un petit moment, et avoir ressenti le besoin de se défaire de son poids, on peut le poser..., et commencer à enlever ce qui l'alourdit (...) » (op.cit.).

J'ai en tête de pouvoir structurer ma séance autour de cette métaphore mais je me laisse aussi la possibilité de travailler autre chose en fonction de ce que le patient amènera dans la relation.

Lorsque j'arrive devant la chambre pour cette séance, je constate qu'il n'y a que le nom de Monsieur G. sur la porte, celui de son voisin a disparu. Si mon premier mouvement est celui du soulagement de ne pas être dérangée, je me souviens que Monsieur G. avait refusé une chambre individuelle. Dépassant le lit vide, je me dirige directement au fond de la pièce. Les stores ne sont pas baissés. Monsieur G. est alité comme toujours, il est torse nu, sa ceinture de pantalon est détachée, et les premiers boutons de son pantalon sont ouverts. Les jambes du pantalon sont maculées de taches. Cette apparence négligée, un peu désinhibée même, contraste avec sa pudeur et sa réserve toujours palpables dans le contact. Pour la première fois, l'image d'un SDF traverse mon esprit.

Je m'installe en rapprochant le lourd fauteuil du bout du lit et démarre l'entretien en demandant à Monsieur G. s'il serait d'accord pour que notre travail fasse l'objet de mon mémoire universitaire sur l'hypnose. Je lui communique toutes les informations sur la nature de ce travail et l'assure de la préservation de son anonymat. Il est d'accord et semble même flatté. Je lui propose de lui rapporter un formulaire de consentement à signer au prochain entretien.

Puis j'interroge Monsieur G. sur son vécu quant au départ de son voisin. Il me laisse entendre que ledit voisin n'était pas de bonne compagnie et qu'il ne le regrette pas. Nous ne nous sommes pas vus depuis 10 jours et je l'interroge sur la semaine précédente,

comment il s'est senti, s'il a voulu faire de l'autohypnose, se ressaisir du bouton de réglage...

- *Monsieur G* : « *Pas vraiment... mais ça va mieux de ce côté là.* »

- *Moi* : « *Très bien. Ça a continué à travailler alors...* »

- *Monsieur G.* : « *Oui. Vous me l'aviez dit.* »

- *Moi* : « *Très bien. Et aujourd'hui, vous voudriez travailler sur quoi alors ?* »

- *Monsieur G.* : « *Je ne sais pas... La légèreté peut-être* »

J'entends sa référence à notre séance précédente et l'ancrage corporel que Monsieur G. associe au terme de légèreté, et me saisis de cette métaphore offerte sur un plateau pour travailler, peut-être à un autre niveau, « ce qui lui pèse ». Je demande à Monsieur G. si l'induction de la dernière séance lui convient mieux (fixation visuelle puis ouverture des yeux à l'inspire et fermeture à l'expire), il m'indique qu'il ne se sent pas à l'aise de garder les yeux ouverts, il préférerait « l'autre façon de commencer » et me demande aussi de baisser les stores. Retour au rituel : je m'exécute, puis démarre l'induction à partir de la perception des sons et des points d'appuis.

Au bout de quelques phrases, le patient m'informe qu'il ne m'entend pas bien. Je suis étonnée car l'environnement sonore autour de nous est relativement calme pour une fois. Je lui propose de me rapprocher de lui en faisant glisser le lourd fauteuil. Il est d'accord, et je m'installe sur le bout du siège pour gagner encore en proximité. Il m'entend mieux, me dit-il. Nous n'avons jamais été aussi proches physiquement.

Je poursuis la séance de façon rituelle avec la visualisation d'un escalier à descendre puis d'une porte à franchir (signaling). Je propose ensuite au patient l'exploration d'un lieu de nature (mer, campagne ou montagne) avec les cinq sens (signaling). Puis j'utilise la métaphore du sac des lourdeurs de sa vie « qu'on porte et qu'on peut poser pour en trier le contenu, pour ... l'alléger des choses qui ont pu être ... utiles autrefois mais ne servent plus aujourd'hui... des choses qu'on n'aime plus... des choses qui ne sont pas à leur place... que l'on a pas besoin de porter avec soi tous les jours... qui pourraient être rangées quelque part... peut-être des souvenirs douloureux... peut-être des larmes non versées... ou des émotions négatives... peut-être des regrets... ou des entraves... ou toute autre chose... Peut-être aurez-vous l'information aujourd'hui... peut-être demain... ou sinon la partie de vous qui connaît la réponse vous la révélera en temps voulu. Le plus important est de vous défaire de ce poids, ... d'alléger ce sac, ... de sentir la différence de sensation dans votre corps au moment où vous allez reprendre le sac délesté de ses poids

inutiles. Le sac est devenu si léger que vous marchez comme si vous aviez des ailes... plus libre... aérien... Votre corps est comme... délié. Et quand le corps ressent cette nouvelle sensation de légèreté, il me l'indique avec un mouvement du pied... (signaling)». Je ratifie et suggère que l'esprit et le corps ensemble ont démarré un travail important. J'enchaîne avec la suggestion post-hypnotique que « ces sensations de légèreté et de liberté lui appartiennent désormais et qu'il pourra les retrouver après la séance, dans les jours qui viennent, dans les semaines qui viennent... ». Puis j'invite Monsieur G. à revenir selon le rituel habituel : franchissement de la porte, escalier à remonter, ouverture des yeux et étirement.

Je laisse le temps à mon patient pour émerger de sa transe. Comme nous sommes physiquement plus proches, son regard rencontre naturellement le mien à l'ouverture des yeux. Et c'est lui qui prend la parole en premier.

- *Monsieur G. : « C'est une recherche, en fait, une quête... »*

- *Moi : « C'est à dire ? »*

- *Monsieur G. : « Il faut chercher tout ça dans sa tête... »*

- *Moi : « Exactement ! Et parfois le travail se fait en même temps au niveau inconscient... Vous me direz comment ça se passe pour vous ? »*

- *Monsieur G. : « Oui, je vous dirai. Je sais que ça m'aide... tout ça. »*

- *Moi : « D'accord. Vous sentez des petites choses qui bougent au niveau moral ? »*

- *Monsieur G. : « Oui... même si c'est toujours des hauts et des bas »*

- *Moi : « D'accord, et c'est comment quand c'est haut ? »*

- *Monsieur G. : « Je ne sais pas... C'est plus souvent bas. »*

- *Moi : « Et quand c'est bas alors, ça ressemble à quoi ? »*

- *Monsieur G. : « Je ne sais pas »*

- *Moi : « Plutôt de la colère ? du découragement ? de la tristesse ? »*

- *Monsieur G. : « Non, pas de la colère... De la tristesse plutôt. Oui, de la tristesse. »*

- *Moi : « D'accord. Vous savez, on peut travailler sur votre tristesse... »*

- *Monsieur G. : « Je ne sais pas... Pour être plus léger ? »*

- *Moi : « Oui, pour être plus léger... »*

- *Monsieur G. : « On en reparle la semaine prochaine alors... ».*

Il n'y aura pas de semaine prochaine. Le patient décèdera six jours plus tard d'une hémorragie massive liée à sa tumeur pendant la nuit. Deux jours avant son décès, j'ai été informée par le médecin du service que le transfert de Monsieur G. en chambre seule

(pour des raisons de service) avait déclenché un débordement émotionnel chez lui. Le cadre du service me laissera également un message, impressionné par les sanglots du patient au moment du changement de chambre : « Lui qui n'exprime jamais rien, on ne pouvait plus arrêter ses larmes ». Je ne travaillais pas à l'hôpital les deux jours suivants...

Réflexions cliniques :

Au niveau de la séance d'hypnose, je me suis demandée si le souhait de Monsieur G. de revenir au mode d'induction des premières séances (yeux fermés, focalisation sur les points d'appuis et les sons) participait d'une ritualisation nécessaire pour lui, ou si c'était le fait de garder les yeux ouverts et de supporter le regard de l'autre qui était difficile.

Quant à la construction de la séance, la métaphore du sac me semblait plus pertinente à partir d'un lieu de nature, plutôt que du lieu refuge, qui à mon sens devait rester vierge de « toute lourdeur déposée ». Pendant la métaphore, c'est un sac comme celui qui accompagne les SDF qui s'est imposé à moi, ces grands sacs en plastique qui contiennent toute une vie : peut-être ai-je été influencée par l'impression physique du départ ?

Pendant la transe, rien de notable n'est repérable chez Monsieur G. hormis les habituels papillonnements de paupières et fasciculations musculaires. Il est resté dans sa position de départ. Seuls les signalings m'ont paru apparaître avec des temps de latence moins longs. Signes d'une transe plus légère ?

Dans un autre registre, la négligence de sa mise vestimentaire et de sa présentation m'a questionné aussi. Est-ce un signe de désinvestissement narcissique lié à l'altération de l'image du corps ? Dans un mouvement dépressif qui s'accroît ? Cette hypothèse expliquerait le refus de l'aide à la toilette et du lavage de son linge. Ou plutôt une ultime façon de décider quelque chose pour son corps ? Dans un mouvement de reprise de contrôle ?

Enfin, l'acceptation, voire la demande inconsciente, de Monsieur G. d'un rapprochement physique du fauteuil pendant la séance m'est apparue comme une métaphore de l'ajustement de la distance thérapeutique. Au fur et à mesure des séances, le rapproché semble devenir plus tolérable. Pour la première fois, le patient est d'ailleurs capable d'évoquer ses ressentis émotionnels, d'identifier sa tristesse... sans recourir à ses défenses habituelles et refermer la porte relationnelle dans la foulée. C'est même lui qui ferme l'entretien en ouvrant sur la séance suivante « on en reparle la semaine prochaine »...

V – DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE

1 – Analyse théorico-clinique

Pour rappel, la problématique retenue s’articule autour des apports de l’hypnose en soins palliatifs dans une pratique de psychologue référée à la théorie psychanalytique. Mon hypothèse de travail était la suivante : par l’instauration d’un lien thérapeutique spécifique et respectueux des défenses du sujet, l’hypnose permettrait d’enrichir l’accompagnement psychologique en soins palliatifs dans les situations où la verbalisation du patient est difficile ou impossible.

Pour confronter les données cliniques du suivi de Monsieur G. à ce postulat, je m’attacherai, dans un premier temps, à envisager des hypothèses permettant d’appréhender le fait que Monsieur G. se soit saisi d’un accompagnement psychologique par l’hypnose. Dans un deuxième temps, je tenterai d’analyser ce qui a pu se jouer dans cette relation thérapeutique où l’expression verbale du patient était minimale.

Une offre de parole irrecevable

Lorsque Monsieur G. accepte de me rencontrer, il est important de se souvenir que ce n’est pas à sa demande mais sur l’indication de l’équipe soignante. Dans cette rencontre inaugurale, le patient parvient à mettre des mots sur l’enchaînement dramatique des événements de sa vie qui se termine sur l’annonce du diagnostic de cancer, sans que les affects n’aient le droit de cité dans son récit. Mécanisme de défense efficace contre l’angoisse, le recours à l’isolation lui permet peut-être dans ce temps premier d’apprivoiser le réel de la maladie, qui vient faire effraction chez un sujet déjà vulnérabilisé par les répercussions de sa séparation conjugale (retrait social et alcoolisme) et plus récemment, par un bouleversement de cet aménagement précaire : expulsion de son appartement, sevrage alcoolique.

Au moment où tous les repères du sujet vacillent, on peut entendre cette tentative de contenir l’insupportable de la maladie qu’il ne parvient ni à nommer («ils ont découvert ça»), ni à connecter à une émotion. M. Ruzsniowski (1999) nous rappelle que « Tout procédé susceptible de neutraliser la traumatisante réalité, d’en réduire les tensions et la charge affective, constitue pour le malade un indispensable recours propre à contenir encore l’éclatante perception de l’ampleur du drame qui le frappe et l’empoigne, et auquel personne ne sera jamais préparé » [45]. Dans ce contexte défensif du premier entretien,

mes relances et mes temps de silence ne permettront pas d'aller plus loin, l'offre de parole à ce moment n'est pas recevable, j'aurai même l'impression que mon questionnement est vécu difficilement par Monsieur G.

L'entrée par la porte du symptôme : l'hypnose comme sortie d'impasse

La deuxième rencontre avec le patient intervient alors qu'il vient d'éprouver deux épisodes consécutifs de dyspnée. La sensation d'étouffement est rapportée par nombre de patients comme un équivalent symbolique de la mort, la perte du « souffle de la vie » étant une représentation possible du trépas. Stéphane Amar (2012) attribue l'angoisse de mort générée par la dyspnée à « un sentiment d'abandon par le corps même » [2]. Et l'auteur de compléter : « la fonction respiratoire, impliquée dans l'angoisse de la naissance, puis très vite devenue automatique, et psychiquement silencieuse au sens de René Leriche, fait ici retour dans sa dimension radicalement vitale » (op.cit.).

Confrontant Monsieur G. au danger de sa disparition, sa propre mort dont Freud (1915) nous dit que l'inconscient n'en a pas de représentation [46], ces ressentis corporels d'étouffement laissent le patient en proie à une anxiété majeure dont il ne peut rien dire. A nouveau, l'offre de parole pour « essayer de border l'impensable par ses paroles, par son dire même de sujet, sans que l'angoisse l'envahisse tout à fait » (Bendrihen, 2011) [47], est impossible pour Monsieur G. qui trouve refuge dans l'évitement.

On peut se demander, comme Michel Renault (2002) si, « lorsqu'un patient souffre d'une anxiété dont il nous communique la représentation, sommes-nous de grande utilité en commentant avec lui les pensées qui l'occupent, ou encore, en tentant de le raisonner ? » [48]. Et l'auteur de recommander : « Il serait sans doute plus efficace de déplacer son intérêt vers un autre sujet de préoccupation. Le soulagement s'avèrerait peut-être provisoire, peut-être plus durable, mais au moins il serait bénéfique » (op.cit.). Ma proposition d'hypnose a-t-elle été reçue comme un possible détournement de l'attention ? Une offre d'accompagnement où sa parole n'était pas requise ? C'est peut-être dans cette perspective que Monsieur G. s'en est saisi, la rapidité et la facilité de son adhésion m'avait alors étonnée.

La relation hypnotique et ses enjeux

Au fil des entretiens, le patient me réitère sa confiance, investit les séances d'hypnose et finit même par « les attendre » aux dires des soignants, ce qui signifie quelque chose de

la reprise de son désir. Néanmoins, le matériel verbal apporté par le patient avant et après la séance reste difficilement exploitable car très parcellaire. L'auto-hypnose n'est pas investie, ce qui laisse supposer que les bénéfices que Monsieur G. retire de l'hypnose s'inscrivent dans une relation à l'autre. Pour tenter de comprendre ce qui se joue dans cette relation et accompagner mon patient au mieux, je me suis donc appuyée sur l'observation du comportement non verbal et para-verbal de Monsieur G., mes ressentis contre-transférentiels et l'évolution du dispositif spatial et temporel des entretiens.

Relation hypnotique, régression et transfert maternel

Pour concrétiser ma proposition de redonner du contrôle au patient par rapport à son anxiété liée à la dyspnée, les premières séances d'hypnose se sont centrées sur la construction de son « lieu sûr ». La position physique de Monsieur G. pendant la transe (en chien de fusil, les mains l'une sur l'autre à plat sous sa tête), qui m'évoquera l'image d'un petit garçon et me fera associer à une comptine enfantine en relation avec cette position (« Meunier, tu dors ? »), influence d'emblée ma façon d'être présente dans la relation : de la façon de mener les séances (permissive, empathique et ritualisée), jusqu'au rythme et à l'intonation de ma voix (douce et parfois chuchotante) en passant par une tonalité affective enveloppante.

Si le contenu des séances vise effectivement à installer un sentiment de sécurité en réponse aux angoisses de Monsieur G., nul doute que l'analyse de la dynamique transféro-contre-transférentielle me positionne d'emblée dans une position maternelle, voire maternante. Le bain de langage avec lequel j'accompagne mon patient s'apparente parfois en termes de rythme et de tonalité à une berceuse. Par la suite, les séances de détente musculaire par la respiration feront émerger dans l'espace de la relation hypnotique des images de Monsieur G. encore plus régressives, comme celle d'un nourrisson recherchant le confort pendant son sommeil, convoquant là aussi une expérience du tout début de la vie, hors des mots.

Or, Brigitte Lutz (2014) nous rappelle à propos du transfert narcissique que « Ce qui se passe dans l'hypnose serait une réactivation de la relation d'objet pré-oedipienne. Un stade très archaïque, premier de la relation interhumaine se trouve sollicité et les limites psychiques entre le sujet et l'autre redeviennent moins précises. (...) » [49]. Et l'auteur de préciser : « On travaille donc avec une dimension fusionnelle, symbiotique, dont les spécificités sont une perméabilité et une résonance à l'autre considérablement accrue tant

du côté du patient que du côté du thérapeute. La manière dont le sujet va pouvoir ou non utiliser le dispositif hypnotique, ce qu'il va pouvoir y amener comme matériel dépend donc aussi des toutes premières expériences et de la façon dont le psychisme a pu se structurer » (op.cit.).

Holding défaillant et angoisses archaïques

A partir de cet éclairage, certains éléments cliniques saillants dans l'accompagnement de Monsieur G. prennent sens. Si l'on considère cette « perméabilité » et cette « résonance à l'autre » évoquées par Brigitte Lutz dans la régression hypnotique, l'image du « gouffre » et la sensation de vertige qui se sont imposées à moi en séance pourraient évoquer des angoisses archaïques de chute appartenant au patient. Le temps de silence pendant lequel se sont manifestés ces ressentis s'apparenterait peut-être à un holding défaillant, un lâcher, l'absence de ma voix ne permettant plus de « porter » le patient. « Le thérapeute peut éprouver des éléments venant du patient, avoir parfois des visualisations qui seront en lien avec ce qu'éprouve un patient (...) » (Bioy et al, 2010)[50].

Dans cette perspective, la demande de Monsieur G. de refaire toujours la même séance d'hypnose répondrait à un besoin de sécurisation dans la répétition, comme une tentative de rejouer une modalité relationnelle sécurisante à la mère. « C'est l'expérience d'être contenu par un objet qui comprend sa vie émotionnelle, qui va donner au bébé un sentiment d'être en sécurité dans sa peau. C'est par la répétition de l'expérience sécurisante d'être contenu, d'avoir une place dans le psychisme d'un autre qui le comprend, que le bébé va très progressivement prendre dans son for intérieur, intérioriser cette expérience, la faire sienne. » (Ciccone, 2003)[51].

Le ratage de la « capacité d'être seul » ?

Toujours dans la reprise de ce qui s'est noué dans l'infantile archaïque, la tentative de comprendre la crainte du « rapproché » et dans le même temps l'insupportable de la séparation chez Monsieur G. ouvre l'hypothèse d'un environnement maternel précoce défaillant et du ratage de la « capacité d'être seul » telle que conceptualisée par Winnicott (1958) [52]. Le développement de cette capacité, nous dit le psychanalyste, s'ancre de façon paradoxale dans l'expérimentation très précoce d'« être seul en présence d'un autre » à un moment où l'immaturation du moi nécessite de s'appuyer sur l'objet : c'est la base à partir de laquelle s'élabore la solitude. Or le ratage de cette capacité, qui peut être

le fait d'un environnement défaillant par excès tout autant que par carence, signe un vécu de solitude dans la détresse, pouvant générer des angoisses archaïques terrifiantes. Et Catherine Audibert (2012) de préciser que « l'absence comme la présence de l'autre semblent produire sur ces sujets et en eux une sorte d'excès toxique qu'ils ne peuvent contenir et qui les déborde. Deux types de besoin s'imposent alors à eux : celui de la dépendance (où la solitude est exclue) et celui du repli (où l'isolement est un refuge) » [53].

L'hypothèse d'une mère envahissante, qui crée des empiètements, trouverait un écho dans mon ressenti contre-transférentiel d'intrusion qui m'a amené à être vigilante quant à la notion de proximité, de juste distance par rapport aux limites du patient, l'intuition que le rapproché pouvait être ressenti par Monsieur G. comme menaçant (impression présente dès l'entretien d'anamnèse). La spirale dépressive qui suit la séparation d'avec son épouse, le débordement émotionnel à l'idée de passer en chambre individuelle alors même que la relation avec le voisin de chambre n'est pas investie, le fait de sortir de transe dans un temps de silence, trouvent un éclairage nouveau si l'on appréhende la situation de détresse de Monsieur G. non plus sous l'angle des conséquences de la séparation mais à l'aune de son « incapacité d'être seul » [53]. Et ce, dans un contexte de maladie grave où l'isolement existentiel lié à la mort qui se profile, est nécessairement convoqué (Yalom, 1980) [54].

L'alcoolisation comme signature d'un vécu archaïque mortifère ?

Cette hypothèse d'un environnement maternel défaillant à l'origine d'une « incapacité d'être seul » s'accorderait avec le recours à une alcoolisation chronique évoqué par le patient dans les suites de sa séparation conjugale. Michèle Monjauze (2011) rappelle que « la réalité vécue par les alcooliques est souvent très dramatique, parfois sordide. L'enfance a été marquée de circonstances tragiques, abandons, sévices, abus sexuels » [55]. Quel rôle a joué ce produit au cours de la vie de Monsieur G. ? Le patient était-il pris dans une problématique d'addiction à l'alcool depuis plus longtemps ? La coupure totale avec son environnement familial (aussi bien sa première épouse et leur fils, que sa deuxième femme) est-elle de son fait, ou a-t-elle quelque chose à voir avec la place de l'alcool dans sa vie ? L'information n'est pas disponible, le patient n'a rien voulu en dire.

Néanmoins, on retrouve dans les caractéristiques de ses relations intersubjectives, des éléments qui appartiennent à la clinique de l'alcoolisme : l'impossible du dire, la honte,

l'insupportable du regard, la crainte de l'emprise, la fragilité narcissique. La banalisation de la portée dramatique de son histoire dans notre rencontre initiale (par l'absence d'affects attachés) pourrait être une défense devant un échange peut-être vécu comme persécutif. « Pour le patient, aborder, même par allusions et banalisations, des événements traumatiques, avec la honte inhérente, est très difficile. (...). L'alcoolisation est systématiquement rapportée à un événement banal de la vie sociale, le mariage ou le divorce, le travail ou sa perte, le deuil. (...). Se sentir comme les autres, attribuer l'alcoolisation excessive à un événement socialisé sont des défenses importantes à respecter. » (Monjauze, 2011)[55].

Dès lors, peut se poser l'hypothèse que l'accompagnement du patient par l'hypnose, en ce qu'il permet de court-circuiter la verbalisation et la honte inhérente, constitue un soutien psychologique respectueux de ces défenses spécifiques, ce qui expliquerait aussi que Monsieur G. s'en soit saisi aussi facilement. Dans ce temps premier de la prise en charge, la relation hypnotique autoriserait un étayage « non menaçant », un espace où la confiance pourrait se construire, sans une injonction de parole qui s'apparenterait pour le patient à un forçage verbal. Et sans non plus renoncer à accompagner ce patient, évitant peut-être en cela de réitérer les abandons du passé et de le renvoyer à son isolement mortifère.

De séance en séance, la possibilité d'un rapproché : une reprise par l'hypnose d'un environnement suffisamment bon ?

Dans la suite de J. Palaci (1991)[56], Brigitte Lutz (2014) rappelle que « la régression est un phénomène intrapsychique, mais aussi interpersonnel : le lien ou rapport hypnotique réactive un stade très primitif de l'évolution de la relation d'objet, fusionnel, symbiotique » [39]. Dès lors, la question se pose de la possibilité de rejouer dans la relation hypnotique, en tant qu'elle convoque le préverbal, d'anciennes modalités relationnelles « hors les mots ».

Grâce à la régression dans la relation hypnotique, les suggestions de sécurité, de détente par la respiration, le maintien d'un holding sécurisant par la présence de ma voix, le bain de langage dans une tonalité douce et enveloppante, la ritualisation des modalités d'installation, mais aussi le maintien d'une certaine distance physique, pourraient laisser une trace dans la sensorialité du patient de la présence d'une mère secourable, une mère « suffisamment bonne » (Winnicott, 1962)[42]. Et permettre ainsi de pouvoir

accompagner Monsieur G. dans le vécu de sa maladie dans une distance ni intrusive, ni persécutante. B. Lutz (2014) rappelle en effet que « la régression structurale provoque une proximité non médiatisée par le langage discursif et l'organisation défensive structurée du moi. Que l'on peut comparer à la dyade mère-enfant des premiers temps (...). La communication est surtout non verbale, elle passe par le sensoriel et l'affectif (...) » [39].

En dehors de la relation hypnotique en tant que telle, une attention permanente à cette juste distance acceptable par le patient se traduit, au début de l'accompagnement, par différentes attitudes chez moi : solliciter à nouveau l'accord du patient pour le maintien du suivi à la fin de chaque séance, parfois en début de séance aussi ; attendre cet accord pour m'installer physiquement ; positionner le fauteuil où je prends place au bout de son lit ; être particulièrement vigilante à ne pas pousser mon questionnement sur ses ressentis, ses pensées ; respecter ses limites défensives.

Or, il semble effectivement que, séance après séance, dans la dynamique transféro-contre-transférentielle, la possibilité d'un rapproché se fasse jour, pour le patient comme pour moi. La demande par Monsieur G. de rencontres moins espacées, son choix de la date la plus proche quand je lui en propose deux, sa demande indirecte (ou son acceptation) d'une proximité physique plus grande lorsqu'il dit « ne pas bien m'entendre ». De mon côté aussi, je m'autorise au fur et à mesure du suivi à être moins attentive à cet ajustement de la distance, plus libre dans la relation. Le cadre de nos rencontres apparaîtrait ainsi comme une métaphore du lien à l'objet qui deviendrait moins menaçant, plus tolérable, plus sécurisant aussi peut-être.

Dans une autre temporalité que celle des soins palliatifs, l'accompagnement de Monsieur G. par l'hypnose aurait peut-être permis, avec du temps, de « rejouer dans la relation thérapeutique les modalités fixées pour les dépasser et reprendre l'évolution arrêtée par le trauma » (Lutz, 2014)[39].

Pour autant, cette relation par et dans l'hypnose, hors du dire du patient, m'a permis d'occuper une fonction d'étayage de la vie psychique de Monsieur G. dans ce qui était possible pour lui à ce moment-là de sa vie. Un accompagnement dans le respect de ses défenses, un lien de confiance qui s'installe, une présence à l'autre pleine et entière, c'est ce qu'il m'a semblé possible de mettre en place pour Monsieur G. grâce à l'hypnose, pour « réinstaller le patient dans le sentiment de son existence et de son appartenance à la

communauté des vivants » (Bioy, 2005)[57]. En cela, il semble bien que l'hypnose puisse enrichir certains accompagnements, notamment quand la parole du sujet ne peut se déployer, et parfois même constituer une sortie d'impasse relationnelle.

2 - Discussion éthique

Lors de l'accompagnement de ce patient, je me suis retrouvée en proie à un questionnement éthique en lien avec mon positionnement de psychologue, questionnement qui semble s'inscrire de façon plus large dans la perspective de l'intégration de l'hypnose dans ma pratique en soins palliatifs.

En effet, le référentiel psychanalytique qui guide ma pratique en soins palliatifs implique une posture du non-agir. « Hormis de rares occurrences, le psychologue se particularisera par un non-agir, si tant est que le fait de rester là, à l'écoute, y compris de ce qui ne peut se dire, soit un non-agir. » (...) Posture difficile à tenir et qui peut convoquer chez le psychologue une « lutte intérieure aussi pour trouver un sens à sa présence manifestement impuissante tout autant qu'à sa légitimité professionnelle » (Amar, 2012) [2].

Dès lors, la question se pose de ce que l'hypnose viendrait répondre au sentiment d'impuissance fondamentale ressenti par le psychologue en soins palliatifs, sentiment d'impuissance potentiellement majoré par l'accompagnement d'un patient qui ne peut se dire, par une offre d'écoute irrecevable, par une souffrance palpable qui ne demande rien, sentiment d'impuissance partagé par l'équipe aussi... L'hypnose vient-elle se proposer comme un équivalent de passage à l'acte pour sortir de l'insupportable passivité à laquelle nous contraint l'impossible du dire mais aussi, chez ce patient, l'impossible du silence ? N'y a-t-il pas dans cette potentielle « sortie d'impasse » par l'hypnose, un premier pas vers le « vouloir pour l'autre » ?

Questionnement d'autant plus crucial que la clinique des soins palliatifs et la relation hypnotique convoquent chez le praticien, via la régression du patient vers l'archaïque, un contre-transfert maternel qui peut s'apparenter à une omnipotence dans la toute-puissance. De plus, dans l'accompagnement de Monsieur G., il est possible que les éléments dépressifs en présence, et notamment son retrait et sa tristesse hors la plainte, aient également participé à susciter quelque chose de l'ordre de l'agir. S. Amar (2012) explique que « (...) ce repli sur soi, et tous les signes évocateurs de dépression

convoquaient en l'autre des réactions de stimulation, comme l'on chercherait à maintenir éveillée la victime d'un choc crânien perdant connaissance » [2]. Et l'auteur de préciser que le psychologue n'est pas « indemne de ces mouvements » (op.cit).

Or, un positionnement éthique en soins palliatifs, a fortiori pour le psychologue clinicien, implique une grande vigilance à « ne pas vouloir pour l'autre » et dans le même temps, de respecter autant que faire se peut, l'engagement de non abandon. Dans la problématique particulière qui nous occupe, à savoir la situation d'un patient pour qui la verbalisation est impossible et la présence en silence guère plus tolérable, rester dans le non-agir psychanalytique implique de renoncer à tout accompagnement psychologique dans un travail d'acceptation de son impuissance, laissant le patient aux prises avec son isolement mortifère.

Dès lors, il apparaît que la proposition d'hypnose, qui engage certes une part d'agir du psychologue, ne serait-ce que par son rôle de guide et l'utilisation de ses mots, s'inscrit dans une démarche éthique en tant qu'elle permet un accompagnement dans le respect des défenses du patient et à la condition qu'elle reste au plus près du désir du Sujet, sans prise de pouvoir.

Dans cette perspective, J. Alric (2011) rappelle la nécessité de « s'interroger toujours et encore sur notre propre difficulté à s'être suffisamment dégagé de la jouissance inconsciente que suscite le rapport à l'autre vulnérable » [5], ce qui est un premier garde-fou éthique et déontologique. Ainsi, « il ne s'agit pas de vouloir pour le patient mais de suivre et de soutenir le mouvement spontané de sa vie psychique qui tente, tant bien que mal de se dégager et de se libérer du réel tragique » (op. cit.).

Pour dépasser le modèle bio-psycho-social des soins palliatifs et aller vers un modèle intégratif qui s'appuie sur la clinique de l'incertitude, A. Bioy (2017) évoque un certain nombre d'impératifs pour les intervenants en soins palliatifs au rang desquels : « se construire une posture particulière qui permet d'élaborer des connaissances à partir de situations spécifiques dans lesquelles il est impliqué, et d'ajuster sa pratique » [58]. Il me semble que c'est un travail de cet ordre qui s'est amorcé pour moi avec l'accompagnement de Monsieur G. par l'hypnose.

Or, « c'est parce que le praticien fait évoluer sa posture en relation avec un autre en souffrance et paralysé par sa situation qu'il installe une invitation à ce que, de concert,

l'autre trouve aussi en lui les ressources qui vont l'autoriser à vivre les choses autrement » (Bioy, 2014)[59].

Ainsi, dans l'approche hypnotique comme dans l'accompagnement psychanalytique, la clinique palliative, dans une visée éthique, requiert du psychologue « une posture d'effacement de tout vouloir pour l'autre avec cette idée que la rencontre clinique a une visée centrale qui est d'accompagner le cheminement de ce sujet et, au bout du compte, de l'aider à finir ses jours à sa manière. » (Alric, 2011) [5]. « Il s'agit d'être présent auprès du patient autant qu'il le demande, mais d'être présent, non pas dans une attente particulière et une visée prédéfinie à l'avance, mais de soutenir le positionnement singulier du sujet par rapport à la mort à venir. » (Alric, 2011)[12]. On retrouve ici la position de thérapeute préconisée par F. Roustang (2006) : « un genre d'impersonnalité qui abandonne tout savoir explicite et se réduit à une présence de corps, vierge de toute stratégie, prêt à recevoir avec la même tranquillité le résultat positif ou négatif de la séance » [60].

Si ma pratique débutante en hypnose ne m'a pas permis d'accompagner mon patient avec cette absence totale de « stratégie », ni de rester dans cette « tranquillité » par rapport à l'issue des séances, il m'apparaît clairement que c'est ce vers quoi une approche éthique par l'hypnose en soins palliatifs se doit de tendre, permettant « d'accueillir tout ce qui vient sans être intrusif sous quelque forme que ce soit et de rester vigilant à ne pas déposséder le sujet du dernier espace intime qui lui appartient » (Alric et Bénézech, 2011) [8].

CONCLUSION

« Accompagner quelqu'un, ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre ; mais c'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de ses pas » (Verspieren, 1984)[61]. Et libre d'en dire quelque chose ou pas, serais-je tentée d'ajouter. C'est cette expérience inédite que l'hypnose a rendu possible dans l'accompagnement de Monsieur G. et qui permet de pouvoir penser autrement les prises en charge où l'impossible du dire, quels qu'en soient les sous-bassements conscients ou inconscients, compromet l'instauration du lien.

Il m'est certes arrivé de soutenir des patients en phase palliative, peut-être plus avancée il est vrai, par une présence silencieuse mais cette posture relevait soit de la demande du patient (« je voudrais que vous restiez là à mes cotés »), soit de son incapacité physique à parler longtemps, et dans tous les cas, la relation s'était construite au préalable.

Quand la relation ne peut emprunter la voie des mots pour se créer, l'absence d'alternative risque de renvoyer le patient à sa solitude, solitude existentielle convoquée par la menace de mort, doublée dans le cas de Monsieur G. par une solitude réelle, familiale et sociale. « Il n'est pas toujours très facile de montrer à des êtres qui sont en route vers la mort qu'ils n'ont pas perdu leur signification pour les autres. Quand cela arrive, quand un être en train de mourir doit éprouver le sentiment - bien qu'il soit encore en vie - qu'il ne signifie plus rien pour ceux qui l'entourent, c'est alors qu'il est vraiment solitaire. » (Elias, 1982) [62].

Or, si le psychologue en soins palliatifs peut se définir par une « position de témoin dont la présence « neutre et bienveillante » peut porter quelque chose de ce lourd poids qu'est cette inéluctable solitude » (Amar, 2012)[2], l'hypnose peut parfois être l'approche qui lui permet de tenir cette position pour remplir sa « fonction de soutien (qui) fait en effet référence à l'étayage, au support qui sous-tend le présupposé d'un Moi fragilisé par la confrontation au réel de la maladie » (op.cit.).

Au niveau de l'évolution de ma pratique clinique avec l'hypnose, le suivi de Monsieur G., l'étude de cas dont il a fait l'objet et la réflexion qui l'a sous-tendue m'ont ainsi ouvert des perspectives à différents niveaux, au premier rang desquelles la possibilité de recourir à l'hypnose dans mes prises en charge palliatives quand cela est

adapté. J'ai pu expérimenter depuis d'autres façons de travailler dans ce champ, notamment avec la possibilité de reprendre ce qui se passe en séance pour orienter le travail au plus près des ressentis du patient et de sa temporalité.

Par ailleurs, l'introduction de l'hypnose dans mes suivis de patients atteints de douleur chronique en service de rééducation et en externe se développe également, permettant là aussi une ouverture enrichissante pour des patients chez qui il peut être intéressant « de shunter la logique, l'analyse et aussi la critique exercée par l'intellect » (Lutz, 2014) [63]. « L'hypnose est aussi une façon d'approcher l'autre et sa difficulté, en mêlant imagination et perceptions. Cette méthode, qui ne vise pas directement et immédiatement à un travail d'élaboration psychique, peut notamment convenir à des patients fixés trop immédiatement sur des processus d'intellectualisation ou lorsque se mêlent à des troubles psychopathologiques des troubles somatiques en lien. » (Bachelart, Bioy et Crocq, 2013) [64].

Ainsi, au fur et à mesure de mes expérimentations, ma pratique de l'hypnose semble s'affiner, la confiance aidant, je me laisse plus de liberté aussi, m'éloignant des scripts « types » ou m'en inspirant, afin de créer des suggestions et métaphores au plus près des besoins et du profil de mes patients. A cet égard, l'utilisation du VAKOG pour identifier le canal perceptif préférentiel des patients, mais aussi l'observation attentive du non verbal et du para-verbal, la technique du mirroring, celle du pacing me sont devenues des ressources précieuses pour construire l'alliance thérapeutique, y compris dans mes prises en charge sans hypnose.

Pour conclure, l'intégration de l'hypnose dans ma pratique clinique au sein de l'équipe mobile douleur et soins palliatifs, bien que balbutiante, est aujourd'hui d'une indéniable richesse permettant des sorties d'impasse thérapeutique ou tout simplement une approche plus adaptée à tel ou tel patient. Elle demande néanmoins certains ajustements au niveau institutionnel afin de maintenir mon identité de psychologue et ne pas me faire happer par des demandes de prises en charge symptomatiques qui ne relèvent pas de mon métier. Le fait que l'infirmière de mon équipe soit formée à l'hypno-analgésie contribue déjà à redéfinir les contours professionnels de chacun. L'autre écueil consiste à conférer des pouvoirs magiques à l'utilisation de l'hypnose, ce qui nécessite pour s'en dégager, un travail pédagogique et d'information dont je ne mesurais pas l'importance.

Pour autant, le travail psychologique à partir du « dire » du patient n'est pas non plus toujours exempt de ces attentes irréelles, en témoigne un certain « (...) idéal palliatif étendant la visée de confort à un mourir serein parfois attribué à l'effet cathartique de la parole. (...), l'idée d'une parole qui donnerait immédiatement lieu à un état de bien-être » (Amar, 2012) [2]. Et l'auteur de rappeler qu'« une telle représentation imaginaire, parfois entretenue par les psy eux-mêmes, d'une parole évacuatrice de la souffrance semble naïve au regard des effets de la parole auxquelles convoque la levée des refoulements » (op. cit.).

Ainsi, que ce soit dans l'accompagnement de patients confrontés à des maladies graves, à l'incertitude, à la proximité de la mort, ou pour des patients atteints de douleur chronique, l'essentiel de ma fonction reste de soutenir une dimension de vie psychique, au plus près de la singularité de chaque patient et de sa temporalité, parfois au travers d'un travail de symbolisation par la parole, parfois à partir d'une dynamique relationnelle singulière comme celle que permet l'hypnose.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med.* 2010; 363:733-42.
2. Amar S. L'accompagnement en soins palliatifs. Paris : Dunod ; 2012.
3. Bioy A, Servillat T. Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose. Paris : Dunod ; 2017.
4. Caleca C. Interminable attente. In : Nouvelles formes de vie et de mort : une médecine entre rêve et réalité. 2011. XII colloque Médecine et Psychanalyse. p.413.
5. Alric J. L'appel à l'éternité dans la vie psychique. In : Alric J, Bénézech JP, éditeurs. La mort ne s'affronte pas. Montpellier : Sauramps Médical ; 2011. p. 59-69.
6. Van Lander A. Adaptation et ajustement. In : Bioy A, Van Lander A, Mallet D, Belloir MN, éditeurs. Aide-mémoire soins palliatifs en 54 notions. Paris : Dunod ; 2017. p.238-43.
7. Bioy A. La relation. In : Bioy A, Van Lander A, Mallet D, Belloir MN, éditeurs. Aide mémoire soins palliatifs en 54 notions. Paris : Dunod ; 2017. p.177.
8. Alric J, Bénézech JP. La mort ne s'affronte pas. Montpellier : Sauramps Médical ; 2011.
9. Bioy A. Le psychologue et l'accompagnement psychologique. In: Bioy A, VanLander A, Mallet D, Belloir MN, éditeurs. Aide-Mémoire Soins Palliatifs en 54 notions. Malakoff : Dunod ; 2017. p. 79-84
10. Alric J. « Je veux rentrer chez moi ».Lecture psychanalytique. In : Alric J, Bénézech JP, éditeurs. La mort ne s'affronte pas. Montpellier : Sauramps Médical ; 2011. p. 81-88.
11. Deschamps D. L'engagement du thérapeute : une approche psychanalytique du trauma. Ramonville : Eres ; 2004.
12. Alric J. A propos du deuil de soi-même. In : Alric J, Bénézech JP, éditeurs. La mort ne s'affronte pas. Montpellier : Sauramps Médical ; 2011. p.97-108.
13. Bioy A. L'hypnose. Paris : PUF ; 2017.
14. Godin J. La nouvelle hypnose. Paris : Albin Michel ; 1992.
15. Bioy A. Hypnose, psychothérapie et psychologie clinique. *Perspectives Psy.* 2005 ; 44 : 346-54.
16. Bioy A, Wood C. Quelle pratique de l'hypnose pour les soins palliatifs ? *Med Pal.* 2006 ; 5 : 328-32.
17. Teunissen SC, Wesker W, Kruitwagen C, De Haes HC, Voest EE et De Graeff A. Symptom prevalence in patients with incurable cancer : a systematic review. *J Pain Symptom Manage.* 2007 ;34(1) :94-104.
18. Deng G, Cassileth BR. Integrative oncology : complementary therapies for pain, anxiety and mood disturbance. *CA cancer J Clin.* 2005 ; 55(2) :109-16.
19. Carlson LE, Bultz BD. Mind-Body interventions in oncology. *Current treatment options in oncology* 2008 ; 9 :127-134.

20. Cramer H, Lauche R, Paul A, Langhorst J, Kummel S, Dobos GJ. Hypnosis in breast cancer care : a systematic review of randomized controlled trials. *Integr Cancer Ther.* 2015 ;14(1) : 5-15.
21. Richardson J, Smith JE, McCall G, Richardson A, Pilkington K, Kirsch I. Hypnosis for nausea and vomiting in cancer chemotherapy : a systematic review of the research evidence. *Eur J Cancer Care.* 2007 ; 16(5) : 402-12.
22. Charret J, Etienne R, Renard-Oldrini S, Henry A, Peiffert D. Autohypnose par ancrage pour la radiothérapie nécessitant une contention. *Cancer Radiother.* 2015 ; 19(6-7) : 674.
23. Montgomery GH, Kangas M, David D, Hallquist MN, Green S, Bovbjerg DH, Schnur JB. Fatigue during breast cancer radiotherapy : an initial randomized study of cognitive-behavioral therapy plus hypnosis. *Health Psychol.* 2009 ; 28(3) : 317-22.
24. Schnur JB, David D, Kangas M, Green S, Bovbjerg DH, Montgomery GH. A randomized trial of a cognitive-behavioral therapy and hypnosis intervention on positive and negative affect during breast cancer radiotherapy. *J Clin Psychol.* 2009 ; 65 :443-55.
25. Inui A. Recent development in research and management of cancer anorexia-cachexia syndrome. *Gan To Kagaku Ryoho.* 2005 ; 32 :743-9.
26. Rajasekaran M, Higginson IL. L'hypnose comme traitement des symptômes terminaux chez les patients cancéreux adultes. *Revue systématique de la littérature. Médecine palliative.* 2006 ; 5(1) : 50.
27. Brugnoli MP. Clinical hypnosis for palliative care in severe chronic diseases : a review and the procedures for relieving physical, psychological and spiritual symptoms. *Ann Palliat Med.* 2016; 5(4) : 289-97.
28. Satsangi AK, Brugnoli MP. Anxiety and psychosomatic symptoms in palliative care : from neuro-psychobiological response to stress, to symptoms' management with clinical hypnosis and meditative states. *Ann Palliat Med.* 2018 ; 7(1) : 75-111.
29. Plaskota M, Lucas C, Pizzofero K, Saini T, Evan R et Cook K. A hypnotherapy intervention for the treatment of anxiety in patients with cancer receiving palliative care. *Int J Palliat Nurs.* 2012 ; 18(2) : 69-75.
30. Teike Luethi F, Currat T, Spencer B, Jayet N et Cantin B. L'hypnose : une ressource en soins palliatifs ? Etude qualitative sur l'apport de l'hypnose chez les patients oncologiques. *Recherche en soins infirmiers.* 2012 ; 110 : 78-89.
31. Iglesias A. Hypnosis and existential psychotherapy with end-stage terminally ill patients. *Am J Clin Hypn.* 2004; 46 : 201-13.
32. Roustang F. *Il suffit d'un geste.* Paris : Odile Jacob ; 2003.
33. Gessiaume S. Hypnose et lâcher prise en soins palliatifs : à propos d'une situation clinique. *Infokara.* 2009;24 :165-7.
34. Godin J. Hypnose traditionnelle et nouvelle hypnose, rupture ou continuité ? *Revue Phoenix.* 1991 : 3 (11-12) :93-100.
35. Hoareau J. *Hypnose clinique.* Paris : Masson ; 1992.
36. Lutz B, Fix C. Régression et hypnothérapie. In : Bioy A, Michaux D, éditeurs. *Traité d'hypnothérapie.* Paris : Dunod ; 2007. p. 213-44.

37. Bioy A. Sigmund Freud et l'hypnose : une histoire complexe. *Perspectives Psy.* 2008 ; 47(2):171-84.
38. Palaci J. Psychanalyse, transfert et hypnose. In : Bougnoux D, éditeur. *La suggestion, hypnose, influence, transe.* Paris : Les empêcheurs de penser en rond ;1991. p.109-120.
39. Lutz B. Hypnothérapie analytique. In : Bioy A, Célestin-lhopiteau I et al, éditeurs. *Aide-mémoire Hypnothérapie et hypnose médicale en 57 notions.* Paris : Dunod ; 2014. p.45-50.
40. Roustang F. In : Chertok L, éditeur. *Résurgence de l'hypnose : une bataille de deux cents ans.* Paris : Desclée de Brouwer ;1984. p. 32.
41. Alric J. Clinique psychanalytique en fin de vie. In : Ben Soussan P, éditeur. *Le cancer, approche psychodynamique chez l'adulte.* Toulouse : Eres ; 2004. p. 241-50.
42. Winnicott DW. Intégration du Moi au cours du développement de l'enfant. In : *Processus de maturation chez l'enfant.* Paris : Payot ;1970, p. 9-18.
43. Caring MS. L'hypnose dans l'obésité et les troubles alimentaires. In : Hammond DC, éditeur. *Métaphores et suggestions hypnotiques.* 2^{ème} éd. Bruxelles : Satas ; 2004. p. 367-93.
44. Lesage V. Accompagner la maladie grave. In: Bioy A, éditeur. *15 cas pratiques en hypnothérapie.* Malakoff : Dunod; 2017. p. 166-81.
45. Ruzniewski M. Face à la maladie grave. 2^{ème} éd. Paris : Dunod ;1999.
46. Freud S. Considérations actuelles sur la guerre et la mort. Paris : Petite Bibliothèque Payot ; 1971.
47. Bendrihen N. En cancérologie : l'épreuve du réel. In : Doucet C, éditeur. *Le psychologue en service de médecine.* 2^{ème} éd. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2011. p. 137-52.
48. Renault M. Soins palliatifs : questions pour la psychanalyse. Paris: L'Harmattan; 2002.
49. Lutz B. Transfert. In : Bioy A, Célestin-lhopiteau I et al, éditeurs. *Aide-mémoire Hypnothérapie et hypnose médicale en 57 notions.* Paris : Dunod ;2014. p.134-38.
50. Bioy A, Wood C, Celestin-Lhopiteau I. *Aide-mémoire Hypnose.* Paris : Dunod ; 2010.
51. Ciccone A. De l'identification à l'empiètement dans l'expérience de l'intime. *Le divan familial.* 2003 ; 11 : 39-52.
52. Winnicott DW. *La capacité d'être seul.* Paris : Editions Payot & Rivages ; 2012.
53. Audibert C. Préface : les bienfaits de la solitude. In : Winnicott DW, ed. *La capacité d'être seul.* Paris : Editions Payot & Rivages ; 2012. p. 7-41.
54. Yalom I. *Thérapie existentielle.* 2^è éd. Paris : Galaade Editions ; 2008.
55. Monjauze M. *Pour une nouvelle clinique de l'alcoolisme.* Paris :In Press ; 2011.
56. Palaci J. Psychanalyse, transfert et hypnose. In : Bougnoux D, éditeur. *La suggestion, hypnose, influence, transe.* Paris : Les empêcheurs de penser en rond ;1991. p.109-120.
57. Bioy A. Soins palliatifs et psychologues : un effet miroir ? *Le journal des psychologues.* 2005 ; 232-44.
58. Bioy A. Place de l'incertitude. In : Bioy A, Van Lander A, Mallet D, Belloir MN, édés. *Aide-mémoire soins palliatifs en 54 notions.* Paris : Dunod ; 2017. p.111-6.

59. Bioy A. La relation d'aide. In : Chagnon JY, éd. 38 commentaires de textes fondamentaux en psychologie clinique. Paris : Dunod ; 2014.
60. Roustang F. Savoir attendre pour que la vie change. Paris : Odile Jacob ; 2006.
61. Verspieren P. Face à celui qui meurt. Paris : Desclée de Brouwer ; 1984.
62. Elias N. La solitude des mourants. 2^{ème} ed. Paris : Christian Bourgeois ; 1987.
63. Lutz B. Influence. In : Bioy A, Célestin-Ihopiteau I et al, éditeurs. Aide-mémoire Hypnothérapie et hypnose médicale en 57 notions. Paris :Dunod ; 2014. p.151-5.
64. Bachelart M, Bioy A, Crocq L. L'hypnose ericksonienne et sa pratique dans le trauma psychique. Annales Médico-Psychologiques. 2013 ; 171 : 667-70.

Impossible du dire en soins palliatifs : l'hypnose comme sortie d'impasse

Résumé

Dans l'accompagnement psychologique de patients en soins palliatifs, des situations d'impasse peuvent se faire jour du fait de leur impossibilité ou de leur difficulté à verbaliser leur souffrance. L'objectif de ce travail est de questionner les apports de l'hypnose dans ce type de situations, cette approche permettant l'instauration d'un lien spécifique qui ne repose pas nécessairement sur le dire du patient.

A partir de l'étude de cas d'un patient hospitalisé en service de soins de suites oncologiques, il s'agira d'envisager comment la relation hypnotique peut permettre au psychologue clinicien de remplir sa mission d'étayage de la vie psychique d'un sujet dans sa confrontation à la maladie grave, en dehors de l'acte de parole. S'ensuit un questionnement éthique sur la pratique du psychologue en soins palliatifs référée à la psychanalyse et le recours à l'hypnose : entre la posture psychanalytique du non-agir et l'actualisation par l'hypnose du non-abandon.

A la lumière de ce travail, il semble bien que l'hypnose puisse enrichir certains accompagnements en soins palliatifs, notamment quand la parole du sujet ne peut se déployer, et parfois même constituer une sortie d'impasse relationnelle.

Mots-clefs : palliatif – hypnose – relation – verbalisation - impasse