

Claire Aymé  
Psychiatre, praticien hospitalier  
Centre Hospitalier Universitaire de Besançon  
Diplôme universitaire hypnothérapie  
Année 2018-2019



## Apports de l'hypnose dans un travail d'accompagnement à une transplantation hépatique

Sous la direction d'Anne Vuillaume

## Remerciements

J'adresse mes plus sincères remerciements à

Madame A. qui a accepté que je réalise ce travail de mémoire à partir de sa situation clinique. Merci pour toute la confiance qu'elle m'a accordée

Antoine Bioy, directeur de ce diplôme universitaire ainsi qu'à tous les enseignants pour la transmission de le savoir, savoir-faire et savoir-être

Anne Vuillaume qui a accepté d'encadrer ce travail avec bienveillance et dont les retours positifs n'ont fait que de m'encourager

L'équipe des urgences psychiatriques, vivement intéressée par ma formation en hypnose et avide de pouvoir en faire bénéficier à nos patients

L'équipe d'hépatologie pour son accueil et son enthousiasme autour de la prise en soins de Madame A

Paul mon époux, Léonie, ma petite lionne de fille, Philippe et Marie, mes parents, Léa et Jean-Charles, ma sœur et mon frère ainsi que Pascal et Anne, leurs conjoints, Alexandre, mon neveu, Gisèle, ma grand-mère et enfin mes amis pour leur soutien et leur amour

## Table des matières

Introduction.....	7
1) Revue théorique des travaux.....	10
I) Hypnose et chirurgie.....	10
1) Repères historiques.....	10
2) Généralités.....	11
3) Hypnose et ses applications en chirurgie.....	11
3.1) Quels champs d'application ? .....	11
3.2) Hypnosédation.....	12
3.3) Quels effets ?.....	12
A) La douleur.....	12
B) L'anxiété.....	14
C) Réduction des médications et convalescence plus courte...	15
D) Conditions opératoires pour le chirurgien.....	16
II) L'accompagnement par l'hypnose dans le cadre de maladies graves.....	17
1) Repères historiques.....	17
2) Hypnose et maladies graves : quels champs d'application ? .....	17
2.1) Généralités.....	17
2.2) La douleur aigüe, chronique et induite par le soin.....	18
2.3) Domaine de la cancérologie.....	18
2.4) Domaine des soins palliatifs.....	19
A) La douleur.....	19
B) Les autres symptômes physiques de la maladie et les effets secondaires des traitements.....	19
C) Mobilisation du réservoir de ressources, un « empowerment retrouvé ».....	20
D) Les angoisses, en particulier l'angoisse de mort.....	21

E) L'hypnose : des effets secondaires ?.....	22
2) Problématique.....	22
3) Méthodologie de la recherche .....	23
4) Résultats et données cliniques.....	26
A) Premiers entretiens : « la couleur verte me fait peur ».....	26
B) Première séance d'hypnose : une ballade en bord de mer dans son pays natal.....	27
C) Deuxième séance d'hypnose : l'eau qui berce et qui porte.....	29
D) Troisième séance d'hypnose : de l'horizontalité à la verticalité.....	30
E) Quatrième séance d'hypnose : le Jour J est arrivé.....	32
F) Cinquième séance d'hypnose : une montagne enneigée.....	33
G) La rivière ou comment laisser la force de l'eau faire son effet.....	35
H) Sixième séance d'hypnose : après l'hiver vient le printemps.....	36
I) Des hauts et des bas.....	37
J) Septième séance d'hypnose : les retrouvailles avec sa mère.....	38
K) La boucle est bouclée.....	39
5) Discussion théorico-clinique.....	40
1) Confrontation à la problématique.....	40
A) L'hypnose, un travail de préparation à la chirurgie.....	40
B) L'hypnose ou comment accompagner le corps en souffrance.....	41
C) L'hypnose, un ajustement thérapeutique nécessaire.....	42
2) Différents questionnements ou points négatifs.....	44
A) Sur le contenu des séances.....	44
B) Sur les objectifs fixés et le fond du travail.....	45
6) Conclusion.....	46
Bibliographie.....	47

## Introduction

Lors de mes études de médecine, j'ai longtemps hésité entre le choix de la spécialité psychiatrie et celui de la médecine générale. D'un côté, je souhaitais pouvoir prendre soins « psychiquement » parlant de mes patients et de l'autre, je ne voulais pas oublier leur corps. J'ai finalement choisi de me spécialiser en psychiatrie, mais cet intérêt pour le corps a perduré en moi.

Quand il a été question de réaliser mon travail de thèse, j'ai choisi un thème en lien avec la question corporelle. Mon sujet s'intitulait, « La douleur, gardienne du deuil », et j'ai tenté de montrer comment une douleur chronique pouvait venir s'inscrire dans le corps, tout en symbolisant un/des processus de deuil inachevé(s). Ce travail s'est inspiré de différents suivis que je menais au centre de traitement de la douleur de l'hôpital.

Mon travail de mémoire de spécialité a également pris une orientation corporelle, puisque j'ai traité d'un cas de mutisme aux urgences psychiatriques. Il s'agissait d'une patiente qui présentait un tableau de dissociation péri-traumatique avec comme point d'appel le mutisme, qui avait amené son époux à la conduire aux urgences psychiatriques.

Par la suite, lorsque j'ai choisi sur quelle orientation professionnelle je souhaitais m'engager en début de carrière, le service des urgences psychiatriques correspondait à mes attentes en termes de transversalité. A la fois du soin psychique que je qualifierais « d'intensif » car les patients pris en charge aux urgences traversent souvent une situation de crise ; mais cette activité nécessite aussi de garder un œil attentif sur la question du corporel afin de ne pas méconnaître une pathologie organique qui pourrait venir se confondre avec un tableau d'allure psychiatrique.

Je rencontre également ces nombreuses intrications corps-psychisme dans le travail que j'effectue en psychiatrie de liaison. Je rencontre des patients dans les différents services du centre hospitalier, des patients impactés par la maladie organique et pour lesquels le retentissement psychique est à prendre en compte. Je développerai plus en détails cette activité dans le cadre de la présentation de ma méthodologie de recherche.

En novembre 2017, j'ai rencontré un patient âgé d'une cinquantaine d'années. Il présentait un épisode de mélancolie délirante avec profonde apathie, anhédonie et ralentissement psychique majeur, associée à des idées délirantes persécutives, de ruine, et d'incurabilité. Ce tableau clinique en apparence typique ne l'était pas vraiment car il s'agissait

du premier épisode de ce type pour ce patient alors qu'à 50 ans, un trouble de l'humeur s'est déjà révélé en général. De plus, le patient présentait des troubles du langage avec manque du mot et appauvrissement important du discours ainsi que des troubles cognitifs s'aggravant rapidement. Le diagnostic posé a finalement été celui de neurosyphilis. Ce patient, pour lequel au départ, une orientation dans un service de psychiatrie avait été décidée, a finalement pu être pris en charge en maladies infectieuses puis en rééducation et connaître une récupération quasi-totale de sa symptomatologie en particulier des troubles cognitifs évolués. Des exemples comme celui-là il en existe de nombreux et il nous faut garder une sensibilité à la question du corps dans nos approches aux urgences psychiatriques.

A l'issue de quelques années d'exercice, j'ai bien intégré cette habitude du « diagnostic médical » à mon exercice, et cela est très enrichissant et me permet de conjuguer les aspects du psychisme et du corps. Néanmoins, il m'arrivait régulièrement de me sentir limitée au cours de mes prises en soins, et je réfléchissais à la manière dont je pourrais proposer « autre chose » à mes patients. L'hypnothérapie s'est imposée comme étant cette « autre chose ». En effet, je souhaitais pouvoir aborder mes patients avec une approche plus corporelle car les thérapies « psy » classiques sont avant tout basées sur la parole et ne laissent que peu de place au corps.

Et pourtant ce corps est bien souvent mis à mal : quand ce n'est pas une maladie somatique, il peut s'agir d'automutilations telles que des scarifications ou des gestes auto-agressifs lors des tentatives de suicide. Le corps peut aussi être malmené par les addictions dont souffrent les patients ou plus simplement venir « s'emballer » lors d'une crise d'angoisse ou d'une attaque de panique, sans parler des antécédents de traumatismes au cours desquels le corps est violenté.

Les traitements psychotropes ont aussi leurs limites et ne sont souvent qu'un pansement temporaire aux problématiques de nos patients.

Alors comment venir les aider autrement en procurant un apaisement du corps ? Comment cet apaisement corporel peut-il venir en aide à un esprit tourmenté ? Et à l'inverse, comment ce corps en souffrance peut-il être un éclairage et une aide à la compréhension des difficultés psychiques ?

J'ai choisi de m'intéresser dans ce travail de mémoire à une patiente souffrant d'une cirrhose hépatique d'origine familiale. Cette maladie grave a conduit au fil des années à dégrader progressivement sa fonction hépatique jusqu'à atteindre une insuffisance hépatique terminale pour laquelle la seule solution était la transplantation hépatique.

L'idée de cette problématique est donc de travailler sur la souffrance de son corps en prenant en compte l'évolution défavorable de sa pathologie organique grave. En effet, son état

clinique s'aggrave de semaine en semaine pendant mon suivi. Elle souffre de nausées, vomissements, difficultés respiratoires, œdèmes et hémorragies.

Ce travail tente de montrer comment l'hypnose va l'aider à soulager son corps et lui permettre de réinvestir la vie du mieux possible tout en l'accompagnant dans l'attente incertaine de cette greffe. Il s'agit de tenter de la préparer à cette chirurgie lourde tout en gardant à l'esprit qu'elle ne pourra peut-être pas en bénéficier et que sa maladie risque de lui être fatale.

Ainsi, la partie théorique s'organisera autour de 2 axes principaux, 2 axes qui m'ont été inspirés par la patiente. D'une part, les apports de l'hypnose dans le domaine de la chirurgie, et j'ai choisi de traiter surtout de l'hypnose en per-opératoire dans le domaine de l'anesthésiologie. En effet, la littérature s'intéresse peu à l'hypnose en tant que travail de préparation en amont et en aval d'une chirurgie. Cette partie théorique viendra donc compléter le travail que j'ai pu faire avec la patiente en amont et en aval de sa chirurgie.

Le second axe que j'ai souhaité développer et qui me paraît être congruent avec le cas clinique de cette patiente est l'apport de l'hypnose en tant qu'accompagnement dans les pathologies somatiques graves et notamment en soins palliatifs. En effet, au cours de mon travail avec cette patiente, la mort est venue frapper à sa porte plusieurs fois et mon travail en hypnose a été de venir accueillir et accompagner ce corps en souffrance et pour lequel la mort constituait une issue possible.

## **1) Revue théorique des travaux**

### **I) Hypnose et chirurgie**

#### **1) Repères historiques**

Lorsque l'on évoque l'hypnose dans un contexte de chirurgie, l'idée première est celle d'avoir recours à l'hypnose au moment des interventions chirurgicales.

Recamier semble avoir été le premier en 1821 à pratiquer une intervention chirurgicale sous anesthésie magnétique (1).

En 1829, devant tout un amphithéâtre, le chirurgien Jules Cloquet réalise une mastectomie sous hypnose. La patiente n'aurait ressenti aucune douleur (2,3,4).

James Esdaille publie en 1846 un livre décrivant 345 chirurgies majeures en Inde sous hypnose, comme seul agent anesthésique (1,2). Il constate d'ailleurs que la mortalité péri-opératoire est diminuée de 40 à 5 % ce qui est très important pour l'époque (2,3,4).

L'avènement de l'anesthésie chimique vers 1850, technique très reproductible et fiable, va faire oublier l'hypnose analgésique pendant plus de cent ans (3,4).

En 1960, Wolfe et Millet signalaient que chez 1500 patients ayant reçu des suggestions positives en per-opératoire, la moitié n'avaient pas eu besoin de médicaments antalgiques en post-opératoire (5).

En 1961, Hutchings confirme cette constatation grâce à 140 patients sur 200 ayant bénéficié de suggestions positives en per-opératoire et qui n'avaient de même, pas eu besoin de médicaments antalgiques en post-opératoire (5).

L'hypnose chirurgicale revient sur le devant de la scène avec le Docteur Marie-Elisabeth Faymonville qui met en place un protocole d'hypnosédation associant hypnose et sédation dès 1991 au Centre Hospitalier Universitaire de Liège (1).

En 2015, une enquête réalisée au sein des Centres Hospitaliers Universitaires français retrouvait que l'hypnose était utilisée au cours de procédures chirurgicales diverses dans 20 des 30 groupements hospitaliers universitaires français (6).



## 2) Généralités

L'hypnose peut être utilisée à différents temps en chirurgie (5) :

- 1) En **pré-opératoire**, elle permet de réduire la peur, l'appréhension et l'angoisse, tout en créant un climat de sérénité, de motivation et d'optimisme concernant la chirurgie à venir.
- 2) En **per-opératoire** sous la forme d'hypnoanesthésie, comme seule forme d'anesthésie ou hypnosédation, combinée à une sédation intraveineuse légère
- 3) En **post-opératoire** pour favoriser la récupération après l'intervention, diminuer les complications, réduire les douleurs, améliorer la cicatrisation et réduire le temps de convalescence.

Dans la partie clinique, mon travail d'accompagnement avec la patiente s'est centré sur les phases pré-opératoire et post-opératoire. Je ne suis pas intervenue au cours de la chirurgie. Aussi, j'ai souhaité élargir mes recherches et développer, dans la partie théorique, les travaux davantage centrés sur l'hypnose en per-opératoire.

## 3) Hypnose et ses applications en chirurgie

### 3.1) Quels champs d'utilisation ?

Les différents exemples de chirurgie ci-après ne constituent pas une liste exhaustive mais donnent une idée de la grande variabilité des situations au cours desquelles l'hypnose peut être utilisée au décours d'une chirurgie.

La chirurgie plastique et la chirurgie maxillo-faciale sont un des nombreux exemples d'utilisation de l'hypnose en chirurgie. Elle peut être utilisée lors d'intervention tels que liftings de visage, mise en place de prothèses mammaires, résection de tumeur de la face ou du cou par exemple (1,7,3).

Chez les enfants, la technique d'hypnosédation peut être proposée lors de chirurgie pour oreilles décollées ou chirurgies viscérales pédiatriques (1).

Les chirurgies ORL et endocrinienne sont également un domaine d'application (septorhinoplastie, amygdalectomie, tympanoplastie, thyroïdectomie) (7).

Il en est de même pour les chirurgies abdominales qui font partie d'un des nombreux champs d'application de l'hypnosédation (hernies inguinales, ombilicales) (7).

L'hypnose se développe également dans le domaine de l'odontologie, l'obstétrique et la pédiatrie (8).

D'une manière plus générale, l'hypnose médicale peut également être une aide lors de la réalisation de nombreux soins dans le cadre de l'hypnoalgésie. Il peut s'agir, par exemple, de la réalisation de pansements chez les patients brûlés ou atteints d'escarres ou lors de greffes cutanées de petites zones (1) ou tout autre soin physique générateur de douleurs et d'inconfort.

### **3.2) Hypnosédation**

Les exemples de l'utilisation de l'hypnose de manière concomitante à la chirurgie sont nombreux. On parle d'« hypnosédation » lorsque l'hypnose est combinée à la sédation intraveineuse légère (1,7). En effet, de faibles doses d'analgésiques et/ou d'anxiolytiques sont administrés par l'anesthésiste en cours de chirurgie afin de potentialiser les effets de l'hypnose (7). Une anesthésie locale du site opératoire peut également être faite (7).

L'hypnosédation est proposée à la place d'une anesthésie générale pour des chirurgies où l'anesthésie locale est insuffisante. Cette technique permet donc d'éviter l'anesthésie générale et donc de minimiser les risques anesthésiques liés à la pharmacologie (1).

L'hypnose conduit à une parfaite immobilité, un relâchement musculaire, un seuil de douleur augmenté et focalise les patients sur un vécu personnel très agréable tout en faisant perdre la notion du temps ce qui donne l'impression au patient de raccourcir la durée de la chirurgie (1,7).

Ce vécu personnel peut faire appel à un souvenir agréable, ou à la réalisation d'une activité plaisante de son choix dans le cadre d'une réalité imaginaire (7,2).

D'autres techniques telles que l'emploi de la confusion peuvent être utilisées lors de la réalisation de gestes douloureux comme la pose d'une voie veineuse périphériques par exemple. Il s'agit, à ce moment-là, de prononcer quelques mots inintelligibles en posant une question au patient au moment de l'introduction de l'aiguille. Les fonctions cognitives du patient sont alors entièrement occupées à tenter de comprendre ce qui lui a été dit. La focalisation et l'absorption de la conscience ne laissent aucune place à la perception douloureuse de la ponction (3).

De plus, en cas d'inconfort per-opératoire, le patient peut le signaler à l'aide d'un code établi avant l'opération, sur le principe du signaling (7).

A la fin de la chirurgie, le patient sort de l'état d'hypnose, et peut rapidement boire, manger et quitter l'hôpital le jour même (7).

Cette technique est parfois amenée à être convertie en anesthésie générale, notamment lorsque l'acte chirurgical se révèle plus complexe que prévu (7).

### **3.3) Quels effets ?**

Les deux principales tâches d'un anesthésiste sont de lutter contre la douleur et l'anxiété, en sachant que l'anxiété majore la perception de la douleur (2). Les sujets opérés sont en moyenne 20% plus anxieux que la population générale et on détecte une anxiété chez 40 à 60 % des patients (2,3,4).

Une évaluation de l'anxiété et la douleur pré, per et post opératoire montre que l'hypnose permet de réduire de manière significative ces 2 composantes dans plusieurs études (1,2,3,8,9,10).

#### **A) La douleur**

En 2003, les études de Faymonville objectivent que l'hypnose permet une meilleure gestion de la douleur grâce à l'activation de certaines zones cérébrales (cortex préfrontal et cingulaire antérieur), parallèlement à l'inactivation d'autres zones cérébrales (cortex cingulaire postérieur et précunéus) comparativement au groupe témoin.

L'hypnose permet aussi meilleure connectivité des zones cérébrales impliquées dans la gestion de la douleur (3,4,11). Elle met ainsi en avant la formidable capacité du cerveau à recruter certains réseaux neuronaux selon les besoins du moment (3).

En 2012, une étude compare le ressenti douloureux des patients lors d'une anesthésie loco-régionale avec stimulation électrique de repérage des nerfs (manœuvre inconfortable mais indispensable à la réalisation de l'anesthésie loco-régionale). Cent patients bénéficient de la réalisation d'une anesthésie loco-régionale sous stimulation électrique associée à l'hypnose comparativement au groupe témoin qui ne bénéficie pas d'hypnose. L'étude montre que l'hypnose est une procédure efficace pour éviter la douleur de la neuro-stimulation avec une

Echelle Visuelle Analogique inférieure à 3 dans le groupe hypnose et supérieure à 3 dans le groupe témoin (9).

Les travaux du Docteur Faymonville réalisés autour de la chirurgie thyroïdienne et parathyroïdienne ont démontré de nombreux avantages à l'hypnosédation comparativement à l'anesthésie générale : diminution de la fatigue post-opératoire, de la douleur, du délai de réhabilitation et augmentation du degré de satisfaction (12).

## **B) L'anxiété**

L'équipe du Docteur Faymonville compare dans une autre étude, l'efficacité de l'hypnose à celle d'une technique de relaxation chez 30 patients, victimes de brûlures touchant jusqu'à 25 % de la surface corporelle et ayant des pansements quotidiens pendant au moins 14 jours. Un groupe bénéficie de relaxation classique et l'autre d'une transe hypnotique pendant les pansements. On observe une diminution significative de l'anxiété non seulement avant mais aussi pendant et après les changements de pansements dans le groupe hypnose (13).

Par ailleurs, une étude portant sur l'intérêt de l'hypnose dans la prise en charge des patientes devant subir une biopsie de sein montre une réduction significative de l'anxiété entre la première consultation et la biopsie. Il semble que cette technique permette aux patientes d'appréhender l'examen de façon moins anxieuse et aussi moins douloureuse (14).

Il en va donc d'un meilleur confort pour les patients (7,3,4,15). Le taux de satisfaction des patients s'en retrouve amélioré, comme dans l'étude du Docteur Faymonville portant sur la thyroïdectomie : taux de satisfaction de 9,5 sur 10 après hypnosédation, versus 7,3 après anesthésie générale (12).

Enfin, l'hypnose permet de rendre le patient acteur de sa prise en charge et contribue à une reprise de contrôle sur la situation. C'est le cas lors des interventions en hypnosédation au cours desquelles, le patient ne subit pas simplement la chirurgie, il y participe de manière active et peut guider en partie l'intervention (7).

### **C) Réduction des médicaments et convalescence plus courte**

L'hypnosédation permet de réduire les médicaments de manière parfois très significative, de plus de la moitié (1,2,16).

En 1982, Rath montre que les patients qui reçoivent des suggestions positives au décours de l'intervention ont besoin de moins de médicaments antalgiques en post-opératoire. De plus, ils donnent une évaluation plus basse de leur douleur et quittent l'hôpital plus rapidement (5)

Entre 1989 et 1993, une étude réalisée par le Docteur Faymonville chez des patients ayant recours à une chirurgie plastique montre que l'utilisation de l'hypnose réduit de façon significative les quantités de médicaments utilisées en per-opératoire (3).

Cette donnée est confirmée par le rapport de 2015 de l'Institut National de la Santé et de la recherche médicale (Inserm) qui s'est intéressé à « l'évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose » (6). Dans le domaine de la chirurgie, médecine et radiologie interventionnelle, six essais rapportent de manière concordante que l'hypnose permet de diminuer la quantité d'antalgiques et/ou sédatifs administrés en per-opératoire (6).

Une étude réalisée à propos de 171 chirurgies de cataracte montre que le recours à une médication per-opératoire est nettement inférieur dans le groupe hypnose versus le groupe témoin (21,6 % versus 49,3%) (8).

Ainsi, la stabilité hémodynamique est donc plus grande lors des interventions sous hypnosédation en raison de l'utilisation de moindre quantité de médicaments (7).

Il en va de même pour les effets indésirables post-opératoires tels que les nausées/vomissements ou l'asthénie post-opératoire (7). Déjà en 1971, Bensen montre que l'utilisation de suggestions positives dans la salle de réveil, sur cent patients, a des effets bénéfiques pour 72 % des sujets qui ne signalent pas ou peu de douleurs post-opératoire, 98% éprouvent une soif et un appétit normaux, et 90 % des saignements sont contrôlés (5).

Chez les enfants, les troubles du comportement post-opératoire sont également diminués tel que le démontre une étude portant sur l'hypnose en chirurgie viscérale pédiatrique. En post-opératoire, une augmentation des troubles du comportement (liés aux effets confusogènes des molécules anesthésiantes) est rapportée chez 65 % des patients sous anesthésie générale versus 18 % dans le groupe hypnose (10).

Dans l'étude du Docteur Faymonville portant sur la thyroïdectomie, la stabilité hémodynamique est confirmée. Elle démontre également une réponse inflammatoire diminuée en post-opératoire en mesurant le taux des protéines de l'inflammation (interleukine 6 et CRP) (12).

L'hypnose permet donc de réduire l'ensemble des coûts liés à l'hospitalisation grâce à une moindre consommation de médicaments, peu d'effets indésirables, des temps d'hospitalisation diminués (17).

#### **D) Conditions opératoires pour le chirurgien**

L'hypnose en per opératoire assure d'excellentes conditions opératoires pour le chirurgien (1). Elle permet une bonne immobilité du patient ainsi que l'instauration d'un environnement calme et harmonieux au moment de l'intervention (1), avec parfois l'utilisation d'une ambiance musicale (7).

Par exemple, dans l'étude réalisée à propos de 171 chirurgies de cataracte, la satisfaction globale des chirurgiens est excellente avec une note chirurgicale de 8,9/10 sous hypnose versus 8,5 dans le groupe témoin. Le confort obtenu sous hypnose est jugé supérieur (8).

Au bloc opératoire, l'hypnose permet aussi de renforcer le lien anesthésiste-chirurgien-infirmier de bloc (10).

Ainsi, l'hypnose a toute sa place dans un travail de préparation à une chirurgie, mais aussi au cours de l'intervention en elle-même, et enfin en post-opératoire.

L'accompagnement de la patiente présentée dans le cas clinique s'est centré sur l'avant et l'après chirurgie. Au-delà d'une « simple » chirurgie, cette patiente souffrait avant tout d'une maladie grave évolutive et son état clinique se dégradait de semaine en semaine. Ainsi, j'ai choisi d'aborder également dans cette partie théorique, l'intérêt de l'hypnose dans un travail d'accompagnement d'une maladie grave.

## **II) L'accompagnement par l'hypnose dans le cadre de maladies graves**

### **1) Repères historiques**

En 1843, James Braid, médecin et chirurgien de Manchester est l'un des premiers à l'utiliser pour lutter contre la douleur aiguë (2).

Dans les années 1890, Liébault, constate que l'hypnose peut guérir ou soulager bien des maux physiques tels que névralgies, rhumatismes, migraine, goutte, dysménorrhée (1).

En 1904, Ernest Hilgard est l'un des premiers à étudier les effets analgésiques de la dissociation hypnotique (2).

Milton Erickson permet à l'hypnose de reprendre un essor dans le champ des psychothérapies mais aussi dans celui du somatique et notamment de la douleur (18). En effet, il développe cette technique dans le but de rechercher l'analgésie car il souffre lui-même de douleurs de poliomyélite (8).

L'avènement de l'imagerie fonctionnelle dans les années 1980, objective des modifications particulières de certaines zones cérébrales impliquées dans la douleur, chez les patients en état d'hypnose (2).

### **2) Hypnose et maladies graves : quels champs d'application ?**

#### **2.1) Généralités**

Le terme « maladie grave » renvoie à une multitude de réalités très diverses. En effet, à partir de quand, qualifie-t-on une maladie de grave ? Est-ce en raison de sa chronicité ? de l'atteinte à l'intégrité de la personne ? de l'intensité des douleurs physiques ?

Il n'existe pas de définition précise de ce qu'est une maladie grave. Tantôt qualifiée de maladie qui met en jeu le pronostic vital à court terme (définition web) ou tantôt comme une maladie qui peut entraîner des conséquences fâcheuses ou qui suppose du danger (définition littéraire).

La gravité de la maladie semble avant tout déterminée par l'irruption de l'incertitude dans notre condition de mortels (19). Dans tous les cas, la maladie est une épreuve qui malmène le patient et son entourage, dans une « tempête tant physique que mentale et émotionnelle » (19). Le thérapeute aide le patient « à garder le cap de la vie » autant que possible et à ne pas s'enfermer dans la maladie (19).

L'hypnose apporte une aide précieuse dans la prise en soins des maladies graves, tant sur le plan physique que psychologique, en aidant le patient à s'inscrire dans une dynamique de vie grâce à la mobilisation de ses ressources, ou à l'inverse, dans l'accompagnement jusqu'à la mort quand l'issue est inéluctable.

## **2.2) La douleur aiguë, chronique et induite par le soin**

L'hypnose fait partie intégrante de la prise en soins des maladies graves et peut notamment être utilisée dans le traitement de la douleur, ce domaine étant le plus étudié (20).

En effet, une méta-analyse de 18 études révèle un effet hypnoalgésique significatif modéré à fort pour la gestion de la douleur (21) quelle que soit son origine.

Ainsi, l'hypnose permet de prendre en charge les douleurs aiguës mais aussi chroniques (22). Par ailleurs, différents travaux témoignent des applications de l'hypnose dans la douleur induite par le soin (20,23).

Le rapport de 2013 de l'académie nationale de médecine sur les thérapies complémentaires met en évidence que les indications les plus décrites dans la littérature semblent être la douleur liée aux gestes invasifs chez l'enfant et l'adolescent ainsi que les effets secondaires des chimiothérapies anticancéreuses (24).

Je ne développerai pas toutes les possibilités d'application de l'hypnose dans le champ de la douleur, ce domaine ne faisant pas l'objet de mon mémoire.

## **2.3) Domaine de la cancérologie**

En cancérologie, l'hypnose permet un travail sur la douleur, l'anxiété et les perturbations émotionnelles (25,26).

Elle a pour effet d'améliorer la gestion des émotions, mais aussi de diminuer l'anxiété, la dépression et d'agir sur la fatigue et la qualité de vie des patients (27).

Elle permet aussi de lutter contre les effets indésirables des traitements comme la chimiothérapie (28,6). L'hypnose améliore ainsi le bien-être des patients et aide à l'acceptation des thérapeutiques nécessaires au traitement de la maladie (17).

L'hypnose peut également être proposée dans des contextes d'amaigrissement majeur associé éventuellement à un tableau d'anorexie (29).



## **2.4) Domaine des soins palliatifs**

### **A) Douleurs**

L'usage de l'hypnose en soins palliatifs comporte différents objectifs. L'hypnose est utilisée comme un traitement complémentaire aux autres thérapeutiques déjà mises en place par l'équipe soignante (30).

Il peut s'agir d'une part, de venir prendre en charge la douleur puisque son soulagement est une priorité en matière de prise en charge palliative (20).

La douleur comme « symptôme d'appel » et porte d'entrée à l'hypnose est d'ailleurs l'indication la plus étudiée et la plus reconnue (30). L'hypnose permet d'appréhender la complexité du phénomène douloureux dans ses multiples composantes sensorielle, affective, sociale, psychologique (30).

Dans une étude randomisée, les patientes atteintes d'un cancer du sein métastatique avaient moins de douleurs et de souffrance totale lorsqu'elles étaient sous hypnose ou en auto-hypnose au cours de leur chimiothérapie comparativement au groupe contrôle qui n'en bénéficiait pas (31).

Dans une autre étude menée en 2018 sur 37 patients en situation palliative au Centre Hospitalier Universitaire de Marseille et bénéficiant de séances d'hypnose principalement pour prendre en charge la douleur (41%) et l'anxiété (27%), l'hypnose a permis une diminution des symptômes dans 51 % des cas (32).

Ce meilleur contrôle de la douleur permet ainsi une diminution des médicaments, qui va dans le sens d'améliorer l'état de conscience et la qualité relationnelle (30).

### **B) Les autres symptômes physiques de la maladie et les effets secondaires des traitements**

L'hypnose est également efficace dans la régulation d'autres symptômes physiques tels que les vomissements, les nausées, les difficultés respiratoires (20,33,21,17). Elle permet un renforcement du contrôle des symptômes (30).

### **C) Mobilisation du réservoir de ressources, un « empowerment retrouvé »**

Au-delà de l'aspect purement symptomatique, l'intérêt de l'hypnose réside dans le fait qu'elle se centre sur l'amélioration de la qualité de vie des patients (34). Il s'agit donc de permettre au patient de vivre différemment sa situation en se l'appropriant d'une façon plus humaine grâce à la mise en relief de ses propres ressources (20). Erickson rappelle que l'inconscient se présente comme un réservoir de tous les apprentissages de la vie, une sorte d'entrepôt qui comprend toutes les leçons apprises au cours de l'existence. Il soutient la nature bienveillante de cet inconscient, allant dans le sens du bien-être et de la santé (19).

Au cours de l'expérience hypnotique, le patient apprend à revisiter la façon dont il ressent son corps, dont il accueille les perceptions et sensations de son corps et les émotions qui en découlent (20). Antoine Bioy utilise le terme d'accompagnement du patient sur le plan « existentiel », « axé autour de l'humain » (20).

L'hypnose permet donc de rappeler au patient que, quelle soit la situation, il est toujours possible de récupérer une part de liberté et que nul ne peut enlever cette part de liberté (19).

Ainsi, l'« empowerment » apparaît comme « le processus par lequel une personne (...) acquiert la maîtrise des moyens qui lui permettent de conscientiser, de renforcer son potentiel et de se transformer dans une perspective de développement, d'amélioration de ses conditions de vie et de son environnement » (35).

L'hypnose permet donc au patient d'envisager autrement la maladie, de développer des stratégies de coping plus efficaces et d'oser explorer la perspective de la mort en augmentant le sentiment de quiétude (21).

En 1996, l'enquête de Finlay montre que 67% des patients en soins palliatifs ayant bénéficié de l'hypnose rapportent une amélioration des ressources (36).

Une étude qualitative menée en 2012, centrée sur le vécu exprimé par 14 patients en situation oncologique palliative au Centre Hospitalier Universitaire de Lausanne rapporte que l'hypnose aide les patients à « aller à l'extérieur de leur réalité pesante » pour un certain temps, et qu'elle leur permet de « retrouver un sentiment d'autonomie et de contrôle » grâce au développement de leur capacité imaginaire (21). Les patients réalisent que ces ressources sont « enfouies en eux » sans qu'ils aient pensé à les utiliser ou sans qu'ils aient su comment les utiliser (21). Ces ressources sont également un moyen de « prendre de la distance » par rapport à leur problématique (21).

La mobilisation des ressources passe également par l'apprentissage de l'autohypnose qui redonne une part d'autonomie au patient (37,38,21).

Elle lui permet de retrouver « un sentiment de contrôle et de confiance en soi » (21). Concernant l'étude de 2012 citée ci-dessus, il fallait en moyenne 3,8 séances sur les 5 proposées pour que le patient devienne autonome dans la pratique de l'autohypnose (21).

Un suivi reste néanmoins nécessaire, permettant au patient de « recharger les batteries » et de « maintenir le lien » dans le cadre d'un accompagnement véritable (30).

#### **D) Les angoisses, en particulier l'angoisse de mort**

Toujours à propos de l'étude réalisée en 2012, la gestion de l'angoisse ressort comme le domaine dans lequel les séances d'hypnose produisent le plus de bénéfices (21).

L'hypnose permet aux patients d'aller à la rencontre de leurs sentiments, de leurs craintes et des angoisses liées à la maladie, à la perte du lien, ou à la mort. Cette exploration se déroule en toute sécurité grâce à l'accompagnement de l'hypnothérapeute. Ce sentiment de sécurité développé dans la confiance et la relation avec le thérapeute leur permet d'atténuer ces angoisses de mort, de les « apprivoiser » et retrouver plus de sérénité (21).

Accepter une situation ne signifie pas s'y résigner ou approuver mais plutôt « consentir » à ce qui est déjà. Accepter signifie « rester présent avec calme et lucidité » (19).

L'hypnose donne ainsi aux patients la possibilité d'acquérir une dimension nouvelle dans la vision de leur fin de vie, plus conforme à leurs désirs profonds (21). Le travail thérapeutique consiste à faire « bouger les lignes d'acceptation » de la limite imposée par la maladie (19).

Irving Yalom, écrivain et psychothérapeute, résume bien ce concept : « Physiquement la mort nous détruit, mais l'idée de la mort peut nous sauver » (30).

Certaines techniques telles que « la progression dans le temps » permettent de faire visualiser au patient la manière dont l'entourage assume de manière satisfaisante le deuil (30). Les patients ne sont alors plus passifs à attendre la mort mais ils deviennent actifs (39).

Les séances d'hypnose apportent également aux patients une sensation de bien-être, de calme et paix intérieure. Cet apaisement se traduit également au niveau du corps permettant parfois la restauration d'un meilleur sommeil (30). Les patients redécouvrent le goût de prendre soin d'eux (21).

Par ailleurs, l'hypnose peut parfois servir d'aide aux patients pour commencer à parler d'eux-mêmes et de leur vécu avec leur famille et ainsi d'apaiser les angoisses liées à la perte du lien (21).

### **E) L'hypnose : des effets secondaires ?**

Dans l'étude qualitative citée ci-dessus, certains patients mentionnent le fait qu'une séance « leur prend beaucoup d'énergie » avec parfois un sentiment d'épuisement émotionnel à la fin de la séance. D'autres rapportent également une augmentation des symptômes de manière transitoire pendant la séance d'hypnose (21).

A l'aide des 2 axes que je viens de développer, je vais tenter d'illustrer comment l'outil hypnose m'a permis d'accompagner la patiente dont l'histoire clinique est rapportée ci-après, en essayant de me calquer au plus près de ses besoins.

## **2) Problématique**

Je me suis donc demandée comment l'hypnose peut constituer un travail de préparation à une chirurgie lourde telle qu'une transplantation hépatique ? Mais aussi comment l'hypnose peut venir soulager les souffrances du corps dans le cadre d'une maladie organique grave et potentiellement létale ?

### 3) Méthodologie de la recherche

J'ai rencontré la patiente en novembre 2018, dans un service d'hépatologie. Comme souvent dans le cadre de mes interventions en psychiatrie de liaison, la demande de consultation émane de l'équipe médicale et paramédicale prenant en charge le patient. Dans la demande de consultation papier que j'ai reçue, il m'était demandé d'évaluer un syndrome anxio-dépressif chez une patiente présentant un tableau de cirrhose hépatique d'origine génétique.

Bien que la demande émerge souvent des équipes, je souhaite toujours que le patient soit informé de cette consultation, afin que celui-ci puisse, d'une part, y consentir ou pas, et d'autre part, qu'il puisse s'approprier éventuellement cette demande.

Mes interventions en psychiatrie de liaison sont de différents types : il peut s'agir d'un avis diagnostique unique, d'une conduite à tenir médicamenteuse, de l'organisation d'une hospitalisation dans un service de psychiatrie quand l'état clinique le nécessite ou encore d'assurer, le temps de l'hospitalisation, un suivi « psy » du patient me laissant la liberté de déterminer la fréquence des rencontres, l'indication ou non à un traitement psychotrope, la nécessité éventuelle de compléter mes interventions par des consultations auprès d'un/une psychologue.

Je dois aussi faire le lien entre la problématique du patient et celle de l'équipe : expliquer ce dont souffre le patient, essayer de donner un éclairage « somatopsy » sur sa problématique, guider les soignants sur la bonne attitude à adopter quand ils rencontrent des difficultés à prendre en soins le patient en essayant de redynamiser le processus et en donnant des perspectives d'amélioration possibles.

Ainsi, les interventions en psychiatrie de liaison sont très diversifiées. D'une part, puisque je suis amenée à consulter dans tous les services de l'hôpital ; de la réanimation, en passant par les services de chirurgies, de médecine, d'oncologie mais aussi les hôpitaux de jour, la maternité. Cela crée un panel de patients aux problématiques très différentes, avec néanmoins la particularité commune que la maladie physique vient impacter le psychisme du patient d'une manière plus ou moins intense, plus ou moins reconnue, plus ou moins durable.

Les pratiques des services n'étant pas les mêmes, je dois aussi m'adapter aux contraintes imposées par le fonctionnement du service. Par exemple, un service de chirurgie avec un turnover important de patient, me demandera plutôt des consultations uniques, avec l'attente que ma prise en soins soit assez interventionniste (prescription d'un psychotrope, organisation d'une hospitalisation par exemple). Je réponds bien évidemment rapidement à la demande précise

et pressante de ce type de service, mais je suis amenée aussi à réinstaurer un peu de temporalité dans les parcours de soins des patients. Il s'agit donc parfois de proposer au patient de le revoir un peu à distance du geste chirurgical ou d'une hospitalisation de jour, en reprogrammant une consultation avec moi. Les services sont satisfaits d'avoir obtenu une réponse rapide à leur question, mais sont aussi rassurés de voir que la prise en charge ne se termine pas, que le patient sera revu et qu'un avis donné à un instant « t » est susceptible, et c'est tant mieux, d'évoluer en quelques jours.

Dans d'autres services, les demandes sont celles d'un accompagnement plus durable. En effet, les services de médecine habitués à prendre en soins des maladies chroniques, c'est-à-dire évoluant au long cours, avec leur période de rechute mais aussi de stabilité ; ces services sont plus sensibles à la notion de temporalité, de mouvements psychiques qui peuvent varier dans le temps en fonction de l'évolution de la pathologie, mais aussi, comme tout à chacun, en fonction des paramètres extérieurs que sont l'environnement familial, social, professionnel. L'obligation de « rentabilité » et « d'efficacité » est bien différente dans ce type de service, laissant la possibilité à des prises en soins plus adaptées à la temporalité physique et psychique des patients.

En effet, le « temps physique » n'est pas le même que le « temps psychique », et une maladie organique qui s'améliore ne va pas forcément de pair avec une amélioration psychique immédiate pour le patient. Et cette sensibilité-là est en général présente dans ce type de service, ce qui est facilitant pour moi.

Le service dans lequel s'est déroulée la prise en soins de la patiente exposée dans le cas clinique est le service d'hépatologie comme je l'ai mentionné ci-dessus. Il comporte plusieurs secteurs et différentes équipes : l'hôpital de jour, les lits de soins conventionnels et le secteur des soins intensifs. La patiente, au cours de son parcours de soins, a dû à plusieurs reprises changer de service, en raison principalement de l'aggravation de son état clinique.

Je l'appellerai Madame A. Elle est âgée de 37 ans quand je la rencontre. Elle est de nationalité tunisienne et elle était arrivée en France depuis un peu moins de 3 mois lors de notre première consultation. Cette donnée est importante puisque n'étant pas de nationalité française, Madame A., n'a encore aucun droit sur le sol français, et notamment pas de couverture sociale. Elle est donc venue se réfugier chez son cousin vivant en France, dans l'espoir de pouvoir obtenir des soins pour sa maladie. Elle est célibataire, sans enfant et exerce la profession d'ouvrière dans une usine de matériel électrique depuis l'âge de 17 ans.

Madame A souffre d'une cirrhose hépatique d'origine héréditaire. Dans son histoire de vie, Madame A. a perdu sa sœur, atteinte de la même maladie, à l'âge de 34 ans. Cette dernière est décédée à l'hôpital en Tunisie, 2 ans auparavant, sous les yeux de Madame A. D'un point de vue familial, Madame A. a 2 frères qui ne sont pas porteurs de la pathologie : un frère vivant en Tunisie et un frère vivant en Italie. Ses parents résident en Tunisie. Madame A. s'est présentée spontanément aux urgences médicales de l'hôpital fin septembre 2018. Elle avait reçu 6 mois plus tôt, en Tunisie, le diagnostic de cirrhose hépatique devant l'apparition d'un ictère.

Lors du bilan réalisé aux urgences, les conclusions sont sans appel : la cirrhose atteint un stade avancé et seul un projet de transplantation hépatique pourrait sauver la vie de Madame A. Elle est alors hospitalisée dans le service d'hépatologie pour débiter la prise en soins. Rapidement, l'équipe constate beaucoup d'angoisses et de tristesse pour cette patiente. Elle est isolée et reçoit peu de visite. Elle passe ses journées en étant alitée et se déplace très peu.

La demande de consultation initiale émane donc du service de soins, mais Madame A. y trouve immédiatement du sens. Le suivi a rapidement été investi et dure maintenant depuis plusieurs mois. Je rencontre la patiente une fois par semaine environ.

Ce travail va tenter de montrer comment l'hypnose a permis un accompagnement de la patiente, et comment l'hypnose se révèle utile pour soutenir un corps en souffrance, un corps dont l'état clinique s'aggrave de jours en jours et dans lequel la vie semble s'amenuiser au fil des semaines. J'ai rapidement pensé en rencontrant cette patiente que l'hypnose pouvait être un outil pour mieux l'accompagner tant sur le plan du corps et du psychisme dans le projet de transplantation hépatique, projet souhaité mais hypothétique et incertain, nous le verrons au cours de son parcours de soins. Incertain en raison, d'une part, d'un état clinique grave avec engagement du pronostic vital et d'autre part, en raison de difficultés administratives consécutives à l'absence de droits sociaux étant donné l'origine de la patiente et freinant encore plus ce projet de transplantation.

#### **4) Résultats et données cliniques**

##### **A) Premiers entretiens : « la couleur verte me fait peur »**

Lors de nos deux premiers entretiens en novembre 2018, Madame A. évoque son histoire de vie. Rapidement, tout son discours se centre sur la maladie dont elle souffre, sur le décès de sa sœur de cette même pathologie et sur l'impérieuse nécessité d'une transplantation hépatique, sinon Madame A. sait qu'elle décèdera de cette pathologie. Le champ de sa pensée est principalement dirigé sur sa pathologie physique, ce qui n'est pas étonnant au vu du diagnostic posé. Néanmoins, Madame A. évoque également ce à quoi elle aspire, à savoir pouvoir retravailler, rencontrer l'amour, et fonder une famille.

Madame A. est amenée à parler de ses représentations de la transplantation hépatique. Elle nourrit fortement l'espoir de pouvoir en bénéficier et se montre très reconnaissante envers la France de pouvoir être hospitalisée dans l'attente de cet éventuel projet. Elle m'explique qu'en Tunisie, ce type d'intervention n'est que peu pratiqué avec des résultats incertains. Cela la rassure beaucoup d'être hospitalisée et elle pense énormément à sa sœur qui n'a pas pu avoir ce type de soins. Madame A. partage la chambre d'une autre patiente ayant elle-même bénéficié d'une transplantation hépatique. Cette patiente est mariée, et est mère de 2 enfants à qui elle a donné naissance après sa greffe. Ceci donne beaucoup d'espoir à Madame A. qui parvient à se projeter dans la vie après sa greffe.

Parallèlement à ce désir intense de transplantation, Madame A. exprime également ses craintes concernant l'intervention. Elle parle notamment de sa peur de la couleur verte, qui lui rappelle les tenues de bloc opératoire. Je crois d'ailleurs que l'idée d'intervenir en hypnose est née de cet élément apporté par la patiente. Je me suis immédiatement dit qu'il allait être possible de travailler sur cette peur-là.

Ma proposition d'hypnose est donc venue naturellement au cours du deuxième entretien. Madame A. n'avait aucune connaissance ni représentation de l'hypnose. Il faut signaler qu'elle s'exprime dans un français très correct mais qu'elle est parfois limitée en termes de compréhension. Et le mot « hypnose » ne lui évoque absolument rien. Elle ne connaît pas cette pratique, n'en a bien sûr jamais bénéficié, ni ne connaît quelqu'un qui en a bénéficié.

Je lui explique simplement, en partant de l'exemple de la couleur verte, que l'hypnose peut nous permettre de travailler sur ses peurs dans le but de la préparer à la transplantation hépatique. Madame A. accepte cette proposition avec enthousiasme et nous convenons de



réaliser notre première séance la semaine suivante. L'alliance thérapeutique et une relation de confiance semblent s'être mises en place avec Madame A.

### **B) Première séance d'hypnose : Une ballade en bord de mer dans son pays natal**

Lors de notre nouvelle rencontre début décembre 2018, Madame A. vient de vivre une semaine compliquée sur le plan physique en raison de la survenue de nausées, vomissements, et d'œdèmes des membres inférieurs. Elle souffre également d'une hypertension portale avec ascite au niveau abdominal. Madame A. a donc dû subir une ponction de liquide d'ascite. Sur le plan physique, son état s'est dégradé depuis la semaine dernière et de manière visible.

Madame A. évoque spontanément ma proposition de séance d'hypnothérapie qu'elle a bien gardée en mémoire. Nous fixons ensemble, pour cette séance, l'objectif de « venir détendre un corps qui souffre ».

Mon idée pour cette séance est de travailler sur le lieu de sécurité. D'une part, puisqu'à ce moment-là, je débute la formation en hypnothérapie et que mon apprentissage n'en est alors qu'à son tout début. D'autre part, parce que j'ai en tête que la séance sur le lieu de sécurité est une bonne entrée en matière en hypnose et permettrait de poser un cadre sécurisant auquel la patiente pourrait à tout moment faire référence. Et enfin, il m'apparaît intéressant de proposer cette séance en raison de l'éloignement géographique de la patiente avec son pays natal et sa famille. En effet, cette patiente a quitté la Tunisie il y a 3 mois. Le lieu de sécurité pourrait peut-être la faire voyager dans son pays natal, lui offrir un peu d'apaisement et l'aider à gérer les difficultés de séparation avec sa famille, notamment avec sa mère dont la patiente se sent proche.

Cette séance se déroule en salle d'attente du service d'hépatologie. Je propose une phase d'induction avec focalisation sur les sensations externes, notamment les bruits et vibrations de la pièce, puis la patiente est invitée à se centrer sur le ressenti de sa respiration une fois les yeux fermés. Puis la focalisation se fait sur ses pieds et en particulier sur le sol qui porte ses pieds.

Je souhaite d'emblée suggérer de façon métaphorique que son corps est soutenu, soutenu par l'équipe soignante qui la prend en soins et que son corps peut ainsi prendre appui en toute confiance. L'objectif est celui d'une réassurance de la patiente en lui signifiant que nous sommes là pour l'accompagner et la soutenir dans les soins et notamment dans la perspective de la greffe.

La phase d'induction se poursuit avec proposition de porter attention aux différentes parties du corps : avant-bras posés sur les accoudoirs du fauteuil, poids de la tête, toujours dans l'idée d'un repos et d'un soutien conjoint.

La transe commence à devenir visible progressivement avec l'expression de différentes mimiques de la patiente notamment sourires. Et je lui propose ensuite de se rendre dans un lieu de sécurité réel ou imaginaire. Je développe différentes suggestions notamment sur la possibilité que cela peut être un lieu vaste, une grande étendue, dans l'idée que la patiente choisirait peut-être une plage, rappel de son pays. A noter que la patiente m'avait signalé au cours des entretiens préliminaires qu'elle vivait au bord de la plage en Tunisie et qu'elle adorait se promener sur la plage.

Au cours de la séance, je constate que la patiente semble atteindre une transe profonde. Je suis surprise de m'apercevoir qu'elle se met à parler pendant la séance. Elle dit qu'elle est effectivement sur une plage, qu'elle marche sur de l'herbe verte.

La couleur verte me rappelle la crainte du bloc opératoire avec les tenues vertes des soignants et ses champs verts stériles. Cette association que fait la patiente me paraît très intéressante. De plus, Madame A. me dit qu'elle respire l'odeur de la mer, et qu'elle voit l'écume. Elle semble privilégier les canaux visuel et olfactif.

Au cours de la séance, Madame A. fait la rencontre d'une fillette sur cette plage. Elle dit qu'elle s'appelle Sarah. Madame A. répond parfaitement à mes questions sous la forme d'une hypnose conversationnelle que j'expérimente alors pour la première fois. Elle m'explique que Sarah a 4 ans, et qu'elle porte une robe blanche. Elle serre cette fillette dans ses bras et je la vois effectuer le geste et s'en réjouir au cours de la transe

Sans vouloir interpréter ni même obtenir une réponse, je ne peux pas m'empêcher de me questionner intérieurement sur l'identité de cette fillette ? Est-ce elle-même ? Sa sœur décédée ? Son enfant rêvé ? Sa mère ?

Je propose à la patiente de faire un geste pour ancrer cette séance et qu'elle puisse se remémorer ce moment et ce lieu. Madame A. se met alors à serrer son poing et a balancé son avant-bras d'avant en arrière. En fait, elle court sur cette plage main dans la main avec la fillette. Elle sourit et profite de l'instant. Puis, elle place de nouveau les bras en croix sur sa poitrine en serrant la fillette dans ses bras.

Je l'invite à ramener cette fillette dans son cœur en faisant ainsi la suggestion indirecte de la greffe de foie, avec l'organe qui est amené à l'intérieur. Progressivement, lors de la phase de retour, la patiente se reconnecte à son corps, et ouvre tranquillement les yeux sans que je lui demande. Elle est souriante, détendue et satisfaite à la fin de la séance. Elle dit qu'elle voit

encore Sarah devant ses yeux. Après la séance, je raccompagne la patiente dans sa chambre. Elle remarque le fait qu'elle marche sans se tenir au mur, avec plus de légèreté et de facilité alors qu'habituellement, et ce fut le cas avant la séance, elle se déplace en se tenant au mur et à sa potence. J'associe sur le fait qu'au cours de la séance d'hypnose Madame A. s'est mise à courir sur la plage en tenant la fillette par la main, et je constate que son corps semble se remettre en mouvement immédiatement à l'issue de la séance, et qu'elle-même le perçoit.

### **C) Deuxième séance d'hypnose : L'eau qui berce et qui porte**

Lors de cette deuxième séance, galvanisées par les résultats obtenus sur le plan physique lors de la première séance, nous retenons avec la patiente l'objectif « de faire revenir l'énergie dans le corps. »

Par ailleurs, cet objectif n'est pas innocemment choisi car le contexte clinique est celui d'une aggravation de l'état de santé de la patiente avec majoration de l'insuffisance hépatique, nausées et vomissements fréquents, œdèmes des membres inférieurs et altération de l'état général. Elle décrit une fatigue physique importante, et se retrouve parfois obligée d'écourter les conversations téléphoniques avec sa famille en Tunisie, ce qui témoigne de sa faiblesse généralisée.

Madame A. doit subir régulièrement des ponctions de liquide d'ascite. Plusieurs litres sont prélevés à chaque geste. La patiente est aussi dans l'obligation de restreindre ses apports hydriques afin de ne pas aggraver les œdèmes et l'ascite.

D'un point purement administratif, Madame A. est cette fois-ci inscrite sur la liste d'attente greffe et elle bénéficie d'une couverture sociale grâce à l'Aide Médicale d'Etat car elle réside cette fois depuis plus de trois mois en France. Elle espère pouvoir être greffée en janvier 2019. Elle parle de la greffe comme d'une grande "fête" qui l'attend. Madame A. est souriante et pleine d'espérance à l'évocation de cette transplantation. Je remarque que les éléments dépressifs ayant amené à la première consultation ne sont plus au premier plan.

Lors de la séance d'hypnose, il est d'abord proposé à la patiente de retourner au bord de la mer comme lors de la première séance. L'idée de la métaphore de la mer et de l'eau qui s'écoule permet de faire le lien avec l'entretien préliminaire et la problématique de l'ascite. En effet, l'eau de la mer n'est pas figée, elle est en perpétuel mouvement. Elle se retire puis revient au gré des vagues. L'idée de cette métaphore est donc d'améliorer le vécu de la patiente par rapport à son ascite et aussi de lui permettre de se représenter l'étendue et l'immensité qu'est la

mer afin de mieux supporter la restriction hydrique qui lui est imposée. L'eau n'est pas que restriction, elle peut aussi être profusion.

Je propose également à la patiente de laisser son corps tranquillement reposer dans l'eau, de se laisser porter par l'eau et d'imaginer la légèreté de son corps comme lorsqu'une bulle de savon qui vient englober une goutte d'eau parvient à s'élever au gré de l'air. L'idée de cette image métaphorique est celle du portage psychique et physique, du soutien et de l'accompagnement que je souhaite témoigner à la patiente dans le cadre de cette maladie évolutive et potentiellement létale dont elle souffre. Je l'aide à se sentir contenue et rassurée par la prise en soins.

Pour symboliser l'inscription sur la liste d'attente greffe et le nouveau départ que cela pourra représenter, je propose à la patiente de visualiser également l'envol d'un oiseau dans le ciel, avec une image qui évoque avant tout la liberté et la légèreté de cet oiseau.

Dans l'exploration des différents canaux sensoriels, et dans les propositions faites à la patiente, j'évoque la possibilité qu'une saveur particulière peut venir à ses lèvres, comme par exemple, celle du sel ; sel qui permet de donner du goût aux aliments, qui pique et stimule les papilles. L'idée est aussi de redonner un peu plaisir alimentaire à la patiente, laquelle souffre de vomissements intempestifs et d'une perte d'appétit.

Enfin, il lui est proposé de ramener un souvenir de ce voyage pour permettre de se le remémorer dès que le besoin s'en fera sentir. La patiente parvient à dire qu'il s'agit d'un coquillage. Il lui est suggéré, qu'en effet, le coquillage, lorsqu'il est porté à l'oreille, permet d'entendre le bruit de la mer, et qu'ainsi, elle aura la possibilité de l'écouter de nouveau à tout moment, lors des soins, des ponctions, ou avant un examen pour mieux retrouver l'énergie ressentie lors de ce voyage à la mer.

A la fin de la séance, Madame A. se sent détendue. Elle sent que ses jambes bougent mieux et elle est satisfaite d'avoir revécu des souvenirs d'enfance au bord de la mer où elle vivait avec sa famille.

#### **D) Troisième séance d'hypnose : de l'horizontalité à la verticalité**

Lors de cette nouvelle rencontre, Madame A. m'explique qu'elle s'affaiblit de plus en plus sur le plan physique. Elle a de nombreux épisodes de vomissements. Son poids ne cesse d'augmenter en raison de l'aggravation des œdèmes, et de l'ascite. Son teint est de plus en plus ictérique. Néanmoins, elle parvient à "garder de la force" selon ses termes, malgré les symptômes physiques invalidants. Elle dit que les séances d'hypnose lui permettent de "garder

le sourire". Elle s'en inspire et s'est mise à pratiquer l'autohypnose spontanément ce qui facilite son endormissement. Je suis très surprise et satisfaite d'apprendre que Madame A. s'est mise naturellement à reproduire nos séances d'hypnose sans que je ne lui en aie parlé. Elle semble avoir intégré facilement cette pratique à son quotidien.

La séance d'hypnose proposée ce jour est celle d'un apprentissage réussi, dans le but de travailler autour de sa confiance en elle, et notamment, la confiance dans son corps bien que celui-ci s'affaiblisse de jours en jours. Il lui est proposé de visualiser le bébé, à l'état de nourrisson, allongé, qui perçoit le monde d'une position horizontale et qui voit principalement le visage de sa maman ou d'autres personnes lorsqu'elles viennent se pencher au-dessus de lui, mais aussi le plafond de sa maison, de sa chambre, ou encore le ciel lorsqu'il est dehors. Lors de cette proposition, Madame A. semble se saisir de la suggestion et semble régresser à l'état de nourrisson. Les différentes étapes de développement sur le plan moteur sont décrites avec le passage par la position assise, position qui permet déjà de commencer à appréhender le monde de façon verticale et qui donne la possibilité de voir plus loin, d'admirer les jeux à proximité. L'idée d'une métaphore autour du passage de l'horizontalité à la verticalité est celle de pouvoir rendre actrice Madame A. dans sa position de malade. En effet, elle est elle-même alitée, horizontale, dans l'attente de soins, et ce passage à la verticalité vient saupoudrer l'idée qu'elle est aussi actrice de sa prise en soins, et qu'il lui est possible de continuer à s'élever malgré l'attente incertaine de sa transplantation hépatique.

Au cours de la séance, je continue à décrire le développement moteur du bébé qui va progressivement être capable de ramper puis se déplacer à 4 pattes et donc de pouvoir se mouvoir selon son désir, vers les jouets qui l'attirent par exemple. Différentes propositions de jeux sont faites à Madame A., et notamment celle d'un ballon que l'enfant peut lancer en l'air, qui s'élève et retombe. Le ballon peut aussi s'envoler dans le ciel s'il est très léger. L'idée est de continuer à travailler sur la légèreté du corps et la remise en mouvement de celui-ci. Des suggestions autour de la marche et de son apprentissage réussi sont ensuite proposées à Madame A., depuis les prémisses de celle-ci jusqu'à la marche assurée de l'enfant qui grandit. Au cours de cette séance, des saupoudrages autour de la couleur verte sont proposés à la patiente (couleur de ses jeux, couleur du ballon).

Cette séance autour des différentes étapes motrices que le bébé traverse permet aussi de faire le lien avec le processus de la greffe et ces différentes étapes. Les patients doivent en effet bénéficier d'un bilan pré-greffe conséquent puis attendre, parfois de longs mois ou années, qu'un greffon compatible soit disponible. En l'occurrence, Madame A. ne peut pas quitter l'hôpital à l'issue de son bilan pré-greffe car son état de santé est beaucoup trop précaire. Cette

métaphore de l'apprentissage réussi de la marche permet donc de faire le parallèle avec l'aboutissement que représente la transplantation hépatique et qui permettrait de sauver la vie de la patiente. Lors du débriefing, Madame A. m'explique qu'elle s'est revue petite à son domicile, avec ses jouets. Elle a revécu l'apprentissage de la marche. Elle est pleinement satisfaite de la séance. A noter qu'au cours de cette séance pour la première fois, la patiente ne s'exprime pas en hypnose conversationnelle comme lors des autres séances.

### **E) Quatrième séance d'hypnose : le Jour J est arrivé**

Début janvier 2019, Madame A. souffre depuis quelques jours d'une infection pulmonaire en cours de bilan. Elle est prise de sévères quintes de toux, jour et nuit et elle présente des difficultés respiratoires avec des sifflements permanents. Elle se sent fatiguée et dort très difficilement la nuit en raison des quintes de toux.

Lorsque nous revenons sur les séances d'hypnose précédentes, Madame A. explique que les séances lui redonnent de l'énergie dans son corps. Il lui prend parfois l'envie de danser et elle le fait même en étant allongée dans son lit. Elle dit qu'elle parvient à refaire des activités tels que lire, communiquer avec sa famille en Tunisie, ce qu'elle avait un peu délaissé en raison de son épuisement physique. Elle dit aussi qu'elle fait parfois des séances de gymnastique douce dans son lit en faisant des mouvements avec les différentes parties de son corps. L'hypnose semble lui permettre de retrouver confiance dans son corps. Elle me signale aussi ne plus avoir peur de la couleur verte, ce qui était le cas auparavant. Elle m'explique en effet avoir rencontré l'anesthésiste dans la semaine et que ce dernier portait une tenue verte de bloc opératoire. La patiente a alors remarqué qu'elle n'avait ressenti aucune peur à la vue de cette couleur.

La nouvelle séance proposée ce jour-là a pour objectif de faire vivre sous hypnose à la patiente le jour de sa greffe hépatique. D'un point de vue purement chronologique, je m'apprête à m'absenter deux semaines de suite. L'état clinique de la patiente s'étant encore dégradé, les médecins m'informent qu'ils espèrent que la transplantation hépatique pourra avoir lieu courant janvier car le pronostic vital de la patiente est cette fois clairement engagé et Madame A. décèdera d'une complication si la greffe n'est pas rapide. D'ailleurs, l'infection pulmonaire dont elle souffre, en lien avec l'immunodépression consécutive à son insuffisance hépatique, constitue une contre-indication à la greffe en raison de l'infection sous-jacente et risque de retarder la transplantation même si un organe se trouvait disponible et compatible avec la patiente. La situation clinique est donc très préoccupante.

Lors de la séance d'hypnose, les différentes étapes sont décrites précisément, de l'annonce du jour J et de l'heure H, à la douche bétadinée avant l'intervention, en passant par le brancardage au bloc opératoire, la mise en place de l'anesthésie, le sommeil profond ressenti pendant l'anesthésie et la chirurgie en elle-même. Le processus de cicatrisation post-transplantation est également abordé au cours de cette séance.

La patiente est invitée à ressentir toutes les sensations corporelles qui se présentent à elle et à vivre pleinement les émotions de ce jour si particulier. L'objectif de cette séance est de rendre encore plus concrète cette transplantation hépatique tout en aidant la patiente au niveau respiratoire, en travaillant plus particulièrement sur la respiration ce qui a pour effet d'atténuer les quintes de toux au cours de la séance.

L'objectif est aussi de se centrer plus particulièrement sur les sensations du ventre et préparer ce ventre à l'accueil d'un nouvel organe, organe qui permettra à la patiente de vivre une nouvelle vie. Au cours de cette séance, les suggestions faites sont assez directes et avant tout centrées sur la description précise des différentes étapes de la greffe. Quelques métaphores sont proposés telles que le comparatif entre l'annonce de la greffe, jour tant attendu qui peut ressembler au jour où une femme comprend qu'elle va accoucher et qu'elle va donc vivre un immense chamboulement. Des suggestions sur le thème du « ne rien faire » sont faites à la patiente pour essayer de l'aider à accepter la position de passivité dans laquelle la plonge la maladie. Cette position de passivité est aussi incontournable lors de la chirurgie à proprement parler, avec un corps complètement inerte sur la table opératoire, un corps dévolu au chirurgien.

L'objectif est donc de permettre à la patiente de se projeter pleinement dans le processus de la greffe. Madame A. est informée de mon absence pendant 2 semaines. Elle espère que quand nous nous reverrons, elle aura été transplantée.

En retournant dans sa chambre, elle est souriante, apaisée et fait quelques pas de danse pour témoigner de son bonheur. L'équipe soignante constate l'amélioration sur le plan psychique depuis le début du suivi. Ce mieux-être psychique passe par un réinvestissement de la vie dans un corps douloureux et souffrant.

## **F) Cinquième séance d'hypnose : une montagne enneigée**

A mon retour le 24 janvier 2019, j'apprends que Madame A. a été transférée en soins intensifs d'hépatologie. Elle n'a pas bénéficié de greffe. Son état clinique s'est beaucoup dégradé. En raison d'anomalies sévères de coagulation, elle a souffert de deux épisodes d'hémoptysie (hémorragie des voies respiratoires, extériorisée par le nez et la bouche), ainsi

que d'hémorragies conjonctivales. Elle présente également une complication à type de syndrome hépato-rénal qui correspond à une détérioration rapide de la fonction rénale accompagnant le tableau d'insuffisance hépatique sévère. Son teint est encore plus jaune qu'avant.

Elle est alitée en permanence, et ne peut plus se lever pour se rendre aux toilettes. Les soins d'hygiène se déroulent au lit. Elle porte des protections. A 37 ans, elle est complètement dépendante sur le plan physique.

L'équipe soignante m'informe que le week-end précédent, Madame A. a verbalisé des angoisses de mort. Elle a beaucoup pleuré et a reparlé du décès de sa sœur en disant qu'elle avait l'impression de la rejoindre.

Lors de notre rencontre ce jour, la patiente est très affaiblie. Elle présente toujours des difficultés respiratoires. Elle m'informe qu'elle est cette fois première sur liste d'attente. Elle a très peu d'énergie. Une séance d'hypnose lui est proposée afin de travailler sur la respiration et le confort. Elle demande à ce que la séance soit courte car se sent très amoindrie et je suppose que la sensation de détente qu'elle ressent lors des séances, peut à ce moment-là de son parcours médical, l'angoisser et notamment révéler des angoisses de mort lorsqu'elle ressent ce lâcher-prise.

Madame A. m'explique qu'elle passe ses journées à regarder la neige depuis sa chambre. En effet, le paysage est enneigé depuis quelques jours. Nous évoquons alors son pays la Tunisie. Il y a des montagnes enneigées mais elle ne s'y est jamais rendue. Elle vivait au bord de la mer. Elle a en revanche déjà vu des images télévisuelles de la montagne enneigée tunisienne.

L'induction est rapide, Madame A. entrant en transe rapidement. Lors de la séance, je lui propose de visualiser une montagne enneigée. Plusieurs suggestions sont faites autour de la fraîcheur de l'air de la montagne, cette fraîcheur qui vient vivifier le corps tout entier. Madame A. présente une respiration ample et profonde au cours de la séance et savoure chaque inspiration. Son visage est détendu et souriant, elle profite pleinement de ce voyage à la montagne.

La métaphore de la montagne vient symboliser tout le chemin à parcourir jusqu'à cette transplantation hépatique tant attendue et tout le chemin qui restera à parcourir si la patiente parvient à bénéficier de cette transplantation. Une visualisation autour de randonneurs qui gravissent les flancs de la montagne est suggérée.

Il est ensuite proposé à la patiente de venir manipuler la neige afin de mieux s'imprégner de ce moment et de percevoir la froideur tonifiante de cette montagne. La patiente met alors ses



mains en mouvement au cours de la séance et vient ramasser la neige et la manipuler, la passant d'une main à l'autre et formant des boules de neige. Son visage est souriant.

Au retour de la séance, Madame A. ressent un véritable apaisement et bien-être malgré un corps en grande souffrance et sur le fil de la mort. Elle est incitée à reproduire les séances dès qu'elle le souhaite pour pouvoir retrouver ce confort.

En quittant la chambre ce jour-là, je n'ai aucune certitude de revoir la patiente vivante. Elle est au plus mal sur le plan physique. La transplantation hépatique doit être rapide sinon Madame A. peut décéder à tout moment.

La semaine suivante, je prévois d'aller rendre visite à Madame A. dès le début de semaine, étant donné son état clinique très préoccupant. J'apprends qu'elle vient tout juste d'être admise au bloc opératoire pour une transplantation hépatique. Le médecin des soins intensifs d'hépatologie est néanmoins très inquiet et pense que Madame A. est à risque de décéder au cours de l'intervention car, étant en insuffisance hépatique terminale, son foie n'est absolument plus capable de produire des facteurs de coagulation. Elle peut déclarer une hémorragie à tout moment et en particulier au décours de la chirurgie.

### **G) La rivière ou comment laisser la force de l'eau faire son effet...**

Dans les jours qui suivent, j'ai la bonne nouvelle d'apprendre que Madame A. a survécu à l'intervention et qu'elle est hospitalisée en réanimation chirurgicale. Je vais la rencontrer dans ce service. Elle est extubée depuis la veille et parle avec une très faible voix. Madame A. m'explique d'emblée que ses reins ont souffert au cours de l'intervention. Elle a fait une hémorragie pendant la transplantation et le chirurgien a dû clamer l'aorte abdominale pendant une vingtaine de minutes, entraînant une souffrance des reins. Il n'est pas sans rappeler que la patiente souffrait d'insuffisance rénale liée au syndrome hépato-rénal, ce qui a également contribué à détériorer sa fonction rénale.

Elle m'annonce avec tristesse que le réanimateur l'a informée qu'elle devrait bénéficier d'hémodialyse trois fois par semaine car ses reins ne fonctionneraient jamais plus. Madame A. prononce plusieurs fois le mot « mort », nous disant qu'entre la mort et la dialyse, elle a choisi la dialyse. Elle a été informée qu'une greffe de reins pourra peut-être lui être proposée dans quelques temps. A la joie d'apprendre que la transplantation hépatique a fonctionné, se mêle la déception d'entendre que Madame A. a perdu un nouvel organe au décours de la chirurgie.

Elle se dit cependant heureuse d'avoir été transplantée du foie et me remercie de mon accompagnement. Nous ne ferons pas de séance d'hypnose cette fois-là. Madame A. me signale

cependant qu'elle continue le travail en autohypnose et que lors de ses séances d'autohypnose elle se nourrit de paysages fleuris, et d'une rivière qui vient à son esprit. Je l'encourage dans ce sens et visualise à mon tour ce paysage décrit par la patiente. Cette rivière m'interpelle sans que je parvienne à comprendre pourquoi.

## **H) Sixième séance d'hypnose : après l'hiver vient le printemps**

La semaine suivante, Madame A. a quitté la réanimation et a été réadmise aux soins intensifs d'hépatologie. Une entrevue préalable avec le médecin me permet d'apprendre que sa fonction rénale semble récupérer naturellement. Elle n'a pas eu besoin de séance de dialyse ces derniers jours. Il en est de même pour sa fonction hépatique qui se porte bien. Je suis épatée par cette nouvelle, l'annonce de la perte de sa fonction rénale était pourtant une réalité certaine, la semaine précédente. Finalement, je ne peux m'empêcher de penser que, quelque part, dans les mystérieuses et profondes intrications du corps et du psychisme, cette rivière que visualisait la patiente a peut-être contribué au fait de relancer le fonctionnement de ses reins. En effet, cette rivière, image d'un fluide circulant me fait tout simplement penser que les reins sont au cœur de ce processus de circulation des fluides dans l'organisme en venant purifier le sang qui les traversent et en créant parallèlement l'urine avec les déchets filtrés.

Ce jour-là, Madame A. est nettement mieux sur le plan physique. Elle perd progressivement son teint jaune. Elle est assise dans le fauteuil, souriante à mon arrivée. Elle s'empresse de m'informer que ses reins vont mieux, qu'elle retrouve un transit, qu'elle parvient à se réalimenter sans vomir. Les œdèmes de ses membres ont nettement diminué aussi. Elle m'informe, en revanche, qu'elle souffre de tremblements importants des membres supérieurs, liés au traitement immunosuppresseur.

Madame A. souhaite faire une séance d'hypnose et nous dit l'attendre avec impatience depuis une semaine. Lors de cette séance, nous décidons de travailler sur le processus de cicatrisation du corps et l'idée me vient de proposer une métaphore sur le changement de saison. Ainsi, je suggère à la patiente de visualiser cette montagne enneigée que nous étions allées explorer la fois précédente.

Les traits de Madame A. changent rapidement, son visage devient détendu, souriant en quelques secondes. Elle se reconnecte facilement à cette montagne. Il lui est ensuite proposé de venir laisser fondre la neige de cette montagne pour venir découvrir la prairie d'herbe verte bordant cette montagne. L'idée de cette séance est d'accompagner tous les changements qu'elle vient de vivre et faire renaître son corps à la vie, comme la vie refait surface au printemps, après

une phase de sommeil pendant l'hiver. J'insiste sur le fait que cette transition entre les saisons se fait complètement naturellement et je saupoudre à plusieurs reprises cette idée du changement naturel et automatique pour faire le parallèle avec les capacités du corps à cicatriser, à se réparer de manière tout à fait naturelle.

Il lui est ensuite proposé de venir visualiser un arbre et nous travaillons sur la sève qui circule dans cet arbre, cette sève qui remonte progressivement au printemps et qui vient puiser dans la terre tous les nutriments dont l'arbre a besoin pour les redistribuer à chaque partie, au tronc, à chaque branche, chaque bourgeon, chaque feuille, chaque fleur. L'idée est aussi de pouvoir travailler sur la circulation des fluides au sein du corps de la patiente et proposer une métaphore entre la sève de l'arbre et le travail d'épuration que doivent faire conjointement le foie et le rein.

La patiente est pleinement détendue au cours de la séance et ses mains éprises de tremblement à l'état de veille sont complètement relâchées au cours du travail. Je suggère à la patiente de voir grandir les fleurs sur l'arbre, fleurs qui donneront naissance à des fruits. Madame A. est invitée à venir cueillir un fruit et à le déguster. Des suggestions sont faites autour de la saveur de ce fruit, du jus et du parfum libéré par le fruit. L'idée est aussi de venir redonner un peu de plaisir et de sensorialité à un corps abîmé pendant plusieurs années par la maladie.

Madame A. fait des mouvements avec ses lèvres et avec sa langue au cours de la séance. Elle déguste pleinement ce fruit au cours de la transe. Elle m'informe après la séance avoir dégusté une poire. Madame A. est satisfaite de la séance et me remercie profondément comme à son habitude.

## **I) Des hauts et des bas**

Mi-février 2019, le médecin du service m'informe que Madame A. a dû être réopérée la veille en raison d'un écoulement de sang au niveau de sa cicatrice. Elle va néanmoins de mieux en mieux sur le plan physique avec récupération progressive de sa fonction rénale et bonne fonction hépatique. Lors de l'entretien, Madame A. est affaiblie car elle a subi la veille, dans la soirée, une nouvelle anesthésie générale. Elle a quelques difficultés à parler en raison de l'irritation provoquée par la sonde d'intubation. Elle a reçu la consigne de ne plus marcher jusqu'à nouvel ordre afin de ne pas tirer sur sa cicatrice. Elle a donc l'impression d'une forme de retour en arrière car elle parvenait ces derniers temps à se déplacer sans aide sur quelques mètres dans sa chambre. Néanmoins, elle dit qu'elle se sent de mieux en mieux dans son corps, "des pieds à la tête" et "dans chaque organe". Je lui suggère le fait que le plus gros du travail

est fait et que quelques détails techniques restent à régler, ce qui est bien normal. Ce à quoi elle consent tout à fait. Elle ne souhaite pas faire de séance d'hypnose ce jour, l'entretien est de courte durée en raison de sa fatigabilité.

### **J) Septième séance d'hypnose : les retrouvailles avec sa mère**

Madame A va de mieux en mieux sur le plan physique. Elle parvient à élargir son périmètre de marche et à se déplacer en dehors de sa chambre ce qui n'était pas possible auparavant.

Les redons qui drainaient l'hématome au niveau de sa cicatrice ont pu être enlevés. Cependant, probablement suite aux altérations de la coagulation en raison de l'insuffisance hépatique antérieure à la transplantation, Madame A. a déclenché une hémorragie du vitré de l'œil. Elle présente des signes oculaires avec visualisation d'ombres dans son champ visuel ce qui gêne son confort.

Par ailleurs, étant donné l'amélioration continue sur le plan physique, Madame A. commence à se projeter dans l'idée d'une sortie de l'hôpital. Elle fait part d'angoisses de séparation et craint sa sortie. Il est prévu qu'à l'issue de son séjour Madame A. aille vivre avec son cousin, qui habite à une heure environ de l'hôpital.

Madame A. est très reconnaissante vis-à-vis des soins qui lui ont été prodigués durant les 4 mois d'hospitalisation qu'elle vient de vivre et son souhait serait de pouvoir vivre à proximité de l'hôpital. Elle ne souhaite pas retourner vivre en Tunisie, disant qu'en France, elle pourra bénéficier d'un suivi de qualité et des traitements immunosuppresseurs indispensables en raison de la transplantation.

Elle est émue et angoissée lorsqu'elle envisage la possibilité de s'éloigner de l'hôpital. Cette angoisse correspond à de véritables angoisses de séparation par rapport à l'hôpital dans lequel la patiente a trouvé réconfort et soins depuis plusieurs mois. Proposition lui est faite de faire un point avec l'assistante sociale du service pour voir ce qui pourrait être envisageable.

Ce jour-là, Madame A. souhaite bénéficier d'une séance d'hypnose et elle a un objectif précis ; celui de vivre le moment de retrouvaille avec sa mère qu'elle n'a pas vu depuis l'automne. Cette demande semble résonner avec les angoisses de séparation évidentes en début d'entretien.

La séance se déroule parfaitement bien et Madame A. visualise la rencontre avec sa mère au cours de cette séance. Elle semble être en transe profonde, avec un vécu émotionnel intense. Elle prend sa mère dans ses bras, se met à pleurer au moment des retrouvailles, saisit

son visage, la caresse. La séance d'hypnose est filmée ce jour-là avec l'accord de la patiente. Un saupoudrage autour du courage transmis par sa mère est réalisé au cours de la séance ainsi qu'un ancrage proposé avec un objet imaginaire apporté par sa mère et remis à la patiente.

A la fin de la séance, Madame A dit que ce fut une "très belle séance pour elle". Elle paraît apaisée contrairement au début de l'entretien et me remercie d'avoir vécu ce moment sous hypnose.

### **K) La boucle est bouclée**

Lors de l'entretien fin février 2019, Madame A. m'explique qu'elle va de mieux en mieux sur le plan physique. La sonde urinaire a cette fois été enlevée. Elle a retrouvé une fonction rénale tout à fait normale. Elle fait des séances de kiné et se déplace de mieux en mieux dans le service. Son greffon fonctionne correctement.

D'un point de vue thymique, Madame A. va bien. Elle m'informe qu'elle a fait 2 rêves dans la même nuit. Le premier rêve est celui d'un bébé âgé de 4 mois qu'elle se voit serrer dans ses bras au cours de son rêve. Il s'agit d'une petite fille et Madame A. associe sur le fait qu'elle espère fonder une famille et qu'elle rêverait de donner naissance à une petite fille. Le second rêve concerne une jeune fille âgée d'une vingtaine d'année. Elle voit cette jeune fille vêtue d'une robe dans son rêve et cette dernière prononce les mots "une nouvelle vie s'ouvre à toi, une nouvelle vie va commencer". Ce jour-là, nous sommes à 1 mois précisément après sa transplantation hépatique. Ces 2 rêves me font associer avec la toute première séance d'hypnose avec la patiente, séance au cours de laquelle, une fillette de 4 ans avait été visualisée par la patiente.

Cet entretien me donne le sentiment que nous venons de "boucler la boucle" dans notre prise en soins et que la vie a pleinement repris le dessus dans le corps et dans le psychisme de Madame A.

## **5) Discussion**

### **1) Confrontation à la problématique**

#### **A) L'hypnose, un travail de préparation à la chirurgie**

Je vais maintenant essayer de confronter ma problématique aux résultats cliniques obtenus avec la patiente.

Dès le premier entretien avec la patiente, j'ai pu repérer une certaine appréhension de la chirurgie, se manifestant, par exemple, par sa peur de la couleur verte. Les différentes séances d'hypnose proposées au cours du travail ont permis de faire disparaître cette peur. La disparition de cette peur a notamment pu être expérimentée par Madame A lors de sa rencontre avec l'anesthésiste qui portait justement une tenue de bloc verte.

Dans le travail de préparation à la chirurgie, j'ai essayé de saupoudrer à différents moments cet avant et cet après chirurgie qu'allait vivre la patiente, en proposant des métaphores autour de ce passage. Ainsi, lors de la première séance, je lui ai proposé de ramener la fillette qui lui est apparue « dans son cœur », afin de symboliser l'intériorisation de quelque chose, comme l'organe qui le sera, le jour de la greffe.

Ce changement de cap, cet avant et cet après chirurgie a également été métaphorisé lorsque j'ai proposé à la patiente d'admirer l'envol de cet oiseau dans le ciel, envol qui venait symboliser l'inscription sur liste d'attente greffe et le nouveau départ que cela représente.

Lors de la troisième séance d'hypnose, j'ai décrit à Madame A. les différentes étapes du développement moteur du bébé, de la position allongée à l'acquisition de la marche, ce qui a permis également de venir symboliser de façon métaphorique les nombreuses étapes du processus de greffe.

Ensuite, la préparation à la chirurgie a été approfondie lors de la quatrième séance, lorsqu'il est proposé à la patiente de vivre le jour J de la transplantation sous hypnose. Il a été également abordé à ce moment-là, l'importance du processus de cicatrisation, étape importante de la post-chirurgie.

Lors de la cinquième séance, la métaphore de la montagne enneigée gravie par des randonneurs a également symbolisé le chemin à parcourir jusqu'à la transplantation hépatique.

Ainsi, les métaphores que j'ai utilisées m'ont paru imaginer correctement le chemin d'avant chirurgie, le passage entre cet avant et cet après et enfin la post-chirurgie avec tout le travail de récupération et de cicatrisation. Néanmoins, la pertinence de certaines métaphores

m'a interrogée à plusieurs reprises et mes questionnements figurent dans la suite de la discussion.

## **B) L'hypnose, ou comment accompagner le corps en souffrance**

Les métaphores que j'ai proposées à la patiente ont eu pour objectif de l'aider à lutter contre les signes physiques de sa maladie. Par exemple, j'ai choisi de lui proposer la métaphore de la mer qui est celle de l'eau en perpétuel mouvement, de l'eau qui circule, justement lorsque ses œdèmes se sont aggravés et qu'elle a dû restreindre ses apports hydriques, dans l'idée de lui montrer que l'eau n'était pas que souffrance, elle pouvait aussi être plaisir et légèreté lorsque son corps était porté dans la mer au cours de la séance.

Plus tard dans la prise en charge, alors que la patiente a souffert d'intenses quintes de toux en lien avec une infection respiratoire, un travail sur la respiration au cours de la séance a permis de faire disparaître la symptomatologie pulmonaire, ce qui était très encourageant.

Il en a été de même lors de la métaphore de la montagne enneigée, où la suggestion de la sensation de fraîcheur de l'air ambiant a permis une disparition des quintes de toux et une respiration profonde et ressourçante au cours du travail.

De plus, lors de la première séance d'hypnose, l'objectif était de « venir détendre un corps qui souffre ». Les métaphores proposées ce jour-là ont été celles du soutien du corps et ont reposé sur l'idée que le corps peut prendre appui, symbole du soutien et de l'accompagnement de l'équipe médicale et para-médicale. A la fin de la séance, l'objectif a semblé atteint puisque la patiente a remarqué qu'elle se déplaçait avec plus de légèreté et de facilité, sans s'aider du mur ou de sa potence.

Lors de la troisième séance d'hypnose, alors que le corps de la patiente s'était encore affaibli, l'objectif a été de venir renforcer la confiance de la patiente dans son corps via l'apprentissage réussi de la marche. L'objectif a aussi été de sortir le corps de sa position de passivité, de sa position de malade et le rendre acteur du changement.

Redonner de la vie et du mouvement au corps est passé aussi par le fait de retrouver du plaisir sensoriel, et notamment celui de l'alimentation, alors même que la patiente souffrait d'intenses nausées et vomissements. Ainsi, lors de la deuxième séance d'hypnose, il a été proposé à la patiente l'exploration du canal sensoriel gustatif avec la suggestion qu'une saveur particulière, peut-être le sel, puisque la métaphore était celle de la mer, puisse venir aux lèvres de la patiente et ainsi donner du goût aux aliments. La patiente a semblé se saisir de cette proposition et donnait l'impression de savourer le goût dans sa bouche.

Dans la suite de la prise en charge en post-greffe, ce plaisir alimentaire a de nouveau été suggéré quand j'ai proposé à la patiente de venir cueillir et déguster un fruit de l'arbre qui reprend vie au printemps et en été. Elle avait de même beaucoup apprécié cette expérience sensorielle, pleinement vécue en hypnose.

Au fil des séances, les retours de la patiente ont été plutôt positifs. Malgré l'évolution défavorable de sa pathologie et l'engagement de son pronostic vital, elle expliquait qu'elle retrouvait progressivement de l'énergie dans son corps, qu'elle parvenait à refaire des activités telles que la gym douce ou la danse qu'elle avait abandonnées mais aussi qu'elle communiquait plus avec sa famille en Tunisie.

Après la transplantation hépatique, la prise en charge de cette patiente a été marquée par un évènement notable, à savoir la reprise spontanée de sa fonction rénale. Il n'est pas question de faire un lien direct, unique voire même magique entre le travail en hypnose et la récupération inattendue de sa fonction rénale, néanmoins, il est important de noter que sur la base du travail en autohypnose, la patiente visualisait régulièrement une rivière traversant un paysage fleuri. Cette circulation du fluide dont il était question dans son travail personnel a peut-être en partie contribué à relancer cette fonction rénale, pour laquelle le pronostic était catégorique : dialyse rénale et projet de greffe à long terme.

### **C) L'hypnose, un ajustement thérapeutique nécessaire**

L'idée du travail en hypnose avec cette patiente est née d'un élément à priori anodin : sa peur de la couleur verte. J'ai découvert que le travail en hypnose permet une relation tout à fait singulière avec le patient et que la source d'inspiration en hypnose peut venir au décours d'un seul mot. C'est ce qui s'est passé lorsque cette patiente a commencé à évoquer sa peur de la couleur verte. Alors que dans une prise en charge classique, je n'aurais pas forcément rebondi sur cet élément, l'hypnose m'a permis d'accorder une importance toute particulière aux détails amenés par la patiente.

L'ajustement thérapeutique passe également, à mon sens, par la possibilité de se resservir des éléments de l'anamnèse pour pouvoir construire la séance d'hypnose, sans être pour autant trop directif dans la façon de construire la séance. Par exemple, lorsque nous avons exploré le lieu ressource qu'est la plage, je me suis inspirée bien sûr de ce que la patiente a pu me raconter de son amour pour son pays natal. J'avais perçu également la tristesse liée au départ de son pays et cette séance est venue finalement lui apporter le réconfort dont elle avait besoin à ce moment-là.



Par ailleurs, j'essaie toujours de repartir de la séance précédente et d'où nous en étions restées pour construire la séance suivante tout en essayant bien sûr de m'adapter à la problématique du jour. Par exemple, de la première à la deuxième séance, du lieu de sécurité qu'est la plage, j'ai construit ma métaphore avec l'image de la mer et de son fluide pour coller à la problématique du jour qu'étaient les œdèmes et l'ascite de la patiente, et tenter d'ouvrir les possibles de son corps en souffrance.

Au-delà de la construction des séances au fur et à mesure des entretiens, ce travail avec l'hypnose m'a permis de me servir du matériel qui était amené par la patiente le jour même de l'entretien. La construction de la séance se voulait ainsi marquée par la spontanéité et l'immédiateté de la métaphore proposée en fonction de ce qui venait de m'être dit dans l'entretien préliminaire. Et ce collage au patient au plus près des besoins du moment a été très intéressante à découvrir et à expérimenter. L'exemple type est celui du jour où la patiente, au plus bas d'un point de vue somatique, m'expliquait qu'elle passait ses journées à regarder la neige tomber depuis sa chambre d'hôpital. Nous sommes alors parties immédiatement ce jour-là dans une montagne enneigée, porteuse d'un sens métaphorique dans son histoire clinique.

De plus, l'ajustement thérapeutique a été d'autant plus nécessaire lors de cette prise en soins car il a fallu s'ajuster continuellement à l'état physique de la patiente qui se dégradait ; c'est-à-dire, soit proposer de courtes séances d'hypnose lorsque sa fatigabilité était importante, voire même ne pas en proposer, ou à l'inverse, essayer de travailler sur la remise en mouvement et sur l'énergie restante dans le corps alors que son état physique se dégradait. Ce travail en hypnose m'a vraiment permis d'apprendre à coller à la problématique du patient, ce jour-là, à cette heure-là, à cet instant-là, sans anticiper quoi que ce soit et sans penser à la place du patient.

La séance des retrouvailles avec sa maman a enfin été un moment fort de la prise en soins, une sorte d'aboutissement après toutes les difficultés traversées par la patiente, telle une « récompense » bien méritée. Cette séance réalisée à la demande de la patiente montre combien elle s'est réellement appropriée l'outil hypnose qui lui a permis de partir dans un imaginaire bienveillant et réconfortant pour elle.

## 2) Différents questionnements ou points négatifs

### A) Sur le contenu des séances

Dans l'après-coup, je me suis demandée si la métaphore de la mer avait été pertinente. En effet, la patiente était alors terriblement invalidée par des œdèmes dans tout le corps (membres inférieurs, ascite, dos) et la proposition de métaphore de cette immensité d'eau aurait pu ne pas lui convenir du tout. Pour rappel, cette métaphore avait été proposée en début de prise en soins, et dans la continuité de la première séance portant sur la plage, lieu de sécurité pour la patiente. Ainsi, la « cohérence » semble avoir été suffisante pour que la patiente rentre dans la séance mais cela aurait pu échouer, lui rappelant tout simplement les désagréments physiques liées aux œdèmes dans son corps.

Il en est de même de proposer la visualisation de cette profusion d'eau qu'est la mer alors même que la patiente a des apports hydriques restreints afin de ne pas majorer ses œdèmes. Nous connaissons la terrible sensation de soif que vivent les patients en restriction hydrique et cette métaphore aurait pu majorer cette sensation et mettre la patiente dans une position très inconfortable.

Par ailleurs, en prenant du recul sur le contenu des séances, je me suis demandée s'il avait été pertinent de faire autant d'ancrages au cours de la prise en soins. En effet, un ancrage d'un geste est proposé lors de la première séance sur le lieu de sécurité, puis un nouvel ancrage lors de la séance sur la mer où la patiente décide de ramener un coquillage de son voyage, coquillage dont elle pourra se servir lors des soins ultérieurs ou à tout autre moment, et enfin un dernier ancrage lorsque la patiente ramène un objet de la rencontre avec sa mère sous hypnose.

Finalement, la patiente peut-elle s'approprier les outils si on lui en fournit autant ? N'est-elle pas perdu au milieu de ces multiples objets ou sensations ramenés de ses séances d'hypnose ?

Cependant, n'est-il pas pour autant judicieux de proposer différents outils afin que la patiente puisse choisir parmi ceux qui lui parlent le plus ?

De plus, l'apprentissage de l'autohypnose aurait sans doute dû être proposé plus rapidement dans la prise en soins. Finalement c'est la patiente qui m'informe qu'elle a développé cette pratique spontanément alors que je ne l'ai pas du tout incitée et j'aurais sans

doute pu le faire plus tôt. Je l'ai alors guidée sur la façon de reproduire nos séances mais au départ, c'est elle qui a amené ce souhait.

## **B) Sur les objectifs fixés et le fond du travail**

Je me suis souvent questionnée sur l'objectif des séances que nous fixions avec la patiente. A différents temps de la prise en soins, il a été question de « redonner de l'énergie », de « faire revenir la vie dans le corps » alors même que l'état clinique s'aggravait terriblement jusqu'à l'acmé fin janvier, époque à laquelle le pronostic vital de la patiente était franchement engagé.

Ainsi, fallait-il nécessairement essayer de faire revenir l'énergie dans le corps alors que ce dernier se dégradait de semaine en semaine ? N'est-ce pas plutôt plus adapté d'accompagner les changements physiques et la limitation globale plutôt que de vouloir les dépasser ? L'objectif a toujours été d'au moins vouloir apaiser les symptômes physiques gênants, ce qui semble en soit, un travail d'accompagnement tout en ne niant pas le symptôme présent.

J'ai donc tenté, tout au long de la prise en charge de préparer la patiente physiquement et psychologiquement à un projet de greffe hépatique alors que ce dernier restait hypothétique et que la patiente pouvait décéder à tout moment. J'aurais peut-être dû proposer des séances plutôt axées sur d'autres éventualités, notamment en abordant la question de la mort et de la séparation. Plusieurs métaphores ont eu pour objectifs de symboliser les différentes étapes du processus de greffe, le changement de cap, la nouvelle vie offerte par cette transplantation.

Ce parti pris est allé jusqu'à faire vivre le jour J de la greffe alors que la patiente présentait une contre-indication à la greffe à ce moment-là en raison d'une sévère infection pulmonaire, et que le projet de transplantation devenait alors de plus en plus illusoire.

Ainsi, un questionnement éthique est né de ces réflexions. Jusqu'où faut-il aller en hypnose ? Est-il possible de repousser les limites de la réalité parfois écrasante au risque de créer une désillusion chez le patient, qui, dans le cas de la patiente, n'aurait peut-être pas pu tenir jusqu'à la greffe et serait décédée avant sa réalisation ?

Au cours de ma prise en soins, j'ai pris le parti de croire à cette transplantation et j'ai orienté ma thérapie dans ce sens. Sans doute que cet espoir que je nourrissais était également porté par toute l'équipe qui prenait en charge la patiente et qu'au fond de moi, je sentais que tout était mobilisé pour que la patiente puisse atteindre cette transplantation. J'ai ainsi fait confiance à mon intuition clinique et à tous les signaux adressés par l'équipe, équipe qui se voulait profondément engagée dans le projet de transplantation hépatique de la patiente.

## 6) Conclusion

Mon travail de mémoire tente de montrer que l'hypnose a permis d'accompagner Madame A. au cours de son parcours médical dans le cadre de l'attente d'une transplantation hépatique. Il s'agissait de la préparer au mieux physiquement et psychologiquement aux différentes étapes de ce processus ; bilan pré-greffe, inscription sur liste d'attente, chirurgie à proprement parler et phase de cicatrisation ; tout en prenant en compte l'évolution potentiellement létale de sa pathologie et l'incertitude concernant l'accès à une transplantation.

Les séances d'hypnose ont eu pour objectifs de venir apaiser son corps en souffrance, dans les symptômes qu'il présentait, tels que les œdèmes, nausées et vomissements, difficultés respiratoires, mais aussi de procurer une certaine détente et sérénité au corps ainsi qu'une énergie nouvelle. Ce travail a permis à la patiente de se sentir mieux psychiquement et de lutter contre le syndrome anxio-dépressif pour lequel elle m'était adressée au départ.

J'ai ainsi construit ma première relation thérapeutique avec l'outil hypnose et il est très intéressant de noter que cette technique m'a donné l'impression de mieux connaître la patiente et d'entrer plus en relation avec elle qu'avec les patients que je prends en charge d'une manière traditionnelle. L'ajustement thérapeutique se fait d'une manière plus fine et plus précise avec l'hypnose grâce à la construction de métaphores au plus près de la problématique du patient.

J'espère pouvoir poursuivre dans cette voie et continuer à cultiver cet « art », comme le disait ma directrice de mémoire, Anne Vuillaume, dans les retours qu'elle m'a adressés, un « art qu'il faut utiliser avec des objectifs précis dès le départ, en laissant de la place à son ressenti clinique, comme un peintre qui sait ce qu'il veut peindre et pourquoi, tout en se laissant surprendre par la peinture elle-même, par des accidents de pinceaux qui feront de la toile quelque chose de différent... ».

## Bibliographie

- 1 Faymonville ME, Fissette J, Mambourg PH, Delchambre A, Lamy M. Hypnose, hyposédation conceptions actuelles et leurs applications en chirurgie plastique. Revue médicale de Liège 1994 ; 49 : 13-22
- 2 Musellec H, Bernard F, Guillou N. Hypnose péri-opératoire : utilisations et indications. 52<sup>ème</sup> congrès national d'anesthésie et de réanimation 2010. [https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/hypnose\\_perioperatoire\\_utilisation\\_et\\_indication.pdf](https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/hypnose_perioperatoire_utilisation_et_indication.pdf) (consulté 01/03/19)
- 3 Bernard F, Musellec H. Hypnose : quand-pour qui ?-par qui ? Le congrès, évaluation et traitement de la douleur 2013 ; 14 : 1-10
- 4 Bernard F, Musellec H. Hypnose péri-opératoire. Douleur 2010 ; 35 : 316-323
- 5 Corydon Hammond. Métaphores et suggestions hypnotiques. 6<sup>ème</sup>éd. Bruxelles : satas ; 2004
- 6 Chabridon G, Nekrouf N, Bioy A. Etat des Lieux des pratiques actuelles de l'hypnose au sein des centres hospitaliers universitaires français. Encéphale 2016 ; <http://dx.doi.org/10.1016/j.ence.2016.06.006> (consulté 02/03/19)
- 7 Faymonille ME, Defechereux T, Joris J, Adant J P, Hamoir E, Meurisse M. L'hypnose et son application en chirurgie. Revue médicale de Liège 1998 ; 53(7) : 414-418
- 8 Agard E, Pernod C, El Chehab H, Russo A, Haxaire M, Dot C. Apport de l'hypnose dans la chirurgie de cataracte, à propos de 171 chirurgies. Journal français d'ophtalmologie 2016 ; 39 : 287-291
- 9 Lemarie J, Eisenberg E, Ledenmat P-Y, Durand S, Papaianu M, Bouche B. Vécu douloureux, satisfaction et confort de patients bénéficiant d'une anesthésie loco-régionale sous hypnose. Douleurs 2012 ; 13 : A82
- 10 Lucas-Polomeni M-M, Sauve Barbarot C, Azzis O, Fremond B. Chirurgie viscérale. Intérêt de l'hypnose en chirurgie pédiatrique. Archives de pédiatrie 2008 ; 15 : 920-921
- 11 Viel E, Eledjan J-J. Séminaire hypnose et anesthésie. Le praticien en anesthésie réanimation 2000 ; 4(6) : 363
- 12 Defechereux T, Degauque C, Fumal I, Faymonville ME, Joris J, Hamoir E, Meurisse M. L'hypnosédation, un nouveau mode d'anesthésie pour la chirurgie endocrinienne cervicale. Etude prospective randomisée. Annales de chirurgie 2000 ; 125 : 539-546
- 13 Fenay MC, Faymonville ME, Devlieger S. Psychological approaches during dressing changes of burned patients : a prospective randomised study comparing hypnosis against stress reducing strategy. Burns 2001 ; 27 : 793-799
- 14 Bouté V. Intérêt de l'hypnose dans la prise en charge des patientes ayant des macrobiopsies du sein pour les lésions infracliniques. Journal de radiologie 2007 ; 88 (10) : 1384

- 15 Martin L, Bernard F, Musellec H, Guillou N, Houssel P, Virot C. Introduction d'une échelle de confort en SSPI. Société française des anesthésistes [https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Introduction\\_d\\_une\\_echelle\\_de\\_confort\\_en\\_SSPI.pdf](https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Introduction_d_une_echelle_de_confort_en_SSPI.pdf) (consulté 04/03/19)
- 16 Bioy A, Faymonville ME. La révolution de l'hypnose. 1<sup>re</sup> éd. Paris : Dunod ; 2018
- 17 Bioy A. L'hypnose. 1<sup>re</sup> éd. Paris : Presses universitaires de France ; 2017
- 18 Bioy A, Crocq L, Bachelart M. Origine, conception actuelle et indications de l'hypnose. Annales Médico-Psychologiques 2013 ; 171 : 658-661
- 19 Bioy A. 15 cas pratiques en hypnothérapie. 1<sup>re</sup> éd. Paris : Dunod ; 2017
- 20 Bioy A. Quelle pratique de l'hypnose pour les soins palliatifs. Médecine palliative 2006 ; 5 : 328-332
- 21 Teike Luethi F, Currat T, Spencer B, Jayet N, Cantin B. L'hypnose : une ressource en soins palliatifs ? Etude qualitative sur l'apport de l'hypnose chez des patients oncologiques. Recherche en soins infirmiers 2012 ; 3(110) : 78-89
- 22 Beroud F. Thérapies à médiation corporelle et douleur. Douleurs évaluation-diagnostic-traitement 2014 ; 15 : 33-38
- 23 Lang EV, Benotsch EG, Fick LJ, Lutgendorf S, Berbaum ML, Berbaum KS, Logan H, Spiegel D. Adjunctive non pharmacological analgesia for invasive medical procedures : a randomised trial. Lancet 2000 ; 355 : 1486-1490
- 24 Bontoux D, Couturier D, Menkès CJ. Thérapies complémentaires-acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi-leur place parmi les ressources de soins. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine 2013, 197(3) : 717-757
- 25 Deng G, Cassileth BR. Integrative oncology complementary therapies for pain anxiety and mood disturbance. Cancer Journal for Clinicians 2005 ; 55 : 109-116
- 26 Vickers AJ, Cassileth BR. Unconventional therapies for cancer related symptoms. Lancet oncology 2001 ; 2 : 226-232
- 27 Vanhauzenhuysse A, Jerusalem G, Charland-Verville V, Faymonville ME. Intérêt de l'hypnose en oncologie et dans la pratique de l'hépatogastro-entérologie. Hegel 2017 ; 7(1) : 101-102
- 28 Marchioro G, Azzarello G, Viviani F, Barbato F, Pavanetto M, Rosetti F, Papagallo GL, Vinante O. Hypnosis in the Treatment of Anticipatory Nausea and Vomiting in Patients Receiving Cancer Chemotherapy. Oncology 2000 ; 59 : 100-104
- 29 Inui A. Recent development in research and management cancer anorexia-cachexia syndrome. Cancer and chemotherapy 2005 ; 32(6) : 743-749

- 30 Forster A, Cuddy N, Colombo S. Hypnose en soins palliatifs. Médecine et hygiène 2004 ; 19(4) : 143-148
- 31 Spiegel D, Bloom JR. Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. Psychosomatic medicine 1983 ; 45(4) : 333-339
- 32 Quintini D, Fichaux M, Surdej F, Espanet N, Salas S. Evaluation de la pratique de l'hypnose en soins palliatifs. Recherche en soins infirmiers 2018 ; 2(133) : 85-91
- 33 Pan CX, Morrison RS, Ness J, Fugh-Berman A, Leipzig RM. Complementary and alternative medicine in the management of pain, dyspnea, and nausea and vomiting near the end of life. A systematic review. Journal of pain symptom manage 2000 ; 20 : 347-387
- 34 Nizard J. Etat des lieux de la formation et de l'enseignement des médecines complémentaires en France. Hegel 2017 ; 7(1) : 99-100
- 35 Formarier M, Jovic L. Les concepts en sciences infirmières. 2<sup>ème</sup> éd. Lyon : Mallet conseil ; 2009
- 36 Finlay IG, Jones OL. Hypnothérapie in palliative care. The royal society of medicine Journals 1996 ; 13(3) : 117-120
- 37 Wanquet-Thibault P. L'essor des approches psychocorporelles. Soins 2009 ; 54(737) : 54
- 38 Bioy A. L'autohypnose et ses applications pour les douleurs chroniques. Douleurs Evaluation-Diagnostic-Traitement 2012 ; 13 : A1
- 39 Gessiaume S. Hypnose et lâcher prise en soins palliatifs : à propos d'une situation clinique. Médecine et hygiène 2009 ; 24(4) : 165-167

## Résumé

Ce travail est né de l'accompagnement, au cours de son hospitalisation en hépatologie, d'une patiente souffrant d'une cirrhose hépatique génétique à un stade avancé pour laquelle la seule solution thérapeutique était la transplantation hépatique.

La problématique est de s'interroger quant aux apports de l'hypnose dans le cadre d'une préparation à une chirurgie lourde, en particulier une transplantation hépatique, tout en prenant en compte l'évolution défavorable de la maladie grave et potentiellement létale dont souffre la patiente.

L'hypnose aide à soulager les souffrances du corps et permet de réinvestir la vie du mieux possible, dans l'attente incertaine de cette greffe. Elle a ainsi toute sa place dans le processus de préparation physique et psychologique à la chirurgie, mais aussi au cours de l'intervention en elle-même, comme évoqué dans la partie théorique, et enfin en post-opératoire pour aider aux processus de cicatrisation et de récupération du corps.

L'hypnose apporte également une aide précieuse dans la prise en soins des maladies graves, en aidant le patient à s'inscrire dans sa propre dynamique, d'une part, grâce à la mobilisation de ses ressources, et d'autre part, grâce à l'ajustement thérapeutique dont doit nécessairement faire preuve le praticien en hypnose.

**Mots-clefs** : chirurgie, transplantation hépatique, maladie somatique grave, accompagnement