

Astrid Dalin
AREPTA
Mémoire de fin de formation
Mai 2017

Introduction

Ce mémoire présente simplement quelques cas cliniques, qui peuvent être représentatifs d'une pratique autant que cela est possible

Faire du vent pour pousser les nuages, Sylvia, Une ponction lombaire sous hypnose, Brèves de comptoir, sont des photographies de sujets en mouvements, singuliers et à la fois porteurs chacun d'un brin d'universalité.

A la suite de ces images animées, je présente le service d'Hématologie du CHU de Nantes dans lequel je travaille depuis maintenant dix ans.

Je témoigne enfin de ce que j'ai compris à ce jour de l'hypnose et des thérapies brèves, et de la manière avec laquelle un glissement dans ma pratique s'est opéré.

La nature de la modification de mon travail avec les patients a elle aussi à voir avec l'hypnose : je n'ai rien forcé, je ne me suis pas forcée, je me suis plutôt laissée imprégner petit à petit comme le font des feuilles de thé dans une théière.

J'ai ouvert les yeux que j'ai derrière la tête et j'ai vu autre chose, qui se passe autrement, dans un climat paisible.

J'ai pris un grand plaisir à rédiger ce mémoire ...

La métaphore résolutive

Faire du vent pour pousser les nuages

Lucette est une patiente de 67 ans, hospitalisée au secteur stérile pour une rechute de sa leucémie.

Elle m'accueille avec un sourire doux et plein, et à ma demande de parler d'elle, de sa vie, de quelle femme elle est, commence par dire qu'elle a été très malheureuse.

Pendant son enfance d'abord au cours de laquelle elle ne s'est pas sentie aimée par sa mère, qui voulait un garçon arrivé d'ailleurs peu de temps après elle, à la naissance duquel, Lucette développe un bégaiement tenace qui entraîne des moqueries et des rabrouades de la part de sa fratrie mais aussi particulièrement de la part de sa mère.

Heureusement, un oncle et une tante lui proposent de l'accueillir à chaque vacance scolaire et profitent de ces périodes pour « la faire soigner ». Son bégaiement est en effet pris en charge par un orthophoniste qui lui apprend à respirer avant de parler ; elle me dira plus loin dans l'entretien, combien cette respiration, lui a été utile toute sa vie, ce temps d'arrêt dans la relation, cette plongée en elle-même, en eau peu profonde, comme le tour que notre entretien est en train de prendre.

Son mariage non plus, n'a pas été heureux : L'homme a deux visages, dit elle, aimable devant les autres, violent avec des comportements addictifs (alcool et jeux) à la maison.

Lucette élève ses trois enfants, qu'elle protège de leur père, tout en travaillant la nuit en tant que femme de ménage dans une administration. A cette époque, elle choisit de ne pas quitter son mari, pour garder pour ses enfants un certain confort matériel.

Lorsque son employeur décide de faire appel à une entreprise privée pour le ménage des locaux, il lui propose aussi ainsi qu'à certaines de ses collègues, d'être embauchée au service du tri du courrier. Ses enfants ont alors grandi, sa fille aînée a quitté la maison, et elle bénéficie également grâce à l'entreprise de l'accès à un logement social dans lequel elle s'installe avec ses deux derniers enfants.

Lucette a donc quitté son mari, sa maison ; elle est partie sans rien emporter pour commencer une autre tranche de sa vie.

Celle-ci sera jalonnée par quelques histoires sentimentales sans grande importance pour elle, jusqu'à la rencontre avec le compagnon avec lequel elle vit depuis dix ans maintenant.

Il y a deux ans, une leucémie aigüe se déclare pour laquelle, elle est hospitalisée trois fois cinq semaines.

Je n'interroge pas cette première partie de la maladie, attentive à l'idée de comprendre où elle en est maintenant.

La rechute est en effet associée à ce qu'elle appelle, « la peur de mourir » ; comme assez souvent, plus que la fin de sa vie, c'est la perte que représentera son décès pour ses enfants et petits enfants, auxquels elle est très attachée qui fait couler les premières larmes de cet entretien.

Elle parle de son angoisse, notée d'ailleurs dans le cardex, que j'avais pris soin de ne pas lire avant d'entrer dans sa chambre.

Je lui demande alors, dans la filée du tour de notre entretien, à quel paysage météo pourrait ressembler cette angoisse : c'est l'évocation d'un ciel plutôt bleu, avec quelques nuages qu'elle choisit de sortir, comme une carte d'un jeu.

Je lui propose alors sans réfléchir, de faire du vent pour pousser les nuages quand elle les sentira.

Son visage s'éclaire véritablement : la métaphore lui plaît : Lucette fait d'elle-même le lien avec les respirations qu'elle avait pris l'habitude de prendre avant de parler pendant et après le traitement de son bégaiement.

C'est une histoire de souffle qui lui parle, dans son expérience, dans son corps.

L'alliance thérapeutique : Synchronisation dans la relation avec le patient, ajustement sur la respiration, je parle avec des gestes ; le regard est direct, un face à face qui prend corps progressivement, comme une parole qui s'incarne dans la relation.

La maladie n'est pas creusée, l'histoire de Lucette peut se déployer indépendamment de son nouvel asservissement à la cause médicale.

Ce parti pris la libère de ce qui l'opprime précisément, c'est-à-dire sa rechute.

Le récit à grands traits de sa vie, mais aussi les petits moments qu'elle décrit avec précision, comme de petits films, comme un spot publicitaire sur sa vie, sa relecture, la fait entrer par moments en micro-transes, qui la réassocient.

Pendant ces instants, elle sourit, s'anime.

On peut voir monter sur son visage, comme un léger brouillard rosé.

C'est dans ce climat qu'elle accueille la métaphore.

De mon côté, la synchronisation a sans doute permis que surgisse la métaphore du souffle, adaptée à l'histoire de sa vie, et venue apporter une dimension à la fois de légèreté et d'évasion dans l'enfermement de cette chambre stérile.

Jean marc Benhaïem qui commente François Roustang nous dit « le corps va trouver sa place par des ajustements. Ils peuvent être progressifs. Parfois, le basculement est radical, instantané. La chorégraphie a convenu. »

(Hypnoses et thérapies brèves, hors série n°11, page 45)

Une ponction lombaire sous hypnose

C'est la troisième fois que l'interne du service me demandait de venir « faire de l'hypnose » pour un patient qui devait recevoir une ponction lombaire.

Les deux fois précédentes j'avais refusé proposant que l'IDE formée puisse intervenir, bien qu'il ne s'agisse pas du service dans lequel elle travaille. Cela lui avait cependant été possible et ce patient, très anxieux à l'idée de ce geste, avait pu bénéficier de l'hypnose pour recevoir ses deux premières ponctions.

Cette fois ci, je sentais qu'il fallait que j'y aille ... bien que je ne me sente pas très sûre ...

Un bref entretien la veille, avec le patient que je connaissais déjà depuis son induction de leucémie, avait permis que se redéploie l'alliance thérapeutique, comme un entretien préparatoire à la séance d'hypnose qu'il demandait.

Le jour J, le patient attendait dans sa chambre qu'arrivent les produits commandés à la pharmacie centrale de l'hôpital, produits qui n'arrivaient pas, retardant la ponction d'au moins deux heures. Rien pour faciliter la baisse de l'anxiété croissante, depuis l'annonce de retard du geste médical.

Aussi quand tous les éléments se sont trouvés réunis, l'IDE et l'interne sont entrées avec le matériel, champ opératoire, charriot de soins etc..

Le patient s'est assis spontanément sur le bord du lit, dos rond, tandis que je plaçais un fauteuil pas tout à fait en face de lui, mais assez proche.

« L'intervention » à démarré, sur deux fronts pourrait on dire, puisque le patient était encadré par la médecine d'un côté, et par moi de l'autre : une sorte de drôle de sandwich, mi-moutarde mi- confiture.

Très rapidement j'ai demandé au patient : *Si vous n'étiez pas là, ou voudriez vous être ?*

Il n'a pas tardé à répondre, évoquant un lieu sûr, renforcé alors par les questions Vakog, goût, odorat, bruits etc...

De légers signes de transe sont apparus, sous la forme de mouvements des paupières, qui pouvaient aussi être interprétés comme sa volonté de fermer les yeux à tout prix.

Puis : *les bruits et les voix, vous pouvez les laisser de côté, si quelqu'un parle, vous pouvez choisir d'ignorer,..... mais aussi de ne pas ignorer, ... pour approfondir votre expérience ... a votre rythme, comme vous le sentez.... avec votre envie qui vous sert de moteur... pour aller plus loin, ...là où vous voulez aller, là où c'est bien pour vous maintenant ...*

Cela accompagné par des validations, des silences.

Pendant ce temps, l'interne nettoyait le champ délimité pour se préparer à la ponction elle-même.

Quand soudain, hurlement du patient, car l'interne venait de piquer à côté

L'interne s'est excusée, le patient a ouvert les yeux mais bien déterminé à rester sous hypnose, les a refermés, en s'accompagnant cette fois d'une respiration forte, comme une femme qui accouche.

J'ai accompagné ce travail du patient, vraiment déterminé à recevoir sa ponction sous hypnose et probablement capable de s'y placer tout seul :

Plus c'est difficile pour vous, plus vous pouvez aller loin dans votre intimité, et laisser votre dos aux soins du médecin.. Tranquillement, en toute sécurité, présent et absent, comme maintenant et plus tard, profondément, au moment qui vous convient, encore plus ...voilà ...

Puis, de nouvelles validations de son engagement, assorties d'un accompagnement autour de sa respiration : *c'est bien, votre respiration vous soulève profondément, vous allez là où c'est bien pour vous, encore, profondémentau rythme de cette respiration qui vous fait le bien dont avez besoin, en ce moment ...*

Un temps de silence assez long, de quelques minutes a suivi ...
Puis l'interne a dit : «voilà c'est fini ! » et le patient a été surpris.

Il lui restait deux heures en position allongée stricte, soulagé..

Son retour a été positif à propos de la prise en charge conjointe de l'interne, de l'IDE et de moi-même.

Ce patient était vraiment un client, déterminé à trouver sa solution pour répondre aux peurs engendrés par le traitement, sans toujours rien vouloir savoir de sa maladie.

Episode de situation d'urgence : une hospitalisation en réanimation

Mr B est hospitalisée en réa, à la suite d'un problème cardiaque, consécutif au traitement qu'il a reçu.

Ce traitement, reçu également par d'autres patients, a entraîné le décès de trois d'entre eux, sans que l'on sache à ce jour, si la chimio est en cause ou non. Une enquête est ouverte ; le service est en ébullition.

L'enquête montrera que le traitement n'était pas en cause, que les patients ont malheureusement fait des complications impossibles à prévoir.

Mr B. sortira rapidement de réa, pour regagner l'unité de soin dans laquelle il était hospitalisé juste avant sa décompensation cardiaque.

Quand Mr B., entre en réa, il est pris en charge par l'équipe, et rencontre avant l'intubation le médecin réanimateur qui lui parle en ces termes : » vous êtes dans un état très grave, très sérieux, vous allez être intubé, ventilé, on va bien s'occuper de vous «. Ces propos sont rapportés par le patient au cours de notre entretien.

Deux ou trois jours de coma suivent cet échange.

Peu après son réveil, alors qu'il est donc extubé, Mr B. reçoit à 22H la visite du patron du service concerné par sa maladie. Celui-ci l'informe de la situation : cinq patients ont reçu le même traitement, trois sont décédés, lui-même est en réa, le cinquième patient va bien.

La haute autorité de santé a été avertie, la presse est au courant, et l'affaire sort dans la presse le lendemain. Le chef de service a pris le soin d'informer son patient avant que ce dernier ne l'apprenne par les médias.

Entre sommeil/coma et réveil/ suite de coma, Mr B. reçoit ces infos ; peu après le départ du médecin, il consulte son téléphone portable, et trouve l'info suivante dans la presse : trois décès, et un patient en réa entre la vie et la mort. : C'est lui.

Dans cet état incertain, Mr B. éprouve un sentiment d'irréalité, et lui reviennent sans contrôle possible de sa part les mots du premier médecin de réa et ceux du médecin du service concerné par sa maladie mais surtout le coup porté par les médias qui annoncent qu'il est entre la vie et la mort.

Ainsi, alors que Mr. assimile à peine, la première image, celle du médecin de réa, les médias annoncent en quelques sortes sa propre mort.

MrB. me dit avoir fait une grosse crise d'angoisse, suivie de manière ininterrompue par une angoisse plus flottante et continue.

Lorsque je le rencontre le lendemain, il me fait ce récit ; sa plainte majeure porte sur son angoisse et son impossibilité à pleurer.

Il sent que les larmes lui seraient utiles pour laisser s'écouler la forte tension psychique qu'il éprouve.

Le questionnement sur les larmes, elles même, et sur leur fonction, questionnement assez précis, lui permet d'entrer en contact avec ces larmes qui commencent à perler. Il les parle dans un premier temps, et l'évocation qu'il produit, est plus de l'ordre de la visualisation que de l'analyse ; j'ai présente à l'esprit l'idée que les « choses » puissent passer par le corps.

Le questionnement rebondit sans cesse sur ses propres mots, dans l'idée qu'il ressente l'attention qui lui est portée et qu'il a déjà repérée chez les intervenants du secteur de réanimation, attentifs à son amélioration aussi sur le plan psychique. Ainsi le scanner prévu, est repoussé d'une vingtaine de minutes pour que l'entretien puisse se dérouler et que MrB. sente vraiment combien son état préoccupe le service. Ce cadre, et ce questionnement précis, sur le mode de l'anthropologue, soutiennent l'entretien.

Celui ci démarre après bon nombre de questions sur son confort ; même si celui ci ne peut être que relatif, Mr B. prend le temps de se réinstaller, l'oreiller, la hauteur du dossier du lit, l'ajustement de sa machine à aspiration, l'élastique du masque à oxygène. De mon côté, je remonte le dossier du fauteuil visiteur, et lui demande où le placer .

Sans remonter loin en arrière, sans internaliser, je propose à MrB. de revenir sur sa vie personnelle, son travail et sa vie de famille.

Dans l'univers très prégnant de la maladie hématologique, et en particulier dans cette chambre de réanimation, cette conversation alors qu'il est manifestement très loin de ses repères, réintroduit le sentiment d'une stabilité dans son corps et dans sa vie , et d'une continuité.

Mr B. va alors se trouver en dehors du monde du problème, doublement incarné par le lieu. Les questions sont alors externalisantes : elles renvoient Mr B. à des moments où il a été en relation avec des personnes de son environnement professionnel ou familial, de bons moments de sa vie de père.

Les questions sont aussi contextuelles et relationnelles : elles portent sur les lieux même des échanges commerciaux : MrB. me décrit une situation au cours de laquelle, il avait regagné la confiance d'un client chez qui une porte de garage non conforme à sa demande avait été posée. Il décrit la porte de garage et le jardin dans lequel se trouve cette maison puis la négociation qui a suivi.

Au cours de cet exposé, dans l'univers visuel et sonore si particulier de cette chambre de réanimation, je vois Mr B. se redéployer : il est un commercial efficace et rigoureux, sympathique d'après ce que lui renvoient ses clients, un père engagé dans l'éducation de ses enfants. Il dit qui il est, comment son caractère s'est construit et je le vois se détendre de plus en plus. Il sourit.

Il semble à nouveau se sentir vivant, après avoir été donné pour presque mort par une autorité abstraite qui le dépasse, et s'être senti presque mort.. cela se manifeste par les expressions qui retraversent son visage : les yeux bougent, la bouche sourit, les traits se détendent.

Il n'est plus associé à sa pathologie, collé à cette sentence « un patient entre la vie et la mort » (ouest France du jeudi 17 novembre 2016) ni à cette situation particulière de réa.

*Il relate l'incroyable nombre de messages de soutien que sa compagne lui transmet.
Il dit alors sentir comme « un vent puissant d'amour » qui souffle vers lui et me décrit ce vent : il sent sa chaleur, son souffle doux.
Les bruits des appareils qui évoquent une soufflerie et peut être la chaleur de la chambre sont un support à ce ressenti que les questions stimulent.
Les machines sonnent, il s'aspire lui-même régulièrement mais l'environnement, si il n'a pas disparu, a régressé et Mr. B s'est redéployé*

Suite

*je le reverrai plusieurs fois en réanimation puis au secteur conventionnel d'hématologie.
Il me reparlera souvent de son travail, qui lui manque comme l'expression de ce qu'il est vraiment.
J'utiliserai alors la métaphore du coffre fort, lieu intouchable, intact ; mais aussi du travail qu'il est en train de faire, au cours de ces hospitalisations : travailler à se réparer, en lui demandant si ce n'est pas le travail le plus difficile qu'il ait jamais rencontré dans sa vie ? en insistant sur la manière dont il mène ce travail, avec la kiné, en se forçant à manger un peu, à s'asseoir par moment dans son lit.
En lui demandant d'évaluer ses progrès depuis la réanimation et également ses objectifs à court terme.
Il notera ses progrès, et décidera d'un objectif qui par chance, pourra se réaliser rapidement : sa sortie vers le service de soins de suite à St Jacques.*

Sylvia

Sylvia est une femme de 46 ans accueillie dans le service d'hématologie conventionnelle, pour une double maladie : un myélome assorti d'une amylose digestive, deux maladies qui se traitent mais ne guérissent pas.

Sa vie est difficile depuis son début : enfant de la DASS, Sylvia a grandi entre une famille d'accueil et un foyer. Elle a fait des études de cuisine et toujours travaillé, cumulant plusieurs emplois à certaines périodes de sa vie.

Elle a 3 enfants : un garçon et une fille d'une première union et une fille de 6 ans de son compagnon.

Elle travaillait au moment de sa découverte de maladie en tant que poissonnière dans un supermarché. Un travail dur, dans le froid, sans pause. Son conjoint est depuis quatre ans en situation d'accident du travail et les procédures s'enchaînent pour l'obtention de son invalidité et la recherche d'une nouvelle piste professionnelle.

C'est dans ce contexte et après seulement plusieurs demandes, que son médecin généraliste accepte de lui prescrire un bilan sanguin qui dévoilera sa maladie.

Des le début de l'entretien, Sylvia évoque la lourdeur de tous les événements de sa vie et pourtant, je sens que si cette lourdeur est une réalité, ce n'est pas ce qui prime dans sa manière d'être au monde ; sa vie est lourde mais plus que ce poids, c'est le mouvement, la dynamique qu'elle a toujours mis en œuvre qui transmettent le mieux son histoire et semblent le plus en accord avec elle-même.

Tout se passe comme si, elle disait ce qui doit être dit, sans dire vraiment ce qu'elle sent en elle du sens de sa vie.

Ce sont alors de nombreuses petites questions, qui balaient le champ de sa vie, sans creuser les périodes les plus dures, le recadrage, qui mettent à jour ce mouvement.

Ce mouvement, c'est l'impulsion qu'elle a donnée dans tous les moments très difficiles de sa vie, et sur laquelle nous travaillons ensemble.

Je lui propose une relecture de son histoire et un partage de son histoire de vie en deux plateaux : le difficile et le résolu.

Dans l'un, la DASS, le foyer, les critiques de ses sœurs qui lui reprochaient de tarder à avoir des enfants, (elle a eu son fils à 29 ans), son divorce, les conditions difficiles de son travail, sa charge toute seule de ses deux premiers enfants, la survenue de cette double maladie.

Dans l'autre, sa détermination à quitter la famille d'accueil pour le foyer, afin de limiter l'insupportable pour elle, et sa rage au travail.

En ce qui concerne ses enfants, non pas le manque de maturité pour être mère, comme le lui reprochait sa sœur, mais la maturité d'être mère dans de bonnes conditions, avec un travail, un logement.

Ce dernier point éclaire véritablement son visage : lui permet de faire émerger un sens

qu'elle a donné à sa vie, un projet personnel et avec ce constat elle découvre sa force intérieure en mouvement, vivante. Elle se réassocie.

Tout concorde pour elle ; en effet en parlant des études de ses enfants, elle avait évoqué sa fierté (son fils prépare sciences po, sa fille a un projet professionnel). Les questions formulées sous la forme : « que dirait quelqu'un que vous ne connaissez pas et à qui vous raconteriez votre histoire ? » lui ont permis de mettre en lien la réussite scolaire de ses enfants, (dont elle tire une fierté d'autant plus grande, qu'enfant de la DDAS elle n'a pas pu faire d'études), avec sa propre rage au travail et sa capacité à elle aussi d'être autonome.

Cette rage au travail, cette détermination, lui sont apparues à ce moment comme soulignées, fluotées , émergeant d'un brouillard encombrant qui l'empêchait de discerner.

La remontée de fierté, ressentie, éprouvée, lui fait le bien qui lui permet de se reconnecter avec elle même.

Sa force intérieure en mouvement apparaît alors comme une ressource essentielle pour tenir bon pendant la durée du traitement.

Brève de charriot

Alors que je passais dans le couloir, il y a quelques jours, un des médecins du service, Paul , m'interpelle, depuis son charriot de soin, la main sur le cardex, en train de noter ses prescriptions, entouré des internes et externes

« Astrid, demain, j'ai un congrès, je dois intervenir et comme à chaque fois j'ai un trac incroyable, qui me bouffe depuis 15 jours, même pendant les vacances que je viens de passer ; il n'y aurait pas quelque chose à faire ? » puis il a ajouté, pourtant, j'ai l'habitude et ca se passe toujours plutôt bien »

Un peu surprise et surtout prise au dépourvu, dans une situation pas si confortable que ça, je lui ai proposé le quart d'heure du pire, après de nombreuses questions assorties d'échelles.

Les questions ont porté d'abord sur la nature du stress : qu'est ce qu'il fait dans le corps ? Ou cela se situe t il ? Est ce différent ou proche d'autres sensations désagréables ?

Paul a d'abord semblé très surpris de ces questions auxquelles il répondait d'une manière peu assurée, un peu comme si il s'attendait à ce que je lui donne plutôt un truc, ou comme si il s'étonnait que je le questionne sur son stress plutôt que sur lui plus directement.

Le stress commençait il à se personnifier, à sortir de lui ? à s'externaliser ?

Puis les questions se sont poursuivies sur l'intensité du stress, selon les différents moments : depuis l'annonce de l'intervention à faire jusqu'au moment de la préparation ; de l'avant-veille, de la veille jusqu'au jour même.

Les échelles ont bien rempli leurs fonctions, en relativisant et en dissociant les moments les uns des autres.

C'est un peu comme si le nœud de cordes commençait à s'aérer, que les cordes se détachaient progressivement les unes des autres.

, j'ai questionné ensuite la qualité de la nuit qui précédait, le trajet pour se rendre sur place, les cinq dernières minutes et la prise de parole.

Le stress était très fort depuis l'annonce de l'intervention à faire, puis comme sur un plateau, avec ensuite une légère descente au moment « d'entrer en scène. »

j'ai compris, mais après, qu'il avait peut être le stress du stress, la peur de la peur, etc.. Et je crois que la prochaine fois dans une situation semblable, j'y penserais plus vite.

Pour l'entrée en scène, j'ai proposé à Paul d'imaginer ce qui pourrait se passer de pire, en suggérant qu'il pouvait glisser en arrivant sur la scène et se casser la figure , oublier son texte

..

Et à ces évocations Paul me répondait du tac au tac « si je tombe, je serai ridicule, mais normalement, ca n'arrive pas » ou encore : « si j'oublie mon texte j'ai le power point, mais de toutes façons je connais bien tous ces sujets »

Il répondait donc peu à peu à toutes les horribles possibilités par un sentiment d'une impossibilité qu'elles se produisent.

Puis il a redécouvert qu'il n'éprouvait aucun stress pendant la présentation elle-même, que celle-ci était plutôt agréable pour lui.

J'ai questionné à nouveau ce moment, comment se sentait t il quand il se sentait bien ? Et souriant, il m'a dit qu'il se sentait léger, tranquille, à son affaire.

Alors, nous nous sommes quittés, chacun de nous partant dans un sens différent du couloir.

Une semaine après, il m'a dit que son intervention s'était bien passée et que surtout, il n'avait pas éprouvé ce stress avant, en me regardant du même air surpris qu'au début.

L'hématologie

C'est Un service de pointe, qui abrite de nombreux protocoles de recherche clinique et évolue dans ses pratiques très rapidement.

De nombreuses pathologies sont traitées : leucémies, lymphomes, myélome, myelodysplasie... Elles correspondent toutes à des protocoles différents mais représentent pour tous les patients, une rupture, un bouleversement radical.

Les traitements sont tous longs, et nécessitent plusieurs hospitalisations ; chacune d'entre elles, peut durer entre quatre à six semaines pour le traitement des leucémies.

Là comme ailleurs, le temps du psychisme n'est pas superposable au temps médical, autant au moment de l'annonce de la maladie, qu'au moment de la rémission.

Le temps est en extension, il se passe comme une interminabilité des traitements, mais aussi en rétractation, comme si rien d'autre que le temps médical ne pouvait s'offrir ou plutôt s'imposer.

Le patient, pas du tout client, entre dans une période de précarité et d'imprévisibilité.

Pourtant, bien souvent ses ressources et stratégies permettent de contrer ce qui apparaît comme un impossible : le sujet peut aller sur la plage depuis le secteur stérile, dîner avec ses amis ... Il peut retourner la terre à pleines mains.

L'annonce

A sa suite, il est fréquent que l'hospitalisation soit immédiate ; ce sont de multiples examens qui détermineront la nécessité de la greffe, parfois évoqué dès la première consultation.

Un compte à rebours est alors engagé. Un donneur doit être trouvé, les démarches s'amorcent : donneur familial, donneur fichier en cas de non compatibilité, ou haplo greffe qui replacent la question du donneur au centre des préoccupations.

Des logiques familiales parfois complexes apparaissent : refus de don, dette..

Les consolidations

L'induction du traitement comme les consolidations se font le plus souvent au secteur stérile, qui impose lui aussi une temporalité particulière et se présente parfois aux patients, comme le symptôme de la maladie : Réveils nocturnes toutes les deux heures, pas de toilette autre que dans la chambre stérile (sans douche), pas d'effets personnels, même pas une brosse à dents, ni un tube de dentifrice personnel, pas de WC autre que le Montauban situé dans la chambre. Si les consolidations ont permis d'obtenir une rémission, la greffe peut être programmée. Elle impose donc son ordre, sa temporalité, tout au long du traitement.

La greffe

Encore une fois, un temps hématologique qui vient remplacer le temps du sujet.

Le médecin organise un entretien pré greffe, au cours duquel l'annonce de la possibilité de la GVH (réaction du greffon contre l'hôte) prend toute sa puissance.

Entretien parfois dévastateur, au moment où le patient avait l'impression d'être arrivé au bout d'une longue route. On assiste parfois à la réactualisation de la peur de mourir.

Enfin la greffe : J 0 puis J 100, les patients s'approprient cette temporalité.

Au cours de ces longs mois, ils se sont dissociés progressivement de leurs vies, dans toutes

ses composantes. Les visiteurs qu'ils reçoivent, (seulement deux visites par jour) sont passés par le vestiaire et réapparaissent avec masque, charlotte sur la tête, et pyjama bleu. Les patients ne voient de leurs proches, qu'une partie du visage : deux yeux.

Les soignants se présentent sous la même forme.

Dans ces différentes phases du traitement, le patient est soumis à une sorte de réduction sensorielle. La dimension kinesthésique est réduite dans toutes ses composantes : la vue, le toucher (interdit au secteur stérile), l'ouïe dans une moindre mesure, l'odorat et le goût.

La greffe intervient alors comme la création d'une chimère : deux organismes, génétiquement différent cohabitent dans un même corps.

Pour le patient, c'est comme un départ à zéro, argumenté par le changement de groupe sanguin, la nécessité de refaire des vaccins, le sentiment de dette et ou de reconnaissance vis-à-vis du donneur, qu'il soit familial ou fichier.

La rémission

Le temps de la rémission complète médicale est bien différent du temps subjectif : être guéri, ne correspond pas toujours pour les patients à l'état de se sentir guéri.

Dans la greffe, comme dans les autres temps de la maladie, ce qui permet de vivre les événements difficiles, c'est de les penser, de dire ce qui se passe et de trouver des moments pour se réassocier, pour retrouver le moment où le patient se sentait vivant, dans sa vie.

Ce sont d'ailleurs souvent les fragments d'entretien où le patient évoque ses proches les plus chers qui le regonflent et font revenir l'émotion parfois bloquée par les chocs et ce contexte particulier.

C'est dans le contexte de ce service, que j'ai pratiqué peu à peu l'hypnose et les thérapies brèves.

L'hypnose

Déjà en place au secteur stérile

Une infirmière du secteur stérile est formée depuis peu et propose en accord avec le projet de service, une pratique d'hypnose pour les patients.

Avec l'infirmière, nous avons échangé plusieurs fois sur nos pratiques et évoqué l'idée que dans le cadre de son métier, elle prenne en charge les patients en demande d'une aide par l'hypnose pour les soins invasifs : Pose de sonde naso-gastrique, fibroscopie bronchique, prélèvements sanguins etc ...

C'est ce qui s'est mis en place, tout doucement et qui se développe.

Qu'est ce que l'hypnose pour moi ?

C'est à dire, qu'est ce qui est le plus important pour moi à ce jour, qu'est ce que j'ai compris et assimilé principalement des cours et des lectures ?

Comment s'opère cette assimilation ?

L'hypnose est donc « un état de conscience modifiée », qui s'apparente à l'état que l'on rencontre entre veille et sommeil.

C'est une modification des perceptions ordinaires, dans le sens d'une révélation, d'une accentuation, d'un élargissement : comme sentir le frais de l'air qui rentre dans les narines, écouter le poids des cheveux sur l'oreiller, rencontrer le goût de la langue sur le palais, voir le bruit du silence dans la pièce ...

C'est un état naturel, une sorte de rêverie sans syntaxe, un coq à l'âne sans corbeau, (ou si il y a des corbeaux, la possibilité de les chasser), un univers où chacun retrouve les thèmes et objets qui lui sont chers, qui appartiennent à sa vie afin de la retrouver dans ses meilleurs parties.

C'est un accès à l'imaginaire intime, sans effort d'imagination. C'est quelque chose de direct, de flottant qui permet un déploiement de soi, une intimité retrouvée avec soi même.

C'est un rapport au temps dans l'immédiateté, une actualisation du passé, un état des lieux du présent, une vision du futur.

C'est quitter l'anticipation : passer de l'hyper activité à la concentration, au moment présent.

C'est donc une temporalité particulière.

C'est une immersion en eaux profondes, ou non : snorkeling ou bouteilles.

C'est une plongée en soi-même mais sans introspection, pas dans une dimension réflexive, mais plutôt dans une sorte de décentration pour le patient, qui lui permet de s'ouvrir, afin de trouver une autre temporalité et un espace sans tension.

La découverte de cet espace peut se faire en empruntant un pont, celui qui permet le passage de l'intra- psychique à la relation ; L'hypnose transforme la nature de la relation : tant par le soin apporté à l'installation de l'alliance thérapeutique, que par le soin apporté à la relation elle-même dans le déroulé de l'entretien ; celle-ci devient en effet, l'outil du changement ; sous un autre mode, celui de la liberté .

C'est en relation active et vivante avec le thérapeute, qu'il va trouver la capacité de changer. Cette relation peut être organisée par les nombreuses formes que sont les TOS, thérapies narratives etc..

L'hypnose et les thérapies brèves sont aussi une ballade dans le connu, le connu oublié, une reconnaissance ; reconnaissance dans le sens d'une connaissance, qui est différente du savoir.

Faire une reconnaissance, c'est aller dans un endroit déjà repéré afin de le découvrir avant de l'explorer. C'est connaître à nouveau.

C'est une naissance nouvelle à la connaissance qui inclut l'expérience. co-naissance ?

Une renaissance l'expérience retrouvée, recontacter les moments d'unité là où on ne se sentait plus soit, se réassocier quand on est dissociés.

Un retour aux sources de soi, un travail sur les ressources.

Un savoir-faire ?

C'est penser à ne pas penser mais autrement qu'en pensant.

Pourquoi penser à une autre chose que celle qu'on est en train de faire ?

On retrouve souvent dans les discours des patients cette semi plainte : « je suis toujours en train de penser, en faisant une chose je pense à la chose d'après ».

Une semi plainte car ce constat est celui d'une pensée absente à l'acte mais plutôt présente à une autre pensée et il est souvent valorisé comme une manifestation de dynamisme, une preuve d'efficacité, une appartenance à une vie sur-active.

C'est quitter la pensée pour la rêverie ; la rêverie comme une respiration de la pensée. C'est donc respirer, souffler en rêvant.

C'est un autre langage, une façon particulière de parler le psychisme et le corps dans sa manière à lui d'être au monde, et cela dans un même mouvement.

C'est contacter ou recontacter un paysage relationnel sûr.

C'est regarder à l'intérieur de soi, fermer les yeux comme Matisse le conseillait à ses élèves : « fermez les yeux pour mieux voir. »

D'une position à l'autre : un glissement sans rupture

Dans la continuité de ma pratique de psychologue, je poursuis les thérapies engagées en fonction de chaque patient, et du contexte de la prise en charge.

Formée à la psychanalyse, j'ai pratiqué mon métier jusqu'au début de cette formation en étant sensiblement orientée par cette direction.

Sensiblement seulement, car le contexte de l'hôpital et ma position de psychologue n'auraient pas correspondu à des thérapies analytiques. Cependant, c'est l'écoute de l'inconscient, l'attention portée « au continent noir » qui prévalaient.

Assez rapidement, s'était ajoutés toutefois dans ma pratique quelques axes surgis spontanément, en relation avec la spécialité hématologie et plus particulièrement en lien avec la question de la personne dans sa rencontre avec la maladie qui vient faire éclater les cadres mis en place jusque là.

C'est donc une clinique du patient en relation avec la maladie qui occupait en partie ma pratique et que cette formation est venue installer.

L'observation de cette relation et l'externalisation de la maladie étaient associées à l'utilisation fréquente de métaphores, notamment par exemple, la métaphore du coffre fort : je proposais aux patients de visualiser un lieu hors d'atteinte, de vérifier que ce qu'ils sont vraiment, leur caractère, leur personnalité n'était pas atteint par la maladie.

Je proposais aux patients de constater que cette partie vierge de tout dérèglement de la moelle osseuse était inaltérable, intouchable, et qu'elle était à la fois une protection, un antidote, une ressource.

J'utilise plus souvent encore cette métaphore en comprenant maintenant comment elle opère et en demandant aux patients d'épaissir la description.

C'est dans cet état d'esprit que la formation à l'hypnose et aux thérapies brèves m'a intéressée.

Je suis passée alors de la notion théorique de transfert à celle d'alliance thérapeutique : de l'idée que la relation avec le patient pouvait être une réactualisation d'une structure de l'enfance qui pourrait se revivre dans la thérapie, à l'idée que la relation thérapeutique est une démarche, fondée sur un contrat explicite, avec un but et parfois une tâche et que cette alliance thérapeutique est une énergie qui transporte le patient là où il voudrait aller.

Dans ces deux positions, l'objectif a toujours été d'amener un changement, d'inviter le patient à regarder sa situation sous un autre angle. Cependant, la différence entre le transfert et l'alliance, entre la notion de patient et celle de client, entre la possibilité d'une modification et la mise en place d'un contrat avec des objectifs a changé les choses.

Si l'attention portée au cadre de l'entretien avait toujours été prépondérante, la notion de sécurité formulée clairement et introduite rapidement, est également un apport pour moi.

De même, l'utilisation des échelles : quantifier la part de l'angoisse ou de l'ombre portée au sens où on l'entend en peinture : une ombre foncée plus grande que l'objet lui-même.

Les échelles ou pourcentages que j'utilise maintenant presque systématiquement permettent au patient de regarder comme en pleine lumière l'importance d'un élément apporté au cours de l'entretien. Tout se passe comme dans l'allégorie de la caverne de Platon, où les ombres représentent la connaissance imparfaite que les habitants du monde souterrain ont de l'extérieur.

En fin d'entretien, la notion d'évaluation qui sous entend le choix laissé au patient comme acteur, auteur, s'y ajoute comme une autre mesure.

Demander au patient et observer, s'il a senti que l'entretien était suffisamment proche de ses attentes, est aussi une manière de plus de lui montrer que le thérapeute n'est pas dans la toute puissance.

Pour ces quelques points, j'ai senti rapidement dans ma pratique un glissement, une nouvelle manière de faire : une thérapie plus interactive.

Une imprégnation aux thérapies orientées solutions, aux thérapies narratives s'est mise en place progressivement au cours des années de la formation.

La découverte de l'hypnose et le ressenti de la force, de la prépondérance de la relation dans la thérapie modifient aujourd'hui vraiment ma pratique.

Il s'agit d'un passage « du continent noir » où les souvenirs seraient cachés et figés, à une terre nouvelle, peuplée et vivante en perpétuelle reconstruction.

L'idée notamment de l'impermanence des pensées, illustrée par la phrase d'Alain, citée par Alain ! « on ne retrouve jamais ses pensées là où on les a laissées », a pris une grande place dans mon travail entraînant avec elle ce sentiment net, que les dires des patients sont un récit et que celui-ci est une construction, une reconstruction.

Cela m'a fait penser au concept d'intertextualité apporté dans la littérature dans les années 60 par quelques grands auteurs comme Alain Robbe Grillet, Michel Butor etc...

L'idée est que tout texte peut se lire comme l'intégration et la transformation d'autres textes existants.

Ainsi Julia Christéva dit : « Tout texte se construit comme une mosaïque de citations, tout texte est l'absorption et la transformation d'un autre texte ».

Michel Butor dit également : « Toute invention littéraire aujourd'hui se produit à l'intérieur d'un milieu déjà saturé de littérature. Tout roman, poème, tout écrit nouveau est une intervention dans ce paysage antérieur. »

Si le travail / récit des patients est une reconstruction, il emprunte pour son tissage des thèmes comme l'angoisse, la colère, des lieux communs partageables par tous, qui ont déjà été pensés, éprouvés.

Comme dans le registre de l'intertextualité, on peut penser qu'il existe un grand corpus des éprouvés, ressentis de l'Homme et que parfois ce qui est apporté au thérapeute n'appartient pas au patient en propre ; ce n'est certes pas une découverte mais c'est un angle pour aborder les récits.

Cette théorie de l'intertextualité a eu de nombreux détracteurs notamment à propos de l'idée

de mort de la littérature qu'elle supposait.

Il me semble que ce qu'elle apporte aujourd'hui à notre moulin, c'est l'idée importante dans les thérapies brèves, du recadrage : les mots des patients doivent décortiqués, rapportés à autre chose, recontextualisés, déplacés et ce sous l'angle de la relation avec le thérapeute.

Quitter ce grand corpus des récits déjà écrits pour que le patient puisse se projeter dans une relation où il est en accord avec lui-même, débarrassé des mots des autres.

Conclusion

L'hypnose et les thérapies brèves ont changé ma pratique. Ce changement s'est fait dans la continuité, dans un glissement entre l'orientation analytique et les thérapies brèves.

Je n'abandonne pas l'un au profit de l'autre. J'étends mon champ de connaissance et de pratiques, j'assimile la notion de perceptude.

Ce n'est pas un changement de paradigme ni un changement de disque dur.

C'est un changement qui se poursuivra dans la durée, comme irrémédiablement, à la vitesse d'une pensée lente, d'une imprégnation progressive, à la hauteur des auteurs à découvrir, de leur pensée à assimiler.

Pour l'instant, je n'ai rien appris « par cœur », car je sens que le « par cœur classique » ne veut pas dire « par cœur » mais plutôt « par tête ».

J'ai compris ou plutôt senti, que la « par cœur » de l'hypnose et des thérapies brèves est un autre « par cœur » que celui du sens commun ; il se passe par le corps, au rythme de la lecture, à l'écoute de la compréhension, en observant le patient, en s'accordant sur sa respiration, dans une présence à soi et à l'autre densifiée .

J'ai encore un territoire à découvrir, au rythme de la pratique et des rencontres avec ces patients, qu'ils soient clients ou touristes ; un peu comme un pays que je découvrirai à pied, sans forcer sur les visites mais plutôt en observant en comprenant tranquillement.

C'est un présent et un futur plein de promesses, pour moi et pour les patients.

Ainsi, même si je sens que je suis encore loin, je suis en marche..
Et j'avance à cette lente vitesse...