

Université de Rennes 1

UFR des Sciences Médicales

MEMOIRE

DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE

DE SOINS PALLIATIFS ET D'ACCOMPAGNEMENT

POURQUOI CERTAINS PATIENTS

APRES L'ANNONCE D'UNE MALADIE INCURABLE

RESTENT DANS UN ETAT DE SIDERATION ?

Rédaction : Docteur Christel HOUERY

Guideur : Docteur Philippe TERRET

Mémoire soutenu le 10 juin 2010

« 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. C'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas. »

Patrick Verspieren

« ...Et ma voix t'accompagnera.»

Milton H.Erickson

Remerciements

Pour m'avoir lancé dans cette réflexion qui m'a profondément enrichie, les responsables de l'enseignement du DIU de soins palliatifs de Rennes,

Pour leur disponibilité, les soignants du Centre Hospitalier de Bretagne Sud qui ont participé à ce travail,

Pour leurs encouragements soutenus tout au long de ce travail, mes collègues de l'EMSP,

Pour son enthousiasme sans faille pour mon travail, le docteur Philippe Terret,

Pour leur relecture : Thérèse pour la forme, Didier pour le fond,

Pour leur soutien, leur patience et leur compréhension, Didier et Alix, qui n'ont pas donné suite à leur projet de club « on en a marre du mémoire » !

...je tiens à vous remercier ici très sincèrement.

Sommaire

Sommaire.....	1
Avant-propos	7
Introduction	8
Description du cas clinique	9
Enoncé de la problématique	11
Architecture du document	12
1 ^{ère} partie : cadre conceptuel	13
1. Introduction	13
2. L’annonce	13
3. Désir de mort et demande d’euthanasie	19
4. L’hypnose, la dissociation	24
5. L’hypnose en soins palliatifs	30
6. La problématique et les hypothèses de travail.....	32
7. Conclusion.....	33
2 ^{ème} partie : enquête	35
1. Introduction	35
2. Méthodologie de l’enquête: présentation du choix des outils	35
a. Enquête exploratoire : entretiens avec des soignants travaillant avec des patients en soins palliatifs	35
b. Analyse documentaire	36
c. Entretiens semi-directifs avec les soignants ayant eu en charge Mr T.	36
d. Entretiens avec des soignants utilisant l’hypnose dans leur pratique professionnelle	38
e. Analyse bibliographique.....	39
3. Présentation des données et interprétation	40

a. Enquête exploratoire.....	40
b. Analyse documentaire	41
c. Entretiens semi-directifs.....	45
d. Entretiens avec des professionnels reconnus dans le domaine de l'hypnose.....	49
4. Conclusion :.....	51
3 ^{ème} partie : discussion.....	53
1. Introduction	53
2. L'annonce comme un traumatisme ?.....	53
3. Sidération et facteurs ayant contribué à la persistance de cet état.....	55
4. Points communs avec une dissociation psychique	56
5. Points communs avec une transe spontanée.....	60
6. Conclusion.....	61
4 ^{ème} partie : propositions	62
1. L'annonce.....	62
2. Face à une demande d'euthanasie	62
3. L'hypnose.....	64
Les limites à l'utilisation de l'hypnose en soins palliatifs.....	66
4. La psychomotricité	67
Conclusion.....	68
Bibliographie.....	71
Annexe 1 : Analyse du dossier médical de Mr T.....	75
Annexe 2 : Entretien semi-directif avec la psychologue de l'EMSP.....	80

Avant-propos

Le sujet de ce mémoire est né d'une rencontre avec un patient au début de mon exercice dans l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP). L'histoire de ce monsieur que je détaillerai plus loin s'est terminée par une sédation. La formulation me semble juste dans la mesure où elle reflète bien le sentiment d'avoir été acculé à la mettre en place « faute de mieux ». Peut-être que parce que cela ne faisait que quelques mois que je travaillais dans l'équipe mobile de soins palliatifs, cette histoire m'a profondément marquée et interrogée.

Quand il a fallu choisir un sujet de mémoire, un an après environ, son souvenir a refait surface et j'ai voulu saisir l'occasion de m'interroger sur cette prise en charge et le sentiment d'échec qu'elle m'avait laissé.

J'ai d'abord interrogé les autres personnes de l'équipe pour savoir si j'étais la seule à avoir été marquée par cette histoire, même si je me souvenais parfaitement des échanges entre nous à cette époque, qui reflétaient bien nos interrogations communes et notre désarroi.

Je me suis ensuite demandée si c'était un cas de figure exceptionnel, et s'il y avait un intérêt à y consacrer un travail de mémoire. La réponse a été que, même si heureusement cette situation ne se rencontre que rarement, elle mérite que l'on s'y arrête, car elle ouvre sur une réflexion plus générale.

Introduction

Comme je l'ai dit précédemment, la situation rencontrée est exceptionnelle. Néanmoins, réfléchir à une autre approche peut aboutir à se munir d'autres outils à utiliser avec des patients en soins palliatifs dans ce moment difficile qui suit l'annonce. Même si d'autres patients ne restent pas de façon aussi marquée et définitive sidérés par cette annonce, ils n'en traversent pas moins des difficultés à trouver du sens, à investir cette dernière période de leur vie. Le côté radical de cette situation présente un intérêt analytique, à visée théorique pour aborder d'autres cas moins francs.

Médecin anesthésiste de formation, j'ai intégré l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) du Centre Hospitalier de Bretagne Sud (Lorient-Morbihan) en décembre 2008 sur la création d'un 2^{ème} poste de médecin à 60%.

Mon envie de travailler dans les soins palliatifs m'avait déjà traversée lors de la première partie de mes études médicales. Elle a resurgi lorsque j'ai assisté à l'intervention de soignants travaillant dans ce domaine lors d'un congrès sur l'hypnose, technique à laquelle je m'étais formée dans le cadre de l'anesthésie (formation à l'utilisation de l'hypnose ericksonienne dans la douleur aiguë et dans la douleur chronique).

Cette EMSP a été montée en 2004, et comprend actuellement deux médecins à 60%, deux infirmières, une à 80 %, l'autre à temps plein, deux psychologues à 40% et une assistante sociale à 50%.

Une grande partie de notre travail consiste à aider à la prise en charge de patients en soins palliatifs dans les services de l'hôpital quand celle-ci est complexe.

Les demandes des soignants ayant en charge ces patients pour lesquelles nous sommes sollicités portent le plus souvent sur le traitement des symptômes physiques, avec en premier

lieu la douleur, ainsi que les soins de confort, le soutien psychologique du patient et/ou de son entourage, et le devenir du patient (organisation d'un retour à domicile ou orientation vers une autre structure de soins).

Description du cas clinique

La description que je ferais ici est celle du souvenir que m'avait laissé Mr T. et sa prise en charge, avant que le travail pour ce mémoire me conduise à l'analyse de son dossier médical, à la réalisation d'entretiens avec les soignants qui s'en étaient occupé, avant toutes mes lectures et la réflexion qui s'en est suivie. Je retranscris mes premiers écrits tels quels, avec ma vision de l'époque.

J'ai rencontré Mr T. pour la première fois le lendemain de sa consultation avec le cancérologue, pendant laquelle il avait appris le diagnostic et la gravité de sa maladie. Ce patient avait été hospitalisé quelques semaines auparavant pour douleur lombaire dont le bilan avait montré qu'il s'agissait d'une métastase osseuse. Je me souviens que Mr T. me disait qu'il savait qu'il était « foutu ». Il pleurait et m'avait pris la main que j'avais posée sur sa cuisse. Assise à côté de lui, il m'avait semblé abasourdi, sous le choc. Je ne savais s'il entendait réellement ce que je pouvais dire. Je me suis sentie en difficulté : c'était la première fois de ma courte carrière dans l'EMSP où je me trouvais dans cette situation, me sentir aussi démunie devant un patient à ce point choqué par l'annonce qui lui avait été faite.

Je suis partie en vacances peu après et à mon retour, mes collègues qui avaient pris le relais m'apprirent que depuis ce jour-là, les seules paroles de Mr T. étaient pour demander que l'on mette fin à ses jours, demande réitérée, immuable. Aucun autre désir ou projet n'avait réussi à émerger. Malgré une douleur physique bien soulagée, et des symptômes relativement bien contrôlés, ce monsieur, qui était autonome avant son hospitalisation, s'était progressivement grabatisé, ne quittant plus son lit, et cela en l'espace de quelques semaines.

L'épouse de Mr T. était présente tous les jours. Elle verbalisait très peu. Quand on l'interrogeait sur la demande de son mari, elle semblait être en accord puisque de « toute façon, il allait mourir ».

Nous n'avons jamais rencontré les deux enfants de Mr T.

Après plusieurs semaines d'accompagnement, devant cette demande et une souffrance morale grandissante, ainsi que des signes d'inconfort notamment une dyspnée, nous avons débuté une sédation. Nous lui avons expliqué que cela était le seul moyen à notre disposition pour tenter de répondre à son souhait de fin de vie. Il est décédé peu de temps après.

Pour avoir vu ce patient après l'annonce de sa maladie et de son caractère incurable, je le décrirais comme figé dans cet instant, comme si sa vie s'était effectivement terminée le jour où il avait appris cette nouvelle.

En réfléchissant à cette situation et à ce qui m'apparaissait comme une sidération persistante, les questions suivantes en ont découlé :

Comment pouvons-nous décrire l'état de Mr T. après son annonce ?

Quelles sont les caractéristiques de cet état : est-ce une sidération persistante dans le temps ? Peut-on y relier sa demande d'euthanasie, son côté figé et inaccessible ? Existe-t-il une similitude avec la dissociation telle que je la connais dans le cadre de l'hypnose ?

Quels sont les éléments contextuels de cet état ?

A savoir : quels sont les facteurs ayant contribué à déclencher cet état ? L'annonce de la maladie est-elle un moment-clé ? Et quels sont les facteurs ayant contribué à maintenir cet état ?

Par opposition aux éléments propres à l'individu, qui ne seront pas développés dans ce travail car relèvent du domaine de compétence des psychologues et par manque d'éléments, le patient étant décédé et qu'il est difficile sur le plan éthique d'aller contacter sa famille dans ces circonstances.

Existe-t-il des outils thérapeutiques qui auraient pu permettre de faire évoluer cette situation ?

Elaboration de la question centrale

A partir du moment de l'annonce de sa maladie et de son caractère incurable, Mr T. semble être resté figé dans cet instant. La seule chose qu'il exprimait était l'absence de sens à continuer à vivre puisqu'il allait mourir. Ce pourquoi il nous demandait de le faire mourir tout de suite.

D'où ma question :

Pourquoi ce patient, et peut-être d'autres, restent figés sur cette annonce de maladie grave et incurable, comme sidérés de façon prolongée ou définitive ?

Enoncé de la problématique

Qu'est-ce que la sidération ?

Quelles sont les circonstances qui favorisent l'apparition d'un état de sidération ?

Quels sont les éléments qui peuvent expliquer son caractère persistant dans le temps ?

Existe-t-il un parallèle entre état de sidération et dissociation psychique ?

Existe-t-il un parallèle entre la focalisation sur une demande d'euthanasie, unique et persistante, et une transe hypnotique spontanée ?

Existe-t-il des outils permettant de faire sortir un patient d'un état de sidération persistant, de faire évoluer une fixation sur une mort anticipée ?

Architecture du document

La première partie de ce mémoire est consacrée à décrire ce qui se joue lors d'une annonce d'une maladie grave incurable et ses conséquences puis les questions que soulèvent les demandes d'euthanasie. Ensuite, je présenterais l'hypnose et son utilisation possible en soins palliatifs. Je terminerais par l'élaboration de la question centrale et des hypothèses.

La deuxième partie présente la méthodologie utilisée pour l'analyse du cas clinique décrit, ses résultats et leur interprétation.

La troisième partie s'articule autour de la discussion de ces résultats et leur confrontation à la littérature dans les domaines du psycho-traumatisme et de l'hypnose.

La quatrième partie est consacrée à la présentation des propositions face à cette problématique.

Enfin, je conclurais sur le cheminement de ma réflexion lors de la réalisation de ce mémoire et les autres questions soulevées.

1^{ère} partie : cadre conceptuel

1. Introduction

Dans cette première partie, je vais donc décrire plus précisément les différents éléments permettant d'apporter du sens à la situation étudiée. Il s'agit d'abord des éléments permettant de comprendre ce qui se joue lors de l'annonce d'une maladie grave voire incurable. J'ai recherché également ce que recouvrait le terme de sidération dans ce contexte afin de vérifier si c'était le terme approprié pour décrire Mr T.

Ensuite, je me suis penchée sur ce qui était écrit au sujet des circonstances dans lesquelles les patients peuvent exprimer des demandes d'euthanasie comme cela a été le cas de Mr T.

Enfin, je décris de façon succincte ce qu'est l'hypnose médicale, de manière à expliquer pourquoi j'avais élaboré une hypothèse sur le rapprochement entre l'état de ce patient et une transe hypnotique, ainsi que l'utilisation qui en ait déjà faite dans le domaine des soins palliatifs.

2. L'annonce

Quand on parle de l'annonce dans le domaine qui nous concerne, il est sous-entendu qu'il s'agit de l'annonce d'une mauvaise nouvelle, qui peut se définir comme « toute nouvelle qui modifie radicalement et négativement l'idée que se fait le patient de son avenir »¹.

¹ Buckmann R. S'asseoir pour parler : l'art de communiquer de mauvaises nouvelles. Interéditions ; 1992

Jusqu'à la moitié du siècle dernier, la question de l'annonce se posait peu dans le modèle paternaliste qui régissait jusqu'alors les relations médecin-malade. Le médecin sachant quelles étaient les bonnes décisions à prendre pour le patient, sur les principes de bienveillance, il pouvait se garder de lui donner une information jugée source de souffrance et donc lui épargner celle-ci.

Depuis, les relations entre soignants et soignés ont évolué vers le modèle autonomiste et l'annonce est devenue source de beaucoup de réflexions. Les principes de l'éthique médicale moderne justifient la valeur de la vérité dans cette relation, s'appuyant sur plusieurs principes dont celui de l'autonomie. Respecter un malade, c'est alors respecter son droit de savoir, de pouvoir donner ainsi un *consentement libre et éclairé*, afin de rester sujet et non objet de soins, et lui permettre de mener sa vie comme il le souhaite. Mais c'est aussi respecter son refus de savoir, respecter son altérité en prenant en compte ses limites et son rythme. Déjà s'amorce la complexité de l'annonce : qu'est-ce que le patient veut savoir, qu'est-il en mesure d'entendre ?

Cette « vérité » permet également de garantir une relation de confiance entre soignants et soignés et de laisser la place au doute car admettre les limites de notre savoir médical fait partie de nos compétences. De quelle vérité sommes-nous réellement détenteurs ? A ce titre, on peut se demander si le pronostic est éthique. La réponse de J.P. Benezech est clairement non. En l'état actuel de nos connaissances, il est trop éloigné de la réalité pour être légitime. Et quand bien même, persisterait la dangerosité d'une prédiction formulée à un malade d'une durée de vie restante et sa potentielle participation à la durée de vie effective par les effets Pygmalion et Baskerville (prophéties auto-réalisatrices), mais aussi par sa clôture de l'horizon supprimant tout espoir. Si le pronostic est nécessaire aux soignants pour adapter les stratégies de soins, les lieux de vie..., l'énoncer au malade n'est pas si évident. Il faut alors savoir se situer entre imposer une vérité qui n'en est pas une avec son effet destructeur et donner au patient ce qu'il attend, à savoir une information « honnête et optimiste », lui permettant

d'éviter qu'une trop grande méconnaissance de la réalité ne l'oriente vers des choix inadaptés².

Loi et déontologie ont une place centrale dans cette question. Elles édictent un droit pour le patient à l'information sur son état et les soins proposés, un devoir pour le médecin de donner cette information et de respecter la volonté du malade. Mais appliquer ces principes nécessite une réflexion sur différents points. Quelles sont les limites de chacun des protagonistes ? Quelle est la différence entre vérité et message à transmettre (son sens et sa finalité) ? Comment passer d'une annonce « qui assomme » à une communication qui implique d'abord une écoute ? Sans ce minimum de questions, nous risquons de provoquer ce que M.Ruzniewski et d'autres nomment une « euthanasie psychique ». L'annonce peut alors provoquer l'inverse de ce qui était recherché : une réponse mettant fin à l'angoisse de l'incertitude, venant soulager le malade et lui permettre d'organiser ce temps qui lui reste à vivre. Elle serait alors responsable d'une mort psychique précédant la mort physique³.

La prise de conscience des conséquences de cette annonce a conduit à l'élaboration du dispositif d'annonce dans le cadre du Plan Cancer. L'objectif est de faire bénéficier au patient et à son entourage de meilleures conditions d'annonce afin d'améliorer son vécu et l'adhérence aux propositions de soins. Ce dispositif prévoit un temps de consultation médicale prolongé avec présence d'un professionnel paramédical formé, un plan de soins personnalisé, l'orientation vers des soins de support... Si ces mesures ont incontestablement permis de faire des progrès, ne serait-ce qu'en appuyant sur la difficulté de ce moment, il n'en reste pas moins qu'il serait illusoire de penser qu'il puisse éviter les répercussions psychologiques engendrées par l'annonce. De même, si réfléchir et se former à la communication permet d'éviter ou de diminuer la iatrogénie de la parole, il serait illusoire de penser qu'il y a une bonne façon d'annoncer une mauvaise nouvelle, tel un protocole de « bonne pratique médicale ». Chaque patient est unique, chaque situation est unique.

² Benezech J-P. Le pronostic est-il éthique ? Médecine palliative 2008 ; 7 : 140-148

³ Ruzniewski M. In : Hirsch E. Face aux fins de vie et à la mort. Espace éthique. Editions Vuibert. P28-30

L'annonce d'une maladie grave ou incurable reste un traumatisme dans l'histoire de la personne.

Le traumatisme se définit étymologiquement comme une « blessure par effraction ». Freud le définit comme « une situation de détresse où le Moi impuissant est débordé par le surgissement d'excitations d'origine interne ou externe qui ne peut être maîtrisé ».

Selon lui, l'inconscient ne connaît pas la mort et chacun croit en sa propre immortalité. Lors de l'annonce, le malade est confronté brutalement à sa vulnérabilité et voit s'écrouler son fantasme d'immortalité. Il s'agit d'une véritable rupture biographique, le réel d'une mort annoncée surgit et fait vaciller « l'illusion d'être un et unifié et toujours le même »⁴.

Les effets du traumatisme de l'annonce sont fonction de beaucoup de facteurs. Le contenu de l'annonce et ses conditions en font évidemment partie ainsi que le déroulement des événements. Si l'histoire de la maladie a offert au patient un temps d'incertitude, celui-ci peut amortir le choc de l'annonce. Mais si cette période se retrouve réduite à l'extrême par un enchaînement « trop » rapide entre le début des symptômes et le résultat des examens posant le diagnostic, le patient est exposé à une annonce pouvant être particulièrement violente⁵.

L'ampleur du traumatisme dépend également, et peut-être surtout, de la capacité de l'appareil psychique du patient à le traiter et donc de sa personnalité, de son histoire personnelle, car l'annonce d'une maladie grave semble renvoyer à des « traumatismes anciens »⁶. Sa capacité à filtrer et comprendre l'évènement, à mettre en place des mécanismes de défense lui permettront de ne pas se faire submerger par l'angoisse de mort et d'arriver à investir l'espoir.

⁴ Caron R. L'annonce d'un diagnostic de cancer : quels enjeux psychiques ? *Ethique et santé* 2008 ; 5 : p186-191

⁵ Ruzniewski M. *Face à la maladie grave. Patients, familles, soignants*. Paris : Dunod, 1999

⁶ Thome-Renault A., in *Quelle vérité pour quelle prise en charge ?* <http://croix-saint-simon.org/formation-et-recherche> (consulté le 13/11/2009)

Quand cela se passe ainsi, que l'annonce est faite dans de bonnes conditions, par un médecin capable d'écouter la demande et les besoins du patient, de le situer dans son cheminement personnel et sa capacité à surmonter ce traumatisme, aidé par son entourage, par le soutien des équipes soignantes, le patient peut mettre en place des mécanismes de défense, traverser différentes étapes psychologiques comme l'a décrit E.Kubler-Ross, et organiser la fin de sa vie.

Sinon, Freud nous rappelle que le Moi, « lorsqu'il se trouve dans un danger réel d'une excessive grandeur et qu'il ne croit pas pouvoir surmonter de ses propres forces (...)se voit abandonné de toutes les puissances protectrices et se laisse mourir ».

C'est ainsi que M.Abiven nous raconte le sentiment qu'il a eu à plusieurs reprises qu' « une information donnée trop précipitamment à un malade, insuffisamment préparé à la recevoir, avait déclenché une sorte de rupture complète de désir de vivre, et l'avait conduit à une mort plus rapide que celle prévisible normalement »⁷.

Les effets traumatiques de l'annonce peuvent se voir d'emblée ou à distance.

Au moment même, quand l'annonce vient frapper de plein fouet avec une prise de conscience brutale de l'irréversibilité des choses et de la proximité concrète de la mort, elle peut entraîner chez celui qui la reçoit un état de paralysie totale, physique, psychique et intellectuelle, appelé état de sidération. Elle laisse le patient sans voix, sans raisonnement, sans réaction, fixé sur l'instant de cette « mort annoncée », sur ce point ultime sans parvenir à en bouger⁸.

A distance, quand l'annonce s'est avérée être d'une violence insupportable pour le patient, elle peut le laisser privé de tout espoir, incapable d'assumer la souffrance du deuil, et privé

⁷ Abiven M. Pour une mort plus humaine. Masson, Paris, 2004 : p19-24

⁸ Pillot J. L'approche psychologique des malades en fin de vie. La revue du praticien-Médecine générale. 1993 ; 7- N°239 : p63-69

par là même de tout désir, ce désir qui fait de nous des êtres vivants. Ces patients, eux, se vivent comme des « cadavres en puissance », morts avant de l'être^{9,10}.

La privation de tout espoir suite à une annonce peut entraîner une accélération de la fin de vie. Elle peut également conditionner une demande d'euthanasie.

Au travers ces différentes lectures, il m'apparaît que l'annonce est sûrement l'un des aspects les plus délicats du métier de médecin et pour lequel nous sommes peu ou pas formés. Mais il s'agit également de l'un de ses aspects les plus riches en termes de rencontre avec l'autre. Plus que d'annoncer, il s'agit d'informer et de continuer à accompagner le patient et sa famille. Pour cela, il faudra apprendre également à accueillir la souffrance de l'autre sans pouvoir la supprimer, à recevoir une parole déposée sans chercher immédiatement à « faire » quelque chose¹¹.

Enfin, garder à l'esprit que la finalité de l'information n'est rien d'autre que « refuser que le silence affecte la liberté et les droits des personnes »¹².

⁹ Pérotin V. Les enjeux de la parole médicale. *Médecine Palliative*. 2006 ; 5 : p91-95

¹⁰ Ruzniewski M. Op. Cit.

¹¹ Dufour M. Complexité des relations et des discours dans l'annonce de l'arrêt de traitements curatifs. *Médecine palliative* 2008 ; 7 : p324-329

¹² Pérotin V. Op. Cit.

3. Désir de mort et demande d'euthanasie

L'objet ici n'est pas de faire le tour de cette question si complexe qu'elle a fait le sujet de trois jours de congrès de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP) en 2004.

Mais si le sujet de mon mémoire porte sur la sidération, l'autre point marquant dont on ne peut faire abstraction est que le patient est resté figé sur une demande d'euthanasie qui a persistée jusqu'à son décès.

Cette complexité se dévoile dès le premier mot, la demande.

Dans le sens commun, une demande est l'« action de demander, de faire connaître à quelqu'un ce qu'on désire obtenir de lui (un désir, un souhait) », venant du latin *demandare* « confier » et *mandare* « mander, solliciter ». Une demande implique donc trois choses : la parole, le désir et la relation à l'autre.

La parole passe par une mise en mots, un signifiant, nécessairement déformé, d'abord parce qu'il n'est pas toujours simple d'identifier clairement ses désirs, ses besoins, puis de trouver les mots qui les traduisent le plus justement possible. Ensuite parce que selon la personne à qui l'on va s'adresser, cette demande sera susceptible d'être formulée en fonction des réponses qu'elle pourra susciter¹³. Ce n'est pas par hasard si les patients ne disent pas la même chose aux médecins, aux autres soignants, à leur entourage. Enfin, cette parole est reçue par l'autre, passant par son filtre de valeurs, de références, qui en aura donc une interprétation qui lui est propre. Et au niveau de cette réception, deux erreurs peuvent être commises : prendre pour une demande d'euthanasie ce qui n'en est pas une, en rester au contenu explicite de la demande et ne pas identifier ce qu'elle peut dissimuler.

¹³ Brzychey C. Du désir de mort à la demande d'euthanasie. In : L'euthanasie et la mort désirée : questions pour les soins palliatifs. 10^{ème} congrès national de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs, Besançon, 2004 ; p135-136

S'il y a demande, il y a désir : est-ce qu'une demande d'euthanasie est un désir de mort ? Pour certains, le désir de mort n'existe pas car notre propre mort étant impensable, on ne peut donc la désirer. En tous les cas, il serait trop réducteur d'entendre une demande d'euthanasie comme uniquement un désir de mort, car les désirs d'un malade en fin de vie sont multiples, ambivalents, et en partie inconscients¹⁴.

On peut schématiquement voir trois situations derrière cette demande.

1/ La première serait le patient qui n'en peut plus de vivre dans de telles conditions : douleurs physiques, autres symptômes mal soulagés, anxiété, solitude ... Dans ce cas, une « bonne » prise en charge palliative, passant d'abord par une écoute et une reconnaissance de la demande du patient et de la détresse qui la sous-tend, avec son approche globale, pluridisciplinaire, le soulagement des symptômes physiques, la prise en compte de ses désirs peuvent naturellement faire disparaître cette demande.

Un syndrome dépressif peut également exister, certains se demandant même s'il n'est pas toujours présent chez les patients atteints de maladies graves et incurables. Les psychiatres nous répondent qu'il s'agit plutôt de mouvements dépressifs multiples et variés dont la distinction est délicate dans ce contexte. Néanmoins, un repère peut être utile, celui de la non-évolutivité de la tristesse ou des positions dépressives malgré l'amélioration de la prise en charge globale des malades¹⁵.

On peut également noter que ces patients demandeurs d'une euthanasie n'ont généralement pas recours au suicide quand ils en ont la possibilité. Cela inscrit bien la demande dans sa dimension de relation à l'autre.

¹⁴ Barthod L. La mort désirée : le regard du psychologue. Euthanasie : désir, légitimité, souffrance. In : L'euthanasie et la mort désirée : questions pour les soins palliatifs. 10^{ème} congrès national de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs, Besançon, 2004 ; p133

¹⁵ Ceccaldi P. In : L'euthanasie et la mort désirée : questions pour les soins palliatifs. 10^{ème} congrès national de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs, Besançon, 2004 ; p157

2/ Une autre chose peut être entendue derrière cette demande : la peur de mourir et la peur de la mort. La peur de mourir entendue comme celle des conditions de sa survenue : l'asphyxie, une hémorragie, des douleurs physiques insoutenables. La peur de la mort renvoie elle à une peur existentielle du devenir après la mort (le passage, le devenir du corps, de l'âme...). Ici aussi, des réponses, un soutien peuvent être apportés. Donner l'assurance au patient qu'il ne sera pas abandonné, que tout sera fait pour le soulager, introduire un traitement anxiolytique, l'accompagner dans son questionnement spirituel peuvent permettre au patient de diminuer son angoisse de mort, voire d'accepter celle-ci et de ne plus reformuler de demande d'euthanasie.

3/ Restent les demandes d'euthanasie pour lesquelles toutes ces réponses semblent insuffisantes. Ce seraient les cas où il n'y pas de demande autre. Ces demandes d'euthanasie peuvent refléter la perte de tout espoir, parfois suite à une information trop précise, enfermant le patient dans une situation sans issue. Cette perte d'espoir est impliquée significativement dans les demandes d'euthanasie, indépendamment de tout lien avec un syndrome dépressif¹⁶. Cela rappelle la complexité de l'annonce et ce qui se joue à ce moment là. Elles traduisent l'impossibilité du patient à donner un sens à ce qu'il est en train de vivre. A cela peuvent s'ajouter la lassitude, le refus de la dépendance. Dans ces situations, la réponse des soins palliatifs semble insuffisante.

Ces dernières sont celles que l'on pourrait qualifier de « vraies » demandes d'euthanasie, telles que les définit Véronique Blanchet¹⁷ : demande exprimée par le malade précise, répétée, persistante dans le temps, en l'absence de symptômes physiques mal soulagés, demande explicite « faites moi mourir ». Et ne sont pas une expression de souffrance, de

¹⁶ Vinant P. L'annonce pronostique en fin de vie. Espace Ethique APHP. Éditorial - mai 2008 (4/4)

¹⁷ Blanchet V. De l'euthanasie et de son traitement. In : Blanchet V. Soins palliatifs : réflexions et pratiques. Editions Formation et développement, 2004 : p203-217

doute ou de questionnement type « je ne veux plus vivre », « je veux mourir » ou « laissez-moi mourir ».

De telles demandes sont rares et certains posent la question de leur existence. Quand elles surviennent, elles sont de nature à ébranler profondément les soignants et l'entourage qui les reçoivent. Elles engendrent sentiments d'impuissance et de culpabilité. Car la grande ambition des soins palliatifs est de pacifier la mort, d'œuvrer pour que ces situations ne se présentent pas¹⁸.

Quelle qu'elle soit, une demande d'euthanasie reste toujours violente pour celui qui la reçoit et nécessite de prendre de la distance. Pour cela, il est nécessaire d'y avoir réfléchi auparavant et d'y réfléchir à plusieurs ensuite. Un guide de réflexion a été élaboré par la SFAP dans ce but, à savoir une aide pour prendre du recul et analyser une telle demande.

Cela permettra d'abord d'être capable d'entendre la souffrance du patient qui fait cette demande et de lui assurer que celle-ci et la souffrance dont elle témoigne est légitime et a été entendue. Cette première phase d'écoute et de reconnaissance peut déjà apporter un réconfort au patient qui se voit autoriser à exprimer son angoisse, son désespoir sans provoquer la fuite ou le rejet de celui à qui il s'adresse. Dans un deuxième temps, cette attitude d'écoute pourra permettre de repérer et d'évaluer les différentes causes possibles de cette souffrance et de tout faire pour soulager le patient. Et si aucune réponse n'est suffisamment apaisante, de tout faire pour l'aider à supporter ses manques.

Y avoir réfléchi avant, c'est également se demander quelle serait notre attitude devant une vraie demande d'euthanasie, celle qui est réitérée malgré la mise en œuvre de tout ce qui a été précédemment décrit, chez ces patients pour qui la vie peut devenir impossible à supporter et où le désir de mort ne peut être dépassé. Si nous sommes en capacité de nous appuyer sur l'interdit fondamental de tuer pour pouvoir simplement répondre « non, ce que vous me

¹⁸ La Marne P. L'euthanasie et la mort désirée : questions pour les soins palliatifs. 10^{ème} congrès national de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs, Besançon, 2004: p182

demandez, je ne le fais jamais »¹⁹, cela peut permettre d'abord de rassurer le patient sur nos intentions qu'il teste peut-être avec cette demande. On peut d'ailleurs noter que les soignants qui nous parlent de prise en charge de patients à qui ils ont exprimé ce refus clairement, ne se sont pas vu rejeter, bien au contraire²⁰. Cet interdit, loin de fermer la réflexion, ouvre la porte de l'interrogation éthique, de l'incertitude créatrice, puis de la réponse la moins mauvaise possible, en fonction de la singularité de chaque situation, de chaque individu, en recomposition permanente dans ce temps de fin de vie, loin de l'illusion d'une maîtrise totale.

Etre loin d'une illusion de maîtrise, c'est accepter qu'il y a toujours quelque chose qui nous échappera dans ces situations, qu'il est inadaptée de chercher une solution à une question dont la réponse est nécessairement ailleurs, qu'il est illusoire de penser que nous pourrions apaiser toutes les souffrances. Reconnaître nos limites, travailler sur la souffrance, la culpabilité que cela génère chez nous, les soignants et peut-être en particulier chez les médecins, mis dans une situation insupportable de double contrainte par une demande d'euthanasie –ne pas être le médecin que son idéal lui a fixé en y répondant, ne pas être le bon médecin que le malade attend en y répondant pas-, permet de ne pas céder à la tentation de faire taire cette demande qui nous malmène, notamment en proposant une sédation sous couvert de bienveillance.

Il ne faut pas oublier le contexte sociétal dans lequel s'inscrivent ces demandes d'euthanasie. On ne peut faire abstraction des valeurs portées en avant par notre société actuelle de jeunesse, beauté et productivité et également de maîtrise et d'autonomie auxquelles certains rattachent la dignité. Il est difficile alors de penser que les demandes d'euthanasie ne sont en partie conditionnées par ces valeurs que leur renvoient le regard des autres et le sentiment d'indignité qui en découle. La demande d'euthanasie serait une façon de répondre à l'exclusion sociale intégrée par une auto-exclusion. Cette pression sociale se fait sur les patients qui motivent leur demande par la volonté de ne pas être une charge pour leur entourage, la société, de garder la maîtrise de soi, de ne pas offrir la vue de leur dégradation

¹⁹ Schaerer R. Les soignants face aux demandes réitérés de mort. Espace éthique de l'AP-HP automne 99-hiver 2000 : p96-99

²⁰ Blanchet V. Op. Cit.

physique. Cela concerne également les soignants, qui n'échappent pas à ces valeurs puisqu'ils vivent également dans cette société. D'où la nécessité d'une réflexion autour de nos valeurs, du concept de dignité et de vie « qui vaut la peine d'être vécue », afin de se positionner en tant que protecteurs de ces malades et de ne pas cautionner leur rejet social en accédant aux demandes d'euthanasie²¹.

4. L'hypnose, la dissociation

L'histoire de l'hypnose est ancienne et mêle les domaines de la psychologie et de la médecine. Longtemps douteuse, elle est maintenant reconnue dans les milieux scientifiques. Elle connaît même un essor certain depuis dix-vingt ans comme en témoignent les publications de plus en plus nombreuses à ce sujet. On peut identifier deux facteurs contribuant à ce nouvel essor. Les progrès de l'imagerie fonctionnelle cérébrale ont permis de montrer de façon objective son substrat neurophysiologique lui donnant sa reconnaissance scientifique d'une part, d'autre part l'hypnose se révèle dans de nombreuses indications un outil simple et efficace pour soulager le patient.

Plusieurs définitions de l'hypnose existent ainsi que plusieurs appellations : hypnose ericksonienne (car les techniques employées aujourd'hui ont été fortement inspirées par l'apport de Milton Erickson, psychiatre américain du siècle dernier, qui a largement contribué au renouveau de l'hypnose), nouvelle hypnose, hypnose psychodynamique...sans doute pour se différencier de l'hypnose de spectacle, dans un souci de légitimité scientifique. Et comme celle-ci n'est plus à faire, beaucoup d'auteurs parlent maintenant tout simplement d'hypnose.

Pour définir l'hypnose, on peut déjà dire ce qu'elle n'est pas : ni sommeil, ni état de conscience ordinaire. Elle tire bien son nom d'Hypnos, dieu grec du sommeil, venant du fait

²¹ Aubry R., Maurel O. Fin de vie, désir de mort et euthanasie : la société à l'épreuve. In : L'euthanasie et la mort désirée : questions pour les soins palliatifs. 10^{ème} congrès national de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs, Besançon, 2004: p13-33

que l'apparence physique du sujet s'apparente à celle d'une personne endormie (immobilité, détente musculaire, ralentissement du rythme respiratoire) et que le contenu des pensées dans cet état peut ressembler à des rêves, mais l'électroencéphalogramme avait déjà montré que cela n'en était pas.

L'imagerie cérébrale fonctionnelle (Pet-Scan, IRM fonctionnelle) a mis en évidence une activation corticale spécifique, différente des autres états de conscience (veille, sommeil). Les régions concernées sont celles du cortex cingulaire antérieur et du système limbique. Les études neuro-dynamiques ont également montré l'action de l'hypnose sur la douleur à un niveau central et périphérique. L'état de conscience hypnotique, associant diminution des tensions, facilitation mentale et absorption est sous-tendu par des modifications de l'activité cérébrale significatives, impliquant des structures cérébrales et des mécanismes intervenant dans les aspects primaires de la régulation de la conscience.

L'hypnose est classiquement décrite comme un « état de conscience modifié », appelé aussi « transe hypnotique ». La conscience est difficile à définir, en témoigne le nombre de vocables qu'on y rattache : esprit, pensée, psychisme, mental... Chacun de nous peut percevoir facilement que son fonctionnement n'est pas le même selon le contexte : entre une soirée à bavarder avec des amis, assis à une table de travail à rédiger un mémoire, au volant de sa voiture sur un trajet habituel... On peut séparer deux grands types de fonctionnement. Dans le premier, nous sommes tournés vers ce que nous observons, ce que nous percevons avec nos cinq sens de la réalité extérieure et de notre réalité intérieure (nos sensations, nos émotions). Notre attention se porte rapidement d'un élément à un autre, nous donnant une vision globale de la situation. Les informations arrivent à notre conscience et nous élaborons en retour des pensées, des idées, des réactions. Par exemple, j'assiste à un cours intéressant mais non passionnant : j'écoute ce qui est dit, j'entends le brouhaha du couloir d'un groupe qui passe, j'observe en même temps mes voisins, je regarde par la fenêtre le ciel bleu en me disant que je serais bien dehors, je sens une légère brûlure au niveau de l'estomac qui m'indique l'approche de l'heure du déjeuner, je continue à prendre des notes tout en commençant à rassembler discrètement quelques affaires... C'est là le fonctionnement habituel de notre conscience, que l'on peut nommer « conscience critique », capable de recevoir une multitude d'informations

plus ou moins importantes, de les intégrer, de les traiter en fonction de nos besoins, et de réagir de façon appropriée.

Reprenons le même exemple mais cette fois le cours est passionnant et l'orateur captivant : j'écoute ce qu'il dit et je n'entends plus les bruits du couloir, je ne vois plus mes voisins, je ne me suis pas aperçue que l'heure du déjeuner était largement passée, d'ailleurs j'ai eu l'impression que cela avait duré une demie heure et non pas deux heures, et même, je n'ai plus ressenti le mal de tête que j'avais en début de cours...que je ressens de nouveau maintenant qu'il est terminé ainsi qu'une bonne faim ! Voilà une transe spontanée. Pour reprendre, cet état de conscience modifié s'obtient spontanément chaque fois que l'attention est focalisée, fixée sur un élément ou une partie de la réalité, pendant un certain temps, et pendant ce temps, nous percevons peu ou pas le reste de la réalité. Il y a réduction de notre champ de perception, concentration de notre attention. Il s'agit donc d'un phénomène naturel que nous expérimentons tous au quotidien, notre conscience oscillant entre ces deux modes de fonctionnement. Ce qui est décrit ci-dessus est une transe spontanée, sans effet thérapeutique particulier. L'hypnose est une technique utilisant cet état dans un objectif thérapeutique défini.

Chez un sujet en transe hypnotique, on peut noter un ensemble de modifications que l'on peut regrouper en quatre thèmes :

- détente mentale, avec abaissement des tensions physiques et psychiques, accompagnée éventuellement d'un sentiment de relaxation physique ;
- absorption, focalisation ;
- désorientation temporo-spatiale ;
- facilitation mentale, diminution du sentiment d'effort²².

²² Collot E. De la dissociation. In : Michaux D. Hypnose et dissociation psychique. Editions Imago 2006 ; p105-119

Une transe hypnotique peut être induite par une tierce personne formée à cette technique, appelée thérapeute, soignant, accompagnateur...selon sa formation initiale. Cette technique peut être apprise au patient qui pourra alors pratiquer l'auto-hypnose.

L'hypnose peut être utilisée dans différents contextes, avec différents buts, en fonction des compétences de celui qui la propose et des besoins du patient. L'une des utilisations bien reconnues actuellement est dans le domaine de la douleur, aiguë ou chronique. Pour une douleur aiguë provoquée (acte chirurgical, soin douloureux), l'accompagnement du patient par un thérapeute l'aidant à entrer en transe hypnotique en se focalisant sur un souvenir agréable lui permettra de vivre ce moment en ressentant peu ou pas la douleur. En douleur chronique, l'utilisation de l'hypnose permettra au patient de mobiliser des ressources internes lui permettant de mieux la gérer. En effet, l'une des caractéristiques de l'état de transe est de permettre au patient d'être plus ouvert à son monde imaginaire (ou inconscient) contenant des ressources, des capacités d'adaptation, de changement qui deviennent accessibles et peuvent être activées.

Le déroulement d'une séance d'hypnose peut se décrire ainsi :

Une phase d'induction pendant laquelle le thérapeute propose au patient d'entrer dans un état hypnotique (proposition car l'hypnose est un processus actif dont le patient est acteur et qui ne peut jamais aller contre la volonté ou le désir de celui-ci) en focalisant son attention sur un élément choisi (un objet, un ressenti, un souvenir...), entraînant une modification des sensations corporelles avec installation d'une détente musculaire, d'un sentiment de confort et une distorsion du temps ;

Physiquement, on peut noter une immobilité, les traits du visage s'aplatissent, la respiration devient plus lente ; si le patient répond à des questions, le temps de latence avant la réponse sera plus long, le débit des paroles ralenti ;

Une dissociation psychique s'installe : le patient peut « prendre de la distance » par rapport à son corps, son environnement et son ressenti habituel ;

Cet état lui permet d'accéder à des possibilités non-utilisées, inconscientes, par un moment de travail intense sur son monde imaginaire, par une mise en relation de son environnement et de sa sensorialité et lui permet de revisiter son corps, la façon dont il gère ses perceptions, ses sensations et ses émotions, dont il ressent sa situation et lui permet de modifier de façon subjective comment il la vit, de vivre un changement dont il est acteur.

« ...l'hypnose, grâce à un mécanisme de focalisation sur un objet, nous éloigne de nos perceptions immédiates, douloureuses éventuellement, physiquement et/ou psychologiquement. Ce phénomène « dissociatif » rend possible un remaniement du fonctionnement de la structure du Soi ou encore permet une modification de la représentation de monde.»²³

La dissociation est un élément majeur de la phénoménologie de l'hypnose, une « condition *sine qua none* de l'état d'hypnose » pour Malarewicz. On peut distinguer plusieurs niveaux de dissociation dans l'état hypnotique²⁴ :

- la dissociation première consiste en la séparation qu'introduit le thérapeute dans l'expérience du sujet entre une partie consciente du sujet (l'observateur) et une partie inconsciente qui gère de manière autonome et non-intentionnelle l'apparition et le développement de certains phénomènes : « vous pouvez être un observateur bienveillant de ce qui va se passer dans votre corps pour amener le soulagement » ;

²³ Collot E. Op. Cit.

²⁴ Halfon Y. La dissociation en hypnose. In : Michaux D. Hypnose et dissociation psychique. Editions Imago 2006 ; p120-133

- d'autres niveaux de dissociation sont possibles : dissociation sujet/corps ou une partie du corps (particulièrement utilisée pour l'analgésie), dissociation entre le corps et le symptôme, dissociation entre le souvenir et l'affect...

L'hypnose a la particularité d'être une méthode établissant un lien étroit entre psychisme et physique. C'est en faisant expérimenter au patient qu'il peut modifier ses perceptions physiques que s'ensuivent des modifications psychiques : son ressenti, ses émotions, son vécu de la situation... La possibilité d'utiliser les ressources de son monde imaginaire lui permet de faire preuve de créativité.

La liste des indications à l'utilisation de l'hypnose est longue, tant dans le domaine médical que psychologique. L'objectif est de permettre à la personne d'utiliser les possibilités offertes par cet état dans des situations où il n'a pas tendance à apparaître spontanément. Le rôle de l'accompagnateur est alors d'induire la transe, puis de la stabiliser et de l'intensifier le temps nécessaire, dans un contexte de confort et de sécurité puis de permettre un retour à une conscience normale. La relation qui s'instaure entre le patient et l'accompagnateur est basée sur la confiance qui ne peut exister que si celui-ci a confiance en lui c'est à dire s'il reste dans son champ de compétences et d'expériences.

J'ai ici détaillé l'utilisation de l'hypnose comme outil pour induire une transe formelle mais l'hypnose est également un outil de communication permettant d'établir un niveau de relation avec le patient d'une grande aide. Il s'agit d'être « en relation » grâce à l'observation du patient (son langage, son canal sensoriel préférentiel, sa position) et la connaissance de certains éléments - ses ressources (centres d'intérêt, croyances, expériences passées et difficultés surmontées...) et ses résistances-, puis d'adapter son langage, les mots utilisés, notre attitude pour s'adapter à la personne en face et communiquer le plus justement et le plus respectueusement possible²⁵.

²⁵ Farcy-Jacquet M-P. La communication hypnotique en consultation courante de cancérologie. In : Virot C. Recherches et succès cliniques de l'hypnose contemporaine. Le souffle d'or 2007 ; p194-208

5. L'hypnose en soins palliatifs

Introduite par quelques pionniers il y a environ dix ans, l'hypnose se développe également dans ce domaine. Une revue de la littérature confirme son utilité et son efficacité en complément des autres outils thérapeutiques.

L'hypnose peut être proposée au patient pour son action sur des symptômes physiques pénibles.

Son utilisation reconnue sur la douleur peut s'appliquer dans ce contexte, que ce soit pour augmenter le confort lors de soins ou de mobilisations douloureuses, mais également pour permettre une meilleure gestion de la douleur chronique ou d'accès douloureux paroxystiques. Dans ce dernier cas, l'apprentissage de l'auto-hypnose sera particulièrement intéressant pour que le patient acquière une autonomie afin de pouvoir l'utiliser même en l'absence du soignant. Cet apprentissage est malheureusement parfois limité par la fatigue du patient. Mais lors d'une possible pratique, le patient peut en retirer un grand bénéfice également psychologique : pouvoir expérimenter une reprise de contrôle sur un corps qui lui échappe, acquérir une autonomie dans une situation de dépendance de plus en plus importante.

La dyspnée est aussi une bonne indication, car l'hypnose est très efficace sur l'anxiété qui en résulte et permet au patient de mieux la contrôler.

Les autres symptômes cités sont l'anxiété elle-même, très souvent présente dans ces situations, l'insomnie, les nausées (en particulier chimio-induites), le prurit, la toux.

Un autre grand versant de l'intérêt de l'hypnose en soins palliatifs -qui est finalement celui qui vient en avant même quand elle est proposée sur un symptôme physique- est l'aide psychologique qu'elle apporte au patient. Comme on l'a vu précédemment, « faire » de l'hypnose à un patient, c'est lui proposer un outil qui lui permette d'accéder à des capacités qu'il possède, de se réapproprier son corps et sa situation. Il peut être acteur du processus de soins. De plus, l'utilisation de l'hypnose instaure un lien particulier entre le thérapeute et le patient, un lien où le patient est replacé au centre de son désir, de ses perceptions et de ses émotions. Si l'hypnose est un outil supplémentaire pour le soignant, elle est également une

attitude vis-à-vis du patient, approché dans sa globalité, avec son histoire et ses capacités. Ce lien thérapeutique particulier prend ancrage sur une disponibilité inconditionnelle du thérapeute dont la présence doit être rassurante, mobilisante et restructurante.

Différentes propositions pourront être faites en fonction de là où se situe le patient. Initialement, lors de l'annonce, la communication hypnotique peut aider à respecter le patient, en s'adaptant à son rythme, son langage, en s'appuyant sur ses ressources identifiées²⁶. Plus tard, l'hypnose pourra être utilisée pour l'aider à contrôler ses douleurs, son anxiété...mais également et grâce à cela, reconstruire un projet de vie autour d'objectifs concrets, réalisables dans un espace temps réduit (la chambre, la fin de vie)²⁷. Et encore plus tard, accompagner le processus de la vie qui s'achève en favorisant un lâcher prise²⁸.

Tout cela doit se faire en respectant les nuances de l'utilisation de l'hypnose en soins palliatifs, qui peuvent se réunir autour de cinq grands principes²⁹ :

Savoir **utiliser** les symptômes que présente le patient ainsi que ses particularités : ses ressources (apprentissage utile, difficulté surmontée), l'utilisation de souvenirs de moments agréables dont la reviviscence peut être parfois délicate à cette phase de la vie où le patient prend conscience de la séparation à venir avec ce que la vie lui a donné de bon, mais parfois très soutenante car permet de profiter encore de ces bonnes choses.

S'adapter à la situation, au patient (sa fatigue, ses symptômes pénibles): proposer des séances courtes, de quelques minutes, à visée symptomatique immédiate. Proposer

²⁶ Farcy-Jacquet M-P. Op. Cit.

²⁷ Deronzier C. Hypnose et faim de vie. Actes du 2^{ème} forum francophone d'hypnose et de thérapies brèves. Editions de l'Arbousier ; 2001 : 187-192

²⁸ Foster A., Cuddy N. et Colombo S. Hypnose en soins palliatifs. INFOKara 2004/4, vol.44 : p143-148

²⁹ Becchio J. D'hypnos à Tanatos, ou du bon emploi de l'hypnose en soins palliatifs. In : Viroc C. Recherches et succès cliniques de l'hypnose contemporaine. Le souffle d'or 2007 ; p152-164

l'apprentissage de l'auto-hypnose et à cette fin, utiliser une technique simple, facile à reproduire.

Créer un changement dont le patient est responsable : lui offrir la possibilité de participer activement au soulagement de sa douleur, de son anxiété...

Mettre du sens : fixer un but aux séances, un objectif réalisable, mettant du sens dans l'existence du patient, avec son désir au centre.

Respecter la personne et son désir profond. Je ne trouve pas mieux ici pour illustrer ce dernier point que de reprendre le vers du poète argentin Antonio Porcha cité par Jean Becchio : « Je t'aiderais à venir si tu viens et à ne pas venir si tu ne viens pas. », témoignant de cet accompagnement respectueux au centre de la démarche palliative.

L'énoncé de ces principes souligne la place légitime de l'hypnose dans son utilisation en soins palliatifs : des soins actifs, fondés sur une approche globale de la personne, dont l'objectif est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle, dans le respect de la dignité de la personne soignée.

6. La problématique et les hypothèses de travail

L'objectif est d'analyser la problématique d'une sidération persistante suite à l'annonce d'une maladie grave incurable et de mettre en évidence des éléments communs avec la dissociation psychique et l'hypnose. Ceci pourrait permettre une approche différente de ce type de situation.

La sidération peut se définir comme une réaction consistant en une paralysie totale, physique, psychique et intellectuelle, de la personne, pouvant être ponctuelle ou se prolonger.

L'annonce peut être considérée comme un traumatisme responsable d'une sidération.

Pour expliquer la persistance de cette sidération, on peut faire les hypothèses suivantes :

- Il existe des points communs entre cet état et une dissociation psychique, comme dans les états post-traumatiques, au niveau corps/esprit : le patient se sent déjà mort (euthanasie psychique lors de l'annonce) alors qu'il est encore en vie physiquement. Son désir de mourir pourrait s'interpréter comme une tentative de réassociation.
- Figé dans l'instant de l'annonce, le patient reste focalisé sur un élément de la réalité, son diagnostic et son pronostic, entraînant l'apparition d'une transe spontanée qui perdure, car la privation de tout espoir empêche qu'un désir autre ne vienne l'en sortir et le remette en mouvement.

Proposer l'hypnose à un patient dans cette situation peut lui être utile :

- elle pourrait permettre au patient sortir de cet état en lui permettant de se réassocier.
- l'hypnose, en allant rencontrer le patient dans son état de conscience modifié, pourrait lui permettre de voir sa situation sous un angle différent et d'introduire du changement et donc du mouvement.

7. Conclusion

L'annonce d'une maladie grave et incurable est un moment très délicat dans le parcours du patient, pouvant entraîner des conséquences psychologiques et du coup physiques dramatiques. Une demande d'euthanasie peut en découler, du fait de l'impossibilité du patient à surmonter ce traumatisme et à retrouver un sens à sa vie.

Cette situation est très complexe à gérer pour les soignants qui y sont confrontés, avec naissance de sentiments d'impuissance et de culpabilité.

L'hypnose pourrait s'avérer être un outil complémentaire utile pour tenter de sortir de ce qui est perçu comme une impasse.

2^{ème} partie : enquête

1. Introduction

La première étape a été une enquête exploratoire afin de rechercher auprès d'autres soignants si la situation que nous avons vécue était unique ou s'ils avaient l'expérience de cas similaires.

Ensuite, il s'agissait de confronter mon souvenir à celui des soignants ayant eu en charge Mr T et aux données de son dossier médical, afin de rechercher des éléments de sidération suite à l'annonce de sa maladie et d'autres expliquant la persistance de cet état. de comprendre le contexte de sa demande d'euthanasie. Enfin, interroger des soignants formés à l'hypnose sur la validité de mon hypothèse et voir s'ils avaient rencontré des patients présentant le même tableau.

2. Méthodologie de l'enquête: présentation du choix des outils

a. Enquête exploratoire : entretiens avec des soignants travaillant avec des patients en soins palliatifs

Après une description de la situation clinique rencontrée, la question était : « Avez-vous rencontré dans votre exercice professionnel des cas similaires ? »

Les personnes interrogées ont été :

- Des médecins et psychologues travaillant avec des patients ayant eu une annonce d'une maladie incurable
- 3 personnes :
 - o 1 psychologue travaillant en unité de soins palliatifs
 - o 1 médecin hématologue
 - o 1 psychologue travaillant dans un réseau de cancérologie

b. Analyse documentaire

La première étape a été l'analyse du dossier médical de Mr T.

Comme cette prise en charge remonte à plus d'un an, cela me permettait de retracer plus précisément l'histoire de ce patient depuis son entrée à l'hôpital jusqu'à son décès :

- d'identifier les moments-clés de sa prise en charge et de chercher une corrélation avec les changements observés chez ce patient ;
- de voir dans quelles circonstances lui avait été faite l'annonce de sa maladie ;
- de rechercher les symptômes présentés par Mr T. et les traitements mis en place ;
- d'observer comment Mr T. était décrit à l'époque par les soignants dans les transmissions paramédicales, l'observation médicale et les comptes-rendus de chacune des rencontres avec Mr T. et sa famille par l'EMSP ;
- de retrouver quels avaient été les soignants en charge de Mr T. afin de les rencontrer pour des entretiens semi-directifs.

Le but était de rechercher si je pouvais identifier un changement brutal dans le comportement de Mr T. à partir du moment où l'annonce de la maladie lui avait été faite, avec l'apparition d'une demande réitérée d'euthanasie à ce moment-là, des éléments pouvant évoquer la persistance d'un état de sidération et le parallèle avec une dissociation psychique de transe hypnotique. J'ai également recherché s'il existait des éléments pouvant expliquer la réaction de Mr T. et la persistance de cet état.

c. Entretiens semi-directifs avec les soignants ayant eu en charge Mr T.

L'objectif de ces entretiens était de rechercher les souvenirs que gardaient les soignants qui avaient eu charge ce patient, la description qu'ils en faisaient sur le plan physique et psychologique et le sentiment que leur avait laissé cette prise en charge.

Est-ce que cela est conforme au souvenir que j'en ai ?

Est-ce que les éléments de cette description confirment l'hypothèse d'une sidération persistante ?

Existe-t-il des éléments évoquant une dissociation psychique?

Les personnes interviewées ont été :

- Dans le service dans lequel été hospitalisé Mr T. : un médecin, une infirmière et une aide-soignante ;
- Dans l'EMSP : une infirmière, une psychologue et ma collègue médecin.

Présentation du but de l'entretien à la personne interviewée :

J'ai présenté l'entretien comme réalisé dans le cadre de mon mémoire de DIU de soins palliatifs, à partir du cas clinique de Mr T., sur la sidération suite à l'annonce.

La consigne initiale était : « Quel souvenir gardez-vous de Mr ? »

La série de thèmes à explorer au cours de l'entretien étaient :

- Description sur le plan physique et psychologique de Mr T. avant/après l'annonce
- La demande d'euthanasie : sa formulation, son interprétation
- Le vécu d'une confrontation à une telle demande
- Le sentiment laissé par cette prise en charge

Les consignes de relance étaient les suivantes:

1. Quel souvenir gardez-vous de Mr T ?
Comment le décririez-vous avant l'annonce de sa maladie, physiquement, psychologiquement ?
Que savez-vous de son entourage socio-familial ?
2. Savez-vous ce qui lui a été dit lors de l'annonce de sa maladie ?
Vous en a-t-il parlé et, si oui, que vous en a-t-il dit ?
3. Comment le décrieriez-vous après l'annonce de sa maladie ?

4. Mr T formulait un souhait réitéré d'euthanasie : vous l'a-t-il exprimé et, si oui, comment l'avez-vous interprété, comment avez-vous répondu ?
5. Dans les semaines qui ont suivi cette annonce, qu'avez-vous noté comme changement, comme évolution chez Mr T ?
6. Quel sentiment vous a laissé la prise en charge de ce patient ?
Avec le recul, avez-vous une idée de ce qui aurait pu aider Mr T à sortir de cet état ?

L'entretien était clôturé par l'explication de mon hypothèse d'une dissociation psychique similaire à celle d'une transe hypnotique et l'idée que l'utilisation de l'hypnose pourrait être utile dans ce type de situation.

d. Entretiens avec des soignants utilisant l'hypnose dans leur pratique professionnelle

Je suis allée interroger des personnes référentes dans le domaine de l'hypnose médicale et possiblement en contact avec des patients ayant eu des annonces de maladies incurables.

L'objectif de ces entretiens était de valider ou invalider mon hypothèse de départ, à savoir :

- Est-ce que l'annonce d'une mauvaise nouvelle comme celle d'une maladie grave incurable peut s'apparenter à un traumatisme psychique susceptible d'induire une dissociation comme lors d'une transe hypnotique ?
- Est-ce que la description du cas clinique de Mr T. leur évoque une telle dissociation ?
- Pensent-ils que l'hypnose aurait pu être utilisée pour aider ce patient à sortir de cet état ?

Méthode :

- Présentation du sujet du mémoire et présentation du cas clinique et des entretiens semi-directifs auprès des soignants

- Question 1: peut-on faire l'hypothèse que Mr T était dans un état de dissociation semblable à une transe hypnotique ?
- Question 2 : aurait-on pu utiliser l'hypnose et, si oui, comment ?
- Question 3 : a-t' il rencontré dans son exercice professionnel des cas similaires et, si oui, quelle a été sa démarche et quels ont été les résultats ?

Les personnes interrogées ont été :

- Dr Claude Virot, psychiatre, directeur du centre de formation à l'hypnose Emergences à Rennes, pratique l'hypnose depuis plus de vingt ans ;
- Dr Jean Becchio, médecin, ayant une consultation de la douleur et exerçant deux matinées par semaine dans l'unité de soins palliatifs de Paul Brousse-Villejuif ;
- Antoine Bioy, psychologue clinicien et hypnothérapeute dans l'Unité de prise en charge des douleurs et des soins palliatifs-CHU Bicêtre, formateur à l'Institut Français d'Hypnose

e. Analyse bibliographique

J'ai recherché des articles et des ouvrages d'abord dans le domaine des soins palliatifs traitant de l'annonce d'une maladie grave et des demandes d'euthanasie.

Dans les premiers, j'ai recherché à éclaircir le terme de sidération pour voir si la description qui en était faite pouvait se rapprocher d'une dissociation psychique. Dans les écrits sur les demandes d'euthanasie, j'ai cherché les circonstances dans lesquelles elles pouvaient survenir et comment les soignants qui y étaient confrontés réagissaient.

Mots-clés : annonce, sidération, demande d'euthanasie

Dans la littérature du domaine de l'hypnose médicale, j'ai cherché des articles ou ouvrages traitant du traumatisme psychique, de la dissociation et de l'emploi de l'hypnose en soins palliatifs.

Mots-clés : hypnose, dissociation, traumatisme

3. Présentation des données et interprétation

a. Enquête exploratoire

- Echange avec Sophie Bernard, psychologue

S.B. réalise sa thèse sur l'état de « mélancolisation » observé chez certains patients suite à l'annonce d'une maladie incurable, d'un point de vue psychanalytique (Lacan).

La description que je lui donne de Mr T. lui évoque bien cet état.

Forme de mélancolisation : patient déjà mort à partir de l'annonce.

Cet état est différent de la sidération survenant au moment de l'annonce, se traduisant par une incapacité à penser, à écouter ce qui est dit, avec nécessité de redonner ultérieurement les informations données à ce moment là.

La fréquence de cet état de mélancolisation est mise en rapport avec une certaine forme d'annonce. S.B. rencontrait régulièrement cet état chez des patients avec le précédent médecin en exercice qui s'attachait à ce que le patient entende l'information qui lui était donnée, en revenant dessus si nécessaire sous forme de martèlement. Actuellement, depuis le changement de médecin, elle n'a plus rencontré de patients présentant cet état. Lors des annonces, il y a des précautions prises avec repérage de là où se situe le patient dans sa maladie, ce qu'il semble en mesure d'entendre...

Les patients qu'elle a rencontré ayant présenté cet état y sont restés jusqu'à leur décès.

- Dr Le Coz (service d'hématologie)

Dr L.C. a rencontré des patients sidérés suite à une annonce, mais chez qui cet état ne durait que quelques jours.

Dans de rares cas, cet état de sidération perdurait mais s'accompagnait d'une flambée de la maladie conduisant rapidement au décès du patient, avec impossibilité de désintriquer le physique et le psychologique.

- Echange téléphonique avec la psychologue du réseau d'oncologie :

En trois ans d'exercice, elle a rencontré une patiente dont l'état semble similaire à celui de Mr T. : après l'annonce de la récurrence de sa maladie, elle s'est dite « morte » à partir de ce moment là, et n'a jamais changé de discours jusqu'à son décès un mois plus tard. Elle décrit avoir rencontré plus souvent des patients sidérés par l'annonce, mettant du temps à se décaler de ce qui leur avait été dit ce jour-là. Mais il finissait par y avoir un changement de leur état.

b. Analyse documentaire

Dossier médical de Mr T. (annexe 1)

Tout d'abord, il semble que Mr T. soit de nature peu communicatif. Il est d'emblée décrit comme quelqu'un s'exprimant peu. Sa femme dira à la psychologue de l'équipe que c'était un « homme de peu de mots ».

La deuxième chose qui ressort est l'enchaînement très rapide entre le début de ses symptômes (début février) et le moment où le diagnostic est posé, avec le caractère grave et incurable de la maladie annoncé au patient, lors de sa deuxième consultation avec l'oncologue fin mars, un mois après son entrée à l'hôpital. En à peine deux mois, Mr T. est passé du statut de « bien portant », qu'il avait eu du reste tout au long de sa vie, n'ayant aucun antécédent médico-chirurgical notable, à celui de malade, atteint d'une affection grave et incurable, dont

l'évolution serait telle que le retour à domicile est difficile à envisager, ce qui lui est dit par l'oncologue lors de cette consultation. Un mois après être entré à l'hôpital pour des douleurs de sciatique, il s'entend dire qu'il va finir sa vie à l'hôpital dans un avenir très proche.

La période d'incertitude, d'aggravation progressive, permettant de se préparer à une telle éventualité a été quasiment inexistante, avec le risque d'une annonce particulièrement traumatisante.

Les circonstances de l'annonce n'ont pas été optimum : la consultation avec l'oncologue s'est faite en-dehors du dispositif d'annonce, laissant vraisemblablement supposé un temps de consultation bref (ceci est dit en connaissance des temps de consultation habituels des oncologues malheureusement surchargés). De plus, Mr T. était seul lors de cette première consultation et n'a pas eu la possibilité d'en parler le jour même, étant revenu tardivement dans le service.

Mais on voit bien que c'est surtout la deuxième consultation, où il apprend le caractère incurable de son cancer, qui le laisse sous le choc, figé, avec comme conséquence la perte de tout espoir, probablement renforcé par l'annulation de sa première cure de chimiothérapie quelques jours après seulement. La difficulté d'un retour à domicile évoquée lors de cette consultation par le médecin a, probablement, contribué à l'impossibilité pour Mr T. d'investir l'avenir puisqu'il s'agissait quasiment du seul désir qu'il ait exprimé et qui, malgré notre désir de travailler dans ce sens, s'est heurté au refus de sa femme et rapidement à la résignation de Mr T. et à l'extinction de ce seul souhait. A partir de ce moment, Mr T. organise ses obsèques, jusqu'au choix de ses vêtements, puis ne souhaite qu'une seule chose : que l'on mette fin à ses jours. La seule variation dans sa demande, c'est de passer d'une demande pressante que l'on accélère les choses, à parfois la demande qu'on arrête tout traitement et que cela se termine au plus vite.

Face à sa demande d'euthanasie initiale, le médecin de l'EMSP a expliqué qu'on ne pourrait accéder à son souhait mais a évoqué la possibilité d'une sédation si la situation devenait insupportable pour lui. A partir de ce moment-là, le patient réclamera à être sédaté ou endormi.

A deux reprises, une brèche s'est faite dans son discours. Une première fois avec la psychologue de l'équipe, qui en essayant cerner les motifs de sa demande, a senti que l'inconfort physique n'était peut-être pas absent dans son désir d'en finir. Une seconde fois où il n'a plus évoqué de lui-même la sédation et parlait le même jour avec plaisir de la visite de ses petites-filles en souhaitant les revoir plus souvent. Mais dès l'après-midi, il demandera à être « sédaté pour de bon ». Quand je repasse deux jours après, il demande clairement à être endormi, de jour comme de nuit, de façon définitive, précisant qu'il fait cette demande depuis quatre semaines

La seule personne de son entourage familial réellement présente est sa femme, qui ira toujours dans le sens de ce que demande son mari, sans jamais parler d'elle, de ses souhaits. Sa seule réponse était que « puisqu'il allait mourir, cela lui semblait normal qu'il veuille mourir maintenant ». Sans aucunement mettre de jugement, on peut dire qu'elle n'a pas pu ou qu'elle ne souhaitait pas soutenir un désir de vie chez son mari. Peut-être que devant la souffrance morale de celui-ci, elle ne voyait pas d'autre possibilité pour qu'il soit soulagé que sa mort, le plus rapidement possible, surtout après qu'il ait « terminé ce qu'il avait à faire ».

Dans les transmissions des soignants du service, on apprend que Mr T. supporte très mal sa dépendance physique et son incontinence, qu'il voit comme une « déchéance », et qui s'accompagne régulièrement d'une demande plus pressante que l'on mette fin à ses jours. C'est un point qu'il n'abordera jamais avec nous (je fais référence aux différentes personnes de l'EMSP).

On lit également que les symptômes physiques sont présents, même s'ils ne sont pas majeurs. Une première baisse du moral est notée quand il présente un épisode d'intolérance alimentaire. Les douleurs physiques seront généralement bien contrôlés mais non nulles. Il faudra également un certain temps pour trouver le traitement adéquat lui permettant de bien dormir.

Mais lors de nos rencontres, les plaintes concernant ces symptômes étaient toujours très peu présentes dans le discours de Mr T. qui ne s'articulait qu'autour de son souhait d'en finir le

plus vite possible. On ressent la difficulté de s'écarter de cette demande, de s'en dégager pour essayer de mieux la cerner, de trouver ce qu'elle peut recouvrir et que l'on pourrait résoudre pour diminuer la souffrance morale de MrT. autrement qu'en accédant à sa demande.

De même, alors que les douleurs sont bien soulagées et qu'il n'y pas d'impossibilité physique à se mobiliser, les notes des soignants sont conformes à mon souvenir. MrT. reste au lit, immobile, prostré, figé dans une position presque fœtale, recroquevillé sur lui-même, refusant d'aller au fauteuil, gardant les yeux fermés...sont les termes employés.

On peut conclure de cette analyse que :

- L'annonce s'est révélée particulièrement traumatisante, au regard de ses circonstances et du fait que le patient n'était vraisemblablement pas prêt à recevoir de telles informations ;
- La première conséquence a été un état de sidération, avec une fixation sur l'idée de sa mort, avec perte de tout espoir, impossibilité de mettre un sens à ce qu'il vivait, associée à un sentiment de déchéance ;
- Cela a entraîné une demande d'euthanasie, qui s'est transformée en demande de sédation qui lui avait été présentée comme une alternative possible, si sa souffrance devenait impossible à supporter ;
- L'aspect figé de son discours se retrouve sur le versant physique caractérisé par l'immobilité ;
- Malgré le temps laissé à la réflexion, les essais des différents soignants pour faire émerger autre chose, rien n'a fait sortir Mr T. de son état, de sa demande, à de rares et très brèves exceptions près, et ce, jusqu'à la mise en place de la sédation suivie rapidement de son décès.

c. Entretiens semi-directifs

Entretien avec la psychologue de l'EMSP retranscrit en annexe 2.

Le choix de mettre cet entretien en annexe découle du fait qu'il illustre clairement le caractère figé du patient.

La première chose à noter est que toutes ces personnes se souviennent très bien de ce patient plus d'un an après. Cette histoire a frappé les esprits par le côté exceptionnel de la demande d'euthanasie qu'il faisait. Une infirmière, ayant plus de vingt ans d'exercice derrière elle, me dira : « c'était la première fois que je vivais ça ».

Le deuxième point qui ressort est le changement radical de son comportement après l'annonce de sa maladie souligné par les soignants qui l'ont connu avant. En recoupant avec l'analyse de son dossier médical, il semble qu'il y ait eu deux temps : un premier après qu'il ait eu connaissance de son diagnostic, avec une phase de colère et de révolte, où il s'exprimait, selon une aide-soignante, et un second après la deuxième consultation avec l'oncologue, où il a appris le caractère très sévère et sans traitement curatif possible de son cancer. C'est alors que tout le monde note un changement radical. Le médecin qui l'avait vu à son entrée « ne le reconnaît plus », et la même description revient dans tous les entretiens : « ça a basculé au moment de l'annonce », il s'est replié sur lui-même, il s'est renfermé, bloqué... Il a « très bien compris son problème », il était « très réaliste, très lucide, presque trop ». Il ne reviendra jamais sur cette annonce, ce qui a été dit, comment, ce qu'il a ressenti... Tout se passe comme s'il n'avait entendu et retenu qu'une seule chose : « de toute façon, c'est foutu ». Il semble bien dans un état de sidération, figé sur cette mort annoncée, dont la seule chose qui va émerger est sa demande d'euthanasie.

Personne ne se souvient des termes employés avec exactitude. Même l'autre médecin de l'EMSP, qui avait reçu cette demande dans les tous premiers temps, se fait la remarque, que, « bizarrement », elle ne se souvient plus des mots exacts, alors qu'elle a une très bonne mémoire des patients et de ces choses, et qu'elle se souvient bien d'autres demandes plus anciennes. Elle se rappelle « un discours à l'image de son physique : un truc sans émotion, sans affect, genre : il n'y a plus d'espoir, il faut en finir, point », faisant ressentir un décalage

entre le contenu de la demande et sa forme. Ce côté « très cru, sans nuances de sa demande » a amené la psychologue à s'interroger *a posteriori* sur la structure psychique du patient, y voyant la possibilité d'une structure psychotique.

Ce qui est par contre retenu, c'est que c'était une demande « précise et répétée, pas ponctuellement comme pour certains patients ». Le patient ayant été rapidement informé qu'on ne pourrait accéder à sa demande, réclamera ensuite qu'on l'endorme : « un corps presque sans esprit, voilà ce qu'il demandait, à défaut de pouvoir mourir ». Lorsqu'il est interrogé sur ce qui le pousse à faire une telle demande, c'est la perte de tout espoir et l'absence de sens à ce qui lui arrive qui ressort : « puisque c'est foutu, je ne vois pas pourquoi j'attendrais », « il ne pouvait plus s'investir... il n'y avait plus de sens au temps qui restait, tout n'avait plus aucun sens ». L'aide-soignante souligne qu'il « était primordial pour lui de ne pas perdre sa dignité » ; il est effectivement pointé dans les transmissions des soignants qu'il a beaucoup de mal à accepter les changes qui devront être mis, conséquence de son incontinence. Mais il ne l'évoquera jamais quand on abordera avec lui ce qui motive sa demande « d'en finir ». Pour ce qui est des symptômes physiques, tous les interviewés s'accordent à dire qu'ils étaient peu présents, en tout cas, qu'ils n'étaient pas mis en avant par le patient.

Habituellement, les patients présentant une sidération suite à une annonce en sortent au bout de quelques jours. C'est un état de paralysie transitoire, puis les patients se remettent en mouvement. Mais là rien ne bouge. Et cette immobilité se retrouve à la fois sur le plan psychique et physique, dans le discours de tous les soignants.

Un corps figé, toujours dans la même position, allongé au fond de son lit, alors que physiquement, même s'il est amaigri, son corps ne « fait pas abimé par la maladie » et que rien ne l'empêcherait de bouger (non-algique, pas d'asthénie majeure initialement). Même son visage est lisse, sans expression, le regard vers le plafond ou les yeux fermés, « comme s'il était déjà mort ».

Sur le plan psychologique également, les choses semblent figées. C'était « tellement stationnaire que c'en était déprimant ». Là où on peut voir « habituellement une évolution

dans la demande (...) quelque chose qui se noue dans le temps, un lien ... », « rien n'a bougé d'un iota ». Ce qui laissera à ma collègue le sentiment de n'avoir qu'un seul souvenir de lui, comme si elle ne l'avait vu qu'une seule fois. Il a livré très peu d'éléments sur lui-même, n'a jamais vraiment parlé de lui. Quand on entend les soignants en parler, il semble qu'il n'existait que dans cette demande d'euthanasie, « comme si il était tellement là-dedans qu'il n'y avait pas de place pour autre chose ».

L'expression de ses émotions également était très pauvre, voire inexistante, une forme de « mort des émotions ». Pour certains, il était très triste, même si « rien ne sortait », pour d'autres c'était plus une résignation radicale, accompagnée d'une grande lassitude. Il n'y avait également aucun désir qui émergeait : « aucun désir vivant en mouvement » qui caractérise la personne en vie.

Cela n'a laissé aucune « accroche » possible, ni du côté des émotions, ni du côté du désir, pour repartir vers « autre chose que son souhait de mourir ». Et ainsi jusqu'au bout, malgré les tentatives de chacun, avec une impression d' « absence de mouvement psychique », comme si sa seule défense vis-à-vis de l'insupportable réalité de sa mort à venir avait été le « choix de partir et de rester figé dans son idée ».

Ma collègue médecin de l'EMSP s'interroge sur le terme de sidération qu'elle a employé initialement devant cette absence d'évolution : « ce n'était pas une sidération, c'était une mort ».

Quand ils ont été interrogés sur l'entourage familial de Mr T., le même constat revient : son épouse, présente presque tous les jours, a déstabilisé les soignants par sa réaction. Elle ne s'est jamais vraiment positionnée par rapport au choix de son mari, ne faisant qu'abonder dans son sens mais sans conviction, plutôt par fatalisme : « les choses étaient comme ça ». Et ses enfants ont surpris par leur absence, certains se demandant même s'il en avait. Mr T. ne les évoquait jamais et n'a « pas souhaité les revoir ou qu'on les prévienne avant la mise en place de la sédation ».

Les sentiments laissés par cette histoire sont variables mais plutôt négatifs. Même si l'on a fait au mieux de ce qu'on pouvait et qu'il persiste nécessairement un doute sur ce mieux avec

lequel il faut faire, même s'il n'y a pas de sentiment de culpabilité, parce qu'après tout, « ça ne serait pas arrivé si cela avait été mieux annoncé » ou parce que « on n'a pas abandonné le patient... on a un peu respecté son choix » et que « s'il n'avait pas de désir, ça lui appartient », on sent confusément que cette prise en charge a laissé un malaise, le sentiment d'être passé à côté de quelque chose ou d'avoir répondu à côté. Il reste « difficile à envisager qu'on ait eu que cette possibilité là de soulagement », voire on peut se questionner s'il ne s'agissait pas de faire taire, non pas le patient, mais « notre souffrance à nous qui fait que tu finis toujours par proposer un truc ».

Pour conclure, on peut dire qu'il ressort de l'analyse de ces entretiens :

- L'annonce de sa maladie et de son caractère incurable s'est révélée être un traumatisme que Mr T. n'a pas pu surmonter ;
- La conséquence en a été, plus qu'un état de sidération, une sorte de « mort avant la mort » avec perte complète de l'élan vital, de tout espoir et tout désir, de toute émotion, de tout mouvement ;
- Cet état a perduré, dans une immobilité tant physique que psychique, sans évolution notable ;
- Sa demande d'euthanasie, qui s'est transformée en demande de sédation présentée comme alternative, semble liée à la perte de tout espoir et de tout élan vital, avec peut-être une difficulté à supporter sa perte d'autonomie vécue comme une perte de dignité ; ce souhait de mourir « le plus vite possible » n'a pas rencontré de résistance de la part de son entourage familial ;
- L'accompagnement de ce patient a laissé globalement un sentiment d'insatisfaction chez les soignants.

Avec quelques éclairages complémentaires, tous ces témoignages sont venus confirmer mes propres impressions.

d. Entretiens avec des professionnels reconnus dans le domaine de l'hypnose

Entretien avec le Dr Virot, psychiatre

Au vu de la description de Mr T. que je fais selon mon souvenir, et avec la lecture des entretiens semi-directifs, ainsi que les données de l'analyse du dossier médical, le Dr Virot me confirme que l'hypothèse d'une dissociation déclenchée par le traumatisme de l'annonce est tout à fait plausible. Il évoque le concept de transe spontanée négative (*infra* 3^{ème} partie).

L'utilisation de l'hypnose lui paraît difficile si le patient était non-demandeur, mais peut-être qu'il y aurait eu la possibilité de lui proposer comme aide pour le soulager des symptômes pénibles qu'il signalait parfois (troubles du sommeil, nausées) et, grâce à cette porte d'entrée, peut-être permettre au patient de sortir de cet état.

Il n'a jamais rencontré de patients dans un état similaire, ce qui, après réflexion, n'est pas surprenant, car exerçant en ville, cela implique que le patient fasse la démarche de prendre un rendez-vous, difficilement pensable pour des patients dans cette situation physique mais surtout psychique.

Réponse du Dr Becchio (par mail)

« Comme je le dis en introduction de mon cours sur l'annonce, "Pas facile et pas de recettes". Je n'ai pas assez d'éléments pour "juger", ce que je n'aurais pas fait non plus en présence de ces éléments "absents". Je vais donc donner quelques impressions. »

« Le patient élabore peu et exprime cette phrase cinglante "c'est foutu". La famille paraît adhérer à cette perception qui colle à la réalité. Les soignants n'arrivent pas à saisir cette "valise sans poignée". »

« Il me semble que l'évolution vers la fin fut rapide et ce manque de temps peut expliquer une partie du problème. »

« L'annonce survient après un temps de diagnostic qui nous permet de détecter et d'utiliser les moyens de défense naturels du patient. La colère signalée après le premier entretien a sans doute permis de pratiquer ce travail. Ce travail de prospection permet de définir les ressources du patient (liens familiaux, espace professionnel, spiritualité +++, philosophie de vie, valeurs essentielles, peurs). Tout cela sera utilisé le jour de l'annonce. L'annonce elle-même est moins difficile à réaliser dans un cadre pluridisciplinaire ; c'est peut-être ce qui a été fait dans le cas de ce patient. »

« Même si tout cela a été bien réalisé, il peut arriver que des patients réagissent comme tu le décris. Que faire ? Reprendre les éléments des consultations pré annonce pour y chercher des "poignées d'accroche". L'image corporelle du patient paraît un point important et peut-être utilisée en effectuant un glissement "sémantique" de l'image corporelle à l'image psychologique. Pour ces patients "sidérés", l'hypnose est un excellent outil que l'on utilise dans le sens désiré par le patient : calmer l'esprit, en fournissant des images porteuses de métaphores du changement. Nous utilisons lors de ces séances les éléments fournis dans les entretiens pré-annonce (lorsque nous les possédons, sinon nous travaillons avec la famille pour les obtenir). Dans ces moments pas faciles, l'exploration de l'espace spirituel ou philosophique peut aider, paradoxalement en enclenchant des réactions émotionnelles importantes, orientées ensuite vers le confort psychique comme tu l'as vu lors de ton stage. Tu vois, Christel, je n'aurais pas fait grand chose de plus que ton équipe et je me poserais aussi les mêmes questions que vous. »

Réponse de Mr A.Bioy (par mail, puis échange téléphonique)

« Les états de sidération sont assez communs effectivement comme signe au moins d'une effraction psychique. Par contre, je n'en ai jamais rencontré qui durent aussi longtemps et donc pas d'hypnose spécifiquement pour cela. »

« Pour autant, une petite remarque conceptuelle : être en état de sidération ou de dissociation ne veut pas dire pour autant que l'on est dans une forme d'hypnose négative ; ces états pouvant exister largement en dehors de l'hypnose en tant que telle. Vous pouvez l'assimiler à cela pour envisager une ligne d'approche thérapeutique par hypnose, mais de façon presque métaphorique. Mais pas affirmer qu'il s'agit d'une forme d'hypnose (car pour cela, il faut

certes un état modifié de conscience mais aussi d'autres données, notamment relationnelles et que soient respectés des critères, comme la suggestibilité accrue, sentiment d'involontarité, etc.). Si on réduit l'hypnose à un état, alors cela veut dire que tous les patients sidérés, une bonne frange de tous les patients psychiatriques (schizophrènes, boulimiques, toxicomanes etc.), les simples absorptions de l'attention continue, certains patients mutiques en salle de réveil, etc. sont en transe hypnotique! C'est une généralisation du concept d'hypnose qui est très discutable puisque rentre dans une négation des critères du concept lui-même. »

« Il existe bien une transe spontanée, mais la transe n'est pas spécifique de l'hypnose. On la rencontre en état de méditation, dans les trances rituelles traditionnelles (Bali, marche sur le feu...), etc. La transe engage une dissociation psychique, mais là encore toute dissociation n'est pas de l'hypnose, puisqu'on la retrouve dans le champ de la psychopathologie, par exemple. »

« Erickson disait que l'on entre en transe spontanée à peu près toutes les 90 minutes et que l'hypnose permettait de "se saisir" de ces moments pour les amplifier ou à d'autres moments, les provoquer. »

« Mais "entrer en transe" (c'est à dire en état modifié de conscience") ne suffit pas à définir l'hypnose. Non seulement elle engage des données particulières (absorption de l'attention, suggestibilité, dissociation), des caractéristiques données (détente mentale, modification dans la perception de soi, principe d'involontarité...) mais surtout elle implique forcément des données relationnelles (communicationnelles et inter-subjectives). »

« Je crois que le point important est : il faut qu'il y ait une forme de transe pour parler d'hypnose, mais tout état de transe ne définit pas un moment d'hypnose (sauf par abus de langage, et ça il est vrai qu'on en fait tous!). »

4. Conclusion :

La situation à laquelle nous avons été confrontés avec Mr T. est exceptionnelle et il faut espérer qu'elle le soit de plus en plus avec la prise de conscience par les professionnels du monde médical de la difficulté d'une annonce et la réflexion qui en découle. Le témoignage

de la psychologue de l'USP va bien dans ce sens. N'ayant pas les connaissances requises dans le champ de la psychologie et de la psychanalyse, je ne peux malheureusement pas plus m'appuyer sur son analyse.

Concernant cette situation particulière, l'analyse des documents et des entretiens avec les soignants montrent que l'annonce a constitué un moment-clé ayant entraîné un changement radical chez Mr T.

L'état de Mr T. est caractérisé par son immobilité physique et psychique, sans évolution jusqu'à son décès. L'autre point notable est l'expression unique et constante de son désir de mort immédiate ne laissant place à rien d'autre, et l'absence d'affects associés.

On peut appeler cet état sidération, c'est-à-dire figé dans l'instant où sa mort à venir lui a été annoncée, et on peut dire qu'il est resté dans cet état jusqu'à la mise en place de la sédation, suivie de son décès.

On peut cependant nuancer cette affirmation car on peut identifier deux phases. Les premiers jours, il est resté prostré, s'exprimant peu ou pas, puis il demande que l'on mette fin à ses jours et cela jusqu'à la fin. On peut donc penser que Mr T. est sorti d'une phase initiale de sidération. Néanmoins, on voit bien que ce qui caractérise ce qui va suivre est l'immobilité avec un patient figé sur ce qui lui a été annoncé et qui conditionne son unique demande, qui est une demande d'euthanasie.

3^{ème} partie : discussion

1. Introduction

Maintenant que les circonstances de l'annonce et l'état de Mr T. sont bien décrits, reste à discuter au regard de la littérature si :

- l'annonce peut s'apparenter à un traumatisme et sur quels critères ;
- l'état du patient peut être considéré comme une sidération et quels sont les facteurs qui ont pu contribuer à la persistance de cet état ;
- un parallèle peut être fait entre une sidération persistante et 1) une dissociation psychique ; 2) une transe spontanée ; et si oui, est-ce que les caractéristiques de ces deux concepts permettent d'expliquer la persistance de cet état ?

Enfin, si ces hypothèses sont validées, l'hypnose pourrait-elle être un outil utile dans cette situation ?

2. L'annonce comme un traumatisme ?

Dans le cas de Mr T., on retrouve des éléments bien décrits par la littérature au sujet de l'annonce et de ses répercussions permettant de dire que l'annonce a constitué un traumatisme pour le patient et qui peuvent expliquer en partie sa réaction.

On peut identifier des facteurs prédictifs d'une annonce difficile à recevoir :

- les éléments contextuels : la rapidité du déroulement des événements entre l'apparition des signes de sa maladie et l'annonce du diagnostic du cancer puis de son caractère incurable qui, comme l'explique M.Ruzniewski, ne laisse pas au patient une période d'adaptation et expose à une annonce particulièrement violente ;

- les éléments propres au patient :
 - o la personnalité du patient : discret et peu communicant. D'après l'aide-soignante qui s'en est beaucoup occupée : «il avait autre chose de lourd peut-être, il y avait déjà un mal être », ce qui va dans le sens de l'hypothèse de la psychologue : présence d'une structure de type psychotique, reprise par A.Bioy ;
 - o possibilité d'une désagrégation familiale (éclatement familial fonctionnant en "sous-unités" autonomes n'ayant que peu de liens les uns avec les autres et donc peu de dynamique groupale) au vu de la réaction des différents membres de la famille.

Et comme facteurs d'annonce traumatisante :

- le déroulement de l'annonce : hors du cadre du dispositif d'annonce, consultation en fin de journée ne permettant pas d'en reprendre le contenu avec le patient le jour même, durée de la consultation vraisemblablement bref, patient vu seul, sans son entourage ;
- le contenu de l'annonce : nous ne savons pas les termes exacts employés par l'oncologue ; nous savons que lors de la 2^{ème} consultation, le caractère incurable de son cancer lui a été annoncé ainsi que la probable impossibilité d'un retour à domicile, informations que Mr T. ne semblait pas prêt à recevoir, ce qui peut être supposé chez ce patient, lequel ne posait aucune question depuis son entrée, en particulier concernant les résultats des différents examens (« il n'était pas demandeur du tout » affirme le médecin du service où était hospitalisé Mr T.)³⁰ ;
- la conséquence de ce contenu : privation de tout espoir. On voit bien que ces informations ont ôté toute forme d'espoir chez Mr T. et que cela a pu contribuer à

³⁰ Abiven M. Op. Cit.

accélérer la fin de sa vie, en augmentant sa désorganisation psychologique et le rendant incapable d'assumer la souffrance du deuil ³¹.

3. Sidération et facteurs ayant contribué à la persistance de cet état

Suite à cette annonce, Mr T. est décrit comme sidéré : sous le choc, prostré, s'exprimant peu. Il se referme, ne communique plus et, quand il reprendra la parole, ce sera pour se dire « foutu » et ne demander qu'une seule chose : que l'on mette fin à ses jours.

Dans le déroulement des événements suite à cette annonce, on peut relever comme ayant pu contribuer à maintenir cet état :

- l'annulation de la 1^{ère} cure de la chimiothérapie due à l'altération de son état général qui a pu contribuer à l'accentuation de la perte de tout espoir ;
- la dégradation physique de Mr T. assez rapide dont on peut se demander si elle est due à la maladie seulement ou à l'état psychologique du patient ;
- l'échec de l'organisation d'un retour à domicile, dont l'idée même n'a pas pu être travaillée avec le patient car se heurtant au refus de l'épouse, probablement suite, au moins en partie, au discours de l'oncologue ;
- la réaction de son entourage socio-familial : son épouse, dont le seul discours était à l'identique de celui de son mari, dans l'absence d'espoir et donc de sens, le rejoignant dans sa demande de mettre fin à sa vie, la quasi-absence de ses enfants ; sa famille, trait d'union qui relie le patient à «sa» vie³², n'a pas pu tenir ce rôle ;
- l'évocation de la sédation car :

³¹ Aubry R. Annoncer un diagnostic difficile ou un pronostic péjoratif : vérité et stratégies de communication. Médecine Palliative juin 2005 ; N°3 : p125-133

³² Ibid.p127

- elle n'a pas été différée par rapport à la demande d'euthanasie du patient : elle a été proposée comme une alternative dès le début ;
- elle a resurgi à un moment où le patient ne l'évoquait pas spontanément, pouvant contribuer à enfermer le patient dans cette demande ;
- elle n'induit pas quelque chose du côté du désir de vivre.

On voit donc qu'il y a eu un certain nombre de facteurs concourant à rendre l'annonce particulièrement traumatisante pour Mr T. entraînant cette sidération et d'autres qui ont pu contribuer à la persistance de cet état. Mais sont-ils suffisants à expliquer la persistance de la sidération ?

Si je reprends le cas de Mr T. et la description des soignants, on peut retenir comme rentrant dans la définition d'un état de sidération :

- l'absence totale d'évolution ;
- l'absence totale d'un autre désir ou d'un autre projet, ainsi que l'absence de tout espoir ou de sens ;
- l'impossibilité d'aborder autre chose, ou plutôt de l'aborder sous un autre angle, à de rares et toujours très fugaces exceptions près ;
- l'immobilité physique et psychique ;
- l'absence d'expression de ses émotions.

4. Points communs avec une dissociation psychique

Au vu de la littérature, on peut retenir comme bien établis les points suivants :

- l'annonce d'une maladie grave incurable peut être vécue comme un traumatisme par le patient ;

- le traumatisme peut être défini comme un « événement brutal, violent ou perçu comme tel, lors duquel l'intégrité de la personne est mise en danger sur les plans physiques et/ou psychiques », soit une effraction qui brise ou submerge, immobilise ou anéantit les défenses du psychisme du sujet³³.
- cette effraction peut entraîner une anesthésie des sensations, une incapacité à un donner un sens, laissant la personne figée, dans une sorte d'arrêt sur image, de paralysie, bloquant la totalité de l'individu tant sur le plan psychique que physique, correspondant à la sidération. Cette suspension peut être ponctuelle ou se prolonger.
- la dissociation psychique est associée à la sidération de deux façons :
 - o au moment du traumatisme, le sujet paralysé se dissocie pour échapper à une réalité jugée insupportable ;
 - o à la suite du traumatisme, dans le sens où une partie du sujet est resté figé dans ce temps T, alors que l'autre, forcée par le mouvement du temps, poursuit sa route.

Sidération et dissociation sont donc liées. Si la sidération semble perdurer, c'est peut-être parce que la dissociation persiste, c'est-à-dire que le sujet n'a pas réussi à se réassocier.

Je ne peux entrer ici de façon détaillée dans le concept de dissociation psychique, qui fait l'objet d'une vaste littérature dans le domaine de la psychologie et de la psychiatrie.

Depuis son introduction à la fin du XIX^{ème} siècle par Pierre Janet, qui a appelé dissociation l'état altéré de conscience produit par le traumatisme jusqu'à nos jours, où il est repris dans le DSM-IV sous le terme « trouble dissociatif de l'identité », le concept de dissociation a évolué. Actuellement, on pourrait qualifier le mot dissociation de « fourre-tout », tant il est utilisé dans des situations différentes : dissociation dans la psychose, troubles dissociatifs

³³ Van Loey C. Du microtraumatisme à la guérison. Editions Dangles ; 2009 p28

(conversion, stupeur, amnésie, fugue), dissociation dans les situations traumatiques, dissociation dans l'hypnose, dissociation induite par certains rituels religieux ...³⁴

La dissociation à laquelle je fais référence dans le cas de Mr T. est le concept utilisé en hypnose. Ce n'est pas celle du domaine de la psychiatrie (psychose, troubles dissociatifs) ou de la psychologie quand elle est définie comme rupture de l'unité psychique.

Pour certains, il y aurait un continuum entre les états dissociatifs dits « ordinaires » et les états dissociatifs « pathologiques ».

La dissociation ordinaire serait un fonctionnement normal et quotidien, permettant de se concentrer son attention sur le monde intérieur ou sur un élément spécifique, tout en maintenant une attention flottante à l'environnement. Ceci correspond à l'état de transe spontanée.

Dans le domaine de l'hypnose, Milton Erickson donne cette définition de la dissociation : « on pourrait ainsi définir l'hypnose comme un état de suggestibilité artificiellement accrue, semblable au sommeil, dans lequel il semble y avoir une dissociation entre les éléments « conscients » et « subconscients » du psychisme, dissociation normale, limitée dans le temps et n'intéressant que certains stimuli ».

Ce qui retient mon attention est son utilisation dans le champ du traumatisme et celui de l'hypnose. C'est d'ailleurs ce rapprochement qui a amené l'utilisation reconnue de l'hypnose dans le syndrome de stress post-traumatique.

Je suis initialement partie sur l'hypothèse d'une similitude entre l'état de Mr T. et le syndrome de stress post-traumatique, l'annonce constituant le traumatisme. Mais les symptômes retenus pour ce diagnostic dans la définition du DSM-IV dressent un tableau clinique qui n'évoque pas celui de Mr T.

³⁴ Michaux D. Hypnose et dissociation psychique. Editions Imago ; 2006 p9

On peut cependant retenir certains points communs, dont l'intérêt est d'éclairer ce rapprochement entre l'état pathologique post-traumatique et l'état hypnotique³⁵.

Pour expliquer le phénomène de dissociation dans les situations traumatiques, on peut s'appuyer sur le schéma de la réaction de l'animal face au danger, qui a le choix entre fuir ou attaquer et, si aucune de ces options n'est possible, l'immobilité (« *freeze* »), correspondant à la sidération. Cette sidération peut être protectrice dans un premier temps, et dans ce cas à respecter, le sujet se dissociant alors d'une réalité jugée insupportable.

Mais si cette dissociation perdure, on entre dans un schéma fermé, sans issue : le patient reste figé sur l'instant du drame, qui envahit tout le champ de la conscience, entraînant la rigidité, la perte d'expression, le manque d'imagination et l'impossibilité d'envisager un avenir.

On retrouve bien dans cette description une similitude avec l'état de Mr T.

De nombreux auteurs parlent d'annonces équivalentes à une euthanasie psychique lorsqu'elle prive le patient de tout espoir, entraînant une perte de l'élan vital, une rupture complète du désir de vivre et la survenue d'une mort plus rapide que celle prévisible normalement. Si on s'accorde à dire que le patient a été « tué psychiquement » lors de l'annonce, alors qu'il est encore vivant physiquement, on peut dire qu'il y a dissociation corps/esprit. Certains patients l'expriment d'ailleurs très clairement : « je suis mort avant d'être mort ».

Dans ce cadre, mon hypothèse est que l'on peut faire une autre lecture d'une demande d'euthanasie survenant suite à une telle annonce : le patient dissocié, déjà mort psychiquement, réclame que l'on mette fin à ses jours car cela lui permettrait de se « réassocier ».

³⁵ Benhaïem J-M. L'hypnose médicale. Med-Line Editions ; 2003 p63

5. Points communs avec une transe spontanée

Dans le langage des hypnothérapeutes apparaît de plus en plus souvent le terme d'auto-hypnose négative ou de transe spontanée négative.

Comme je le décrivais dans la première partie consacrée à l'hypnose, certains auteurs parlent de transe spontanée quand l'attention est focalisée sur un objet ou une partie de la réalité extérieure ou de notre réalité intérieure et, qu'en conséquent, notre perception globale, notre conscience critique diminuent. Dans une situation difficile, notre attention peut se focaliser sur un élément « négatif », une émotion ou une sensation pénible ou douloureuse. Et si rien ne vient nous soustraire à cette focalisation, notre conscience critique, celle qui nous permet d'analyser et de raisonner, diminue et notre attention peut se fixer de plus en plus douloureusement sur cet élément, amplifié par la mise au travail dans le même sens de notre monde imaginaire. Cette transe va s'accompagner d'une rigidité mentale, s'opposant à la réactivation de la conscience globale, avec une rigidité physique en écho. On peut analyser de cette façon nombres de situations, particulièrement dans le domaine de la santé³⁶.

Dans le cas de Mr T., on retrouve ces éléments. Focalisation sur son pronostic et sa demande de mourir qui en découle, rigidité empêchant toute évolution, l'impression que plus rien d'autre n'existait pour lui (diminution de la conscience critique), distorsion de la perception du temps (parlant de plus de quatre semaines quand dix jours à peine s'étaient écoulés), immobilité physique et psychique bien décrite par les soignants.

Sans assimiler le concept d'hypnose à cette grille de lecture comme me l'a fait remarquer A.Bioy, celle-ci permet d'envisager une approche du patient en considérant qu'il est déjà dans un état de conscience modifié et d'imaginer avoir un meilleur accès avec l'utilisation de l'hypnose qui viendrait le rejoindre sur un terrain analogue. C'est ce même constat qui a conduit à l'utilisation de l'hypnose chez les personnes présentant un syndrome de stress post-traumatique.

³⁶ Virot C., Bernard F. Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie. Editions Volter-Kluver ; à paraître juin 2010

6. Conclusion

Différents éléments ayant contribué à rendre l'annonce de sa maladie et de son caractère incurable traumatisante sont retrouvés. Ils ne sont pas suffisants pour expliquer la réaction du patient, car ces éléments peuvent se retrouver dans d'autres situations sans entraîner de telles conséquences. Il manque évidemment les éléments propres au patient que j'ai choisi de ne pas explorer comme je l'ai expliqué en introduction.

Si le terme de sidération pour décrire l'état du patient est discutable, on peut néanmoins parler de dissociation telle qu'on l'entend dans le domaine du psycho-traumatisme, à savoir qu'une partie du sujet est resté figé au moment de l'annonce et sur son contenu, sa mort annoncée.

De même, le concept de transe spontanée négative peut servir à décrire l'état du patient et à expliquer sa persistance.

4ème partie : propositions

1. L'annonce

On voit bien au regard de l'analyse du dossier de Mr T. et des entretiens que la façon dont s'est déroulée l'annonce n'est pas satisfaisante.

Comme je l'ai déjà évoqué, je pense que malheureusement, il y aura toujours des annonces traumatisantes, d'une part par les circonstances, la façon dont elles sont faites, d'autre part, parce que malgré toutes les précautions prises, on ne peut enlever le caractère dramatique d'une telle information.

La question a été largement réfléchi, et je n'ai pas de propositions spécifiques à ce sujet.

Mon idée est de se placer en amont, et voir ce qui pourrait être fait après, au niveau des conséquences de cette annonce.

2. Face à une demande d'euthanasie

Cette question et les réponses pouvant y être apportées font depuis longtemps l'objet de la réflexion de nombreux acteurs des soins palliatifs, et a conduit à l'élaboration d'un guide de réflexion élaboré par la SFAP³⁷.

Simplement, ce travail m'a conduit à comprendre à quel point une telle demande était déstabilisante pour celui qui la reçoit, peut-être en particulier pour les soignants des soins palliatifs, à qui elle renvoie de façon plus aigüe un sentiment d'échec et d'impuissance, puisqu'ils sont là « pour faire quand il n'y a plus rien à faire ». Face à une demande d'euthanasie, j'entends une vraie demande, comme j'en ai parlé dans l'introduction, le champ

³⁷ Face à une demande d'euthanasie. Recommandations de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs.

de l'agir se retrouve réduit puisque le postulat des soins palliatifs est de ne pas accélérer la fin de vie. Pour pouvoir gérer cette violence, se décaler de cette demande afin de pouvoir la travailler avec le patient et en équipe, il faut y avoir réfléchi avant. Ce que m'a permis de faire ce travail de mémoire.

L'autre question à se poser est la place de la sédation dans une telle situation et, plus généralement, face à une demande d'euthanasie.

A posteriori, avec le recul et l'analyse du cas clinique, on peut penser que l'évocation de la possibilité d'une sédation présentée devant la demande d'euthanasie de Mr T. n'était pas opportune au moment où elle a eu lieu.

Un article très récent présente le résultat d'un groupe de travail sur « la sédation pour détresse chez l'adulte dans des situations spécifiques et complexes »³⁸. On voit bien à sa lecture qu'il y a au final plus de questions que de réponses. Néanmoins, pour les « situations de souffrance à dominante psychologique, se matérialisant par une demande de suicide assisté, d'euthanasie, ou de sommeil induit », trois règles cliniques proposées par Cherny peuvent aider à la prise de décision :

- la désignation de tels symptômes ne devrait pas se faire sans une période d'évaluation répétée par un psychologue clinicien ou un psychiatre habitué à ce type de malades ;
- cette évaluation devrait se faire dans un contexte pluridisciplinaire ;
- enfin, dans les situations rares où un traitement à visée sédatif serait approprié, suggestion de la mise en route d'un traitement à durée déterminée, nommé par certains « sédation de répit ».

Je rajouterais qu'il me semble qu'il faille en être au stade où ce traitement semble être approprié, après l'évaluation recommandée, avant de l'évoquer avec le malade, afin de ne pas

³⁸ Aubry R., Blanchet V., Viillard M-L. La sédation pour détresse chez l'adulte dans des situations spécifiques et complexes. Médecine Palliative 2010 ; 9, p71-79

l'enfermer dans l'attente de la mise en place de ce traitement comme cela a été notre expérience avec Mr T.

3. L'hypnose

De ce qui ressort dans la discussion, il me semble justifier de penser que l'hypnose pourrait être une approche intéressante dans cette situation. Deux façons d'analyser la situation justifient cette proposition :

- la dissociation :

Si l'on s'appuie sur l'hypothèse d'une dissociation chez Mr T. et, plus généralement de troubles dissociatifs post-traumatiques après une annonce d'une maladie grave incurable, l'hypnose peut permettre une tentative de réassociation. En effet, la dissociation est un élément majeur de l'hypnose. L'exemple le plus concret est l'utilisation bien connue de cette dissociation pour créer une analgésie au niveau d'une partie plus ou moins importante du corps permettant la réalisation d'un acte douloureux non-perçu comme tel par le patient. Ceux qui utilisent l'hypnose connaissent bien l'importance, après avoir installé cette dissociation, de réassocier soigneusement le patient à la fin de la transe. Si cette réassociation n'a pas été complète et que des troubles évoquant la persistance d'une dissociation sont présents, il est possible d'induire une nouvelle transe chez le patient afin de corriger ceux-ci avant de le faire sortir de transe. Sur cette base, on peut voir l'utilisation de l'hypnose comme un outil permettant au patient de se réassocier autrement que par la survenue de sa mort physique.

- La transe négative

Si l'on considère que Mr T est dans un équivalent de transe spontanée négative, focalisé sur sa mort annoncée, engendrant rigidité voire immobilité psychique et physique, l'hypnose serait une façon de le rejoindre sur un terrain analogue de conscience modifiée. Et par l'expérience de l'état hypnotique, de lui permettre de faire l'expérience d'une perception différente et plus globale de sa situation et de retrouver l'ampleur et la souplesse nécessaire au mouvement, qui caractérise la vie.

La difficulté dans le cas de Mr T. aurait été de trouver une « accroche » pour l'utilisation de l'hypnose. Peut-être que les rares brèches de son discours que l'on arrivait à ouvrir sur des symptômes physiques pénibles, même si ceux-là n'étaient que très modérés, auraient permis de lui faire expérimenter cet outil.

Les suggestions du Dr Becchio (voir *supra* : 2^{ème} partie) semblent difficilement applicables par manque de connaissances du patient, notre rencontre n'ayant eu lieu qu'après l'annonce et celui-ci ayant livré très peu de lui-même. Peut-être que sa femme aurait pu nous donner des informations plus facilement que ce qu'induisent les échanges que nous avons eu avec elle.

Cette expérience lui aurait peut-être permis de réutiliser des compétences et des capacités d'adaptation personnelles dont il aurait perdu l'usage, de réinvestir son corps par un travail au niveau des perceptions. Cette approche est similaire à celle utilisée pour les douleurs chroniques. Et ainsi, de pouvoir percevoir de façon différente à la fois sa situation, son corps et son existence. L'idée principale est de remettre du mouvement là où tout semble figé, en passant par le vécu du patient d'un état plus confortable généralement induit par la transe hypnotique, moins prisonnier des sensations perçues négativement et d'ouvrir sur une conscience plus globale sur la situation dans toutes ses dimensions. Et par ce biais, le sortir de sa focalisation sur sa mort annoncée et sa demande d'euthanasie comme seule réponse possible à sa situation.

Je ne sais pas si c'était le cas pour Mr T., mais il me semble intéressant de citer ici la communication d'A.Bioy concernant son utilisation de l'hypnose dans les situations de demandes d'euthanasie. Il s'appuie sur l'hypothèse que certaines de ces demandes pourraient être l'expression brutale par le patient d'un désir de reprise de contrôle par la demande du choix de sa mort en réaction à un sentiment de déposssession par des soignants supposés tout-puissants. L'hypnose dans ce contexte permettrait au patient, par une réappropriation de sa situation, de retrouver un regain de contrôle. L'hypnose est également un mode relationnel particulier créant un lien avec le thérapeute s'appuyant sur une disponibilité inconditionnelle, qui est l'essentiel pour F.Roustant (psychanalyste et hypnothérapeute), permettant une présence profondément rassurante, mobilisante et restructurante. Dans son expérience, ces deux points permettent, non pas systématiquement la disparition de la demande d'euthanasie

qui n'est pas le but en soi, mais que « l'acte ne soit plus que rarement évoqué, laissant la place aux percepts et moins à l'intellect, au détachement plus qu'à l'agir³⁹ ».

Les limites à l'utilisation de l'hypnose en soins palliatifs

En théorie, il y a peu de limites à l'utilisation de l'hypnose...

La première et peut-être la plus importante sont les compétences du thérapeute. L'hypnose est un outil efficace et puissant, qui doit être utilisé dans le domaine maîtrisé par celui qui le propose et d'autant plus qu'elle s'adresse ici à des malades dans ce moment complexe de la fin de vie.

Ensuite, cet outil passe par une communication avec le patient, qui doit être en mesure d'entendre et de comprendre ce qu'on lui dit. La confusion, les troubles cognitifs,...ne permettent pas son utilisation.

L'asthénie est un obstacle relatif. Le patient n'aura sûrement pas l'énergie nécessaire pour se réapproprier l'outil et utiliser l'auto-hypnose. Mais des séances très courtes, s'il est demandeur, peuvent être réalisées et apporter une aide.

La principale limite est celle que l'on aurait pu rencontrer chez Mr T. : l'absence de demande. Peut-être aurions-nous pu utiliser les rares moments où il était amené à évoquer un symptôme physique pénible pour avoir une « accroche » et lui proposer à ce moment d'expérimenter l'hypnose, et par cette voie, lui permettre d'entrevoir d'autres possibles que son désir de mort. La rapidité des événements et sa dégradation physique parallèle, laissent à penser que cela aurait été difficile.

Enfin, l'utilisation de l'hypnose, au même titre que toute autre thérapeutique, doit s'appuyer sur une vigilance éthique, en particulier dans le cadre des soins palliatifs où elle s'adresse à

³⁹ Bioy A. Au-delà de l'acte, que faire avec la demande d'euthanasie. In : L'euthanasie et la mort désirée : questions pour les soins palliatifs. 10^{ème} congrès national de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs, Besançon, 2004

des personnes particulièrement vulnérables. Cette vigilance concerne particulièrement l'emploi des suggestions, couramment utilisées en hypnose. Même si l'hypnose médicale enseignée actuellement dans la plupart des centres de formation, qui dérive de l'hypnose ericksonienne, s'appuie essentiellement sur des suggestions permissives, laissant libre le patient de les suivre ou non, certaines sont plus contraignantes et doivent être utilisées prudemment dans ce contexte de grande fragilité du patient. Ces différences sont bien connues de ceux qui sont formés à l'hypnose qui se doivent d'utiliser des suggestions respectueuses et adaptées. Ceci étant dit, il faut aussi rappeler que le patient ne perd jamais totalement son esprit critique au cours d'une transe hypnotique, qu'il ne s'agit que d'une diminution relative⁴⁰.

4. La psychomotricité

Je voudrais citer une autre proposition qui me semble une piste intéressante. Dans l'hypothèse d'une dissociation entre corps et esprit, et l'idée d'aider le patient à se réapproprier son corps, la psychomotricité est sûrement un outil qui peut donner des résultats.

La psychomotricité est une spécialité du développement global de la personne. Elle étudie l'ensemble des comportements moteurs envisagés en fonction de leurs liens avec l'activité cérébrale, la vie psychique, affective, intellectuelle et relationnelle à tous les âges de la vie.

Sur la base de l'engagement du vécu corporel du patient dans une relation thérapeutique, le psychomotricien a pour but de favoriser, permettre ou restaurer l'harmonie de l'équilibre psychocorporel de la personne, afin qu'elle puisse s'adapter au mieux aux exigences de la vie et de son environnement, en fonction de ses capacités et de ses envies⁴¹.

⁴⁰ Jouselin C. L'auto-hypnose et la douleur : intérêts et vigilance éthique. In : Jacquemin D., de Broucker D. Manuel de soins palliatifs. Paris : Dunod, 2009, p953-957

⁴¹ <http://www.psychomotricite-nantes.com/psychomot.htm>

Conclusion

L'analyse de ce cas clinique permet de soulever plusieurs questions, d'apporter des éléments de réponses et quelques propositions.

Premièrement, il illustre bien le moment crucial que constitue l'annonce d'une maladie grave et l'absence de traitements curatifs. Si cette notion semble acquise en théorie comme en témoigne la littérature et la mise en place du dispositif d'annonce suite au Plan Cancer, nous pouvons voir qu'en pratique clinique quotidienne, beaucoup de choses restent à faire.

J'ai choisi de ne pas aborder cette question, partant du principe que même si cette annonce était faite avec toutes les précautions requises, tout n'étant pas maîtrisable, notamment les éléments appartenant au patient, il y aura toujours des annonces traumatisantes avec des conséquences difficiles.

Néanmoins, au regard des difficultés auxquelles nous sommes confrontés suite à certaines annonces, une des piste de travail soulevée par cette étude est la nécessité d'une formation médicale sur l'annonce d'une mauvaise nouvelle. La médecine n'est pas que scientifique, elle est également voire avant tout relationnelle.

Une annonce peut provoquer la perte de tout espoir chez le patient, le laissant figé sur sa mort annoncée, incapable de donner du sens à sa vie et responsable d'une souffrance psychologique que nous sommes impuissants à soulager. Dans cette situation, quand la seule demande du patient est que l'on mette fin à ses jours, l'évocation de la sédation pose question. Probablement que l'évocation de cette possibilité comme alternative à une demande d'euthanasie est à remettre en question. Envisagée précocement, elle peut contribuer à laisser le patient focalisé sur son désir d'en finir. Différer et faire d'autres propositions, est-ce un moyen d'attendre que le patient renonce à sa demande par épuisement et lassitude ? Y-a-t-il un choix à faire entre se positionner du côté de la vie ou du côté du libre arbitre du patient ? Cette question complexe nécessiterait un autre travail de recherche.

Si je reviens maintenant à mon hypothèse d'un parallèle entre une sidération persistante et une dissociation psychique, l'analyse du cas clinique et la confrontation à la littérature confirment qu'il existe bien des points communs. L'annonce constitue le traumatisme initial, provoquant une effraction psychique, submergeant les capacités psychiques de défense et d'adaptation du sujet, qui est comme « tué » par l'annonce. Mort psychique qui se retrouve dans l'absence d'affects, de désirs, de mouvement. Une partie de la personne reste figé sur le moment de l'annonce. Cette dissociation est bien décrite dans la littérature sur le traumatisme.

L'autre approche était l'hypothèse d'une similitude entre cet état et une transe spontanée. Le patient est focalisé sur ce qu'il a pu entendre lors de l'annonce, à savoir sa mort prochaine. Cette prédiction envahit tout son champ de conscience, ne laissant place à rien d'autre, d'où ce sentiment d'un patient inaccessible. Son attention est fixée sur cette partie de la réalité, sa perception globale de la réalité extérieure et de sa réalité intérieure diminue, ses capacités d'analyse, de raisonnement également. Son inconscient ou « monde imaginaire » se met au travail autour de cette focalisation, venant l'amplifier. Ce phénomène est nommé par les professionnels de l'hypnose « état hypnoïde négatif » ou « transe spontanée négative ».

L'analyse du cas clinique de Mr T. permet de mettre en lumière des parallèles et des ponts entre annonce/traumatisme, sidération/dissociation psychique/transe spontanée et désir de mort.

L'intérêt de cette approche est qu'elle débouche sur la possibilité d'utiliser un autre outil thérapeutique qu'est l'hypnose, dans des situations similaires. Deux idées sous-tendent cette possibilité : rejoindre le patient dans son état de conscience modifié qu'est la transe, l'aider à se réassocier. L'intérêt de l'hypnose est d'être un outil simple, au moins dans sa mise en œuvre pratique, et pouvant être très utile au patient : en lui permettant d'accéder à des ressources internes inconscientes, il peut l'amener à avoir un autre regard sur sa situation et à le remettre en mouvement, ce qui peut se voir comme le nœud du problème dans ces situations de sidération.

Pour conclure, on peut s'interroger au terme de ce travail sur ce qui a suscité cette question.

La littérature sur le sujet des demandes d'euthanasie éclairent les sentiments que peuvent avoir les soignants face à de telles demandes : impuissance, échec, culpabilité.

Il peut être difficile que le patient ne réponde pas aux attentes des soignants, qu'il ne satisfasse pas à la grande ambition des soins palliatifs, à savoir « revenir vers la vie ».

Mais alors, le problème se situe-t-il du côté du patient ou des soignants?

L'interrogation sur ce qu'on aurait pu faire d'autre se situe-t-elle dans le champ de l'« acharnement palliatif » ?

Ou comme le dit P.Vespieren⁴², devant une situation extrêmement difficile, est-ce la « mise en œuvre d'une interrogation débouchant sur une inventivité surprenante » ?

A vrai dire, l'acharnement relève plus de l'attitude des soignants que des solutions ou des approches thérapeutiques envisagées.

Si la motivation initiale relève effectivement de l'acharnement, il n'en reste pas moins que de nouvelles portes s'ouvrent.

L'hypnose, en soi, est un outil qui a sa place dans le domaine des soins palliatifs, sous couvert de vigilance éthique comme toute autre thérapeutique. Par une approche différente du patient, en complément des autres thérapeutiques, il pourrait sûrement être une aide pour les patients.

⁴² Vespieren P. L'euthanasie et la mort désirée : questions pour les soins palliatifs. 10^{ème} congrès national de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs, Besançon, 2004 ; p184

Bibliographie

Abiven M. Pour une mort plus humaine. Masson, Paris, 2004 : p19-24

Aubry R. Annoncer un diagnostic difficile ou un pronostic péjoratif : vérité et stratégies de communication. Médecine Palliative juin 2005 ; N°3 : p125-133

Aubry R., Blanchet V., Viallard M-L. La sédation pour détresse chez l'adulte dans des situations spécifiques et complexes. Médecine Palliative 2010 ; 9, p71-79

Aubry R., Maurel O. Fin de vie, désir de mort et euthanasie : la société à l'épreuve. In : L'euthanasie et la mort désirée : questions pour les soins palliatifs. 10^{ème} congrès national de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs, Besançon, 2004 ; p13-33

Barthod L. La mort désirée : le regard du psychologue. Euthanasie : désir, légitimité, souffrance. In : L'euthanasie et la mort désirée : questions pour les soins palliatifs. 10^{ème} congrès national de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs, Besançon, 2004 ; p133

Becchio J. D'hypnos à *Tanatos*, ou du bon emploi de l'hypnose en soins palliatifs. In : Virot C. Recherches et succès cliniques de l'hypnose contemporaine. Le souffle d'or 2007 ; p152-164

Benezech J-P. Le pronostic est-il éthique ? Médecine palliative 2008 ; 7 : 140-148

Benhaiem J-M. L'hypnose médicale. Med-Line Editions ; 2003 p63

Bioy A. Au-delà de l'acte, que faire avec la demande d'euthanasie. In : L'euthanasie et la mort désirée : questions pour les soins palliatifs. 10^{ème} congrès national de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs, Besançon, 2004

Bioy A. Quelle pratique de l'hypnose pour les soins palliatifs ? Médecine Palliative 2006, 5, p328-332

Blanchet V. De l'euthanasie et de son traitement. In : Blanchet V. Soins palliatifs : réflexions et pratiques. Editions Formation et développement, 2004 : p203-217

Brzychcy C. Du désir de mort à la demande d'euthanasie. In : L'euthanasie et la mort désirée : questions pour les soins palliatifs. 10^{ème} congrès national de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs, Besançon, 2004 ; p135-136

Buckmann R. S'asseoir pour parler : l'art de communiquer de mauvaises nouvelles. Interéditions ; 1992

Caron R. l'annonce d'un diagnostic de cancer : quels enjeux psychiques ? Ethique et santé 2008 ; 5 : p186-191

Ceccaldi P. L'euthanasie et la mort désirée : questions pour les soins palliatifs. 10^{ème} congrès national de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs, Besançon, 2004 ; p157

Collot E. De la dissociation. In : Michaux D. Hypnose et dissociation psychique. Editions Imago 2006 ; p105-119

Deronzier C. Hypnose et faim de vie. Actes du 2^{ème} forum francophone d'hypnose et de thérapies brèves. Editions de l'Arbousier ; 2001 : 187-192

Desfosses G. Médecine palliative N°5, octobre 2003,

Dufour M. Complexité des relations et des discours dans l'annonce de l'arrêt de traitements curatifs. Médecine palliative 2008 ; 7 : 324-329

Face à une demande d'euthanasie. Recommandations de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs.

Farcy-Jacquet M-P. La communication hypnotique en consultation courante de cancérologie. In : Virot C. Recherches et succès cliniques de l'hypnose contemporaine. Le souffle d'or 2007 ; p194-208

Ferrand M. L'hypnose médicale : vers une nouvelle approche. L'euthanasie : une réponse médicale uniquement ? L'euthanasie et la mort désirée : questions pour les soins palliatifs. 10^{ème} congrès national de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs, Besançon, 2004

Foster A., Cuddy N. et Colombo S. Hypnose en soins palliatifs. INFOKara 2004/4, vol.44 : p143-148

Halfon Y. La dissociation en hypnose. In : Michaux D. Hypnose et dissociation psychique. Editions Imago 2006 ; p120-133

Hirsch E. Au-delà de l'annonce. Jalmav N°70, septembre 2002 ; p11-17

Jousselin C. L'auto-hypnose et la douleur : intérêts et vigilance éthique. In : Jacquemin D., de Broucker D. Manuel de soins palliatifs. Paris : Dunod, 2009, p953-957

La Marne P. L'euthanasie et la mort désirée : questions pour les soins palliatifs. 10^{ème} congrès national de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs, Besançon, 2004 ; p182

Michaux D. Hypnose et dissociation psychique. Editions Imago ; 2006 p9

Pérotin V. Les enjeux de la parole médicale. Médecine Palliative.2006 ; 5 : 91-95

Pillot J. l'approche psychologique des malades en fin de vie. La revue du praticien-Médecine générale. 1993 ; 7- N°239 : p63-69

Ruszniewski M. Face à la maladie grave. Patients, familles, soignants. Paris : Dunod, 1999

Ruszniewski M. In: Hirsch E. Face aux fins de vie et à la mort. Espace éthique. Editions Vuibert, 2004 : p28-30

Schaerer R. Les soignants face aux demandes réitérés de mort. Espace éthique de l'AP-HP automne 99-hiver 2000 : p96-99

Thome-Renault A., in Quelle vérité pour quelle prise en charge ? <http://croix-saint-simon.org/formation-et-recherche> (consulté le 13/11/2009)

Van Loey C. Du microtraumatisme à la guérison. Editions Dangles ; 2009 p28

Vespieren P. L'euthanasie et la mort désirée : questions pour les soins palliatifs. 10^{ème} congrès national de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs, Besançon, 2004 ; p184

Vinant P. L'annonce pronostique en fin de vie. Espace Ethique APHP. Éditorial - mai 2008(4/4)

Virot C., Bernard F. Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie. Editions Volter-Kluver ; à paraître juin 2010

Annexe 1 : Analyse du dossier médical de Mr T.

Mr T. est hospitalisé le 25 février, adressé par son médecin traitant pour douleur sacro-iliaque droite insomnante depuis trois semaines.

Il a 65 ans, est retraité de la SNCF. Il est marié, a deux enfants et deux petites-filles.

L'examen clinique à l'entrée retrouve une sciatique S1 tronquée, avec un épanchement pleural, dans un contexte fébrile, sans altération de l'état général. Il n'y pas d'antécédents médicaux notables.

Mr T. est décrit par les soignants comme un patient discret, parlant peu, ne posant pas de questions.

Pour sa douleur, il est traité par du Skénan et Actiskénan, puis par une PCA de morphine qui le soulage efficacement.

Un IRM est réalisé le 28 février montrant des images évocatrices de lésions osseuses secondaires étagées sur le rachis cervical, dorsal et lombaire, au niveau du sacrum et de l'aile iliaque droite. Le patient ne demandera pas les résultats. Il est informé par le médecin du service le 02 mars d'une image radiologique suspecte.

Des troubles sphinctériens apparaissent ainsi qu'une hypoesthésie périnéale.

Le 09 mars, le médecin du service lui parle de cancer avec une image suspecte vue sur la radio pulmonaire. Une consultation avec l'oncologue est prévue le jour même.

Le compte-rendu de cette consultation mentionne un état général correct, une indication à une biopsie osseuse pour avoir une orientation histologique et à une radiothérapie lombosacrée compte-tenu des troubles sphinctériens avec centrage le jour même. Il n'est pas précisé l'information qui est donnée au patient. On ne sait pas non plus si son épouse était présente mais rien ne le laisse penser. Cette consultation ne s'est pas déroulée dans le

cadre du dispositif d'annonce mis en place sur l'hôpital. L'infirmière note dans ses transmissions que l'annonce n'est pas revue avec le patient car il est rentré tard de sa consultation.

Les jours suivants, le patient est décrit comme verbalisant peu, évitant les questions ou répondant « il faut faire avec ». Son épouse est « désireuse d'informations car le patient lui a parlé de cancer ».

Le TDM thoracique montre un aspect de lymphangite carcinomateuse, indiquant la réalisation d'une fibroscopie pour recherche histologique.

La radiothérapie, débutée le 16 mars, est bien supportée initialement, puis apparaît une intolérance digestive et une asthénie. La douleur est toujours bien soulagée par la PCA.

Les soignants écrivent que Mr T. évite leurs questions et que le moral, bon au début, baisse depuis qu'il vomit et qu'il se fatigue. Un soutien par l'EMSP est proposé.

Une deuxième consultation avec l'oncologue a lieu le 30 mars : le compte-rendu mentionne qu'il s'agit d'un adénocarcinome d'origine probablement digestive ou pulmonaire, avec apparition de stigmates de carcinose péritonéale et qu'il est envisagé après présentation du dossier en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire de débiter une chimiothérapie palliative. Le patient est revu par l'oncologue avec son épouse pour une « mise au point ».

Ensuite, les transmissions des infirmières et de la psychologue de l'EMSP qui le voit pour la première fois le lendemain, décrivent le patient « sous le choc » de l'annonce. Mr T. est prostré, s'exprime peu, dit avoir peur de ne pas ressortir de l'hôpital, étant noté que l'oncologue aurait dit qu'un retour à domicile serait très difficile. Même si l'information donnée au patient et à son épouse n'est pas clairement explicitée dans le compte-rendu de l'oncologue, il semble bien que le caractère incurable de la maladie ait été évoqué lors de cette deuxième consultation, voire d'une évolution ne permettant pas un retour à la maison.

Je le vois pour la première fois le 1^{er} avril : je note que le patient semble encore sous le choc de l'annonce, qu'il paraît « K.O. ». Il parle malgré tout de son désir de rentrer à la maison, de manger pour remarcher. Il n'est plus du tout algique et un relais de sa PCA par patch de Fentanyl est prévu, il recommence à manger depuis hier sans vomissements. Il a des idées noires qui l'empêchent de dormir malgré le Tranxène. Je propose de l'Hypnovel à visée sédatrice la nuit.

Une CIP est posée le lendemain et, à son retour, le patient est « très fermé et fatigué, répondant à peine aux questions, pleurant en présence de son épouse et disant « qu'il en a marre, qu'il n'en peut plus, qu'il veut retourner à domicile ». De plus, il est noté que le patient a eu des selles dans le lit car il n'a pas eu le temps d'appeler et qu'il en est très inquiet.

Le 03 avril est prévu sa première cure de chimiothérapie : il est vu par un autre oncologue qui le juge trop fatigué pour la supporter. Son devenir est évoqué en proposant une orientation vers l'unité de soins palliatifs ou l'organisation d'un retour à domicile.

Une infirmière note qu'elle a rencontré l'épouse et que, lorsqu'elle évoque avec elle le retour à domicile, celle-ci la « coupe à chaque fois en disant que le « Dr (premier oncologue) lui a déconseillé ».

A partir du lendemain, le patient exprime l'idée de vouloir mourir, dit ne pas supporter sa situation de dépendance pour les soins d'hygiène, veut « en finir » au plus vite. Il ne veut pas de chimiothérapie, ni aucun autre traitement et organise ses obsèques avec son épouse.

Le 06 avril, il est vu par ma collègue de l'EMSP : elle le décrit comme sidéré par l'idée de sa mort prochaine avec incapacité totale à investir autre chose que cette idée. Il souhaite arrêter tous les traitements en cours notamment l'alimentation parentérale. Il ne se plaint d'aucun symptôme en dehors de cette souffrance morale et ne souhaite pas revoir de psychologue. La seule idée sur laquelle il semble y avoir une accroche est le retour à domicile. La question de la sédation a été également abordée. Elle rencontre son épouse l'après-midi qui exprime sa réticence au retour à domicile et dit que son mari a déjà organisé ses obsèques, prévu sa tenue et l'a incité à ouvrir un compte à son nom, ce

qu'elle a fait. Elle pense que son mari estime avoir tout terminé et souhaite donc s'en aller maintenant.

La suite est marquée par une demande pressante d'euthanasie active auprès du médecin du service. Informé que sa demande ne pourra être réalisée, il dit que, faute de l'obtenir, il veut être sédaté. Il accepte de se laisser du temps avant la mise en place de celle-ci. Après réflexion, il ne veut plus retourner chez lui et souhaite finir ses jours dans le service.

Dans les jours suivants, Mr T. réitère sa demande de sédation, exprime ressentir une déchéance importante suite à l'incontinence anale. Les troubles du sommeil sont réglés avec l'augmentation de l'Hypnovel, il persiste quelques nausées mais le patient arrive à manger.

Il est décrit comme mutique, répondant à peine aux questions et tout juste audible, très replié sur lui-même, refusant d'aller au fauteuil...

A deux reprises, une brèche s'est faite dans son discours. Une première fois avec la psychologue de l'équipe, qui en essayant cerner les motifs de sa demande, a senti que l'inconfort physique n'était peut-être pas absent dans son désir d'en finir. Une seconde fois, quand j'ai l'ai revu quelques jours plus tard, où il n'évoque plus de lui-même la sédation et, quand je lui pose la question, il me répond qu'il souhaite simplement en « finir avec tout ça » sans parler ni d'euthanasie, ni de sédation. Il évoque avec plaisir la visite de ses deux petites-filles et souhaite les revoir plus souvent. Mais dès l'après-midi, il demandera à être « sédaté pour de bon ». Quand je repasse deux jours après, il demande clairement à être endormi, de jour comme de nuit, de façon définitive, précisant qu'il fait cette demande depuis quatre semaines...Je reprends les explications de la sédation : il me confirme que c'est ce qu'il souhaite. Je lui propose d'attendre l'après-midi afin de rencontrer son épouse, de mettre en place une PCA car il avait de nouveau un peu mal au dos. Il est légèrement polypnéïque avec des crépitants aux deux bases mais ne semble pas gêné par cela.

Quand nous le revoyons en milieu d'après-midi avec son épouse, il est bien soulagé de sa douleur, confirme qu'il veut que l'on mette maintenant en place la sédation et ne souhaite

pas revoir ses enfants auparavant. Son épouse va entièrement dans le sens des souhaits de son mari.

La sédation est débutée dans la soirée. Le patient décède dans la nuit du lendemain.

Annexe 2 : Entretien semi-directif avec la psychologue de l'EMSP

Donc, il s'agit de monsieur T, je ne sais pas si tu t'en souviens et quel souvenir tu gardes de ce monsieur ?

A. : « Ben je garde ...si, je me rappelle de cette prise en charge qui effectivement était pas facile, qu'a pas été facile pour moi, qui m'a beaucoup posé question du fait qu'il y avait cette demande d'euthanasie qui s'est transformée en demande de sédation et où ... moi ce dont je me rappelle qui m'a vraiment posé question c'est le fait que qu'on accède à cette demande de sédation et moi ça m'interrogeait beaucoup : est-ce que face à une demande de sédation il faut accéder à cette demande ? Pour moi c'était vraiment très questionnant peut-être d'autant plus qu'il est décédé très peu de temps après la mise en place de la sédation donc ça a été un peu troublant pour moi...Moi je me rappelle du début de la prise en charge où j'avais été le voir avec Véro, c'est Véro qui m'avait demandé de l'accompagner pour avoir un autre regard au moment de l'entretien, donc je l'avais rencontré avec elle, le monsieur et son épouse et effectivement ce qui était assez frappant c'était le fait que le monsieur disait clairement qu'il n'y avait pas d'issue à sa maladie, que c'était très clair, voilà il avait très bien compris le diagnostic, le pronostic était très mauvais et qu'il allait décéder et du coup il voulait que ça se termine le plus vite possible... et c'était assez frappant parce que il n'y avait pas de désir de faire encore des choses, de vivre le temps qui lui restait, où il n'investissait plus du tout ce temps là voilà il n'y avait vraiment pas autre chose que ben puisque c'est fini autant que ça se termine. »

Est-ce que tu te souviens des mots exacts qu'il employait pour dire que ... on a parlé de demande d'euthanasie...Il disait qu'il voulait que ça se termine le plus vite possible...

A. : « Alors il me semble si je rappelle bien que au moment où moi je l'ai rencontré, la prise en charge avait déjà démarré depuis un moment et il me semble que Véro, au premier entretien qu'elle a eu avec lui, avait ...voilà il avait lui d'emblée parlé d'euthanasie, enfin du fait qu'il voulait mourir le plus vite possible et elle, elle avait du coup dévié ça sur ça on peut pas faire mais par contre si vraiment c'est difficile on

peut vous endormir et ...moi, ça m'avait un peu posé question : est-ce qu'il fallait, voilà mettre à la place... en ne répondant pas à une demande d'euthanasie proposer une sédation. Je me souviens que ce qu'elle avait dit c'est qu'elle avait peur que si elle disait d'emblée que l'on ne ferait rien de cet ordre là, du coup la discussion se ferme et qu'il n'y ait plus de dialogue possible avec ce monsieur donc du coup, elle avait amené l'idée de la sédation en disant qu'on prendrait du temps pour ça. Donc moi quand je l'ai rencontré avec elle la première fois le monsieur était déjà dans l'idée que effectivement on accèderait pas à sa demande de le faire mourir plus vite mais que par contre on pourrait l'endormir et en fait... il était d'emblée en train de dire ben voilà de toutes façons je sais que c'est foutu donc voilà il n'y a plus rien à faire donc je ne vois pas pourquoi j'attendrais. On avait l'impression qu'il ne voulait pas perdre de temps pour aller vers la fin puisque de toute façon c'était ça qui allait arriver... et quand on essayait de questionner ... ben je sais pas qu'est-ce qu'il pourrait avoir envie quand même en attendant ce moment là , que effectivement il allait décédé prochainement mais qu'il avait peut-être envie de faire certaines choses, il n'y avait vraiment aucun désir : il n'avait pas vraiment envie de voir ses enfants, il n'avait pas vraiment envie de voir ses petits-enfants. C'était très pauvre en fait, au niveau de ses désirs, et puis on sentait effectivement une souffrance, une lassitude ...où ... ce qui disait c'était presque, ben voilà c'est bon, maintenant on en a assez parlé, quand est-ce qu'on le fait, quoi ; j'ai assez attendu, quand est-ce qu'on m'endort »

« Quand tu dis souffrance... »

A. : « Plus souffrance morale... je ne me rappelle plus exactement mais je pense qu'il était traité pour sa souffrance physique...il faisait pas vraiment...on avait vraiment l'impression que c'était pas des symptômes pénibles physiques qui le gênaient mais que c'était ben voilà toute façon c'est foutu et je ne veux pas attendre comme s'il ne voulait pas de ce moment où de toute façon il attend ça on a l'impression qu'il ne voulait pas investir ce moment là je ne sais il y a des patients qui ont envie de voir leurs enfants encore le plus longtemps possible et lui pas du tout c'était très radical et c'est vrai qu'il était tellement là-dedans qu'il n'y avait pas de place dans ce qu'il disait pour autre chose... c'était fixé là-dessus et du coup on ne pouvait pas vraiment

exploré qu'est-ce qu'il était ce monsieur avant qu'est-ce qu'il faisait qui il est lui comme personne il a livré très peu d'éléments sur lui-même ... et son épouse, c'était surprenant aussi parce que son épouse était ...ben moi je suis d'accord avec ce qu'il me dit quoi quand il dit de toute façon je vais mourir donc autant que ça arrive maintenant et quand on interrogeait l'épouse, elle, elle disait ben si c'est ce qu'il veut ; et moi elle m'avait fait l'impression de quelqu'un d'assez fragile, d'assez timide et qui peut être se laisser faire un peu par , en tout cas qui ne s'opposait pas à son mari et qui n'a pas du tout pris la position par exemple de dire ben moi j'ai envie de passer du temps avec lui je n'ai pas envie que ça se fasse comme ça elle était complètement effacée...et je me souviens que ce qui a été un peu compliqué pour moi dans cette prise en charge c'est que je me rappelle avoir été revoir ce monsieur plus tard un peu après ce premier entretien quelques jours, et avoir requestionné avec lui le fait que ...voilà il avait envie d'en finir et qu'est-ce qui faisait qu'il avait envie d'en finir est-ce qu'il y avait des choses qui le dérangeait ... et d'avoir..ça fait longtemps donc je ne me souviens plus de tout mais il y avait des choses en fait on avait discuté de certaines petites choses physiques qui le dérangeait qui étaient un peu pénibles pour lui et... un moment il m'a dit ben voilà j'en ai marre de souffrir et quand j'avais questionné mais voilà qu'est-ce qui vous fait souffrir si on traitait là cette souffrance physique cette gêne est-ce que vous seriez dans la même optique de vouloir que ça s'arrête et il ne m'avait pas répondu ; et c'était la première fois qu'il y avait il me semble une ouverture où c'était plus aussi clair, aussi net ce désir d'en finir et que peut-être si on travaillait sur d'autres points, d'autres choses autour de sa gêne , de sa souffrance, enfin il n'avait pas l'air extrêmement douloureux mais il y avait des choses qui semblait le gêner j'avais l'impression que si on travaillait ça ..du coup peut-être que cette demande de sédation qui clairement dans sa tête était identifiée à une demande de plus voir plus sentir et donc en fait de ne pas voir en fait la mort, d'en finir pour lui à ce moment là même s'il n'était pas mort physiquement ben peut-être qu'il ne serait plus complètement là-dedans et je me souviens que j'étais repartie de là quelque part vachement contente de ce sentiment d'ouverture donc j'avais transmis ça au médecin du service, à l'infirmière en disant peut-être là il y avait des trucs à faire et il se trouve que c'est le moment où je suis partie en vacances une semaine donc j'avais transmis tout ça à l'équipe et puis je pensais du coup que l'accompagnement continuerait dans

le sens de essayer d'aménager la vie de ce monsieur autour de ce qui posait problème et qui permettrait d'améliorer son confort et du coup que cette demande de sédation soit moins forte et quand je suis revenue de vacances ...alors je ne sais plus s'il était déjà décédé ... je crois que si et de fait du coup j'ai appris en revenant de vacances qu'il avait été sédaté et qu'il était décédé très peu de temps après la mise en place de la sédation ...et du coup j'ai le souvenir que quelque part ça m'a quand même un peu choquée ça m'a beaucoup dérangée qu'on ait accédé à cette demande de sédation alors je sais qu'elle n'a pas été faite n'importe comment que ça a été travaillé voilà mais il y avait quand même pour moi cette interrogation qu'à un moment donné il y avait quand même une ouverture du côté d'autre chose que cette fixation sur l'exigence de sédation »

« Est-ce que tu avais l'impression qu'il y avait un syndrome dépressif sous-jacent ? »

A. : « Non, je ne pense pas, d'abord parce que syndrome dépressif ça veut dire beaucoup de choses et qu'on en retrouve enfin quand on lit les dossiers médicaux tout le monde est dépressif ou presque à l'hôpital donc je ne dirais pas un syndrome dépressif bon évidemment il était pas très gai et ...mais c'était pas vraiment de la tristesse c'était une espèce de résignation radicale en fait ce qui m'a le plus frappé c'est l'absence de désir l'absence de désir de vie l'absence de désir même pour des toutes petites choses il y avait quelque chose de radical en fait dans sa démarche et après coup, après qu'on ait... qu'il soit décédé, qu'on en ait reparlé, parce que je me souviens qu'on en a parlé en supervision après coup je me suis posée la question de la structure psychique et de me dire voilà est-ce que ce monsieur ne pouvait pas peut-être être psychotique, pas forcément déclenché avec des symptômes classiques mais une structure de psychose et ce qui m'y fait penser c'est ...le côté finalement très cru de sa demande où il n'y avait pas de nuances où il n'y a pas de voile il n'y a rien qui vient un peu ... voilà la réalité du diagnostic enfin souvent quand même les patients très souvent ils savent ce qu'ils ont, ils savent que c'est pas bon et la plupart des patients en soins palliatifs savent bien qu'ils vont mourir et c'est très grave leur situation mais il ya toujours quelque chose qui vient recouvrir ça un peu ...dans le même entretien ils vous disent ben voilà je sais bien que ça va pas et puis dix minutes après mais voilà quand je serais sorti je ferais

telle chose telle chose et puis de toute façon on va encore me proposer un traitement donc ça va peut-être aller »

« Est-ce que ce n'était pas comme si il n'y avait aucun mécanisme de défense qui s'était mis en place face à la réalité d'une mort prochaine à venir ? »

A. : « Oui, je ne sais pas si on peut le dire comme ça en tout cas il y a ...c'est comme si il n'y avait pas eu beaucoup de mouvement psychique après et que ... la défense qu'il a choisi lui c'était le choix de ...de partir, quoi, de manière radicale...comme si de rester figé dans son idée en fait alors que effectivement beaucoup d'autres patients mettent en place tout un tas de choses voilà qu'on peut appeler effectivement mécanismes de défense et qui viennent quelque part nuancer, rendre ambivalent la question de la mort qui approche et qui du coup vient voiler un peu les choses... »

« Peut-être la rendre supportable aussi... »

A. : « Et qui la rend supportable et lui, il était face à un insupportable et la solution que lui avait décidé de prendre c'était ben puisque c'est comme ça je pars »

« Tu as utilisé le mot absence de mouvement psychique : est-ce que c'est quelque chose qui t'a frappé ? »

A. : « Ben en fait je ne sais pas si c'est vraiment ça, enfin, c'est l'impression que ça donne. Je me souviens que ce qui a vraiment était frappant c'était cette espèce d'absence de désir ...normalement, chez quelqu'un quelque soit son état il y a toujours un désir vivant en mouvement on sent qu'il y a quelque chose, la personne tend vers certaines choses qui lui conviennent plus que d'autres enfin il y a toujours quelque chose d'un désir vivant et chez lui il n'y avait pas ça , c'est comme si, ...oui, il n'y avait plus d'envie de vivre ,plus de désir pour investir certaines choses, alors je ne sais pas si on peut dire plus de mouvement psychique, c'est un peu l'impression que ça donne, quelque chose de figé, et c'est vrai que...les gens peuvent traverser ça au moment du diagnostic il ya quelque chose de sidérant mais après ça repart, il ya quelque chose qui se met en place, qui se met en branle, et ...lui, c'était troublant, le

fait que justement on avait l'impression qu'il n'y avait rien qui s'était mis à la place et que du coup ben voilà il voulait partir parce qu'il n'y avait plus rien à faire ...et c'est ça que je trouve troublant et qui m'interroge sur la structure psychique de ce monsieur, après, voilà de toute façon je n'aurais pas la réponse et puis de toute façon... ce n'est pas vraiment quelque chose qu'on pouvait vraiment explorer avant »

« Physiquement, quel souvenir tu gardes de lui ? »

A. : « Physiquement, son aspect physique ? »

« Oui, sa façon de se présenter physiquement ... »

A. : « Ben je l'ai toujours vu alité, alors que physiquement il ne donnait pas l'impression de ...il n'était pas très âgé, il n'était pas très dégradé, ...il avait je crois pas mal pas mal maigri mais il n'était pas...on ne voyait pas quelqu'un de vraiment abimé par la maladie comme on peut voir parfois. Il ne donnait pas l'impression d'être douloureux même si il n'était pas je pense complètement confortable, je crois qu'il avait des nausées qui le gênaient, mais ce n'était pas, en tout cas dans l'apparence physique qu'on voyait, ce n'était pas frappant qu'il était gravement malade. Par contre, il ne bougeait pas. Je ne l'ai jamais vu assis, je ne l'ai jamais vu debout, je l'ai toujours vu alité dans le lit, ne cherchant pas à bouger, et au final, je ne me rappelle même plus si c'était possible pour lui de bouger, enfin je n'ai pas de souvenir que c'était impossible physiquement...donc...peut-être qu'il avait déjà choisi un peu l'immobilité ...enfin il n'avait pas l'air d'avoir envie de bouger de ... c'était pas quelqu'un qui donne le change ou qui essaye de ...de paraître quelque chose. Voilà, il était allongé dans son lit et puis il attendait qu'on l'endorme, quoi. »

« On peut voir un parallèle entre l'immobilité physique et psychique ? »

A. : « Peut-être, oui. En tout cas, ce n'était pas quelqu'un qui donnait des signes d'agitation ou ...oui, c'était là aussi assez pauvre... »

« Est- ce que... donc tu disais que le sentiment que te laissait cette prise en charge, c'est un questionnement par rapport à la sédation qui avait mise en place. Avant ce moment là, par rapport au reste de la prise en charge, comment tu t'es sentie, quels souvenirs tu gardes du sentiment que te laisser les entretiens avec ce monsieur ? »

A. : « Ben, je garde le souvenir d'un monsieur avec qui il y avait peu d'accroches... avec qui finalement c'était assez pauvre parce qu'il n'a jamais vraiment parlé de lui finalement...il disait juste que, voilà, qu'il en avait marre, qu'il avait envie que ça se termine, que,...en fait il ne paraît que du moment présent, de la gêne et du fait qu'il n'y avait pas d'avenir...mais du coup je garde le souvenir, que ce soit avec Véro ou moi toute seule ensuite, d'avoir essayer..., de ramer en fait pour d'accrocher quelque chose, pour essayer de trouver peut-être un petit point sur lequel on pouvait s'accrocher, et ...repartir dans autre chose que dans ce souhait de mourir finalement ...oui, je garde le souvenir d'entretiens finalement assez frustrant, parce que de ne pas trouver, mais il n'y en avait probablement pas pour lui, de point d'accroche où on pouvait essayer de tirer un fil qui nous permette d'aller dans une autre direction que celle qui voulait, quoi. Donc, ça m'a donné l'impression,...c'était très fermé...c'était, pour lui, peut-être que c'était déjà clos, déjà arrêté et que...bon, il n'avait pas l'air d'être embêté du fait qu'on aille le voir, puisque ça c'est quand même quelque chose qu'on lui avait demandé, moi, je lui avais demandé, voilà, est-ce que ça l'embêtait que je passe le voir, discuter avec lu ; il me disait non, mais il y avait cette espèce de lassitude ... bon, maintenant, c'est bon, quoi, maintenant, on peut y aller, on a suffisamment attendu, suffisamment discuté, je me rappelle qu'il disait mais ça fait déjà un mois que je demande et ...il avait du mal avec le fait qu'on accédait pas à cette demande, effectivement. En fait, moi je me rappelle d'avoir, parce que ça me questionnait beaucoup l'idée qu'on puisse accéder à sa demande de ...voilà de sédation totale, définitive, voilà qu'il ne soit plus là psychiquement, donc plus là, juste un corps ...un corps presque sans esprit quelque part, c'est peu ce qu'il demandait à défaut de pouvoir mourir tout de suite, et du coup je me rappelle, alors je ne sais pas si j'avais raison ou tort, mais d'essayer d'attraper autre chose pour qu'on puisse avoir une alternative, parce que pour moi, c'était difficile à envisager qu'on ait que cette possibilité là de soulagement... et du coup, oui, des entretiens quelque part assez

pauvres, restent fermés, et qui...laissent un peu sur sa faim...parce que quelque part il y a aussi le fait que tu ne sais pas pourquoi c'était sa seule demande, sa seule réponse possible à ce qui lui arrivait. Pourquoi pour ce monsieur ce n'était pas possible de réagir autrement, enfin... »

« Du côté des soignants de l'équipe, qu'est-ce que tu dirais de la façon dont ils vivaient cette situation, si tu as eu l'occasion d'échanger avec eux ? »

A. : « Alors là, honnêtement, je ne me rappelle plus...je ne me souviens plus vraiment des échanges avec l'équipe soignante du service à l'époque, je sais que j'en ai discuté avec ceux sur le coup mais...je ne rappelle pas en tout cas d'une pression vers une décision ou une autre. Il y a une chose dont je me rappelle, c'est que le médecin qui s'en occupait était extrêmement fuyant, que donc c'était difficile d'accrocher quelque chose avec lui et de , du coup pour travailler surtout sur des prises en charge un peu compliquées comme ça, c'était un peu difficile, oui, je me rappelle de ça, de cette espèce de fuite un peu du médecin, qui avait je pense pas trop envie de se pencher là-dessus, l'équipe elle-même, je me rappelle rien de particulier, enfin je ne souviens pas en tout cas qu'il y ait eu une pression pour accéder par exemple à cette demande de sédation... »

« Pas de souffrance particulière ? »

A. : « Je ne me rappelle pas. »

« Est-ce qu'il avait parlé de ce qui lui avait été annoncé de sa maladie ou de la façon dont il l'avait ...? »

A. : « Du moment où on lui a fait l'annonce ? »

« Oui »

A. : « Je me rappelle pas vraiment, je n'ai pas le souvenir qu'il l'avait décrit, qu'il était revenu sur ce moment là... en écrivant ce qui s'est passé, ce qui s'est dit, je me

rappelle simplement, que voilà, il disait que les choses étaient claires, que c'était terminé pour lui... en fait, je crois qu'il a retenu essentiellement ça, le fait que de toute façon, c'était foutu, que d'emblée, c'était gravissime sans possibilité de traitement, et que de toute façon il allait mourir...en tout cas, il a jamais...non, il n'a pas parlé du moment de l'annonce en disant...voilà, comment ça avait été pour lui, ce qu'il avait pu ressentir ou penser, je ne me rappelle même plus si moi je lui avais demandé, parce que c'est souvent quelque chose que je demande au patient, voilà comment ça s'est passé ce moment là pour vous, qu'est-ce que vous avez penser à ce moment là, je me rappelle plus de ça, donc je crois que ce n'était pas , c'était pas quelque chose sur lequel il s'est vraiment arrêté et je n'ai pas le souvenir qu'il ait dit voilà si cette annonce avait été plus ou moins difficile ...je ne sais pas, par rapport au médecin par exemple, il y a des patients qui peuvent se plaindre de la manière dont les choses leur ont été dites, voilà, le médecin a pas pris de gants ou le médecin m'a dit ça comme ça c'était pas possible, , il n'a pas du tout évoqué ça, je crois que c'est vraiment le diagnostic et le pronostic en lui-même qui l'a retenu...mais il n'est pas revenu dessus pour essayer de cerner ce qui c'est passer pour lui à ce moment là en tout cas »

« On sentait qu'il avait perdu tout espoir à ce moment là ? »

A. : « Oui, ou il était quelque part très réaliste et très lucide mais presque trop enfin du coup il ne restait presque plus que cette espèce de crudité de la réalité de la mort qui vient et du fait qu'il n'y avait rien à faire pour le guérir, quoi... »

« Merci. »

A partir d'un cas clinique rencontré dans mon exercice au sein d'une équipe mobile de soins palliatifs, ce travail s'intéresse aux états de sidération persistants après l'annonce d'une maladie incurable. Si la situation rencontrée est exceptionnelle, elle permet une analyse à visée théorique apportant un éclairage sur d'autres situations moins tranchées. La première partie de la recherche consiste à comprendre ce qui se joue au moment de l'annonce et quelles en sont les conséquences possibles, en particulier la sidération et les demandes d'euthanasie. Les hypothèses de travail sont un possible parallèle entre sidération persistante et une dissociation psychique telle qu'elle est décrite dans les états post-traumatiques, ainsi que dans une transe spontanée. Ce parallèle laisserait à penser que l'hypnose pourrait s'avérer être un outil utile dans l'approche de ces patients. La description des soignants du patient ainsi que les entretiens avec des professionnels du domaine de l'hypnose médicale confirment ces hypothèses, ainsi que la littérature sur le sujet. Cela permettrait d'expliquer en partie la persistance de cet état de sidération et d'ouvrir vers une possible évolution avec l'utilisation de l'hypnose.

Mots clés : annonce, sidération, dissociation, hypnose