

Ce document numérique est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur au même titre que sa version papier.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

L'Institut Français d'Hypnose a pris soin de demander son accord à l'auteur avant de diffuser ce document sur son site :

<http://www.hypnose.fr>

L'HYPNOSE

AU SERVICE DES

PATIENTS ATTEINTS DE

MUCOVISCIDOSE

Questionnements autour d'un cas clinique

Remerciements

- Au Professeur Antoine Bioy pour la qualité et l'organisation de cette formation.
- A tous les intervenants pour leur générosité, et leur bienveillance.
- A mes collègues de promotion pour les bons moments, la confiance et le respect de chacun.
- A mon chef de service, et à l'équipe du CRCM qui m'ont permis de prendre du temps pour cette formation, qui m'ont soutenue et encouragée.
- A l'association Grégory Lemarchal pour le soutien et la confiance qu'elle m'a apportée.
- A tous les patients qui me donnent l'envie de me former encore et encore pour leur proposer un accompagnement de qualité.
- Et un merci tout particulier à la patiente, que nous appelons Clémence pour ce travail, qui m'a fait confiance et m'a permis de réaliser ce mémoire autour d'une séance filmée, permettant de soumettre un aperçu de ma pratique à un jury, de la manière la plus objective et authentique possible...

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
CADRE THEORIQUE ET PROBLEMATIQUE	9
I- HYPNOSE	10
1) Histoire de l'hypnose	10
2) Définition de l'hypnose	11
II- MUCOVISCIDOSE	12
1) Définition de la mucoviscidose	12
2) Histoire du patient	13
III- HYPNOSE ET MUCOVISCIDOSE	15
IV- PROBLEMATIQUE	18

METHODOLOGIE	21
1) Description du patient	22
2) Cadre de la rencontre	22
3) Aménagements du cadre	24
RESULTATS	26
1) Décryptage de la séance filmée	27
DISCUSSION	29
1) Regard et analyse critique sur la séance présentée	30
2) Discussion éthique	32
3) Apports de l'étude	34
CONCLUSION	36
BIBLIOGRAPHIE	39
ANNEXE	43
1) Lettres d'information et de consentement	43
RESUME	46

INTRODUCTION

« Le problème avec le cerveau c'est que le seul outil qui permette de l'étudier et d'améliorer son fonctionnement c'est... le cerveau lui-même. » (Werber, 2001). Une belle citation qui m'a toujours inspirée tellement je la trouvais pertinente, et encore plus le jour où le Professeur Antoine Bioy expliqua, lors du premier cours du Diplôme Universitaire d'hypnothérapie que « la psyché berne le cerveau ».¹

Revenons au début de cette rencontre, de cette découverte qu'est l'hypnose et plus particulièrement l'hypnothérapie.

Psychologue au CRCM (centre de ressources et de compétences pour la mucoviscidose) depuis 2009, je connaissais quelque peu l'hypnose à travers des cours, assez brefs que nous avons eu à la faculté, à travers des lectures, et à travers les médias. Cependant l'hypnose en milieu médical m'était assez inconnue.

Au début de ma pratique au CRCM, j'étais beaucoup dans l'observation et la compréhension des processus psychiques en jeu dans cette pathologie. Et lorsque c'était demandé, questionné, je proposais une prise en charge psychologique aux patients et/ou aux membres de la famille, sous forme d'entretiens psychologiques et de psychothérapies d'inspiration psychanalytique. Je me suis alors centrée sur la diversité dans cette maladie : diversité d'expression des symptômes, diversité de population, diversité de vécu de l'annonce, des traitements, des exacerbations... Je me suis aussi retrouvée face à une prise en charge très médicale, avec beaucoup de soins, de traitements. Toutes ces observations m'ont amenée à me demander comment je pourrais apporter du nouveau, de l'inédit, loin de l'intellectualisation où le patient doit tout comprendre, tout connaître de sa maladie et de ses traitements bien que ce soit bien évidemment fondamental. En effet, e me suis déjà formée en 2011-2012 à l'ETP, l'éducation thérapeutique du patient. Cette formation entraine totalement dans le projet de service et hospitalier. Et il m'est apparu que le psychologue avait tout à fait sa place dans cette formation a priori pour les professionnels médicaux. Accompagner le patient à tout comprendre, tout connaître pour envisager toutes les solutions et être autonome est tout à fait bénéfique et intéressant. Cependant, pour certains c'est un projet compliqué.

Je me suis donc demandé qu'est ce que nous pourrions proposer en complémentarité, toujours dans l'idée d'améliorer la qualité de vie des patients. Et bien sur, mon domaine est surtout le bien être psychique. Il fallait trouver un outil nouveau, « proposable » à tous même et qui intéresse l'équipe.

¹ Antoine Bioy, Définition et caractéristiques. Module 1 DU Hypnothérapie, Université de Bourgogne, 2015.

Parallèlement, deux patients du centre ont pu bénéficier d'une expérience en hypnose par une infirmière du centre de la douleur. Un patient pour des douleurs aiguës, et une patiente pour une peur des prises de sang. Ces deux événements ont convaincus l'équipe et le chef de service que cet outil pourrait être utile pour nos patients.

Je me suis alors penchée sur le sujet : hypnose et mucoviscidose et... rien. En effet je n'ai trouvé que très peu d'écrits sur le thème, ce qui m'a motivée encore plus. Je me suis alors renseignée sur les formations et quelle chance de trouver un diplôme universitaire réputé, dans la ville où j'exerce.

Mon travail en hypnothérapie s'inscrit donc dans ma fonction de psychologue clinicienne au CRCM.

Ce centre est un lieu de consultation et d'hospitalisation au sein d'un centre hospitalier universitaire. L'équipe du centre dans lequel j'exerce se compose de quatre médecins : un pneumologue adulte, deux pneumo pédiatres et un gastro pédiatre. Egalement deux infirmières coordinatrices, deux kinésithérapeutes, une diététicienne et une psychologue (moi-même) interviennent.

Le CRCM annonce le diagnostic de mucoviscidose, le plus souvent à des jeunes parents d'un bébé, suite au dépistage néonatal depuis 2002. En effet, depuis cette année, le dépistage néonatal permet de diagnostiquer la mucoviscidose à quelques semaines de vie, dans le but de proposer une prise en charge la plus précoce possible, facteur lié à une meilleure évolution de la maladie. Cependant, quelques diagnostics dits tardifs peuvent être posés pour des patients plus âgés. Ensuite, le malade supporte une hospitalisation de jour au moins tous les trois mois, et peut être vu en consultation pour différentes raisons (exacerbations, questions particulières, désir d'enfant...). Lors de ces hospitalisations, le patient et sa famille rencontrent systématiquement un médecin et la kinésithérapeute, et lorsque c'est possible, la diététicienne et la psychologue.

Mon travail auprès de cette population est adapté au suivi. J'essaie de voir un maximum de patients lors de ces hospitalisations pour prendre des nouvelles, faire le point... sur le quotidien, autour de la maladie et sur tout ce qu'ils souhaitent aborder et/ou questionner. Tout patient et membre de la famille peuvent me contacter (un document lors est remis à l'annonce avec les coordonnées des professionnels exerçant dans le centre. Et l'équipe peut me solliciter pour un avis. Enfin, lorsqu'un patient est hospitalisé plusieurs jours, c'est l'occasion de le rencontrer plusieurs fois sur un temps court, où il est assez disponible.

Le travail au CRCM a différentes particularités. Tout d'abord, nous prenons en charge des patients de tout âge, du bébé à l'adulte. Ils viennent plusieurs fois dans l'année, en théorie « toute leur vie ». Ce qui est parfois compliqué, car le travail psychologique peut s'inscrire sur du très long terme : quand arrêter ?, quand reprendre ?, sous quelle forme ?...

L'hypnose semble être un outil intéressant pour toutes ces raisons. Et aussi parce qu'elle peut être un prétexte de rencontre. En effet, certains patients ne souhaitent pas voir de psychologue car « ils ne sont pas fous, ils n'ont aucune raisons de voir un psy », or l'hypnose peut être « seulement pour essayer ». Je garde en tête cette phrase de Bioy (2013) « L'hypnose est à la fois un état particulier de conscience et un motif de rencontre entre deux individus ». Et puis, Sitbon et Bioy (2005) écrivent : « elle [l'hypnose] serait de ceux qui entrent par la fenêtre quand on les chasse par la porte, et qui s'installent chez vous sans en avoir l'air ».

Il s'agissait vraiment pour moi, de réfléchir à un outil pour tous. Et peut être que l'hypnose peut être cet outil.

L'objectif de cette formation et de ce mémoire est de me questionner sur comment inclure l'outil qu'est l'hypnose dans ma clinique, afin de proposer une prise en charge avec différentes ressources et pistes de travail, pour quelle soit la plus complète et la plus adaptée à cette population.

**CADRE
THEORIQUE
ET
PROBLEMATIQUE**

I- HYPNOSE

Histoire et définition de l'hypnose

1) Histoire de l'Hypnose

Hypnose, joli mot qui intrigue et qui fascine, sujet de beaucoup de croyances parfois erronées, mais cultivées par les praticiens pour accorder un aspect énigmatique, et peut être pour « confusionner » l'utilisateur. Cette confusion est induite d'emblée par l'origine même de ce terme.

Le mot Hypnose vient du grec ancien *húpnos* qui signifie sommeil. Dans la mythologie grecque, Hypnos était le dieu du sommeil, fils de Nyx, la nuit et frère de Thanatos, la mort. Très souvent, Hypnos est représenté avec des fleurs de pavot et des ailes, symbolisant respectivement les états modifiés de conscience, et le moyen de s'envoler, la nuit, vers d'autres mondes. La légende raconte que ce dieu avait le pouvoir d'endormir les mortels mais également les dieux.

Or nous verrons que l'état d'hypnose n'est pas un état de sommeil.

Cette déroute qu'entraîne l'étymologie de ce mot et sa signification, n'est que le début d'un principe qui va devenir central dans la pratique de l'hypnose : amener le patient à un état de confusion.

Nous proposerons de résumer brièvement l'histoire de l'hypnose en expliquant que dans l'Antiquité (Égypte, Grèce), les pratiques suggestives étaient déjà utilisées pour leurs qualités propres ou associées à des traitements médicamenteux. Cependant l'histoire officielle et scientifique de l'hypnose commence au 18^e siècle avec Franz Anton Mesmer qui parlait de magnétisme animal (Bioy et Celestin-Lhopiteau, 2014), un fluide que chacun possédait et qui pouvait se transmettre d'un individu à l'autre pour restaurer un fluide malfaisant. Mais le rapport de la commission, envoyée par Louis XVI conclut que moins que le magnétisme, c'est l'imagination proposée au patient qui est thérapeutique dans cette pratique.

Il est important également de citer Emile Coué, nom popularisé à travers notamment la célèbre « méthode Coué ». Emile Coué de La Chataigneraie (1857-1926) est un pharmacien qui réfléchit au pouvoir de l'esprit et propose une méthode de guérison fondée sur l'autosuggestion. Pour lui, l'imagination est plus puissante que la volonté

Enfin, c'est Milton Erickson (1901-1980) qui utilisa surtout l'hypnose dans le champ des psychothérapies et du somatique, en particulier la douleur. Erickson avait compris, tout comme Bernheim et Freud, que cet état de conscience modifié qu'implique l'hypnose facilite la dynamique du changement, en facilitant le travail des suggestions émises par le thérapeute. (Bioy, Crocq et Bachelart, 2013). Erickson va alors révolutionner la pratique de l'hypnose (Bioy et Michaux, 2007). La nouveauté est la manière détournée que va utiliser Erickson pour suggérer. Ses propositions seront plus douces, moins claires ce qui mobilise moins les défenses et préserve le libre arbitre (Bioy et Célestin-Lhôpital., 2014). Bioy et Michaux (2007) écriront que « Milton Erickson rendit l'hypnose plus permissive ».

Plus récemment, des études électro-encéphalographiques ont montré que l'hypnose n'est ni un sommeil particulier, ni un coma, mais un état de veille particulier (Bioy, 2013). Comme le sujet est en état de veille, c'est donc qu'il est conscient. De plus, la tomographie par émission de positrons (PET) montre que durant l'état hypnotique, le fonctionnement cérébral est spécifique à cet état là. Ce qui est important, est que l'activation du cortex sensori moteur en cours d'hypnose suggère que le sujet est acteur et impliqué dans ces scènes.

L'hypnose prend donc une légitimité objective, scientifique et elle devient même spectaculaire à travers, notamment, des shows télévisés. L'hypnose au devant de la scène questionne, intrigue et fascine, mais surtout se fait connaître...

2) Définition de l'hypnose

L'hypnose peut se définir comme un état de fonctionnement psychologique par lequel un sujet en relation avec un praticien fait l'expérience d'un champ de conscience élargi (Bioy et al., 2013). Dans la vie courante, on fait tous l'expérience de l'hypnose, souvent lorsque l'on conduit, quand on lit ou toute autre situation qui focalise notre attention au point d'être comme dissocié : être physiquement à un endroit mais psychiquement, mentalement ailleurs.

Selon Bioy (2013), l'état hypnotique suppose l'activation de deux compétences : l'attention et la relaxation. Nous choisissons le terme de compétences, car en hypnose, un des principes d'Erickson est de percevoir l'autre et notamment l'inconscient comme un « réservoir de ressources », il nous paraît donc important de spécifier ces états de cette manière. Donc en hypnose, le sujet est à la fois très concentré et très détendu.

Tous les auteurs s'accordent à préciser que tout le monde est hypnotisable, car c'est un état naturel, mais avec un niveau de réceptivité, de suggestibilité différent.

Bioy (2013) définit la suggestion comme une « idée, sentiment ou comportement inspiré par un autre que soi. ». Dans notre cadre de travail, la suggestion sera donc une proposition, thérapeutique, que le patient va entendre à sa manière, avec son histoire. L'intérêt de l'état hypnotique est qu'il est proche du rêve, et autorise donc tous les possibles. Le contact avec la réalité n'est pas totalement perdu, le sujet n'est donc pas dans un délire, mais il est absorbé dans sa tâche ce qui permet de laisser aller son esprit plus facilement dans les pensées suggérées.

Bioy (2013) énonce cinq caractéristiques principales de l'hypnose : l'hyper attention, la détente, la désorientation spatio temporelle, la modification du rapport à la réalité et le principe d'involontaire. Roustang (1994), pour expliquer le but de l'hypnose, écrit « le but de cette dernière est en effet de nous faire quitter une forme de rapport au monde, qui nous place au centre en observateur distant, et de nous faire accéder, après un passage par la confusion ou le vide, à une légèreté, une mobilité, une force, qui nous fait prendre part.

L'hypnose devient donc un outil thérapeutique, et l'hypnothérapie serait une technique thérapeutique par laquelle un sujet en relation avec un praticien, dans un champ de conscience élargi, dans un but de changement.

Une séance d'hypnose se déroule généralement comme suit : le patient est face au thérapeute, qui propose l'induction pour amener la transe, ensuite les suggestions puis le retour à l'état de veille.

II- MUCOVISCIDOSE

Définition de la mucoviscidose et histoire du patient

1) Définition de la mucoviscidose

La mucoviscidose, classée dans les maladies rares, est la maladie génétique grave la plus fréquente en Europe. Elle touche, environ une naissance sur 4500, soit environ 200 enfants chaque année (Mero, 2008). En France, c'est à peu près une personne sur 30 qui porte le gène responsable de la maladie, appelé sujet sain. En effet la mucoviscidose est une maladie autosomique récessive, les deux parents sont porteurs et, par les lois de la génétique, ont

transmis leur gène malade. La maladie se déclare alors chez leur enfant. Le risque est donc de 1 sur 4, si les deux parents sont porteurs.

La mucoviscidose peut toucher plusieurs organes, en raison d'un mucus trop épais qui caractérise cette maladie. Les poumons, le pancréas, les sinus et les organes génitaux sont impactés. Les sécrétions ne sont pas assez fluides, à cause d'un dysfonctionnement d'une protéine : CFTR, qui assure, normalement, la bonne hydratation des muqueuses. Dans la mucoviscidose, les sécrétions deviennent épaisses, stagnent dans l'organe et entraînent des complications notamment respiratoires. Le mucus ne peut plus drainer les poussières et bactéries, obstruant les bronches et favorisant les infections. Petit à petit des lésions broncho pulmonaires irréversibles détruisent les poumons. D'autres troubles sont liés à la maladie : dénutrition, problèmes digestifs, atteinte endocrinienne (diabète), parfois atteinte hépatique (cirrhose), atteintes ORL, du foie, décalcification, atteintes des fonctions génitales. C'est une maladie chronique dont l'évolution varie d'une personne à l'autre.

Depuis 2001, la prise en charge des patients atteints de cette pathologie s'est uniformisée sur le plan national avec la création des CRCM. (Lucazeau et Pacelli, 2010).

2) Histoire du patient

Depuis 2002, la mucoviscidose peut être diagnostiquée très tôt, puisqu'elle fait parti du dépistage néonatal qui concerne trois maladies, où une prise de sang est effectuée au bébé au troisième jour de vie. C'est donc environ à 4-6 semaines de vie que le CRCM de la région contacte les parents afin de constater la maladie chez leur nouveau né.

Ce diagnostic très précoce intervient parfois au sein d'une famille qui vient d'accueillir un bébé en pleine santé, sans signes particuliers. Tout l'intérêt est bien sur dans une prise en charge au plus tôt de la maladie, et pas toujours des symptômes, qui parfois ne sont pas encore apparus. C'est un paradoxe qui peut ressembler à une injonction paradoxale : on informe des jeunes parents que leur enfant, sans symptômes, doit « subir » des traitements importants, ce qui peut, nous le savons « rendre fou », en reprenant les termes de Searles (1977).

Le patient rencontre d'abord des soignants, des traitements avant même de connaître sa maladie.

La mucoviscidose touche principalement les poumons comme nous l'avons vu au paragraphe précédent. Respirer est une fonction automatique qui n'est généralement pas perçue, sauf quand celle-ci est perturbée. Le symptôme respiratoire renvoie en effet, plus que tout autre, à l'angoisse de mort par arrêt du souffle, associé à d'autres signes et dysfonctionnements.

L'expression symptomatique multiple de cette pathologie évoluant aujourd'hui jusqu'à l'âge adulte pose effectivement, en dehors des critères médicaux, la question des particularités psychodynamiques des sujets atteints du fait de leur qualité, de leur espérance de vie différentes (Legros-Roussel, 2006), ainsi que de part la récurrence des symptômes somatiques, les traitements intensifs et l'invalidité sociale qui en découlent. Tous ces éléments sont pourvoyeurs de traumatismes répétés qui fragilisent la qualité du fonctionnement mental. Dans cette affection, les traumatismes sont répétés et cumulatifs (comme par exemple : l'annonce du diagnostic, les premières infections, les exacerbations, les premières cures intra veineuse, les empêchements...).

Legros-Roussel (2006) repère que « penser peut être synonyme de souffrance lorsque le souffle est menacé », il faut vivre, vivre à tout prix, sans réfléchir, sans penser, sans connaître parfois. Comme la suppression de cette maladie n'est pas encore possible, il faut vivre avec. Les scientifiques se centrent particulièrement sur l'amélioration de la qualité de vie. Il est possible aujourd'hui de ralentir l'évolution, de faire régresser les symptômes et de soulager la douleur. (Hotte, 2004).

Pour ces malades, l'objectif du traitement n'est pas encore de guérir. Nous ne pouvons que le soigner, les soulager, tenter de les comprendre, les entendre dans leurs difficultés, parfois, d'avoir des projets à long terme : s'investir dans un domaine professionnel, fonder une famille...). Le travail principal des équipes et de la recherche est d'améliorer le quotidien, à chaque étape de leur parcours se pose la question de la qualité de vie, et derrière cette question, de son sens. (Canoui, 2001).

De plus les traitements restent lourds et contraignants (kinésithérapie, cures intraveineuses...), avec une angoisse de mort. Et une question quant au traitement ultime lorsque l'évolution questionne une espérance de vie à très court terme : la transplantation.

Autant de facteurs qui peuvent provoquer divers troubles, symptômes, questionnements pour lesquels un temps « un petit peu en dehors », différent doit être proposé : un temps de psychothérapie, et pourquoi pas un temps d'hypnothérapie ou l'intellect est mis de côté pour laisser aller, et pour sentir ce corps et ces éprouvés bien compliqués, qui appartiennent au sujet mais qui lui sont parfois inconnus, tel l'inquiétante étrangeté de Freud.

III- HYPNOSE et MUCOVISCIDOSE

Bien que ces deux termes riment, ils ne sont pas souvent associés, enfin encore trop peu.

En effet, les études, travaux où recherches sur l'hypnose dans la clinique des patients atteints de mucoviscidose sont pauvres, pour ne pas prendre le risque d'écrire inexistantes.

Le peu de travaux qui ressortent lorsque l'on effectue une recherche par mots clés (hypnose+mucoviscidose), ne sont pour la plupart pas pertinents.

L'hypnose est de plus en plus utilisée et étudiée dans différents troubles que l'on retrouve chez les patients atteints de mucoviscidose (troubles alimentaires, douleurs, soins palliatifs, anxiété, chirurgie...) c'est pourquoi, notamment, nous avons porté notre intérêt sur cet outil qu'est l'hypnose pour compléter la prise en charge des patients atteints de mucoviscidose. Cette maladie est multisymptomatique, multidimensionnelle dans les troubles, les patients, les défenses, les ressources...

Tout d'abord la mucoviscidose est une maladie somatique, et différents auteurs ont constaté l'existence d'une défaillance de certaines fonctions psychiques chez le malade somatique : l'imaginaire pour Sami-Ali (1987) ou l'affect pour Mac Dougall (1989). D'après De Tichey, Diwo et Dollander (2000), lors d'une maladie somatique avérée, la charge des affects est souvent trop importante pour être traitée par la seule pensée. Cette réflexion nous évoque la question de travailler autour des affects par d'autres moyens, et peut être le ressenti, le corporel, le psychocorporel. En effet, lorsque les professionnels de santé prennent en charge une maladie somatique, qui plus est, grave, ils s'attachent surtout à soigner le corps, les organes défaillants. Une des missions du psychologue dans un service est de ramener la subjectivité du patient et bien sûr un travail autour du ressenti, en plus, en complémentarité du soin apporté au corps. L'hypnose paraît une des pistes pour aborder le psychique et donner un temps à l'inconscient du patient.

La mucoviscidose est une maladie qui provoque aussi beaucoup d'affects dépressifs, d'angoisses, de questions, de contradictions. La maladie chronique vient bouleverser la représentation du temps et ne manque pas de soulever l'angoisse de la mort (Grimaldi, 2006), cause parfois d'affects dépressifs et/ou anxieux. Or tous les ouvrages qui traitent de l'hypnose abordent la possibilité et l'intérêt d'utiliser l'hypnose pour les troubles anxio dépressifs, pour les symptômes d'angoisse.

La maladie grave est une véritable crise existentielle, et l'individu doit alors s'engager dans un acte de rupture, qui lui permet de resignifier son histoire personnelle (Piot-Ziegler, Fasseur, Ruffiner-Boner, 2007).

Chemouni (2000) écrit « éviter l'angoisse, atténuer la souffrance, désavouer la mort résumant assez bien, croyons-nous, le triple destin auquel est confronté le malade atteint dans son intégrité corporelle ». A cette phrase font écho les différents axes que propose la thérapie par l'hypnose, c'est pourquoi il nous semblait intéressant de se pencher sur cette rime hypnose et mucoviscidose. La rime « c'est quand ça va bien ensemble » disait Léo, un petit patient. De plus, la formation en hypnothérapie propose également de former le patient à l'autohypnose. C'est un des axes qui pourrait être développé car on sait qu'une maladie chronique provoque beaucoup d'anxiété et nécessite parfois des soins pénibles. Par exemple, pour les patients atteints de mucoviscidose, les cures intra veineuses peuvent parfois être régulières ainsi que tous les soins à domicile. En effet depuis les années quatre vingt dix, l'HAD (hospitalisation à domicile) s'est développée (Cresson, 2006), et peut être que l'auto hypnose pourrait être un soutien pour les patients dans ces moments. Bioy et al. (2014) écrivent que « le principe de l'autohypnose est l'art de produire, sur soi même, volontairement, un état hypnotique en se donnant les moyens d'être actifs ». Il s'agirait de permettre une certaine autonomie aux patients dans la gestion de troubles, notamment anxieux-dépressifs.

En outre, la pertinence de l'hypnose dans le travail autour du traumatisme a plusieurs fois été démontrée, et on sait bien que l'annonce d'une maladie, mortelle, telle que la mucoviscidose peut faire traumatisme, peut provoquer un choc qui suscite l'effroi « état dans lequel on tombe quand on encourt un danger sans y être préparé », (Freud, 1920), et « l'expérience demeure dans le psychisme comme un corps étranger ». (Freud, 1926). Cette annonce qui peut faire traumatisme peut susciter une effraction psychique et provoquer des sentiments d'abattement d'isolement et d'angoisse chez les parents (Lambotte, De Coster, De Gheest, 2007), qu'il est nécessaire de pouvoir entendre, même si ce n'est pas dit, à un moment donné. L'annonce d'une maladie chronique, mortelle fait traumatisme aussi en raison de son irréprésentalité. Un travail psychique autour de l'éprouvé, du ressenti, de la sensorialité serait donc pertinent à un moment où le penser, le représenter, le mentaliser trouvent leur limites. Au cours des dernières décennies, un intérêt croissant s'est développé autour de la verbalisation des émotions, cependant, dans le contexte de la maladie grave, les choses ne sont pas aussi simples.

Wood (2001) rappelle que l'hypnose peut aider l'enfant et l'adolescent en douleur aiguë mais également en douleur chronique. Cet article cible des points importants dans notre clinique :

l'enfant, l'adolescent et la douleur, que l'on rencontre au CRCM. Dans cette pathologie, les douleurs sont fréquentes, qu'elles soient transitoires ou chroniques. L'association VLM (Vaincre la mucoviscidose) rappelle que « leur prise en charge doit être une priorité » (vaincrelamuco.org). De plus en plus de professionnels s'intéressent à l'utilisation, entre autre, de l'hypnose, pour soutenir la prévention et le traitement de la douleur.

Teike Luethi, Currat, Spencer, Jayet et Cantin (2012) précisent que l'hypnose est reconnue en médecine comme une approche complémentaire efficace sur différents points. Les résultats de cette étude montrent que l'hypnothérapie permet de développer les ressources des personnes gravement malades, notamment pour les aider à diminuer leur angoisse.

Et bien sur, l'hypnose est de plus en plus utilisée et reconnue en chirurgie. Pour des professionnels experts, l'hypnose peut permettre d'opérer en réduisant l'injection d'anesthésiques. Mais également, cette pratique peut aider le patient à se préparer à l'opération. Or pour la plupart des patients atteints de mucoviscidose, l'étape ultime est la transplantation d'organes, et dans un contexte bien particulier puisque il s'agit de prendre le risque de mourir pour survivre et que le temps de l'opération ne peut être prévu précisément. En effet, les patients sur liste de transplantation attendent « l'appel » pour partir à la greffe. Nous comprenons vite à quel point ce passage de vie est atypique et donc est à accompagner au mieux. L'article de Piot-Ziegler et al. (2007) questionne : « Quel(s) espaces de paroles dans la maladie grave ? En attendant la transplantation ». Et moi, je m'interrogerais aussi sur quel autre espace thérapeutique que la parole, pouvons nous proposer dans l'attente de la transplantation, dans cette clinique de l'incertitude ? Face à ce corps malade qui devra se morceler pour tenter de continuer d'exister.

Peut être qu'un travail autour du ressenti, de l'éprouvé de ce corps peut aider le patient à se préparer à cette étape. Dans ce même article est écrit « Labro souligne que les occidentaux disent de leur corps « le corps que l'on a » alors que les orientaux disent « le corps que l'on est ». Ce qui soulève la question identitaire, mise à mal dans le cas d'une transplantation d'organe.

Nous pouvons également réfléchir à l'utilisation de l'hypnose dans le temps post greffe, autour des problématiques de rejet psychologique, d'identité, de culpabilité.

Ces exemples ne sont pas exhaustifs, et bien d'autres symptômes, difficultés ou questions que l'on retrouve chez les patients atteints de mucoviscidose peuvent être abordés par le prisme de l'hypnose.

Ce qui nous semble certain est que, comme l'écrit Piot-Ziegler et al. (2007) « dans ce contexte, communiquer devient une nécessité. [...] il est également nécessaire qu'elle [la

personne malade] trouve le moyen de communication adéquat. L'accès au langage de la maladie demande la création d'un langage commun et pour la personne qui écoute, l'acceptation de la prise de risque [...] à ce que Deschamps appelle l'éprouvé ».

Il va s'agir dans ce travail, de proposer une introduction à l'utilisation de l'hypnose pour les patients des CRCM, et de développer toutes les pistes de réflexion qui peuvent émerger.

IV- PROBLEMATIQUE

Depuis 2009, j'exerce mon activité de psychologue clinicienne dans un Centre de ressources et de compétences pour la mucoviscidose.

Comme nous l'avons vu en introduction, durant ma pratique, je me suis questionnée sur les diversités des ces patients dans plusieurs domaines. En effet, ils peuvent présenter des difficultés, des symptômes, des troubles, des défenses... très variés. Il me semblait donc important de pouvoir aller à la rencontre de cette diversité avec au moins un outil commun. Apprendre à être « psycho-nomade » come l'écrit Piot-Ziegler et al. (2007) « à nous adapter à un voyage imprévisible dans la maladie ».

Une des particularité de ce travail, est que je vois les patients au moins tous les trois mois lors des hospitalisations de jour, et ce jusqu'à la fin : départ dans une autre ville pour les études, le travail ou autre, greffe où le suivi est assuré ensuite par le centre de transplantation, ou dans les cas les plus tristes, jusqu'au décès du patient.

Cela peut être un support dans le suivi des patients mais aussi cela peut être compliqué. En effet, pour certains patients, la question se pose de l'arrêt de la prise en charge psychologique lorsqu'elle a démarré, puisque arrêt ou pas, nous allons encore nous croiser. Sophie Méro (2008) questionne dans son article « cette diversité du cadre peut surprendre et questionné : « quel travail psychique est souhaitable ? Possible ? ».

Je me suis demandé comment je pourrais aider au mieux un maximum d'entre eux en leur proposant un outil adapté à leurs troubles, leur demande, leur prise en charge, peut être à un moment donné... Roustang (1990) a écrit « il n'y a de thérapie que si le thérapeute réussit à découvrir ce qui convient à cette personne en ce moment particulier ».

L'hypnose m'a semble être cet outil, pour plusieurs raisons : elle permet un travail sur un temps donné, cadré, définit. C'est une approche « originale », inédite, différente d'une prise en charge axée sur l'observance, la bonne compréhension de la maladie, des traitements... En

effet, je me suis formée il y a quelques temps à l'éducation thérapeutique du patient, où le travail est centré sur le patient, mais sur la bonne compréhension des symptômes, traitements, situations... c'est une approche intéressante mais pas toujours adaptée, approche qui est surtout dans l'intellectualisation : bien comprendre et bien exprimer ses besoins, ses objectifs, développer une autonomie et un contrôle, responsabiliser le patient... ce qui n'est pas toujours simple... Jérémy Vandurme (2011) atteint de mucoviscidose a écrit « je ne crois pas qu'il faille une prise de conscience pour mieux se soigner ». En hypnose, contrairement à l'éducation thérapeutique, on ne se demande pas comment cela marche et ce qui est efficace. L'idée parfois proposer au patient est « vous ne savez pas que vous savez et vous n'avez pas besoin de savoir pour faire ». Erickson écrivait en 1983 « je veux que vous reteniez que l'inconscient sait énormément de choses ».

C'est une approche assez nouvelle, car on retrouve chez ces patients un contrôle important. Ils sont experts de leur maladie et de leurs traitements. Ils peuvent parfois mettre en difficultés des professionnels médicaux qui connaissent moins bien leurs soins par exemple.

L'hypnose m'a semblé être un outil intéressant aussi du fait qu'elle peut être proposée aux enfants, adolescentes et adultes.

L'idée de cette formation se rapproche de ce qu'à écrit Bioy et al en 2013, où il est expliqué que l'intérêt d'une pratique de l'hypnose, dans le champ de la psychothérapie, se situe dans le fait qu'elle propose d'une façon différente d'appréhender les troubles, à dominante psychique ou somatique, dualité que l'on retrouve fréquemment dans le domaine des maladies chroniques. Et notamment chez les patients atteints de mucoviscidose.

Or l'une des caractéristiques de l'hypnose est de mettre moins d'importance dans le fonctionnement intellectuel pour privilégier la sensorialité : réfléchit moins et ressent plus. Un des postulats d'Erickson est que l'inconscient est un réservoir de ressources, d'apprentissage, d'habiletés. Il y aurait des processus qui agissent sans savoir comment. Nous pourrions donc amener une personne à modifier un comportement sans se poser la question des origines.

Je me suis alors demandé comment l'accompagnement de ces personnes peut être enrichi par l'apport de l'hypnose.

Dans quelle mesure l'hypnose peut permettre de proposer au patient, atteint de mucoviscidose, d'aborder les différents symptômes et problématiques que sa maladie entraîne, aussi divers soient ils ?

Pour répondre à cette problématique, je questionne deux hypothèses :

L'hypnose est un outil qui peut intéresser les patients atteints de mucoviscidose, car il ne leur est plus demandé de réfléchir, comprendre et accepter, mais seulement de vivre et ressentir.

L'hypnose permet d'aborder les différents symptômes que peut entraîner la mucoviscidose, qu'ils soient d'ordre physique et/ou psychique.

Afin de répondre à cette problématique et ces hypothèses, nous allons exposer un travail proposé à une jeune patiente, et en particulier, une séance filmée.

METHODOLOGIE

1- Description du patient

Clémence est une jeune patiente de 16 ans atteinte de mucoviscidose. Elle a été diagnostiquée très précocement, à quelques semaines de vie.

Elle vit chez sa maman. Ses parents se sont séparés lorsqu'elle avait environ 4 ans. Elle va chez son papa un weekend sur deux. Elle est la dernière de sa fratrie.

Les parents sont en conflit suite à la séparation, et n'ont que peu de contacts.

Clémence est une jeune fille brillante à l'école et fait beaucoup de sport depuis son enfance. Elle actuellement scolarisée au lycée, où elle a quelques amis, dont une meilleure copine, et un petit copain depuis peu.

Clémence a toujours été observante dans ses soins. Elle est rigoureuse quant à son hygiène de vie, semble être une jeune fille agréable, non opposante d'après ses parents et d'après les observations que l'équipe et moi-même avons pu faire au cours des différentes consultations et hospitalisations.

Comme tous les patients atteints de cette maladie génétique, Clémence vient au CRCM tous les trois mois en hospitalisation de jour pour une consultation médicale, une séance de kinésithérapie, un échange avec la diététicienne et un temps avec la psychologue, si elle en fait la demande et/ou si l'organisation le permet (temps, disponibilité des bureaux...).

Clémence est une patiente agréable et attentive durant les consultations médicales. Elle a pu quelques fois aborder des difficultés avec le médecin, que ce soit d'ordre somatique, lié ou non à sa pathologie, mais aussi psychique. Elle peut, par exemple, parfois décrire des moments d'anxiété.

Elle sourit beaucoup, mais toute l'équipe ressent quelques fois un sourire de façade qui cacherait peut être des inquiétudes, une souffrance... ? En effet, j'ai moi-même pu avoir ce ressenti. Clémence est toujours très souriante, mais son rictus peut sembler crispé, forcé, comme s'il lui permettait de retenir des larmes. D'ailleurs, les sanglots lui montent parfois très vite aux yeux, sans que nous puissions repérer une raison à cette réaction.

2- Cadre de la rencontre

Je fais connaissance avec Clémence pour la première fois en 2010, à mon arrivée au CRCM, où elle est suivie depuis plusieurs années.

Je la rencontre dans un premier temps lors des consultations médicales, puis en 2011, je lui propose un entretien, à la demande de la maman qui considère que Clémence vit des évènements compliqués, liés notamment aux relations parentales conflictuelles, et à sa situation familiale (*annexe 1, document confidentiel*).

Durant les premiers entretiens, Clémence est un peu timide et peu expressive quant à ses ressentis. Parallèlement, la maman que je rencontre parfois lors des consultations me donne beaucoup d'éléments sur leur situation de vie, les relations intra familiales... Une bonne alliance est créée avec la maman. Je rencontre le papa seulement à quelques consultations, mais sans échanges particuliers. C'est un monsieur poli mais un peu distant. D'après des échanges avec l'équipe, il est également un peu fermé en consultations et pendant les soins que les infirmières peuvent procurer. Cependant il reste à l'écoute et attentif à ce que nous pouvons lui dire, semble-t-il.

Depuis quelques mois, je reçois Clémence en dehors des hospitalisations de jour, suite à une demande de sa part, soutenue par l'équipe et sa maman. Elle décrit une période un peu difficile mais sans laquelle puisse identifier clairement et précisément ce qui la préoccupe en ce moment. Elle pointe cependant des difficultés qu'elle nomme « des blocages » dans son activité sportive qu'elle pratique depuis des années. Elle explique qu'elle a des troubles du sommeil depuis quelques temps, elle dit se réveiller environ toutes les trente minutes à partir de trois heures du matin. Elle aborde aussi ses inquiétudes quant à son espérance de vie, et à la mise en place d'une cure intra veineuse qui se discute dans l'équipe de soins en raison d'une dégradation de son état respiratoire ces derniers temps. Clémence a bénéficié depuis sa naissance de deux cures intra veineuse (*annexe 1, document confidentiel*), et elle appréhende ce traitement comme le signe d'une évolution défavorable de sa maladie. Nous convenons de se voir tous les quinze jours.

Très vite je me questionne sur l'utilisation de l'hypnose avec Clémence, jeune fille qui est beaucoup dans le ressenti au moment de notre premier entretien, qui vit plusieurs « choses » émotionnellement sans mettre de mots. De plus Clémence est dans une bonne alliance thérapeutique il me semble. Elle fait confiance au travail psychologique, à l'équipe et à moi-même, je crois.

Je lui parle de cet outil à la deuxième rencontre, et je lui propose une séance lors du quatrième entretien (*annexe 2, document confidentiel*).

Je lui explique que je me forme à cette thérapie afin d'avoir du matériel en plus pour travailler avec mes patients. Que c'est un outil tout d'abord agréable par la détente qu'il induit et efficace d'après les études. La question de la présentation de cette technique est importante,

mais au cas par cas. Clémence accepte d'emblée cette expérience. Elle semble même amusée mais tout à fait réceptive.

Je vais lui proposer, en tout quatre séances d'hypnose (*annexe 2, document confidentiel*) réparties dans le suivi, en fonction de ce qui émerge durant les entretiens.

Lors de la première séance j'expérimente le body scan, afin qu'elle ressente chaque partie de son corps. Il s'agira surtout d'une rencontre : entre Clémence et l'hypnose mais également entre moi et Clémence en hypnose. J'ai choisi le body scan afin de proposer avant tout un temps de détente, pour que Clémence, non pas découvre l'état modifié de conscience car on sait que tout un chacun le vit, régulièrement, mais pour qu'elle le repère comme tel.

Lors de la deuxième séance d'hypnose, je lui proposerai le lieu sûr. D'après plusieurs auteurs il est intéressant de proposer ce temps dans les débuts, afin d'installer un endroit de sûreté que le patient peut retrouver par la suite.

A la troisième séance, nous travaillons son anxiété sur un événement particulier et un symptôme spécifique.

Enfin, la quatrième rencontre hypnothérapeutique pour Clémence sera la séance filmée, où je lui repropose un lieu sûr. Ce travail étant soumis au jury, je fais signer à Clémence et ses parents, puisqu'elle est mineure, une lettre de consentement, accompagnée d'une information (*annexe 3, document confidentiel*).

Une autre séance est prévue autour de l'émergence parfois intense d'émotions qu'elle ne peut gérer qui la gênent dans ses relations aux autres.

3- Aménagements du cadre

Je reçois Clémence en dehors des consultations médicales, dans mon bureau, sur un temps différent de ses hospitalisations de jour. Ce cadre est important afin de faciliter l'implication dans le travail psychologique, subjectif. En effet, faisant partie de l'équipe de soin, je peux être associée à un travail sur la réalité des événements, dans l'objectivité où le patient peut répondre avec censure. J'ai pu expérimenter avec de nombreux patients que le temps et l'espace différent était un élément facilitateur pour le travail psychologique.

J'aménage cet espace afin de le rendre le plus apaisant et confortable possible de tous les points de vue sensoriels sur lesquels je peux opérer un changement : j'abaisse les volets afin de réduire la luminosité, j'allume une lampe à paille qui offre un objet agréable à regarder et entendre, et facilite la focalisation de l'attention. Bioy (2014) rappelle que « l'une des

façons les plus habituelles pour entrer en état d'hypnose est la focalisation de l'attention ». Je mets à disposition la chaise la plus confortable que j'ai dans mon bureau et j'utilise un doux parfum d'ambiance, très discret.

Les séances se déroulent comme suit : nous prenons un temps pour échanger où Clémence peut aborder ce qu'elle souhaite, notamment je la questionne sur les derniers évènements significatifs ou pas. J'aménage l'espace, comme décrit ci-dessus. Je lui propose la séance d'hypnose. Puis je lui repropose un temps d'échange assez court, où nous partageons sur ce qui s'est vécu durant de ce temps en état modifié de conscience, ou bien nous évoquons le prochain rendez-vous.

RESULTATS

2 Décryptage de la séance filmée

1) Installation

La première étape de la séance correspond à l'installation du thérapeute et du patient.

Dans ce cas, l'installation est la même que les séances précédentes, avec déjà une suggestion lorsque j'évoque (moi, le thérapeute) que l'exercice a déjà été fait.

2) Induction

L'induction se fait par focalisation de l'attention, où il est demandé à la patiente de fixer un point.

Nous pouvons repérer que le thérapeute change de position, « s'installe » au moment où la patiente ferme les yeux, je m'ajuste en cohérence. Aurélie Mainguet² définit la congruence, lorsqu'une adéquation entre l'état du thérapeute et l'état du patient se met en place.

Nous pouvons observer un ralentissement psychomoteur et un mouvement rapide des paupières (REM : *rapid eyes movement*) qui laissent évoquer que la patiente est en train d'entrer en transe, tout comme le mouvement de la tête qui bascule en arrière (mouvement qui s'observera à chaque séance avec cette patiente).

Je change, à cette étape, le rythme et le ton de ma voix.

Durant l'induction, le thérapeute propose quelques idées confusionnantes et sature l'attention en se répétant parfois.

3) Suggestion

Le lieu sécurisé est alors proposé à la patiente, avec une exploration détaillée et approfondie par les cinq sens.

Nous pouvons observer un mouvement de mes lèvres quand j'évoque le goût éventuellement associé, supposant de nouveau une congruence : j'explore aussi, dans un état hypnotique.

² Aurélie Mainguet, La communication hypnotique. Module 2 DU Hypnothérapie, Université de Bourgogne, 2015.

J'utilise le verbe « sentir », par exemple lorsque je suggère à la patiente de se sentir confortable, afin d'accentuer le ressenti, l'éprouvé, que cette expérience s'inscrive dans le corps.

Après une exploration du lieu, j'invite la patiente à définir une frontière puis un ancrage.

J'utilise parfois « tu », parfois « ton esprit » pour faciliter le travail mais aussi pour dissocier.

Lorsque la patiente tousse, je propose d'accueillir cet élément et ni le thérapeute, ni Clémence ne semble avoir été gênées.

4) Suggestion post hypnotique

Il est suggéré à la patiente qu'elle pourra retrouver ce lieu plus tard.

5) Retour à l'état de veille

Je ramène Clémence à l'état de veille en repassant par le corps, en prenant conscience de ses différents appuis et je termine la séance pas « très bien » pour renforcer la sensation de bien être.

DISCUSSION

I- Regard et analyse critique sur la séance présentée

Nous allons tenter maintenant de réfléchir autour de cette séquence proposée à Clémence.

Nous discuterons dans un premier temps du choix de l'exercice : le lieu sécurisé. Nous analyserons ensuite le travail du thérapeute et du patient afin de tenter de répondre à notre problématique et nos hypothèses que l'on rappelle :

Dans quelle mesure l'hypnose peut permettre de proposer au patient, atteint de mucoviscidose, d'aborder les différents symptômes et problématiques que sa maladie entraîne, aussi divers soient-ils ?

L'hypnose est un outil qui peut intéresser les patients atteints de mucoviscidose, car il ne leur est plus demandé de réfléchir, comprendre et accepter, mais seulement de vivre et ressentir.

L'hypnose permet d'aborder les différents symptômes que peut entraîner la mucoviscidose, qu'ils soient d'ordre physique et/ou psychique.

Le choix de proposer à la patiente d'expérimenter le lieu sécurisé s'est fait pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, durant notre formation en hypnothérapie, cette trame était envisagée comme une des premières qui pourrait être utilisée avec le patient. Bioy et Célestin-Lhopiteau (2014) rappellent « qu'une des propositions de l'hypnose sera de mettre en contact le problème et les ressources du patient, une autre de développer chez lui un sentiment de sécurité ». Mettre en place un sentiment, un temps, un lieu de sécurité, de bien-être qui ne peut qu'être facilitateur pour la suite. Nous savons que plus que la technique, c'est la relation qui est source de changement. De plus la suggestibilité ne suffit pas, le patient doit se sentir bien dans cet état. Il est donc important que le patient se sente en sécurité, confortable et à même de pouvoir se rassurer et se ressourcer à tout moment. D'après plusieurs intervenants et auteurs, la mise en place d'un lieu de sécurité est incontournable lors d'un travail hypnothérapeutique. Cet exercice a donc été proposé à la patiente lors de la première séance d'hypnose. Puis comme il est intéressant de répéter cette séquence afin que le patient l'intègre de mieux en mieux et de plus en plus profondément, et qu'il puisse le retrouver plus facilement, il me paraissait intéressant de choisir cette expérience pour être filmée.

De plus, pour l'avoir expérimenté, le lieu sécurisé est un moment de réel détente et confort, il me semblait important de tenir compte de ce point pour filmer. En effet, le patient nous fait

confiance lorsqu'il donne son consentement, à nous de le mettre dans la situation la plus agréable possible.

Enfin, soyons honnête, le lieu sûr est l'exercice que j'avais le plus réalisé à ce moment de la formation. Il était donc évidemment pour moi, thérapeute que je serais plus à l'aise pour cette proposition. Et nous savons que le confort du thérapeute est essentiel pour la détente du patient. Cependant, nous pouvons bien sûr critiquer ce choix.

En effet, le lieu sûr est une étape essentielle dans un travail hypnotique mais cette séance n'est pas à but thérapeutique. Nous aurions pu décider de filmer, par exemple la séance autour de son anxiété. Également, l'idée de départ était de filmer une séance où je propose une métaphore, point clé de l'hypnose. Cependant, en cours de formation, il est vrai, que je suis peu à l'aise avec cette technique même si elle me passionne. J'ai donc préféré un exercice avec une trame assez précise. L'inconvénient est que la créativité du thérapeute est moins évaluable sur cette séance.

Ce que nous pouvons dire du travail du thérapeute et du patient, est que, comme nous l'avons supposé lors du décryptage de la séquence, c'est un temps à deux, où le thérapeute explore lui aussi un temps de sécurité, de confort et de rassurance. Chacun a pu accueillir, semble-t-il les ressentis et les éprouvés.

Pour répondre à nos hypothèses, à travers le cas de Clémence, nous pouvons certainement confirmer l'idée que l'hypnose est un outil intéressant pour ces malades.

En effet, comme nous l'avons vu en première partie, il est souvent demandé à ces patients de bien comprendre leur maladie, leur traitement, leur ressentis, de les analyser et d'en faire quelque chose pour aller mieux. Nous voyons que cette part de travail est importante mais pas toujours adaptée au patient, au temps, aux difficultés...

Clémence a très vite acceptée et a été enthousiasmée d'essayer de ressentir, juste se laisser aller dans le ressenti sans forcément en dire quelque chose, car c'est bien là une de sa problématique que l'on retrouve aussi chez d'autres : « je ne me sens pas bien, mais je ne me sens pas mal, seulement je ne peux pas expliquer ce que je ressens ».

De plus, nous avons vu, à travers les différentes études mais aussi à travers le cas de Clémence et les autres patients (*annexe 4, document confidentiel*), que l'outil qu'est l'hypnose peut être très pertinent pour cette clinique.

L'hypnose peut être un prétexte à la rencontre. En effet, j'ai suivi une de patiente adulte du CRCM en raison de douleurs chroniques. C'est une personne qui n'avait jamais fait appel à mes services, et que nous n'avions (l'équipe et moi-même) jamais repérés jusqu'alors comme

étant en difficultés sur le plan psychologique. Le médecin m'a interpellée quant à sa difficulté face aux douleurs que la patiente exprimait qui étaient traitées déjà de manière optimale, d'après le spécialiste, sur le plan médical. J'ai alors proposé à cette dame un travail avec l'hypnose. Un suivi s'est ensuite engagé.

L'hypnose est aussi bien sur, une technique thérapeutique, un outil qui peut cadrer un travail thérapeutique sur quelques séances, ce qui me semble particulièrement intéressant dans le cadre d'hospitalisations. Deux des patientes adolescentes ont été hospitalisées, sur deux semaines, pour des raisons très différentes. Cependant l'hospitalisation est toujours un moment d'anxiété et d'inconfort, voire de détresse. L'hypnose est alors tout à fait adapté sur ce temps court mais intense en émotions. En outre, dans le cadre du CRCM, nous rencontrons des patients de toute la région. Certains viennent donc de plus ou moins loin. C'est par conséquent parfois compliqué de proposer un travail psychologique qui demande des rencontres régulières, et parfois sur plusieurs mois. Un de nos patients, par exemple, est dans une période difficile. N'habitant pas la ville du CRCM, c'est compliqué pour lui de s'engager dans un travail psychothérapeutique classique. J'ai proposé alors quelques séances d'hypnose, pour travailler précisément autour de ce ressenti, sans envisager un travail sur du long terme, ce qui a soulagé le patient.

Enfin l'hypnose s'adresse à tous les âges. J'ai également travaillé avec l'hypnose auprès d'une jeune patiente de 10 ans. Nous avons abordé une problématique de séparation à travers le « SCORE » : Symptômes, Causes, Objectifs, Ressources, Envol, présenté par Jean-Baptiste Guimier³. Séance qui a permis de mettre en évidence des raisons au symptôme difficiles à verbaliser pour la jeune enfant.

Par conséquent, il nous semble que nos hypothèses semblent être validées. L'hypnose est un outil qui semble intéresser les patients atteints de mucoviscidose. Et cette technique permet d'aborder les différents symptômes que peut entraîner la mucoviscidose, qu'ils soient d'ordre physique et/ou psychique.

II-Discussion éthique

Concernant la question éthique, il est bien sur important de se demander si ce travail a pu apporter au patient, et s'il permettra d'ouvrir des questions, des pratiques, peut être des

³ Jean-Baptiste Guimier, Le travail avec les enfants. Module 3 DU Hypnothérapie, université de Bourgogne, 2015.

recherches et des collaborations autour de ces thèmes : hypnose et mucoviscidose. Car la question éthique est bien ici (me semble-t-il): ce travail pour les patients. J'ai retenu quatre points qu'il me semblait important de discuter.

Premièrement, le choix du lieu sûr était aussi en partie dû à ce point, comme nous l'avons développé précédemment. Il me semblait compliqué de proposer une séance un peu plus intime où des symptômes particuliers ou une problématique personnelle allait être abordée. Un des critères lorsque mon choix s'est porté sur la séquence filmée était de répondre à un besoin pour moi : me soumettre à l'évaluation du jury de la manière la plus subjective et naturelle. Mais tout en apportant le mieux à mon patient.

Deuxièmement, en cours de formation, j'ai le sentiment d'être au début du commencement, et je ne me sentais pas légitime dans cette place d'hypnothérapeute. Je me disais qu'effectivement l'hypnose était certainement un très bon outil pour ces patients, mais que peut-être il était de mon devoir de les orienter vers un hypnothérapeute diplômé et expert. Cependant, je réponds aujourd'hui à cette inquiétude par le fait, que l'hypnose peut être de nouveau proposée par moi ou un autre, et que, au moins, je les aurais initiés à cette thérapie.

Troisièmement, la question de la demande m'a beaucoup mobilisée car c'est un contexte particulier, inédit dans ma clinique : c'est moi qui demande au patient. Il me semblait important de toujours questionner la pertinence et la bienveillance de ma proposition d'utiliser l'hypnose auprès de patient et de leur laisser toute liberté quant à cet outil.

Enfin, quatrièmement, la question éthique pourrait se poser sur la généralisation de ces observations. En effet, à partir d'une séance filmée, avec un patient, nous soutenons que nos hypothèses peuvent être confirmées. Bien entendu, c'est un travail précepte qu'il faudrait renouveler sur une cohorte plus importante de patients. Cependant nous avons cité les autres patients avec qui nous avons utilisés l'hypnose. Aucun malade à qui l'hypnose a été proposée ne s'est senti en difficulté. Seul un patient a refusé que j'aborde ses crises d'angoisse par cet outil. C'est un malade que je suis depuis plusieurs semaines et qui continue à venir. Donc la tentative d'intégrer l'hypnose a échoué pour cette fois, sans entraver l'alliance thérapeutique, ce qui est essentiel.

III- Apports de l'étude

Pour réfléchir aux apports de cette formation et de ce travail, nous devons nous tourner sur plusieurs axes me semble-t-il : quelles sont les apports pour le thérapeute ? L'institution ? Et bien sur le patient ?

Premièrement, cette formation et cette étude m'ont permis de requestionner ma pratique. En effet, en tant que psychologue d'inspiration psychanalytique, ma technique m'amenait surtout à interroger le symptôme et à le « décortiquer » : depuis quand est-il apparu ? Faites-vous un lien avec un évènement, un proche... ? Quel sens pouvez-vous lui donner ? Quel sens les autres lui donnent ? Pouvez-vous m'expliquer ce que vous pensez ?...

Avec l'hypnose, j'ai appris à aussi et surtout interroger les ressources du patient, et lui demander de décrire, de ressentir, de remettre en mouvement. Il ne m'explique plus, il me décrit. Il ne réfléchit plus, il imagine.

Comme je l'ai évoqué en première partie, j'ai été formée à l'éducation thérapeutique du patient, où il doit tout comprendre médicalement, objectivement. Or avec l'hypnose, je lui propose « un pas de côté », ensemble, dans cette vie où ils doivent « marcher droit ».

En plus de ma pratique, cette formation requestionne mon statut, mon identité de professionnel au sein du CRCM. Peut être serais-je plus identifiée comme un thérapeute de l'esprit, du ressenti, en dehors de tous ces abords médicaux, essentiels bien sur mais pas suffisants me semble-t-il. Le patient et nous même nous détachons alors de la question de savoir si c'est ou ce qui est efficace et efficient, ce qui est libérateur.

En outre, cette formation a provoqué des réaménagements pas seulement dans mon identité professionnelle mais également dans ma personnalité. Lorsque l'on pratique l'hypnose, nous rentrons nous même dans un état hypnotique. Les exercices durant la formation, la répétition m'ont permis de bien connaître cet état modifié de conscience et de l'exploiter à des fins personnelles, comme la détente.

Et enfin, comme je l'écris plus haut, cette formation me parait le début d'un nouvel axe de travail, éventuellement dans la recherche scientifique. En effet, cette densité de thèmes, techniques, approches donne l'envie d'approfondir, de réfléchir, et de partager.

Deuxièmement, mon souhait serait que le service et plus largement l'institution s'intéresse et reconnaisse l'intérêt de cet outil qu'est l'hypnose et plus largement l'intérêt de former les professionnels à différentes approches afin d'avoir un panel de thérapeutiques à proposer au

patient. Servillat et Garnier (2014) rappelle qu'il est un devoir déontologique de mettre un maximum de techniques et de connaissances scientifiques au service du patient.

En effet troisièmement, l'objectif premier de cette formation et de ce travail était de proposer aux patients un outil en plus pour les accompagner au mieux dans leur quotidien.

De par les défaillances et la gravité des troubles que cette maladie provoque, la prise en charge est beaucoup centrée sur l'approche médicale où le patient doit tout comprendre et « tout bien faire ».

Lorsque je me suis intéressée à l'hypnothérapie, cette pratique m'a semblée tout à fait pertinente pour répondre aux observations que j'avais pu faire, notamment : comment ramener le patient à ressentir et accueillir sa corporalité avec ce corps malade, souffrant et qui fait souffrir.

Un axe, de plus, assez nouveau, car nous l'avons vu trop peu de travaux sont parus, ce qui renforce mon intérêt pour cette question de l'hypnose.

Je terminerai cette partie en reprenant la phrase de Chertok et Stengers (1990) « l'hypnose constitue pour tous ceux qui s'intéresse au psychisme humain un défi fondamental ». Et j'ai envie de relever ce défi. Faire de l'hypnose un outil au service des patients atteints de mucoviscidose.

CONCLUSION

Pour conclure ce travail, nous soulignerons les principaux points et nous terminerons par le commencement, car l'impression que me laisse cette formation est que, c'est le début d'une grande aventure, car de nombreux projets commencent à naître dans mon esprit.

Ce que nous retiendrons de ce travail et de cette formation, premièrement est l'intérêt que l'hypnose a suscité chez moi. En démarrant ce diplôme universitaire j'avais bien entendu déjà un certain intérêt pour cette technique, et plus j'avancais dans la connaissance, la pratique et les rencontres avec chaque intervenant plus cette curiosité et cet intérêt s'accroissaient.

Ce que j'ai particulièrement découvert, c'est ce que l'hypnose a provoqué en moi : l'apprentissage d'un état de bien être et de « déconnection » parfois fondamental et nécessaire pour se ressourcer. L'hypnose, en plus d'être un outil pour les patients, c'est une approche qui permet également au thérapeute de prendre soin de lui, tel que le rappellent Pralong-Kohler et Yersin (2014) dans le titre d'un de leur article : « Prendre soin de soi et prendre soin de l'autre par l'hypnose ».

Deuxièmement, l'hypnose m'a permis de réfléchir autrement à ma pratique, pour plusieurs raisons, mais particulièrement dans l'idée d'une approche intégrative et d'aller chercher les ressources du patient.

En effet, cette formation a mis en évidence l'intérêt d'une approche intégrative dans le soin de la personne. Elle donne une légitimité à une démarche que je questionnais déjà auparavant : prendre un peu de partout à partir du moment où c'est dans l'intérêt du patient et avec bienveillance, professionnalisme et déontologie. Cette approche met vraiment l'accent selon moi sur l'adaptation au patient. En effet, il n'est pas question de s'enfermer dans un mode de penser, dans une approche particulière et unique du symptôme, mais de s'ouvrir à ce qu'il existe. Mazevet (2011) explique que « l'approche intégrative en psychothérapie, ne veut donc pas dire qu'il s'agit de promouvoir une nouvelle forme de psychothérapie [...] ce dont il est question est bien plutôt, d'adopter une attitude d'ouverture, face à la diversité des approches disponibles », ce qui est impératif selon moi lorsque l'on travaille auprès d'une population hétérogène telle qu'au centre pour la mucoviscidose.

De plus, l'hypnose amène à interroger les ressources du patient, plus que les symptômes, Sophie Cohen (2015) nous répétait que « le patient arrive avec ses problèmes et ses solutions ».⁴ Cette idée ne cesse de m'aider dans ma pratique.

⁴ Sophie Cohen, Le transgénérationnel. Module 6 DU Hypnothérapie, Université de Bourgogne, 2015.

Enfin, cette formation m'a permis de connaître un nouvel outil pour ma clinique, très différent de ce que j'avais à disposition actuellement (par exemple l'éducation thérapeutique du patient), mais du coup très pertinent. Mon travail, maintenant, me semble-t-il, va être de développer son utilisation dans ma clinique, et de poursuivre ma réflexion sur « comment proposer l'hypnose aux patients atteints de mucoviscidose », et également de faire connaître cette approche.

Ce dernier point fait la transition avec l'avenir qui pourrait advenir.

Comme je l'écrivais en début de page, cette formation et ce travail me semblent n'être (ou naître ?), que le début.

J'envisage, bien sûr, d'approfondir ma pratique afin de la perfectionner. Et deux pistes de réflexion s'ouvrent à moi.

Je souhaiterais avoir pour objectifs d'aider les patients à travers l'hypnose, en leur proposant des séances mais aussi en les amenant à découvrir et à utiliser l'auto hypnose.

Et puis, peut être lorsque ma pratique et la confiance en ma pratique seront plus installées, je souhaiterais réfléchir à un travail de recherche, notamment autour de la greffe, étape ultime pour ces patients. Dans ma clinique, je me suis beaucoup interrogée sur l'accompagnement dans la préparation à la transplantation : quelle place, quel travail... ?

Les études rappellent que l'état psychique est un facteur important dans les suites la transplantation. Peut être que l'hypnose peut avoir sa place dans cet accompagnement ?

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages et chapitres d'ouvrages

- 📖- Bioy A., Michaux D. (2007). *Traité d'hypnothérapie, Fondements, méthodes, applications*. Paris Dunod.
- 📖- Bioy A. (2013). *Découvrir l'hypnose*. 2è édition, Paris Interéditions.
- 📖- Bioy A., Célestin-Lhopiteau I. (2014). *Hypnothérapie et hypnose médicale*. Paris Dunod.
- 📖- Chemouni J. (2000). *Psychosomatique de l'enfant et de l'adulte*. Paris Nathan.
- 📖- Chertok, L., Stengers I. (1990). *L'hypnose, blessure narcissique*. Les Empêcheurs de penser en rond.
- 📖- Erickson M. H. (1983). *L'hypnose thérapeutique, quatre conférences*, 5è édition (2010), Issy-les-Moulineaux EST.
- 📖- Freud S. (1912). Sur les types d'entrée dans la névrose, In : *Névroses, psychoses et perversions*, Paris Puf (1992): 175-182.
- 📖- Freud S. (1914). Pour introduire le narcissisme, In : *La vie sexuelle*, Paris Puf (1969) : 81-105.
- 📖- Freud S. (1920). Au-delà du Principe de Plaisir, In : *Oeuvres complètes*, XV, Paris PUF (2002).
- 📖- Freud, S. (1926). *Inhibition, Symptôme et angoisse*, Paris, PUF (2002).
- 📖- Mac Dougall J. (1989). *Théâtre du corps*. Paris Gallimard.
- 📖- Mazevet C. (2011). Alliance thérapeutique et approche intégrative, In : *L'alliance thérapeutique, fondements, mise en œuvre*, Paris Dunod : 35-52.
- 📖- Roustang F. (1990). *Influence*. Paris Les éditions de minuit.
- 📖- Roustang F. (1994). *Qu'est-ce que l'hypnose*. Paris Les éditions de minuit.
- 📖- Sami Ali M. (1987). *Penser le somatique, imaginaire et pathologie*. Paris Dunod.
- 📖- Searles H. (1977). *L'effort pour rendre l'autre fou*. Paris Gallimard.
- 📖- Vandurme J. (2011). *Jusqu'à ce que la mort nous sépare*, Paris, Lulu.com.
- 📖- Werber B. (2001). *L'ultime secret*. Paris Albin Michel.

Articles

- 📖- Bioy A., Crocq L., Bachelart M. (2013). Origines, conceptions actuelles et indications de l'hypnose. *Annales médico psychologiques*, 171 : 658-661.
- 📖- Canoui P. (2001). Repères éthiques dans la mucoviscidose. *Archives pédiatriques*, 8/5 : 920-923.
- 📖- Cresson G. (2006). Hospitalisation à domicile. Autour de l'enfant malade. *Informations sociales*, n°133 : 66-73.
- 📖- De Tichey C., Diwo R., Dollander M. (2000). La mentalisation: approche théorique et clinique projective à travers le test de Rorschach. *Bulletin de psychologie*, 53/4 : 477-483.
- 📖- Grimaldi A. (2006). La maladie chronique. *Les tribunes de la santé*, n°13 : 45-51.
- 📖- Hotte A. (2004). Entre souffrance et projet de vie : les patients atteints de la mucoviscidose. *Pensée plurielle*, vol. 2 n°8 : 119-135.
- 📖- Lambotte I., De Coster L., De Gheest F. (2007). Le traumatisme de la mort annoncée : transmissions entre soignants et parents face à la maladie grave d'un enfant. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, n°38 : 99-115.
- 📖- Legros-Roussel S. (2006). Destins pulsionnels chez les adultes atteints de mucoviscidose. *Psychologie clinique et projective*, vol. 1 n°12 : 403-428.
- 📖- Lucazeau E., Pacelli F. (2010). Mucoviscidose, les enjeux psychiques de la maladie durant l'enfance. *Enfance et Psy*, 2010/1, n°46 : 192.
- 📖- Teike Luethi F., Currat T., Spencer B., Jayet N., Cantin B. (2012). L'hypnose, une ressource en soins palliatifs ? Etude qualitative sur l'apport de l'hypnose chez des patients oncologiques. *Recherche soins infirmiers*, vol. 9 : 78-89.
- 📖- Martin M. (2001). Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité. *Cahiers de psychologie clinique*, vol. 2 n°17 : 103-120.
- 📖- Mero S. (2008). Parcours dans la mucoviscidose: un cas clinique. *Enfance et psy*, 2008/1, vol.38 : 97-108.
- 📖- Piot-Ziegler C., Fasseur F., Ruffiner-Boner N. (2007). Quel(s) espace(s) de parole(s) dans la maladie grave ? En attendant la transplantation. *Cahiers de psychologie clinique*. 2007/1, n°28 : 133-165.
- 📖- Pralong-Kolher J., Yersin M. (2008). Prendre soin de soi et prendre soin de l'autre par l'hypnose. *Revue internationale de soins palliatifs*, vol. 23 : 147.

📖- Sitbon H., Bioy A. (2005). L'hypnose et l'hypnothérapie aujourd'hui. *Perspectives psy*, 2005/5, vol. 44 : 339-340.

📖- Wood C. (2001). L'hypnose, une réponse possible à la prise en charge des douleurs de l'enfant et de l'adolescent. *Enfance*, vol. 58 : 26-39.

Sites

- vaincrelamuco.org

Annexes : lettres d'information et de consentement

Marie-Aude Vangi

A

Le

Madame, Monsieur,

Dans le cadre d'un diplôme universitaire, j'ai sollicité pour filmer une séance d'hypnothérapie avec elle.

.... étant mineure, j'ai besoin, en plus de son accord, de celui de ses deux parents. Je vous propose donc de signer la lettre de consentement ci-joint si vous acceptez que participe à mon travail de mémoire.

Pour toutes questions ou renseignements, n'hésitez pas à me contacter par mail ou par téléphone.

En vous remerciant

Sincères salutations.

Marie-Aude Vangi

A
Le

Je, soussigné, Madame/Monsieur..., parent de l'enfant, accepte que cette dernière soit filmée lors d'une séance d'hypnothérapie avec sa thérapeute, Madame VANGI Marie-Aude, psychologue.

Cette séance a pour but la rédaction d'un travail de mémoire, dans le cadre de la validation d'un diplôme universitaire, encadré par le Professeur Bioy de l'université de Bourgogne.
Cette vidéo sera visionnée par les membres du jury et sera ensuite détruite.

Il sera possible pour de retirer son accord d'être inclus dans ce travail de mémoire à tout moment.

La participation ou non à ce travail ne changera pas la qualité des soins et du suivi dont bénéficie par ailleurs.

Madame/Monsieur....

A
Le

Je, soussigné, accepte d'être filmée lors d'une séance d'hypnothérapie avec ma thérapeute, Madame VANGI Marie-Aude, psychologue.

Cette séance a pour but la rédaction d'un travail de mémoire, dans le cadre de la validation d'un diplôme universitaire, encadré par le Professeur Bioy de l'université de Bourgogne.

Cette vidéo sera visionnée par les membres du jury et sera ensuite détruite.

Il sera possible de retirer mon accord d'être inclus dans ce travail de mémoire à tout moment.

La participation ou non à ce travail ne changera pas la qualité des soins et du suivi dont je bénéficie par ailleurs.

....

Résumé

L'hypnose au service des patients atteints de mucoviscidose : questionnements autour d'un cas clinique.

Psychologue dans un CRCM (centre de ressources et de compétences pour la mucoviscidose), ma pratique m'a amenée à me poser beaucoup de questions quant au suivi de ces patients et en particulier, comment répondre à une population aussi diverse et dans une prise en charge aussi médicalisée.

Je me suis demandée comment apporter du nouveau, où le patient doit tout comprendre, tout connaître de sa maladie, ses symptômes et ses traitements. Je me suis alors tournée vers l'hypnose, cet outil « proposable » à tous, et pour tous. L'objectif de cette formation et de ce mémoire est de me questionner sur comment inclure l'outil qu'est l'hypnose dans ma clinique, afin de proposer une prise en charge la plus complète et la plus adaptée possible.

A travers le suivi de Clémence, une jeune patiente, nous questionnons la problématique suivante : dans quelle mesure l'hypnose peut permettre de proposer à ces patients d'aborder les différents symptômes ? Nous posons l'hypothèse que : L'hypnose est un outil qui peut intéresser ces patients, car il ne leur est plus demandé de réfléchir, comprendre et accepter, mais seulement de vivre et ressentir. Et que : L'hypnose permet d'aborder les différents symptômes que peut entraîner la mucoviscidose, qu'ils soient d'ordre physique et/ou psychique.

Après la présentation et l'analyse du cas clinique, nous interrogeons l'apport de l'hypnose pour le thérapeute, l'institution et bien sur le patient.

Mots clefs : hypnose, mucoviscidose, alliance thérapeutique, psychothérapie.