

# L'hypnose pour trouver le chemin de fin de vie

Retour d'expérience clinique au sein de la Maison Médicale Jeanne Garnier  
Dr Laurence DALEM



Contact : ldalem@jeannegarnier-paris.org



MAISON MÉDICALE  
• Unité de soins palliatifs  
• Équipe mobile  
• Formation – Recherche

www.jeanne-garnier.org



*En soins palliatifs, soins holistiques d'accompagnement de patients qui ne guériront pas, l'hypnose a fait la preuve de son utilité dans le domaine relationnel, dans le soin quotidien au niveau procédural, dans le traitement des symptômes, dans l'accompagnement psychologique. L'adéquation de l'hypnose et des soins palliatifs est d'autant plus forte que l'hypnose se fonde sur la qualité de la relation, indispensable en soins palliatifs, où la visée d'accompagnement humain est essentielle.*

*En état de transe hypnotique, le patient accède à un espace d'évolution psychique, particulièrement propice, en contexte de fin de vie, à l'appropriation de sa finitude.*

## Passage de tempête

**Mme T. a 50 ans. Elle est hospitalisée en USP pour approche de fin de vie dans le cadre d'un cancer de l'utérus. Je suis appelée en urgence auprès d'elle durant une nuit de garde pour des signes de détresse respiratoire.**

A mon arrivée, la patiente est agitée, dyspnéique, encombrée. Dans son lit aux draps défaits dont les barrières de protection sont montées, elle est en sueur, elle cherche à s'asseoir : elle me donne immédiatement l'impression d'être dans un bateau à la dérive au milieu d'une tempête. Je me présente comme étant le médecin de garde, ce à quoi, elle répond du tac au tac : « Je ne veux pas de morphine ». Je lui répète d'un ton affirmatif : « Très bien, vous ne voulez pas de morphine ». Puis, je lui prends la main pour la serrer au rythme rapide de sa respiration - je parle très vite, décrivant un bateau dans une tempête, malmené par un vent si fort qu'il coupe la respiration. Je lui dis que tant qu'elle tient fermement le gouvernail comme elle tient fermement ma main, elle gouverne son bateau pour passer le cap, le cap de la tempête - toute tempête passe pour laisser place à un temps serein. Au fur et à mesure, je ralentis le rythme des pressions de ma main sur la sienne, je ralentis le rythme de ma parole, je décris comment le vent faiblit, comment la mer se calme, comment les nuages s'éclaircissent. La respiration s'apaise, la patiente s'allonge, pose sa tête sur l'oreiller. Je lui fais observer combien il devient facile de respirer l'air dans cette crique calme et protégée, cet air qui alimente sa pharmacie intérieure. La patiente sourit à cette expression. Je formule une suggestion post hypnotique par une question: « Comment cette partie de vous-même qui est capitaine sait désormais utiliser sa pharmacie intérieure lorsqu'elle sera nécessaire à l'avenir? ».

La patiente est totalement apaisée, l'encombrement s'est amendé. Mme T. me regarde: « Merci Docteur, maintenant, je vais dormir ».

Le lendemain matin, je passe voir la patiente à son réveil. Elle est calme, son visage est serein. Cependant, Mme T. me dit qu'elle se sent essouffée, et elle-même me demande : « Je veux bien de la morphine ». Elle reçoit une interdose efficace et j'adapte le traitement de fond à visée eupnéisante. Mme T. décèdera deux jours plus tard, sans aucune récurrence de symptomatologie respiratoire ni d'anxiété.

A-t-elle passé un cap en acceptant la morphine ou mort-fine ?

## Voie d'escalade

**Mme E. a 85 ans. C'est une grande sportive adepte de l'escalade. Elle s'est mariée à Chamonix, la montagne est une passion pour elle. Le diagnostic de cancer du pancréas « l'a attrapé », dit-elle, alors qu'elle était en pleine forme. Elle décrit l'annonce du diagnostic comme un arrêt de mort. Elle a refusé tout traitement spécifique. Le coût des démarches l'a fait renoncé à demander une aide médicale active à mourir à l'étranger. Elle a fait une tentative d'autolyse médicamenteuse conjointe avec son mari. Elle est restée chez elle jusqu'au moment où l'évolution clinique l'a rendue trop dépendante pour que son mari puisse s'occuper d'elle au domicile en l'absence de l'aide d'une tierce personne, refusée par le couple.**

Une des premières phrases de la patiente quand je l'ai accueillie a été : « J'attends de partir le plus vite possible, ce n'est pas moi cette personne au fond d'un lit qui ne peut plus bouger ». Depuis son admission, ses forces déclinent engendrant une perte d'autonomie vécue douloureusement. Mme E. verbalise peu ses affects. Son caractère indépendant et autoritaire est profondément heurté par la nécessité d'accepter de l'aide. Son besoin d'action ne lui permet pas de donner du sens au temps qui reste.

Ma visite quotidienne du matin la trouve crispée et tendue. L'évaluation clinique est difficile, tant du fait de son asthénie que de son tempérament introverti, les réponses se limitent à des hochements de tête et à quelques mots. La phase d'induction est une succession de truismes qui décrivent son installation et la crispation que j'observe. Je détaille la tension, les douleurs diffuses, la fatigue - des sensations connues, même familières, lors des efforts fournis en escalade. Le visage de la patiente se concentre quand je prononce le mot escalade. Je décris l'ascension d'une paroi, prise après prise, les muscles brûlants à chaque mouvement, les doigts écorchés, l'angoisse de la chute. J'évoque son énergie d'aller de l'avant en attrapant chaque nouvelle prise comme une preuve de courage. La patiente approuve de la tête. Je poursuis : « Vous cherchez les prises avec les mains, vous poussez sur les jambes, peut-être avec un cri. Vous mobilisez vos forces pour poursuivre votre ascension, de cette voie d'escalade, avec déjà en vous cette sensation de plénitude que vous ressentez en arrivant victorieuse au sommet ». La patiente sourit. « Juste à votre rythme, comme vous savez le faire, autonome vous tracez votre voie ».

La patiente est endormie.

Elle restera sereine, jusqu'à son décès, survenu 36 heures après la séance.

L'hypnose a pour particularité de court-circuiter le mental. Elle ouvre la voie vers l'inconscient aussi appelé conscience virtuelle, un espace de ressources psychiques selon Milton Erickson. En hypnose, le travail autour des perceptions invite le patient à prendre/reprendre contact avec son corps. En cela, le patient reste dans la réalisation, il reste dans la vie. L'hypnose sollicite la partie vivante, créative - de la personne. Ainsi, l'accès aux compétences internes ouvre un champ de possibles, où surviennent découvertes, changements et évolution.

Du côté du soignant, recourir à l'hypnose implique le respect intégral de l'individualité du sujet. Cette posture relationnelle place le patient comme détenteur de la solution. Accueil des émotions et reconnaissance des croyances fondent une alliance thérapeutique unique, ouverte à la créativité, rendant le patient acteur de sa fin de vie. Le soignant se fait témoin du chemin que l'être trouve pour quitter la vie, un chemin unique propre à l'individu.

Les cas cliniques présentés illustrent la pratique de l'hypnose au stade particulier de la toute fin de vie. Dans le contexte d'incertitude de la fin de vie tout comme dans le contexte de transe durant laquelle s'établit une communication d'inconscient à inconscient entre patient et soignant, la prudence appelle à ne pas tirer de conclusions interprétatives. A la manière de Milton Erickson dont la devise était « observer, observer, observer », les cas cliniques purement descriptifs offrent à considérer comment l'hypnose soutient l'individualité du sujet et lui permet de faire son propre chemin de trépas.

## Voyage en train

**M. V. a 75 ans. Il a mené un long combat contre un cancer de la prostate dont l'évolution terminale l'a conduit en USP pour équilibrage de traitement et approche de fin de vie. Les troubles cognitifs préexistants et l'atteinte cérébrale métastatique ne permettent pas une communication verbale satisfaisante. Il est difficile de savoir ce que le patient élabore de sa situation. Les adaptations de traitement ont permis de soulager les douleurs. M. V. se laisse faire pour les soins de nursing, somnole, mange un peu, répond parfois « Bonjour », « Merci ». Il est de moins en moins présent.**

Ma visite quotidienne le trouve inhabituellement agité. Sa respiration superficielle et son visage froncé traduisent un inconfort certain. J'interroge M. T. de manière directe sans obtenir de réponse de sa part. Alors de manière à focaliser son attention, je lui décris la crispation que j'observe chez lui : son front ridé, ses mâchoires serrées, la tension dans ses membres. Je questionne à nouveau : « Peut-être une douleur dans le corps » - pas de réaction. « Peut-être un train de pensées difficiles » - cette expression génère chez M. V. une franche mimique d'approbation. Je continue : « Un train rapide, bruyant comme un TGV qui va si vite que le paysage en est chamboulé ... Heureusement, la correspondance se fait dans un train corail ... qui prend son temps, fait entendre le son cadencé de ses roues sur les rails, le panorama est facile à observer, la campagne, les arbres, les cours d'eau ». M.V. respire plus calmement. « Le voyage se poursuit en train à vapeur ». Sourire de M. V. « Une belle locomotive qui va à son train de sénateur, et peut-être que le train est orné des drapeaux blancs de la paix ». Grimace de M. V. « La paix de la victoire ». Le visage de M. V. s'illumine d'un sourire. « Quel train puissant conduit par un mécanicien qui travaille avec force et courage ». M. V. émet un grand soupir de soulagement, sourit, approuve de la tête. « Le mécanicien charge le charbon, entretient la vapeur, embarque et débarque des voyageurs, des marchandises de gare et gare.... Un voyage mené à la force des bras et du cœur .... Et de ressentir cette satisfaction du travail accompli .... Une victoire, .... de l'arrivée au terminus ». Le patient dort, paisible. Un apaisement jusqu'au terme de l'hospitalisation. Sur son visage mortuaire, le patient avait un sourire.

## Prière

**Mme P. a 85 ans. Elle souffre d'un cancer utérin. La progression du cancer sous la forme d'une carcinose péritonéale est l'origine d'une ascite volumineuse. Mme P. a hérité à la fois du bon sens paysan et de la résistance d'une agricultrice qui a travaillé à la ferme toute sa vie. Hormis une fatigue qu'elle dit ne jamais avoir ressentie auparavant, elle est peu symptomatique et montre une certaine sérénité. « Il faut bien finir un jour, c'est dans l'ordre des choses ». Mais, au fil du temps, elle verbalise plus de tristesse et d'anxiété : « Je ne sers plus à rien », « Je fais souffrir ma famille ». Elle dit aussi « C'est long de mourir, à quoi bon tout ça ».**

Elle présente de manière brutale un moment d'agitation intense. Ses gestes sont désordonnés, elle se découvre, elle appelle tous ses morts, elle appelle son mari Gaston qui est décédé il y a 10 ans. Après d'elle dans ce contexte d'angoisse de mort et d'hallucinations, je mets du temps à entrer en relation avec elle, elle repousse la main que je lui tends, elle pleure. C'est finalement quand je lui demande « Où est Gaston, votre mari ? » qu'elle fixe son regard et me répond en hurlant : « Il est mort, il est au ciel ».

- Qu'est-ce que vous voulez lui dire ?

- Gaston, viens me chercher.

- Comment le faire venir ?

- Je ne sais pas.

- Comment faire pour qu'il vous entende ?

Mme P. se met à réciter la prière « Je vous salue Marie », subitement très concentrée.

- Très bien, continuez, Gaston entend votre prière, elle le guide vers vous. Prenez le temps de parler à votre mari, d'écouter ce qu'il vous dit .... peut-être veut-il vous embrasser, peut-être voulez-vous l'étreindre ?

La patiente est désormais allongée, les yeux clos, paisible. Un temps de silence se passe. Brusquement, elle ouvre les yeux, étonnée, puis dit « C'est passé ». Elle me regarde « Qu'est ce qui m'est arrivé ? » Je réponds « Un moment utile pour vous ».

Mme P. n'aura pas de récurrence d'agitation ni d'angoisse durant la suite de son hospitalisation. Elle montrera une remarquable disponibilité pour recevoir sa nombreuse famille : enfants, petits-enfants, arrière-petits-enfants, neveux, nièces qui partageront avec elle un temps apaisé pour les derniers jours de sa vie.

*La fin de vie est un temps d'inconnus durant lequel l'hypnose permet au soignant - accompagnant de préserver l'agentivité du patient. Dans l'humanité de cette rencontre hypnotique qui accepte l'autre inconditionnellement, l'hypnose sollicite le vivant de l'être, soutenant ainsi l'expression de son individualité et sa capacité à donner du sens à sa vie jusqu'à son terme.*

*L'hypnose participe au principe des soins palliatifs : soutenir l'être vivant jusqu'à la mort.*

## BIBLIOGRAPHIE

Booth S. Hypnosis in a specialist palliative care setting – enhancing personalized care for difficult symptoms and situations. Palliative Care & Social Practice 2020(14):1-11

Casula C. Clinical hypnosis, mindfulness and spirituality in palliative care. Ann Palliat Med 2018 ;7(1):32-40

Illustrations : Canva - Design graphique : Service Communication MMJG



COLLÈGE D'HYPNOSE  
& THÉRAPIES INTÉGRATIVES DE PARIS