

LA REVUE DE *l'hypnose* ET DE *la santé*

NUMÉRO 25 – OCTOBRE 2023

19 €

DOSSIER : MÉTHODE ET STRATÉGIE HYPNOTIQUE

Pour que l'hypnose arrive • Approche
phénoménologique du soin

ATELIERS PRATIQUES

Préparer le patient à vivre un acte
médical • L'hypnose face à l'inconnu •
Autohypnose stratégique • L'équilibre
est dans le mouvement...

CLINIQUES

Hypnose en urgence périnatale •
Réalité virtuelle et énergie relationnelle
culturelle • Hypnose en plein vol



DUNOD

LA REVUE DE *l'hypnose* ET DE *la santé*

Directrice de publication

Nathalie JOUVEN

Administration et rédaction

Dunod Éditeur S.A.

11, rue Paul Bert, CS 30024, 92247 Malakoff cedex

Rédacteur en chef

Thierry SERVILLAT

Conseiller éditorial et scientifique

Antoine BIOY

Couverture et Maquette intérieure

Dunod Éditeur

Composition

PCA

Périodicité

revue trimestrielle

Impression

Imprimerie Chirat

42540 Saint-Just-la-Pendue

N° commission paritaire (CPPAP)

0625 T 93699

ISSN

2557-521X

Parution

octobre 2023

Dépôt légal

octobre 2023, N°

Secrétaire de rédaction : **Jean-Claude LAVAUD** assisté de **Arnaud GOUCHET**, et de :
Amandine DERBRÉ, Nicolas GOUIN, Edith HAMEON BEZARD, Christine MIRAIL

Responsable illustrations : **Jean-Claude LAVAUD**

Comité éditorial : **Patrick BELLET, Christine BERLEMONT, Rémi CÔTÉ, Daniel GOLDSCHMIDT, Arnaud GOUCHET, Fabienne KUENZLI, Christian MARTENS, Lolita MERCADIÉ, Karim NDIAYE, Gérard OSTERMANN, Jean-Édouard ROBIOU DU PONT, Dan SHORT, Chantal WOOD**

Correspondants : **Vladimir ZELINKA** (Belgique), **Fabienne KUENZLI** (Suisse), **Rémi CÔTÉ** (Québec), **Dan SHORT** (USA),
Teresa ROBLES (Mexique) et **Mauricio NEUBERN** (Brésil)

Participent à ce numéro : **Catherine BAHUAUD, Patrick BELLET, Olivier BENARROCHE, Antoine BIOY, Antoine COLLIN, Jean-Pierre COURTIAL, Isabelle FEDERSPIEL, Pierre-Henri GARNIER, Élodie GRONDIN, Jeanne-Marie JOURDREN, Émilie LEGROS-LAFARGE, Jean-Sébastien LEPLUS-HABENECK, Cyril Le ROY, Christian MARTENS, Valérie MENDES, Silvia MORAR, Gérard OSTERMANN, Françoise PASCALIN, Nicolas PERRET, Angélique RASCLE, Thierry SERVILLAT, David VERGRIETE, Pascal VESPROUMIS**

Un grand merci aux photographes et illustrateurs de ce numéro.

© **Dunod**

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays. En application de la loi du 1er juillet 1992, il est interdit de reproduire, même partiellement, la présente publication sans l'autorisation de l'éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).

All rights reserved. No part of this publication may be translated, reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or any other means, electronic, mechanical, photocopying recording or otherwise, without prior permission of the publisher.

Soignons nos mots.

ÉDITORIAL

Notre époque semble marquée, concernant l'hypnose, par une importante tendance à la diversification des pratiques.

Rien de surprenant, pourrait-on spontanément commenter. Mais pour qui a suivi l'évolution de l'hypnose depuis quelques décennies, ce premier commentaire peut être suivi par d'autres :

- Il y a trente ans, et même si l'influence de précurseurs comme Léon Chertok a pu avoir une influence certaine, c'est celle d'Erickson qui se montrait clairement au premier plan. La majorité des soignants intéressés par l'hypnose thérapeutique découvraient avec étonnement les pratiques du « Sage de Phoenix » et travaillaient souvent dur pour les comprendre et les assimiler.
- Erickson mourut en 1980, c'est donc principalement l'hypnose « ericksonienne » (nous reviendrons plus loin sur les guillemets que nous mettons) qui se mit à être enseignée quasi exclusivement, non seulement en France, mais aussi, progressivement, dans le monde. Un moment de triomphe fut peu à peu connu par celles et ceux qui s'étaient et avaient investi dès la première heure dans cette discipline.
- Puis, très progressivement, survint une autre époque. Le travail de Roustang, ericksonien, mais aussi marqué par l'influence d'autres philosophies et d'autres pratiques (comme le taoïsme), creusa son sillon. Et d'autres chercheurs, appliquant le conseil d'Erickson (« Ne faites pas du Erickson, faites du vous-mêmes ») ou se rebellant vis-à-vis de lui, ou encore, peut-être, l'ignorant, se mirent à s'aventurer dans d'autres contrées dont certaines jusque-là déconseillées (hypnose elmanienne), menant une efflorescence de points de vue dont notre revue s'efforce de faire l'écho.

Devant une telle diversification, dont il y a lieu de se féliciter, de très nombreux instituts de formation à l'hypnose « ericksonienne » (il est temps maintenant de préciser pourquoi nous mettons des guillemets : Erickson est mort depuis plus de quarante ans et aucun point de vue ne s'est pour l'instant imposé pour la définir¹) semblent maintenant mis de vant la nécessité de clarifier leur positionnement et préciser aux étudiants usagers des instituts de formation, en vertu de quoi ils se pensent être ericksoniens aujourd'hui.

1. Même si certains comme Roxanna Erickson Klein, Dan Short ou nous-même y travaillons.

Les auteurs de ce numéro



Élodie Grondin
est médecin généraliste
à Piton Saint-Leu, à l'île
de La Réunion.



Pascal Vesproumis
est médecin addictologue
à Epagny, et à Saint-Julien
en Genevois, en Haute-
Savoie.



Antoine Bioy
est psychologue-
psychothérapeute
et professeur
des universités
à l'université de Paris 8.



Olivier Benarroche
est chirurgien-dentiste
à Cagnes-sur-Mer, dans
les Alpes-Maritimes.



Valérie Mendes
est sage-femme à Creil,
dans les Hauts-de-
France.



Émilie Legros-Lafarge
est psychiatre au CH
Esquirol de Limoges, en
Haute-Vienne.



Cyril Le Roy
est infirmier au CHU
d'Angers en Maine-et-Loire.



Silvia Morar
est neurochirurgienne
et enseigne l'hypnose
à l'université Paris-Sud.



Françoise Pasqualin
est psychologue à
Strasbourg en Alsace
et à Versailles dans les
Yvelines.



Jeanne-Marie Jourden
est masseuse-
kinésithérapeute
à Lannion, dans
les Côtes-d'Armor.



Pierre-Henri Garnier
est docteur en sciences
de l'information
et communication,
psychologue à Rezé en
Loire-Atlantique.



Patrick Bellet
est médecin. Il est
président fondateur de la
Confédération francophone
d'hypnose et de thérapies
brèves.



**Jean-Sébastien Lepus-
Habeneck**
est psychologue-
psychothérapeute
à Montpellier, dans
l'Hérault.



Antoine Collin
est infirmier en santé
mentale au centre
médico-psychologique du
CH Esquirol de Limoges
(Haute-Vienne).



Jean-Pierre Courtial
est sociologue,
professeur émérite en
sciences de l'information
et communication.



Nicolas Perret
est médecin généraliste
à Thivars, en Eure-et-Loir.



Christian Martens
est médecin allergologue
en libéral, et à l'Institut
Pasteur de Paris.



Catherine Bahaud
est infirmière à Saint-
Sébastien-sur-Loire, en
Loire-Atlantique.



Gérard Ostermann
est professeur
de thérapeutique,
médecin interne, et
psychothérapeute
analyste.



Angélique Rascle
est docteure en sciences
cognitives et physiques.
Experte en hautes
technologies et directrice
programme pour la XR
(réalité étendue) au CEA
de Grenoble, en Rhône-
Alpes.



Isabelle Federspiel
est médecin
anesthésiste à Angers
en Maine-et-Loire.



David Vergriete
est psychologue
à Marquette-lez-Lille,
dans les Hauts-de-France.



Thierry Servillat
est médecin psychiatre
à Rezé en Loire-
Atlantique.

Sommaire

Éditorial	1
Les auteurs de ce numéro	2
ATELIERS PRATIQUES	
Préparer le patient à vivre un acte médical	5
L'hypnose face à l'inconnu	8
L'autohypnose stratégique	11
L'équilibre est dans le mouvement... Il n'y a de constant que le changement...	15
CLINIQUES	
Hypnose en urgence périnatale	21
Quand la réalité virtuelle contribue au tissage d'une énergie relationnelle culturelle	29
Hypnose en plein vol	37
ÉCHOS DE LA SCIENCE	
Des nouvelles de la science et de l'hypnose	46
DOSSIER • MÉTHODE ET STRATÉGIE HYPNOTIQUE	
Pour que l'hypnose arrive. De l'intérieur ou de l'extérieur?	54
Approche phénoménologique du soin	57
Comment on en vient à créer une relation pouvant mener à l'hypnose	67
OUVERTURES	
Le Brainspotting, nouveau paradigme de la « transe hypnotique » ?	77
J.P.F. Deleuze. Le sage du magnétisme animal	84
Hypnothérapie et troubles du deuil ; <i>Dunod</i> ; 2023.	90
Ce patient qui ne cherchait Rien	95
ABÉCÉDAIRE	
C/bécédaire Conscience	99

Préparer le patient à vivre un acte médical

En quelques minutes chrono, l'inquiétude s'estompe et le geste redouté est déjà accompli.

Élodie Grondin

J'utilise cet exercice lorsqu'un patient va vivre un geste ou un examen médical qui l'inquiète.

En médecine générale, le thérapeute peut être sollicité par le patient qui demande qu'on lui explique le geste ou un événement médical qu'il va vivre et qu'il appréhende. En plus des explications techniques, rassurer le patient semble essentiel, afin d'augmenter les chances de réussite du geste et un meilleur vécu de celui-ci, et donc les effets positifs sur sa santé.

exercice d'autohypnose, à refaire par le patient, après avoir été réalisé en présence du thérapeute.

Après proposition d'installation, je commence une induction « rapide », au moyen d'un comptage de 1 à 3, chaque chiffre explorant une modalité de la sensorialité (la vue, l'audition, le toucher). Les éléments de l'environ-

C'est un exercice d'autohypnose,
à refaire par le patient, après avoir été réalisé
en présence du thérapeute.

Principe

L'exercice est proposé en fin de consultation, sur un temps plutôt court pouvant aller de cinq à quinze minutes. Il est présenté comme un

nement où se situera le patient sont intégrés dans ce compte (ambiance sonore du bloc opératoire, discussion des opérateurs s...).

Un souvenir agréable est ensuite suggéré, souvenir que le patient continue d'explorer avec les différentes modalités de la sensorialité. Pour terminer, un décompte de 3 à 1 permet la réassociation.

L'exercice est réalisé avec le patient, puis il lui est expliqué pour qu'il puisse le refaire, éventuellement avant le geste, ou au moment de celui-ci. L'accent est mis de nouveau sur le comptage de 1 à 3, avec un doigt qui va s'ouvrir devant lui à chaque chiffre pour marquer ces étapes et faciliter la mémorisation de la simplicité du procédé.

Cas clinique

Mme Laurent, 58 ans, vient consulter au cabinet de médecine générale pour obtenir de plus amples informations sur le geste invasif qu'elle va vivre dans quelques jours. Suite à un scanner thoracique réalisé dans le cadre de son COVID long, une petite lésion pulmonaire a été retrouvée. Son pneumologue l'a vivement incitée à ce qu'une ponction-biopsie pulmonaire¹ soit réalisée, afin de pouvoir statuer sur la nature bénigne ou maligne de la lésion. Je lui explique le déroulement de cet acte, qui n'est pas anodin, et ses risques inhérents. En effet, il s'agit d'un geste qui peut se compliquer d'un pneumothorax (passage d'air depuis le poumon jusque dans la plèvre). Celui-ci peut occasionner des difficultés respiratoires et des douleurs. Je la rassure quant à la compétence de l'équipe opératoire. Après m'être assurée qu'elle ait pu obtenir toutes les informations dont elle avait besoin, je lui propose de

1. Passage d'une aiguille à travers la paroi thoracique, la plèvre jusqu'au poumon où le prélèvement de tissu a lieu.



© Berzin

faire un exercice d'hypnose qu'elle pourra réutiliser au moment de la ponction. Je lui indique que l'objectif est de vivre cet instant avec sérénité et confort.

Je lui propose alors de prendre le temps de s'installer sur sa chaise de consultation. Je lui explique que je vais compter de 1 jusqu'à 3 :

« À 1, je vous propose de prendre le temps de trouver autour de vous un point, une couleur, une forme, quelque chose qui attire votre regard... ça peut être un point du plafond... ça pourra être un détail autour de vous, à côté de la lumière qui peut vous éclairer par exemple... et de prendre le temps de fixer ce point... un peu comme si vous le fixiez si intensément qu'il pourrait devenir flou... que ce qu'il y avait autour disparaissait...

Alors à 2, vous allez pouvoir prendre le temps d'écouter, tout en continuant de fixer votre point... écouter

les bruits, les sons autour de vous... d'abord au plus proche de vous... votre respiration, votre souffle peut-être... peut-être même quelques pensées qui s'attardent et qui repartent ensuite... puis autour de vous, le bruit des conversations de l'équipe soignante qui peut-être échangera autour de vous... puis des instruments qui sont préparés... et sauter d'un son à l'autre... peut-être aussi entendre les bruits des pièces voisines... suivre ces sons comme lorsqu'on lance un caillou dans l'eau et qu'on voit les ondes s'éloigner en cercles concentriques... entendre les sons de plus en plus éloignés... Enfin à 3, toujours en fixant et en écoutant... et peut-être que vous serez plus confortable les yeux fermés maintenant... ou peut-être pas... prendre le temps de ressentir la position, votre assise... les points de contact de la table d'examen avec le corps... le dos... les cuisses... l'équilibre dans cette position... la température de la pièce sur la peau... »

Suite à cette induction, je lui suggère alors de laisser remonter un souvenir, un lieu, un moment agréable. Après un *signaling*, qui m'indique qu'elle l'a trouvé, je l'accompagne au moyen de toutes les modalités de la sensorialité dans ce moment ressource. Je lui indique en suggestion post hypnotique qu'elle pourra revenir à ce souvenir lorsqu'elle en aura besoin

(ancrage). Puis en décomptant de 3 à 1, je la laisse se réassocier .

Je prends alors le temps de lui réexpliquer l'exercice, en lui montrant avec mes doigts ce à quoi chaque chiffre correspond. Je l'incite à le refaire avant sa ponction-biopsie si elle en ressent le besoin.

Une ressource supplémentaire pour vivre un moment difficile

Quand je la revois deux semaines plus tard, le geste s'est très bien passé. Elle a utilisé l'exercice et est ravie : l'équipe soignante l'a félicitée en lui disant qu'elle n'avait pas du tout bougé pendant tout l'acte (ce qui est très rare, insiste-t-elle). Plus encore, elle m'explique qu'elle a effectivement fait un pneumothorax, mais que les douleurs n'ont pas duré très longtemps. Malgré tout, le médecin lui a recommandé d'éviter les efforts pendant six mois !

Commentaire

Réalisé en fin de consultation, sur une courte durée, cet exercice permet pourtant de proposer au patient une ressource supplémentaire pour vivre un moment difficile. En alliant la confiance propre à la relation patient-médecin généraliste, au fort pouvoir dissociant d'un événement médical, il peut permettre d'éviter la prise médicamenteuse de type anxiolytique.



Hypnose en urgence périnatale

Naître, c'est oser, c'est prendre le risque, c'est quitter la terre ferme, c'est ne pas savoir à l'avance ce qu'il y a devant, c'est accepter l'inconnu, l'inattendu, l'imprévu et la rencontre.

Valérie Mendes

Comme ces premiers vers résonnent dans l'inconscient collectif ! Écrits par Jean Debruyne, leur lecture nous plonge dans cette aventure incroyable qu'est la naissance où le risque, sous-entendu le risque de mort, le risque de complication, est abordé sans préambule. L'imminence d'un accouchement par sa nature imprévisible est un événement urgent. Il place les femmes dans un état dissocié de vigilance interne et la sage-femme qui l'accompagne lors de la naissance, dans une alternance d'états. Comme le souligne Bourhoven Warnet, psychologue et maternologue qui travaille depuis longtemps auprès

des sages-femmes, « *leur conscient vigilant reste acteur afin de traiter l'urgence du soin tandis que leur inconscient se connecte à celui de la femme pour mieux traiter l'urgence du vécu* ».

Les risques sont connus des familles et des professionnels de santé

Dans la mémoire de chaque famille, se propagent des récits d'accouchements compliqués, qui réactivent à l'approche du terme de la grossesse, les peurs, les angoisses et les espoirs d'une naissance meilleure. Certaines patientes tendent à

les écouter tandis que d'autres s'en préservent.

Pour mieux lutter contre cette fatalité du risque, il existe en obstétrique un principe de précaution très présent, qui d'un côté a nettement amélioré

dont la préoccupation parentale semble parasitée, en partie absorbée par la plainte maternelle anxieuse, douloureuse, perturbant ces instants de rencontres et de découvertes.

Lorsque les mères s'expriment au plus profond d'elles-mêmes, comme elles peuvent le faire dans la période du post-partum, elles témoignent du fait que ce n'est pas tant la manière dont les bébés naissent, par voie naturelle ou par voie haute,

par mode spontané ou déclenché, qui fait de cet événement une bonne ou mauvaise expérience, mais plutôt l'expérience solitaire de ne pas avoir été entendues dans leur(s) plainte(s). La patiente qui souffre est dans un état hypersuggestible, hyperréceptif, et se place dans l'attente implicite ou parfois explicite d'une aide, d'un soutien adapté.

Les femmes enceintes se placent

dans une transe naturelle

lors du processus d'accouchement

la santé des femmes et de leur(s) bébé(s), mais qui d'un autre, conditionne les femmes dans une prise en charge médicalisée de la naissance : médicaliser pour mieux contrôler.

C'est vrai que l'enjeu est d'importance : un épisode traumatique du vécu de la grossesse, de la phase de travail ou de l'accouchement peut altérer, freiner le processus de rétablissement ainsi que le processus d'attachement d'une mère en devenir pour son bébé. Dans ce vécu, une mère peine à trouver les ressources physiques et psychiques pour s'occuper de son nouveau-né,

Intérêt de la transe

La transe naturelle dans laquelle les femmes enceintes se placent lors du processus d'accouchement nous apporte de précieux éléments

pour faciliter leur accompagnement. Nous savons que la répétition des contractions douloureuses et rapprochées entretient ces états modifiés de conscience. Nous savons aussi que la libération naturelle

d'ocytocine, hormone de stimulation de l'activité utérine, augmente la suggestibilité des patientes et facilite l'accès aux tâches métaphoriques qui peuvent être proposées. Cette ocytocine se libère tant que la parturiente a le sentiment d'être en sécurité.

“ Pour les femmes, la pénombre facilite l'accès au regard intérieur ”

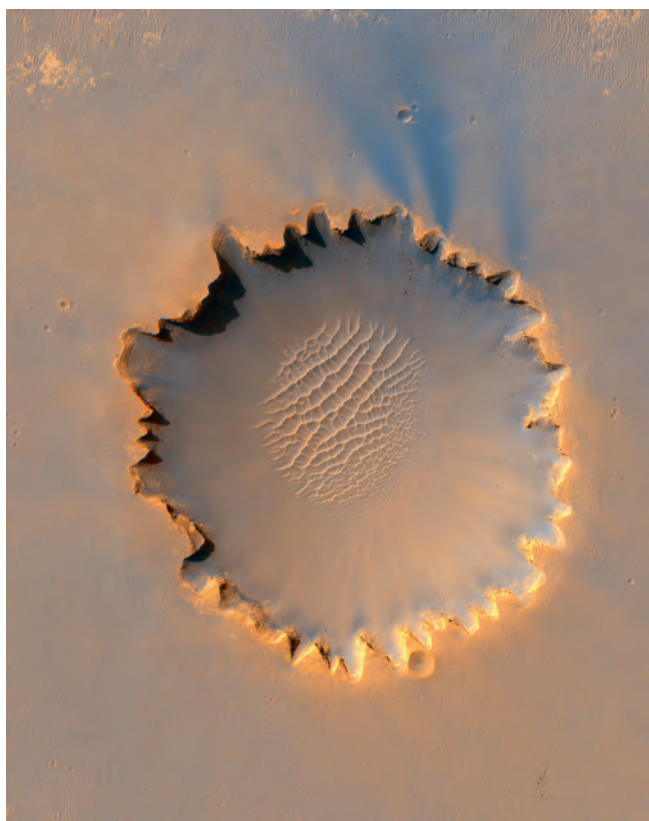
se sentant peu disposée à s'occuper sereinement de lui, de sa famille : la confiance en ses propres ressources est ébranlée, le corps est comme en « chantier », la dette de sommeil est souvent majorée. Vécu déstructurant et désorganisant pour les couples

Ces connaissances m'ont permis d'oser l'outil hypnotique en salle de naissance. D'une part pour préserver la transe naturelle des femmes en cheminement, d'autre part pour maintenir la participation active et constructive de leurs ressources personnelles grâce aux tâches qui leur sont proposées. Tâches, pas toujours principales, mais essentielles.

Alors, immergeons-nous en salle de naissance...

La nuit tombe et alors que la ville s'endort, les salles de naissances sont animées. L'obscurité est propice aux naissances spontanées, majorées par l'activité de la lune, par les variations de pression atmosphérique et par les grandes marées ; il m'est habituel d'observer le ciel avant chaque garde, une façon personnelle de rendre prévisible ce qui ne l'est pas, de prime abord. Rituel d'autopréparation, rituel d'autohypnose, sans doute.

Pour les femmes, l'obscurité, la pénombre, toute relative, facilite l'accès au regard intérieur, pénombre assurée en salle de naissance par un scialytique en basse position, dont le bras est dirigé vers un angle de la pièce, concentrant ainsi les faisceaux de lumière à une aréole de plus petite taille, afin de ne pas déranger. Une véritable mise en disponibilité de l'esprit que garantit la mise au calme de la vigilance au monde extérieur, disponibilité de l'esprit au corps et du corps vers l'esprit ; disposition essentielle pour accueillir les manifestations douloureuses d'un utérus



© Wikimedia

qui se met en mouvement avec une sacrée énergie, massant le corps de ce bébé pour sa mise en mouvement.

Cas clinique

Jasmine est toute centrée, toute focalisée sur la partie basse de son utérus, siège de pressions intenses et de modifications du col. La douleur aiguë, rythmée, ne trompe pas ; elle donne du sérieux, du sens à ce qu'il se passe : « Le processus de la naissance a commencé. » La douleur suffisante l'a alertée. Ainsi cette femme a quitté son domicile pour accueillir son bébé dans un lieu de sécurité : ici, la maternité choisie. Sentiment de sécurité : condition essentielle à la pérennité de l'espèce humaine.

Ma collègue aide-soignante vient me chercher : la jeune femme en travail est prostrée en salle d'attente. Malgré son insistance, l'aide-soignante n'est pas parvenue à la

côté de son ventre volumineux, ses doigts ont saisi l'assise, ils sont figés, rivés sur la planche de bois. Le creux de la main solidement fixé, proposant deux appuis stables pour des bras raides comme de fins bâtons de bois. Jasmine est grande, ses deux bras tendus suspendent sa colonne pour mieux se balancer et l'élèvent dans une digne posture. Tout semble contenu, douleur rete-

Sentiment de sécurité :

condition essentielle

à la pérennité de l'espèce humaine

déplacer en salle de naissance. Les contractions sont décrites comme fortes et rapprochées, ce qui présume que le travail a bien commencé. Avant cette rencontre, un instant est pris pour une rapide lecture du dossier médical à la recherche d'éléments importants, courte lecture qui m'assure de la compétence de cette femme à mettre au monde son bébé : deuxième grossesse avec une première naissance il y a deux ans, dont le dénouement fut un accouchement par voie basse d'un bébé de 3400 g, délivrance normale. En ce

nue dans une assise qu'un déplacement peut fragiliser. À chaque contraction utérine, la tête bascule en arrière, déplaçant une longue chevelure noire massée en queue-de-cheval sur le point de se défaire.

À cet instant d'observation, Jasmine plisse fort ses yeux, se réfugie au plus profond d'elle-même dans une plainte silencieuse : traits de son visage tirés par l'expression de la douleur aiguë. Les contractions sont suffisamment proches et intenses pour signer l'avancée du travail.

Et c'est le temps de la synchronisation. Approche discrète, dans une judicieuse proxémie, afin de capter plus facilement le regard de cette femme au moment opportun. Jasmine sent cette présence, et le temps d'un répit s'exprime

par un « pardon », « j'ai tellement mal ». J'acquiesce de la tête, pose ma main droite sur son épaule, et reconnais ainsi la douleur de cette femme : étape essentielle de légitimation qui place cette rencontre de manière respectueuse. Le non-verbal va habilement remplacer des mots qui risquent d'être inappropriés.

“ Le non-verbal va habilement remplacer des mots ”

jour de garde, la patiente est presque à terme d'une grossesse à surveillance normale. Nul besoin d'en savoir plus, à ce stade de la prise en soin. Je rejoins la salle d'attente.

Jasmine est figée sur le rebord d'une chaise. Genoux serrés, comme pour mieux retenir la pression de la tête fœtale dans le bassin. De chaque

Montée en puissance d'une nouvelle contraction, preuve de la régularité du travail et nouveau silence de ma part. Cette régularité des contractions douloureuses place Jasmine dans cette transe naturelle. La fin de cette deuxième vague est accompagnée d'un deuxième « pardon, je suis désolée ». Jasmine est une patiente qui s'excuse, le père de l'enfant qui l'accompagne reste plutôt dans une présence silencieuse. Le moment opportun de mieux se présenter : « Je suis votre sage-femme, je suis venue pour vous aider (...), je vois comme cet utérus travaille bien. » Conforter les compétences de cette femme, c'est déjà rassurer.

« Ce soir, nous n'accueillons pas n'importe qui ! » Jasmine sourit, surprise par l'évocation implicite de l'arrivée de son bébé. « Il est temps d'aller s'installer dans un endroit plus confortable pour l'accueillir comme il se doit ! » Première suggestion de confort. Au prochain « pardon » : « on y va ! » Jasmine attrape la main qui se tend vers elle, se redresse, et fait ses premiers pas. L'alliance est créée.

Je saupoudre : « Voilà c'est très bien. » Saupoudrage et ratification sont utiles auprès des patientes. Chaque contraction est accompagnée en *mirroring* par un souffle métaphorisé en souffle de la bougie, puis c'est la pause. J'accompagne le relâchement utérin par d'autres suggestions, afin d'abréger le vécu de la douleur et de valoriser les moments où l'utérus se relâche. Même dans la phase la plus active du travail, l'utérus se

relâche physiologiquement, encouragé par une respiration adéquate. Cela permet de cadrer « dans un ici et maintenant » et d'encourager la pleine possession de ces instants de répit, propice au repos.

Installé sur le lit de naissance, l'examen indique que le bébé s'engage dans la partie basse du bassin. Chaque contraction pousse avec force le corps fœtal, le col est presque effacé à grande dilatation, la naissance est imminente...

L'aide-soignante maintient le capteur du monitoring pour l'écoute des bruits de cœur fœtal.

« Je le perds », me dit-elle pour signaler sa difficulté à maintenir constant leur enregistrement.

« Ce soir, nous n'accueillons pas
n'importe qui ! »

Dans l'urgence, « tout ce qui est dit peut-être entendu de façon littérale, chaque mot est pris pour ce qu'il est, toute forme de communication est prise au pied de la lettre, comme si le sujet ne se focalise que sur l'expression sans tenir compte de la forme ». Ma conscience critique est activée. Une partie reste dans une vigilance tandis que l'autre entretient le lien avec Jasmine en maintenant la participation active de la patiente, car il est difficile de mesurer à ce moment-là, quel accueil les parents font à cette annonce.

« Voilà une belle contraction ! on en profite pour pousser ! » Maintenir la



stabilité émotionnelle de la patiente coûte que coûte. L'action du corps est maintenue par ce fil conducteur . « Allez, on pousse ! ». Le « on » suggère l'adhésion, le travail d'équipe qui reste essentiel et donne de l'importance aux suggestions directes et simples.

« Jasmine, ce bébé va bientôt naître ! » Effet de surprise, injonction en réponse aux paroles de l'aide-soignante. L'utilisation du prénom permet à cet instant précis de renforcer la confiance et l'alliance alors que le ralentissement fœtal se fait entendre. La personnalisation est utilisée à bon escient pour suggérer la proxémie lorsque c'est utile de le faire, en évitant que la patiente soit contaminée par l'agitation ambiante. Jasmine : « Je le sens, ça vient ! »

« Oui ! ce bébé se glisse ! » Métaphore aidante qui renforce la compétence de Jasmine et de son bébé et permet de rassurer le papa, car il est difficile de se mettre en connexion avec lui en cet instant.

À ce moment où il y a urgence que ce bébé naisse, l'objectif reste implicite, il n'est pas verbalement objectivé même si les parents entendent les ralentissements des bruits du cœur de leur bébé. Il n'est pas propice de communiquer sur ces ralentissements afin d'éviter le déclenchement d'une peur, d'une panique. Poursuivre sur le même fil conducteur, maintenir ce que la patiente sait faire dans « l'agir » :

« Allez, nous allons pousser ! On pousse ! » Utilisez la confusion pour entretenir la dissociation et ce canal de communication commun qui

nous lie. Dans l'urgence, ce n'est pas le moment de s'occuper de l'émotionnel.

« Voilà ! C'est bien, continuez comme ça ! » La tête fœtale est tellement basse que les bruits de cœur ne sont plus perceptibles, masqués par la barrière osseuse de la symphyse pubienne. Les sensations de poussées déclenchées par le réflexe d'expulsion des muscles du périnée guident Jasmine. Période de silence fœtal qui signe l'imminence de la naissance. Jasmine est efficace, le bébé avance bien, ce qui me rassure aussi. La poussée a pris tout le champ d'action, tandis que mon attention est focalisée par l'augmentation du périnée, mes mains sont prêtes à faciliter le dégagement de la tête.

« On voit déjà sa tête ! » Effet de surprise, pour pérenniser son actif salutaire. Tête à présent sur le rebord de la vulve.

« STOP ! » Suggestion directe autoritaire, à contresens de ce besoin irrépressible de continuer à pousser. « On arrête ! » Cette suggestion autoritaire ne serait pas valide si elle n'était pas instantanément relayée par la suggestion en *mirroring* de la respiration haletante communément nommée par « la respiration du petit chien », seule technique respiratoire identifiée capable de maintenir une transe adaptée lorsque le corps est au seuil limite de l'acceptable, du supportable.

Le non-verbal reste notre canal de communication préférentiel, privilégié pour initier une action suffisamment motrice et rapide.

Cette petite fille naît, sensation du passage libératoire qui laisse place à un bouquet d'émotions parentales, accompagné par le cri vigoureux de ce nouveau-né qui rosit. Succède à ces sensations l'instant de la rencontre, où l'équipe reste à l'écart de la triade dans une vigilance silencieuse.

« *Au commencement est la transe...* » parole empruntée à Antoine Bioy, après l'expulsion, la délivrance, l'état de dissociation des parents doit être préservé pour favoriser la rencontre des parents avec leur bébé.

C'est le temps du silence, silence fécond pour la sage-femme en besoin de réassociation.

La suggestion, par son effet idéomoteur, encourage l'adhésion des femmes en plein processus d'enfantement, en préservant le vécu émotionnel de cette naissance, quel que soit son scénario médical.

Les techniques en lien avec la pratique de l'hypnose, avec l'emploi riche de métaphores, permettent d'éviter une gestion inopinée des risques inhérents au contexte d'urgence. Pour étayer ce propos, les résultats des études du CIANE (collectif interassociatif autour de la

**Poursuivre sur le même fil conducteur,
maintenir ce que la patiente sait faire**

Être sage-femme

Sages-femmes, nous nous consacrons aux soins des femmes : femmes en âge de procréer, femmes enceintes, jeunes mères (dans le sens de : expérience nouvelle), coparents et leur(s) nouveau-né(s). L'urgence fait partie intégrante de notre corps de métier, ou « l'agir dans l'ici et le maintenant, dans une immédiateté » est usuel. La salle de naissance est par excellence un lieu d'urgence. Le processus de la naissance place les femmes enceintes dans une attente d'aide, de soutien et de soulagement au regard de la douleur provoquée par l'effet des contractions de travail. La pratique de l'hypnose auprès de ces jeunes mères est un outil précieux et son efficacité est majorée, facilitée, par son emploi en préparation à la naissance, où les patientes explorent et aménagent leur future transe.

naissance) dénoncent que trop de femmes ressentent une douleur considérée comme insupportable : 29,7 % en cas de voie basse spontanée et 37,8 % en cas de voie basse instrumentale (forceps, ventouse). L'ENP (enquête nationale périnatale) de 2021 précise que 10 % des femmes rapportent avoir été confrontées à des paroles inappropriées et 6,4 % d'attitudes inappropriées. Face à ce constat, l'hypnose est une réponse, elle amplifie l'accès aux ressources du corps : « L'hypnose sait parler à l'angoisse, elle sait la confondre, l'égarer, la détourner et finalement la dissoudre. »

La récente méta-analyse de Catsaros et Wendland, basée sur l'impact positif de l'hypnose sur l'intervention en salle de naissance dans le vécu de l'accouchement, est des plus encourageantes.

Bibliographie

Catsaros S, Wendland J. Hypnosis-based interventions during pregnancy and child (birth) and their impact on women's childbirth experience : A systematic review. *Mindwifery*; mai 2020, volume 84.

Chalut-Natal Morin C (dir.). *Aide-mémoire : hypnose en gynécologie et obstétrique en 35 notions*, Dunod; 2021.

De Chazournes P. Appel au 15 : urgence qui peut attendre, in *Transes*, Dunod; avril 2020, volume 11.

Étienne R (dir.). *La boîte à outils de l'hypnose dans les soins, 60 outils clés en main*, Dunod; 2021.

Garden-Brèche F. La mémoire des femmes : Elles sont là pour vous, in *Transes*, Dunod, avril 2020, volume 11.

Vivier E. Hypnose et soins critiques : une pause dans la tourmente, in *Transes*, Dunod; avril 2020, volume 11.

LA REVUE DE *l'hypnose* ET DE *la santé*

**À découvrir
dans le**

**NUMÉRO
26**

**PARUTION :
DÉCEMBRE 2023**



SOMMAIRE

ATELIERS PRATIQUES • La statue de soi • Autohypnose et douleurs • Hypnose en pédodontie • Notre vie est entre nos mains !

CLINIQUES • Peur et torpeur • Entre tic et toc

ÉCHOS DE LA SCIENCE

DOSSIER L'AMOUR ET LE COUPLE • Couple et hypnose : un carrefour philosophique ? • La question de l'attachement de la sécurité

OUVERTURES • Figure de l'hypnose • S comme souvenir

VOTRE CONTRIBUTION À LA REVUE DE L'HYPNOSE ET DE LA SANTÉ

Vous êtes soignants, thérapeutes, praticiens de l'hypnose ou d'une autre thérapie complémentaire, ou encore professionnel des sciences, quel qu'en soit le domaine, *La Revue de l'hypnose et de la santé* est ouverte et accueille tous les points de vue.

Vous êtes les bienvenus ! *La Revue de l'hypnose et de la santé* vous encourage à publier vos écrits.

Si les états modifiés de conscience en santé et dans la recherche scientifique constituent le fondement de la revue, ses multiples déclinaisons, qu'elles soient artistiques, ethnologiques ou encore sportives ont une place de choix dans *La Revue de l'hypnose et de la santé*.

Au fond, avec *La Revue de l'hypnose et de la santé*, l'imagination créatrice est au pouvoir !

Nous accueillerons vos propositions d'article avec plaisir.

Alors, n'hésitez plus et envoyez votre projet (une page peut suffire) à Thierry Servillat : tservillat@gmail.com

Sommaire

ÉDITORIAL

Thierry Servillat

ATELIERS PRATIQUES

PRÉPARER LE PATIENT À VIVRE UN ACTE MÉDICAL

Élodie Grondin

L'HYPNOSE FACE À L'INCONNU

David Vergriete, Olivier Benarroche et Pascal Vesproumis

L'AUTOHYPNOSE STRATÉGIQUE

Antoine Collin, Émilie Legros-Lafarge

L'ÉQUILIBRE EST DANS LE MOUVEMENT... IL N'Y A DE CONSTANT QUE LE CHANGEMENT...

Jeanne-Marie Jourden

CLINIQUES

HYPNOSE EN URGENCE PÉRINATALE

Valérie Mendes

QUAND LA RÉALITÉ VIRTUELLE CONTRIBUE AU TISSAGE D'UNE ÉNERGIE RELATIONNELLE CULTURELLE

Jean-Pierre Courtial, Pierre-Henri Garnier,
Angélique Rascle

ÉCHOS DE LA SCIENCE

Le réseau cérébral corps-esprit • L'hypnose
pour se sentir pisser • Hypnose et cancer
• Inductions en hypnose • Hypnogenèse et
Erickson

DOSSIER • MÉTHODE ET STRATÉGIE HYPNOTIQUE

POUR QUE L'HYPNOSE ARRIVE. DE L'INTÉRIEUR OU DE L'EXTÉRIEUR ?

Thierry Servillat

APPROCHE PHÉNOMÉNOLOGIQUE DU SOIN

Christian Martens

COMMENT ON EN VIENT À CRÉER UNE RELATION POUVANT MENER À L'HYPNOSE

Catherine Bahuaud

OUVERTURES

LE BRAINSPOTTING, NOUVEAU PARADIGME DE LA « TRANSE HYPNOTIQUE » ?

Françoise Pasqualin

J.P.F. DELEUZE. LE SAGE DU MAGNÉTISME ANIMAL

Patrick Bellet

HYPNOTHÉRAPIE ET TROUBLES DU DEUIL

Jean-Sébastien Leplus-Habeneck, interviewé
par Antoine Bioy

CE PATIENT QUI NE CHERCHAIT RIEN

Isabelle Federspiel

ABÉCÉDAIRE

C/BÉCÉDAIRE : CONSCIENCE

Gérard Ostermann



DUNOD
une page d'avance