

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

NUMÉRO 24 – AOÛT 2023

19 €

DOSSIER : HYPNOSE ET CANCER

Acquis et perspectives •
Un accompagnement face au cancer

ATELIERS PRATIQUES

« Muscu » des nerfs vagues • Mourir
comme on s'absente • S'embarquer
en autohypnose • Onco'z hypnose •
Le yin et le yang de la marche

CLINIQUES

Hypnose aux urgences • Trouver la voie
qui conduit à la voix



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 :
Amandine DERBRE, 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 **Maurício NEUBERN** (Brésil)

Participent à ce numéro : **Virginie ADAM, Antoine BIOY, Antoine COLLIN, Sylvie COLOMBANI-CLAUDEL, Claire CONTE-ROSSIN, Rémi ÉTIENNE, Isabelle FEDERSPIEL, Marie FLOCCIA, Adolfo Garcia DE SOLA, Marie-Noëlle HAYEK, Jeanne-Marie JOURDREN, Brice LEMAIRE, Christelle LEROUX, Cyril LE ROY, Frédérique MÉNARD, Sílvia MORAR, Gérard OSTERMANN, Michel RUEL, Thierry SERVILLAT, Emmanuel SOUTRENON, Sophie THIROUX-PONNOU**

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

Même si de nombreux praticiens, dont nous sommes, considèrent que les langages non verbaux et paraverbaux sont essentiels dans la pratique de l'hypnose, nous avons quand même besoin – c'est le moins que l'on puisse dire – des mots pour pratiquer l'hypnose et pour penser notre pratique.

Et nos mots doivent nous servir à aider nos patients.

Il est facile de constater que nombre de ceux-ci peuvent avoir des définitions plus ou moins larges : si « manipulation » peut désigner ainsi un comportement nocif (faire faire à l'autre ce que l'on veut qu'il fasse, sans lui demander son avis voire à son insu), ce même mot désigne aussi des comportements vitalement utiles (on manipule un bébé pour le changer, et sur un plan social, nous nous manipulons tous les uns les autres, nous communiquons afin d'exercer un effet qui peut être très positif comme apporter de l'aide par exemple).

Nous pouvons donc considérer qu'il est essentiel d'avoir plusieurs définitions pour certains mots, quitte à ce que cela génère de la confusion. Pour éviter celle-ci, il importe de définir préalablement dans quel sens on les utilise : « Oui, bien sûr je vais vous manipuler, mais dans le but de vous aider à atteindre vos *objectifs* », m'arrive-t-il de dire à de nouveaux patients qui souhaitent comprendre comment je travaille. On peut avoir les mêmes considérations pour de nombreux autres mots, tels que celui de « violence », répréhensible dans un sens étroit, mais dans un sens plus large d'intensité, pouvant désigner une dimension essentielle de la vie. « Vie violence ça va de pair », chantait Claude Nougaro.

Alors qu'en est-il du mot « hypnose » ? Dans notre revue, nous faisons partie de ceux qui considèrent qu'il est bon d'en avoir plusieurs définitions. Mais jusqu'où doit-on l'étendre ? Trop le faire conduit à une dilution, une perte de sens. Mais le faire insuffisamment peut amener à découper l'hypnose en de multiples déclinaisons qui, reconnaissons-le, ne sont pas toujours vraiment fondées. Cela peut favoriser la prolifération des officines de formation peu sérieuses, risquant de faire oublier une visée essentielle de l'hypnose, celle que François Roustang aimait à répéter et à laquelle nous adhérons : aider le patient à se remettre dans la vie.

En 2015, pour mon intervention de clôture du congrès mondial de Paris, j'avais envisagé de poser la question :

« Qu'est-ce que la vie ? »

et avais renoncé devant la difficulté. Il est possible qu'y répondre devienne urgent !

Thierry Servillat

Les auteurs de ce numéro



Christelle Leroux
est gynécologue-obstétricienne à Alfortville dans le Val-de-Marne.



Frédérique Ménard
est psychologue à La Haie-Fouassière en Loire-Atlantique.



Antoine Collin
est infirmier en santé mentale au Centre médico-psychologique du CH Esquirol de Limoges, en Haute-Vienne.



Claire Conte-Rossin
est psychologue clinicienne en pédopsychiatrie au CH Esquirol de Limoges, en Haute-Vienne.



Sylvie Colombani-Claudel
est médecin anesthésiste réanimatrice à Bordeaux, en Gironde.



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



Marie Floccia
est médecin gériatre et algologue, praticienne hospitalière au CHU de Bordeaux, en Gironde.



Adolfo Garcia de Sola
est psychologue clinicien au service de santé d'Andalousie à Séville, en Espagne.



Marie-Noëlle Hayek
est orthophoniste à Clermont-Ferrand, dans le Puy-de-Dôme.



Rémi Étienne
est infirmier en équipe mobile de soins palliatifs à l'Institut de cancérologie de Lorraine à Vandœuvre-lès-Nancy, en Meurthe-et-Moselle.



Sophie Thiroux-Ponnou
est docteur en psychologie à Concarneau, dans le Finistère.



Emmanuel Soutrenon
est psychologue clinicien à Paris.



Brice Lemaire
est chirurgien-dentiste à Saint-Martin-du-Var, dans le département du Var.



Gérard Ostermann
est professeur de thérapeutique, médecin interniste, psychothérapeute analyste.



Virginie Adam
est psychologue clinicienne à Nancy en Lorraine.



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



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



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



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



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

Sommaire

Éditorial	1
Les auteurs de ce numéro	2
ATELIERS PRATIQUES	
Entraînement, « muscu » des nerfs vagues	5
Pouvoir mourir comme on s'absente, et s'habiller de dignité	8
S'embarquer en autohypnose	10
Onco'z hypnose au bloc opératoire à Bordeaux	14
Le yin et le yang de la marche	20
CLINIQUES	
Hypnose aux urgences avec un patient souffrant de la maladie d'Alzheimer	25
Dynamique de fonctionnement des « groupes d'intervention sur les états de conscience »	35
Trouver la voie qui conduit à la voix	44
ÉCHOS DE LA SCIENCE	
Des nouvelles de la science et de l'hypnose	52
DOSSIER • HYPNOSE ET CANCER	
Acquis et perspectives	60
Utilisation de l'hypnose pour les soins liés au cancer	64
L'alliance de guerre intracorporelle: un accompagnement face au cancer	72
OUVERTURES	
François Roustang, l'hypnose comme art de la liberté	81
Histoire de l'hypnose	86
Le portrait de l'observateur	91
ABÉCÉDAIRE	
S/bécédaire Silence	94

S'embarquer en autohypnose

« Si tu veux construire un bateau, ne rassemble pas tes hommes et femmes pour leur donner des ordres, pour expliquer chaque détail, pour leur dire où trouver chaque chose... Si tu veux construire un bateau, fais naître dans le cœur de tes hommes et femmes le désir de la mer. »
Antoine de Saint-Exupéry

Antoine Collin et Claire Conte-Rossin

Plus qu'une technique pour tenter de résoudre les problèmes, il est important d'aborder l'autohypnose comme un savoir-être, un parcours personnel, une façon singulière d'aborder la vie, les problèmes, les souffrances.

Alors que la transe hypnotique peut être naturelle, spontanée, l'autohypnose est un processus construit, volontaire qui demande motivation et stratégie. Seules l'expérimentation, la répétition et l'observation

fine de ce qui fonctionne pour nous vont nous permettre de découvrir différentes manières confortables et rapides d'entrer en transe, d'activer nos ressources et capacités d'auto-réparation. L'autohypnose relève d'un véritable apprentissage, plus intuitif pour certains, plus laborieux pour d'autres, c'est pourquoi la dimension ludique et la créativité vont être importantes afin de maintenir la motivation nécessaire pour y parvenir.

Ce parcours personnel est facilité quand l'expérience s'ancre dans une



© swilimkin

relation avec un autre que soi. C'est ainsi que nous pouvons, en sécurité, expérimenter le chemin de la transe et faire que l'autohypnose devienne un jeu thérapeutique.

À nous maintenant de repérer ce qui aide à activer le processus (lors de l'induction, de la focalisation, de la dissociation), notamment parmi nos canaux sensoriels privilégiés dans le PAVTOG (Proprioception – Auditif – Visuel – Tactile – Olfactif – Gustatif), en utilisant autant ce qui émerge à l'intérieur de nous, que ce qui se passe autour de nous.

Nous vous proposons de nous appuyer sur des étapes indispensables :

1. Se fixer une durée et se le dire (mettre un réveil si besoin).
2. Avoir un but, un objectif : pour cela apprendre à passer du problème à la solution : « Je veux quoi à la place ? » L'autohypnose est un cheminement vers un mieux-être, une
3. amélioration, une solution. Plus que de se débarrasser des problèmes, nous allons tourner notre pensée vers l'avenir (débarrassé du problème) : « Qu'est-ce que je souhaite qui change à la fin de cette séance ? Qu'est-ce qui sera différent après cette séance et qui me fera dire qu'elle a été positive ? »
4. (Se) parler au présent avec un langage positif : le but est de vivre/ressentir à nouveau maintenant, non pas de se remémorer ni se projeter. « Je vis une expérience nourrie par mon passé, mes réussites, mes capacités... »
5. Fixer son attention : prendre trois repères dans l'environnement proche. Puis laisser le regard se fixer sur un point.
6. Créer et (se) dire une phrase d'activation qui rassure et sécurise : « Un regard autour de moi et je prends la position qui me

convient... Et je peux maintenant... Fermer les yeux et entrer en moi. À tout moment, si je le désire, je peux prendre une grande respiration et ouvrir les yeux (retrouver mes trois repères) et ainsi revenir calme et en sécurité.»

6. Explorer l'ensemble du PAVTOG et se laisser surprendre, laisser parler sa créativité, explorer l'infini des possibles. Qu'est-ce qui est différent pour moi à présent (corps, pensées, émotions)? Et avec les autres?

“ Un jeu pour progressivement apprendre à avoir envie de pratiquer l'autohypnose ”

7. Terminer par une phrase de sortie : « À mon rythme, je prends trois grandes respirations, j'ouvre les yeux, un regard autour de moi (mes trois repères) et je m'étire pour reprendre, souriant·e, harmonisé·e et tonifié·e, le cours de ma journée. »

Proposition d'exercice : À la recherche de l'autohypnose

Voici un jeu pour progressivement apprendre à avoir envie de pratiquer l'autohypnose. Partez de votre expérience, ce que vous savez déjà sur ce qui vous aide à entrer en hypnose et les sept étapes indispensables pour vous accompagner.

- Commencez par utiliser la proprioception : retrouvez un mouvement familier, agréable pour vous, dans le souvenir d'un sport, d'un jeu, d'un apprentissage réussi. Focalisez votre attention sur ce mouvement et vos sensations corporelles.
- Puis, synchronisez votre respiration sur le mouvement de votre corps ou des éléments de l'environnement (bruits rythmés, mouvements des vagues...).

Par exemple, « Laissez venir l'image d'une balançoire. Une fois assis, observez le mouvement régulier que vous impulsez pour décoller. L'élan qui permet de monter et fendre l'air puis le plissement des jambes pour redescendre et glisser. Petit à petit, votre respiration se synchronise au mouvement. Plus il est ample, plus la respiration est profonde et tranquille. S'ajoute le plaisir de prendre de la vitesse. Et les sensations de l'enfance qui déclenchent... un irrépressible sourire ou d'autres émotions agréables... »

Ou alors, « Retrouvez juste la neige d'une piste de ski et sentez le mouvement régulier des skis, des pieds, des jambes et du corps. De larges virages qui se synchronisent sur votre respiration, des mouvements de plus en plus amples qui accompagnent une respiration profonde et tranquille. Le plaisir de prendre de la vitesse. Les sensations qui émergent... Et les émotions qui viennent... »

Marche, course, patinage, vélo, tennis ou tout autre sport, cuisine, peinture,

activités manuelles ou artistiques... Les possibilités sont tellement vastes et personnelles...

– Au fil des séances, étoffez le scénario : ajoutez de la sensorialité, des relations interpersonnelles significatives. Utilisez abondamment les modalités sensorielles : toujours plus de PAVTOG et profitez, laissez-vous surprendre !

Voici pour vous aider un témoignage de l'évolution au cours de l'apprentissage :

« Au fil de mes séances, le scénario s'étoffe, la balançoire se trouve dans un lieu que j'aime. Il y a un lac, un paysage enchanteur. Un patchwork de sensations se crée. À l'aube, le ciel se pare de délicates couleurs annonçant une belle journée. Pieds nus dans l'herbe humide de rosée, je m'approche de cette balançoire. Grâce à mes observations plus actives et attentives dans ma vie, j'enrichis mes sensations sur cette balançoire : l'air dans mes cheveux, sur mes jambes, les sonorités de la nature, les couleurs, la lumière qui brille sur l'eau, le vent qui fait ondoyer les herbes, crée de petites vaguelettes sur l'eau, les animaux qui se réveillent... des odeurs, des goûts viennent compléter mon PAVTOG, un lexique infini guidé par mes sens. Il me suffit de choisir lesquels viendront animer ce lieu aujourd'hui. Se mêlent aux sensations corporelles, des sentiments de liberté et de plénitude et aussi de maîtrise : du mouvement de la balançoire qui va à ma vitesse, plus vite au départ puis plus lentement ensuite et, de maîtrise me permettant de retrouver

du confort. Je suis présente dans l'ici et maintenant, forte et riche de mes apprentissages passés. »

L'expérience se déroule dans un lieu sûr, elle est active, multisensorielle. À présent, vous pouvez l'enrichir avec une relation significative, en invitant sur cette scène une ou des personnes-ressources. Mettez-vous, dans ces actions, en lien avec une/des personnes qui a/ont favorisé (ou favorisent) un sentiment interne de sécurité. Partagez, profitez de ce que vous faites avec et pour elle-s, accueillez ce qu'elle-s fait/font pour vous. Profitez de la force de ce lien...

Il n'y a plus qu'à laisser votre corps trouver son geste d'ancrage

Bravo ! Il n'y a plus qu'à laisser votre corps trouver son geste d'ancrage pour renforcer, faciliter, par exemple, serrer les cordes de la balançoire ou les bâtons de ski. Un mouvement facile à imaginer et à faire « en vrai ». Et poursuivez le chemin avec les mots de François Roustang ou de Gaston Brosseau « laisser faire, ne rien faire » ou ceux de Milton H. Erickson « Inconscient, fais ton travail ». Il n'y a rien à réussir, juste accueillir et profiter de cet espace de sécurité, d'apaisement, d'autoréparation. Avoir envie, se faire plaisir, se faire confiance. Et peut-être que chemin faisant, vous parviendrez à la métamorphose décrite par Jean Becchio¹ ! Allez, c'est à vous ! Où aimeriez-vous être maintenant ? Quelle expérience voudriez-vous revivre pour commencer ?

1. *Du nouveau dans l'hypnose*, 2021, p. 47.

Utilisation de l'hypnose pour les soins liés au cancer

Douleurs, menaces, insécurité, épreuves liées au cancer. Avec l'hypnose, le thérapeute-soignant accompagne au mieux le patient dans ce parcours de vie singulier.

Virginie Adam et Rémi Étienne

En cancérologie, l'hypnose thérapeutique peut être considérée comme un soin de support à part entière. Elle est généralement proposée en transversalité à toutes les étapes de la maladie et parfois même au-delà. Sa pratique est hétérogène et étroitement liée à la profession initiale du praticien. Dans le cadre d'un symptôme chronique, l'hypnose thérapeutique est employée de manière plus spécifique autour de séances formalisées, permettant au patient de s'approprier l'outil hypnotique. Parmi ces symptômes chroniques, la douleur est certainement la plus représentée ; elle peut être consécutive à l'évolution de la maladie

(compression nerveuse, fracture) ou aux effets secondaires de certains traitements spécifiques (séquelles chirurgicales, toxicité – cette toxicité peut induire des neuropathies périphériques : sensations de fourmillements, picotements et d'engourdissement, le plus souvent au niveau des mains et des pieds – de la radiothérapie ou de la chimiothérapie). Ces phénomènes chroniques sont variables en intensité et peuvent se manifester à n'importe quelle étape du parcours de soins. Ils se caractérisent par leur persistance dans le temps et par leur impact sur d'autres dimensions allant bien au-delà du seul ressenti douloureux (Étienne, Henry *et al.*, 2018).

Approches en cancérologie

Finalement, l'approche en hypnose des tableaux oncologiques dépend de la manière dont les auteurs et praticiens souhaitent comprendre la complexité des situations cliniques présentées.

Par exemple, Aldens et Owens insistent sur la place des croyances qui envahit bien souvent la clinique oncologique et proposent une approche centrée sur le travail de ces croyances... À commencer par celles qui concernent la pratique de l'hypnose ! Ainsi ils écrivent : « Une croyance ne peut et ne doit pas être interprétée comme un fait. Il est donc important de faire preuve de prudence lorsque l'on explique aux patients qui découvrent ce type de thérapie quel est exactement l'objectif de la technique thérapeutique, sans créer de faux espoirs par rapport à ce que la plupart des patients souhaitent, à savoir la guérison et la longévité, ni introduire un sentiment de culpabilité. » Spiegel et Moore (1997) soulignent que les techniques d'imagerie, bien qu'elles semblent inoffensives, peuvent créer un sentiment de culpabilité lorsque la maladie progresse. Et de ce fait, Aldens et Owens suggèrent une attention particulière pour les patients atteints de cancer chez qui l'hypnose pourrait ne pas être une voie possible (faibles capacités d'entrée en hypnose, par exemple) et qui pourraient très facilement se sentir coupable de ne pas pouvoir faire ce que d'autres patients peuvent faire. Ils insistent également sur la nécessité de travailler l'assurance

ou encore la sécurité, ce qui peut prendre plusieurs étapes. Par ailleurs, des patients se retrouvent souvent dans leur lieu de sécurité, mais certains aspects signifient qu'ils ne sont pas installés, comme un ciel sombre, de la pluie ou du brouillard. Le praticien en hypnose doit être vigilant à ces « signaux ». Ces auteurs proposent que des suggestions clés correspondant aux besoins soient posées avec des temps de silence d'une minute à suivre, afin d'installer une intensité de travail particulière. Mais ils préviennent que chez les patients trop affaiblis par leur cancer, ce niveau d'intensité est parfois difficile. D'autant que des auteurs comme Sims (1987) ont montré que des séances un peu exigeantes à visée de relaxation, pour lesquelles un entraînement était demandé, sont parfois vécues par les patients comme vidant l'énergie nécessaire pour combattre la pathologie.

Distraction et désensibilisation

Plus largement, c'est l'approche symptomatique qui est privilégiée. Ainsi, une hypnose à la fois préventive (par exemple portant sur le sevrage tabagique), puis portant sur la douleur, ou sur l'accompagnement des traitements, est souvent proposée. À ce propos, il est important de rappeler que les techniques comportementales telles que la distraction et la désensibilisation systématique se sont avérées efficaces pour réduire les nausées et vomissements notamment par anticipation

dans la population atteinte de cancer. Les techniques de distraction et de relaxation ont également montré des réductions significatives de la détresse des patients et des symptômes. Lorsque l'hypnose a été testée par rapport à ces techniques de relaxation et de distraction dans une expérience randomisée avec des enfants, elle a produit la plus grande réduction des symptômes d'anticipation et post-chimiothérapie (Zeltzer *et al.*, 1991). Le recours aux médicaments antiémétiques et l'incidence des nausées et des vomissements ont tous deux diminué lorsque les enfants ont été formés à l'utilisation de l'hypnose pour les gérer. Citons d'ailleurs le rôle pionnier de Leora Kuttner qui fut la première à introduire de façon systématique à l'échelle d'un service d'oncopédiatrie, des techniques d'hypnose qui révolutionnèrent la pratique des soins (2011).

**Nous ne traitons pas un symptôme
de manière isolée, mais bien
un individu dans sa globalité**

Pour notre part, nous privilégions une approche plus globale avec l'hypnose que nous illustrons ici.

Une approche globale

La maladie cancer vient bouleverser le patient par une menace de mort latente et un corps affecté. De fait, les retentissements sont multiples. Accompagner les sujets dans cette traversée du cancer, c'est alors à la fois être à l'écoute des maux du corps

et de ceux de l'âme. La trajectoire de vie du patient se voit bouleversée et impose de nombreux réaménagements de son équilibre psychique et défensif (Pucheu *et al.*, 2005). Notre cadre d'intervention s'inscrit dans le modèle intégratif, en résonance avec la clinique de l'incertitude (Bioy et Barruel, 2013).

La singularité du contexte oncologique et la notion d'incertitude accompagnent généralement la personne durant toute sa prise en charge. Ces dimensions sont évidemment à prendre en compte pour bien appréhender les mouvements émotionnels, et la suggestibilité accrue des patients. Cette suggestibilité peut se traduire par une plus grande vigilance portée au discours et aux attitudes du professionnel de santé, de surcroît dans les moments d'annonce du diagnostic ou d'inconfort majeur. Un mot mal interprété, une posture inadaptée, peuvent rapidement majorer l'angoisse du patient et devenir le point de départ d'une véritable effraction psychotraumatique. Dans ce contexte, la douleur déjà présente peut s'enraciner comme une mauvaise herbe et se développer sur un terrain de fragilité psychologique favorable. Le lien étroit entre la douleur chronique et le syndrome de stress post-traumatique est aujourd'hui bien documenté (Delli Noci *et al.*, 2015; Defontaine-Catteau et Bioy, 2014). L'apparente simplicité de la plainte douloureuse ne doit jamais nous faire oublier que nous ne traitons pas un symptôme de manière isolée, mais bien un individu dans sa globalité. En effet, il n'est pas rare que la douleur

physique fasse écran à d'autres souffrances, voire à de véritables tableaux de psychotraumatismes : le cancer faisant effraction et générant alors une dissociation psychique. Nous nous référons ici à la définition de Janet, qui prévaut toujours, pour qui la dissociation est définie comme « une perte d'unité, d'intégration transitoire entre la conscience, la mémoire, l'identité et les fonctions sensorimotrices ». En effet, les capacités défensives du sujet sont débordées et cela bouleverse son mode de fonctionnement. La rencontre avec la mort et l'effroi suscité, ébranlent le sujet, bouleversent la temporalité et entraînent une réorganisation de la personnalité et des liens avec l'environnement. De fait, le travail avec l'hypnose va consister en un premier temps (et cela peut prendre du temps !) à sécuriser le patient afin qu'il retrouve un équilibre.

Approches

La vignette clinique d'Alice ci-dessous illustre à la fois ces phénomènes et l'intérêt de l'hypnose dans de telles situations. Comme le soulignent J.S. Leplus-Habeneck et A. Bioy, « L'hypnose permet de susciter un phénomène dissociatif temporaire pour finalement réassocier le sujet dans le temps présent et dans sa corporalité » (Leplus-Habeneck, Bioy, 2018).

Alice est reçue en consultation d'hypnose pour une prise en charge en douleur chronique. Cette patiente est adressée par le médecin douleur de l'unité. Elle présente depuis un peu plus d'un an des douleurs du membre

supérieur gauche en lien avec une récurrence de son cancer du sein. Elle a bénéficié d'une seconde chirurgie à visée curative, qui a nécessité l'ablation totale du sein et le retrait d'une partie de la chaîne ganglionnaire. La patiente a également été traitée par plusieurs séances de chimiothérapie concomitantes, de manière à assurer une plus grande efficacité du traitement. Alice présente une douleur mixte, qui associe une douleur nociceptive¹ à une douleur neuropathique². Lors de l'évaluation, la douleur est notée à 6/10 sur l'échelle numérique, celle-ci pouvant varier et parfois augmenter jusqu'à 8/10 dans les périodes d'anxiété ou d'efforts prolongés. La patiente évoque spontanément son intolérance à de nombreux traitements antalgiques, ce qui limite les possibilités thérapeutiques à court terme.

Lors du premier entretien, Alice précise que la douleur prend de plus en plus de place dans sa vie personnelle, notamment dans la dynamique de son couple. Elle témoigne des difficultés à s'occuper de son jeune enfant de six ans, qu'elle ne peut plus porter et décrit une fatigue croissante qui complique l'organisation familiale. Elle adopte une posture légèrement défensive. L'infirmier hypnopraticien lui explique l'intérêt de l'hypnose dans sa situation, en prenant le temps d'évoquer les mécanismes en lien avec sa douleur. Il précise quels bénéfices à court terme peuvent être attendus. Elle lui signale qu'elle apprécie ce premier échange, car elle a besoin d'être rassurée et de bien comprendre les choses pour les accepter.

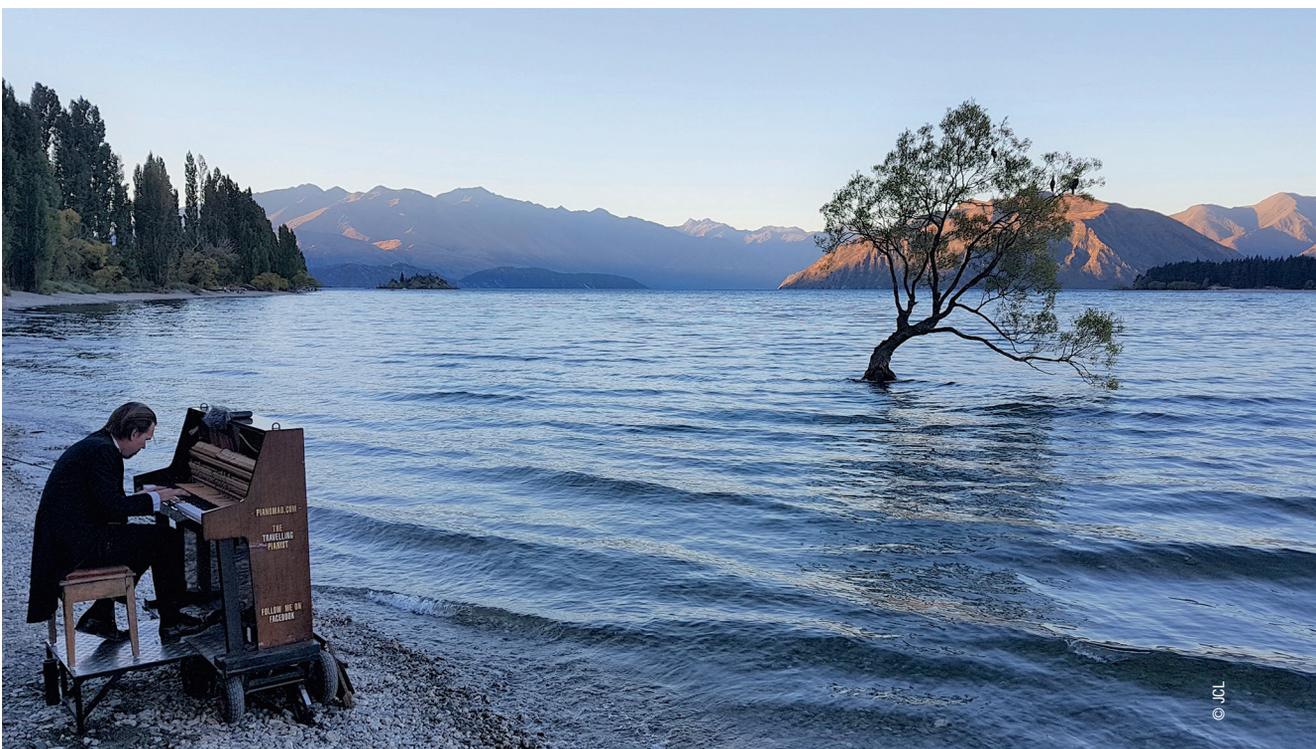
1. Douleur nociceptive : provoquée par une lésion tissulaire ou une inflammation locale.

2. Douleur neuropathique : provoquée par une atteinte (métabolique, toxique, etc.) du système nerveux somato-sensoriel.



Alice n'a jamais pratiqué l'hypnose, mais il remarque dans son attitude des signes de focalisation que l'on pourrait mettre en lien avec une transe négative (fixation du regard, discours lent et monocorde, immobilité du corps). Sans certitude, cette observation le conforte dans l'intérêt de lui proposer l'hypnose afin d'explorer sa sensorialité et ses ressentis. À la fin de ce premier entretien, il décide de lui proposer une technique *d'anesthésie en gant* afin de la familiariser rapidement avec les effets positifs de la transe et de la conforter dans son utilisation en autohypnose. Les effets positifs se font vite ressentir et la patiente parvient à moduler sa douleur en la faisant diminuer à 2/10. Elle évoque un soulagement quasi total et une absence de sensations désagréables. Elle décrit de manière très détaillée la nature du gant et les sensations singulières qui se sont rapidement substituées à la douleur. Il l'encourage donc à pratiquer régulièrement cet exercice jusqu'à leur prochaine rencontre. Lors de leur seconde rencontre, la patiente se sent moins douloureuse, mais le sentiment d'insécurité reste marqué. La plainte douloureuse est clairement passée au second plan. L'entretien débute d'emblée sur sa peur de basculer en dépression. Elle est invitée à revenir sur son parcours de soins depuis la première annonce de sa maladie. Elle explique qu'elle a plutôt bien vécu la prise en charge de son premier cancer, mais que l'annonce de la récurrence l'a beaucoup fragilisée. Le praticien remarque qu'elle marque un temps d'arrêt

dans son discours et lui demande de préciser comment s'est déroulée cette deuxième annonce du cancer. Alice fond en larmes et explique que cette annonce s'est déroulée avec sa chirurgienne habituelle, mais que son attitude n'était pas adaptée, qu'elle l'a trouvé très agitée sur le plan du non-verbal et pessimiste dans sa manière d'exprimer les choses. Elle finit par évoquer cette phrase malheureuse prononcée par le médecin et qui résonne encore en elle de manière très marquée : « Je ne comprends pas pourquoi cela a récidivé, ça n'aurait pas dû arriver. » Elle relate le fait que cette phrase l'a figée dans le temps, qu'à la fin de l'entretien, elle était incapable de se souvenir d'autre chose que de ces mots prononcés par le médecin. À la suite à ce témoignage, l'infirmier propose à la patiente de rencontrer sa collègue psychologue, et hypnothérapeute, et lui explique que cet événement est probablement une forme de psychotraumatisme et qu'il peut contribuer à entretenir la douleur et les émotions qui lui sont rattachées. La patiente accepte cette prise en charge. Quelques jours après cet échange, elle rappelle spontanément pour signaler que le jour de leur dernière consultation correspondait jour pour jour à l'annonce faite par la chirurgienne l'année d'avant. Elle semble très surprise de cette coïncidence. C'est dans cette continuité de prise en charge que la psychologue rencontre Alice. Elle dit très vite que ce relais est pour elle précieux dans le sens où elle s'est sentie entendue et comprise. Elle revient sur ce temps



JCP ©

particulier de l'annonce de la récurrence. Outre les mots employés, qui traduisent une sensorialité accrue, d'autres indices sont interpellant : la fixité du regard, des traits du visage, une prosodie monocorde. Autant de signes évocateurs d'un état de dissociation. Plus Alice déploie son histoire, plus la notion de psycho-traumatisme, reposant sur la définition selon Janet de la dissociation, s'impose : Alice est figée à cette date de janvier l'année dernière. Cette consultation a fait pour elle effraction dans son économie psychique au point de faire basculer : il y a « avant » et « après ». Et cet « après » est douloureux (dans le corps et dans l'âme) : tout est lu selon le prisme des mots de la chirurgienne, et les

mois passant n'enlèvent en rien à leur pouvoir destructeur. L'état de sidération psychique la fixe à cette

Permettre de pleurer son vécu

date et en découlent ses difficultés au quotidien de s'investir dans la nouvelle maison achetée, son couple, son fils... comment investir la vie, le présent et encore plus le futur, quand on est ainsi quasi statufié par l'annonce ? (à noter que cette image de statue traverse l'esprit de la thérapeute durant l'entretien et constituera par la suite une métaphore employée avec Alice).

La ratification de sa souffrance, la verbalisation du propre ressenti et

des émotions de la psychologue lui permettent de pleurer ce vécu comme si elle prenait pleinement conscience que cette histoire était la sienne, et de remettre du mouvement et de la labilité sur le plan émotionnel.

L'hypothèse de psychotraumatisme au regard des éléments perçus et entendus est avancée, ce à quoi elle concède : « Oui je ne pensais pas, mais c'est mon tsunami à moi. »

Elle accepte la proposition d'intégrer l'hypnose à la prochaine séance afin de reprendre un peu de contrôle sur l'événement : non pas l'effacer (car ce serait un non-sens), mais s'en distancier suffisamment voire transformer le souvenir afin qu'il se mémorise avec une autre empreinte émotionnelle. Aussi, quinze jours après, Alice est revue et dit très vite : « J'ai repensé à ce qu'on s'est dit et je veux me sortir de cela ! Ça ne peut plus durer ainsi ! » Sa demande et la souffrance qu'elle contient sont entendues et mises au travail. Comme elle sait le faire, elle s'installe au mieux dans le fauteuil et l'accompagnement est fait dans une double dissociation afin « de ranger » (c'est le terme qu'Alice a employé et qui guide les propos de la thérapeute) cet événement. L'objectif est d'en diminuer la charge émotionnelle à travers ce scénario réparateur et de reconnecter la mémoire dysfonctionnelle à la mémoire fonctionnelle. Ce travail engage beaucoup le patient, mais aussi le thérapeute, qui « dans la chaleur de leur relation » comme le disait Erickson, tricotent une sécurité relationnelle nécessaire à cela. La présence du thérapeute est pleinement engagée

afin de créer un attachement sécurisé pour Alice et lui permettre d'aborder le trauma autrement. Ces séances sont souvent éprouvantes, car pour changer un souvenir, il faut y rentrer ; et les émotions sont à accueillir. La séance se termine alors quand elle indique que c'est bon pour elle. Volontairement, il n'est pas demandé à Alice de s'exprimer sur ce qui vient de se jouer. Ramener de l'intellect apparaît comme prématuré, voire contre-productif. Elle est invitée donc à laisser décanter la séance d'ici le prochain rendez-vous, où seront repris « tous les changements positifs qu'elle observera dès tout à l'heure ou demain dans son quotidien ». Cette fin de séance sur une suggestion directe de changement opère telle une suggestion post-hypnotique et réaffirme la conviction et l'optimisme thérapeutique de la psychologue.

Par la suite

À ce jour le travail avec Alice en est là : comment a-t-elle réaménagé tout ceci ? La douleur physique n'a pas du tout été abordée lors de cette rencontre... Faisait-elle écran jusqu'alors à une autre douleur ? L'annonce de la mauvaise nouvelle ou « ce qu'un médecin n'a pas envie de dire à un patient qui n'a pas envie de l'entendre », comme le disait Nicole Alby, pionnière de la psycho-oncologie en France, vient faire effraction dans sa vie. Et pour certains, par l'utilisation de certains mots, de la temporalité de la maladie ou la leur propre, cette effraction vient faire trauma et générer une dissociation inopérante (car rappelons-le c'est un mécanisme de

défense psychique initialement utile). Notre travail est de permettre alors au patient de retrouver un fonctionnement psychique plus flexible, équilibré et vivant. L'hypnose permet au patient de déployer alors, en toute sécurité avec le soignant engagé dans cette démarche, sa créativité afin de gérer l'incertitude de la maladie.

Bibliographie

- Aldens P, Owens J. Cancer care. In: Brann L, Owens O, Williamson A. *The handbook of contemporary clinical Hypnosis*. Willey, 351-374, 2012.
- Bioy A, Barruel F. *Du soin à la personne – clinique de l'incertitude*. Paris, Dunod, 2013.
- Defontaine-Catteau M.C, Bioy A. Place du traumatisme psychique en clinique de la douleur. *Revue douleur et analgésie*, 27, 68–74, 2014.
- Delli Noci C, Berna C. Traumatisme et douleur chronique : échos et amplifications des souffrances physiques et psychiques. *Revue médicale suisse*, 11:1395-9, 2015.
- Étienne R, Henry A et al. *Soins de support en oncologie en 18 notions*, Dunod, 2018.
- Kuttner L. *L'Enfant et sa douleur*. Paris, Dunod, 2011.
- Lepus-Habeneck JS, Bioy A. Incertitude et présentification en hypnose clinique. *Psycho-oncologie*, 12: 263-266, 2018.
- Pucheu S, Consoli S.M, Landi B et al. Personnalité, représentations et adaptation à la maladie cancéreuse : étude comparative. *Revue francophone de psycho-oncologie*, 4, 268–277, 2005.
- Spiegel D, Moore R. Imagery and hypnosis in the treatment of cancer patients. *Oncology*, 11, 1179–1196, 1997.

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

**À découvrir
dans le**

**NUMÉRO
25**

**PARUTION :
OCTOBRE 2023**



SOMMAIRE

ATELIERS PRATIQUES • J'utilise cet exercice lorsqu'un patient va vivre un geste ou un examen médical qui l'inquiète • L'autohypnose • Il n'y a de constant que le changement...

CLINIQUES • Y a-t-il un médecin dans l'avion ? • Hypnose en urgence périnatale • Quand la réalité virtuelle contribue au tissage d'une énergie relationnelle culturelle

ÉCHOS DE LA SCIENCE

DOSSIER PREMIER CONTACT EN HYPNOSE : MÉTHODE ET STRATÉGIE HYPNOTIQUE • Approche phénoménologique du soin • Méthodes et la stratégie de premier contact en hypnose

OUVERTURES • Brainspotting • Malice et légèreté • C comme Conscience 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

ENTRAÎNEMENT, « MUSCU » DES NERFS VAGUES

Christelle Leroux

POUVOIR MOURIR COMME ON S'ABSENTE, ET S'HABILLER DE DIGNITÉ

Frédérique Ménard

S'EMBARQUER EN AUTOHYPNOSE

Antoine Collin et Claire Conte-Rossin

ONCOZ HYPNOSE AU BLOC OPÉRATOIRE À BORDEAUX

Sylvie Colombani-Claudel

LE YIN ET LE YANG DE LA MARCHÉ

Jeanne-Marie Jourden

CLINIQUES

HYPNOSE AUX URGENCES AVEC UN PATIENT SOUFFRANT DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

Marie Floccia

DYNAMIQUE DE FONCTIONNEMENT DES « GROUPES D'INTERVENTION SUR LES ÉTATS DE CONSCIENCE »

Adolfo Garcia de Sola

TROUVER LA VOIE QUI CONDUIT À LA VOIX

Marie-Noëlle Hayek

ÉCHOS DE LA SCIENCE

Preuve en IRM fonctionnelle du bénéfice de la transe régulière en dépression • L'apport de l'hypnose dans la prise en charge de l'obésité • *In hypno veritas* • Chirurgie chez l'enfant • Effets de l'hypnothérapie dans la dermatite atopique

DOSSIER • HYPNOSE ET CANCER

ACQUIS ET PERSPECTIVES

Antoine Bioy

UTILISATION DE L'HYPNOSE POUR LES SOINS LIÉS AU CANCER

Virginie Adam et Rémi Étienne

L'ALLIANCE DE GUERRE INTRACORPORELLE : UN ACCOMPAGNEMENT FACE AU CANCER

Sophie Thiroux-Ponnou

OUVERTURES

FRANÇOIS ROUSTANG, L'HYPNOSE COMME ART DE LA LIBERTÉ

Emmanuel Soutrenon

HISTOIRE DE L'HYPNOSE

Brice Lemaire, interviewé par Antoine Bioy

LE PORTRAIT DE L'OBSERVATEUR

Isabelle Federspiel

ABÉCÉDAIRE

S/BÉCÉDAIRE : SILENCE

Gérard Ostermann



DUNOD
une page d'avance