

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

NUMÉRO 23 – AVRIL 2023

19 €

DOSSIER : TROUBLES COGNITIFS ET HYPNOSE

Maladie de Parkinson • Maladie
d'Alzheimer

ATELIERS PRATIQUES

Plaisir et lien d'amour • Balance
décisionnelle • L'installation en
autohypnose • Retrouver des eaux
calmes • Corps en mouvement

CLINIQUES

Hypnose et troubles de l'attachement •
Dépression et hypnose



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

janvier 2023

Dépôt légal

janvier 2023, N°

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

Responsable illustrations : **Jean-Claude Lavaud** assisté de **Arnaud Gouchet**

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 et **Mauricio NEUBERN** (Amérique centrale et du Sud)

Participent à ce numéro : **Bernadette AUDRAIN-SERVILLAT, Nathalie BASTE, Antoine BIOY, Pierre CASTELNAU, Roxanna ERICKSON-KLEIN, Isabelle FEDERSPIEL, Céline FRIGAU MANNING, Arnaud GOUCHET, Jacques GUINARD, Jeanne-Marie JOURDREN, Cyril LE ROY, Céline MARC, Lolita MERCADIÉ, Joëlle MIGNOT, Silvia MORAR, Thierry MOREAUX, Marie-Armelle MUBIRI, Gérard OSTERMANN, Geneviève PERENNOU, Michel RUEL, Thierry SERVILLAT, Serge SIRVAIN, François TISON, 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.

ÉDITORIAL

Notre revue s'est fixé l'ambition d'une exigence scientifique dans ses publications. Celle-ci inclut une relecture attentive des textes pour vérifier l'absence d'erreur scientifique, et une rubrique spécialement dédiée à la recherche.

Simultanément, la Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapie Brève (CFHTB) a voté lors de sa dernière assemblée générale en janvier la transformation de son fonctionnement :

initialement structure professionnelle, elle évolue, sous la présidence énergique du professeur Pierre Castelnau, en une société savante.

C'est donc une confluence mutuelle qui rapproche CFHTB et *Revue de l'hypnose et de la santé*, et, bien sûr, nous nous en félicitons.

Vous trouverez dans ce numéro une interview détaillée du président de la structure confédérale. Celui-ci insuffle de nouvelles valeurs, proches de celles de notre revue. Il incarne aussi un renouvellement générationnel que beaucoup attendaient.

Notre époque exige du dynamisme. Dans un contexte toujours complexe, et donc ayant besoin à la fois de subtilité, mais aussi de clarté et de propos simples et directs.

Point de langue de bois donc dans les propos du professeur Castelnau, qui identifie des objectifs, voire des défis choisis, car pour lui réalistes.

Le combat pour des soins humains ne fait que continuer d'autant plus !

Et notre revue a à cœur d'y contribuer !

LA REVUE DE
l'hypnose
ET DE
la santé

Les auteurs de ce numéro



Nathalie Baste
est psychologue
clinicienne au CHU
de Saint-Étienne
dans la Loire.



Pascal Vesproumi
est médecin addictologue
en libéral à Épagny,
et en milieu hospitalier
à Saint-Julien en Genevois,
en Haute-Savoie.



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



Arnaud Gouchet
est médecin
anesthésiste
réanimateur au CH
de Saint-Brieuc
dans les Côtes-d'Armor.



Gérard Ostermann
est professeur
de thérapeutique,
médecin interniste,
psychothérapeute-
analyste à Bordeaux
en Gironde.



Joëlle Mignot
est psychologue
sexologue clinicienne
à Paris.



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.



Jacques Guinard
est médecin psychiatre
à Rouen en Seine-
Maritime.



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



Céline Marc
est psychologue
clinicienne à Brest
dans le Finistère.



Lolita Mercadié
est psychologue
clinicienne à Brest
dans le Finistère.



François Tison
est neurologue au CHE
de Bordeaux.



Serge Sirvain
est gériatre au CH d'Alès
dans le Gard.



Geneviève Perennou
est infirmière à Dublin
en Irlande.



Roxanna Erickson-Klein
est diplômée en
soins infirmiers
et en *counseling*
à Dallas, au Texas.



Michel Ruel
est rhumatologue
à Nanterre
dans les Hauts-de-Seine.



**Bernadette Audrain-
Servillat**
est psychothérapeute
à Rezé en Loire-
Atlantique.



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



Pierre Castelnau
Pierre Castelnau est
professeur de pédiatrie
au CHU de Tours. Actuel
président de la CFHTB.



Marie-Armelle Mubiri
est psychologue
clinicienne à Rezé
en Loire-Atlantique.



Céline Frigau Manning
est professeure en études
italiennes à l'université
Jean-Moulin - Lyon 3.



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



Thierry Moreaux
est puériculteur
et infirmier anesthésiste
à Paris.

Sommaire

Éditorial	1
Les auteurs de ce numéro	2
ATELIERS PRATIQUES	
À propos de plaisir et lien d'amour	5
Questions d'entame	8
La balance décisionnelle	12
De l'importance de l'installation en autohypnose	15
Retrouver des eaux calmes	19
Corps en mouvement, corps uni, corps unique	23
CLINIQUES	
Hypnose et troubles de l'attachement	29
Dépression et hypnose : exemples cliniques	36
INTERVIEW	
La chance aux audacieux	45
ÉCHOS DE LA SCIENCE	
Des nouvelles de la science et de l'hypnose	48
DOSSIER • TROUBLES COGNITIFS ET HYPNOSE	
Oser l'hypnose!	56
Hypnose thérapeutique et maladie de Parkinson	59
Hypnose et maladie d'Alzheimer	70
OUVERTURES	
Ipnomassage	79
Charles Tart : contributions pour comprendre l'hypnose	85
Ce que la musique fait à l'hypnose – Une relation spectaculaire au XIX ^e siècle	91
Le parc sans âge	96
ABÉCÉDAIRE	
T/bécédaire Théories	99

Questions d'entame

À partir de : *L'hypnose centrée sur les solutions. Le compliment qui guérit.*
Dunod ; 2022.

La « question d'entame » est celle qui ouvre la séance orientée solutions. Elle peut être posée de différentes manières.

Thierry Servillat

La question type

Examinons celles qu'utilisait souvent de Shazer. Commençons par la plus impliquante pour le patient, et potentiellement la plus productive : « Je vous remercie d'être venu me voir. Je vais faire de mon mieux et je suppose que vous le ferez également. Nous verrons alors ce que cela donnera. D'après vous, à quoi vous pourrez savoir, si c'est le cas, que cette séance aura été, au moins un peu, utile pour vous, peut-être quand vous sortirez de cet immeuble tout à l'heure, ou un peu plus tard, en dînant avec votre conjoint, ou peut-être en fin de journée ou avant d'aller vous coucher? »
L'examen de cette question fait apparaître différents éléments :

Je vous remercie d'être venu me voir.
C'est l'accueil, un accueil poli et respectueux, sans fioritures et donc plutôt minimaliste.

Je vais faire de mon mieux.
Le processus est expliqué au patient. Déjà philosophiquement : le thérapeute est un être humain qui ne peut faire que, au maximum, de son mieux, suivant l'éthique médicale d'une obligation de moyens et non de résultat. *Et je suppose que vous le ferez également.*

Le patient est invité à participer, à coopérer, à s'impliquer lui aussi de son mieux.

Nous verrons alors ce que cela donnera.
Cette allusion aux résultats signifie d'une part que l'on sera dans un état

d'esprit pragmatique en basant l'évaluation sur les éventuels résultats de l'intervention, résultats que l'on espère bons, *utiles au patient*, tout en montrant aussi que l'on accepte la possibilité (comme c'est aussi le cas en hypnose) qu'il n'y ait pas de résultat.

Au moins aussi important : cette phrase met en œuvre déjà une *orientation du patient vers l'avenir*. Si nous connaissons l'hypnose, nous pouvons reconnaître, d'emblée, *l'induction d'une anticipation en âge* (encore appelée « progression en âge », ou pour les thérapeutes venant de l'hypnose non éricksonienne, « futurisation »).

Cette orientation-avenir est essentielle. Elle est destinée à aborder le but de l'entretien, et permettre, quand l'approche fonctionne, d'en déterminer le ou les objectifs.

Questions d'entame moins impliquantes

D'après des éléments que nous avons pu avoir avant la rencontre, et/ou simplement par la manière de se présenter du patient (nous reviendrons sur ces éléments lorsque nous décrirons le type de relation qui s'établit avec le patient), répondre à la question type semble demander trop d'efforts au patient. En tout cas si on la pose d'emblée.

Dans ces cas, il sera plus productif de poser la question d'entame de façon différente :

« À votre avis, qu'est-ce qui devra changer à la suite de votre venue

ici, aujourd'hui ou un peu plus tard, et qui vous fera dire que cela valait la peine que vous veniez ici ? » (Berg et Miller, 1992.)

Cette formulation, plus simple, est moins hypnotique. Avec des patients qui peuvent être réticents, ou même méfiants vis-à-vis de toute intervention hypnotique de crainte de perdre le contrôle, d'être manipulés, cette formulation convient mieux. Elle demande moins d'efforts au patient. En quelque sorte, elle est moins puissamment orientée vers les solutions.

“ Que puis-je faire pour vous être utile ? ”

Enfin, chez les patients pour lesquels nous n'avons aucun élément nous faisant penser qu'ils peuvent décider de s'absorber dans une anticipation, il vaut mieux être plus progressif en commençant par « Que puis-je faire pour vous être utile ? ».

Cette question simple paraît plus naturelle et elle demande moins d'efforts au patient. Paradoxalement, alors que sur le plan formel, littéral, elle semble demander au patient qu'il précise d'emblée le rôle du thérapeute, la question est en fait très permissive. Dans la plupart des cas, le patient n'est pas censé savoir ce que le thérapeute peut faire concrètement d'utile pour lui, et interprétera la question comme une invitation à commencer l'échange, éventuellement à dire ce qui ne va pas.

Le rôle du silence

Une fois la question posée, le thérapeute doit rester silencieux. Et ce pour plusieurs raisons.

Laisser au patient le temps de répondre

Une fois la question posée, le thérapeute doit rester silencieux

En hypnose nous savons que le thérapeute doit, une fois qu'il a prescrit une tâche, maintenir son attitude suffisamment longtemps pour que le patient puisse effectuer celle-ci. Ce silence indique donc au patient que c'est à lui de travailler. Comme disait Erickson, c'est le patient qui fait le travail thérapeutique et le thérapeute ne fait que le cadre.

Comme les pauses dans le travail hypnotique, le silence doit être suffisamment long pour que le patient ait le temps de faire le travail.

Le comportement du thérapeute pendant la pause doit exprimer la confiance de celui-ci quant aux capacités du patient à pouvoir répondre. Ce n'est donc pas un silence de neutralité, mais au contraire un silence bienveillant qui suppose que le patient va savoir répondre.

Présupposer que le patient est capable de répondre

Bien souvent les patients répondent : « Je ne sais pas. »

Le thérapeute a alors à estimer si le patient a suffisamment cherché, s'est suffisamment absorbé, éventuellement d'une manière hypnotique. Deux cas peuvent se présenter :

1. Le patient semble avoir répondu trop vite, et n'avoir pas compris qu'une telle question peut s'avérer difficile pour lui. Le thérapeute, par son silence, véhicule le message : « Ma question est en fait difficile, prenez votre temps nous ne sommes pas pressés, nous ne sommes qu'au début de notre rencontre, cela est rentable que vous preniez votre temps, car répondre à ma question est important. C'est la meilleure question que je puisse vous poser pour l'instant. » Bon nombre de patients ont une faible estime d'eux-mêmes, voire des complexes sur le plan intellectuel. Il faut maintenir le silence aussi longtemps que nécessaire avec eux, afin qu'ils puissent décider d'activer une réponse qui est précieuse pour la suite de l'intervention. Prendre le temps d'attendre peut permettre finalement de gagner beaucoup de temps et d'en faire gagner aussi au patient.
2. Le patient semble avoir déjà beaucoup cherché, ou alors donne l'impression d'être en difficulté pour répondre. Le thérapeute sent que donner plus de temps au patient n'aidera pas celui-ci à être plus productif. Il peut alors être utile de lui donner le choix : « Je vois qu'il semble difficile pour vous de répondre à ma question. Préférez-vous continuer à prendre le temps d'essayer d'y répondre ? Préférez-vous que je vous pose une autre question ? » Ce type d'intervention laisse le contrôle au patient, voire lui en donne davantage et cela va généralement favoriser son

implication. Il peut alors répondre qu'il préfère continuer à réfléchir à la question « difficile » ou bien qu'il est partant – et il montre habituellement du soulagement –, pour une question « plus facile ».

Dans tous les cas de figure, quand le patient semble en difficulté, il est important de lui dire et de lui redire que la question que nous posons est destinée à construire des solutions.

Quand le patient préfère une question alternative

Si le patient continue à ne pas savoir, il est alors utile de choisir au sein des questions d'entame une question moins impliquante, de niveau moins élevé et demandant moins d'efforts au patient.

Si le patient se trouve toujours en difficulté avec une question de niveau 1, il est alors utile de reconstituer la genèse de la demande :

« Comment avez-vous décidé de venir me voir ? »

Cette question peut susciter en retour des éléments de réponse à un équivalent de la question de niveau 1.

Par exemple : « C'est mon médecin traitant qui m'a dit de venir. En fait je pense qu'il commence à se décourager pour moi avec mon problème de douleurs. Il a fait tous les examens

et il ne trouve rien ! Au début ça ne me disait rien d'aller voir un psy, mais il m'a bien expliqué qu'il savait que mon problème n'est pas dans ma tête et que je ne suis pas fou, que vous avez juste des compétences pour aider les gens pour des problèmes compliqués. »

Question pour reconstituer la genèse de la demande

Dans d'autres cas, le patient peut répondre qu'il ne vient pas pour lui-même, mais pour une autre personne : conjoint, parents, amis, etc. Il est alors possible de lui poser une question circulaire analogue à celle faisant partie des outils systémiques :

Question circulaire d'exploration

« Supposez que votre conjoint (vos parents, votre ami, etc.) soit ici, si je lui posais cette question (une des trois questions d'entame) que me répondrai(en)t-elle(il)(s) ? »

Parfois cette question est productive. Parfois elle ne l'est pas et il est utile d'essayer de faire venir la personne demandeuse.

Bibliographie

Berg I. K, Miller S. *Alcool, une approche centrée sur la solution*. Satas ; 1995 [édition originale en anglais, 1992].

Hypnose et maladie d'Alzheimer

Comment accompagner une personne âgée ayant une maladie d'Alzheimer lors de la réalisation de soins.

Geneviève Perennou, Serge Sirvain

Nous sommes actuellement face à une double urgence : répondre aux difficultés de notre système de soins et préparer la société à la transition démographique en cours. Le « *tsunami gris* », questionne notre système de santé. Comment prendre en charge cette vague de personnes âgées (PA) et leurs besoins en matière de soins ? Comment former les soignants à la gériatrie ? Comment intégrer l'hypnose dans notre boîte à outils de soins complémentaires tant à domicile qu'en institution ?

La maladie d'Alzheimer

Selon le DSM-V, un trouble neurocognitif (TNC) est une réduction acquise, significative et évolutive des capacités cognitives du patient. Ce

déclin modifie le comportement et la personnalité. 70 % des TNC sont des maladies d'Alzheimer (MA), 10 % des démences vasculaires, et 20 % des démences mixtes. Compte tenu du vieillissement de la population, la MA est donc un enjeu de santé publique. En 2020, 8 % des Français de plus de 65 ans auraient une MA. La prévalence de cette pathologie est estimée à 17,8 % au-delà de 75 ans (Ramaroson et al.). D'ici 2050, le nombre de patients approcherait les 2 millions de personnes.

La MA résulte d'une accumulation toxique de protéines amyloïde-bêta et tau en plaques et en enchevêtrements altérant la mémoire. Celle-ci peut être divisée en deux grands systèmes : celle à court terme et celle à long terme. Si la mémoire implicite

(mémoire procédurale, des savoir-faire) peut rester longtemps intacte, la mémoire explicite est touchée : la mémoire sémantique se dégrade progressivement amenant à des difficultés croissantes à trouver ses mots, à nommer des personnes, des objets, des lieux... L'atteinte de la mémoire de travail rend souvent difficile, voire impossible, le maintien en mémoire et la restitution d'informations.

L'impact sur la mémoire épisodique est complexe. La personne peut

éprouver des difficultés à se repérer dans le temps et dans l'espace, et ses souvenirs peuvent être en désordre. La mémoire sensorielle comprend notamment les mémoires visuelle, auditive et olfactive, intervenant dans chacune des autres mémoires. Elle est labile, mais très efficace en adressant la pertinence d'une information à l'hippocampe où elle sera traitée par la mémoire à court terme¹.

Capacités des personnes Alzheimer

La connaissance des capacités mnésiques préservées permettra de trouver le meilleur vecteur de thérapie en axant particulièrement sur :

- Les émotions. Bien que le chemin utilisé par la personne atteinte de MA soit différent de celui d'une personne non malade, les émotions associées à ses souvenirs sont toujours présentes. Ces émotions constituent un outil thérapeutique et permettent à la personne de se sentir vivante.

- La mémoire sensorielle est l'une de celles qui résistent le mieux à la MA. Un patient peut, par exemple, ne plus se souvenir comment s'appelle le pain d'épices, mais se rappeler de son goût comme au premier jour.

La manière de réagir à l'environnement ainsi que la gestion des rela-

Les patients atteints de démence peuvent bénéficier d'accompagnement hypnotique

tions à autrui dépendent du système nerveux et entre autres du Système Nerveux Autonome (SNA) composé du système :

- sympathique, souvent représenté comme l'accélérateur de la voiture, permettant le combat ou la fuite ;
- parasympathique ou système vagal permettant la régulation des émotions et l'installation d'un état de calme et de connexion à autrui. Il peut aussi amener à s'effondrer en situation de stress intense.

Depuis les années 1980, S. Porges a démontré l'existence de deux voies vagales :

- La ventrale liée aux états de calme permettant la récupération d'énergie, et facilitant la communication sociale. Elle permet la régulation des muscles striés du visage et de la tête, et agit aussi sur la respiration et le rythme cardiaque.
- La dorsale est aux commandes quand la personne perçoit une menace réelle ou potentielle pour sa vie. Cela entraîne instantanément une paralysie physique ou

1. Source : <https://www.francealzheimer.org/memoire-long-terme-court-terme/>

intellectuelle, un détachement ou une dissociation.

La neuroception détermine l'issue d'une rencontre entre deux êtres humains, elle est un système subconscient de perception de menace ou de sécurité qui active, instantanément, le système nerveux autonome. La sécurité s'établit par la co-régulation entre le patient et le soignant. Cela passe par le système vagal ventral qui contrôle les expressions faciales, la prosodie, l'intonation et la rotation de la tête pour poser le regard. Chaque soignant possède ainsi un outil de base pour apaiser les personnes qu'elles accompagnent : les regarder en face avec une expression faciale engageante, utiliser une

voix apaisante avec des gestes paisibles... le *pacing*, le *mirroring*...

La communication positive et neuroception

Imaginez les réactions d'une personne âgée confuse, à qui l'infirmière pose une perfusion en lui disant : « *Attention ! Je pique, j'accroche la perf à la potence et ne vous levez pas, je vous mets le pistolet².* » Quelle est l'histoire de vie de cette personne ? Peut-être a-t-elle vu des pendaisons pendant la guerre ? Pensez aussi aux phrases dites lors de l'installation d'un aérosol « *inspirez, expirez* », ou, lors de l'attente devant l'ascenseur « *je vous descends* » ! En identifiant ces

2. Le vocabulaire varie suivant les régions.



phrases inadéquates, la communication positive permet d'augmenter la perception de sécurité des patients.

L'hypnose est-elle efficace sur la population âgée ayant une MA ?

L'accompagnement en hypnose de cette population a été encore peu étudié comparativement aux autres classes d'âge. Toutefois quelques articles parus dans la presse professionnelle évoquent l'accompagnement de cette population : Duff et Nigthingale, D. Kogel, J Becchio, A Coutté et A. Bioy. Il a été ainsi démontré qu'« *en réduisant l'anxiété et la dépression, l'hypnose permettrait une meilleure disponibilité des ressources cognitives des patients* » (Burlaud). Les difficultés de focalisation de l'attention adjointes aux difficultés communicationnelles ou comportementales spécifiques à ces pathologies, impactent la manière d'utiliser l'outil hypnotique, exigeant donc une adaptation des équipes soignantes. P. Bertoni indique dans sa thèse de médecine que son « *travail de revue systématique de la littérature apporte des éléments robustes en faveur de la faisabilité de l'hypnose médicale chez la personne âgée et de son efficacité clinique dans la gestion des troubles anxieux, de la dépression et de l'inconfort lié aux soins* ». E. Wawrziczny confirme également que les patients atteints de démence peuvent bénéficier d'accompagnement hypnotique, avec un état de transe modéré à élevé et qu'ils

sont sensibles à différents types de suggestions.

Marie Floccia, gériatre, indique que « *dans la maladie d'Alzheimer, le cortex cingulaire antérieur reste préservé jusqu'aux stades modérés ainsi que le cortex préfrontal dorso-latéral. Les réseaux impliqués ne sont donc pas atteints à l'exception du réseau mode par défaut qui est altéré. L'utilisation de l'hypnose reste donc possible, mais semble devoir nécessiter des adaptations. Au stade sévère des syndromes démentiels, tous les réseaux sont altérés, avec une atteinte attentionnelle plus importante rendant l'entrée en transe hypnotique plus difficile par les méthodes hypnotiques classiques* » (Floccia, 2018).

La communication positive et l'hypnose conversationnelle fonctionnent efficacement

Les patients atteints de MA ont la capacité d'être des « spationautes » en s'affranchissant de « l'ici et maintenant », c'est donc au thérapeute d'enfiler une combinaison multimodale et d'accepter une hypnose psychocorporelle de l'aller vers en trouvant le canal sensoriel qui mène à ces émotions. Le thérapeute doit alors voir les capacités infinies du patient, les patients atteints d'Alzheimer étant déjà dissociés ou en « veille paradoxale » il suffit alors d'activer de nouveaux potentiels.

Mode d'emploi

Chaque membre de l'équipe doit être conscient que cet outil est à

utiliser uniquement dans son champ de compétence.

“ L’hypnopatricien doit se présenter et expliquer le sens et le déroulement du soin ”

Les observations de terrain démontrent également que l'utilisation de la communication positive et de l'hypnose conversationnelle fonctionnent efficacement chez les patients lors de la réalisation de soins algiques ou refusés et, pourtant indispensables. Les capacités cognitives différentes impliquent de s'adapter :

- Un lien sécurisant doit être établi par le non-verbal et le paraverbal avant de débiter la séance. L'hypnopatricien doit, si besoin, se présenter et expliquer le sens et le déroulement du soin.

La personne âgée est parfois si confortable dans l'état de transe qu'elle n'a aucune envie d'en sortir

- Les séances sont plus courtes avec la recherche systématique d'un lieu de sécurité entre les 10 et 30 ans de la personne. C'est pour cela qu'un « Photo Secure » peut être élaboré en EHPAD afin que chaque membre de l'équipe puisse avoir une entrée dans le « monde » de la personne. Ce document doit être joint au dossier de

liaison unique si le patient est hospitalisé afin que les équipes hospitalières aient immédiatement une porte d'entrée.

- Une fois la personne en transe, des métaphores adaptées au contexte du moment sont alors distillées avec des suggestions de détente, de confort, de chaleur, d'humidité... en fonction du contexte du soin.
- L'induction s'effectue en fonction du canal sensoriel ayant le plus de potentialité :
 - la parole en amenant la personne à s'installer dans son lieu de sécurité. La voix pourra si besoin, être légèrement plus forte. Le lien avec la personne âgée doit se maintenir par un flux continu de paroles avec une prosodie apaisante utilisant des métaphores et du saupoudrage apportant de la sécurité.
 - Il est également possible d'induire une hypnose par catalepsie qui sera souvent limitée à un doigt.

Le toucher, particulièrement des avant-bras où les fibres C-tactiles sont nombreuses, est aussi une entrée kinesthésique intéressante.

- Lors d'un soin nécessitant la présence de deux soignants, il est préférable qu'une personne se centre sur la relation avec la personne âgée et que l'autre effectue les gestes nécessaires. Par contre, cette personne peut reprendre les mots de saupoudrage utilisés par son collègue afin d'indiquer au patient qu'il est dans une bulle de sécurité. Cette technique est

également efficace pour transmettre aux professionnels non formés les outils maîtrisés au sein de l'équipe. Ils peuvent ainsi acquérir de nouvelles compétences par observation et mimétisme.

- Suggérez, si la personne en a encore les capacités, de ramener une image, un son ou une sensation de son voyage, elle pourra l'utiliser ultérieurement, si besoin était, pour retrouver un état de confort adapté.

Particularités

Les équipes remarquent que cette population ferme moins les yeux qu'une personne lucide. Cela n'interfère pas avec la qualité de l'accompagnement. Elle se reconnecte également assez fréquemment, mais en maintenant un flux de parole constant et sécurisant, elle replonge aisément en transe.

La personne âgée est parfois si confortable dans l'état de transe qu'elle n'a aucune envie d'en sortir. Peut-être est-elle tout simplement fatiguée, car, hospitalisée, elle a peu dormi. Le relâchement induit par l'hypnose la fait entrer dans un sommeil réparateur. Soyez juste vigilant à son installation afin qu'elle ne chute pas du lit ou du fauteuil. Elle se réveillera quand elle aura récupéré de l'énergie.

Cas cliniques

Mme Marte, atteinte d'une MA présente une infection fongique cutanée au niveau du thorax. Elle est hospitalisée en médecine gériatrique, car les infirmières libérales ne parviennent pas à appliquer la crème

d'amphotéricine B. Cette patiente est présente depuis 48 heures et l'équipe est désemparée devant son refus de soin.

Voulez-vous de l'aide ?

Suite à une formation de trois jours, Nadia, AS l'envoie se promener dans le village de son enfance, elle lui suggère de marcher le long des chemins qui longent le fond de la rade (endroit de sécurité). Puis, bien fatiguée, elle lui propose d'aller choisir un gâteau à la crème dans la boulangerie. Elle l'amène à choisir entre un chou ou un millefeuille à la crème (choix illusoire), puis à s'asseoir devant une belle tasse de café fumant (les narines s'ouvrent). Mme Marte déglutit, elle déguste son gâteau. L'AS, après avoir ratifié « *oui, c'est très bon* » dit « *et la crème, ça apaise, ça rafraîchit, c'est juste comme il faut* ». Et l'IDE, pendant ce temps, applique l'antifongique. La patiente est dans son monde.

À la fin du soin, Mme Marte déguste toujours son gâteau et ne souhaite pas se reconnecter. Il est vrai qu'elle est épuisée, n'ayant que peu dormi depuis son admission. L'AS dit « *Il y a beaucoup de monde ici, vous serez mieux si nous nous déplaçons à l'arrière. Voulez-vous de l'aide ?* » Elle hoche la tête. L'IDE et l'AS la soutiennent afin de l'installer dans le fauteuil confort où elle s'endort. Elle se réveille une heure et demie plus tard, plus apaisée.

En EHPAD, M. Denis, ayant une MA, fait dans la nuit, un oedème pulmonaire aigu. Il doit être transféré à

l'hôpital. Sa respiration s'accélère, il panique. Karine, AS, titulaire d'un DU d'hypnose, s'assoit auprès de lui et tend un verre d'eau à moitié plein tandis que sa collègue joint le 15. Karine l'invite à se focaliser sur le gobelet afin qu'il ne déborde pas. Karine utilise le pacing, le mirroring en tenant elle-même un verre, le saupoudrage, des métaphores basées sur la sécheresse dans le jardin, lieu sûr du patient repéré sur le « Photo Secure »... M. Denis s'apaise progressivement, il respire plus calmement. L'ambulance arrive et lors du transfert sur le brancard, le bras de M Denis est en catalepsie. Karine suggère à l'ambulancier d'inviter le patient à se focaliser sur le verre tout au long du trajet. Le patient, après les soins,

revient assez rapidement, apaisé et, l'ambulancier raconte aux soignants que le patient tenait le verre à bout de bras, tout au long du trajet vers l'hôpital!

Photosecure

À domicile et en EHPAD, il est utile de créer un Photo Secure³, en identifiant un à quatre endroits de sécurité pour la personne âgée ayant des troubles cognitifs. Ceux-ci se situent généralement entre les 10 et 30 ans de la personne âgée. Ces lieux sont mentionnés sur une affiche apposée dans la chambre afin que chaque intervenant y ait immédiatement accès et puisse élaborer des métaphores qui seront utilisées dans le cadre d'une hypnose conversationnelle.

3. Cécile Didelot,
médecin coordinateur
en EHPAD.

Bibliographie

- Becchio J. Hypnose et gériatrie. *Cah Ann Géront* 2014; 6.
- Bertoni P. Hypnose médicale en population gériatrique, une revue systématique de la littérature. *Médecine humaine et pathologie*. 2019. dumas-02868724.
- Bioy A, Coutté A. Hypnose et neuropsychologie : quelles perspectives cliniques ? August 2014 *NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie* 15(85).
- Burlaud A. *Hypnose en gériatrie : un outil thérapeutique supplémentaire*.
- Duff S, Nightingale D. Alternative Approaches to Supporting Individuals with Dementia: Enhancing Quality of Life Through Hypnosis. *Alzheimers Care Today*. oct 2007; 8 (4) : 321.
- Floccia M *et al*. *Hypnose en pratiques gériatriques*. Sous la direction de Floccia M. Dunod; 2020.
- Kerouac M. *Métaphore, avec ou sans hypnose*. Satas; 2016.
- Kogel D. Pratique de l'hypnose au sein d'un service universitaire de gériatrie. *AFHEM* 2013.
- Perennou G. *L'Hypnose pour accompagner les patients âgés*. Satas; 2017.
- Perennou G. *Métaphores hypnotiques pour accompagner les patients lors des soins techniques*. Satas; 2019.
- Porges S, Dana D. *Applications cliniques de la théorie polyvagale*. Satas; 2022.
- Ramaroson H, Helmer C, Barberger-Gateau P, Letenneur L, Dartigues JF. [Prevalence of dementia and Alzheimer's disease among subjects aged 75 years or over: updated results of the PAQUID cohort]. *Rev Neurol (Paris)* 2003;159 (4):405-11.
- Sirvain S. « Repères en gériatrie », 2021 <https://geriatries.fr/lhypnose-ladhesion-par-la-communication/>
- Wawrziczny E, Buquet A, Picard S. Use of hypnosis in the field of dementia: A scoping review, *Archives of Gerontology and Geriatrics* Volume 96, September–October 2021, 104453, <https://doi.org/10.1016/j.archger.2021.104453>

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

**À découvrir
dans le**

**NUMÉRO
24**

**PARUTION :
AOÛT 2023**



SOMMAIRE

ATELIERS PRATIQUES • Entraînement, « Muscu » des nerfs vagues • Mourir comme on s'absente • L'autohypnose • Le Yin et le Yang de la marche

CLINIQUES • Hypnose aux urgences • La voie qui conduit à la voix • Les Groupes d'intervention sur les états de conscience

ÉCHOS DE LA SCIENCE

DOSSIER HYPNOSE ET CANCER • Symptôme somatiques • Mobilisation du patient

OUVERTURES • Brains potting • François Roustang • S comme Silence en hypnose

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

À PROPOS DE PLAISIR ET LIEN D'AMOUR

Pascal Vesproumis, Joëlle Mignot

QUESTIONS D'ENTAME

Thierry Servillat

LA BALANCE DÉCISIONNELLE

Arnaud Gouchet

DE L'IMPORTANCE DE L'INSTALLATION EN AUTOHYPNOSE

Nathalie Baste

RETROUVER DES EAUX CALMES

Bernadette Audrain-Servillat

CORPS EN MOUVEMENT, CORPS UNI, CORPS UNIQUE

Jeanne-Marie Jourden

CLINIQUES

HYPNOSE ET TROUBLES DE L'ATTACHEMENT

Jacques Guinard

DÉPRESSION ET HYPNOSE : EXEMPLES CLINIQUES

Céline Marc

INTERVIEW

LA CHANCE AUX AUDACIEUX

Pierre Castelnau interviewé par Thierry Servillat

ÉCHOS DE LA SCIENCE

Similarités et différences entre hypnose et méditation • Hyperémèse gravidique et hypnose • Hypnose et maladie d'Alzheimer • Un nouveau pont affectif • Aphantasie, un « fantasia » revisité • 18 témoignages de la science •

DOSSIER • TROUBLES COGNITIFS ET HYPNOSE

OSER L'HYPNOSE !

Lolita Mercadié

HYPNOSE THÉRAPEUTIQUE ET MALADIE DE PARKINSON

François Tison

HYPNOSE ET MALADIE D'ALZHEIMER

Geneviève Perennou, Serge Sirvain

OUVERTURES

IPNOMASSAGE

Marie-Armelle Mubiri, Thierry Moreaux

CHARLES TART : CONTRIBUTIONS POUR COMPRENDRE L'HYPNOSE

Roxanna Erickson-Klein

CE QUE LA MUSIQUE FAIT À L'HYPNOSE - UNE RELATION SPECTACULAIRE AU XIXE SIÈCLE

Céline Frigau Manning interviewée par Antoine Bioy

LE PARC SANS ÂGE

Isabelle Federspiel

ABÉCÉDAIRE

T/BÉCÉDAIRE : THÉORIES

Gérard Ostermann

978-2-10-063378-4
NUART 8885411



DUNOD
une page d'avance