



## Hypnose en soins palliatifs

**Dr Jean Becchio /** Praticien Consultant Hôpital Paul Brousse, Villejuif,  
Praticien Consultant Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris  
Coordinateur du Diplôme Universitaire d'Hypnose Clinique Paris XI

**Une visite de la banque de données Medline nous permet de constater l'essor de l'hypnose en soins palliatifs. Les pays anglo-saxons utilisent cette approche dès les années 80, avec un fort développement depuis dix ans. En France, quelques pionniers ont introduit il y a dix ans l'hypnose en unités de soins palliatifs ; depuis cinq ans, nous sommes intégrés à l'Unité de Soins Palliatifs de Villejuif.**

### L'apport des neurosciences

Depuis le début du XXI<sup>e</sup> siècle, les techniques d'imagerie permettent de « visualiser » le cerveau pensant, sensitif, ému. PetScanner et IRMf ont permis de démontrer que l'état hypnotique est différent du sommeil et de l'état de veille : c'est un état de conscience particulier, dans lequel certaines zones du cerveau travaillent de manière synchrone. Dans cet état, le sujet hypnotique devient réceptif à la suggestion qui peut entraîner des modifications du comportement, du métabolisme ou de la circulation dans le système nerveux. Ces modifications entraînent des restructurations, à action thérapeutique.

### L'hypnose en unité de soins palliatifs

Notre petite unité de soins palliatifs est un ensemble de dix chambres individuelles. Notre journée commence par une réunion du matin. Pendant quarante-cinq minutes, un membre de l'équipe infirmière rétro-projette le dossier des dix patients. Toute l'équipe prend ainsi connaissance de tous les événements qui sont survenus dans les vingt-quatre dernières heures. Nous « repérons », lors de cette projection, les patients qui pourront bénéficier de notre aide hypnotique.

Ce matin, je note un nom sur ma fiche de pré-sélection : Maria. J'ai noté qu'elle souffre de douleurs abdominales intermittentes, mal calmées par la morphine et les anti-spasmodiques. Je consulte son dossier. Je sais que Maria, âgée de quarante-deux ans est

venue dans notre service en phase terminale d'un cancer de l'ovaire. Ces douleurs sont liées à la masse tumorale, mais ces renseignements cliniques, histologiques, physiologiques ne sont pas ce que je recherche en priorité dans le dossier : je me place en intervenant complémentaire, agissant sur les symptômes, quelle que soit leur origine. Pour cela j'utilise la technique hypnotique. Cette technique nécessite elle aussi des « ingrédients » que je recherche dans le dossier. Ces éléments, utiles pour mon approche, sont la date et le lieu de naissance de la patiente, son métier, son statut marital, les prénoms et âges des enfants, ses distractions préférées, sa religion, ses croyances. Je dois avouer que dans des dossiers qui pèsent parfois plusieurs kilos, ces informations sont souvent absentes. C'est le cas aujourd'hui pour Maria. J'apprends qu'elle est mariée, mère d'une enfant de douze ans.

Je me présente et signale à Maria que j'ai appris que sa douleur était toujours présente, malgré les médicaments. Je l'interroge, classiquement, sur les caractères de cette douleur, puis je lui propose d'apprendre un exercice, basé sur l'hypnose, pour mieux gérer cette douleur, en complément des traitements qu'elle reçoit déjà. Maria accepte. Je me tourne alors vers le panneau mural où se trouvent les photos et je demande à Maria de me dire quelques mots sur ces morceaux de vie. Elle me présente sa fille Joan et je comprends l'importance de la place occupée par cette jolie enfant blonde dans le cœur de sa maman. Nous parlons de son métier d'employée de banque, de son amour

pour la musique et les ballades dans la nature. Nous revenons sur la douleur et je fais préciser à Maria ce qu'elle ressent lorsque la douleur commence à s'installer. « *C'est comme une tenaille qui me serrerait brutalement les muscles du ventre* ». Nous évaluons la douleur sur l'échelle classique d'évaluation : 6/10 est la note du ressenti actuel de Maria. Muni de cette métaphore et de cette évaluation, je propose l'exercice d'hypnose à Maria.

Je lui demande de fermer les yeux, mais de bien écouter tout ce que je vais dire car elle pourra refaire l'exercice, plus tard, toute seule, sous forme d'exercice d'auto-hypnose. J'applique alors la technique d'induction hypnotique qui permet d'aider le patient à passer de l'état d'éveil conscient à l'état hypnotique. Maria présente rapidement les signes cliniques de l'état hypnotique. Je demande alors à Maria de retrouver un souvenir d'une expérience d'apprentissage agréable, de n'importe quelle partie de sa vie, dans n'importe quel domaine. Elle retrouve rapidement le souvenir du jour où elle a accouché pour mettre au monde Joan. Je l'accompagne dans ce souvenir en employant des suggestions indirectes, des suggestions ouvertes et des métaphores adaptées au but de la séance. Je place des suggestions post-hypnotiques, qui aideront Maria après la séance. Nous terminons la séance qui a duré un peu moins de cinq minutes.

Maria est souriante et détendue en fin de séance. Elle nous raconte son vécu. « Lorsque Joan est sortie de mon ventre, j'ai ressenti une inondation de joie et de bonheur et la tenaille s'est relâchée

complètement ». L'évaluation confirme l'amélioration : 0/10 nous indique Maria qui demande comment elle peut pratiquer toute seule. Je lui donne les principes de base de la pratique auto-hypnotique. Je travaillerais encore trois fois avec Maria dans les deux semaines précédant son décès. Maria a parfaitement intégré la technique d'auto-hypnose et cette technique, associée au traitement médicamenteux, lui permet de communiquer avec son entourage jusqu'à son dernier jour.

### Les particularités de l'hypnose en soins palliatifs

L'hypnose employée est l'hypnose psychodynamique, issue de l'hypnose ericksonienne. Elle est caractérisée par l'emploi de suggestions ouvertes et de techniques spécifiques destinées à induire la transe hypnotique chez la plupart des patients. L'auto hypnose est systématiquement associée à l'hétéro hypnose.

L'utilisation de l'hypnose est bien acceptée par les patients. La demande ne vient jamais d'eux, car ils ne savent pas que cette technique est pratiquée dans notre service.

Je fus rapidement intégré à l'équipe qui demandait, au début, à suivre mes interventions d'hypnothérapeute. Devant cette « curiosité » agréable et motivée, je décidais de former les soignants qui le désiraient à l'apprentissage de l'induction hypnotique. Ils pourraient ainsi aider les patients dans leur pratique d'auto-hypnose. Le succès fut considérable puisque nous avons formé vingt-deux soignants sur les vingt-quatre qui composent l'équipe ; la plupart des soignants formés utilisent la technique dans deux situations, lors de soins douloureux ou pour aider les patients dans leur travail d'auto-hypnose.

Les familles sont très présentes dans notre service et s'occuper d'elles fait partie de nos obligations en soins palliatifs. Lorsque je propose une séance à un patient et qu'un membre de la famille est présent, j'entends souvent la réflexion adressée au patient « tu as de la chance, j'aimerais bien avoir moi aussi une séance d'hypnose ». Lorsque la personne de confiance, choisie par le patient, est présente au moment de la séance, je lui demande de rester et d'y assister. Ensuite je lui dis qu'elle pourra aider le patient dans sa pratique d'auto-hypnose. C'est ce qui se passe la plupart du temps, avec un bénéfice thérapeutique pour le patient et psychologique pour la personne de confiance.

### Les indications de l'hypnose en soins palliatifs

Notre expérience confirme ce que nous retrouvons dans la littérature spécialisée dont vous trouverez quelques références en fin d'article.

Les douleurs, sous toutes leurs formes, chroniques ou aiguës, de toutes origines. Pour les douleurs aiguës, il nous arrive d'utiliser, parfois, la technique d'hypnose traditionnelle, en employant des suggestions directes. La pratique de l'auto-hypnose est primordiale dans la gestion des douleurs au long cours et c'est là que se révèle l'intérêt d'avoir formé les soignants à cette approche. La dyspnée est une excellente indication de l'hypnose. Le facteur psychologique et émotionnel est omni présent dans ce symptôme. L'hypnose, par des exercices spécifiques, permet de mieux contrôler les émotions et la respiration. L'anxiété et l'état dépressif peuvent, en complément d'autres thérapies, bénéficier de notre apport.

La détresse spirituelle peut aussi être facilement abordée par l'hypnose.

Les nausées, la toux, le prurit, l'insomnie, sont aussi des indications de notre technique.

Les soignants ont intégré l'outil hypnotique dans leur pratique des soins douloureux.

### Réflexions autour de l'hypnose pratiquée en soins palliatifs

Pour éclairer l'apport particulier de l'hypnose dans ces dernières recommandations, nous allons nous tourner vers la mythologie grecque.

Le vocable hypnose vient du nom propre Hypnos. Hypnos est un dieu Grec dont le rôle est de s'occuper de nous pendant notre vie ; il agit pendant notre sommeil où il nous console, cicatrise nos blessures, soulage nos douleurs. Hypnos a un frère jumeau Thanatos. Ce dernier s'occupera de nous après notre dernier soupir ; il aidera notre corps et notre âme dans le parcours post-mortem. Sur le plan étymologique, Thanatos a donné euthanasie.

Nous formerons notre conclusion en invoquant ces deux dieux antiques : Hypnos nous offre un outil thérapeutique qui permet d'améliorer notre action clinique auprès des patients en unité de soins palliatifs, en préservant une meilleure qualité de vie et en respectant l'évolution naturelle de la fin de vie.

Thanatos prendra ensuite le relais... au bon moment. ■

**Jean Becchio**

USP du Dr Sylvain Pourchet

Hôpital Paul Brousse

94 800 Villejuif

[www.afhyp.fr](http://www.afhyp.fr)

Courriel : [becchio@club.fr](mailto:becchio@club.fr)

### → Bibliographie

- Iglesias A. Hypnosis and existential psychotherapy with end-stage terminally ill patients.
- Am J Clin Hypn. 2004 Jan ; 46 (3) : 201-3
- Marcus J., Elkins G., Mott F. The integration of hypnosis into a model of palliative care.
- Integr Cancer Ther. 2003 Dec ; 2 (4) : 365-370.
- Newelle S., Sanson-Fisher R.W. Australian oncologists' self-reported knowledge and attitudes about non-traditional therapies used by cancer patients.
- MJA 2000 ; 172 : 110-113.
- Finlay IG., Jones OL. Hypnotherapy in palliative care
- J R Soc Med 1996 Sep ; 89 (9) : 493-6.
- Godin J. Nouvelle Hypnose Ed. Albin Michel 1994
- Becchio J. Jousselein C. Hypnose Psycho Dynamique Ed. Desclée de Brouwer 2001

## L'hypnoanalgésie : précieuse en pédiatrie

Lettre d'information d'octobre 2010 PEDIADOL

Une littérature importante témoigne ces dix dernières années de l'essor considérable de l'hypnose pour le contrôle de la douleur. L'imagerie spécialisée (IRM fonctionnelle) objective les régions du cerveau stimulées par les suggestions hypnotiques<sup>1</sup>. De nombreux articles décrivent les effets antalgiques de l'hypnose notamment pour : les soins aux brûlés<sup>2,3,4</sup>, les douleurs provoquées<sup>5</sup>, la douleur postopératoire<sup>6</sup>. L'enfant dispose d'un pouvoir imaginaire riche et précieux, qui lui permet de s'évader quasi naturellement d'une situation pénible. La réalité du soin est ainsi modifiée, l'enfant y prend une place active. Il sort d'une expérience désagréable pour

vivre paradoxalement un moment de détente et d'évasion. L'hypnose intervient dans ce cadre pour renforcer la dissociation (être au même moment ici et ailleurs) et modifier la perception douloureuse. On propose par exemple à l'enfant d'imaginer qu'il étale une crème anesthésiante, ou encore de couper l'interrupteur de la douleur ou d'éloigner pour un moment la partie du corps qui est gênante. Quelle que soit la situation, chaque geste, chaque étape du soin est intégré à la séance. Un des aspects primordiaux de l'hypnoanalgésie est de se centrer sur l'enfant, de partir de l'endroit où il se trouve, c'est-à-dire d'accompagner ce qu'il ressent, de "broder" les sugges-

tions à partir de ce qu'il nous dit, de ses réactions. Les méthodes utilisant l'hypnose pour les soins douloureux sont particulièrement précieuses en milieu pédiatrique. Les infirmières formées peuvent parfaitement les utiliser régulièrement au lit du malade.

### Références

- [1] Faymonville ME et al. *Anesthesiology* 2000
- [2] Patterson DR et al. *Am J Clin Hypn* 2004
- [3] De Jong AE et al. *Burns* 2007
- [4] Shakibaei F et al. *J Clin Exp Hypn* 2008
- [5] Richardson J et al. *J Pain Symptom Manage* 2006
- [6] Montgomery GH et al. *Anesth Analg* 2002



## La distraction pour diminuer l'anxiété de l'enfant

Lettre d'information d'octobre 2010 PEDIADOL

L'enfant hospitalisé se trouve dans un univers inconnu et anxiogène qui accroît sa détresse. Or la peur majore la perception de la douleur. La diminution de l'anxiété, l'instauration d'un climat de confiance et la distraction sont des éléments primordiaux pour installer la détente et disperser l'attention de l'enfant. Dans ce contexte, la perception douloureuse diminue et l'efficacité des antalgiques est potentialisée. Il existe un certain nombre de méthodes pour distraire l'enfant qui s'adaptent à son âge, à son développement psychomoteur et à ses préférences. Loin d'une méthode stéréotypée, la distraction est une véritable démarche individualisée.

Plus l'enfant est jeune, plus on favorisera des distractions simples et de courte durée. Chez l'enfant de 0 à 2 ans, le bercement, les chansons douces et la tétine seront utiles. De 2 à 4 ans, la distraction se construit autour d'une histoire, on peut aussi s'adresser à lui par l'intermédiaire de son jouet ou de son nounours, les bulles de savon sont particulièrement appréciées à cet âge. À partir de 6 ans, l'imagination est de plus en plus sollicitée : on peut jouer à faire "comme si", lire ou faire lire une histoire... Plus l'enfant grandit, plus ses capacités imaginatives sont exploitées. Les moyens habituels de divertissement de l'enfant, comme les jeux vidéos ou la télévision, sont utilisés. La distraction est en quelque sorte une improvisation "organisée". C'est l'interactivité entre l'enfant et la personne qui propose la distraction qui favorise la diminution de l'anxiété\*.

\* MacLaren JE & Cohen LL. *J Pediatr Psychol* 2005