

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2008

N°132

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
Qualification en Psychiatrie

Par

Céline TOLLEC

Née le 04 août 1980 à Nantes (44)

Présentée et soutenue publiquement le 30 septembre 2008

L'HYPNOSE COMME THÉRAPIE D'ACCOMPAGNEMENT
DANS LA CHIRURGIE DU CANCER DU SEIN

Président : Monsieur le Professeur Jean-Marie VANELLE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Wilfrid MARTINEAU

L'HYPNOSE

COMME THERAPIE D'ACCOMPAGNEMENT

DANS LA CHIRURGIE DU CANCER DU SEIN

INTRODUCTION	6
ETUDE THEORIQUE	10
I. PROBLEMATIQUE	10
A. <i>Intérêt d'une étude sur le cancer du sein</i>	10
B. <i>Complications de la chirurgie</i>	11
1) Hypnose et diminution des complications aiguës	11
2) Complications douloureuses séquellaires : quid d'un effet préventif de l'hypnose ?	12
C. <i>Concept de douleur</i>	14
1) Définition.....	14
2) Les composantes de la douleur	15
3) Classification des douleurs.....	16
4) Douleurs postopératoires et chirurgie du cancer du sein	19
5) Intérêt d'un bilan psychiatrique dans l'évaluation d'une douleur	19
D. <i>Liens douleur/anxiété/dépression</i>	21
1) Du normal au pathologique	21
2) Stress émotionnel avant une chirurgie du cancer du sein	25
3) Conséquence sur la maladie	27
E. <i>Définition de la santé et concept de qualité de vie</i>	29
1) Définitions	29
2) Applications en oncologie.....	30
3) Dimension psychique de la qualité de vie en oncologie	31
F. <i>Place des médecines alternatives</i>	32
1) En Europe	32
2) Aux Etats-Unis.....	32
II. HYPNOSE ET THERAPIE	33
A. <i>Hypnose et psychothérapie à partir du XIX^{ème} siècle</i>	33
1) L'école de Nancy et l'école de la Salpêtrière	33
2) La théorie de l'automatisme psychologique de Janet (1859-1947)	34
3) Sigmund Freud (1856-1939).....	34
4) Léon Chertok (1911-1991).....	35
5) Milton Erickson (1901-1980).....	35
B. <i>Définitions de l'hypnose</i>	37
C. <i>Technique et processus hypnotique</i>	39
1) Les techniques de communication	39
2) Langage verbal et non-verbal	39
3) Quelques notions sur le processus hypnotique.....	41
4) Manifestations cliniques de l'hypnose	42
D. <i>Utilisation médicale de l'hypnose et stratégie de changement</i>	43
1) Un mode de communication privilégié	43
2) Mobiliser les ressources	44
3) Stratégie de changement	45
E. <i>Lien Hypnose-Thérapie Brève</i>	46
1) De l'hypnose aux thérapies brèves.....	46
2) Objectif centré sur le « comment » et non sur le « pourquoi ».....	47
3) Quelques postulats.....	48
4) La thérapie brève orientée vers les solutions	50
F. <i>Une approche non normative, non pathologisante</i>	53
III. HYPNOSE, ANESTHESIE ET CHIRURGIE	54
A. <i>Historique</i>	54
B. <i>Hypnose et techniques anesthésiques</i>	55
1) Suggestions aux patients sous anesthésie générale	55
2) L'hypnosédation.....	56
3) Préparation à l'hypnose et anesthésie générale	57

C.	<i>Hypnose et sénologie</i>	58
1)	Travaux de l'équipe française de Bouté, Halfon et Gagean.....	58
2)	Travaux de l'équipe américaine de Montgomery GH.....	60
3)	Travaux de l'équipe américaine de Lang EV. à Harvard.....	63
IV.	AUTRES INDICATIONS DE L'HYPNOSE EN CANCEROLOGIE.....	65
A.	<i>Sur la douleur</i>	65
1)	Théories psychologiques de l'analgésie hypnotique.....	65
2)	Explorations physiologiques de l'analgésie hypnotique.....	65
3)	Techniques de contrôle de la douleur.....	67
B.	<i>Nausées-Vomissements</i>	68
1)	Facteurs de risque émétogène.....	68
2)	Limites des antiémétiques actuels.....	68
3)	Intérêt de l'hypnose.....	68
C.	<i>La radiothérapie</i>	69
D.	<i>Les soins palliatifs</i>	70
E.	<i>Hypnose et immunocompétence</i>	71
1)	Généralités sur les interactions entre hypnose, stress et système immunitaire.....	71
2)	Etudes des années 80'.....	73
3)	Recherches actuelles en psychoneuroimmunologie.....	73
4)	Hypnose, immunologie et cancer du sein : les études actuelles.....	74
V.	LA PSYCHIATRIE DE LIAISON.....	77
A.	<i>Rappels historiques</i>	77
B.	<i>Définition</i>	77
C.	<i>Missions et fonctions</i>	78
D.	<i>Bases théoriques</i>	79
1)	Le courant psychosomatique.....	79
2)	La psychologie médicale.....	80
3)	La formation à la relation soignant-soigné ou médecin-malade.....	80
4)	Le modèle bio-psycho-social.....	81
5)	La psychologie de la santé.....	81
E.	<i>Identité, qualités requises, risques</i> :.....	81
F.	<i>Spécificités de la psychiatrie de liaison dans le champ de l'oncologie</i>	83

ETUDE CLINIQUE 84

I.	INTRODUCTION.....	84
A.	<i>A l'origine, une rencontre</i>	84
1)	Comment s'est faite la rencontre.....	84
2)	Motivations respectives et communes.....	84
3)	Intérêt d'une prise en charge interdisciplinaire dès la chirurgie.....	86
4)	Fonctionnement atypique.....	86
B.	<i>Etat de la question</i>	87
C.	<i>Objectifs</i>	89
1)	Objectif principal.....	89
2)	Objectifs secondaires.....	89
D.	<i>Hypothèses</i>	90
1)	Hypothèse principale.....	90
2)	Hypothèses secondaires.....	90
3)	A plus long terme.....	90
II.	METHODOLOGIE.....	91
A.	<i>Population d'étude</i>	91
1)	Le service et son recrutement.....	91
2)	Les critères d'inclusion.....	91
3)	Les critères d'exclusion.....	91
4)	Les modalités générales du recrutement et du déroulement.....	91
5)	Enregistrement des séances.....	92
B.	<i>Présentation du protocole au service</i>	92
C.	<i>Déroulement de la séance la veille de l'intervention</i>	93
1)	Etablissement d'une alliance thérapeutique.....	93
2)	Autoévaluation de l'anxiété et de la douleur.....	94
3)	Etablissement d'un objectif thérapeutique.....	95
4)	Les différentes étapes de la séance d'hypnose proprement dite.....	96
5)	Fin de la séance.....	96
D.	<i>Deuxième séance lors de l'hospitalisation</i>	97
E.	<i>Questionnaire sur l'utilisation de l'hypnose pour la patiente</i>	97
1)	Questionnaire pendant l'hospitalisation.....	97
2)	Questionnaire après le retour à domicile.....	97

F.	<i>Questionnaire sur l'utilisation de l'hypnose pour les soignants</i>	98
G.	<i>Lien avec des intervenants extérieurs</i>	98
H.	<i>Questions éthiques</i>	98
I.	<i>Analyse statistique</i>	98
III.	RESULTATS	99
A.	<i>Recrutement des patientes</i>	99
1)	Qui recrute ?.....	99
2)	Nombre acceptation/refus	99
3)	Lieu de la séance	99
B.	<i>Caractéristiques de la population étudiée</i>	99
1)	Caractéristiques socio-démographiques	100
2)	Souffrance physique	100
3)	Souffrance psychique.....	101
4)	Ressources des patientes	102
C.	<i>La première rencontre</i>	103
1)	Vécu actuel	103
2)	Définition du problème	104
3)	Etablissement d'un objectif thérapeutique.....	106
4)	Travail sur l'anticipation	106
5)	Les différentes étapes de la séance d'hypnose proprement dite	107
6)	Effet de la première séance sur la douleur et l'anxiété	112
D.	<i>2^{ème} rencontre</i>	115
1)	Préoccupations après l'intervention	115
2)	Douleurs postopératoires.....	115
3)	Anxiété postopératoire.....	116
4)	Souhait d'une 2 ^{ème} séance d'hypnose.....	117
5)	Attentes exprimées pour la 2 ^{ème} séance d'hypnose	117
6)	Type de séance réalisée.....	118
E.	<i>Vécu subjectif des patientes</i>	120
1)	Connaissance et pratique antérieure de l'hypnose.....	120
2)	Modalités d'inclusion	120
3)	Motivations pour participer	121
4)	Aide apportée par la 1 ^{ère} séance et commentaires sur le vécu	121
5)	Pratique de l'autohypnose	123
6)	Possibilité de renouveler ce type d'expérience	123
7)	Suggestions pour améliorer les conditions de l'utilisation de l'hypnose dans le service	124
8)	Commentaires libres	124
F.	<i>Questionnaire pour les soignants</i>	125
1)	Questionnaire pour les chirurgiens	125
2)	Questionnaire pour les anesthésistes	126
3)	Questionnaire pour les infirmiers d'annonce	126
G.	<i>Exemple de Mme I.</i>	128
1)	1 ^{ère} séance quatre jours avant l'intervention	128
2)	2 ^{ème} séance, après l'hospitalisation	129
H.	<i>Exemple de Mme J.</i>	132
1)	La consultation d'annonce	132
2)	1 ^{ère} séance la veille de l'intervention.....	132
3)	2 ^{ème} séance, quatre jours après l'intervention	135
4)	Questionnaire après le retour à domicile	137
	DISCUSSION	139
I.	LA POSITION DU PATIENT.....	139
II.	THERAPIE D'ACCOMPAGNEMENT ET CONTEXTE THERAPEUTIQUE	141
A.	<i>Limitations, problèmes et solutions</i>	141
B.	<i>Une thérapie d'accompagnement</i>	142
C.	<i>Explication de l'outil</i>	143
D.	<i>Choix de l'outil en fonction du patient</i>	144
E.	<i>Choix de l'outil par le thérapeute</i>	144
F.	<i>Choix de l'outil en fonction du temps</i>	145
G.	<i>Cas complexe de Mme J.</i>	146
III.	L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE : EMERGENCE D'UNE RELATION DE COOPERATION	149
A.	<i>Trois étapes communes à toute thérapie</i>	149
B.	<i>Faire le premier pas</i>	150
C.	<i>S'adapter à chacun des patients</i>	151
D.	<i>Rejoindre l'autre là où il est</i>	152

E.	<i>La réciprocité</i>	154
F.	<i>La résistance</i>	155
G.	<i>Créer de l'attente pour faire naître une différence</i>	156
IV.	UNE APPROCHE CORPORELLE	157
A.	<i>Orientation à la réalité et diagnostic sensoriel</i>	157
B.	<i>Le corps comme interface du rapport au monde</i>	158
V.	INTUITION ET CREATIVITE DU THERAPEUTE	159
VI.	APPRENTISSAGE, CHANGEMENT DE NIVEAU, ET AUTOHYPNOSE	160
A.	<i>Niveaux d'apprentissage</i>	160
B.	<i>Rendre le patient autonome</i>	161
C.	<i>Apprendre l'autohypnose</i>	162
VII.	DE LA DISSOCIATION A LA REASSOCIATION	163
VIII.	TRAVAIL EN INTERDISCIPLINARITE	164
IX.	QUELQUES REFLEXIONS ETHIQUES.....	165
PERSPECTIVES.....		166
I.	PERSPECTIVES CLINIQUES.....	166
A.	<i>Modalités de recrutement</i>	166
1)	<i>Comment se fait le recrutement ?</i>	166
2)	<i>Quelles patientes recruter ?</i>	166
B.	<i>Lieu de la séance</i>	167
C.	<i>Temps de la rencontre</i>	167
D.	<i>Durée de la rencontre</i>	168
E.	<i>Anxiété élevée avant la chirurgie</i>	169
F.	<i>Souffrance physique</i>	170
G.	<i>Ressources des patientes</i>	170
1)	<i>Intérêt majeur pour les médecines complémentaires</i>	170
2)	<i>« Etes-vous une femme active ? »</i>	171
H.	<i>Contenu personnalisé des séances</i>	171
I.	<i>Utilisation de l'hypnose à différents moments de la maladie</i>	171
II.	PERSPECTIVES DE RECHERCHE.....	172
A.	<i>Recherche et créativité</i>	172
B.	<i>Quid de la méthodologie ?</i>	172
C.	<i>Constituer une équipe de recherche</i>	173
CONCLUSION.....		174
BIBLIOGRAPHIE		175
ANNEXES		189
I.	LETTRE D'INFORMATION	189
II.	QUESTIONNAIRE DE 1 ^{ERE} SEANCE.....	190
III.	QUESTIONNAIRE DE DEUXIEME SEANCE	193
IV.	QUESTIONNAIRE HYPNOSE A DISTANCE	195
V.	LISTE DES ABBREVIATIONS.....	197

« Quelles conditions faut-il poser pour que nos existences puissent être modifiées ? La première est d'être à notre place dans notre monde, la seconde de décider d'y être. Car c'est de là seulement qu'une action efficace pourra être entreprise : l'imagination devient comme un levier auquel la décision donne son point d'application et lui permet de soulever l'obstacle au lieu de s'enfuir dans la rêverie ».

François Roustang, 1994.

INTRODUCTION

Nous avons souhaité pour cette thèse réaliser un travail sur l'intérêt et l'utilisation de l'hypnose et des thérapies brèves chez les patients atteints d'une pathologie somatique grave pouvant engager le pronostic vital. Comment le psychiatre, en tant que médecin, peut-il apporter une aide à ces patients confrontés à une crise à la fois physique, psychique et relationnelle c'est-à-dire familiale, sociale et spirituelle, avec remise en cause de leur relation à soi-même, aux autres et au monde ?

« Dans les grandes crises, le cœur se brise ou se bronze »^a.

Honoré de Balzac

« Les moments de crise produisent un redoublement de vie chez les hommes »^b.

François René de Chateaubriand

« De nos cris de douleur naîtront des mots d'amour »^c.

Michel Jonasz

La définition de l'Organisation Mondiale de la Santé est la suivante : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social ». Concept très ouvert... laissant une grande place à la créativité et au travail en interdisciplinarité pour pouvoir, malgré les manques de moyens actuels, améliorer la qualité des soins.

C'est dans une perspective de création de liens et de complémentarité des approches que nous avons voulu réaliser ce travail. Complémentarité entre la médecine fondée sur les preuves et les médecines dites « alternatives » ou « complémentaires » ne se substituant en aucun cas aux premières. Complémentarité entre les spécialités médicales et psychiatriques ayant permis de sortir d'une vision dualiste de l'homme « soma-psyché » pour aboutir à une approche plus complexe mais infiniment plus ouverte. Complémentarité entre la vision du médecin et celle des patientes auxquelles nous avons souhaité donner la parole.

^a Extrait de *La Maison du chat-qui-pelote*.

^b Extrait de *ses Mémoires d'outre-tombe*.

^c Extrait des paroles de la chanson *Les Mots d'amour*.

La question initiale était la suivante : l'hypnose peut-elle prévenir l'apparition du syndrome douloureux post-mastectomie dans les suites d'une chirurgie du cancer du sein ? Répondre à cette question nécessitait la mise en place d'un essai clinique de grande envergure, impossible à mener dans le temps imparti. Nous avons choisi de privilégier une première approche descriptive et qualitative sur un petit nombre de patientes. Une bonne prise en charge de la douleur et de l'anxiété autour de l'intervention pourrait diminuer l'incidence de ce syndrome. Par ailleurs des études ont montré l'intérêt de l'hypnose sur la douleur et l'anxiété lors du temps chirurgical. En tant qu'interne en formation, nous avons proposé un protocole novateur d'hypnose en deux temps : une première séance la veille de l'intervention et une seconde après la chirurgie lors de l'hospitalisation. Nous étudions la faisabilité de ce protocole.

« Il faut le dire d'emblée : il n'existe à ce jour aucune approche alternative capable de guérir le cancer. Aujourd'hui, il est impensable de prétendre soigner le cancer sans recourir aux techniques remarquables mises au point par la médecine occidentale : chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, immunothérapie, et bientôt thérapie génique.

Toutefois, il est tout aussi déraisonnable de s'en remettre uniquement à ces approches conventionnelles et de négliger la capacité naturelle de notre corps à se protéger contre les tumeurs, que ce soit pour prévenir la maladie ou pour accompagner les traitements ».

Pr David Servan-Schreiber¹⁹⁸

Mais comment « préparer » ces patientes ? Le psychiatre ne pouvant se substituer à l'anesthésiste, il utilise ses connaissances de thérapeute... Nouer une relation de respect, de reconnaissance de la souffrance aussi bien physique que psychique, de confiance, de sécurité avec ces femmes parfois déjà blessées par la maladie, mais ô combien demandeuses d'échange et d'une relation de partage réciproque. La participation à un protocole rend aussi compte du souhait d'aide active de la patiente à l'amélioration des pratiques. Au contact de leurs ressources, elles retrouvent leur caractère de « femme active », affirmation très forte face à la maladie. Bien souvent, elles connaissent déjà les médecines dites alternatives. La nouveauté du protocole est une incitation pour le thérapeute à puiser dans sa créativité pour permettre à chacune d'expérimenter une transe orientée vers un objectif de mieux-être personnel : s'apaiser, se préparer à la chirurgie, préparer un voyage, se réconcilier avec ses voisins... Au thérapeute et au lecteur de se laisser surprendre par les compétences des patientes et de les accompagner à la découverte de leur chemin.

Dans une première partie de l'étude théorique, nous évoquerons d'abord quelques clefs permettant de mieux comprendre l'intérêt d'une étude sur le cancer du sein et les complications possibles de cette chirurgie. Nous rappellerons quelques concepts utiles sur la douleur, sur les liens entre douleur, anxiété et dépression et notamment l'intérêt de l'évaluation psychologique et psychiatrique pour les douleurs évoluant depuis plus de 6 mois. Nous nous intéresserons ensuite au concept de qualité de vie en lien avec la définition de la santé de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Enfin, nous pointerons l'importance que les patients donnent aux médecines alternatives.

Dans une seconde partie théorique, nous retracerons les liens entre hypnose et thérapie, à partir de leur histoire commune. Nous proposerons plusieurs définitions de l'hypnose avant d'aborder quelques techniques propres au processus hypnotique sans vouloir proposer un manuel d'hypnose. Nous aborderons l'utilisation médicale de l'hypnose et les stratégies de changement avant de montrer les techniques communes entre hypnose et thérapies brèves ayant été utiles à notre travail clinique.

Dans une troisième partie théorique, nous explorerons à travers l'histoire les liens entre hypnose, anesthésie et chirurgie. Nous décrirons quelques contextes d'interventions hypnotiques en pratique anesthésique, en insistant sur les études récentes proposées en sénologie.

Dans une quatrième partie, nous découvrirons les autres indications de l'hypnose en cancérologie, notamment dans la prise en charge de la douleur, des nausées-vomissements, en radiothérapie, en soins palliatifs, et les liens entre hypnose et immunocompétence.

Enfin, nous découvrirons le travail de psychiatrie de liaison à travers son histoire, ses missions et fonctions, ses bases théoriques, et ses spécificités dans le champ de l'oncologie.

Puis nous passerons à la partie clinique de notre travail. Nous souhaitons évaluer l'impact d'une séance d'hypnose avant la chirurgie et d'une seconde en postopératoire sur la douleur (intensité et tolérance) et l'anxiété. Cependant, ce type de protocole clinique en deux temps n'a encore jamais été proposé. Nous avons exploré sa faisabilité sur un petit échantillon, le contenu des séances, le vécu subjectif au cours d'une séance d'un point de vue général et sur les niveaux de douleur et d'anxiété, la satisfaction des patientes, le vécu du thérapeute, ainsi que les croyances du personnel soignant. Nous laissons une place importante aux paroles des patientes et présentons quelques scripts de séances réalisées.

Nous discuterons ensuite de ce contexte de thérapie d'accompagnement aux modalités paradoxales. Nous insisterons sur l'intérêt de la création d'une alliance thérapeutique de qualité pour faire émerger une relation de coopération. Nous mettrons en avant la dimension corporelle de ce type de thérapie, utilisant la créativité du thérapeute et les capacités d'apprentissage des patientes avant de constater la richesse du travail en interdisciplinarité pratiqué dans un objectif de complémentarité des places et des rôles de chacun.

Enfin nous exposerons les perspectives cliniques et de recherche qu'ouvre ce travail concernant l'utilisation de l'hypnose chez les patientes allant être opérées d'un cancer du sein par mastectomie.

ETUDE THEORIQUE

I. PROBLEMATIQUE

A. INTERET D'UNE ETUDE SUR LE CANCER DU SEIN

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme dans les pays occidentaux. Dans le monde, plus de 1 050 000 nouveaux cas de cancer du sein surviennent chaque année, dont plus de 580 000 dans les pays développés (Europe de l'ouest, Amérique du nord) où l'incidence est 4 à 5 fois plus haute qu'en Afrique ou en Asie. Il est responsable chaque année de plus de 400 000 décès de femmes.

On estime qu'en France en 2005, 49 814 nouveaux cas ont été diagnostiqués et 11 201 décès sont liés à ce cancer. Il représente 36,7% de l'ensemble des nouveaux cas de cancer chez la femme. Le risque pour une femme de développer un cancer du sein est de 12% et le risque de décès de 4%. Aujourd'hui ce cancer touche 1 femme sur 9 et 1 femme sur 25 en meurt. L'incidence a presque doublé en 25 ans, passant de 56,8 en 1980 à 101,5 en 2005. Cette augmentation peut s'expliquer en partie par la généralisation du dépistage individuel et par le dépistage organisé. Dans le même temps la mortalité n'a que très peu augmenté, probablement en raison de la précocité du diagnostic et des progrès thérapeutiques. Le taux de survie à 5 ans, tous stades confondus, est de 85 %. C'est l'un des meilleurs taux européens. En fonction des stades au moment du diagnostic, ce taux varie de 100 % à 20 %, à 5 ans (INCA, 2007)¹⁰².

L'âge moyen d'apparition du cancer est d'environ 60 ans. Plus de 50 % des cancers sont observés après 65 ans, près de 10 % avant 35 ans. L'incidence croît régulièrement de 30 à 70 ans. Il existe cependant des cancers survenant plus jeune et environ 15 à 20 % des cancers sont diagnostiqués avant 50 ans. Dans cette tranche d'âge, on retrouve plus fréquemment les cancers familiaux avec mutation chromosomique BRCA1 et BRCA2 (Breast Cancer 1 et 2). Ces gènes confèrent une prédisposition familiale au cancer du sein et au cancer de l'ovaire.

L'annonce d'une lésion mammaire vient bouleverser l'image corporelle, la féminité, l'intimité, d'autant plus qu'une intervention chirurgicale est proposée évoquant alors la mutilation. Sa découverte est toujours une épreuve pour une femme, avec une appréhension de la maladie, de ses traitements et de la mort. C'est une maladie perçue comme fréquente et redoutée, ne conduisant plus aujourd'hui inéluctablement au décès mais assimilée à une maladie chronique avec un avenir incertain. L'énoncé du diagnostic peut engendrer un bouleversement plus ou moins important des repères, une perte de contrôle et un vécu d'impuissance. Lors du diagnostic peuvent surgir de la peine, de la colère, une intense peur. L'individu peut basculer dans le désarroi, expression psychique du passage au statut de patient. Comme le rappelle Stiefel²⁰⁹, psychiatre de liaison suisse, des choses apparemment banales – comme la planification des vacances – ou plus profondes – comme l'organisation de la famille – se trouvent remises en question.

La plupart des femmes font face à cette crise sans développer de troubles psychiatriques majeurs ou de sévère dysfonction sexuelle. Plus à distance de cette période de « choc » diagnostique, un profond remaniement identitaire peut survenir. Proposer un accompagnement est donc nécessaire, du diagnostic au traitement et jusqu'au suivi.

B. COMPLICATIONS DE LA CHIRURGIE

Les progrès actuel de l'anesthésie-réanimation et de la chirurgie visent à réduire la morbidité péri-opératoire, les complications postopératoires, la durée d'hospitalisation et les coûts de soins de santé.

1) Hypnose et diminution des complications aiguës

Bien que les médications actuelles utilisées lors des procédures chirurgicales soient efficaces pour diminuer les douleurs et améliorer l'acceptabilité de la chirurgie, il demeure des effets secondaires cliniquement significatifs, comme la douleur post-chirurgicale, les nausées et la fatigue (Loeser, Melzack 1999¹³³ ; Mann 1998¹⁴⁰ ; Watcha, White 1992²²⁴). Ces complications prolongent fréquemment le temps en salle de réveil, retardent la date de sortie, mènent à des réadmissions non anticipées et requièrent de nouveaux traitements médicamenteux, tout cela associé à une augmentation des coûts (Cleeland 1984⁴¹ ; Chung, Ritchie et al. 1997³⁹ ; Montgomery, Duhamel et al. 2000¹⁵⁶).

Lors des chirurgies longues, des quantités plus importantes de sédatifs sont utilisées, les patients ont donc davantage tendance à avoir des nausées (Watcha, White 1992²²⁴). Les douleurs après ces chirurgies sont plus fréquentes (Redd, Montgomery et al. 2001¹⁸⁰), la récupération est plus longue (Waddle, Evers et al. 1998²²²). D'un point de vue socio-économique, il semble que la diminution de la durée de la chirurgie soit le facteur contribuant le plus aux économies (Montgomery, Bovberg et al. 2007¹⁵⁴).

Le développement d'interventions non-pharmacologiques pouvant diminuer la consommation médicamenteuse et les symptômes secondaires au traitement pourraient donc avoir un très grand impact. Les patients pourraient bénéficier d'un temps de chirurgie moindre, avec une utilisation moindre de sédatifs. Plusieurs méta-analyses (Montgomery, Duhamel et al. 2000¹⁵⁶ ; Montgomery, David et al. 2002¹⁵⁵), revues scientifiques (Redd, Montgomery et al. 2001¹⁸⁰ ; Patterson, Jensen 2003¹⁶⁷) et essais cliniques randomisés (Spiegel, Giese-Davis 2003²⁰³ ; Enqvist, Bjorklund et al. 1997⁶⁴ ; Faymonville, Fissette et al. 1995⁷⁴ ; Lang, Berbaum et al. 2006¹²⁶) ont tous montré l'utilité clinique potentielle de l'hypnose en chirurgie du cancer du sein. Cette chirurgie est une opportunité pour montrer tout le bénéfice de l'utilisation de cette technique.

L'utilisation de l'hypnose requiert une bonne coopération de l'équipe d'anesthésie, de chirurgie et du patient. Cette coopération renforce les effets positifs de l'utilisation de l'hypnose pour le patient.

2) Complications douloureuses séquellaires : quid d'un effet préventif de l'hypnose ?

La chirurgie du sein peut entraîner des douleurs chroniques séquellaires regroupant, d'après l'International Association of Study of Pain (IASP), les douleurs aiguës postopératoires, les douleurs du sein fantôme et le syndrome douloureux post-mastectomie (SDPM) ou syndrome post-dissection axillaire.

Epidémiologie, définition du syndrome douloureux post-mastectomie

Au-delà du temps de la chirurgie, le syndrome douloureux post-mastectomie est l'une des complications à plus long terme. Sa fréquence est variable suivant les cohortes : de 20% (Smith, Bourne et al. 1999²⁰⁰) à 65% (Stevens, Dibble et al. 1995²⁰⁸ ; Labreze, Dixmerias-Iskandar et al. 2007¹²²). Il entre dans le cadre des douleurs neuropathiques. Il est défini par l'IASP comme « une douleur chronique débutant immédiatement ou précocement après une mastectomie ou une tumorectomie et affectant le thorax antérieur, l'aisselle et/ou le bras dans sa moitié supérieure » (International Association for the Study of Pain, 1994¹⁰³). L'incidence de ce syndrome reste encore sous estimée par les praticiens (Carpenter, Andrykowski et al. 1998³⁴ ; Fassoulaki, Sarantopoulos et al. 2001⁷²).

Watson décrit en 1989 le syndrome douloureux post-mastectomie (Watson, Evans et al. 1989²²⁵). Il y associe les critères cliniques suivants :

- absence de maladie récurrente locale,
- après élimination des autres causes de douleurs post-mastectomie,
- présence de douleurs à type de dysesthésies ipsilatérales à la mastectomie, localisées à la région thoracique antérieure et/ou la région axillaire et/ou à la partie supérieure et antéro-interne du bras,
- douleurs persistantes depuis au moins trois mois,
- avec à l'examen clinique, au niveau de la région douloureuse, la présence d'une allodynie et/ou d'une hyperesthésie et/ou de paresthésies.

C'est une douleur qui débute immédiatement ou à distance de l'intervention et qui persiste sans prise en charge.

Etiologie, facteurs de risque du SDPM (Labreze, Dixmerias-Iskandar et al. 2007¹²²)

L'explication physiopathologique la plus communément admise est celle de l'atteinte du 2ème nerf intercosto-brachial lors de la chirurgie mammaire avec curage axillaire (Vecht, Van De Brand et al. 1989²²¹ ; Caffo, Amichetti et al. 2003³²).

Le respect de ce nerf, en peropératoire, n'évite pas toujours la survenue de ce syndrome.

Seule l'ablation du ganglion sentinelle limiterait significativement la survenue du syndrome.

L'atteinte multiple nerveuse peut également être secondaire à une ischémie, une compression, une dissection, un lymphoedème, une fibrose radique.

- Certains paramètres augmentent le risque de syndrome douloureux post-mastectomie :
- l'âge : les jeunes femmes sont plus touchées (Miguel, Kuhn et al. 2001¹⁵¹; Smith, Bourne et al. 1999²⁰⁰),
 - un indice de masse corporelle élevé (Fassoulaki, Sarantopoulos et al. 2001⁷¹),
 - l'augmentation de la taille tumorale (Miguel, Kuhn et al. 2001¹⁵¹),
 - la mauvaise technique chirurgicale (Tasmuth, Blomqvist et al. 1999²¹²),
 - le nombre de ganglions envahis (Miguel, Kuhn et al. 2001¹⁵¹),
 - une chimiothérapie et/ou une radiothérapie (Miguel, Kuhn et al. 2001¹⁵¹),
 - les complications postopératoires telles infections et saignements ou lymphocèle (Miguel, Kuhn et al. 2001¹⁵¹),
 - l'anxiété-trait, l'anxiété-état et l'utilisation de stratégies de type auto-accusations (Bonnaud, Chabrol et al. 2002²⁰),
 - la mauvaise prise en charge de la douleur aiguë postopératoire fait le lit de la douleur séquellaire et chronique (Tasmuth, Von Smitten et al. 1996²¹⁴).

En 1996, Tasmuth, Von Smitten et Kalso²¹⁴ suivent pendant un an une cohorte de 93 femmes vues avant une chirurgie du cancer du sein non métastatique, puis à 1, 6 et 12 mois. Les scores d'anxiété et de dépression étaient plus élevés avant la chirurgie, puis diminuaient avec le temps et étaient corrélés de façon positive aux événements stressants préopératoires. Un an après la chirurgie, 80% des femmes avaient des symptômes liés à la chirurgie au niveau de la cicatrice. Toutes les patientes présentaient des symptômes au niveau du bras homolatéral : un engourdissement dans 75% des cas, un œdème dans le bras homolatéral dans 30% des cas, un syndrome du sein fantôme dans 25% des cas.

L'une des difficultés de cette douleur est sa persistance pour une majorité de femmes quand elle est apparue après une dissection axillaire, et ce quel que soit le délai d'apparition après la chirurgie (Hack, Cohen et al. 1999⁹¹).

Intérêt d'une approche préventive

- Au vu des facteurs de risque, les traitements suivants pourraient être proposés :
- L'anxiolyse préventive serait bénéfique (Bonnaud, Chabrol et al. 2002²⁰).
 - L'analgésie préemptive reste controversée pour l'anesthésie locale en infiltration, les AINS, les antihyperalgésiques, les opioïdes (Ong, Lirk et al. 2005¹⁶⁵) :
 - les AINS ne montrent pas d'effet préventif (Lakdja, Dixmerias et al. 1997¹²³),
 - la capsaïne diminue la douleur et le prurit du SDPM surtout en cas de névrome (Hautkappe, Roizen et al. 1998⁹⁶),
 - des perspectives intéressantes sont offertes comme co-antalgique par les agents alfa-2-agonistes, les antagonistes NMDA, les bloqueurs des canaux sodiques et calciques, les CCK-antagonistes des récepteurs NK-1 (Kalso 2005¹⁰⁹),
 - l'EMLA (anesthésique local contenant de la lidocaïne et de la prilocaïne) en préincisionnel réduit à 3 mois la demande antalgique et l'incidence et l'intensité du SDPM (Fassoulaki, Sarantopoulos et al. 2000⁷¹).
 - De faibles doses d'antidépresseurs ont un effet préventif notamment l'amitriptyline (Kalso, Tasmuth et al. 1996¹⁰⁸) et la venlafaxine (Tasmuth, Hartel et al. 2002²¹³ ; Reuben, Makari-Judson et al. 2004¹⁸¹).
 - La gabapentine (1200 mg) utilisée en analgésie multimodale permet de réduire de 50% la consommation de morphine postopératoire et la douleur secondaire au mouvement après une mastectomie radicale (Dirks, Fredensborg et al. 2002⁶⁰).

NB : La lutte contre les douleurs péri-opératoires peut faire appel à l'analgésie multimodale aussi bien qu'à l'analgésie préemptive. L'analgésie préemptive est un traitement antinociceptif destiné à prévenir la réalisation d'une sensibilisation centrale modifiée de l'input afférent provenant de zones du corps ayant subi un dommage et/ou un traumatisme. L'analgésie multimodale renvoie à l'utilisation de deux analgésiques ou plus pendant les périodes préopératoire, péri-opératoire et postopératoire.

En 2007, Dixmérias et Rasclé et al.⁶¹ souhaitent préciser les facteurs cliniques et psychologiques prédictifs du SDPM, les hypothèses cliniques physiopathologiques étant multiples. Ils réalisent une étude prospective, multicentrique chez 154 patientes devant bénéficier d'une tumorectomie ou mastectomie, avec curage axillaire. À chaque temps de l'étude (J-1, H + 2, J1, J6, et 6 mois), l'évaluation était d'une part clinique avec description des douleurs, et d'autre part psychologique avec recherche de variables psychologiques (névrosisme, répression des émotions négatives, alexithymie, dramatisation, évitement, sollicitude perçue, détresse émotionnelle). À 6 mois, le diagnostic de SDPM était posé selon les critères de Watson²²⁵. Un SDPM était retrouvé chez 29 % des patientes. Les facteurs de risques significatifs de SDPM étaient : une douleur préopératoire, une titration de morphine postopératoire, le souvenir d'une douleur postopératoire, en préopératoire l'anxiété dispositionnelle et un faible contrôle de la tristesse, en post-opératoire une dramatisation élevée et des troubles anxio-dépressifs. L'interaction de certains facteurs psychologiques et cliniques peut donc expliquer l'apparition du SDPM après chirurgie pour cancer du sein.

La recherche de ces facteurs et une prise en charge globale interdisciplinaire dès l'annonce de la maladie des patientes à risques (prise en charge optimale des douleurs, apprentissage des stratégies fonctionnelles face à la douleur, soutien psychologique), permettraient de prévenir la chronicisation des douleurs tout en réduisant les troubles anxieux et dépressifs consécutifs.

C. CONCEPT DE DOULEUR

1) Définition

L'Association Internationale d'Etude sur la Douleur définit celle-ci comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire réel ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage » (I.A.S.P., 1994¹⁰³), définition qui reprend celle de Merskey en 1976.

L'intérêt de cette définition est de mettre sur un même plan les dimensions sensorielles et affectives. Le traitement d'une information nociceptive s'effectue en parallèle au niveau de différentes structures centrales : très schématiquement, le thalamus latéral et le cortex pariétal pour la composante sensori-discriminative, le système réticulaire, le thalamus médian et le système limbique pour la composante affective.

La douleur est avant tout une expérience subjective, phénomène essentiellement central modulé par les expériences antérieures, le vécu actuel, les processus d'anticipation. Ces différents facteurs, non objectivables, contribuent largement aux difficultés de quantification de la douleur. Il convient donc d'abandonner une distinction trop restrictive entre douleur somatique et psychologique. La reconnaissance de l'existence d'un mécanisme central, essentiellement neuropsychologique, aide à mieux comprendre les notions fréquentes de discordance anatomo-clinique, voire de sensibilité au placebo.

Ainsi, peut-on mettre à distance le point de vue restrictif suivant de « douleur causée par un stimulus périphérique » afin de mieux comprendre l'absence éventuelle de parallélisme entre l'étendue d'un dommage tissulaire et la sévérité d'une douleur. En effet, de nombreux phénomènes neurophysiologiques et neuropsychologiques interviennent dans l'intégration centrale du message nociceptif.

2) Les composantes de la douleur

Melzack et Wall ont décrit en 1982 les quatre composantes de la douleur, sous-entendues dans la définition de l'IASP : les dimensions sensori-discriminatives, affectivo-émotionnelles, cognitives et comportementales.

La composante sensori-discriminative

Elle correspond aux mécanismes neurophysiologiques permettant le décodage de la qualité (brûlure, décharge électrique, piqûre, fourmillement, torsion...), de l'intensité, de la durée (permanente, brève, paroxystique, répétée) et de la localisation du message sensoriel. Cette composante peut être erronée et reste parfaitement subjective. La douleur peut ainsi parfois manquer, n'apparaître qu'à un stade avancé ou au contraire apparaître de façon très précoce ou particulièrement intense. Cette description sensorielle est souvent la première à être prise en considération dans l'évaluation de la douleur. Elle renvoie à l'aspect nociceptif de la douleur.

La composante affectivo-émotionnelle

Elle renvoie à la part affective et aux émotions liées à la douleur, dans une tonalité le plus souvent désagréable, pénible, parfois insupportable. Cette composante fait partie intégrale de l'expérience douloureuse, pouvant aller de la simple peur engendrée par l'alarme douloureuse à la « peur d'avoir mal » avec création d'anxiété anticipatoire en passant par le souvenir d'une douleur antérieure (souvenir de l'émotion associée à la douleur) pouvant être réactivée par les circuits de la mémoire. Ses états peuvent se prolonger dans un continuum vers des états plus indifférenciés comme l'anxiété ou la dépression. Cette composante est à la fois déterminée par le stimulus nociceptif mais également par le contexte dans lequel il est perçu. L'histoire personnelle du sujet, les représentations de la maladie, les antécédents de douleur, l'incertitude sur l'évolution sont autant de facteurs qui viennent moduler la composante affective de la douleur.

La composante cognitive

C'est l'ensemble des processus mentaux susceptibles d'influencer la perception de la douleur et les réactions comportementales associées (processus d'attention, de distraction, signification donnée à la douleur, anticipations antérieures personnelles ou observées, décisions sur le comportement à adopter, attitude de l'environnement). Là aussi, les expériences antérieures, vécues ou observées, viennent moduler cette composante.

La composante comportementale

C'est l'ensemble des manifestations verbales et non-verbales chez la personne qui souffre (pleurs, plaintes, gémissements, mimique, posture antalgique...). Ce sont des signes d'expression de la douleur et des indicateurs de l'impact de la douleur. Ces manifestations assurent une fonction de communication avec l'entourage, en particulier chez les enfants. Ainsi, les standards sociaux tels l'âge ou le sexe, les apprentissages antérieurs fonction de l'environnement familial, social, culturel, influencent la réaction d'un individu face à sa douleur.

3) Classification des douleurs

En fonction du facteur temps

La douleur aiguë a fonction de signal d'alarme, alertant sur l'existence d'un traumatisme, d'une lésion tissulaire, d'une pathologie en cours d'installation. Son mécanisme générateur est souvent simple et monofactoriel. Cette douleur est utile et protectrice. C'est un symptôme orientant l'indispensable démarche diagnostique. Elle est récente, transitoire et dure moins de trois mois. Cette douleur peut être perçue d'un point de vue affectif comme un stress et être à l'origine de symptômes anxieux, avec un possible retentissement socioprofessionnel temporaire. L'objectif est la disparition complète du symptôme avec une thérapeutique adaptée à son intensité.

La douleur devient chronique quand elle dure plus de trois à six mois, ce qui montre l'effet « nocif » du facteur temps. Elle est souvent beaucoup plus complexe, pouvant être plus ou moins sensible aux traitements usuels. Une douleur rebelle à un traitement symptomatique et étiologique bien adapté doit faire évoquer un syndrome douloureux chronique évoluant pour son propre compte et pouvant alors devenir une véritable « douleur-maladie », sans corrélation anatomo-clinique. Dans ce contexte, la douleur a perdu toute valeur protectrice. Elle peut alors avoir des répercussions sur les plans physique, psychologique avec des répercussions familiales, professionnelles et sociales. La douleur peut être maintenue : par des modifications anatomiques, par une mauvaise adaptation émotionnelle, comportementale ou sociale. Sa physiopathologie reste incertaine. La douleur n'a alors plus de fonction biologique, elle peut mobiliser totalement l'individu, devenir la préoccupation principale, formant un vécu d'« hypnose négative ». Cette situation ne peut qu'accentuer une véritable détresse psychologique tout en renforçant l'attention accordée à la douleur. Une dépression s'associe alors fréquemment au vécu douloureux chronique.

La douleur chronique est donc multifactorielle : il s'agit d'un véritable événement bio-psychosocial dont les différentes composantes imposent un temps d'évaluation suffisant, voire l'aide de plusieurs intervenants au sein d'une structure pluridisciplinaire.

Douleurs aiguës, douleurs persistantes et douleurs chroniques se situent sur un continuum subtil tant sur le plan physiopathologique que clinique ou thérapeutique.

En fonction des mécanismes générateurs

On distingue classiquement plusieurs types de douleur selon le mécanisme physiopathologique :

Les douleurs par excès de nociception. Elles correspondent à la forme typique de la douleur symptôme. Elles sont dues à des lésions des tissus périphériques, provoquant un excès d'influx douloureux dans le système nerveux par excès de stimulation des nocicepteurs périphériques. Les processus lésionnels sont de nature inflammatoire, ischémique, ou par stimulation mécanique importante (étirement musculo-ligamentaire, fracture, distension viscérale...). Au stade chronique, on retrouve ces mécanismes dans des pathologies lésionnelles persistantes, par exemple dans les pathologies rhumatismales chroniques ou les cancers. Ces douleurs apparaissent selon un rythme mécanique (augmentation de la douleur par l'activité physique) ou inflammatoire (réveil nocturne par douleur). Les analgésiques sont le plus souvent efficaces.

Les douleurs par lésion périphérique ou centrale du système nociceptif. On parle de douleurs neuropathiques, neurogènes, ou de déafférentation (par exemple, étirements de plexus, atteintes thalamiques). Elles sont dues à un dysfonctionnement du système nerveux périphérique (section d'un nerf, zona, neuropathie diabétique...) ou central (traumatisme médullaire, accident vasculaire cérébral...). Ces douleurs peuvent se manifester en l'absence de stimulus, la douleur peut alors être permanente avec sensation de brûlure, d'étai, de broiement... ou elles peuvent se déclencher devant un stimulus normalement non douloureux, perçu de façon exagérée à type de décharges électriques ou d'éclairs brefs. La symptomatologie caractéristique est composée de paresthésies (sensations anormales non douloureuses à type de fourmillements, de picotements, d'engourdissement), de dysesthésies (sensations anormales désagréables), d'allodynie (douleur provoquée par une stimulation normalement non douloureuse, mécanique ou thermique), d'hyperalgésie (perception douloureuse anormalement intense à un stimulus douloureux) et d'hyperpathie (syndrome douloureux caractérisé par une réponse disproportionnée à un stimulus, avec fréquemment une sensation d'irradiation et de rémanence témoignant d'une véritable sommation spatiale et temporelle). Le questionnaire DN4 peut être utile pour faire le diagnostic de douleurs de type neuropathique.

	Excès de nociception	Douleur neuropathique
Physiopathologie	Stimulation des nocicepteurs	Lésion nerveuse périphérique ou centrale
Sémiologie	Rythme mécanique ou inflammatoire	Composante continue (brûlure) Composante intermittente, fulgurante (décharges électriques) Dysesthésies (fourmillements, picotements)
Topographie	Régionale sans topographie neurologique	Topographie neurologique périphérique (nerf, racine...) ou centrale (hémicorps...) systématisée
Examen clinique	Examen neurologique normal	Zones d'hypoesthésie, d'anesthésie, d'hyperesthésie, d'allodynie

Les douleurs par stimulation locale du système sympathique s'expriment à la fois sous la forme d'un excès de nociception, de signes évocateurs d'une composante neuropathique, mais également de perturbations sympathiques (troubles sudoraux, vasomoteurs et trophiques). L'ensemble est actuellement défini sous la forme de syndromes douloureux régionaux complexes (algodystrophie, causalgie).

Les douleurs par désordre émotionnel sévère modifiant l'intégration du message douloureux conscient (douleurs autrefois appelées « psychogènes »). Si l'on reprend le DSM-IV-TR³, les « syndromes douloureux chroniques » sont classés parmi les troubles somatoformes qui regroupent :

- Le Trouble somatisation
- Le Trouble somatoforme indifférencié
- Le Trouble de conversion
- Le Trouble douloureux
- L'Hypocondrie
- Le Trouble : Peur d'une dysmorphie corporelle
- Le Trouble somatoforme non spécifié.

Fauchère⁷³, médecin suisse, s'est interrogé sur les syndromes douloureux médicalement inexplicables de diagnostic complexe. Le diagnostic de Trouble douloureux repose sur quelques éléments clefs : la douleur est la plainte principale, elle est médicalement inexplicée. Il existe un sentiment de détresse avec conflits émotionnels, et d'éventuels problèmes psychosociaux. La douleur a une valeur relationnelle et sociale. Les diagnostics différentiels sont nombreux : autres troubles somatoformes, douleur d'origine organique présentée de façon démonstrative, fibromyalgie, dépression, majoration de symptômes pour des raisons psychologiques, facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classés ailleurs, troubles factices et simulation.

Les douleurs de mécanisme mal connu (douleurs sine materia). Par exemple, les céphalées de tension, les fibromyalgies, les douleurs myofasciales, les algies pelviennes.

Enfin les douleurs de mécanisme mixte (souvent inflammatoires et neuropathiques), probablement le mécanisme le plus répandu. Elles sont souvent rencontrées en pratique clinique quotidienne (douleurs évoluant dans un contexte de cancer, associant à la fois un excès de nociception directement lié à l'évolutivité de la maladie et une composante neuropathique, liée à un dysfonctionnement du système nerveux périphérique consécutif à l'envahissement lésionnel ou aux traitements par chirurgie, radiothérapie, ou chimiothérapie).

4) Douleurs postopératoires et chirurgie du cancer du sein

Il est désormais bien admis qu'une douleur postopératoire sévère augmente le risque de douleur chronique après ce type de chirurgie. Ce risque est augmenté chez les jeunes femmes, célibataires, avec une chirurgie plus invasive, et avec un défaut d'ajustement émotionnel en préopératoire. La seule variable indépendante prédisant une douleur importante deux jours après la chirurgie est l'anxiété préopératoire (Katz, Poleshuck et al. 2005¹¹²). Les patientes ayant des niveaux élevés d'anxiété et de dépression préopératoires sont plus à risque de douleurs aiguës postopératoires et de consommation d'antalgiques majeurs (Ozalp, Sarioglu et al. 2003¹⁶⁶). Il faut noter que les symptômes douloureux postopératoires sont persistants chez la majorité des femmes atteintes d'un cancer du sein (Hack, Cohen et al. 1999⁹¹). Les sensations désagréables éprouvées par les patientes seraient interprétées comme les signes d'une évolution défavorable de leur maladie, ce qui amplifierait leurs réactions anxiodépressives (Bonnaud, Chabrol et al. 2002²⁰).

Les études en population générale montrent que les sujets souffrant de douleurs chroniques ont des prévalences plus élevées de troubles anxieux et dépressifs que les sujets exempts de troubles douloureux (Dersch, Polatin et al. 2002⁵⁸ ; MacBeth, Macfarlane et al. 2002¹³⁵). La dépression serait une conséquence de la douleur chronique (Fishbain, Cutler et al. 1997⁸⁰). Dans les suites d'une chirurgie du cancer du sein, les troubles de l'humeur sont d'autant plus importants que des complications postopératoires se présentent (Tobin, Lacey et al. 1993²¹⁶).

5 ans après la chirurgie, les sensations désagréables sont moins fréquentes, sévères et stressantes après une biopsie du ganglion sentinelle (hypersensibilité et sensation d'élançement) qu'après une dissection axillaire complète (sensation de tassement et d'engourdissement). Cette différence est plus frappante chez les femmes ayant bénéficié d'une chirurgie conservatrice versus une chirurgie radicale. Le syndrome du sein fantôme est plus fréquemment rapporté chez les patientes ayant subi une mastectomie (Baron, Fey et al. 2007⁹).

3 mois après la chirurgie, la détresse psychologique est très significativement plus élevée chez les femmes ayant des antécédents de dépression (Maunsell, Brisson et al. 1992¹⁴⁸).

5) Intérêt d'un bilan psychiatrique dans l'évaluation d'une douleur

Dans des situations atypiques et/ou complexes, l'évaluation d'un syndrome douloureux est particulièrement difficile. La douleur est-elle la cause ou la conséquence d'une perturbation psychologique plus ou moins évidente? De nombreux paramètres affectifs, familiaux et/ou socio-professionnels peuvent contribuer à l'amplification et à l'entretien d'un symptôme douloureux.

Il s'agit d'abord de replacer la douleur non seulement dans l'histoire de la maladie mais également dans l'histoire du patient. La composante sensori-discriminative étant souvent bien connue, car la première évaluée, il peut être utile de se pencher sur les autres composantes moins souvent explorées.

Quelles sont les pensées associées à la douleur, quelle signification le patient lui donne-t-il ? La réponse à ces questions permet d'évaluer les mécanismes de mémorisation, de motivation et d'anticipation intervenant dans l'expression d'une douleur et de détecter ainsi des pensées dysfonctionnelles. Puis il convient de s'interroger sur la composante affective intervenant dans la genèse et l'entretien d'une douleur, de l'anxiété jusqu'à la dépression. Les réactions émotionnelles dépendent pour beaucoup de l'éducation, du mode de vie, de la culture, des convictions morales et religieuses de l'individu. Enfin les facteurs comportementaux peuvent révéler des difficultés dans la relation à soi-même et dans les relations interpersonnelles, familiales et sociales.

Il est utile de questionner les antécédents personnels et familiaux en ce qui concerne la douleur et les troubles psychiques et psychiatriques. Le bilan peut également rechercher un faisceau d'arguments évocateur d'une personnalité pathologique pouvant intervenir dans l'expression de la douleur, ainsi qu'un syndrome somatoforme. Il est également important de repérer les consommations d'alcool, de tabac, ou d'autres substances psycho-actives, dont les antalgiques, pouvant engendrer des phénomènes d'abus ou de dépendance. Des troubles du sommeil ou de l'adaptation peuvent également être repérés. Enfin il convient de rechercher la présence d'une auto ou hétéroagressivité, la présence d'idées suicidaires et si besoin de scénario associé.

La question d'ordre pratique « aider à penser ou aider à faire face ? » de Consoli (Consoli, 1997⁴⁵) renvoie le psychiatre de liaison à une réflexion plus théorique, devant le choix entre deux modèles explicatifs et schématiques de la somatisation. L'approche peut être analytique, axée sur la compréhension des phénomènes. Le but est alors d'aider à penser avec le risque de surestimer la part intrapsychique du symptôme. L'approche peut être plus cognitive ou comportementale, visant à rendre tolérable l'expérience de la maladie, à renforcer les capacités d'ajustement au stress, pour mieux composer avec la situation vécue ; le risque est alors la surestimation des paramètres externes à l'individu.

L'approche peut être autre, avec utilisation d'hypnose conversationnelle, centrée sur les solutions et les ressources du patient comme le fait Steeve de Shazer ou axée sur la recherche des tentatives de solution comme dans le modèle de Palo Alto ou tout autre encore selon l'orientation de l'évaluateur.

Cet entretien peut parfois être élargi à l'entourage afin d'évaluer les interactions avec l'environnement susceptibles d'intervenir dans le comportement du patient douloureux, depuis un excès de sollicitude, une acceptation jusqu'à une indifférence, voire un refus.

Dans le cadre de cette évaluation globale, peut faire suite une prise en charge basée sur la notion d'apprentissage (techniques de relaxation, autohypnose, perception de l'inactivité, de l'inoccupation, possibilité d'une réinsertion de l'individu tant sur le plan familial que social). Le choix du traitement est large, entre psychothérapies adaptées, approches corporelles, médications psychotropes et antalgiques... Ce travail se fait souvent en interdisciplinarité avec prise en compte des retentissements familiaux, professionnels et sociaux.

L'objectif global n'est pas curatif. Il reste celui du patient. L'un des éléments clefs est la qualité de la relation médecin-malade, sur une base de confiance réciproque. Le plus souvent, il s'agit d'une amélioration des possibilités d'adaptation lui permettant de mieux faire face, de mieux fonctionner malgré une douleur dont l'intensité sera réduite après définition d'une stratégie thérapeutique adaptée.

D. LIENS DOULEUR/ANXIETE/DEPRESSION

Les principaux axes à développer par le psychiatre intervenant en cancérologie sont : la sensibilisation aux troubles psychiatriques, les moyens simples et efficaces de détection et le développement d'interventions. En effet les intrications organo-psychiques et notamment organo-dépressives sont des champs privilégiés pour une approche globale de l'unité somato-psychique de l'individu.

1) Du normal au pathologique

Le concept de « détresse psychologique »

Jimmie Holland a proposé une approche pragmatique à partir du concept de « détresse psychologique ». Il le définit comme suit : « la détresse est une expérience émotionnelle désagréable, de nature psychologique (émotionnelle, cognitive, comportementale), sociale et spirituelle, qui influe sur la capacité à “faire face”, de façon efficace, au cancer et à ses traitements. La détresse psychologique s'inscrit sur un “continuum” allant des sentiments “normaux” de vulnérabilité, tristesse, craintes, jusqu'à des difficultés pouvant devenir invalidantes, telles que l'anxiété, la dépression, l'isolement social et la crise spirituelle ».

Cette approche assume l'existence d'un continuum entre différents états, allant du « normal » au « pathologique ». La démarche de soin psycho-oncologique s'effectue par paliers, par la réalisation d'entretien individuel ou familial, par l'exploration des différents domaines de la vie de la personne afin de faciliter le choix du bon intervenant ou d'une approche multidisciplinaire de qualité.

A l'opposé de cette approche, le point de vue psychopathologique soulignerait plutôt la notion de rupture : dans les situations où le fonctionnement psychique apparaît en rupture manifeste avec les modalités antérieures, on peut alors évoquer des troubles psychiatriques caractérisés.

Des troubles de l'adaptation...

Les efforts d'adaptation que les patients vont devoir développer au cours de la maladie sont l'expression d'un travail psychique ayant pour objet de préserver l'intégrité psychique et corporelle, récupérer ce qui est réversible et compenser ce qui est irréversible, mais aussi et surtout atténuer la dimension de souffrance psychique et de douleur physique. Ils rendent compte des efforts actifs du patient pour faire face à la maladie.

Il s'agit du concept anglo-saxon de « coping ».

Stratégies de Vigilance et d'Evitement :

Effets dans la relation à la maladie

	Effets bénéfiques	Effets négatifs
Vigilance	Expression des émotions Comportement et actions appropriées	Centrage sur les symptômes et le corps Conduite d'invalidation avec restriction des projets et activités Soucis et préoccupations
Evitement	Réduction des préoccupations et des soucis Maintien d'une vie sensiblement normale	Comportement inapproprié Prise de distance avec la réalité Affectivité altérée

On peut qualifier de « normales » les réactions de nature émotionnelle, cognitive, comportementale, auxquelles ces efforts d'adaptation vont donner lieu, dans la mesure où celles-ci conduiront à l'obtention du niveau de détresse le plus bas possible. Un fonctionnement cognitif proche de la dénégation émousse la nature objective de l'événement stressant : prise de distance, banalisation, minimisation, distraction ou sous-estimation du problème diminuent la charge émotionnelle mais ne sont opérantes que pendant un temps limité.

Des comportements cognitifs actifs sont susceptibles de développer la combativité par la confrontation directe à l'événement stressant en tentant de résoudre le problème en l'affrontant. C'est ainsi que l'appropriation d'une maladie grave et l'implication active dans les soins protègent de l'effondrement.

Les stratégies de *coping* face à la maladie organique doivent être évaluées dans trois dimensions essentielles : centrage sur l'émotion créée par le stress, focalisation sur le problème et explicitation de l'appropriation des soins et du degré d'implication dans le traitement. L'adoption de stratégies intermédiaires suppose une maturation qui demande du temps et qui témoigne de l'efficacité de travail de deuil de l'état de santé antérieur et de l'abandon du sentiment d'invulnérabilité, notamment en présence d'angoisses de mort.

Stratégie d'adaptation à la maladie

D'après Ray, Consoli, Senon

	Toute-puissance	Intermédiaire	Impuissance
Maintien dans la conscience des pensées angoissantes et perturbatrices	Hostilité Révolte Sentiment d'injustice Revendications Opposition Agressivité Néguvisme	Recherche de maîtrise Combativité Confrontation à la réalité Recherche d'information Responsabilité	Désespoir Renoncement Résignation Démission Abandon
Evacuation de la conscience des pensées angoissantes et perturbatrices	Déni Rationalisation Intellectualisation Minimisation Répression émotionnelle	Evitement Fuite Oubli Refoulement Addictions (alcool, conduites à risque...)	Idéalisation de la médecine Délégation aux soignants et à l'entourage Dépendance aux proches Recherche d'un traitement magique

L'échec de tels efforts pourra aussi conduire les patients à éprouver des difficultés, voire extérioriser des troubles, qualifiés par les auteurs anglo-saxons de troubles de l'adaptation. Ceux-ci sont décrits comme étant transitoires, situationnels, fluctuants, et d'intensité variable. Ils n'en sont pas moins source de souffrance, et susceptibles d'avoir des implications majeures sur la vie familiale et sociale.

Ce n'est qu'à partir du DSM-IV³ qu'une distinction a été introduite entre troubles de l'adaptation (apparition au cours des trois mois suivant le ou les facteurs de stress) aigus (la perturbation persiste moins de six mois) et chroniques (persistance six mois ou plus), prenant en compte le fait qu'une affection somatique et les traitements qui en résultent sont source de stress itératif.

Une évaluation psychologique minutieuse des stratégies d'ajustement du patient doit éclairer la compréhension des réactions à la maladie et amène à différencier les réactions adaptatives de la symptomatologie dépressive.

... à la dépression

En oncologie, différents diagnostics sont susceptibles d'être évoqués devant des symptômes dépressifs. D'après Massie, Gagnon et Holland¹⁴⁶, ce sont les troubles dépressifs majeurs, les troubles de l'adaptation avec humeur dépressive, les troubles dysthymiques. Les états dépressifs mineurs sont fréquents en milieu médical et doivent d'autant plus être pris en compte que troubles de l'humeur et pathologie somatique interfèrent négativement l'un avec l'autre. Le syndrome de stress post-traumatique constitue un diagnostic différentiel.

Les écarts de prévalence importants traduisent la difficulté à définir les critères diagnostiques de la dépression en oncologie : plus le terme est défini avec précision, plus le taux de prévalence observé est bas.

La question posée est de savoir comment établir une distinction entre : repérer des symptômes, objectiver un authentique syndrome dépressif, poser la question d'une dépression (au sens de maladie dépressive), en particulier en situation de passage à la chronicité.

Les recommandations élaborées à partir des travaux de l'ANAES, portant sur le suivi de patientes atteintes d'un cancer du sein non métastatique¹ et visant à identifier les troubles dépressifs, proposent le recours à un entretien clinique structuré qui recherche les neuf symptômes susceptibles de s'inscrire dans le cadre d'un Episode Dépressif Majeur au sens du DSM-IV³: humeur dépressive, anhédonie, fluctuations du poids corporel, troubles du sommeil, agitation ou ralentissement psychomoteur, anergie, sentiment de dévalorisation ou de culpabilité, troubles de la concentration et de l'attention, idées noires ou suicidaires.

En pratique, il est souvent difficile de différencier les symptômes de la dépression de ceux pouvant être liés à l'évolution de la pathologie cancéreuse. Une des difficultés majeures du dépistage de la dépression chez les malades organiques tient à la fréquence des symptômes somatiques comme l'asthénie, les troubles du sommeil et de l'appétit ou encore l'amaigrissement. Plusieurs problèmes se posent alors : la définition des critères de dépression, la prise en compte des différentes formes de dépression (dont les dépressions mineures), le choix et l'utilisation d'instruments diagnostiques standardisés.

En fait, la reconnaissance de la détresse psychologique dans ce contexte dépasse le repérage et l'évaluation de la dimension dépressive. La réalité objectivée est très en deçà de la souffrance psychologique dont le cancer et ses implications thérapeutiques sont à l'origine.

L'ensemble de ces difficultés pose la question d'utilisation d'instruments standardisés. On oppose classiquement les entretiens structurés aux autoquestionnaires. Seule l'échelle HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) est spécifiquement destinée à l'identification de la dépression chez les patients médicaux. Elle est constituée de 14 items ayant pour objet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Le GHQ (*General Health Questionnaire*) est une échelle d'autoévaluation dont il existe une forme abrégée en 12 items. L'HADS et le GHQ ne comportent pas d'items somatiques, et constituent des instruments de dépistage largement utilisés dans le champ oncologique. Les entretiens structurés sont utilisés en recherche dans une perspective catégorielle.

Il ne faut jamais oublier que la dépression peut être liée à des facteurs organiques :

- A la localisation tumorale
 - Tumeur cérébrale primitive ou secondaire
 - Cancer du pancréas
- A un trouble métabolique ou hydroélectrolytique
- A un facteur iatrogène
 - Corticoïdes
 - Interféron ou interleukines
 - Antinéoplasiques : vincristine, vinblastine, procarbazine, L-asparaginase et surtout le tamoxifène

L'identification du facteur incriminé permet si possible sa correction ou suppression.

Prévention du suicide

Les patients ayant des idées suicidaires requièrent une prise en charge prudente afin d'évaluer s'il existe une dépression sous-jacente ou l'expression du désir d'avoir un contrôle ultime sur des symptômes intolérables (Massie, Gagnon et al. 1994¹⁴⁶). La dépression est en effet le symptôme psychiatrique le plus fréquent dans la population atteinte de cancer. Une identification rapide ainsi que le traitement d'une dépression majeure sont essentiels pour diminuer le risque de passage à l'acte suicidaire.

La recherche d'une dépression et d'idées suicidaires doit être réalisée après le diagnostic et régulièrement pendant les 6 mois suivants, particulièrement lors de toute prise en charge initiale (Llorente, Burke et al. 2005¹³²).

On s'attachera à rechercher les sentiments d'impuissance et de désespoir (helplessness-hopelessness). Les facteurs de risque suicidaire, particulièrement le désespoir *hopelessness* - risque aussi important que la dépression - doivent être particulièrement bien évalués. En effet le désespoir est *la* variable clef qui relie la dépression au comportement suicidaire. On peut utiliser l'échelle de désespoir de Beck (1975) qui serait plus significative qu'un inventaire des symptômes dépressifs pour évaluer le risque suicidaire. Le désespoir est également mieux corrélé à la baisse de l'élan de l'élan vital et au désir de vie (Breitbard, Passik 1993²⁶). L'évaluation du désespoir n'est pas évidente chez les patients à un stade avancé de leur maladie sans espoir de guérison. Il est important d'évaluer les sources du désespoir qui peuvent être un soulagement insuffisant des symptômes, la peur d'une mort douloureuse, un sentiment d'abandon, afin de pouvoir alléger la crise suicidaire par une meilleure prise en charge (Twillman, Manetto 1998²¹⁹).

Suicide assisté, euthanasie, et décision concernant la fin de vie

Il est nécessaire de reconnaître et de diagnostiquer les syndromes dépressifs pouvant mener à des demandes d'euthanasie, notamment en fin de vie.

Le principe du respect et de la promotion de l'autonomie du patient a été l'un des fondements des mouvements pour le droit à mourir dans la dignité. Ces mouvements conduisent la promotion de l'euthanasie. Or bien souvent, il existe un conflit entre le principe d'autonomie et l'obligation de bienfaisance du médecin.

Répondre aux questions du suicide assisté et de l'euthanasie appartient aux champs du juridique, de l'éthique, de la médecine et de la philosophie. Les médecins et les autres professionnels de la santé ont essentiellement un rôle clinique à jouer en affinant ces questions quand ils sont confrontés à des patients déprimés ou en fin de vie. Les questions religieuses et culturelles influent de façon conséquente le processus de décision. Souvent, les patients demandant de façon claire un suicide assisté peuvent être soulagés par une amélioration de leur confort de vie, une amélioration de la symptomatologie (Massie, Gagnon et al. 1994¹⁴⁶). En 1995, l'étude de Chochinov, Wilson et al.³⁸ au Canada étudiait le désir de mort chez les patients en phase terminale, la stabilité de ce désir sur le temps et leurs relations avec d'éventuels troubles psychiatriques. Il en résulte que des pensées occasionnelles de désir de mort sont fréquentes (rapportées par 44,5% des patients), mais que seulement 8,5% ont un désir sérieux et persistant de mourir. Ce désir est fortement corrélé à une dépression, et de façon plus faible au niveau de la douleur et à la qualité de l'entourage familial. On peut donc conclure que le désir de mourir est fortement associé à un état dépressif, cause potentiellement curable, et pouvant diminuer dans le temps. Le débat sur l'euthanasie doit donc prendre en compte ce facteur et reconnaître l'importance des considérations psychiatriques. Les patients avec un désir de mort doivent être évalués avec une attention toute particulière : existe-t-il une dépression sous-jacente ?

Place des croyances

De nombreuses études ont été réalisées sur la spiritualité, la religion et le bien-être psychologique chez les patients atteints de maladie organique. L'étude de McClain-Jacobson en 2004 (McClain-Jacobson, Rosenfeld et al. 2004¹³⁶) montre qu'une croyance en la vie après la mort était associée à un moindre niveau de souffrance en fin de vie (désir de mort, désespoir, idéations suicidaires), mais n'était pas associée au niveau de dépression ou d'anxiété. Plusieurs analyses ont montré que lorsqu'il existe une vie spirituelle développée, les effets statistiques précédents ne sont plus retrouvés. Les auteurs en concluent qu'une vie spirituelle a une puissance psychologique très supérieure aux croyances sur la vie après la mort.

2) Stress émotionnel avant une chirurgie du cancer du sein

Peu de données

D'après Hegel en 2006 (Hegel, Moore et al. 2006⁹⁷), le stress émotionnel et les affections psychiatriques ont une prévalence certaine chez les femmes atteintes de cancer du sein, mais la littérature est restreinte en ce qui concerne l'évaluation avant la chirurgie.

Il étudie 236 patientes récemment diagnostiquées lors d'une biopsie à un stade I, II ou III d'un cancer du sein, et vue lors de la consultation préchirurgicale. 41% des patientes présentent un stress d'un niveau particulièrement intense. Les taux de prévalence sont de 11% pour la dépression caractérisée (dont 60% de dépression modérée à sévère) et de 10% pour le stress post-traumatique. Parmi les patientes présentant un stress post-traumatique, 71% indiquent que ce symptôme est en lien avec un événement antérieur et avec le diagnostic du cancer, 19% spécifiquement lié à l'annonce du cancer, 10% uniquement à un événement antérieur. Ces deux types de symptômes, dépression et stress post-traumatique, interfèrent avec la vie quotidienne. Parmi les patientes déprimées, 56% prennent un psychotrope et présentent encore, lors de l'évaluation, les critères de dépression majeure. Il s'agit donc

d'identifier ces patientes, de développer des interventions et de pouvoir adresser les patientes souffrant de troubles psychiatriques.

Au total, il est fréquemment retrouvé des antécédents psychiatriques. Il en est de même pour la prise de psychotropes. 36% des patientes relatent avoir pris des psychotropes dans le passé, 27% relatent au moins un épisode dépressif antérieur, et 6% une hospitalisation en psychiatrie. 12% des patientes ont un tabagisme actif, 4% sont repérées au questionnaire CAGE. Le stress est mis dans 100% des cas sur des causes émotionnelles (préoccupation, nervosité, dépression), dans 96% sur l'avenir incertain, dans 81% sur les problèmes physiques, et dans 63% des cas sur les problèmes matériels.

Un phénomène sous diagnostiqué

Les femmes récemment diagnostiquées, et que l'on sait en état particulier de stress, ne divulguent que peu d'informations concernant leur état émotionnel (Koopman, Angell et al. 2001¹¹⁷), et les cliniciens n'explorent pas toujours cette dimension (Fallowfield, Ratcliffe et al. 2001⁷⁰). Les raisons sont multiples. Les patientes sont souvent réticentes à demander de l'aide de peur d'être stigmatisées comme ayant des difficultés psychologiques ou par crainte de perturber l'oncologue. Cela ne concerne pas que les patients atteints de cancer. Les patients eux-mêmes ont parfois du mal à admettre leur propre stress. Les oncologues ne se sentiraient pas toujours entraînés ou suffisamment habiles pour discuter des difficultés émotionnelles avec leurs patientes (Mager, Andrykowski 2002¹³⁷). Les cliniciens pensent fréquemment que les symptômes émotionnels sont une conséquence normale de la maladie, et sont ainsi moins à même de rechercher et de diagnostiquer ces symptômes. Ce problème est d'autant plus important et fréquent que le patient est pris en charge en ambulatoire, alors que les consultations sont brèves et parfois précipitées, avec un temps limité pour l'examen du ressenti émotionnel (Fallowfield, Ratcliffe et al. 2001⁷⁰). Le risque est donc que les patients ne soient pas diagnostiqués et traités de façon adéquate.

Concepts d'Alexithymie et Personnalité de type C

Sifneos et Nemiah caractérisent en 1973 l'alexithymie : une façon précise d'être au monde qu'aurait le malade dit « psychosomatique ». Elle se caractérise par quatre composantes observables : l'incapacité à identifier ses émotions, à les communiquer et à les distinguer des sensations corporelles, la pauvreté de la vie imaginaire et fantasmatique, un mode de pensée à contenu pragmatique s'accompagnant d'un mode d'expression très descriptif (factuel), un recours à l'agir pour éviter les conflits ou exprimer des émotions. L'alexithymie, très étudiée dans le champ de la psychosomatique, favoriserait l'apparition de troubles somatiques qui deviendraient la solution pour gérer des situations potentiellement menaçantes (McDougall 1989¹⁴⁹). Il y aurait de 20 à 50 % de sujets alexithymiques chez les sujets atteints de maladies psychosomatiques contre 4 à 20 % dans la population générale (Bertagne, Pedinielli et al. 1992¹⁵).

Plusieurs études ont montré la relative stabilité de l'alexithymie dans le temps. Cette hypothèse : l'alexithymie trait ou état ? a été testée chez les femmes récemment diagnostiquées d'un cancer du sein par l'équipe belge de Luminet (Luminet, Rokbani et al. 2007¹³⁴). Il a été étudié la veille de la chirurgie et à 6 mois les scores d'alexithymie mesurés par la TAS-20, de dépression et d'anxiété mesurés par la HADS. La stabilité de l'alexithymie n'est pas absolue, mais les résultats sont en faveur d'un trait de personnalité plus que d'un état dépendant du contexte, malgré la peur de l'atteinte psychique et physique.

Consoli en 2003⁴⁶ rappelle la description de la personnalité de type C (Temoshok 1987²¹⁵) censée être associée et avoir un rôle pronostique dans les affections cancéreuses. Ce profil regroupe soumission, esprit de conciliation, répression de l'hostilité, effacement des besoins personnels et vulnérabilité dépressive. Il constitue ainsi l'image en négatif du profil comportemental de type A, opérationnelle dans le domaine cardio-vasculaire, organisé autour de l'impatience, de la compétitivité, de l'affirmation de soi et de l'engagement dans une lutte permanente, le profil de type B étant, lui, un profil plus adapté et équilibré, sous-tendu par un rapport plus décontracté au temps et aux autres et une bien moindre tension psychique.

Recommandations actuelles

Les recommandations du National Comprehensive Cancer Network (NCCN) et de l'American Psychosocial Oncology Society (APOS) mettent en avant l'importance d'un dépistage et d'un diagnostic précoce du stress au moment du diagnostic et de poursuivre cette vigilance tout au long de la maladie, ainsi qu'en phase de rémission et de guérison.

Le repérage des réactions non adaptées à ce stress est la première étape de la prise en charge. Idéalement ce repérage débute dès la première consultation en milieu oncologique, souvent avec le chirurgien, ce qui permettra une comparaison ultérieure et un suivi des traitements.

Le National Comprehensive Care Network a créé un outil visuel analogique le « Distress Thermometer », permettant d'évaluer les sources du stress et de coter son niveau moyen pour la semaine précédant l'évaluation. L'échelle visuelle analogique va de 0 (pas de stress) à 10 (stress extrême) avec un milieu à 5 (stress modéré). Un score de plus de 5 indique un niveau clinique de stress certain. Le stress est classé en 5 catégories : problèmes pratiques, problèmes familiaux, problèmes émotionnels, préoccupations spirituelles/religieuses, problèmes physiques. In fine, dans l'étude de Hegel, Moore et al. en 2006⁹⁷, 100% des patientes mentionnent le stress émotionnel, 81% les symptômes physiques, 63% les problèmes matériels, 52% les problèmes familiaux, et 9% une crise spirituelle.

3) Conséquence sur la maladie

Impact du type de chirurgie sur l'image corporelle et la vie sexuelle

Le choix entre chirurgie conservatrice avec ou sans reconstruction redonne à la patiente un sentiment de contrôle vis-à-vis de son traitement, ce qui permet au mieux de pouvoir se sentir à nouveau confortable dans son corps.

L'amélioration ou la prévention de troubles sexuels par ces deux techniques semble moins claire (Schover 1991¹⁹⁶). L'impact de ces choix sur la sexualité reposerait plus sur le sentiment de pouvoir être désirable que sur la fréquence des rapports, le type de pratique sexuelle ou le plaisir ressenti. Il est important de bien prendre en compte les symptômes sexuels, dans les suites des traitements par chimiothérapie ou hormonothérapie, que ce soit la douleur vaginale, la sécheresse ou la perte de désir lors des traitements adjuvants. Les conseils ainsi qu'une attitude ouverte du praticien peuvent prévenir beaucoup d'anxiété et de tristesse alors que la patiente cherche à maintenir une vie sexuelle satisfaisante.

Souvent, le cancer du sein a un impact négatif sur l'estime de soi et sur la vie sexuelle des femmes préménopausées (Schover 1994¹⁹⁵). Dans les cohortes, ce sont les femmes les plus jeunes qui ont des défauts d'ajustement émotionnel plus sévères. En théorie, la perte d'un sein ou une apparence ne se conformant pas aux normes peut être déstabilisante chez de jeunes femmes pour lesquelles la beauté physique est importante. L'infertilité possible peut remettre en cause la féminité. Ce peut être une appréhension particulière pour les femmes célibataires en quête d'une relation amoureuse. Les traitements systémiques altèrent la fonction sexuelle. Ils créent une ménopause prématurée, avec diminution des œstrogènes et donc une atrophie vaginale, ainsi qu'une diminution des androgènes pouvant diminuer le désir sexuel. Les femmes ayant bénéficié d'une chirurgie conservatrice gardent une meilleure image de leur corps, se sentent plus à l'aise avec leur nudité et acceptent mieux les caresses du partenaire. Pour Schover en 1994, il semble qu'une chirurgie conservatrice constitue une sorte de « protection » psychique chez les femmes les plus jeunes.

Il faut garder à l'esprit que les facteurs prédisant de plus grandes difficultés psychosociales sont les difficultés conjugales, une image corporelle pauvre, une insatisfaction sexuelle, un faible niveau d'éducation et un traitement par chimiothérapie.

Impact des stratégies de coping

Hack et Degner en 2004⁹² étudient chez 55 femmes la relation à long terme entre coping et ajustement psychologique. La première évaluation a lieu six mois après le diagnostic de cancer du sein (type de coping, contrôle décisionnel, expression de la frustration, ajustement psychologique). La deuxième évaluation a eu lieu trois ans plus tard. Les femmes déprimées au moment de la planification du traitement et ayant réagi au diagnostic par évitement cognitif présentent un ajustement psychologique moindre trois ans plus tard. Ils concluent que l'acceptation passive et la résignation sont des facteurs de risque de défaut d'ajustement à plus long terme. Ils proposent des interventions de nature psychologique afin de travailler l'évitement cognitif, de développer de nouvelles stratégies de coping afin de retrouver un mieux-être.

Devenir de ces patientes à long terme

Environ un tiers des patientes atteintes de cancer du sein expérimentent un stress significatif et/ou une altération de leur fonctionnement habituel (Andrykowski, Carpenter et al. 2002⁴ ; Coyne, Palmer et al. 2004⁵⁰). Les symptômes de stress persistent jusqu'à 10-20 ans après le diagnostic et sont souvent accompagnés de symptômes psychiatriques. Les plus fréquents sont les troubles de l'adaptation, les dépressions majeures, les dépressions mineures, les troubles anxieux, les syndromes confusionnels et démentiels et les abus de substances. 20 ans après une chimiothérapie, l'impact du cancer du sein sur les modalités d'ajustement de la personne sont minimales. Cependant la forte prévalence des syndromes de stress post-traumatique plaide en faveur de séquelles psychologiques longtemps après la fin du traitement (Kangas, Henry et al. 2005¹¹⁰). Les conclusions concernant le lymphoedème, les troubles de la sensibilité avec engourdissement et les symptômes continus de stress post-traumatique suggèrent que les répercussions des séquelles médicales et psychologiques sur les capacités d'adaptation ne sont pas suffisamment reconnues (Kornblith, Herndon et al. 2003¹¹⁹).

Impact sur la survie

En début de traitement par radiothérapie, après une chirurgie du cancer du sein, les perturbations émotionnelles sont caractérisées plus par de l'anxiété que par de véritables dépressions. Pour Maraste, Brandt et al. en 1992¹⁴³, le risque d'anxiété morbide serait plus important chez les femmes d'une cinquantaine d'années ayant subi une mastectomie.

Pour Katon et Sullivan en 1990¹¹¹, les troubles affectifs et cognitifs sont plus importants chez les patients ayant des maladies somatiques. Ils peuvent affecter l'adhésion au diagnostic et au traitement, ce qui peut avoir des conséquences sur l'évolution de la pathologie. Les recherches actuelles portent sur l'effet des interventions psychologiques sur la progression de la maladie, en étudiant particulièrement les éléments psychosociaux telle que la répression/exposition, ou l'esprit combatif. Tross, Herndon et al. en 1996²¹⁷ suggèrent qu'un des mécanismes pouvant expliquer les différences de survie pourrait être la meilleure adhésion au traitement agressif. C'est ce que montrent Richardson, Shelton et al. en 1990¹⁸⁴ : l'adhésion au traitement pour leucémie et lymphome a été améliorée après une éducation thérapeutique, avec un allongement de la survie.

E. DEFINITION DE LA SANTE ET CONCEPT DE QUALITE DE VIE

Les avancées faites en matière de détection précoce et d'amélioration des traitements ont permis l'augmentation du nombre de survivants à long terme du cancer, chiffre atteignant plusieurs millions de personnes dans le monde. Alors que ce chiffre augmentait, la recherche s'est intéressée au devenir de ces personnes notamment à leurs qualités d'adaptation psychosociale ainsi qu'à leur qualité de vie. Les études ont suggéré que dans plusieurs domaines étudiés, les patients atteints de cancer pouvaient avoir une qualité de vie aussi bonne, voire meilleure, que des sujets non malades (Kornblith 1998¹²⁰). Cependant, plusieurs études ont pointé des difficultés spécifiques dans certains domaines chez les survivants, variant selon les traitements reçus : les troubles sexuels (Ganz, Desmond et al. 2002⁸³), (Schover, Yetman et al. 1995¹⁹⁴), l'énergie physique, la fatigue (Bower, Ganz et al. 2000²⁴), le stress (Kornblith, Anderson et al. 1992¹¹⁸), l'incertitude face au futur, les modifications du fonctionnement cognitif aussi bien avant la chimiothérapie pour les stades I à III du cancer du sein versus stade 0 (Ahles, Saykin et al. 2007²), qu'après le traitement adjuvant (Brezden, Phillips et al. 2000²⁷). Inversement, d'autres études ont montré des changements positifs en termes de priorités de vie et de spiritualité après le diagnostic et le traitement du cancer (Fromm, Andrykowski et al. 1996⁸²).

1) Définitions

En médecine, le concept de qualité de vie renvoie à la définition de la santé qui, selon l'OMS (1946), n'est pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité mais un « état de complet bien-être physique, mental et social ».

Le concept de qualité de vie apparaît après la deuxième guerre mondiale comme il est actuellement entendu dans le langage commun. En 1964, dans un discours, Lyndon B Johnson, président des Etats-Unis, proclame : « Nos objectifs ne sont pas seulement de mesurer la taille de nos comptes bancaires mais de mesurer la qualité de vie de notre peuple ». En 1976, Campell et al. la définissait comme une « entité vague et éthérée, quelque chose dont tout le monde parle, ... mais dont personne ne sait quoi faire ». Aujourd'hui ce concept connaît une faveur croissante, particulièrement chez les malades traités pour un cancer.

La qualité de vie est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1994 comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un concept très largement influencé de manière complexe par la santé physique de l'individu, son état psychologique, son niveau d'autonomie, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation aux facteurs essentiels de son environnement ».

En 1997, Lawton associe la qualité de vie à une « évaluation multidimensionnelle, à la fois en fonction de critères sociaux normatifs et de critères individuels, du système personne-environnement de chaque individu ». Ce sont des médecins qui ont développé cet outil pour eux-mêmes, soucieux d'évaluer les résultats de leur pratique autrement qu'en termes de morbidité, de mortalité et d'atteintes des fonctions organiques (Jasmin 1999¹⁰⁶).

Aujourd'hui la qualité de vie est considérée par nature comme étant multidimensionnelle. Différentes dimensions peuvent être mesurées :

- Dimension fonctionnelle : symptômes, possibilités de déplacement, sommeil, fatigue, douleur, autonomie...
- Dimension émotionnelle : état dépressif, état anxieux, sentiment de bien-être...
- Dimension sociale : qualité des relations amicales, familiales, professionnelles et sociales en général.

Certains ajoutent une quatrième dimension : la dimension spirituelle, au sens large du terme. Cette extension des objectifs part d'une vision holistique de la personne, conçue dans sa totalité.

Le concept de bien-être est subjectif. L'accent est mis sur le point de vue du patient selon un aspect descriptif (inventaire des plaintes ressenties) et subjectif. L'OMS en donne une définition qui comporte plusieurs points : psychologique, physique, social et matériel. Elle inclut la prise en compte des réponses émotionnelles agréables et désagréables propres au sujet, du jugement global de satisfaction de la vie concernant la santé, la famille, le travail, les loisirs... L'évaluation de la qualité de vie ne peut donc pas être réduite à celle de la santé. La qualité de vie est bonne ou mauvaise par rapport à certaines normes sociales et à un contexte culturel, par rapport aux autres et surtout par rapport à un état antérieur et aux objectifs ou idéaux que l'on s'est fixés et que l'on a pu réviser. Pour Leplège et Hunt en 1997¹²⁹, la notion de qualité de vie, en tant que critère d'évaluation des interventions médicales, pourrait être remplacée par une notion plus proche de la réalité des évaluations, telle que celle de « santé perceptuelle » ou de « santé subjective ».

2) Applications en oncologie

Dans les essais cliniques actuels, un nouveau traitement doit démontrer qu'il améliore non seulement le contrôle biologique de la tumeur et la durée de vie du patient, mais aussi sa qualité de vie. Le contrôle des symptômes ou la régression de la tumeur apparaissent comme des objectifs insuffisants.

D'après McMillan, les soignants auraient tendance à sous estimer la qualité de vie des patients. C'est pourquoi il est important de présenter la perspective du patient quand il s'agit d'évaluer les résultats des interventions de santé.

La cancérologie est l'une des premières disciplines où l'on a proposé une hétéroévaluation par les soignants de la qualité de vie des patients. Ainsi dans les années 1950, le cancérologue américain Karnofsky a proposé une échelle permettant de mesurer un « index de performance » évaluant les conséquences physiques et fonctionnelles de la maladie sur les aptitudes physiques ainsi que sur les activités professionnelles et de la vie quotidienne. Cet index reste de nos jours l'un des meilleurs moyens de pronostic. L'autoévaluation vient doubler l'évaluation des médecins, que ce soit sur les plans physique (évaluation des conséquences de la maladie cancéreuse et des traitements), psychique (notamment anxiété et dépression), social (dont vie familiale, professionnelle, amicale). D'autres éléments peuvent être étudiés tels que l'image corporelle, notamment après amputation du sein ou perte des cheveux, ou encore l'estime de soi. Différentes échelles sont validées en français. L'échelle générique la plus connue est la SF-36.

3) Dimension psychique de la qualité de vie en oncologie

Dès 1989, Spiegel²⁰¹ affirme : « Il est désormais bien connu que l'expression des émotions, le support social et l'affirmation des besoins de la personne sont des facteurs importants pour la santé physique des personnes atteintes de cancer ».

La vulnérabilité psychique des patients atteints de cancer doit être prise en compte. Le temps d'évaluation permet si besoin de proposer une aide adaptée. A l'heure de la gestion des soins, il reste important de repérer précocement le stress, les troubles psychiques, voire psychiatriques (Weisman 1976²³¹). En effet leur prise en charge améliore l'évolution de la maladie, diminue les coûts de santé et améliore la qualité de vie (Mumford, Schlesinger et al. 1984¹⁵⁸ ; Portenoy, Thaler et al. 1994¹⁶⁹).

La dépression peut avoir un impact négatif sur la qualité de vie du patient, du fait de la modification de la perception de la douleur, de la compliance aux traitements, de la capacité à prendre soin de soi. La dépression a également un impact sur la durée de l'hospitalisation et même sur l'issue de la maladie (Spiegel, Giese-Davis 2003²⁰³).

Dépression et cancer fréquemment co-occurrent. La prévalence de la dépression chez les patients atteints de cancer augmente avec la sévérité de la maladie et les symptômes comme la fatigue et la douleur. L'opinion est divisée, mais pour Spiegel l'évidence est suffisamment forte pour que l'on puisse dire que la dépression prédit la progression d'un cancer ainsi que la mortalité, même en prenant en compte l'impact négatif de la progression de la maladie sur l'humeur, et les symptômes somatiques évoquant une dépression. Malgré les divisions persistantes sur le sujet, il semble maintenant évident qu'apporter des soins psychosociaux améliore la dépression, l'anxiété, la douleur, et peut augmenter la durée de survie. Spiegel rappelle les mécanismes psychophysiologiques liant dépression et cancer : la dysrégulation de l'axe hypothalamo-hypophysaire, les variations diurnes de cortisol, les taux de mélatonine. La dépression modifie également les fonctions immunes ayant un rôle dans la surveillance du cancer. Il avance ainsi la possibilité de liens bidirectionnels entre dépression et cancer.

F. PLACE DES MEDECINES DITES « COMPLEMENTAIRES »

L'utilisation de médecines dites « alternatives », à la fois en automédication et lors de consultation chez des praticiens spécialisés, a augmenté de façon significative entre 1998 et 2005 (Boon, Olatunde et al. 2007²¹). A l'heure actuelle, aux Etats-Unis, il semble que plus de 80% des patientes atteintes d'un cancer du sein les utilisent, dont 41% spécifiquement pour le cancer. On ne peut donc plus considérer ces approches comme marginales.

1) En Europe

En 2006, les modalités d'utilisation des médecines alternatives sont étudiées en Europe chez 282 patientes atteintes de cancer venant de 11 pays européens (Molassiotis, Scott et al. 2006¹⁵³). 44,7% d'entre elles utilisaient ces médecines depuis l'annonce du diagnostic. Les thérapies les plus fréquemment utilisées étaient la phytothérapie 44,7% - dont l'utilisation de thé - les techniques de relaxation, les thérapies spirituelles, l'homéopathie, les vitamines et oligo-éléments. Les patientes les plus jeunes avec un plus haut niveau d'éducation et ayant reçu une combinaison de traitement étaient les plus enclines à leur utilisation. On retrouve un très haut niveau de satisfaction, seulement 6,5% ne constate pas de bénéfice.

2) Aux Etats-Unis

Une étude similaire a été réalisée par Matthews, Sellergren et al. en 2007¹⁴⁷ aux Etats-Unis. Il étudie 115 patientes atteintes de cancer du sein après 1 an de traitement conventionnel. 69% des patientes utilisaient les médecines alternatives. Parmi ces dernières 73% avaient initié ou choisi une autre médecine complémentaire en lien avec le diagnostic de cancer. Ces patientes étaient les plus jeunes et avec une anxiété-trait plus élevée.

Les produits les plus utilisés sont les vitamines, les minéraux, la phytothérapie. Les utilisatrices sont souvent également plus jeunes, avec un meilleur niveau d'éducation, et utilisaient ces médecines avant le diagnostic (Astin, Reilly et al. 2006⁵) afin de mieux gérer les symptômes, améliorer la qualité de vie, et les fonctions immunitaires. Bien que ces femmes reçoivent des informations de sources variées, elles expriment souvent une frustration en lien avec l'absence de certaines informations ou leur caractère contradictoire. La communication avec les médecins autour de ces médecines est rapportée comme non aidante par les patientes, ce qui pointe la nécessité pour les médecins d'être mieux formés dans ce domaine, de développer des études de type « evidence-based medicine » et de mieux communiquer avec les patientes.

II. HYPNOSE ET THERAPIE

Dans les années 1990, les bienfaits des programmes orientés vers la psychologie pour aider les patients atteints de cancer à faire face au stress d'une vie avec la maladie ont été reconnus (Spiegel, Sephton 2001²⁰⁴). Diverses interventions psychosociales chez les patients atteints de cancer, comme l'éducation, des techniques comportementales, des thérapies individuelles ou de groupe ont toutes montré une réduction de l'anxiété et de la dépression avec une amélioration des styles de coping. C'est ainsi que Kiecolt-Glaser, Marucha et al. en 2001¹¹⁴ écrivent « nous suggérons que la psycho-neuro-immunologie pourrait avoir de très larges implications dans le champ de la biologie et des sciences médicales ».

A. HYPNOSE ET PSYCHOTHERAPIE A PARTIR DU XIX^{ème} SIECLE

1) L'école de Nancy et l'école de la Salpêtrière

L'hypnose réapparaît en France à la fin du XIX^{ème} siècle, à Nancy plus précisément. Ambroise Auguste Liébault (1825-1904) publie un traité d'hypnose, *Du sommeil et des états analogues considérés surtout du point de vue de l'action du moral sur le physique*. Il propose une similitude entre sommeil et hypnose, qu'il appelle « le sommeil provoqué ». Il affirme alors que la suggestion verbale est plus efficace en état d'hypnose qu'en état de veille. Ce « sommeil provoqué » par la suggestion, c'est à dire l'aptitude à transformer une idée en acte, est nécessaire pour augmenter la suggestibilité et permettre la production de phénomènes appelés hypnotiques. Liébault reçoit l'appui d'Hyppolite Bernheim (1840-1919), professeur de la clinique médicale de Nancy. C'est le début de l'école de Nancy qui va connaître une reconnaissance internationale. C'est aussi le début d'une longue lutte avec l'école de la Salpêtrière du Dr Jean-Martin Charcot (1825-1893).

En 1884 commence la querelle entre étatiste (Charcot) et non-étatiste (Bernheim). Charcot étudie l'hypnose comme un objet scientifique où l'opérateur est complètement séparé de son sujet. Eminent neurologue, il considère l'hypnose comme un phénomène pathologique, imputable à un état nerveux spécifique et non un simple état de simulation. Il décrit l'hypnose sur le modèle de l'hystérie, avec le souci du détail des signes neurologiques observés. Il décrit deux types d'états hypnotiques : le grand hypnotisme et le petit hypnotisme. Il privilégie la description du grand hypnotisme car il possède des caractères somatiques fixes facilement objectivables. Chacun des stades du grand hypnotisme correspond à une plus grande profondeur d'état hypnotique et est provoqué par des techniques spécifiques : le stade léthargique peut être obtenu par la compression du globe oculaire. Pour passer au stade cataleptique, il suffit alors d'entrouvrir les paupières du sujet. L'ouverture d'une seule paupière, provoque une hémicatalepsie homolatérale. La friction du vertex chez un sujet en état léthargique ou cataleptique déclenche l'état somnambulique. Les séances de Charcot attirent les observateurs du monde entier bien qu'il ne réalise que très rarement les inductions hypnotiques, les sujets étant hypnotisés par ses disciples. Il permit d'introduire l'hypnose dans le monde médical, mais cela nuit beaucoup, car sa comparaison assimile les personnes en transe hypnotique à des personnes hystériques, donc malades.

La conception de Charcot s'attachant aux origines physiques de l'hypnose se heurte à la conception psychologique de Bernheim. Liébault considérait la suggestion comme facteur facilitant de l'hypnose. Bernheim quant à lui, considère que la suggestion est l'aliment dont se nourrit la suggestibilité des sujets. Pour lui, la suggestibilité est une aptitude essentielle qui permet d'obtenir toutes les manifestations hypnotiques et c'est une caractéristique normale du fonctionnement psychique, c'est « l'aptitude du cerveau à recevoir ou évoquer des idées et sa tendance à les réaliser, à les transformer en acte ». Il décrit ainsi un état physiologique modifié dépendant des aptitudes du sujet d'hypnotisabilité, autrement dit de son aptitude à accepter la suggestion et à la réaliser.

Cette lutte se termine par la victoire de Bernheim et de sa théorie psychologique dite « idéodynamique », mais se solde aussi par le rejet de l'hypnose par le monde médical.

2) La théorie de l'automatisme psychologique de Janet (1859-1947)

Pierre Janet est un élève de Charcot, mais son approche va très rapidement se différencier. Il élabore sa théorie à partir de la notion de « dissociation » d'après laquelle certains courants de conscience peuvent se détacher et assumer une activité automatique. L'inconscient joue un rôle important dans les mécanismes de dissociation du psychisme. Il définit la suggestion comme « l'influence d'un homme sur un autre qui s'exerce sans l'intermédiaire du consentement volontaire ». Cette influence s'exerce verbalement. Janet, dans *L'automatisme psychologique*¹⁰⁵, explique que l'individu est placé à la convergence d'une multitude d'informations sensorielles (kinesthésiques, visuelles, olfactives, etc.). L'individu va tenter par un effort actif de synthèse mentale de réunir le plus grand nombre d'informations sensorielles, dans le cadre de ce qui peut s'appeler une perception. Cette perception se définit comme un ensemble organisé, réunissant des images mentales avec un sens donné se rattachant à une personnalité (celle de celui qui justement peut dire qu'il perçoit). Certaines sensations, faute d'une capacité de synthèse suffisante, restent isolées, n'accédant pas au statut de « perceptions » et ne pouvant donc pas accéder à la conscience. L'hypnotiseur peut intervenir sur la synthèse mentale des perceptions. Il peut contribuer soit à les affaiblir, voire écarter les sensations ne devant pas être intégrées - notamment la sensation douloureuse et ainsi provoquer une analgésie -, soit à les renforcer (hyperalgésie) permettant la remémoration sous hypnose de souvenirs traumatiques (catharsis). Pour Janet, il y a non seulement une perception secondaire mais aussi une personnalité secondaire, nommée « secondary self ». Cette personnalité est dite subconsciente et simultanée à la personnalité du sujet. C'est elle qui se dévoile dans le somnambulisme mais aussi dans la « conduite des névropathes et des aliénés ». L'existence de cette seconde personnalité, ce dédoublement, est pour Janet le signe d'une dissociation du moi puisque le moi perd son unité. Cette double conscience n'est pas caractéristique d'un état pathologique mais existe chez tout un chacun.

3) Sigmund Freud (1856-1939)

Quinodoz¹⁷¹ retrace les rapports que Freud a entretenus avec l'hypnose. C'est en écoutant son ami et collègue viennois Joseph Breuer lui rapporter en 1882 les succès obtenus dans le traitement des symptômes hystériques d'une jeune patiente, Anna O., que Freud eut pour la première fois l'attention attirée par les possibilités de l'hypnose dans le traitement des patientes hystériques. Pour en apprendre davantage, il décida de faire un stage à Paris chez Charcot entre 1885 et 1886. Charcot utilisait la suggestion hypnotique à des fins de démonstration et non de traitement, aussi Freud décida en 1889 d'aller perfectionner sa propre technique auprès de Bernheim, à Nancy. Ce dernier avait démontré que l'hypnose était une

suggestion qui passait avant tout par la parole, et non par le magnétisme du regard, ce qui fit de cette approche une véritable technique psychothérapeutique que Freud appliqua dès son retour à Vienne.

Dans les *Etudes sur l'hystérie*, parues en 1895, Freud et Breuer décrivent en détail le traitement de cinq malades. Chacun d'eux consacre un chapitre théorique à ses hypothèses. Celui de Freud, intitulé « Psychothérapie de l'hystérie », est passé à la postérité non seulement à cause de sa valeur historique, mais aussi parce que Freud y pose les bases cliniques théoriques d'une discipline nouvelle : la psychanalyse, elle-même dérivée de la méthode cathartique. Freud raconte comment, dans un premier temps, il eut recours à l'hypnose et à la suggestion, comme Breuer, pour aider le malade à retrouver ses souvenirs pathogènes. Mais bientôt il abandonna ces techniques au profit d'un changement radical de perspectives : il s'aperçut que s'il demandait au patient de dire librement tout ce qui lui venait à l'esprit – méthode dite des associations libres – le cours spontané suivi par les pensées de ce dernier permettait à Freud non seulement de remonter aux souvenirs pathogènes jusque-là réprimés, mais également de repérer les résistances qui s'opposaient à ce que le patient retrouve ses souvenirs, afin de les surmonter. En effet, tel qu'il était appliqué, le traitement cathartique prenait beaucoup de temps et demandait de la part du patient une entière confiance dans le médecin pour que l'hypnose réussisse. Mais tous les patients ne partageaient pas le même degré de confiance. Freud abandonne l'hypnose en 1892. Cependant il ne niera jamais la dette qu'il a envers elle, il trouvait une parenté entre le rapport hypnotique et le transfert. L'abandon de l'hypnose ne semblait pas définitif : « L'application de notre thérapie à de nombreux malades, écrit-il en 1918, nous obligera largement à allier l'or pur de l'analyse au cuivre de la suggestion, et l'influence hypnotique pourrait même y retrouver une place ».

L'hypnose directive autoritaire tombe en désuétude, oubliée de la psychanalyse à laquelle elle a donnée naissance ; ce jusque dans les années 1960-1970, époque de la révolution éricksonienne.

4) Léon Chertok (1911-1991)

En France, le maintien de l'hypnose a été associé au nom de Léon Chertok qui l'étudie à partir des années 1950. Psychiatre de formation psychanalytique, c'est l'un des rares français à poursuivre des recherches dans ce domaine qu'il pratique de façon classique, c'est-à-dire directe et directive. Dans son ouvrage, *L'hypnose*³⁵, il montre que tout le monde est hypnotisable à des degrés divers et que plus un individu a un bon équilibre psychique, meilleure est son hypnotisabilité. Il tente toute sa vie de concilier hypnose et psychanalyse : « Il nous paraît impossible de faire l'économie de l'étude de l'état hypnotique. [...]. Il est donc souhaitable que la psychanalyse ne persiste pas dans la méconnaissance et dans le refus du vécu de l'expérience hypnotique ». Pour lui, l'hypnose est le modèle de référence de la relation médecin-malade.

5) Milton Erickson (1901-1980)

L'hypnose permissive, sous l'impulsion de Milton Erickson, inspire la pratique actuelle. Ce psychiatre américain peut être considéré comme le père de la nouvelle hypnose comme Freud le père de la psychanalyse.

Biographie

Milton Erickson est né en 1901 dans le Nevada, puis il vécut avec sa famille dans une ferme du Wisconsin.

A l'adolescence, il prend conscience de ses *handicaps* : il était daltonien, dyslexique et incapable de reconnaître ou de reproduire un rythme musical. Seul, avec obstination, il mettra ses capacités d'invention – dont il se servira toute sa vie - au service d'un *apprentissage* constant et pourra par exemple, lire et relire un dictionnaire tout entier pour trouver le mot qu'il cherchait.

A l'âge de 17 ans, il fut victime d'une première attaque de poliomyélite ; elle lui permit de découvrir et d'utiliser ce qu'il appela ultérieurement l'autohypnose. Un jour, il prit conscience qu'un léger mouvement du fauteuil allait en s'amplifiant. Il comprit que sa volonté farouche de se déplacer avait permis la mobilisation de certains faisceaux musculaires jusque-là paralysés. *L'anticipation précède l'action.*

L'observation précise des mouvements de sa jeune sœur qui apprenait à marcher, ainsi que la *remémoration* de ses gestes antérieurs, lui réapprirent à coordonner sa motricité et en moins d'un an d'efforts acharnés il recouvra pratiquement l'ensemble de ses capacités musculaires. Ces observations lui montrèrent l'importance du langage corporel accompagnant le message verbal, les deux pouvant ne pas concorder.

En 1923, il entendit parler d'hypnose par un de ses professeurs d'université, Dr Clark Hull. Mais alors que ce dernier s'attachait à définir des procédures d'induction universelle, Erickson, de par son expérience, considérait *l'hypnose comme une expérience à la fois éminemment personnelle et unique dans la mise en œuvre de capacités jusque-là inexploitées.*

Il se marie une première fois à 23 ans, aura 3 enfants avant de divorcer 10 ans plus tard. Puis en 1934, il se maria avec Elisabeth Moore, qui était psychologue, et restera sa plus proche collaboratrice. Ils auront ensemble 5 enfants.

Il exerce des responsabilités cliniques et universitaires jusqu'en 1949, puis il s'installe à Phoenix en Arizona et fait le choix d'une pratique privée, lui permettant de développer sa pratique créative. En 1950, il connut une 2^{ème} attaque de poliomyélite avec de multiples épisodes douloureux. Les treize dernières années de sa vie, il s'est déplacé en fauteuil roulant.

Dans les années 1940, il rencontre M. Mead ; son mari G. Bateson est rapidement en contact avec la personnalité et les idées d'Erickson.. Puis une collaboration se met en place avec J. Weakland et J.Haley, que l'on appellera l'Ecole de Palo Alto. Dans les années 50, on commence à mesurer l'influence d'Erickson sur les théories de la communication et l'abord systémique.

Ses idées

Pour Malarewicz¹³⁹, l'œuvre d'Erickson est une « œuvre de communication, de changement et d'apprentissage ».

Dans les années 1960, Milton Erickson développe l'idée suivante dans sa deuxième conférence : chaque sujet ordonne son rapport au monde environnant selon des critères qui définissent sa propre orientation à la réalité. Le thérapeute se doit de respecter cette orientation, ce qui permet de qualifier sa technique de permissive et d'utilisatrice. Il considère *l'hypnose comme un phénomène naturel.* L'hypnose et la transe hypnotique, induites par un *abord permissif et indirect* et accompagnées par le thérapeute, permettent de *modifier cette orientation à la réalité* et ainsi de *recadrer le symptôme* : « Dans l'hypnose, votre tâche est de guider les pensées des patients, de guider les associations d'idées sur des chemins qui soient thérapeutiques. » .

Pour Erickson, l'objectif de la thérapie est de *permettre au patient de retrouver ses ressources et compétences* afin de pouvoir résoudre son problème. La définition de l'inconscient d'Erickson est novatrice. Michel Kerouac la rapporte ainsi : « Pour Erickson, est inconscient tout ce qui n'est pas conscient. *L'inconscient est une sorte de réservoir des ressources* [...] dans lequel, entre autres, deux potentiels, adaptatifs et rééducatifs, sont emmagasinés et prêts à être mis au service d'un apprentissage. [...]. C'est le lieu où le sujet peut trouver, avec l'aide contextuelle du thérapeute, les solutions non utilisées, ses capacités restées intactes, inexplorées ».

Il s'agit donc d'aider le patient à mobiliser ses ressources, en *entrant de façon respectueuse dans son monde*, afin qu'une solution puisse émerger de l'intérieur, selon la logique du patient. « Vous avez à respecter le patient, il vous faut garder à l'esprit que son inconscient prend certaines positions vis-à-vis de la personnalité entière. [...] Votre but, en vous servant de l'hypnose, est de communiquer des idées et des compréhensions ainsi que d'amener le patient à utiliser les compétences qui existent en lui à la fois au niveau psychologique et au niveau physiologique. »

B. DEFINITIONS DE L'HYPNOSE

Le premier risque, lorsque l'on parle d'hypnose est le quiproquo. En effet le vocable « hypnose » signifie à la fois un état, les moyens d'y parvenir et enfin un processus d'action thérapeutique qui découle de son usage.

Pour Patrick Bellet¹², la connaissance de l'évolution des idées montre à quel point les médecins qui ont utilisé la parole et leur présence pour soigner leurs contemporains ont été en butte aux critiques, souvent parce qu'ils attribuaient, par erreur, à autre chose leurs succès thérapeutiques. Il n'existe pas une seule mais plusieurs définitions de l'hypnose. Pour cet auteur, les différentes définitions que chacun peut donner « ne s'opposent pas, elles se complètent, paradoxalement distinctes et associées ».

Ainsi, pour Erickson⁶⁷ : « C'est un état de conscience dans lequel vous présentez à votre sujet une communication avec une compréhension et des idées, afin de lui permettre d'utiliser cette compréhension et ces idées à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissage ».

Pour Léon Chertok en 1969, cet état renverrait aux « relations pré-langagières d'attachement de l'enfant » et se manifesterait électivement dans toutes les situations de perturbation entre le sujet et son environnement. En 1979³⁶, il décrit l'état hypnotique comme un état de conscience modifiée, à la faveur duquel l'opérateur peut provoquer des distorsions au niveau de la volonté, de la mémoire et des perceptions sensorielles, en l'occurrence dans le traitement des informations algogènes.

Pour Jean Godin⁸⁴ en 1991 : « C'est un mode de fonctionnement psychologique dans lequel un sujet, grâce à l'intervention d'une autre personne, parvient à faire abstraction de la réalité environnante, tout en restant en relation avec l'accompagnateur. [...]. Ce "débranchement de la réaction d'orientation à la réalité extérieure", qui suppose un certain lâcher prise, équivaut à une façon originale de fonctionner à laquelle on se réfère comme un état. Ce mode de fonctionnement particulier fait apparaître des possibilités nouvelles : par exemple des possibilités supplémentaires d'action de l'esprit sur le corps, ou de travail psychologique à un niveau inconscient ».

Pour l'Encyclopaedia Britannica en 1999, (Erikson en avait fait la première définition) : c'est « un état psychologique spécial avec certains attributs physiologiques, ressemblant superficiellement au sommeil et indiqué par un fonctionnement de l'individu à un niveau de conscience autre que l'état de conscience ordinaire. Cet état se caractérise par un degré de réceptivité et de réponse accrue dans lequel il est donné autant de signification aux perceptions empiriques intérieures qu'il en est généralement donné à la seule réalité externe ».

Pour Michel Kérouac¹¹³ c'est : « Un état et/ou un processus de conscience modifiée, produit par une induction directe, indirecte ou contextuelle, ressemblant parfois au sommeil, mais physiologiquement distinct, caractérisé par une élévation de la suggestibilité et qui produit à son tour certains phénomènes sensoriels et perceptuels. Cet état, que certains auteurs appellent "la transe", est un état naturel que l'on peut vivre tous les jours : lorsqu'on rêve éveillé, lorsqu'on regarde un feu attentivement, lorsqu'on perd temporairement la notion du temps au volant d'une voiture ou, tout simplement, lorsqu'on est "dans la lune" ».

Pour Patrick Bellet en 2002¹² : « L'hypnose est un assemblage dynamique, elle existe par le mouvement et en réponse à ce mouvement. [...]. L'hypnose n'est probablement pas une science, peut-être un art, certainement une pratique. Elle ne prend sa véritable identité que dans sa mise en œuvre thérapeutique, dans la rencontre. [...]. La différence entre cet état plus ordinaire – lorsque nous sommes "dans la lune" – est l'intention. En effet, pour obtenir un état hypnotique, nous allons nous servir de ces manifestations, les amplifier dans un but thérapeutique et éventuellement apprendre au patient à reproduire pour lui-même ce phénomène, sous le nom d' "autohypnose" ».

François Roustang (1923-) a fait des études de philosophie, de théologie et de psychopathologie. De 1965 à 1981, il est membre de l'École freudienne de Paris de Jacques Lacan. Roustang se forme à l'hypnose, notamment avec Judith Fleiss et avec des hypnothérapeutes américains formés par Milton Erickson. En 1986, il confirme la rupture avec l'héritage de Lacan. Il propose en 1994 une définition moderne de l'hypnose¹⁸⁸. « Donner à l'état hypnotique le nom de "veille paradoxale", en contrepoint avec le sommeil paradoxal durant lequel les rêves sont abondants, n'est pas une hypothèse ridicule. [...]. Comme l'hypnose est prélevée sur le temps de la veille et que le dialogue qui s'instaure avec le thérapeute suppose l'état de veille, il serait préférable de la nommer "veille paradoxale". [...]. Elle a certains attributs du sommeil, puisqu'elle sépare l'hypnotisé des stimuli afférents, mais par ailleurs elle se révèle une vigilance accrue capable de prendre en compte la totalité des paramètres de l'existence, sorte de veille généralisée qui englobe et dépasse la vigilance restreinte, celle que nous connaissons dans la vie quotidienne ».

Enfin si l'on revient à Bernheim en 1886¹⁴ : « La seule chose certaine, c'est qu'il existe chez les sujets hypnotisés ou impressionnables à la suggestion une aptitude particulière à transformer l'idée reçue en acte ».

C. TECHNIQUE ET PROCESSUS HYPNOTIQUE

1) Les techniques de communication

Les techniques de communication aboutissant au processus hypnotique n'ont rien de spécifique. La communication thérapeutique est par essence paradoxale car il s'agit d'être en position haute sur le cadre, condition pour qu'un changement puisse avoir lieu, et en position basse à l'intérieur du cadre pour pouvoir accompagner le patient. Malarewicz¹³⁹ propose le tableau suivant afin de tenter de déterminer les conditions d'une « bonne communication » dans un contexte thérapeutique.

	+	-
Langage	Analogique	Digital
Position	Basse	Haute
Relation	Complémentaire	Symétrique
Logique	Circulaire	Linéaire
Action	Initiation (Agir)	Réaction (Réagir)

Lorsqu'un thérapeute arrive à se situer un peu plus que le patient vers la gauche du tableau, il optimise alors sa relation thérapeutique.

2) Langage verbal et non-verbal

Le langage hypnotique est par essence interactif. Grâce à des techniques de communication, verbales et non verbales, une transe hypnotique est induite chez le thérapeute puis chez le patient.

Watzlawick²²⁶ dans *Une logique de la communication* explique que la communication thérapeutique doit répondre à une double exigence de congruence et de pertinence. Ce qui permet essentiellement cette congruence provient de la capacité que montre le thérapeute à se mettre au niveau de son patient, c'est-à-dire de communiquer avec lui d'une manière qui corresponde à son orientation habituelle aussi bien au niveau intellectuel que sensoriel. Watzlawick et ses collègues distinguent deux niveaux d'abstraction différents dans le langage. Le premier niveau est essentiellement exprimé sur un mode verbal : c'est le contenu du message. Il concerne les échanges concrets, directs entre les personnes. Le deuxième niveau est appelé « méta-communicatif ». C'est un discours sur la communication elle-même. Il apporte un complément de sens : que doit-on entendre dans le message ? quelle est la relation avec le partenaire ? Tout cela est exprimé par l'ensemble de la communication verbale et non verbale (Wittaezale 1992²³⁶).

Bandler et Grindler ont étudié dans les années soixante-dix l'orientation sensorielle préférentielle de chacun, suivant les cinq sens. Les trois canaux les plus employés sont le canal visuel « je vois ce que vous voulez dire », le canal auditif « j'entends bien votre message », et le canal kinesthésique « je saisis le sens de votre propos ». La communication « holistique » prend en compte les différents niveaux du message du patient dans son contexte, ce qui constitue le « langage du patient ».

Pour Malarewicz¹³⁹, ces deux types de communication verbale et non verbale s'interpénètrent et se complètent. Le plus souvent, en situation communicationnelle, seul un ou deux niveaux logiques sont accessibles. Les autres restent inconscients et échappent à l'intentionnalité de la communication, c'est dans cette zone que se manifeste le langage non verbal. Il peut exister une certaine incongruence entre les différents niveaux logiques, pouvant venir altérer la relation à soi-même, la qualité du lien à l'autre, et les échanges avec le monde environnant. Pour que la relation se maintienne, les incongruences de chacun doivent rester acceptables pour les parties en présence. Le rôle du thérapeute est de veiller à minimiser ses propres incongruences, de veiller à ce que l'interaction soit la plus congruente possible en adaptant à l'autre son langage verbal et non verbal, de façon à comprendre la position et l'orientation à la réalité de son patient, afin que ce dernier puisse être le plus congruent possible avec lui-même, que des réassociations puissent se faire entre niveaux logiques incongruents. Ce processus de réassociation pourra d'autant mieux se faire que le patient se sentira confiant et en sécurité dans sa relation au thérapeute, qu'une relation de coopération pourra s'installer afin que cette confiance puisse se transposer dans sa relation à lui-même, aux autres et au monde.

Importance du langage corporel

Jean-Claude Benoit, dans la préface de *Cours d'hypnose clinique*¹³⁹, se demande « *Comment dire ce qui se crée entre eux deux, hors de l'ordre du langage ? Les mots perdent ici leur sens. L'hypnothérapeute connaît les procédures de la découverte du sens, cette unité vivante avec autrui, ou avec le plaisir, ou la beauté. Il a déjà "guéri" des imaginaires à l'aide de son imaginaire. Il connaît bien le soutien essentiel que propose le langage corporel. Dans son atelier, son soi propre perceptif et celui du patient mêlent leurs propositions, leurs glissements et la fusion de leurs formes particulières. [...]. Le discours sans le corps est un leurre. En effet pour l'hypnothérapeute, le corps du client offre le premier élément personnel de la rencontre* ». La communication non verbale n'est pas intentionnelle, elle est presque exclusivement inconsciente, elle infiltre et influence sensiblement, sans que nous nous en rendions compte, notre communication.

Le langage non verbal est très riche. On peut ainsi observer la distance, l'orientation entre les individus, la position générale du corps, les positions et mouvements des membres, de la tête, les expressions du visage, les vêtements, la coiffure, les odeurs, les parfums, les silences, les réactions spontanées : toux, éternuement, rougissement, sourire...

Lors d'une hypnose formelle, le langage non verbal est le plus utilisé. En effet le langage verbal ne peut être utilisé que si le thérapeute en a construit la possibilité. Les possibilités de communication peuvent être définies à l'avance : mouvement d'un bras, d'un doigt, signe de la tête, utilisation du langage verbal. Ainsi au cours du processus hypnotique classique, la communication tend à se digitaliser, réduite à la réprobation ou l'acceptation. Ainsi, tous les gestes et mouvements gardent leur signification et doivent être pris en compte par le thérapeute.

Métaphores thérapeutiques

Le thérapeute utilise un langage imagé, fait de suggestions, d'histoires et de métaphores. La forme et le contenu du langage sont taillés sur mesure. Le médecin s'adapte à chaque patient, parlant un langage à plusieurs niveaux qui correspondent à ce patient en particulier.

Pour Michel Kérouac¹¹³, la métaphore sert plusieurs buts. Elle établit une dissociation entre la réalité du patient, son orientation à la réalité, et une autre « réalité ». Cette nouvelle réalité introduit la « multicontextualité » des approches possibles d'un même phénomène. La métaphore augmente les chances pour la réalité d'être effectivement « mobilisée », elle est le négatif du symptôme, elle peut mobiliser les capacités imaginatives du sujet et du thérapeute.

La métaphore doit avoir un rapport isomorphique avec la réalité, respectant, autant que possible l'orientation sensorielle du sujet et prenant en compte plusieurs éléments de la vie du patient. Elle introduit une notion de temporalité, est facilement compréhensible, possède une charge émotionnelle, dans un contexte relationnel favorisant l'imagination du sujet et du thérapeute.

Patrick Bellet¹² voit plusieurs intérêts à l'utilisation des métaphores en thérapie : elles permettent d'établir une relation empathique sécurisante, de développer une argumentation en fixant l'attention, de créer des correspondances ou similitudes, de recadrer une symptomatologie, de permettre au patient de changer de point de vue, d'encourager l'imagination personnelle du patient, de réduire la résistance, de suggérer des solutions, de favoriser l'expérience et sa mise en mémoire, d'agir dans la continuité et enfin de responsabiliser le patient.

3) Quelques notions sur le processus hypnotique

Pour Jean-Claude Benoit¹³⁹ : « La disponibilité du thérapeute se concrétise d'emblée par son accueil du corps du patient, par son regard et aussi par le vécu de son propre corps. Le thérapeute passe incessamment de soi à l'autre et de l'autre à soi, par la voix, la respiration, la posture, le contact, activement et conjointement ».

L'entretien préalable est indispensable. Il s'agit, comme le dit Patrick Bellet¹², d'éviter les quiproquos fâcheux entre les attentes et les réponses envisageables avec l'hypnose. Ce temps est indispensable pour faire connaissance, connaître le problème posé et le contexte de la demande. Ce temps d'écoute et de compréhension est déterminant pour la suite de la thérapie. Le patient est alors souvent invité à s'installer de façon agréable. Le patient a la possibilité de communiquer par un signal convenu avant l'entrée en transe avec le thérapeute. Ces informations, ou feed-back aideront le thérapeute dans la conduite de la séance. Le thérapeute souvent peut proposer au patient de n'écouter et de choisir que ce qui est utile pour lui au cours de la séance. Les suggestions d'induction ont pour but de faciliter la concentration du patient sur lui-même en retrouvant par exemple une situation agréable. L'induction tend à « transporter » le patient de l'ici et maintenant vers un ailleurs. Les suggestions peuvent être « directes » pouvant porter sur les phases de transition ou servir à ratifier les manifestations hypnotiques comme la modification de la respiration ; elles peuvent être « indirectes », avec exploration des différents axes sensoriels, parfois sous forme de métaphores, elles ont alors souvent une finalité thérapeutique. Le discours reste centré sur la respiration du sujet, les suggestions sont liées par des conjonctions de coordination. Le discours peut être enrichi, de compliment, de ratification, de truisme (phrase évidente), de saupoudrage de quelques mots utiles, toujours dans un langage dissocié. Les suggestions post-hypnotiques proposent souvent de poursuivre l'apprentissage au-delà de la transe, permettant au corps et à l'esprit de redécouvrir des ressources qui pourront se développer. Ensuite, pour la fin de la séance, l'attention du patient est de nouveau attirée sur des repères physiques de temps et de lieu dans un but de réassociation, afin de revenir ici et maintenant dans le lieu de consultation. Il convient de bien s'assurer que le patient est bien réorienté au décours de la séance d'hypnose. Progressivement, les séances peuvent de plus en plus être personnalisées, aidant le patient à se servir lui-même de l'hypnose.

François Roustang¹⁸⁸ revient sur les différents temps de l'hypnose avec ses traits caractéristiques. Ainsi : « *L'induction commence par un arrêt de la perception ordinaire, par exemple sous la forme de la fixation d'un objet indépendamment de son contexte. Premier temps, seul retenu le plus souvent par l'opinion, ce qui autorise à ne voir dans l'hypnose*

qu'un phénomène de fascination. Or ce premier temps n'est qu'un passage. Il conduit à suspendre les déterminations auxquelles nous sommes habitués concernant les choses et les êtres. Indétermination qui produit un sentiment de confusion. Le troisième temps est celui où de nouvelles possibilités se font jour parce que nous avons été délivrés des liens trop étroits et trop évidents avec les constituants de nos existences. C'est le temps où, pour les hypnotiseurs de laboratoire, l'hallucination peut être produite. Il reste à toucher au but, c'est-à-dire accéder à la potentialité en tant que telle, par-delà la confusion et l'imagination. Cette potentialité se montrera tout aussi bien individuelle que collective, puisque c'est en elle qu'est à la fois constitué et communiqué le projet de nos actions ». Ainsi plusieurs étapes constituent la veille paradoxale : « La fixation, l'indétermination, la possibilité, la puissance. Le triple pouvoir de rêver, de configurer le monde et d'imaginer se révélera sous une forme dérivée : celui d'anticiper. [...]. Anticiper c'est se tenir à l'écart dans l'espace et dans le temps pour préparer une action susceptible de modeler à nouveau la réalité. Elle sera d'abord un arrêt (l'hypnose comme fascination), elle sera ensuite une attente (l'hypnose comme confusion), puis un projet (l'hypnose comme hallucination), enfin une redistribution des paramètres de l'existence (l'hypnose comme énergie) ».

Malarewicz insiste sur le mot *dissociation*. Jean-Claude Benoit¹³⁹ en donne la définition suivante : « *Etre double, participant et observateur de soi et de l'autre également, ce peut être ou bien l'immobilité de l'angoisse ou la liberté du dépassement créatif. Dialectique de l'âme et de l'esprit, la dissociation sacrifie une partie seulement de la conscience. Elle supprime la certitude naïve qui nous cache la complexité confuse des moments de la vie. [...]. Dans la complexité confuse, le thérapeute devient alors « enseignant ès apprentissages » [...] Le va-et-vient de ces fonctionnements utilise à la fois la dissociation du patient et celle du thérapeute ».*

La dissociation est une étape caractéristique du processus hypnotique. Elle est difficile à décrire car, comme le propose Malarewicz¹³⁹ : « Elle reflète une situation éminemment subjective que seul le sujet est à même de décrire avec pertinence pour lui-même et à un moment donné ».

4) Manifestations cliniques de l'hypnose

Patrick Bellet¹² classe les manifestations physiologiques et psychologiques de l'hypnose.

Manifestations physiologiques

Les signes objectifs sont :

- le ralentissement du rythme respiratoire
- le ralentissement de la fréquence cardiaque
- la modification du tonus musculaire
 - l'hypotonie, la relation musculaire,
 - ou l'hypertonie, catalepsie ou rigidité d'un segment de membre
 - les mouvements automatiques
- la diminution de la déglutition.

Les subjectifs sont uniquement connus du patient :

- une relaxation générale,
- la lourdeur et/ou légèreté d'un membre,
- le fourmillement, la chaleur, la fraîcheur,
- des perceptions olfactives, visuelles, auditives, cénesthésiques appelées « hallucinations »,
- un détachement, un éloignement du contexte,
- le littéralisme, c'est-à-dire la compréhension des paroles du thérapeute « au pied de la lettre ».

Manifestations psychologiques

Ce sont :

- les activités idéo-motrices (capacité à répondre automatiquement par un petit mouvement défini par avance à une suggestion, propriété utilisée pour communiquer pendant la séance),
- le détachement ou abstraction par rapport à l'environnement immédiat,
- les modifications subjectives de l'écoulement du temps,
- l'amnésie,
- la régression en âge et l'hypermnésie.

Ces signes sont les plus fréquemment observés, leur présence est d'une grande variabilité, et ils ne peuvent servir à prédire l'efficacité d'une séance.

D. UTILISATION MEDICALE DE L'HYPNOSE ET STRATEGIE DE CHANGEMENT

1) Un mode de communication privilégié

Pour Patrick Bellet¹² « *L'hypnose est un mode de communication privilégié où le sujet répond au thérapeute, certes, mais surtout à lui-même. Dans le traitement l'élément actif c'est aussi le patient ; le médecin met à sa disposition l'aide d'un savoir-faire et non une science infuse ou une certitude de ce qui serait bon pour lui. Le patient n'est alors plus dépendant du médecin car, ayant activé des ressources qui lui appartiennent, il peut d'autant mieux poursuivre par lui-même le changement. Nous ne cherchons pas la guérison, vaste débat, mais le changement. Faire en sorte qu'un patient figé dans une pathologie puisse en sortir en participant à son propre traitement. La relation thérapeutique en hypnose est une collaboration entre le patient et son médecin dans laquelle le langage verbal et non-verbal occupe la place centrale* ».

Pour Steve de Shazer, directeur du Centre de Thérapie Familiale Brève (BFTC) de Milwaukee, dans le Wisconsin aux Etats-Unis, l'hypnothérapie brève peut impliquer ou non l'induction en bonne et due forme d'une transe conventionnelle. Comme le suggère Haley en 1958, l'hypnose est un terme utilisé pour décrire un certain *mode relationnel* entre les gens. Ce que signifie hypnose, c'est une « *centration de l'attention* » qui se retrouve dans l'*interaction* entre l'hypnothérapeute et son sujet : il ne s'agit pas de quelque chose que l'hypnotiseur administre à un sujet passif.

Reprenons la question de François Roustang¹⁸⁸ : « *De quoi souffrons-nous, en effet ?* ». Il répond : « *Essentiellement, de l'étroitesse et de la rigidification de la veille restreinte qui s'enferme dans le cycle infernal de la répétition. [...]. Ignorant qu'il existe d'autres fils ou d'autres nouages, nous sommes menacés par la déchirure. Comment, non pas l'éviter, mais nous en servir pour guérir nos peurs ?* ».

2) Mobiliser les ressources

Pour Patrick Bellet¹² « L'apparition de troubles psychologiques peut être liée à l'intervention de "limitations acquises" et apprentissages négatifs au cours du développement psychomoteur, éducatif et social, limitations qui agissent comme des suggestions posthypnotiques ». L'utilisation de l'hypnose va permettre au sujet de retrouver sa capacité à répondre de manière nouvelle et adaptée aux situations qu'il rencontre. Il ne s'agit pas d'obéir à des suggestions extérieures mais d'utiliser ses compétences et ses possibilités d'adaptation personnelle. L'hypnose permet de faire abstraction de l'environnement immédiat laissant l'inconscient du patient effectuer des remaniements utiles au changement au contact de ses ressources.

Les suggestions du thérapeute ont pour but de rechercher dans la mémoire du sujet des éléments (situations, sensations, émotions) qui ont été bénéfiques pour en capter soit le processus, soit les sensations de réussite associées et les transposer dans la situation critique dans laquelle il se trouve. L'hypnose n'est pas un remède miracle, elle permet au patient de retrouver ses ressources – alors ignorées ou négligées -. Les ressources, capacités et compétences du patient vont pouvoir être travaillées afin qu'un changement puisse émerger. Le thérapeute, aussi pédagogue, apprend au patient à se servir de ses ressources après les avoir retrouvées.

Le thérapeute définit le contexte thérapeutique, il est le garant du cadre de soins. Les contraintes imposées par le thérapeute sont nécessaires à la définition du cadre thérapeutique dans lequel le contexte thérapeutique peut être redéfini à chaque instant par les techniques d'hypnose pour ce qui nous intéresse ici. Ces contraintes servent à aménager un espace, ayant valeur d'apprentissage pour le patient. Le thérapeute peut alors se faire guide pour accompagner son patient. Comme le dit Malarewicz : « *De même qu' "on ne peut pas ne pas communiquer" ou "qu'on ne peut pas ne pas organiser", "on ne peut pas ne pas manipuler", car la manipulation est contenue dans la communication : il s'agit toujours de persuader l'autre, et c'est même là une des principales caractéristiques de toute communication thérapeutique et de la communication hypnotique en particulier* ».

François Roustang¹⁸⁸ ajoute : « *L'hypnose libère un pouvoir inné, celui d'organiser le monde pendant le jour. Il s'agirait, par l'état hypnotique, de revenir non pas à une forme de relation pré-langagière, mais à une potentialité qui s'affirme dès la naissance et va déterminer le rapport au monde tout au long de l'existence. Par là serait intégrée la conviction répandue du temps du mesmérisme, à savoir que l'hypnose est un produit de l'imagination. A ceci près que ce n'est pas la montée en régime de l'imagination qui engendre l'hypnose, mais plutôt l'état hypnotique, la veille paradoxale, qui permet à l'imagination de se déployer pour transformer nos relations avec les êtres et les choses. On avait vu le lien qui existe entre hypnose et imagination, mais on n'avait pas saisi que l'imagination n'était qu'un autre nom ou une autre manifestation de ce pouvoir inné d'ordonner notre monde* ».

3) Stratégie de changement

Si l'on reprend le *Cours d'hypnose clinique* de Malarewicz¹³⁹ : « L'hypnose en elle-même n'est pas une thérapie. L'hypnose est avant tout un processus dans lequel peut prendre place la visée thérapeutique. Elle est un des outils que peut utiliser un thérapeute face à telle ou telle situation en fonction de son expérience, de la spécificité de cette situation, et enfin, selon la demande du patient. En ce sens, elle n'est rien de plus qu'un instrument d'intervention. Autrement dit, elle exige une technicité particulière qui ne se réduit pas à l'induction de la transe hypnotique. En fait, induire un processus hypnotique est relativement facile, faire "sortir" le sujet de la transe demande encore plus d'expérience (car le sujet s'y trouve fort bien), mais faire en sorte que cette hypnose soit profitable à un patient s'apparente à la création d'une œuvre d'art avec toute l'inventivité, la technicité et l'expérience que cela suppose ».

Il poursuit en introduisant la notion de stratégie nécessaire à l'émergence d'un changement : « *Tout changement s'inscrit dans une dynamique spécifique et un contexte particulier. Avec la notion de changement s'impose la notion de stratégie. [...]. Un thérapeute ne peut faire l'économie de la question suivante : Que puis-je faire pour que les effets de la thérapie se prolongent au-delà de mon intervention ?* »

En effet, « *Pour le sujet, l'état d'hypnose constitue une expérience spécifique qui se déroule comme un processus. Pour le thérapeute, ce processus est un contexte dans lequel peut se dérouler la thérapie. Autrement dit, il ne suffit pas de mettre une personne en état d'hypnose en demandant au symptôme de disparaître pour que la guérison s'ensuive. Ce qui peut être thérapeutique est l'apprentissage que peut faire le patient dans cette situation spécifique* ».

Pour Jean-Claude Benoit¹³⁹ : « *La transe hypnotique moderne s'appuie délicatement sur nos incertitudes relationnelles. [...]. Il s'agit d'un labeur en commun. Le thème de l'hypnose "s'hystériserait" trop s'il lui manquait ce projet d'une stratégie thérapeutique. [...]. Il faut aussi consacrer son attention au problème qui colore le symptôme. Le problème bloque le temps. [...]. Et, encore une fois, selon Bateson, comme souvent en art ou en science, ici en thérapie, le problème ne se dessine clairement que lors de l'accès à la solution* ».

François Roustang¹⁸⁸ s'interroge : « *Quelle est donc, encore une fois, la visée et le but de l'hypnothérapie ? On peut le dire d'un mot : répondre à la demande de la personne que nous recevons pour lui permettre de modifier son rapport au monde. Mais que recèle cette formule ? Elle suppose le respect sur deux versants : d'une part prendre en compte la singularité de la personne, et d'autre part de tenir compte des limites de l'environnement proche et lointain où il se meut* ».

E. LIEN HYPNOSE-THERAPIE BREVE

« Sachez qu'il y a beaucoup de médecins qui pensent qu'il est extrêmement important que les patients sachent qu'ils sont ou non en état de transe. Et vraiment cela n'est pas très important. Très souvent, mes patients ne savent même pas qu'ils sont en transe ».

Erickson MH.

De Shazer considère la thérapie brève comme un perfectionnement et un développement des principes sur lesquels se fondait Erickson pour résoudre des problèmes cliniques. Ces méthodes indirectes, naturalistes, sont utiles avec ou sans transe formelle. Cela explique que pour l'observateur non averti, il n'existe aucun moyen, la plupart du temps, de repérer l'induction ou le début d'une transe. Un observateur averti pourra remarquer que le thérapeute et le client prêtent une attention particulièrement soutenue à ce qu'ils se disent l'un à l'autre, qu'ils utilisent spontanément des métaphores acceptées par tous les protagonistes.

1) De l'hypnose aux thérapies brèves

La première publication sur la thérapie brève est celle de Milton Erickson en 1954 *Special Techniques of Brief Hypnotherapy*. L'hypnose permet l'induction d'une « *réponse émotionnelle correctrice* ». Pour Haley⁹³ la tâche thérapeutique consiste à procurer de manière adéquate des « *ajustements constructifs qui soient soutenus plutôt qu'entravés par la présence des comportements névrotiques* ». Erickson induit « de façon constructive » un *changement* qui pouvait correspondre « *sur le plan symptomatique à la personnalité et au mode de fonctionnement* » de son client. Il en résulta qu'ils « *acceptèrent l'aide qui leur était donnée et utilisèrent l'incitation qui leur était faite pour opérer un meilleur ajustement à la réalité* »⁹³.

Il fallut attendre plusieurs années avant que le mouvement des thérapies brèves se développe.

Bateson, en 1952, regroupa autour de lui John Weakland, Jay Haley, William Fry puis Don Jackson pour son projet de recherche sur « l'étude du rôle des paradoxes de l'abstraction dans la communication ». Ils mettent au point la théorie de la « double contrainte ». Leur article, *Vers une théorie de la schizophrénie*, dégage des pistes innovantes mais à contre-courant des idées de l'époque : « la maladie mentale n'est plus considérée comme la conséquence d'un psychisme perturbé mais comme un trouble de la communication au sein de la cellule familiale ». Bateson retournera ensuite à l'étude des applications de cette théorie dans les domaines de la biologie, les sciences humaines, sociales... Cette théorie sera reprise par le courant stratégique pour construire des interventions paradoxales. Ce groupe se dissout au début des années 1960.

En 1968 fut fondé le Centre de Thérapie Brève au sein du Mental Research Institute (MRI) à Palo Alto en Californie. Les « thérapies centrées sur le problème » ont ainsi été structurées au cours des années soixante par Watzlawick, Weakland et Fish à partir des idées de Gregory Bateson¹²⁶. Il s'interroge sur le contexte qui permet l'émergence d'un comportement problématique et voit à la place du symptôme une réponse adaptée à son contexte de vie (Wittezale 1995²³⁷). L'homme apprend, évolue dans son milieu grâce au feedback qu'il reçoit. Bateson n'envisage l'homme que dans l'écosystème global de la nature. En 1974, Weakland, Fish, Watzlawick et Bodin publièrent un article intitulé *Brief Therapy : Focused Problem Resolution (Thérapie brève : résolution centrée sur le problème)* ; Haley publie en 1973 *Un thérapeute hors du commun*⁹⁴ et Watzlawick, Weakland et Fish un livre intitulé *Changements*²²⁷.

Le Centre d'Etudes de la Famille de Milan fut fondé en 1971 ; en 1974, Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin et Prat publient un article *The treatment of Children Through Brief Therapy of their Parents (Le Traitement des enfants par la thérapie brève des parents)*.

En 1969, Steve de Shazer commence à développer un modèle de thérapie brève. Il publie en 1975 l'article *Brief Therapy : Two's Company (Thérapie brève : deux personnes forment déjà un groupe)*.

2) Objectif centré sur le « comment » et non sur le « pourquoi »

Le but de ce type de thérapie repose sur la résolution de problèmes d'ordre relationnel, dans le moment présent, et non sur la prise de conscience des modes de fonctionnement propres, et le pourquoi de nos fonctionnements.

Selon Milton Erickson (dans De Shazer 1985⁵⁴) : « Les patients qui viennent vous voir le font parce qu'ils ne savent pas exactement POURQUOI ils le font. Ils ont des problèmes et s'ils savaient en quoi consistaient ces problèmes, ils ne seraient pas venus. Et, étant donné qu'ils ne savent pas EXACTEMENT en quoi consistent ces problèmes, ils ne peuvent pas vous le dire. Ils peuvent seulement vous rapporter de façon plutôt embrouillée ce qu'ils pensent. Et vous écoutez avec VOTRE propre histoire et votre expérience, et vous ne savez pas très bien ce qu'ils sont en train de dire, mais il vaut mieux que vous sachiez que vous ne savez pas. Et ensuite, il vous faut faire QUELQUE CHOSE qui induise un *changement* chez le patient... n'importe quel petit changement, parce que ce patient réclame un changement, même minime, et il considérera cela COMME un changement. Il ne s'arrêtera pas pour mesurer la PORTEE de ce changement. Il acceptera cela comme un changement et ensuite il poursuivra ce changement qui, ainsi, pourra croître en fonction de ses propres *besoins*... Cela ressemble beaucoup à une boule de neige que l'on fait rouler le long d'une pente montagneuse. Au début c'est une petite boule de neige, mais elle grossit de plus en plus au fur et à mesure qu'elle roule... et elle se transforme en une avalanche qui suit la configuration du terrain » (in Gordon, Meyers-Anderson 1981⁸⁶).

Selon Milton Erickson : l'objet de la psychothérapie devrait consister à aider le patient de la manière la plus acceptable, accessible et adéquate pour lui. En lui apportant de l'aide, on devrait se servir avec le plus grand respect de tout ce qu'apporte le patient. On devrait porter l'accent davantage sur ce que le patient fait dans le présent et fera dans le futur, plutôt que de se contenter de simplement chercher à comprendre pourquoi certains événements se sont produits dans un lointain passé. « *Le sine qua non de la psychothérapie devrait être l'ajustement du patient à son présent et à son avenir* » (dans Haley 1967⁹³).

Watzlawick propose une nouvelle voie de recherche pour la psychothérapie, à partir de l'observation d'interactions dans le moment présent : « *La question [n'est pas] de savoir pourquoi les gens se comportent comme ils le font, mais plutôt comment ils se comportent ici et maintenant. Personne n'a jamais nié que les diverses attitudes humaines, les craintes, les espoirs et tout le reste trouvent leur origine dans le passé. Mais, nous pensons que pour changer ce qui constitue un problème ici et maintenant, il n'est pas nécessaire de remonter dans le passé et de comprendre toutes les causes* » (Widler 2000²³³).

Pour Fish, Weakland et Seagal⁷⁹, « *l'objectif de la thérapie est d'influencer le patient d'une telle façon que sa plainte originelle soit résolue, et ceci à sa plus grande satisfaction* ». Watzlawick et Weakland²³⁰ précisent que « *passer d'une description de la nature de quelqu'un à une description des rapports entre une personne et une autre implique une nouvelle manière de conceptualiser le problème* ».

De Shazer et Molnar définissent en 1984 le processus thérapeutique : il consiste à faire naître (et à favoriser) des comportements et des cadres de références *nouveaux, différents et observables*, en rapport avec le problème présenté ou la résolution de ce problème. De Shazer ajoute que le changement thérapeutique est un processus interactif impliquant à la fois le client et le thérapeute.

Au Brief Family Therapy Center (BFTC), la pratique clinique définit la thérapie en termes de coopération, d'orientation vers les solutions et le changement, de centration sur le présent et l'avenir.

3) Quelques postulats

Pour Erickson : « Si la maladie peut survenir soudainement, la thérapie peut alors survenir tout aussi soudainement ».

De façon paradoxale, la thérapie brève ne se définit pas par le nombre de séances effectuées. Weakland et ses collègues rapportaient que dans 72% des cas l'objectif défini pour le traitement était atteint au bout de 7 séances en moyenne ou qu'une amélioration significative était survenue. Les clients ne tendent à rester en thérapie que 6 à 10 séances (Garfield 1978 ; Gurman 1981 ; Koss 1979). De ce fait, comme le souligne De Shazer⁵⁴ : « *Nous devons tirer le meilleur parti possible de ce nombre limité d'entretiens, [...], nos méthodes doivent tenir compte de cette réalité* ». L'idée est d'initier un changement, d'expérimenter un nouveau rapport à soi-même, aux autres et au monde – d'un point de vue corporel, intellectuel et affectif et ainsi de permettre l'autonomie du patient. L'accent est mis sur la relation : entre le patient et son problème/ ses solutions, le patient et son entourage, le patient et le thérapeute...

Les thérapies brèves s'intéressent aux relations et non aux choses en elles-mêmes. Ces deux perceptions renvoient à deux niveaux de réalité bien distincts, mais souvent confondus. Comme le dit Epictète, « ce ne sont pas les choses elles-mêmes qui nous préoccupent mais l'opinion que nous avons des choses ». Paul Watzlawick, en 1976, différencie deux réalités :

- la réalité de premier ordre concerne les propriétés physiques des objets de notre perception. Elle est vérifiable de façon « objective, répétable, scientifique ».
- la réalité de second ordre est fondée sur l'attribution d'une signification et d'une valeur à ces objets.

La plupart des difficultés humaines concernent la réalité de deuxième ordre. Les hallucinations sont un des rares cas d'atteinte de la réalité de premier ordre. Pour Watzlawick en 1971²³⁰, les désaccords et les conflits reposent sur « *la croyance naïve que notre propre perception de la réalité interpersonnelle est, de toute évidence, la seule possible et exacte ; et que l'autre doit être fou ou méchant pour la voir différemment* ».

L'idée est donc de remplacer une réalité de second ordre, objet de la plainte, par la construction d'une autre réalité, plus pertinente ou plus confortable. La réalité de premier ordre, le plus souvent inchangeable, reste inchangée. Watzlawick en 2000²²⁹, définit la psychothérapie efficace comme « un changement réussi de cadre de référence ou, en d'autres termes, de la signification et de la valeur qu'une personne attribue à un aspect spécifique de la réalité et qui, selon la nature de cette attribution, rend compte de sa douleur ou de sa souffrance ».

Pour cela, l'un des moyens utilisés est le recadrage, défini en 1974 par Watzlawick²²⁷ comme « la modification du contexte conceptuel et/ou émotionnel d'une situation, ou le point de vue selon lequel elle est vécue, en la plaçant dans un autre cadre, qui correspond aussi bien ou peut-être mieux aux "faits" de cette situation concrète, dont le sens par conséquent change complètement ».

La tâche du thérapeute est de construire avec le patient une nouvelle vision du problème, tenant compte de son contexte, conduisant à l'élaboration d'un scénario plus confortable et favorable au changement.

Quelles sont les notions communes entre l'approche de l'école de Palo Alto et l'approche centrée solution de De Shazer en 1991⁵⁵ :

- C'est ce qui est « visible et observable » dans l'interaction qui est pris en compte.
- Ce qui se passe dans « l'ici et maintenant » de la séance de la thérapie est plus important que les explications centrées sur le passé.
- Le point de vue est interactionnel et général. Il considère l'ensemble de la situation dans son contexte et s'intéresse au comment cela fonctionne.
- L'accent est mis sur le recadrage qui permet aux gens de voir les choses différemment alors que la situation n'a apparemment pas changé.
- Les patients font de leur mieux et ne sont pas considérés comme des « malades ». Ils possèdent les ressources nécessaires pour résoudre leur problème
- Le problème est envisagé à partir des solutions mises en place par les clients pour le résoudre.

Pour De Shazer en 1985⁵⁴, « la clef de la thérapie brève se trouve là : utiliser ce que le client amène pour répondre à ses besoins d'une manière telle qu'il puisse se construire la vie qui lui convient ». Les méthodes indirectes, développées par Milton Erickson, constituent une des marques de fabrique de la thérapie brève. De Shazer complète : « Les « symptômes » sont pris au pied de la lettre, et plutôt que supprimés, transformés en éléments de la solution ».

Postulats :

- 1) Parmi les plaintes des clients, il y a des comportements qui sont induits par l'image qu'ils se font du monde.
- 2) Ce qui fait que les plaintes des clients perdurent, c'est leur idée que ce qu'ils ont décidé de faire par rapport à la difficulté de départ était logiquement la seule chose à faire. A partir de là, les clients se comportent comme s'ils étaient contraints de faire encore plus de la même chose (Watzlawick, Weakland et al. 1974²²⁷).
- 3) Des changements minimes sont nécessaires pour mettre en route le processus de résolution des plaintes et, une fois que le changement a commencé (ce qui constitue la tâche du thérapeute), d'autres changements créés par le client surviendront par « effet boule de neige » (Spiegel, Linn 1969²⁰⁵).
- 4) L'idée de ce qu'il faut changer se forme à partir de l'idée que se fait le client de ce que serait la réalité si la plainte en question n'existait pas.
- 5) On peut se contenter de suggérer de nouvelles façons de voir, et un nouveau comportement s'appuyant sur n'importe quelle redéfinition du problème peut permettre au client de trouver une solution.
- 6) En thérapie brève, on veille à accorder une attention toute particulière au concept systémique de « globalité » (holisme) : un changement survenant au niveau d'un élément du système ou au niveau d'une des relations entre différents éléments de ce système affectera les autres éléments et les relations qui, ensemble, forment ce système.

4) La thérapie brève orientée vers les solutions

Steve de Shazer (1940-2005) fait ses études à l'université de Wisconsin dans le Milwaukee où il rencontre Insoo Kim Berg (1934-2007), d'origine coréenne. Il se forme aux thérapies brèves à la fin des années soixante avec notamment John Weakland. Insoo Kim Berg se forme aux thérapies brèves au Brief Therapy Center de Palo Alto. Insoo Kim Berg et Steve de Shazer cofondent en 1978 le Brief Family Therapy Center (BFTC).

Ensemble, ils développent l'« approche centrée sur les solutions », à partir de 1982. Leur centre a pour objectif de (Lelarge 2004¹²⁸) :

- « Trouver les moyens les plus efficaces et efficaces pour aider les gens à atteindre leur «état d'être» désiré, quels que soient les domaines qui les préoccupent ».
- « Toujours chercher à mettre en valeur les capacités, les forces et les bonnes intentions des patients ».

Les trois principes de base semblent si simples et évidents et qu'ils sont parfois vite oubliés (De Shazer 1985⁵⁴) :

- « Si ce n'est pas cassé, ne réparez pas ».
- « Une fois que vous savez ce qui marche, faites-le plus ». Et comme ajoute De Shazer : les thérapeutes « devraient aussi résister à la tentation de faire quoi que ce soit de plus ».
- « Si cela ne marche pas, ne recommencez pas, faites autre chose ».

Les principes fondateurs sont les suivants :

Pour élaborer une solution selon De Shazer⁵⁴, il n'est pas nécessaire de savoir quoi que ce soit au sujet du passé de la personne (contrairement à la thérapie traditionnelle), ni de savoir, en détail, ce qui maintient le problème en place (comme c'est le cas pour d'autres types de thérapie brève et de thérapie familiale). Bien plus grâce à une attente de changement claire et forte, le thérapeute peut promouvoir très rapidement un changement durable. Une fois que le thérapeute a réussi à créer (ou à contribuer à créer) l'espoir que les choses vont désormais être différentes, ce qu'il est ensuite important d'établir c'est ce qui, selon le client, sera différent une fois le problème résolu. Les attentes influencent le comportement ; et donc, si vous vous attendez à ce que quelque chose de différent survienne, alors il devient logique d'entreprendre quelque chose d'autre (peut-être dans le but que ça arrive vraiment). Bien sûr, ce que vous désirez précisément voir arriver peut ne pas survenir, mais étant donné que vous aurez fait quelque chose de différent, quelque chose d'autre au moins va se passer et donc, il est possible que vous vous sentiez mieux. Le client choisit la porte qu'il veut emprunter en fonction de ce qui sera différent - espère-t-il - quand ce dont il se plaint aura disparu ».

Ce modèle ne porte qu'une attention limitée au passé et lorsque qu'il le fait, c'est uniquement pour s'intéresser aux *succès* du passé. Le thérapeute recherche ce que le client fait de *bien* et de *bon* pour lui, plutôt que de chercher à préciser ce qui va mal. Le thérapeute se centre sur *comment le client saura que le problème est résolu*, et sur la construction de scénario qui permettront au client de savoir quand le but de la thérapie aura été atteint.

Comment se déroule une séance ?

Pour de Shazer⁵⁴, une des tâches minimales (quoique ni simple ni facile) que doit accomplir un thérapeute au cours de la première séance, et peut-être aussi au cours des séances suivantes, est d'induire un doute dans l'esprit du client en ce qui concerne les points de vue qu'il adopte et les comportements qui en résultent. Le nouveau cadre de référence, créé par un nouveau comportement, rend possible et entraîne davantage de réponses positives, ce qui soutient la poursuite de cette voie. Initier une nouvelle manière de voir les choses fait partie du travail du thérapeute, et il est absolument indispensable qu'il soit suffisamment persuadé que le nouveau point de vue conviendra et que le nouveau comportement sera encouragé et « renforcé » par l'entourage. La thérapie, par ses recadrages, procure une espèce de miroir qui peut aider les gens à percevoir les choses autrement et du coup à se comporter différemment. Le choix de ce qu'il convient de faire différemment n'est pas dû à la chance.

Ainsi, toujours selon De Shazer : « D'abord, nous relient le présent au futur (en laissant de côté le passé), puis nous félicitons le client pour ce qu'il est déjà en train de faire d'utile ou de bénéfique pour lui-même, et ensuite, - une fois qu'il a bien compris que nous étions de son côté - nous pouvons lui suggérer de faire quelque chose de nouveau, quelque chose qui soit, ou du moins pourrait être, bénéfique pour lui. ».

L'idée qu'il suffit d'opérer un petit changement et de se fixer un objectif raisonnable et modeste facilite beaucoup la mise en place d'une relation de coopération entre thérapeute et client. En thérapie brève, quelle que soit la gravité et la complexité de la situation, un petit changement dans le comportement d'une seule personne peut provoquer des différences profondes et d'une grande portée dans le comportement de toutes les personnes impliquées. Un changement opéré à un niveau peut « mener directement » à des changements d'autres niveaux.

Quelques outils thérapeutiques :

L'équipe de De Shazer proposa ce qui deviendra la « tâche de première séance »⁵⁴ : « Jusqu'à notre prochain entretien, nous vous demandons d'observer de telle façon que vous puissiez nous en parler, ce qui se passe dans votre vie que vous souhaitez voir continuer ». Dans 90% des cas, ils pouvaient rapporter à la deuxième séance des choses qu'ils souhaitaient voir continuer, et ils attribuaient à ces événements la responsabilité de leur amélioration. Il apparut alors que le « processus de solution » pouvait se faire indépendamment de la plainte, sans que le thérapeute ou le patient sache exactement quel est le problème. L'idée que les solutions et les objectifs du patient sont plus importants que le problème s'est alors imposée à l'équipe du BFTC.

L'un des apports de ce type de thérapie est la *prescription de tâche* en fin de séance. Sa réalisation totale, partielle, ou nulle est une indication sur la manière de faire les choses du patient. Elle permet au thérapeute d'affiner le mode de coopération avec le patient afin d'orienter le processus de changement. Le thérapeute doit découvrir quelles sont les portes qui ont la faveur du client, et c'est par *sa manière* de décrire la plainte que ceci sera le plus facile à percevoir.

Pour trouver un nouveau type de réponse, il est également utile de *rechercher les exceptions* à la règle de la plainte. C'est la recherche de solutions déjà mises en place par le patient et qui sont efficaces, ce qui focalise l'attention sur ces moments d'exception, ces périodes de réussite. L'utilisation d'une transe conversationnelle, à ce moment, permet de valider les modifications émotionnelles et corporelles liées à une situation bénéfique, d'ancrer ses possibilités afin de favoriser la confiance en soi et de glisser quelques suggestions hypnotiques visant à valider ces différences et à induire un changement déjà possible.

De Shazer a également proposé l'utilisation d'échelles. Elles permettent la construction d'un « pont, [d'] une méthode pour parler des choses difficiles à décrire ». John Weakland fait remarquer à propos de ce travail : « Quand quelque chose n'est pas concret, vous le concrétisez. [...]. Vous inventez l'une de ces échelles d'évaluation. Grâce à une telle échelle, on peut considérer n'importe quelle chose floue et informe et la réduire à un nombre. Voilà alors la chose qui devient réelle et concrète. ». Le plus souvent « 0 » est l'état le pire, et « 10 » la solution, le but à atteindre. Mais, comme le dit Wittgenstein²³⁸, « la signification d'un chiffre est son usage et en particulier son usage par rapport aux autres chiffres de l'échelle. [...]. Les échelles d'évaluation nous donnent un moyen créatif de traiter l'incompréhension mutuelle en utilisant les nombres comme moyen de décrire l'indescriptible. ». Des étapes peuvent alors apparaître dans le chemin à parcourir, et aider le patient à se situer par rapport à la réalisation de son objectif. Les progrès réalisés sont matérialisés et constituent alors un encouragement.

F. UNE APPROCHE NON NORMATIVE, NON PATHOLOGISANTE

Les sciences médicales raisonnent sur des éléments objectifs, mesurables, reposant sur une réalité de premier ordre. Or dans le domaine de la psychothérapie, nous sommes dans les domaines du ressenti, des croyances, des hypothèses, des interprétations... ce qui relève de la réalité de deuxième ordre.

Watzlawick, dans cette logique constructiviste, fait remarquer qu'il n'y a pas de définition universelle de la normalité :

« La question de la santé mentale d'un individu n'est pas une hypothèse scientifique, mais philosophique, métaphysique ou même parfaitement superstitieuse. Devenir conscient de qui nous sommes "réellement" nécessiterait que nous nous mettions à côté de nous-mêmes et nous regardions objectivement ».

Dans le domaine des thérapies brèves, il n'existe pas de modèle ou de réalité objective. C'est pourquoi les thérapeutes préfèrent se centrer sur la découverte de la perception de ce qu'est la réalité propre du patient. C'est pour cela que Steve de Shazer emploie le mot « client » et non « patient ». Ce terme, en langue anglaise, ne fait pas directement référence à une relation commerciale, mais appartient au domaine médical. Alain Bonora, traducteur de *Les mots étaient à l'origine magiques*⁵⁶, explique que le terme « client » a été retenu pour désigner « celui qui requiert les services de quelqu'un ».

Don Jackson préconisait dans les années 1960 une approche non pathologisante de la « maladie mentale ». Il avait évoqué les risques possibles de l'utilisation d'étiquettes diagnostiques avec notamment le risque de « prédiction auto-réalisante », défini comme suit par Watzlawick : « une prédiction auto-réalisante est une hypothèse qui, précisément parce qu'elle a été faite, cause la réalisation de l'événement attendu et, donc, récursivement, confirme sa propre justesse ». Don Jackson était un humaniste se positionnant pour le respect des différences individuelles et la tolérance de la diversité nécessaire à l'évolution de la société.

Erickson préconisait lui aussi le sur-mesure et le respect des positions du patient.

Si nous reprenons les termes de Martin Wainstein²²³, « le concept de vrai a cédé la place à celui de vraisemblable, plausible, faisable. [...]. L'approche interactionnelle abandonne le point de vue causal, linéaire et ignore la question de la "vérité". Au lieu de cela, elle met l'accent sur la signification qu'attribuent nos clients à une personne, une situation ou un objet, considéré comme une construction strictement corrélée à une façon particulière d'utiliser le langage "ici et maintenant" ».

III. HYPNOSE, ANESTHESIE ET CHIRURGIE

A. HISTORIQUE

Les origines de l'hypnose se perdent dans la nuit des temps. La première séance d'hypnose a été décrite il y a plus de 3000 ans, sous le règne de Ramsès XII en Egypte. On a ainsi retrouvé des traces en Chine, en Inde, dans la Grèce et la Rome antique. L'objectif était surtout la prévision du futur, la clairvoyance et le traitement des malades. Plus tard, on en trouvera des traces dans la bible et dans certaines religions afro-américaines.

*Franz Anton Mesmer*¹⁵⁰ (1734-1815), médecin viennois, pointe l'attention de la communauté européenne médicale sur le phénomène hypnotique. Il était intrigué par la notion de l'influence à distance et s'intéressait aux théories de Paracelse (1493) qui décrivaient l'influence des astres sur les humains et qui évoquait l'existence d'un fluide universel provenant des étoiles. Il croyait en l'existence d'un champ magnétique autour des personnes et que ce « magnétisme animal » pouvait être influencé pour guérir les maladies. Mesmer, lorsqu'il soignait ses patients, provoquait un état de transe, avec modifications des perceptions physiques, avant une « crise thérapeutique » où les patients pouvaient tomber sur le plancher, affaiblis, ou tomber de sommeil ou encore convulser.

Le *marquis de Puységur* (1751-1825), disciple de Mesmer, parle d'un « somnambulisme artificiel » lorsqu'il se réfère à cet état, ayant noté l'hypervigilance des patients alors qu'ils semblaient dormir.

*James Braid*²⁵ (1795-1860) parle d'une variante neurophysiologique du sommeil appelée « neurohypnology ». Braid et Alexandre Bertrand (1795-1831) mettent l'accent sur l'importance de la suggestibilité propre du patient, plus que sur le magnétisme physique.

Le terme « hypnose », de la racine grecque « hypnos » signifiant sommeil a été créé en 1820 par *Etienne Felix d'Henin de Cuvilliers*, alors que l'on a souvent cité le nom de James Braid (Gravitz 1993⁸⁷ ; Riskin, Frankel 1994¹⁸⁵).

Les premiers documents relatant l'utilisation de l'hypnose en traitement adjuvant à la chirurgie datent des années 1830. *Jules Cloquet*⁴² réalise en 1829 une intervention chirurgicale sous « anesthésie magnétique ». Il opère un cancer du sein ulcéré avec des « ganglions axillaires engorgés ». La malade aurait été magnétisée une heure avant l'opération, qui dura une dizaine de minutes. Elle serait restée 48 heures dans un état de somnambulisme. Cette intervention est détaillée dans le rapport que Husson remis à la Commission de l'académie Royale de Médecine. Il précise que la malade avait continué à s'entretenir avec l'opérateur pendant l'intervention et qu'elle ne donnait aucun signe de sensibilité, aucun mouvement dans les membres, aucun changement dans la respiration ou le pouls. *John Elliotson* aurait également réalisé de nombreuses interventions avec l'hypnose comme une anesthésie. *James Esdaile*, chirurgien écossais intervenant dans un contexte militaire, aurait réalisé environ 300 interventions chirurgicales en Inde entre 1845 et 1851. Dans son ouvrage (Esdaile 1852⁶⁹), il fait état d'une application de l'anesthésie magnétique dans plus de mille cas dont deux cent soixante et un concernant des interventions majeures. Selon lui, le taux de décès sans anesthésie magnétique est de 50%, alors qu'il n'est que de 5 à 8% avec anesthésie magnétique. Il est devenu le plus connu des premiers hypnoanesthésistes.

Au moment où James Esdaile a remis son rapport sont apparus les premiers anesthésiques chimiques (éther en 1846, chloroforme en 1847). Leur introduction fut un succès rapide dans la pratique chirurgicale.

Collins, en 1976 dans *Principes d'Anesthésie*⁴⁴, montre comment l'hypnose a été discriminée comme outil thérapeutique dans les années 1860 à l'heure du début de l'anesthésie et de la standardisation des traitements par éther, chloroforme, oxyde nitrique. Au tournant du XXème siècle, Freud utilise l'hypnose en psychothérapie, mais il faut attendre 1955 pour que les anesthésistes s'y intéressent de nouveau quand la *British Medical Association* déclare : « Il y a une place pour l'hypnose dans la production d'anesthésie ou d'analgésie pour la chirurgie et les opérations dentaires, et chez les sujets répondeurs. C'est une méthode efficace pour améliorer les douleurs de l'accouchement sans modifier le cours normal du travail ».

L'intérêt pour l'hypnose s'est considérablement accéléré depuis la fin de la seconde guerre mondiale. L'hypnose clinique a été utilisée de façon sporadique dans nombreux types d'anesthésie. Plus qu'une alternative à l'anesthésie générale, elle a été étudiée comme une technique complémentaire. Les contraintes scientifiques ont freiné le passage de l'usage expérimental à la pratique clinique. C'est un vrai challenge de reproduire de façon mesurable un état hypnotique et il est impossible de réaliser un essai en double aveugle.

B. HYPNOSE ET TECHNIQUES ANESTHESIQUES

Pour Wobst en 2007²³⁹, une blessure peut être mieux supportée grâce à une activité intense ou une préoccupation majeure dans les suites d'un accident ; la perception de la douleur ou la réaction au stimulus nociceptif peut donc être modifiée par des mécanismes de nature psychologique. Certains anesthésistes utilisent ces propriétés du système nerveux central afin de diminuer les douleurs de leurs patients et de diminuer leurs besoins médicamenteux. Dans une situation clinique, pour diriger l'esprit conscient de la manière la plus forte qui soit, on utilise l'hypnose ou les suggestions hypnotiques.

Il existe trois situations principales dans lesquelles l'anesthésiste utilise l'hypnose : suggestions aux patients sous anesthésie générale, préparation à la chirurgie suivie d'une anesthésie générale, et hypnose comme aide à la sédation sous contrôle anesthésique ou hypnosédation. Trop souvent les échantillons sont de petite taille. L'interprétation des résultats est souvent délicate du fait d'un manque de standardisation des techniques et des procédures.

1) Suggestions aux patients sous anesthésie générale

Par définition, l'hypnose requiert la participation active du sujet. Nous ne détaillerons donc pas ici ce type de prise en charge.

2) L'hypnosédation

Description

Récemment l'hypnosédation ou sédation consciente a suscité un nouvel intérêt chez les anesthésistes. L'hypnoanalgésie combine les techniques hypnotiques et les techniques pharmacologiques de sédation et d'analgésie, ce qui constitue une voie nouvelle pour la pratique quotidienne. La participation active des patients grâce à l'hypnose et à l'imagerie guidée pendant des investigations médicales couplées à une anesthésie et à un monitoring a été étudiée par plusieurs équipes.

Quelques études

La participation active des patients sous hypnosédation a été étudiée par plusieurs équipes.

Dès 1982, les travaux de Mumford, Schlesinger et al.¹⁵⁹ et en 1991 une revue exhaustive de la littérature de Blankfield¹⁹ montrent les effets bénéfiques de l'hypnose sur la convalescence et le rétablissement physique des patients opérés avec cette technique ou ayant bénéficié d'hypnose durant l'une des étapes de la prise en charge chirurgicale.

L'équipe de Liège a mené plusieurs travaux dans ce domaine. Le protocole consiste en la réalisation d'une induction hypnotique d'une dizaine de minutes avant l'administration d'anesthésique local et de sédatif en chirurgie plastique, cervicale et thyroïdienne. Leurs études prospectives randomisées révèlent que les patients bénéficiant d'hypnosédation ont des scores réduits de douleur, requièrent moins de produits anesthésiques antalgiques et sédatifs, et ont moins de nausées postopératoires par rapport au groupe contrôle (Faymonville, Fissette et al. 1995⁷⁴; Faymonville, Mambourg et al. 1997⁷⁶). L'étude est ensuite étendue en 2000⁵⁷ à la chirurgie thyroïdienne. 40 patients devant être opérés d'une lobectomie thyroïdienne sont randomisés et répartis en deux groupes, comparables sur le plan clinique et démographique, « hypnosédation » et « anesthésie générale » dans une étude prospective. 20 sujets bénéficient d'un anesthésique local, d'hypnose avant et pendant l'opération et d'une administration de midazolam et d'alfentanil; 20 sujets bénéficient d'une anesthésie générale. La durée de l'opération, la quantité des pertes sanguines, le poids de la pièce, le confort opératoire sont comparables. Les réponses inflammatoires et les tests hémodynamiques sont significativement différents en faveur du groupe hypnosédation. Les réponses neuroendocrines et immunologiques sont semblables. Les patients du groupe hypnosédation ont significativement moins de douleurs postopératoires, moins de fatigue dans les suites, une convalescence améliorée permettant une reprise plus précoce des activités (Defechereux, Degauque et al. 2000).

Similarités avec les effets de l'hypnose lors d'autres procédures médicales

Les résultats sont similaires dans le domaine de l'imagerie médicale. Lang, Benotsch et al. en 2000¹²⁵ comparent après randomisation l'impact de l'autohypnose (54 patients) et de l'attention structurée (57 patients) à un groupe contrôle (57 patients) lors de la sédation pendant les procédures de radiologie interventionnelle vasculaire et rénale. Le groupe hypnose a une anxiété significativement moindre pendant la procédure, la douleur est significativement diminuée, la quantité d'anesthésique significativement moindre que dans les deux autres groupes attention structurée et contrôle. La diminution du temps de procédure dans le groupe hypnose peut être un facteur confondant car les groupes n'ont pas été stratifiés en fonction de la difficulté du geste.

En 2005, Butler, Symons et al.³⁰ étudient après randomisation l'intérêt de l'hypnose (21 patients) versus un traitement standard (23 patients) pendant la réalisation d'une cystographie rétrograde chez l'enfant. Les enfants bénéficient d'une heure d'hypnose avec un psychologue. Les parents et les équipes soignantes rapportent moins de stress perçu chez les enfants pendant l'examen, une diminution des difficultés liées au comportement et une durée plus courte de l'examen.

Limites de la technique

L'utilisation de l'hypnosédation est limitée par le type de chirurgie. Les conversions en anesthésie générale sont parfois nécessaires. Ainsi, l'équipe de Saint-Junien en France montre qu'il est difficile de généraliser l'hypnosédation aux techniques coelioscopiques intrapéritonéales en raison du nombre de conversions (13 sur 35 cholécystectomies) liées essentiellement aux douleurs lors de l'insufflation. En revanche, pour les coelioscopies extrapéritonéales, les avantages de la technique sont à explorer (Sefiani, Uscaïn et al. 2004¹⁹⁷).

Les limites sont également humaines. En effet tous les patients ne peuvent entrer dans le processus hypnotique et tous les anesthésistes ne peuvent intégrer cet outil dans leur pratique. Le degré « d'hypnotisabilité » ou susceptibilité hypnotique décrit la capacité d'un individu à pouvoir atteindre l'état de transe hypnotique. Wobst²³⁹ insiste sur le fait que les patients les plus réceptifs atteignent un état plus profond et une plus grande réduction de la perception de la douleur et du stress lié l'environnement, même si les autres patients – moins réceptifs - bénéficient également des suggestions hypnotiques, à moins que ce ne soit de l'attention plus présente de l'anesthésiste, ce qui reste une suggestion.

3) Préparation à l'hypnose et anesthésie générale

La première étude répertoriée dans la base Pubmed de la National Library of Medicine date de 1959. L'état hypnotique était induit par les chirurgiens. Doberneck, Griffen et al.⁶² montrent une diminution significative de l'utilisation de morphinique en postopératoire.

Cette préparation a concerné différents types de chirurgie²⁴³ : l'arthroscopie du genou (Bonilla, et al. 1961), l'hémorroïdectomie (Werbe, 1963), la chirurgie générale (Bartlett, 1966), la chirurgie cardiaque (Surman, et al. 1974), la chirurgie de la face et du cou (Rapkin, et al. 1991), la chirurgie maxillo-faciale (Enqvist, et al. 1995), la chirurgie de la main (Mauer, et al. 1999).

Les protocoles employés dans ces études non randomisées sont très variables. Dans l'étude de Doberneck, les chirurgiens utilisent l'hypnose en préopératoire. En 1961, dans l'étude de Bonilla, les chirurgiens réalisent une séance de 30 à 70 minutes avant l'intervention. En 1963, dans l'étude de Werbel²³², les chirurgiens proposent une séance avant et après l'intervention. En 1966, Bartlett constitue plusieurs groupes : les uns s'entraînent à l'hypnose avant l'hospitalisation, les seconds pendant l'hospitalisation. En 1974 avec Surman²¹⁰, l'hypnose est réalisée avant et après l'intervention. En 1986, John et Parrino¹⁰⁷ utilisent un script de quatre minutes avec des suggestions hypnotiques lues par le chirurgien avant la kératectomie sous anesthésie régionale et légère sédation. Les 34 patients se sentent significativement mieux le lendemain de l'intervention que les 25 sujets témoins. En 1991 avec Rapkin, l'hypnose est pratiquée juste avant l'intervention. Enqvist en 1995 utilise plusieurs cassettes audio : cassettes avec des suggestions préopératoires, avec des suggestions pré et peropératoires, avec des suggestions peropératoires seules. Enfin Mauer en 1999 utilise 20 minutes de script comportant des suggestions à visée de relaxation.

A partir de 1980 apparaissent quelques études randomisées concernant la préparation à la chirurgie.

Les résultats sont variables en raison notamment des difficultés méthodologiques. L'étude de Van der Laan en 1996 ne montre pas de différence significative en termes de douleur postopératoire, de quantité d'analgésique utilisé, de nausées. Les études de Greenleaf en 1992, de Disbrow en 1993 et d'Ashton en 1997, questionnent le bénéfice potentiel de l'hypnose dans les chirurgies cardiaque et abdominale. Ashton en 1997 montre l'efficacité de l'apprentissage de l'autohypnose avant une chirurgicale cardiaque sur la capacité à se relaxer après l'intervention.

Les études les plus récentes, particulièrement intéressantes pour les anesthésistes, montrent une amélioration nette de la douleur, de l'anxiété, des nausées postopératoires après utilisation de l'hypnose.

Ainsi, Lambert 1996¹²⁴ montre une diminution de la douleur et un temps de réveil plus court chez les enfants ayant bénéficié d'hypnose et d'imagerie guidée par rapport au groupe contrôle, sans différence sur les scores d'anxiété. Calipel, Lucas-Polomeni et al. en 2005³³ comparent la diminution de l'anxiété préopératoire sous hypnose et sous midazolam chez les enfants. Dans le groupe hypnose sont constatés un score plus faible d'anxiété préopératoire et une diminution des troubles du comportement au réveil. Enqvist, Bjorklund et al. en 1997⁶⁴ analysent les effets positifs observés chez les patientes ayant écouté une cassette de suggestions avant une chirurgie du cancer du sein. Ils constatent une diminution des nausées, des vomissements, de la consommation d'antalgique dans le groupe intervention. Sadaat, Drummond-Lewis et al. en 2006¹⁹⁰ confirment l'effet positif de l'hypnose sur l'anxiété pré et postopératoire chez les patients opérés en ambulatoire par rapport au groupe contrôle qui recevait une écoute attentive et la prise en charge habituelle.

Malgré les difficultés méthodologiques et la grande variabilité des protocoles utilisés par ces études, il semble que l'hypnose avant une intervention chirurgicale ait un impact sur différents paramètres comme l'anxiété, la douleur, les nausées...

C. HYPNOSE ET SENOLOGIE

Ce jour très peu d'équipes ont réalisé des études sur l'utilisation de l'hypnose chez les femmes présentant une anomalie mammaire. Le plus souvent ces études ont été réalisées lors de biopsie, l'une d'entre elles également lors de tumorectomie.

1) Travaux de l'équipe française de Bouté, Halfon et Gagean

En 2007 (Bouté, Halfon et al. 2007²³), cette équipe française constituée du Dr Bouté, radiologue, d'Halfon, psychologue et de Gagean étudie l'intérêt de l'hypnose lors de macrobiopsie du sein. C'est un geste d'exécution simple sous anesthésie locale, pour le diagnostic de lésion infraclinique du sein. L'objectif principal est l'évaluation de la faisabilité de l'hypnose en consultation de routine chez la femme devant bénéficier d'un geste interventionnel par macrobiopsie. Les objectifs secondaires sont l'évaluation de la satisfaction des patientes, la meilleure connaissance de l'impact de cette technique sur le stress, l'anxiété, l'angoisse et la douleur liés à cet examen.

Dans cette étude prospective, ont été incluses sans randomisation 14 patientes ayant bénéficié d'une séance d'hypnose avant la macrobiopsie, et 14 patientes bénéficiant d'une consultation classique. Les patientes ayant refusé l'hypnose estimaient ne pas en avoir besoin. Les patientes n'ont aucun antécédent personnel de cancer du sein, ni de psychose grave, ni de maladie psychiatrique non contrôlée, ni de déficience intellectuelle importante. La procédure d'évaluation a lieu en trois étapes. Lors de la consultation sénologique et après l'indication d'un mammotome, les patientes des deux groupes complètent un questionnaire d'évaluation des conditions de vie et une échelle d'évaluation de l'anxiété et de la dépression, la HADS. Le jour de la biopsie, les patientes du groupe hypnose complètent une HADS avant la séance d'hypnose et un questionnaire de satisfaction après la biopsie ; les patientes du groupe contrôle complètent les deux questionnaires après la biopsie. Lors de la dernière consultation, les deux groupes complètent, avant l'annonce des résultats, une échelle HADS et un questionnaire de satisfaction (avec quelques questions supplémentaires pour le groupe hypnose).

Les patientes du groupe hypnose sont convoquées une heure avant le geste. Elles sont reçues dans une pièce confortable. L'induction est pratiquée avec un souvenir agréable fonction de la personnalité, puis est suggérée une analgésie avec catalepsie. La durée de la séance d'hypnose est de 30 à 45 minutes en moyenne. La patiente est ensuite accompagnée en salle de macrobiopsie. On lui propose alors par une induction rapide de retrouver cet état.

Les patientes du groupe hypnose ont un intérêt similaire pour les médecines alternatives par rapport aux femmes du groupe contrôle. En revanche, elles consomment plus de médicaments anxiolytiques et antidépresseurs.

Les résultats de l'échelle HADS lors de la première consultation sont les suivants : pour la sous-échelle de l'anxiété, dans le groupe hypnose la médiane est de 13, les extrêmes de 3 à 17, dans le groupe témoin la médiane est de 11, les extrêmes de 4 à 18 ; pour la sous-échelle de la dépression, dans le groupe hypnose la médiane est de 5, les extrêmes de 3 à 13, dans le groupe témoin la médiane est de 5, les extrêmes de 0 à 19.

En ce qui concerne l'évolution de l'anxiété entre la première consultation et la biopsie, les résultats ne montrent pas de différence significative mais une simple tendance : les patientes du groupe hypnose seraient moins anxieuses lors de la biopsie. Cette étude préliminaire a permis de juger de la faisabilité de cette technique proposée chez les patientes devant subir un geste comme la macrobiopsie du sein. Les auteurs s'interrogent sur la question de la sélection pour cette procédure d'une population de femmes particulièrement angoissées. Les auteurs insistent sur l'importance de l'information, afin de bien cibler les demandes d'hypnose. Ils proposent également de redéfinir avant la séance ce qu'est l'hypnose thérapeutique, ses indications et ses limites.

2) Travaux de l'équipe américaine de Montgomery GH.

En 2002 (Montgomery, Weltz et al. 2002¹⁵⁷), les études ont déjà montré que l'hypnose est efficace dans le contrôle de douleurs suite à des interventions chirurgicales, mais peu d'études se sont intéressées à la chirurgie du cancer du sein.

Les effets secondaires les plus aversifs de la biopsie d'exérèse chirurgicale sont le stress émotionnel et la douleur, avec comme conséquence une augmentation de la durée et du coût de la prise en charge. L'anxiété des patientes est à la fois liée à la chirurgie et à l'anesthésie, mais également à la crainte d'un diagnostic grave notamment de cancer. Dès 1975, Martinez-Urrutia montre qu'un niveau émotionnel de stress élevé avant la chirurgie est associé à une augmentation des effets indésirables de la chirurgie. Walmsley en 1992, ajoute que les craintes douloureuses préopératoires sont corrélées au niveau postopératoire de douleur. Kirsch au début des années 90 travaille sur l'impact des suggestions hypnotiques sur le stress émotionnel et sur l'attente de la survenue de symptôme, phénomène appelé théorie de la réponse attendue « response expectancy theory » ou encore prophétie auto-réalisante ou effet Pygmalion.

Dans cette étude new-yorkaise, est étudié **l'impact de l'hypnose avant la biopsie sur la douleur et le stress postopératoire chez des femmes subissant une biopsie chirurgicale du sein**. Il s'agit également d'évaluer les relations entre stress lié à la chirurgie, anticipation de la douleur et effet de l'hypnose sur les douleurs post-chirurgicales. D'un point de vue statistique, le stress et l'anticipation douloureuse sont considérés comme des médiateurs de l'effet de l'hypnose sur le contrôle de la douleur postchirurgicale.

23 patientes, de 30 à 81 ans, sont recrutées dans le groupe hypnose par un chirurgien et 20 dans le groupe des volontaires sains, suite à une randomisation le jour de la biopsie. L'assistant évalue alors sur une échelle visuelle analogique le niveau de stress et les attentes concernant le niveau de douleur postopératoire. Puis les patientes du groupe hypnose bénéficient d'une induction hypnotique d'une dizaine de minutes par un psychologue, décrite dans la procédure de Rhue, Lynn et Kirsch en 1993¹⁸². Les niveaux de stress sont réévalués après cette lecture. A la sortie de la salle de réveil, les niveaux de stress, de douleur et de satisfaction sont évalués dans les deux groupes.

L'induction hypnotique comprend des instructions indiquant au patient qu'il conservera le contrôle, une imagerie pour une relaxation musculaire progressive, des suggestions de relaxation et de paix, une procédure d'approfondissement de la transe, des instructions pour l'apprentissage de l'autohypnose. Pour cette étude ont été ajoutées des suggestions positives : « Vous vous sentez confortable, en bonne santé, confiante » et des suggestions dites négatives : « Vous sentez très peu de douleur, très peu de stress ». Les suggestions d'effets bénéfiques de cette intervention hypnotique concernent la période pré, per et postopératoire.

Les patientes du groupe hypnose sont significativement moins douloureuses et ressentent moins de stress que les patientes du groupe contrôle. Leur satisfaction après la procédure n'est pas significativement différente. Le stress a été diminué avant et après la chirurgie pour les patientes ayant bénéficié d'hypnose. Les auteurs concluent que les interventions concernant directement les attentes des patientes peuvent avoir un impact bénéfique sur le stress et la douleur postopératoire.

Cette étude a été conduite sur un petit échantillon.

Les effets hypnoalgésiques postchirurgicaux de l'hypnose ont été partiellement médiés par les attentes des patientes concernant leur douleur à venir ; les effets des suggestions hypnotiques visant à diminuer le stress postchirurgical ont été parfaitement médiés par les attentes évaluées après la lecture du script. Ces résultats sont concordants avec la théorie de la prophétie auto-réalisante et suggèrent qu'une brève intervention centrée sur les attentes des patientes peut être efficace pour les femmes devant endurer un acte médical invasif couplé à la crainte d'un diagnostic de cancer.

En 2007 (Montgomery, Bovbjerg et al. 2007¹⁵⁴), l'équipe réalise un essai clinique randomisé comparant l'effet d'une brève intervention hypnotique à l'effet d'une attention contrôlée chez des femmes allant subir une biopsie du sein. La première hypothèse est la suivante : **une brève intervention hypnotique avant la chirurgie permet de diminuer la consommation peropératoire de médicaments et diminuerait dans les suites les douleurs, nausées, fatigue, sensations d'inconfort et désordre émotionnel.** La seconde hypothèse : cette brève intervention hypnotique **diminuerait les coûts** associés aux procédures médicales et chirurgicales.

200 patientes allant subir une biopsie ou une tumorectomie avec ou sans dissection axillaire limitée ont ainsi été randomisées : 105 dans le groupe hypnose réalisé par un psychologue et 95 dans le groupe attention contrôlée, c'est-à-dire une écoute empathique non directive. Ont été exclues les patientes subissant une mastectomie ou une tumorectomie avec dissection axillaire complète, les patientes présentant une pathologie majeure mentale ou physique non contrôlée. Le degré d'hypnotisabilité n'a pas été évalué car il était de 89% dans la précédente étude, et la passation de l'échelle de Stanford aurait pris plus de temps que la procédure elle-même. Les consommations d'agents anesthésiques analgésiques (lidocaïne et fentanyl) et sédatifs (propofol et midazolam) ont été régulièrement mesurées. Les effets secondaires ont été mesurés sur une échelle visuelle analogique allant de 0 à 100 en salle de réveil.

L'intervention hypnotique dure environ 15 minutes, le matin de la chirurgie, une heure avant la chirurgie.

Les patientes du groupe hypnose ont significativement consommé moins de propofol et moins de lidocaïne que les patientes du groupe contrôle. Ces patientes rapportent également des effets secondaires significativement moindres concernant le caractère déplaisant de la douleur, des nausées, de la fatigue, de l'inconfort, des désordres émotionnels. Il n'y a pas de différence concernant l'utilisation de fentanyl ou de midazolam ou la consommation d'analgésique en salle de réveil. Le coût institutionnel est réduit de 772,71 dollars (moyenne de 8 561 dollars pour une chirurgie du sein) par rapport au groupe contrôle, essentiellement en raison de la diminution du temps de chirurgie.

Quels sont les biais ? Il n'y a pas de procédure en aveugle chez les patientes ; ni chez les soignants. Pour réduire les biais, quelques mesures ont été prises : 1) l'intervention hypnotique est réalisée dans une pièce à part loin des soignants (chirurgiens, anesthésistes) ; 2) les données de consommations anesthésiques ont été collectées de manière informatique sans recueil manuel ; 3) les mêmes intervenants (diplômés en psychologie clinique) ont rencontré toutes les patientes qu'elles soient du groupe hypnose ou attention contrôlée ; 4) les intervenants n'ont pas collecté les données. Les intervenants connaissaient la randomisation de leur patiente le matin même de la chirurgie. Seules les patientes éligibles ont été randomisées. Aucune patiente n'a ainsi été perdue de vue.

En 2008, Schnur, Bovberg, et Montgomery (Schnur, Bovbjerg et al. 2008¹⁹¹) s'interrogent sur l'efficacité d'une brève intervention hypnotique pour **diminuer le stress préchirurgical avant une biopsie d'exérèse du sein**. En effet le stress psychologique et émotionnel de ces femmes peut avoir des implications négatives concernant les quantités d'anesthésique à utiliser, les effets secondaires post-chirurgicaux (nausées, fatigue, inconfort, douleur...) et la satisfaction suite à l'anesthésie.

L'hypnose est en effet un moyen de diminuer le stress d'interventions médicales comme cela a déjà été montré en chirurgie ambulatoire (Saadat, Drummond-Lewis et al. 2006¹⁹⁰) dont gynécologique (Goldmann, Ogg et al. 1988⁸⁵) et lors de biopsie d'exérèse du sein dans une étude préliminaire (Montgomery, Weltz et al. 2002¹⁵⁷).

L'étude a été proposée par les chirurgiens aux patientes intéressées. 90 patientes devant subir une biopsie d'exérèse du sein ont été randomisées. 49 ont bénéficié d'une séance d'hypnose de quinze minutes avant la chirurgie et 41 une séance d'attention contrôlée de quinze minutes. La session d'hypnose, décrite dans l'étude préliminaire, comprenait plusieurs étapes dont les grandes lignes sont les suivantes : 1) révéler les idées communes fausses concernant l'hypnose ; 2) donner à la patiente la possibilité de poser des questions sur l'hypnose ; 3) lecture d'un script incluant une induction par la relaxation, des suggestions spécifiques à la chirurgie afin de diminuer la douleur, les nausées, le stress et l'inconfort émotionnel ; et 4) des suggestions afin de pouvoir réutiliser l'hypnose quand la patiente en a besoin. Le protocole du groupe attention repose sur le paradigme d'attention structurée décrit dans le manuel de Lang en 1996. L'attention est une écoute empathique non directive sans relaxation ni imagerie mentale ni même discussion. L'intervenant s'ajuste sur les plans verbal et non-verbal, écoute attentivement, évite l'utilisation d'un langage avec des termes ou connotations négatives, utilise un langage émotionnellement neutre. Les quatre intervenants, diplômés en psychologie clinique, sont expérimentés en hypnose. Ils ne participent pas au recueil des données. Chacun suit un nombre égal de patientes dans les deux groupes.

Le stress préchirurgical a été mesuré par la version courte de la Profile of Mood Stats (SV-POMS) ainsi que par des échelles visuelles analogiques. Etaient exclues les patientes présentant une pathologie mentale non stabilisée et les patientes bénéficiant de psychotropes. Les assistants de recherche clinique et l'équipe médicale et paramédicale ne connaissaient pas l'intervention réalisée.

Après l'intervention et avant la chirurgie, les patientes du groupe hypnose ont significativement un désordre émotionnel et une humeur dépressive moindre (mesurés par des échelles visuelles analogiques), une anxiété moindre sur la POMS, et un niveau significativement plus élevé de relaxation (EVA) par rapport au groupe attention. Les auteurs en concluent qu'une brève intervention hypnotique peut être un moyen efficace de contrôler le stress avant chirurgie chez les femmes attendant un diagnostic d'éventuel cancer du sein.

Ces résultats concordent avec les études antérieures dans d'autres types de chirurgie (Goldmann, Ogg et al. 1988⁸⁵ ; Montgomery, Weltz et al. 2002¹⁵⁷ ; Saadat, Drummond-Lewis et al. 2006¹⁹⁰) et étendent ces résultats aux biopsies du sein pour la majorité des patientes en fonction de leur degré de suggestibilité. Les recherches à venir pourraient étudier la relation entre la diminution du stress avant la chirurgie et les symptômes post-chirurgicaux ainsi que les possibilités d'extension de l'utilisation de l'hypnose pour d'autres interventions dans le champ de la cancérologie.

3) Travaux de l'équipe américaine de Lang EV. à Harvard

Lang (Lang, Berbaum et al. 2006¹²⁵) considère que les options non-pharmacologiques sont largement méconnues et peu expérimentées et que les options pharmacologiques sont limitées en ce qui concerne l'anxiété et la douleur. Dans cette perspective, la situation est d'autant plus préoccupante que l'intervention est douloureuse et que le contexte est anxiogène. En 2006, il souhaite avec son équipe de Harvard **évaluer l'effet d'une relaxation hypnotique lors d'une procédure bien connue des radiologues, la macrobiopsie du sein**, pratiquée en cas d'anomalie de la mammographie. L'intervention a lieu sous anesthésie locale, ne permettant pas l'usage d'anxiolytique et d'antalgique en intraveineux. L'utilisation d'anxiolytiques oraux empêcherait les femmes de conduire et de travailler ce jour, ce qui augmenterait les coûts.

236 femmes sont recrutées et randomisées : 76 bénéficient de la procédure habituelle, 82 d'une attention empathique structurée et 78 d'une relaxation auto-hypnotique « self-hypnotic relaxation ». La randomisation est effectuée juste avant l'entrée en salle d'intervention. Les patientes auto-évaluent toutes les 10 minutes leur douleur et leur anxiété sur une échelle visuelle analogique (0 = pas de douleur, pas d'anxiété, 10 = pire douleur, pire anxiété possible). Les troubles cognitifs (mesurés par le MMSE *Mini-Mental-State Exam* de Folstein), les troubles affectifs et schizophréniformes (mesurés par la *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* de Spitzer et Endicott), la non compréhension de l'anglais et le refus de participer sont les critères d'exclusion. Aucun anesthésique ou anxiolytique n'est donné avant ou pendant la macrobiopsie.

Dans le groupe contrôle, l'équipe veille comme habituellement au confort du patient : les patientes sont prévenues des stimuli à venir, interrogées sur leur vécu, les sources d'inconfort avec une attitude qualifiée de sympathique. Un assistant de recherche clinique dirige le groupe empathie. Son attitude a été standardisée conformément au manuel de Lang et Bernbaum en 1997 : ajustement verbal et non-verbal, écoute attentive, donner un sentiment de contrôle (« *Dites-nous chaque fois que nécessaire ce que nous pouvons faire pour vous* »), répondre rapidement à toute demande du patient, encourager le patient, éviter les connotations négatives (« *Vous allez sentir une brûlure* »), utiliser une description neutre (« *C'est le produit servant à l'anesthésie locale* »). Dans le groupe hypnose, les patientes bénéficient de tous les comportements attentifs du groupe empathie. De plus, un assistant de recherche clinique lit un script standardisé d'induction hypnotique. Ce script invite les patientes à regarder vers le haut, puis à fermer les yeux, respirer profondément, se concentrer sur une sensation de flottement, puis une expérience plaisante de leur choix à explorer avec tous leurs sens. Le texte propose de modifier les sensations d'inconfort en chaleur, fraîcheur ou picotement. Si besoin, un script additionnel permet aux patientes de projeter leurs peurs ou préoccupations sur le côté gauche d'un écran imaginaire, et de trouver des solutions sur la partie droite de cet écran. L'assistant de recherche clinique guide le patient, conformément au script, tout en permettant au patient de développer son imagination et de trouver des solutions pour pouvoir réutiliser le processus hypnotique.

L'équipe de recherche, composée « d'assistants » comprend deux médecins, deux étudiants en médecine, une future étudiante en médecine. Ils ont reçu une formation standardisée en ce qui concerne l'hypnose et l'écoute attentive, et sont supervisés par des médecins et des psychologues.

Avant d'entrer en salle d'intervention, les patientes complètent une STAI-Y (Spielberger State Anxiety Questionnaire, 1983) mesurant leur anxiété de base. Puis dans la salle d'intervention, les patientes évaluent toutes les 10 minutes leur douleur et leur anxiété sur une échelle visuelle analogique (0 = pas de douleur ou d'anxiété, 10 = pire douleur ou pire anxiété possible). Ces échelles d'autoévaluation ont été choisies car elles sont considérées comme les descripteurs les plus fiables de l'expérience douloureuse (National Institutes of Health, 1987 ; Acute Pain Management Guideline, 1992).

A noter que le degré d'hypnotisabilité n'a pas été mesuré dans cette étude. Les résultats concordent avec l'étude de Montgomery, Weltz et al. en 2002¹⁵⁷, qui affirme que 89% des patients chirurgicaux peuvent bénéficier d'hypnose et ont donc un degré d'hypnotisabilité suffisant pour avoir un bénéfice clinique.

Les auteurs s'interrogent sur la possibilité d'obtenir de meilleurs résultats en confiant le patient à un expert en hypnose, en comparaison de la lecture d'un script standardisé, ce qui avait déjà été pointé par Barabasz et Christensen en 2006⁸. La difficulté est la rigueur nécessaire à un essai clinique prospectif randomisé requérant une bonne reproductibilité. De plus, la lecture d'un script peut être plus facilement diffusée que la mise à disposition d'un spécialiste en hypnose.

L'anxiété de base des patientes mesurée par la STAI-48 est plus élevée que celle d'une population de femmes ne souffrant pas de troubles psychiques.

L'anxiété des femmes durant la macrobiopsie augmente dans le groupe contrôle, n'est pas modifiée dans le groupe attention empathique, et diminue dans le groupe hypnose. La douleur augmente de façon significative dans les trois groupes, moins rapidement dans les groupes hypnose et empathie. Les coûts et la durée de la procédure n'étaient significativement pas différents dans les trois groupes, alors que les deux groupes hypnose et empathie nécessitaient un professionnel supplémentaire. L'absence de prise de traitement per os permet aux patientes de conduire et de travailler plus rapidement et sans effets secondaires.

IV. AUTRES INDICATIONS DE L'HYPNOSE EN CANCEROLOGIE

A. SUR LA DOULEUR

1) Théories psychologiques de l'analgésie hypnotique

Au décours du XXème siècle, la querelle des étatistes et des non étatistes se développe (Yvay 2005²⁴⁰). Les étatistes (Charcot, Janet, Hilgard, Orne) essaient d'isoler un comportement observable, quantifiable, ainsi que des signes physiologiques spécifiques de l'hypnose. Les non étatistes (Bernheim, Liébault, Sarbin, Hull, Spanos, Barber) essaient, au contraire, d'expliquer le phénomène hypnotique à partir de mécanismes psychologiques et sociologiques, en se passant de l'hypothèse jugée superflue d'un état psychique particulier. En d'autres termes, ce qui pour les uns constitue un état, se résume pour les autres à une situation particulière à laquelle le sujet s'adapte en utilisant des mécanismes psychophysiologiques normaux.

2) Explorations physiologiques de l'analgésie hypnotique

Apports de l'électrophysiologie périphérique et centrale

Bouhassira en 2003²² décrit les apports de l'électrophysiologie. Les travaux ayant enregistré l'activité électrique cérébrale n'ont pas permis de mettre en évidence de modifications spécifiques de l'activité électrique cérébrale au cours de l'hypnose. Les tracés sont en général composés de rythmes lents (alpha), tels qu'on peut les enregistrer chez les sujets dans un état de veille calme, le tracé ne s'apparente pas au sommeil. Une augmentation des rythmes très lents (thêta, delta) a aussi été décrite ; mais ce type d'activité peut également être observé lors de l'attention soutenue, la concentration intense, l'imagerie mentale ou la méditation. La mesure de l'amplitude des potentiels corticaux évoqués lors de stimulations douloureuses a montré une diminution significative lors de l'application de suggestions d'analgésie. L'analgésie hypnotique ne reposerait pas sur la libération d'opioïdes endogènes car les effets analgésiques des suggestions hypnotiques ne sont pas contrecarrés par l'administration de naloxone, antagoniste spécifique de la morphine. En revanche les équipes de Willer à Paris (Danziger, Fournier et al. 1998⁵²) et de Price en Floride (Kiernan, Dane et al. 1995¹¹⁶) montrent que l'analgésie hypnotique repose en partie sur la mise en jeu de systèmes capables de réduire la transmission des informations douloureuses dès leur premier relais dans la moelle épinière. Les suggestions verbales d'analgésie inhibent le réflexe RIII provoqué par des stimulations douloureuses expérimentales. Cependant, l'inhibition de ce réflexe, dépendant uniquement des circuits organisés dans la moelle épinière, n'a été observée que dans 60% des cas. Il est probable que la modulation de la transmission des informations douloureuses puisse également intervenir à d'autres niveaux dans le système nerveux central.

La tomographie par émissions de positons

Dans les années 1990, il est montré que l'effort cognitif nécessaire pour créer un état d'hypnose provoque une augmentation des débits sanguins cérébraux (Crawford, Gur et al. 1993⁵¹ ; Maquet, Faymonville et al. 1999¹⁴²), et que ce processus est différent des processus pathologiques comme les hallucinations des patients psychotiques (Maquet, Faymonville et al. 1999¹⁴²). Dans les années 2000, l'imagerie cérébrale moderne fournit des méthodes de choix pour la neurophénoménologie expérientielle entre l'activité du cerveau et l'expérience subjective (Price, Barrell et al. 2002¹⁷⁰). L'interprétation expérientielle de l'hypnose propose que les réponses des sujets soumis à une procédure hypnotique reflètent directement ou indirectement des changements véritables de leur expérience subjective. Il s'agit d'évaluer si les changements subjectifs rapportés (résultant de l'induction hypnotique ou des suggestions additionnelles) par les sujets soumis à une procédure hypnotique reflètent des changements dans l'activité des régions cérébrales qui sous-tendent normalement ces expériences. Trois études TEP (Maquet, Faymonville et al. 1999¹⁴² ; Rainville, Hofbauer et al. 1999¹⁷⁴ ; Rainville, Hofbauer et al. 2002¹⁷³) évaluent l'effet de la procédure d'induction hypnotique sur l'activité cérébrale. Ces trois études rapportent une augmentation du flot sanguin dans des zones corticales occipitales (cortex visuel), des zones frontales gauches ou droites, et dans le cortex cingulaire antérieur droit ; et une diminution dans les cortex temporaux et pariétaux en particulier sur la face médiane des hémisphères. Rainville¹⁷⁵ en tire trois conclusions : l'état hypnotique ne reflète pas simplement un engagement prépondérant de l'hémisphère droit, il existe une participation active des fonctions exécutives lors de l'induction et du maintien de l'état hypnotique, les changements dans l'activité occipitale pourraient refléter des mécanismes de désinhibition associés à la relaxation mentale et se traduire par une facilitation des processus d'imagerie mentale et de l'influence descendante des fonctions exécutives sur les processus perceptifs.

L'imagerie par résonance magnétique

Plusieurs études d'imagerie cérébrale fonctionnelle démontrent que des suggestions hypnotiques d'analgésie produisent une diminution significative de l'activité du thalamus, des cortex somatosensoriels primaire et secondaire, du cortex de l'insula et du cortex cingulaire antérieur (Rainville, Duncan et al. 1997¹⁷² ; Wik, Fischer et al. 1999²³⁴ ; Hofbauer, Rainville et al. 2001⁹⁹ ; Faymonville, Laureys et al. 2000⁷⁵ ; Willoch, Rosen et al. 2000²³⁵). Pour Rainville¹⁷⁵, ces études apportent une validation de l'analgésie hypnotique en démontrant que cette intervention agit sur l'activité cérébrale qui sous-tend l'expérience normale de la douleur. Depuis l'équipe de Liège a découvert la neuromodulation de l'activité du cortex cingulaire antérieur (aire 24a) et des composantes affective et sensorielle de la douleur par l'hypnose (Faymonville, Laureys et al. 2000⁷⁵ ; Faymonville, Roediger et al. 2003⁷⁷). Dans son dernier article, l'équipe de Liège insiste sur les capacités du cortex cingulaire antérieur et du cortex préfrontal à moduler les afférences sensorielles et nociceptives (Vanhaudenhuyse, Boveroux et al. 2008²²⁰).

3) Techniques de contrôle de la douleur

Syrjala et Roth-Roemen²¹¹ dans le manuel *Hypnosis and suggestions in the treatment of pain* de Joseph Barber en 1996 insistent sur le fait qu'une intervention hypnotique qui se veut efficace doit débiter dans la mesure du possible avant le début du traitement du cancer.

Dès les années 1980, quelques études paraissent concernant le traitement par hypnose des pathologies douloureuses chroniques (Spiegel, Bloom 1983²⁰² ; Spira, Spiegel, 1992²⁰⁶). De nombreux facteurs interviennent dans le traitement de ces douleurs. Les cliniciens utilisant l'hypnose dans cette indication ont l'obligation de s'interroger sur l'optimisation possible des mesures antalgiques habituelles et adaptées au patient. En effet, bien souvent les patients ne connaissent pas les différentes options médicales et les médecins ne sont pas prévenus de l'extension des symptômes douloureux (Grossman, Sheidler et al. 1991⁸⁸). L'intervention hypnotique est un ajout approprié au traitement médical avec ces patients, et non un traitement alternatif.

Pour Syrjala et Roth-Roemen²¹¹, l'un des enjeux majeurs de l'utilisation de l'hypnose dans ce contexte, est de maintenir l'effet sur la douleur, douleurs pouvant évoluer sur des mois, voire des années. L'intervention hypnotique peut être extrêmement efficace, mais il faut régulièrement la répéter ou apprendre au patient des méthodes pour l'utiliser soi-même. Il est extrêmement important de proposer des suggestions post-hypnotiques et d'entraînement bref à l'autohypnose afin que les patients puissent l'utiliser par eux-mêmes.

Une excellente description de la douleur (étiologie, type, localisation, intensité, signification, anxiété associée...) aidera à développer des stratégies hypnotiques bien adaptées au patient.

Pour de nombreuses douleurs aiguës, il n'y a pas besoin de suggérer une analgésie ou une transformation des perceptions corporelles. L'amélioration est obtenue en déplaçant l'esprit du sujet sur un confort ou un plaisir non lié à la douleur. La suggestion est implicite, car le patient sait que le confort est un but. Pour les patients avec une douleur continue ou ayant un a priori négatif sur la méthode, Syrjala et Roth-Roemen proposent un renforcement des autosuggestions positives du patient selon le style personnel du patient. Ainsi on peut aider le patient à se concentrer sur ce qu'il a fait plutôt que sur ce qu'il lui reste à faire, à trouver un intérêt positif à la situation actuelle, à en sortir pour l'observer à distance, ou à se centrer sur la nature temporelle de certains événements ou symptômes ponctuels.

Les deux auteurs décrivent les suggestions hypnotiques les plus fréquemment employées pour aider les patients atteints de cancer à contrôler la douleur : l'échappement ou la distraction en allant dans un lieu sûr, l'arrêt des douleurs par des suggestions d'anesthésie ou d'analgésie, les suggestions de transformations sensorielles ; ainsi que des techniques moins utilisées : l'augmentation de la tolérance à la douleur ou la diminution de la perception de l'intensité de la douleur, le déplacement de la douleur dans une zone plus petite ou moins vulnérable, la modification de la perception de la douleur, la modification de la signification de la douleur, la dissociation du corps et de la conscience, la distorsion temporelle, la création d'une amnésie.

En fait, un des buts majeurs en oncologie est d'identifier quels sont les aspects de sa vie que le patient peut encore contrôler. Pour certains patients très démunis, le clinicien peut d'abord prendre en charge la situation et introduire l'aspect magique de l'hypnose. Mais, l'idée est ensuite que le patient puisse développer ses propres capacités et accomplissements personnels.

B. NAUSEES-VOMISSEMENTS

1) Facteurs de risque émétogène

Certains facteurs sont connus pour augmenter le risque émétogène : le sexe féminin, l'âge inférieur à 50 ans, des antécédents personnels (mauvais souvenirs de traitements antérieurs, vomissements gravidiques, mal des transports), certaines localisations cancéreuses, les facteurs environnants comme les stimuli gustatifs, olfactifs, auditifs ou visuels. Le profil psychologique (stress, anxiété, état dépressif, etc.) qu'il soit propre au patient, favorisé par la maladie ou influencé par le « mauvais souvenir » de chimiothérapies antérieures aggrave le risque émétisant. Certains phénomènes connexes (insuffisance hépatique et/ou rénale) ou locaux (œsophagite, chirurgies abdominales) peuvent aussi influencer le risque. La prise concomitante de médicaments à potentiel émétisant ou à toxicité digestive telles que les morphiniques ou les anti-inflammatoires non stéroïdiens augmente le risque. La consommation chronique d'alcool aurait plutôt un effet protecteur.

2) Limites des antiémétiques actuels

Les nausées et vomissements concernent presque tous les cytostatiques. Les médicaments de chimiothérapie sont répartis en quatre classes selon leur potentiel émétogène.

L'origine des troubles est mixte : une toxicité centrale par stimulation d'une zone cérébrale proche du thalamus et une toxicité périphérique par les troubles de motricité digestive, associés aux perturbations engendrées par les produits de dégradation de la muqueuse digestive sous l'effet des médicaments.

Il existe 3 types de nausées et vomissements : les nausées et vomissements anticipés, aigus et retardés.

Les antiémétiques visent l'arrêt des nausées et vomissements. Il en existe plusieurs types : les antiémétiques d'action centrale représentés par les phénothiazines (chlorpromazine / Largactil, métopimazine / Vogalène), et par les antiHT3 (ondasétron / Zophren, granisétron / Kytril) ; les antiémétiques d'action périphérique la dompéridone (motilium) ; et enfin les antiémétiques d'action périphérique et centrale : la metoclopramide (Primpéran) et les corticostéroïdes (Solupred, Cortancyl).

Les molécules antiémétiques récentes, les 5-hydroxytryptamine type 3 dites 5HT3 n'ont que peu d'effets sur les vomissements anticipés entraînant une diminution de la qualité de vie.

3) Intérêt de l'hypnose

La meilleure prévention des vomissements anticipés est l'absence de vomissements après la première chimiothérapie. En effet ces vomissements sont liés à un réflexe de conditionnement en relation avec les vomissements survenus lors de cures précédentes. Jacknow, Tschann et al.¹⁰⁴ réalisent en 1994 une étude prospective randomisée, contrôlée, chez 20 patients recevant une chimiothérapie anticancéreuse. Le premier groupe bénéficie d'hypnose seule avant toute chimiothérapie (prise d'antiémétique si besoin), le groupe contrôle un traitement antiémétique standardisé. Les patients bénéficiant d'hypnose consomment moins d'antiémétiques après le premier et le second cycle de chimiothérapie. L'hypnose diminuerait l'utilisation d'antiémétique et diminuerait les nausées anticipatoires.

De plus, d'après l'étude de Marchioro, Azzarello et al.¹⁴⁴ en 2000, l'hypnose pourrait faire disparaître les nausées et vomissements anticipatoires, malgré une sensibilisation lors de chimiothérapies antérieures.

Là encore, l'hypnose aide à mieux gérer le stress induit par la maladie, la chimiothérapie et ses effets secondaires. Elle met en lumière les interactions complexes entre facteurs biologiques et psychologiques.

Une revue de la littérature récente (Richardson, Smith et al. 2007¹⁸³) reprend les résultats de six essais contrôlés randomisés (dont cinq chez les enfants) et une méta-analyse. Les études rapportent une amélioration significative des nausées et des vomissements induits par les chimiothérapies et des nausées et vomissements anticipatoires par l'utilisation de l'hypnose, aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant. La méta-analyse rapporte les mêmes résultats : l'hypnose améliore cliniquement les vomissements anticipatoires et induits par la chimiothérapie chez les enfants. D'autres études sont nécessaires afin d'évaluer l'efficacité, l'acceptabilité, la faisabilité de ce type de prise en charge.

C. LA RADIOTHERAPIE

A ce jour, très peu d'études cliniques concernant l'utilisation de l'hypnose en radiothérapie ont été publiées dans la base Pubmed de la National Library of Medicine.

En 2005, Stalpers, Da Costa et al.²⁰⁷ réalisent une étude prospective randomisée chez 69 patients afin de déterminer si l'hypnose réduit l'anxiété et améliore la qualité de vie des patients bénéficiant de radiothérapie. Le groupe contrôle de 36 patients suit un traitement habituel, le groupe traité bénéficie d'une séance d'hypnose le jour de l'inclusion, le jour de la simulation de la radiothérapie, avant la première radiothérapie et à mi-traitement. L'anxiété a été mesurée par le STAI (State-Trait Anxiety Inventory) et la qualité de vie par l'échelle SF-36. Il n'existe pas de différence significative entre ces deux groupes. Cependant, les patients du groupe « hypnose » relatent une amélioration significative de leur bien-être psychique et global, sans que l'on sache si cette amélioration constitue un biais d'attention portée.

D'autres études de cas ou avec de petits échantillons tentent de montrer le bénéfice de l'hypnose sur l'anxiété, les réactions phobiques (Neron, Stephenson 2007¹⁶²) ou sur la fatigue et l'inconfort cutané (Schnur, Montgomery 2008¹⁹²) lors de séances de radiothérapie.

D. LES SOINS PALLIATIFS

Le premier article retrouvé dans la base Pubmed de la National Library of Medicine date de 1965, il a été écrit par Sacerdote¹⁸⁹ et s'intitule *Additional Contributions to the hypnotherapy of the advanced cancer patient*.

En 1996, Finlay et Jones⁷⁸ décrivent l'émergence de l'utilisation de médecines dites complémentaires chez les patients atteints de cancer. Dans leur étude *Hypnotherapy in palliative care* sur 256 patients atteints de cancer en phase palliative ayant bénéficié de séances d'hypnose, 61% des 52 survivants à deux ans et demi décrivent une amélioration de leur coping par rapport à la maladie et 85% amènent des commentaires positifs.

En 2002, l'OMS définit les soins palliatifs comme suit : « *Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés* ». Pour Marcus, Elkins et al. en 2003¹⁴⁵, l'hypnose permet d'améliorer le bien être physique, psychologique, social et spirituel des patients en fin de vie. Les symptômes liés au stress psychologique et préoccupations existentielles seraient plus fréquents que les symptômes purement physiques limitant la vie. L'amélioration des symptômes permettrait en retour un mieux-être psychologique et existentiel.

Pour Iglesias¹⁰¹ en 2004, les signes physiques ne répondant pas de façon satisfaisante aux traitements classiques pourraient être une manifestation de l'impact du pronostic terminal c'est à dire des angoisses de mort, de l'isolement existentiel et de la possible perte de sens. Il fait l'hypothèse que la résolution de tels conflits grâce à l'hypnose pourrait améliorer la réponse aux traitements classiques.

La recherche en soins palliatifs est à l'heure actuelle peu aisée du fait des difficultés méthodologiques. En 2005, Rajasekaran, Edmonds et al.¹⁷⁶ évaluent 27 articles traitant de l'utilisation de l'hypnose chez les patients adultes en phase terminale de leur maladie. Ils rassemblent une étude randomisée contrôlée, une étude d'observation, un questionnaire rétrospectif et vingt-quatre études de cas. La faible qualité des études et leur hétérogénéité ne permettent pas de comprendre le rôle de l'hypnose dans la gestion des symptômes. Malgré cela, aux Etats-Unis en 2006, la prévalence de l'utilisation des médecines alternatives dans ce domaine se situe entre 7% et 54%. Les patients relatent leur souhait de « booster » leur système immunitaire, d'améliorer le contrôle des douleurs et de diminuer les effets secondaires de la maladie ou des traitements. Ces approches restent sûres quand elles sont pratiquées par des praticiens expérimentés et compétents dans leur domaine médical (Mansky, Wallerstedt 2006¹⁴¹).

L'équipe française de Clermont-Ferrand propose en 2007 de tester l'impact de l'hypnothérapie sur l'immunité et les rythmes biologiques des patients cancéreux traités en soins palliatifs dans un essai à venir (Kwiatkowski, Bignon 2007¹²¹).

E. HYPNOSE ET IMMUNOCOMPETENCE

La connexion corps-esprit intrigue l'être humain depuis des siècles. Si elle pouvait être exploitée, on pourrait imaginer que les patients puissent se soigner eux-mêmes de façon non invasive, sans traitement et sans coût. Cependant le fonctionnement propre de l'esprit demeure insaisissable, c'est pourquoi il est difficile de comprendre les mécanismes par lesquels le cerveau agit sur le corps.

1) Généralités sur les interactions entre hypnose, stress et système immunitaire

Physiopathologie

Comment l'hypnose peut-elle modifier le système immunitaire ? Le mécanisme exact n'est pas élucidé, mais quelques principes simples sont bien acceptés. D'une façon générale, le stress, comme lors de l'annonce d'un diagnostic de cancer, se traduit par un état mental négatif. L'état biochimique du cerveau influence les signaux hormonaux et ceux du système sympathique, modifiant ainsi l'état immunitaire. Comme l'hypnose peut modifier la perception cognitive des événements stressants, il peut y avoir une modification en retour de la réponse immunitaire au stress.

Le stress modifie le système immunitaire, notamment par l'intermédiaire du système nerveux sympathique. Les fibres sympathiques sont connectées au cerveau via les organes lymphoïdes primaires (moelle osseuse et thymus) et secondaires (rate et nœuds lymphatiques) par des fibres descendantes. Quand le stress crée un état émotionnel négatif, l'état biochimique du cerveau influence le système nerveux sympathique avec production de neurotransmetteurs, communiquant directement avec le système immunitaire.

De plus, les hormones jouent un rôle dans l'interaction entre stress et système immunitaire. Le stress active l'axe hypothalamo-hypophysaire, le système nerveux sympathique produisant des hormones pouvant moduler le système immunitaire en se liant aux leucocytes. En particulier, le stress libère l'ACTH, ce qui élève le cortisol sanguin. L'ACTH et le cortisol peuvent agir sur le système immunitaire. Finalement le stress augmente le neuropeptide B-endorphine, qui augmente l'activité des cellules NK, car 75% des cellules NK ont un récepteur à la B-endorphine.

Effets constatés de l'hypnose sur le système immunitaire

Black, Humphrey et Niven¹⁷ en 1963 étudient les premiers l'effet de l'hypnose sur le système immunitaire. Les participants, auxquels on avait inoculé un antigène, devaient imaginer les cellules immunitaires, et ignorer l'antigène au niveau du site d'inoculation. L'état de relaxation évitait une hyperréaction mentale et biologique. L'hypnose peut ainsi être utilisée pour augmenter ou diminuer les capacités d'action du système immunitaire. En 2002, Gruzelier⁸⁹ étudie l'impact de l'hypnose sur le virus herpes simplex 2. Après six semaines d'entraînement à l'imagerie guidée sur le système immunitaire chez 21 participants, on constate une augmentation du nombre de cellules natural killer (NK) cytotoxiques pour le virus, une amélioration de l'humeur et une diminution des récurrences. L'hypnose a des effets positifs sur le système immunitaire durant les périodes de stress. Par exemple, l'étude de Naito, Laidlaw et al. en 2003¹⁶⁰ au Japon, montre une augmentation du pourcentage des lymphocytes T CD8+ chez des étudiants avant les examens à qui l'on a appris l'autohypnose (technique de relaxation et imagerie mentale spécifique). Habituellement ce type de cellule est diminué en période de stress.

Des interventions psychologiques comme la gestion du stress, la relaxation, les thérapies cognitives et comportementales et, c'est notre propos, l'hypnose, promeuvent un bien-être émotionnel et physique. Elles agissent en modifiant « la conscience ». En 2001, plus de 85 études sur l'impact d'interventions psychologiques sur le système immunitaire avaient été réalisées. Les méta-analyses montraient un effet modeste mais réel de l'hypnose (élévation des immunoglobulines IgA et de l'adhérence des neutrophiles) et des thérapies utilisant le conditionnement, la relaxation ayant montré une capacité plus faible à modifier la réponse immune (Miller, Cohen 2001¹⁵²).

Alors que l'état hypnotique est décrit comme une condition de l'altération de la conscience et d'une plus grande suggestibilité, les recherches actuelles mettent l'accent sur les capacités d'attention. Ainsi, en modifiant le focus de l'attention, l'hypnose peut modifier le contrôle cérébral par le biais du contrôle neuronal descendant (Raz 2005¹⁷⁸). L'hypnose contrôle également des fonctions autonomes comme la fréquence cardiaque, la tension artérielle, la température corporelle, le débit sanguin régional (Lehrer, Carr et al. 1994¹²⁷) ainsi que la perception de la douleur.

Impact d'une thérapie sur la réponse au stress : Hypothèses de Miller et Cohen

Pour Miller et Cohen en 2001¹⁵², trois conditions doivent être réunies pour qu'une thérapie puisse intervenir dans la réponse au stress et donc moduler la réponse immunitaire.

Premièrement, le patient doit être exposé à un événement stressant induisant une dysrégulation du système immunitaire. C'est le cas des patientes présentant un cancer du sein. Elles peuvent être psychologiquement traumatisées par le diagnostic, physiquement par la maladie et ses traitements. Le médecin grec Galien rapportait déjà 200 ans avant Jésus-Christ des dépressions après la découverte d'un cancer du sein (Simonton, Matthews-Simonton 1981¹⁹⁹).

Deuxièmement, l'intervention doit avoir pour but de réduire le stress. L'hypnose est adaptée car elle peut modifier la perception cognitive d'événements stressants.

Troisièmement, l'intervention doit pouvoir moduler la réponse immune dysrégulée par le stress. Parmi les effets physiologiques du stress, on retrouve la baisse du nombre total de lymphocytes T, des lymphocytes CD4+ (helper), des lymphocytes CD8+ (cytotoxiques), des lymphocytes B, des cellules NK, de l'interféron gamma, des immunoglobulines IgA ; une augmentation des taux d'interleukines 2, une régulation négative de la cytotoxicité des cellules NK, de la réponse proliférative des lymphocytes aux mitogènes comme la concanavoline A. La capacité de l'hypnose à réguler ces effets immunologiques est en cours d'investigation.

L'hypnose pouvant modifier le système immunitaire des patients malades, on peut se demander si elle pourrait prévenir le cancer chez des sujets sains ou à risque. Kiecolt-Glaser McGuire et al.¹¹⁵ en 2002 répondent clairement « non » car un système immunitaire normal est régulé par des mécanismes homéostatiques empêchant une réactivité trop importante. C'est seulement lorsqu'un individu subit un stress et que son système immunitaire est dysrégulé que l'on peut attendre un effet inverse par l'hypnose.

Dans le contexte du cancer, l'effet potentiel de l'hypnose pour améliorer le système immunitaire est cliniquement pertinent, car l'immunosurveillance joue un rôle dans la progression du cancer. Ainsi les cellules NK, les lymphocytes B et T, les macrophages sont impliqués dans le système de défense immunitaire contre le cancer (Turner-Cobb, Sephton, et al. 2001²¹⁸). De plus, les patients transplantés sous agents immunosuppresseurs ont un risque augmenté de développer une tumeur par rapport à la population générale, suggérant qu'un système immunitaire efficace réduit l'occurrence de tumeur (Nossal 1993¹⁶³). L'hypnose peut également réguler l'axe hypothalamo-hypophysaire et donc également les glucocorticoïdes et le cortisol, qui ont été associés à la prolifération tumorale (Turner-Cobb, Sephton et al. 2001²¹⁸).

Dans le champ de la cancérologie, un article présenté en 1958 à l'Académie de la Médecine psychosomatique discutait déjà de l'hypnose comme moyen « d'augmenter la résistance de l'hôte ». Le champ des recherches sur l'impact de l'hypnose sur le système immunitaire dans des pathologies somatiques plus graves est actuellement en plein développement.

2) Etudes des années 80'

Dans les années 1970, Simonton popularise une thérapie promouvant le bien-être et l'amélioration du fonctionnement immunitaire chez les patients atteints de cancer. C'est une méthode d'imagerie guidée, apprenant au patient à se concentrer sur une image mentale positive, et à visualiser ses cellules immunitaires comme fortes et détruisant les cellules cancéreuses. Elle repose sur la croyance que les images guideront la réponse physiologique. Cette méthode fréquemment utilisée a été controversée, en tant qu'approche alternative au traitement du cancer. Les critiques sur l'imagerie guidée reposaient sur le fait qu'elle pouvait être néfaste, provoquant un coping par la fuite, trompant ainsi le patient.

Deux études des années 1980 étudient l'impact d'interventions psychologiques sur la survie.

En 1981, Simonton et Matthews-Simonton¹⁹⁹ montrent que des sessions individuelles et en groupe avec apprentissage de la relaxation et d'imagerie mentale chez 71 patientes avec un cancer du sein avancé augmentent la médiane de survie à 38,5 mois comparativement à la moyenne nationale de 18 mois. On peut noter qu'il n'y a pas eu de randomisation dans cet essai et que les patientes étaient volontaires.

En 1989, Spiegel, Bloom et al.²⁰¹ étudient pendant 10 ans dans une étude contrôlée et randomisée l'impact d'interventions psychosociales chez 86 patientes suivies pour un cancer du sein métastatique. Les patientes du groupe traitement apprenaient l'autohypnose à visée antalgique et suivaient un groupe hebdomadaire de soutien social visant à améliorer les stratégies de coping. La moyenne de survie était de 36,6 mois dans le groupe traité et de 18,9 mois dans le groupe non traité, même après ajustement sur le stade du cancer.

On ne sait comment ces interventions ont eu un impact biologique sur la survie. Aucune des deux études n'a étudié les paramètres immunologiques. Aujourd'hui on suppose un lien entre la survie et le fonctionnement du système immunitaire comme l'avancent Blake-Mortimer, Sephton et al.¹⁸ en 2004 : un plus grand nombre de lymphocytes cytotoxiques T serait corrélé à une durée de survie supérieure chez des femmes présentant un cancer du sein métastatique.

Il semble donc indispensable d'étudier l'association entre hypnose, fonction immune et impact clinique de façon simultanée, car beaucoup de questions restent ouvertes.

3) Recherches actuelles en psychoneuroimmunologie

Depuis le milieu des années 80', les recherches cliniques en psychoneuroimmunologie ont étudié les effets d'interventions comportementales sur l'amélioration des symptômes psychiques du stress, l'amélioration de la qualité de vie, la fonction immunitaire et les durées de survie. Ainsi a été découverte la régulation de la fonction immunitaire par le système neuroendocrinien. Le cancer étant une maladie complexe, le rôle de la psychoimmunologie chez ces patients est peu clair, en effet on ne peut faire d'études avant le diagnostic de cancer. Les réponses immunes peuvent être diminuées par de nombreux stressseurs ayant un impact

psychologique négatif. Ainsi, la baisse de l'activité des cellules NK, la baisse du nombre et du pourcentage de cellules NK, la baisse des lymphocytes T CD4+, la baisse de l'interféron gamma, l'augmentation de l'interleukine 2, la baisse des lymphocytes en réponse aux mitogènes et la diminution de la production des anticorps sont induits par des conditions de stress. Les études ont montré que la baisse de l'activité des cellules NK augment les métastases (Rakhmievich, Janssen et al. 2000¹⁷⁷), alors que l'augmentation de leur activité conduit à une régression du cancer (Kiecolt-Glaser, Marucha et al. 2001¹¹⁵). Les effets cliniques du stress et de la relaxation pourraient être expliqués par le relargage de neuropeptides et de glucocorticoïdes dans la circulation sanguine, agissant comme immunomodulateur de façon directe et indirecte.

Le stress psychologique chez les patientes atteintes de cancer inclut dépression, stratégies de coping non fonctionnelles, symptômes anxieux. La dépression peut résulter du stress et le stress peut conduire à une augmentation de la progression tumorale et une diminution de la fonction immune (nombre de cellules NK et activité), à la fois chez l'animal et l'être humain (Bakke, Purtzer et al. 2002⁶). Au contraire, une absence de stress chez les patientes atteintes de cancer, non déprimées, et avec un bon environnement social et un bon support émotionnel, est corrélé avec une augmentation de l'activité des cellules NK et une moins grande invasion tumorale de ganglions lymphatiques (Levy, Herberman, et al. 1987¹³⁰).

4) Hypnose, immunologie et cancer du sein : les études actuelles

Les bienfaits de l'hypnose sur le bien-être psychologique et immunologique ont été évalués dans deux études, celle de Bakke, Purtzer et al.⁶ en 2002 et celle de Hilderley et Holt⁹⁸ en 2004. Hudacek en 2007¹⁰⁰, reprend ces deux études dans sa revue de la littérature sur les effets de l'hypnose sur le système immunitaire.

Les deux études ont porté sur une trentaine de femmes à un stade précoce de cancer, à au moins six mois du traitement invasif. Les patientes ont bénéficié chaque semaine d'un apprentissage de l'hypnose pendant deux mois. Les deux essais concluent qu'une intervention psychologique améliore l'humeur et augmente le nombre de certaines cellules immunologiques.

Quelques remarques sur la méthodologie

Dans l'étude de Bakke⁷, les patientes poursuivent leurs thérapies habituelles comme le tamoxifène, leur psychothérapie, ou un groupe de support psycho-social. Ce n'est pas le cas dans l'étude d'Hilderley et Hot⁹⁸. Il semble donc difficile de faire la part des choses en cas d'utilisation concomitante de psychothérapie. Cependant c'est une réalité pour les patientes d'utiliser simultanément plusieurs traitements, d'autant que le l'hypnose est considérée comme un traitement adjuvant.

Plusieurs variables peuvent influencer l'impact observé de l'hypnose : la motivation à bénéficier d'une thérapie, l'attirance ou non par un traitement par hypnose, et le degré d'hypnotisabilité. Aux Etats-Unis, contrairement à nos habitudes européennes, de nombreuses études utilisent l'échelle de Stanford mesurant le « degré d'hypnotisabilité » afin d'évaluer initialement la capacité de réponse à cet état. Cette échelle a été réalisée uniquement dans l'étude de Bakke.

L'étude de Bakke⁷ n'inclut pas de groupe contrôle, l'étude de Hilderley et Hot⁹⁸ est quant à elle randomisée.

Techniques hypnotiques

Les études n'ont pas utilisé les mêmes techniques d'hypnose, mais le lien est l'augmentation de la conscience corps-esprit. L'étude de Bakke insiste sur l'imagerie mentale positive. Les patients participent à une session d'une heure par semaine réalisée par un médecin utilisant l'imagerie guidée et l'hypnose. Ils reçoivent des informations à propos des cellules NK et ont vu des images de cellules NK détruisant des cellules tumorales afin de renforcer leur propre imagerie visuelle. Les patientes étaient invitées à utiliser leurs propres métaphores pour surmonter l'intrusion. En plus, elles améliorent leur conscience corps-esprit par des exercices de contraction/décontraction musculaire dans un but de relaxation. Les patientes étaient encouragées à réécouter la session au moins trois fois par semaine. Cette étude repose sur trois suppositions : le stress, les états affectifs négatifs et/ou un coping inefficace réduisent le fonctionnement du système immunitaire et spécifiquement la cytotoxicité des cellules NK. La réduction de l'immunosurveillance par les cellules NK (qui détruisent les cellules tumorales) est un facteur de progression du cancer. L'hypothèse est la suivante : l'imagerie visuelle guidée sous hypnose peut réduire le stress, améliorant le coping et la réponse immunitaire.

L'étude de Hilderley et Hot utilise une méthode dite de training autogène, développée dans les années 30' par Schultz, médecin allemand psychiatre et neurologue. Elle comprend six exercices mentaux, apaisant l'esprit et le système nerveux central afin de connecter le corps et l'esprit. Ces exercices mettent l'accent sur la lourdeur des membres, la chaleur des membres, la régularité des battements du cœur, la facilité de la respiration, la chaleur de l'abdomen, la fraîcheur du front. Les patients bénéficiaient de sessions hebdomadaires, mais n'étaient pas encouragés à pratiquer en dehors des séances.

La variété des interventions psychologiques et la fréquence des séances d'hypnose posent la question de la qualité du traitement, et d'un effet du nombre de séances. Les différents types d'hypnose visent à ancrer une forte relation corps-esprit, ce qui devrait en théorie avoir les mêmes effets sur le système immunitaire. Cependant certains patients répondent mieux à certaines techniques. Cela peut dépendre de la personnalité, de la créativité, du degré d' « hypnotisabilité ». On peut supposer que la réutilisation du contenu des séances en dehors des sessions augmente la réponse au traitement.

En Europe, la technique du training autogène de Schultz n'est pas considérée comme de l'hypnose, mais peut être un moyen d'induire un état hypnotique.

Résultats

Malgré les qualités et défauts de chacune de ces deux études pouvant affecter les résultats, toutes deux montrent que l'hypnose améliore le bien-être mental et le nombre de cellules immunitaires. L'étude de Bakke mesure les paramètres psychologiques et immunitaires au début, après 2 mois d'entraînement, puis à 3 mois. Le Profile of Mood States (POMS) montre une amélioration significative du paramètre dépression ($p < 0,04$) à 2 et 3 mois, ce qui montre l'intérêt clinique de l'étude de l'impact psychologique de l'hypnose plusieurs mois après la thérapie. Dans l'étude d'Hilderley et Holt, les paramètres sont enregistrés au début et à la fin de l'entraînement. Il existe une différence significative de réduction d'anxiété ($p < 0,0027$) et de dépression ($p < 0,0001$) sur l'échelle Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) chez les femmes ayant bénéficié du traitement par rapport aux femmes n'en ayant pas bénéficié.

Concernant les effets de l'hypnose sur le système immunitaire, l'étude de Bakke montre une augmentation significative du nombre de cellules NK à la fin de l'intervention à 2

mois, mais ce résultat n'est pas maintenu à 3 mois, soit un mois après la fin du traitement. Le degré d'amélioration thymique sur la POMS est lié à l'augmentation du nombre de cellules NK, ce qui met l'accent sur le lien corps-esprit. L'étude de Hilderley et Holt ne montre pas de différence significative entre les deux groupes contrôle et traitement en ce qui concerne l'élévation des CD4+, CD8+, lymphocytes B, cellules NK, neutrophiles et monocytes après le traitement. Cependant, dans le groupe training autogène, seuls ceux ayant une capacité d'imagerie visuelle ont montré une augmentation significative des lymphocytes T CD8+ et des cellules NK. Pour Hilderley et Holt, l'imagerie vivante « vivid imagery » se réfère plus à un état méditatif qu'à une relaxation simple, observation faite durant l'étude. La capacité des patients à moduler la qualité de leur expérience méditative ainsi que les effets sur le système immunitaire montre l'importance de l'évaluation préalable du degré d'hypnotisabilité. Ainsi d'un point de vue statistique, pour Hudacek, les résultats auraient pu être stratifiés selon le degré d'hypnotisabilité s'ils avaient été mesurés au début de l'étude. Les résultats auraient alors pu être extrapolés à d'autres patients selon le degré d'hypnotisabilité.

Devant les critiques antérieures des méthodes de visualisation, les processus de fuite et de culpabilité ont été dans l'étude de Bakke mesurés par le Ways of Coping Index. L'amélioration de la dépression n'est pas due à des processus de fuite ou de culpabilité. Les résultats de cette échelle indiquaient même un début d'utilisation de stratégies de coping plus actives.

Conclusion de ces études¹⁰⁰

Les deux études montrent que le nombre de cellules NK et CD8+ est augmenté après deux mois de traitement par hypnose chez des femmes diagnostiquées à un stade précoce de cancer du sein. Mais on ne sait si cette élévation des globules blancs a des répercussions cliniques, notamment dans l'évolution de la maladie cancéreuse. On sait que les lymphocytes peuvent détruire les cellules tumorales, mais pas quel est le pourcentage d'augmentation nécessaire pour avoir un impact clinique.

On peut donc proposer l'hypnose aux patients ayant la motivation et les ressources pour l'utiliser afin d'améliorer leur bien-être psychique et le nombre de leurs cellules immunitaires. On peut supposer que les bénéfices sont plus importants quand son utilisation est prolongée notamment par l'autohypnose qui doit donc être encouragée. Dans l'idéal, les patients doivent pouvoir bénéficier de techniques d'accompagnement leur convenant, que ce soit l'hypnose, l'imagerie mentale, la relaxation ou d'autres techniques encore, sachant que l'imagerie mentale et la relaxation peuvent favoriser des modes d'entrée hypnotique.

Perspectives futures

Hudacek¹⁰⁰ en 2007 propose de réaliser dans l'idéal une étude contrôlée randomisée avec un nombre suffisant de participantes. Le degré d'hypnotisabilité des sujets serait mesuré en début d'étude, les effets de l'hypnose étant influencés par les capacités de l'individu à mobiliser son attention. Cela pourrait permettre une stratification des résultats, et une extrapolation aux patients de même degré d'hypnotisabilité. Les résultats des mesures d'immunité devraient être évalués à la fin du traitement, puis lors de suivis réguliers afin de connaître les effets de l'hypnose à plus long terme. Il pourrait être utile de connaître l'impact clinique de cette intervention, par exemple sur l'incidence des métastases, le taux de survie à 5 ans, le taux de récurrence. Cela nécessiterait un suivi très long et les facteurs confondants seraient plus difficiles à contrôler. Cependant, c'est seulement en étudiant les effets de l'hypnose sur l'évolution clinique du cancer que des recommandations dans le sens de l'utilisation de l'hypnose comme traitement adjuvant pourraient être établies.

V. LA PSYCHIATRIE DE LIAISON

A. RAPPELS HISTORIQUES

Zumbrunnen²⁴³ en 1992, rappelle le contexte historique dans lequel est née la psychiatrie de liaison. Elle a trouvé sa place, grâce à la rencontre de deux phénomènes. D'une part le développement des champs d'intérêt de la psychiatrie au début du XXème siècle pour les « névroses », les « troubles psychosomatiques »... en sus du domaine de « l'aliénation ». Et d'autre part, la poursuite des soins à l'hôpital général des patients souffrant de troubles psychiques liés ou surajoutés à une affection physique.

En 1929, Henry publie le premier article décrivant les principes de ce qui deviendra la psychiatrie de liaison. Il énonce deux règles : utiliser un langage dépourvu de jargon psychiatrique et rester flexible dans ses choix thérapeutiques. La psychiatrie de liaison à l'hôpital général fait sa première apparition aux Etats-Unis en 1934 où la fondation Rockefeller a financé la création de cinq unités psychiatriques dans les hôpitaux généraux. EG. Billings, à Denver, introduit le premier le terme de « psychiatrie de liaison » en 1939. J. Lipowski¹³¹, fondateur du premier service de consultation-liaison au Canada à Montréal, publie en 1967 et 1968 un article tripartite, texte fondateur du courant de la psychiatrie de liaison. Dans les pays francophones, ce terme apparaît dans la littérature en 1960 (Montassut, Chertok, 1960). C'est à partir des années 70 que la psychiatrie de liaison se développe dans de nombreux pays d'Europe et du monde. En France, le rapport Massé, en 1992, met en avant la priorité de son développement et la nécessité d'articulation entre les établissements de soins généraux et une psychiatrie ouverte, décentrée, dans un but de partenariat.

A l'heure actuelle la psychiatrie de liaison est reconnue par *l'American Board of Psychiatry and Neurology*, sous la dénomination de médecine psychosomatique « *psychosomatic medicine* », reconnue depuis août 2003. Elle constitue la septième sous-spécialité psychiatrique avec l'addictologie, la pédopsychiatrie, la neurophysiologie clinique, la psychiatrie légale, la gérontopsychiatrie, et la médecine de la douleur. Au Royaume-Uni, le *General Medical Council* la considère comme une sous-spécialité au sein de la psychiatrie générale. La Société Suisse de Psychiatrie de Consultation-Liaison demande la reconnaissance de la psychiatrie de liaison comme une sous-spécialité au sein de la psychiatrie générale. En France, elle n'est pas reconnue comme spécialité.

B. DEFINITION

La psychiatrie de liaison a développé ses objectifs depuis les années 1970. R. Zumbrunnen²⁴³ en 1992 définit le champ propre de cette nouvelle discipline comme « la partie de la psychiatrie et de la psychologie clinique qui s'occupe des troubles psychiatriques se manifestant chez les patients atteints de pathologies somatiques ». A l'heure actuelle, le champ de ses missions s'est élargi avec la prise en compte du retentissement émotionnel et psychopathologique de la maladie et des traitements chez le patient et les répercussions sur les relations entre le patient et son entourage, ainsi que sur les équipes soignantes. Le travail institutionnel est en effet au cœur des missions du psychiatre de liaison, particulièrement dans le champ complexe de la cancérologie. La prise en charge globale des patients, dans un partage pluridisciplinaire, implique la prise en compte des mouvements transférentiels et

contre-transférentiels de chacun des acteurs dans l'élaboration d'un projet thérapeutique commun. Nicole Pélicier¹⁶⁸, psychiatre de liaison à l'hôpital Georges Pompidou, insiste sur la fin d'un positionnement duel avec le patient dans le champ de la gravité, et l'importance d'un partage avec l'équipe médicale : « La liaison demeure, particulièrement en oncologie, une pratique de la médiation et de la conciliation affrontée aux problématiques du risque, de l'incertitude et de la finitude ».

C. MISSIONS ET FONCTIONS

Pour Zumbrunnen²⁴³, « la psychiatrie de liaison, met au service de la médecine "somatique" les compétences de la psychiatrie, et contribue à maintenir cette dernière dans le champ de la médecine ». Cet exercice « de liaison » se situe donc à l'interface de la psychiatrie et de la médecine « somatique ». Il découle d'un double mouvement de médicalisation de la psychiatrie et de psychologisation de la médecine, dans une approche globale de l'être humain malade.

Pour A.-S. Chocard³⁷ en 2005, la dénomination américaine « *consultation-liaison psychiatry* » montre bien la double valence de ses missions avec une activité de consultation et surtout une activité de liaison visant à la cohérence de l'approche multidisciplinaire du patient dans une considération globale faisant appel au modèle bio-psycho-social. En réalité, les deux missions sont intriquées. En fait, si l'on reprend Desombres Malvy et Wiss⁵⁹ en 2004, la psychiatrie de liaison regroupe « l'ensemble des prestations cliniques, thérapeutiques, préventives, pédagogiques et de recherche prodiguées par l'équipe psychiatrique dans les différents services d'un hôpital général ».

L'équipe de liaison doit promouvoir la création d'une alliance entre le patient, son entourage, et l'équipe soignante autour du projet de soins. Consoli⁴⁸ insiste sur la diversité des interventions proposées à l'hôpital général en direction du patient, de son entourage, et aussi des soignants, avec notamment :

- des actes à caractère diagnostique : établissement ou confirmation d'un diagnostic psychiatrique chez un patient souffrant par ailleurs d'une affection organique, contribution au diagnostic différentiel entre, d'une part des troubles somatiques liés à une affection organique et, d'autre part, des troubles somatoformes sans organicité sous-jacente.

- des actions thérapeutiques spécifiques : conseil sur la prescription ou non d'un traitement psychotrope, discussion d'une indication de psychothérapie ou d'autres techniques thérapeutiques spécifiques (relaxation, thérapie cognitivo-comportementale, etc.), médiation entre l'équipe médico-chirurgicale et les structures psychiatriques déjà engagées dans la prise en charge d'un patient, animation ou participation à des groupes de parole de patients. Le maniement et la connaissance des psychotropes et de leurs effets secondaires sont indispensables, en plus de bonnes connaissances dans le domaine médical, référence obligée des interlocuteurs.

- des actes impliquant des décisions concrètes : orientation d'un patient sur une structure de soins psychiatriques, sur une mesure de protection des biens.

- des actes s'inscrivant dans une approche globale du patient : compréhension des motifs conduisant un patient à négliger l'observance ou encore à refuser des soins, des examens complémentaires prévus, voire une intervention chirurgicale, accompagnement d'un patient présentant des troubles psychologiques liés à l'adaptation à un problème de santé physique, préparation d'une intervention chirurgicale majeure (type greffe d'organe) et réalisation, le cas échéant, d'un bilan psychologique préopératoire, contribution à une prise en

charge globale (bio-psychosociale) d'un patient dont les troubles somatiques paraissent favorisés ou rythmés par des événements éprouvants, une situation de stress, un terrain psychologique prédisposant, participation au staff médical au cours duquel le cas d'un patient difficile est discuté.

- *des actes de conseil ou à activité pédagogique* : conseil et soutien psychologique d'un ou plusieurs membres de l'entourage affectés par l'état de santé ou le pronostic d'un patient (cancérologie, soins palliatifs, mais aussi conjoints dialysés, conjoints de coronariens victimes d'un infarctus, etc.), aide au travail de deuil, conseils donnés à l'équipe soignante pour surmonter certaines difficultés relationnelles avec le patient, au besoin sans rencontrer individuellement celui-ci, animation ou participation à des groupes de paroles de soignants, au cours desquels les problèmes des patients les plus difficiles, le vécu des soignants, les objectifs de soins du service, sont discutés, contribution à la réflexion d'un service sur des actions éducatives et/ou de prévention destinées aux patients, exposé synthétique sur un thème, effectué dans un service de médecine ou de chirurgie dans une visée didactique (le suicide, la plainte douloureuse, le refus de soins, etc.).

- *des actions participant à la recherche scientifique* : participation à une séance de bibliographie d'un service de médecine ou de chirurgie, à un travail de recherche avec le recueil systématique des données, utilisation de questionnaires, recours à des tests psychologiques, etc., rédaction de publication scientifique signée en commun avec des somaticiens de l'hôpital ou communication scientifique à partir d'un travail effectué en collaboration.

D. BASES THEORIQUES

Les psychiatres de liaison font appel à des références théoriques variées afin de proposer au médecin somaticien un éclairage différent. Le modèle « biomédical », se référant aux données biophysiques, pour expliquer la genèse des maladies et élaborer leurs traitements a en effet montré ses limites. Deux échappatoires existaient alors pour tout ce qui n'était pas purement « organique » : soit recourir aux « médecines douces » ce qui sortait de la pensée rationnelle (Laplantine, 1986), soit faire appel à la psychiatrie, seule discipline médicale ne s'appuyant pas exclusivement sur ce modèle.

La référence à un seul unique modèle, n'est pas souhaitable dans ce cadre. Zumbrennen²⁴³ rappelle que l'approche psychiatrique intègre d'autres dimensions que le déterminisme purement biophysique. L'éclectisme théorique et thérapeutique consiste à se donner la liberté d'utiliser une ou plusieurs thérapeutiques, la ou les plus adéquate(s) au problème donné. Les interventions peuvent donc comporter plusieurs modalités biologiques, écologiques, psychothérapeutiques.

M. Collas-Guitteny⁴³ en 2004 détaille les bases théoriques de la psychiatrie de liaison. Cette discipline récente s'appuie notamment sur trois disciplines apparues en moins de cinquante ans : la médecine psychosomatique (Dunbar, Aexander, Marty), la formation à la relation soignant-soigné (Balint) et la psychologie médicale (Pichot, Schneider, Besançon).

Les principales bases théoriques de la psychiatrie de liaison sont présentées ici.

1) Le courant psychosomatique

Pour le courant psychosomatique, le développement de certaines maladies (respiratoires, digestives, cardio-vasculaires, dermatologiques, cancéreuses, etc.) serait associé à certains facteurs psychologiques, facteurs différents d'une école de pensée à l'autre : conflit

psychique et profil de personnalité particulier pour Frantz Alexander et l'école de Chicago, structure psychique très particulière, dont un mode de pensée opératoire pour Pierre Marty et l'institut psychosomatique de Paris (Bruchon-Schweitzer 2002²⁹). Ce terme « psychosomatique » a été créé en 1830 par Heinroth, dans le cadre de la médecine naturaliste allemande, en référence à deux courants de pensées, la psychanalyse et la neurophysiologie. L'idée d'une vulnérabilité particulière de certains individus à l'adversité en raison d'un fonctionnement psychologique inadéquat sera reprise par la notion plus limitée mais opérationnalisable d'alexithymie. Besançon¹⁶ en 1999 rappelle que sans perdre de vue une attitude s'intéressant au lien psychosomatique (Widlöcher), la réalité de symptômes et de syndromes psychosomatiques, quelle qu'en soit l'étiologie, n'appartient pas exclusivement à une structure déterminée et que la démarche clinique doit pouvoir être modulée en fonction des données de l'examen.

2) La psychologie médicale

Pour Besançon¹⁶, la psychiatrie de liaison a plus à voir avec la psychologie médicale qu'avec la psychiatrie au sens classique du terme. Citant Jean-Bernard : « *La psychologie médicale et la psychiatrie sont la somme de nos ignorances biologiques* ». Schneider définit la psychologie médicale comme une « discipline fondamentale de la médecine, étudiant les aspects psychologiques et sociaux de l'activité du médecin dans le cadre des relations humaines qu'il établit avec son malade, ses confrères et collaborateurs, les institutions médicales et la société, de même que les répercussions psychologiques et psychosociales de l'état de la maladie sur le patient, son entourage et les institutions médicales ». Pour M. Collas-Guitteny⁴³ cet enseignement, instauré en France dès 1961, n'a de sens que s'il est dispensé sur la totalité des études médicales et que s'il s'articule avec la pratique quotidienne. Actuellement, « cet enseignement n'a pas pris la place qui devrait lui revenir, semblant considéré comme une activité marginale ».

3) La formation à la relation soignant-soigné ou médecin-malade

Balint⁷ en 1957, se penche dans son ouvrage de référence « Le médecin, son malade et la maladie », sur la relation entre le médecin et le malade qu'il compare à une « compagnie d'investissement mutuel ». Il étudie les offres du malade et les réponses du médecin. Il développe les notions de « collusion de l'anonymat », de « survivance de la relation maître-élève » et de « fonction apostolique » (expressions de la personnalité du médecin qui se traduisent dans sa conduite personnelle à l'égard de ses patients).

En 1998, Consoli⁴⁷ dans *La répétition, vue par le psychiatre de liaison* oppose à la médecine de l'action et du présent, une médecine de la réflexion et de la durée, celle des maladies chroniques, faite d'usure et de rechutes. La relation médecin-malade, motivée par une transmission du savoir et un souci d'autonomisation du patient, se doit d'être dans ce cas, une relation de maître à apprenti. C'est un rôle d'éducateur, partagé entre le médecin (maniement de la relation quotidienne avec le patient, par essais et erreurs) et le malade chronique (contribution à l'apprentissage de son médecin, par la dimension relationnelle). Selon Consoli, le principal danger d'une présentation « blanche » du patient décrit comme « alexithymique » au sein d'une relation est sa contagiosité et le risque de paralysie du thérapeute dans sa capacité à penser, à faire des liens, à imaginer. Les « capacités à rêver » du patient et du thérapeute sont à préserver.

4) Le modèle bio-psycho-social

En 1977, Engel dénonce le réductionnisme et le dualisme psyché-soma du modèle biomédical. Le modèle qu'il élabore au début des années 1980 (Engel, 1980) considère que ce sont des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux (et leurs interactions) qui sont à l'origine des différentes pathologies physiques et mentales. Il s'appuie sur la théorie des systèmes et les écrits de référence de Weiss et de von Bertalanffy. Pour Weiss, la nature est ordonnée hiérarchiquement selon un continuum formé d'unités larges et complexes englobant des unités plus petites et moins complexes. Aucun élément n'est isolé : constituant une partie d'un autre, chaque système est ainsi influencé par son environnement. Les différents aspects de la santé et de la maladie sont organisés de façon hiérarchique selon un continuum permettant de les classer des plus généraux (culture, communauté, famille) aux plus spécifiques (individu, organes, cellules). Chaque système ou niveau peut-être étudié de façon autonome, même si ce modèle implique l'interdépendance entre tous les niveaux du modèle. Toute pathologie peut-être décrite à différents niveaux (cellules, organes, système atteint ; signification de la maladie ; réactions émotionnelles, cognitives, comportementales du sujet ; comportements, représentations, croyances du groupe familial, culturel). Ce modèle fournit un cadre conceptuel et une manière de penser, permettant au médecin d'agir selon la méthode scientifique. Pour Bruchon-Schweitzer, c'est un méta-modèle (Bruchon-Schweitzer, 2002²⁹).

5) La psychologie de la santé

Bruchon-Schweitzer et Dantzer²⁸ en 1994 élaborent un modèle intégratif et multifactoriel : « la psychologie de la santé » (Bruchon-Schweitzer, 1994). Ce modèle implique à la fois des facteurs environnementaux et socio-démographiques (événements de risque) et des facteurs individuels (style de vie, traits de personnalité, antécédents biographiques et médicaux) ayant un effet principal et des effets d'interaction sur la santé physique et le bien-être psychique.

Ce modèle s'appuie sur les recherches biomédicales et épidémiologiques pour ce qui concerne les facteurs environnementaux, sociodémographiques et biomédicaux ; et sur les approches psychosomatiques, socio-cognitives et différentielles pour les facteurs individuels.

Ce modèle explicatif intègre les trois types de facteurs ayant un impact sur la santé : antécédents environnementaux et socio-démographiques (ce que l'individu « a subi »), antécédents individuels, psychosociaux et biologiques (ce qu'il « est »), transactions et stratégies d'ajustement (ce qu'il « fait » face à l'adversité) (Bruchon-Schweitzer, 2002³¹). Chacun de ces groupes de facteurs contribue en effet à l'explication d'une part de la variance des critères généralement considérés dans ces recherches (santé physique, mentale et parfois sociale).

E. IDENTITE, QUALITES REQUISES, RISQUES :

Le psychiatre de liaison travaille dans une équipe multidisciplinaire (psychiatres, psychologues, infirmiers, étudiants), complémentaire et coordonnée, ce qui implique une bonne aptitude à travailler en équipe. A.-S. Chocard³⁷ insiste sur le désir de s'intégrer au sein de l'hôpital général tout en maintenant ses différences. Pour Zumbrunnen²⁴³, le psychiatre de liaison se situe dans une position intermédiaire : tout en se démarquant de la psychiatrie par son contact permanent avec la médecine somatique, il prend en compte les aspects psychologiques et sociaux en les intégrant aux données somatiques.

Le psychiatre de liaison s'expose à un certain nombre de risques dont l'idéalisation transitoire de la fonction du psychiatre, par exemple dans les suites d'une prise de conscience des limites du pouvoir médical face à la maladie ou la mort. Le narcissisme du soignant a pu être blessé, son esprit critique et ses capacités de mobilisation ont pu être désorganisées par l'identification ou l'émotion ressentie face à la souffrance du patient. Le psychiatre doit alors répondre avec tact. Il doit toujours se poser la question du cadre de son intervention ainsi que des objectifs à atteindre. Qui fait la demande ? Quelle est la demande ? Y a-t-il une demande sous-jacente ? Pour qui ? A quoi répondre ? ... Un autre des écueils pourrait être celui d'une obligation de comprendre et de trouver sens là où il n'y en a pas forcément.

S.-M. Consoli⁴⁸ a établi les « dix commandements de la psychiatrie de liaison » :

1 Ne pas attendre passivement l'expression d'une demande d'aide ou de soutien psychologique. Etre capable de devancer une telle demande. Savoir proposer ses services à des patients qui n'auraient pas consulté spontanément un psychiatre, par ignorance de ce qu'ils pourraient en attendre, par pudeur, par peur du qu'en dira-t-on, en raison de préjugés culturels ou bien à la suite d'expériences antérieures décevantes. Ne pas hésiter à adopter, si besoin, une position pédagogique, en expliquant les effets attendus d'un traitement psychotrope ou les principes d'un traitement psychothérapeutique.

2 Ne pas dissimuler ou déguiser auprès du patient la nature psychiatrique de la consultation, ni la spécialité médicale du médecin consultant, quitte à adapter le vocabulaire utilisé à chaque cas particulier et parler de « consultation psychologique » ou de bilan sur le « moral » ou d'entretien sur la façon dont le patient vit ses problèmes de santé.

3 Respecter la confidentialité des propos tenus par le patient au cours de l'entretien psychiatrique. Rassurer si besoin le patient sur le devoir de discrétion auquel est astreint le psychiatre.

4 Eviter de confronter le patient à toute forme d'interprétation brutale (sauvage) concernant sa vie psychique où à toute mobilisation affective constituant un afflux massif d'excitations, source possible de traumatisme psychique, de blessures narcissiques et de résistance à un travail psychique ultérieur.

5 S'efforcer d'actualiser en permanence, non seulement ses propres connaissances en nosologie psychiatrique ou en psychopharmacologie, mais aussi un niveau minimal de connaissances médicales techniques, afin de pouvoir se repérer dans les intrications médico-psychiatriques impliquées dans les pathologies abordées et de mieux comprendre les contraintes auxquelles ont affaire les équipes médico-chirurgicales de l'hôpital.

6 Avoir le souci de transmettre aux équipes soignantes de médecine ou de chirurgie les informations nécessaires pour une meilleure compréhension de la pathologie, de la souffrance morale, mais aussi du contexte de vie et des conditions sociales du patient. Compléter toujours les échanges oraux par un compte rendu écrit rédigé dans le dossier médical et/ou le dossier de soins infirmiers, en évitant d'utiliser des termes ayant une connotation péjorative ou des descriptions à caractère purement anecdotique, pouvant desservir le patient voire permettre à certains soignants non formés ou peu scrupuleux de le tourner en dérision ou de le rejeter.

7 Ne pas oublier qu'à côté de la souffrance du patient, sa maladie ou son comportement peuvent être à l'origine d'une souffrance de l'entourage familial ou relationnel, mais aussi d'un embarras et d'une souffrance des équipes soignantes. Le psychiatre de liaison se doit d'être à leur service, tout autant qu'au service du patient. Eviter d'être le défenseur ou le complice de l'un ou des uns, au détriment des autres. Promouvoir la mise en place d'une alliance entre le patient, son entourage (ou du moins certains de ses membres) et l'équipe soignante, autour du projet de soins.

8 Avoir présent à l'esprit que, bien souvent, les symptômes présentés par un patient (y compris les manifestations d'angoisse, de dépression ou d'hostilité, parfois même le maintien de certaines anomalies somatiques) ont une finalité défensive ou adaptative. A ce titre, ils ne doivent pas être considérés comme le résultat d'une défaillance ou comme un échec, mais comme l'expression des potentialités dont dispose un patient et comme le témoignage de ses efforts pour maîtriser ce qui a pu le déborder, le prendre de court ou l'agresser. D'une manière générale il importe que l'intervention psychiatrique soit présentée comme permettant au patient de mieux contrôler ce qui lui arrive et de prendre (ou de reprendre) une position active face à des problèmes de santé et/ou des événements personnels subis passivement.

9 Ne pas se contenter d'une position d'observateur neutre, analysant finement une situation clinique mais s'interdisant d'intervenir dans le concret. Le patient et/ou les patients s'attendent généralement à une réponse pragmatique : « que faire ? », « Comment modifier la situation ? », « Comment évaluer l'efficacité d'une action entreprise ? ».

10 Ne jamais sous-estimer l'importance de l'investissement dont le psychiatre consultant peut être l'objet de la part du patient, même à l'occasion d'une rencontre unique. Une relation initialement méfiante, sceptique et distante, peut vite basculer dans une dépendance sans nuances. Il importe de savoir gérer les risques d'une telle dépendance, en se situant d'emblée comme l'un des éléments du réseau thérapeutique du patient, en évitant des entretiens trop longs ou répétés avec des patients dont on sait que l'on ne pourra pas les suivre, et en s'arrangeant pour garder le contact avec un patient adressé, à sa sortie de l'hôpital, à un psychiatre ou psychothérapeute extérieur, afin d'éviter tout sentiment préjudiciable d'abandon.

F. SPECIFICITES DE LA PSYCHIATRIE DE LIAISON DANS LE CHAMP DE L'ONCOLOGIE

Les spécificités de la psychiatrie de liaison en oncologie sont en lien direct avec la gravité des pronostics, l'accroissement des besoins d'aide et de prise en charge psychologique dans un contexte de volonté de prise en charge globale des souffrances. Les aléas des prises en charge sont expliqués par la complexité du travail en interdisciplinarité, le manque de moyens, la faible démographie médicale et paramédicale, ainsi qu'une temporalité restreinte.

Il s'agit pour l'ensemble des soignants de s'adapter aux difficultés d'adaptation des patients tout en travaillant la notion de contre transfert.

L'une des difficultés majeures en oncologie est le sous diagnostic de la dépression faisant le lit de difficultés relationnelles, psychiques, physiques, de refus de soin, de désir de mort ou encore de demande d'euthanasie.

La mise en œuvre de cette pluridisciplinarité est essentielle en cancérologie. Le Plan cancer a fait pour cette raison de ce mode d'organisation médicale l'un de ses objectifs prioritaires (CIRCULAIRE N° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005⁴⁰). Le plan cancer 2003-2007, a permis l'augmentation du nombre de psycho-oncologues et le développement d'une culture de collaboration effective (mesure 48 : renforcement des moyens humains). L'objectif était d'atteindre 1 poste plein temps de psycho-oncologue pour 1 500 nouveaux patients atteints d'un cancer en 2007. Le développement des soins de support (mesure 42), « ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements spécifiques (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie) lorsqu'il y en a dans les domaines de la nutrition, la diététique, la psycho-oncologie, la douleur, la kinésithérapie, l'orthophonie... », a permis de développer la démarche pluridisciplinaire, de favoriser le recours aux soins de soutien en permettant un accompagnement global de la personne et en particulier la prise en compte de la douleur et un soutien psychologique et social.

Les soins de support ne constituent pas une nouvelle discipline ; ils correspondent à une coordination qui doit mobiliser des compétences et organiser leur mise à disposition pour le patient et ses proches. C'est en particulier dans le cadre des réunions de concertation pluridisciplinaire que cette coordination est actée et peut ensuite être mise en place autour du patient.

En avril 2006, un bilan national est réalisé. En ce qui concerne la mesure 42 « accroître les possibilités pour les patients de bénéficier de soins de support, en particulier prise en compte de la douleur et soutien psychologique et social », un appel d'offre a été lancé sur le thème « comprendre la souffrance pour mieux soulager la douleur », thème entrant dans le cadre de notre réflexion actuelle. Un nouveau Plan de lutte contre la douleur est initié sur la période 2006-2010.

Un parallèle peut être fait entre les missions de la psychiatrie de liaison et celles des équipes mobiles de soins palliatifs ou de la douleur. Les compétences et expériences de chacun peuvent être source de partage et d'échanges dans le domaine de la psycho-oncologie. L'une des qualités du psychiatre de liaison est de savoir s'interroger sur sa place, son champ d'action et de savoir explorer ce terrain tout en acceptant ses limites.

ETUDE CLINIQUE

I. INTRODUCTION

A. A L'ORIGINE, UNE RENCONTRE

1) Comment s'est faite la rencontre

En tant qu'interne de psychiatrie, nous souhaitons réaliser un travail de thèse sur l'utilisation de l'hypnose et des thérapies brèves dans les services de médecine et notamment en oncologie. Nous avons rencontré le Docteur Samia Testa, anesthésiste au Centre de Lutte Contre le Cancer (CLCC) Nantes-Atlantique (Centre René Gauducheau) lors de notre formation à l'institut Milton Erickson de Nantes. Le Docteur Wilfried Martineau a suggéré de mettre en lien nos connaissances respectives en hypnose en pratique oncologique. Dès juin 2007, ensemble nous nous sommes interrogées sur les possibilités de développer l'utilisation de l'hypnose dans le service et sur l'importance d'une évaluation des résultats de cette pratique.

2) Motivations respectives et communes

Introduction de l'hypnose au CLCC

Depuis le printemps 2007, l'arrivée d'une anesthésiste formée à l'hypnose, le Dr Samia Testa, a permis la mise en place de cette technique d'anesthésie au bloc opératoire avec la participation des chirurgiens et de l'équipe soignante.

Rappelons que l'hypnosédation est une technique d'anesthésie, alternative à l'anesthésie générale, associant l'hypnose à une sédation intraveineuse minimale et à une anesthésie locale. Cette technique a été remise au goût du jour par l'équipe de M.E. Faymonville à Liège en Belgique depuis 1992 dans le secteur des grands brûlés, en chirurgie plastique et, depuis 1995, dans le service de chirurgie endocrinienne dans le but de « *réduire la charge affective, la réponse au stress psychologique et physiologique d'une intervention chirurgicale* » (Defecheureux, Degauque et al. 2000⁵⁷). A l'heure actuelle, hormis les travaux de cette institution, il y a très peu d'études relatant les bénéfices potentiels de l'hypnosédation. Aujourd'hui encore, les difficultés méthodologiques restent nombreuses concernant l'homogénéité de la sélection des patients, la randomisation, l'homogénéité des groupes contrôles, la disparité dans le mode d'induction et de suggestions, le moment où le phénomène hypnotique est utilisé et l'analyse des résultats qui reste le plus souvent subjective.

De nombreux patients peuvent bénéficier de cette technique, en effet les contre-indications sont peu nombreuses : surdité, atteintes cognitives, pathologie psychiatrique en décompensation aiguë, allergie à l'anesthésie locale, enfant de moins de 3 ans. Aucun test préalable n'est réalisé. L'information sur l'hypnosédation est donnée par l'anesthésiste dans un langage simple et accessible sous forme orale et écrite, après avoir été proposée le plus souvent par le chirurgien. Il n'y a donc pas de préparation spécifique avant la chirurgie.

D'un point de vue pratique, l'hypnosédation implique une coopération active du patient, ce dernier restant conscient durant l'intervention. L'environnement doit être propice au calme, chacun contrôlant son langage, les bruits dans la salle. Une bonne alliance est nécessaire entre le patient et l'anesthésiste ou l'infirmière pratiquant, les gestes doux du chirurgien. La thérapeutique médicamenteuse doit être adaptée, avec possibilité de modifier le type d'anesthésie selon les besoins (difficultés chirurgicales, hypnosédation satisfaisante). Chacun des soignants présents dans le bloc opératoire participe de façon indirecte à l'environnement calme et rassurant favorisant le processus hypnotique, ce qui implique une formation à la connaissance du processus en cours. Samia Testa, anesthésiste au CLCC Nantes-Atlantique, insiste sur l'harmonie et l'entente de l'équipe, garantes de la réussite de cette pratique.

Aujourd'hui, au CLCC Nantes-Atlantique, l'hypnose est utilisée dans la majorité des cas au bloc opératoire lors de petits gestes chirurgicaux telles les biopsies, sous forme d'hypnosédation pour des zonectomies, tumorectomies avec exérèse du ganglion sentinelle, quelques mastectomies. Elle est également utilisée en consultation d'anesthésie préopératoire, dans le service de chirurgie (en pré ou postopératoire) et parfois à la demande des oncologues dans le cadre de la gestion du stress. L'apprentissage de l'autohypnose est un plus pour la gestion notamment des douleurs postopératoires.

La demande était la suivante : « Comment développer la pratique de l'hypnose dans le service de chirurgie ? ».

Psychiatrie de liaison au CHU de Nantes

Ce travail de thèse a pu se faire lors d'un semestre en psychiatrie de liaison sur le site de l'hôpital nord Laennec du CHU de Nantes, proche du CLCC.

Ce travail de thèse s'inscrit dans les missions attribuées à la psychiatrie de liaison : travail de lien avec les structures extérieures, de thérapie avec les patientes rencontrées, de pédagogie avec les équipes soignantes et de recherche.

La démarche a été similaire à celle de nos consultations habituelles, avec partage avec l'équipe soignante avant ou après avoir rencontré la patiente et lu son dossier médical.

En effet, dans l'unité de psychiatrie de liaison du Pôle Universitaire d'Addictologie et de Psychiatrie, la consultation faite à la demande des médecins, des soignants ou du patient est l'occasion d'un lien systématique avec les équipes soignantes.

3) Intérêt d'une prise en charge interdisciplinaire dès la chirurgie

La fréquence de la chirurgie des lésions mammaires, de gravité potentielle, implique une équipe multidisciplinaire au service de la qualité des soins reçus par la patiente (ANAES, 2002, Chirurgie lésions mammaires¹).

NB : La chirurgie n'est pas toujours le traitement de première ligne. La chirurgie est souvent la première porte d'entrée du patient atteint de cancer dans le dispositif curatif de soins. Cette prise en charge initiale conditionne directement le pronostic et la survie des patients.

Depuis octobre 2007, suite à cette rencontre, une réflexion est menée autour de la préparation à la chirurgie pour les patientes ne pouvant bénéficier d'hypnosédation en raison de l'importance du geste chirurgical (mastectomie, curage axillaire et/ou chirurgie reconstructrice). Ce type de prise en charge a été accueilli très favorablement par l'équipe chirurgicale et par l'ensemble du personnel, soucieux d'une approche globale et d'une amélioration de la qualité du lien avec ces patientes. L'intérêt de l'utilisation d'un langage utilisant des termes positifs et encourageants a été bien perçu. Ce, afin de mobiliser les ressources personnelles, de mieux gérer la douleur et l'anxiété et d'améliorer le ressenti corporel et le bien-être global.

4) Fonctionnement atypique

L'arrivée d'un interne de psychiatrie en formation aux thérapies brèves a été bien accueillie dans le service. Notre activité principale était le travail de liaison sur le site Laënnec, nous étions détachée au CLCC pour la réalisation de cette étude, avec l'accord du directeur général du CLCC, Pr. Bataille, et des chefs de service de chirurgie et d'anesthésie.

Dans le cadre de cette réflexion sur l'utilisation de l'hypnose dans un service de chirurgie pour les patientes ne pouvant bénéficier d'une hypnosédation, nous avons pu proposer un protocole en deux temps centré sur le temps d'hospitalisation.

La mobilisation des ressources des patientes permet-elle de prévenir des douleurs, des difficultés dans le ressenti corporel ou des difficultés d'ordre psychique ? Il ne sera pas possible de répondre de façon scientifique à cette question, mais les observations effectuées permettront sans doute de poser quelques pistes de réflexion.

B. ETAT DE LA QUESTION

Notre réflexion s'est tout d'abord portée sur la prise en charge du syndrome douloureux post-mastectomie, syndrome encore sous diagnostiqué et de prise en charge difficile. L'apport de l'hypnose n'a pas encore été évalué dans ce domaine particulier.

Les voies de recherche actuelles vont dans le sens de la prévention et d'une prise en charge précoce. La revue de la littérature et l'étude des facteurs de risque du syndrome douloureux post-mastectomie montrent qu'une bonne prise en charge de la douleur et de l'anxiété en péri-opératoire (Bonnaud, Chabrol et al. 2002²⁰) pourrait diminuer l'incidence de ce syndrome douloureux. En 2007, Dixmérias, Rasclé et al.⁶¹ réalisent une étude chez 154 patientes afin de préciser les facteurs de risques cliniques et psychologiques significatifs de SDPM. Ils retrouvent : une douleur préopératoire, une titration de morphine postopératoire, le souvenir d'une douleur postopératoire, en préopératoire l'anxiété dispositionnelle et un faible contrôle de la tristesse, en postopératoire une dramatisation élevée et des troubles anxio-dépressifs. Ils en concluent que l'interaction de certains facteurs psychologiques et cliniques peut expliquer l'apparition du SDPM après la chirurgie pour cancer du sein.

Nous avons alors choisi de nous centrer sur la période autour de la chirurgie du cancer du sein. La préparation à la chirurgie, que ce soit la veille de l'intervention ou le jour même est une technique connue de longue date.

A partir de 1980, apparaissent quelques études randomisées concernant la préparation à la chirurgie. Les résultats sont variables en raison notamment des difficultés méthodologiques. Concernant la chirurgie du cancer du sein, seul Enqvist (Enqvist, Björklund et al. 1997⁶⁴) a étudié les effets de l'hypnose - cassette de suggestions - avant une chirurgie du cancer du sein. Il constate une diminution des nausées, des vomissements, de la consommation d'antalgique dans le groupe intervention.

Les recherches actuelles concernant la pathologie mammaire se centrent sur des interventions brèves comme les biopsies ou tumorectomie juste avant l'intervention. Rappelons brièvement les résultats de ces études, toutes très récentes :

En 2002, l'équipe américaine de Montgomery GH. (Montgomery, Weltz et al. 2002¹⁵⁷) étudie l'impact de l'hypnose avant une biopsie - induction hypnotique d'une dizaine de minutes par un psychologue avec lecture d'un script - sur la douleur et le stress postopératoire chez des femmes subissant une biopsie chirurgicale du sein dans une étude randomisée (23 patientes dans le groupe hypnose, 20 dans le groupe des volontaires sains). Il montre que l'hypnose réduit la douleur et l'anxiété postopératoire.

En 2006, l'équipe américaine de Lang EV. (Lang, Berbaum et al. 2006¹²⁶) évalue l'effet d'une relaxation hypnotique lors d'une procédure bien connue des radiologues, la macrobiopsie du sein sous anesthésie locale. 236 femmes sont recrutées et randomisées : 76 bénéficient de la procédure habituelle, 82 d'une attention empathique structurée et 78 d'une relaxation auto-hypnotique. L'anxiété de base des patientes mesurée par la STAI-48 est plus élevée que celle d'une population de femmes ne souffrant pas de troubles psychiques. L'anxiété des femmes durant la macrobiopsie augmente dans le groupe contrôle, n'est pas modifiée dans le groupe attention empathique, et diminue dans le groupe hypnose. La douleur augmente de façon significative dans les trois groupes, moins rapidement dans les groupes hypnose et empathie.

En 2007, l'équipe américaine de Montgomery GH. (Montgomery, Bovbjerg et al. 2007¹⁶⁷) s'interroge sur l'intérêt d'une brève intervention hypnotique de quinze minutes avant une biopsie ou une tumorectomie avec ou sans dissection axillaire limitée. 200 patientes ont ainsi été randomisées : 105 dans le groupe hypnose réalisée par un psychologue et 95 dans le groupe attention contrôlée. Les patientes du groupe hypnose ont significativement consommé moins de propofol et moins de lidocaïne que les patientes du groupe contrôle. Ces patientes rapportent également des effets secondaires significativement moindres concernant le caractère déplaisant de la douleur, des nausées, de la fatigue, de l'inconfort, des désordres émotionnels. Il n'y a pas de différence concernant l'utilisation de fentanyl ou de midazolam ou la consommation d'analgésique en salle de réveil. Le coût institutionnel est réduit.

En 2007, l'équipe française de Bouté, Halfon et Gagean (Bouté, Halfon et al. 2007²³) étudie la faisabilité de l'utilisation de l'hypnose - 30 à 45 minutes - en consultation de routine chez les femmes devant bénéficier d'un geste interventionnel par macrobiopsie. Deux groupes de 14 patientes non randomisées sont constitués (Hypnose/Contrôle). Les résultats concernant la diminution de l'anxiété ne sont pas significatifs, seule est constatée une tendance à la diminution de l'anxiété dans le groupe hypnose. Cette étude préliminaire a permis de juger de la faisabilité de cette technique.

En 2008, l'équipe américaine de Montgomery GH. (Schnur, Bovbjerg et al. 2008¹⁹²) s'interroge sur l'efficacité d'une brève intervention hypnotique pour diminuer le stress préchirurgical avant une biopsie d'exérèse du sein. 90 patientes : 49 ont bénéficié d'une séance d'hypnose de quinze minutes avant la chirurgie et 41 une séance d'attention contrôlée de quinze minutes. Après l'intervention par hypnose ou attention contrôlée, et avant la biopsie, les patientes du groupe hypnose ont des désordres émotionnels et une anxiété moindre que les patientes du groupe attention contrôlée, ainsi qu'une meilleure humeur et un meilleur degré de relaxation. Les auteurs en concluent que l'hypnose est un moyen efficace pour contrôler le stress préchirurgical.

Notre protocole est donc novateur : à ce jour nous ne connaissons pas d'autre étude sur l'utilisation de l'hypnose chez les patientes bénéficiant d'une mastectomie.

En tant qu'interne en psychiatrie en formation aux thérapies, nous ne nous sommes pas uniquement focalisée sur les bénéfices à court terme de l'hypnose, à savoir les symptômes liés à la chirurgie et à l'anesthésie.

Dans une perspective clinique, nous avons proposé au service de chirurgie et au Dr Samia Testa une prise en charge en deux temps : une première séance la veille de l'intervention et une seconde au cours de l'hospitalisation. L'idée reste celle d'une « préparation à la chirurgie » au sens large, à adapter aux besoins du patient, la veille de l'intervention ; et une mobilisation des capacités de projection dans un avenir positif dans les suites de l'intervention. Les outils de base du thérapeute sont ici une évaluation clinique directe et indirecte, le langage hypnotique, les thérapies brèves dites « solutionnistes ».

C. OBJECTIFS

Nous souhaitons donc évaluer l'impact d'une séance d'hypnose avant la chirurgie et d'une seconde en postopératoire sur la douleur (intensité et tolérance) et l'anxiété.

Cependant, ce type de protocole clinique en deux temps n'a encore jamais été proposé. Nous souhaitons donc explorer d'abord sa faisabilité sur un petit échantillon, le contenu des séances, le vécu subjectif au cours d'une séance d'un point de vue général et sur les niveaux de douleur et d'anxiété, la satisfaction des patientes, le vécu du thérapeute, ainsi que les croyances du personnel soignant. Nous découvrons le point de vue du psychiatre sur un type de prise en charge habituellement réalisé par les soignants d'un service de chirurgie, qu'il soit chirurgien, anesthésiste, ou psychologue.

Nous posons l'hypothèse suivante : l'hypnose pourrait participer non seulement à l'amélioration de ces paramètres en postopératoire, mais également à plus long terme en aidant l'individu à développer de meilleures stratégies d'adaptation et ainsi à diminuer les effets secondaires des traitements comme le syndrome douloureux post-mastectomie, les nausées lors de chimiothérapies, et à prévenir la survenue de troubles psychiques caractérisés.

1) Objectif principal

L'objectif principal est d'étudier la faisabilité et l'intérêt de deux séances réalisées par une interne en psychiatrie formée à l'hypnose avec une intervention la veille de la chirurgie du cancer du sein à type de mastectomie, et une seconde intervention lors de l'hospitalisation. Quelle est l'acceptabilité de cette prise en charge pour le patient, le thérapeute, les soignants ? Quel pourrait être l'intérêt de chaque séance ?

2) Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont la description du type de la population en terme de statut sociodémographique, de souffrance physique (nombre d'interventions chirurgicales en rapport et sans rapport avec la maladie cancéreuse, existence d'antécédent de douleurs préopératoires, d'une pathologie douloureuse chronique, échelle visuelle analogique d'intensité de la douleur et de tolérance à la douleur), de souffrance psychique (antécédent de dépression, d'anxiété, de trouble du sommeil, de prise d'un traitement antidépresseur antérieur et actuel ou d'autres psychotropes, consommation de toxique, échelle visuelle d'anxiété, échelle Hospital Anxiety and Depression Scale HADS).

Il s'agit d'évaluer l'attente des patientes face à ce type de prise en charge et d'analyser le contenu des séances d'hypnose.

Nous souhaitons évaluer l'impact subjectif au cours d'une séance sur les niveaux de douleur et d'anxiété, ainsi que la satisfaction des patientes.

Nous souhaitons également évaluer les croyances du personnel soignant concernant l'hypnose et le degré d'acceptabilité au sein du service de chirurgie.

Enfin, il s'agit de comprendre quelques-unes des améliorations à apporter pour que cette possibilité d'accompagnement puisse prendre sa place parmi les soins apportés aux patientes.

D. HYPOTHESES

1) Hypothèse principale

Nous supposons la faisabilité et l'acceptabilité de ce protocole en deux temps et pouvons décrire l'intérêt de chacune des séances.

Nous évaluons les évolutions nécessaires pour que cette prise en charge puisse prendre sa place parmi les soins apportés aux patientes.

2) Hypothèses secondaires

Nous supposons une efficacité subjective des deux séances sur la diminution de la souffrance physique et psychique. Chacune des séances permet de diminuer l'anxiété et la douleur de la patiente. Il existe un effet d'apprentissage. L'effet pourra être plus important si la patiente peut s'approprier l'autohypnose.

Une croyance positive des soignants et une implication de l'ensemble de l'équipe soignante (anesthésistes, chirurgiens, cadre de santé, infirmiers d'annonce, infirmiers, aides-soignants, psychologues...) est bénéfique et pour les patientes et pour les équipes elles-mêmes.

3) A plus long terme

A plus long terme nous pensons que l'hypnose permet de développer de meilleures stratégies d'adaptation. Elle aide ainsi à diminuer les effets secondaires des traitements comme le syndrome douloureux post-mastectomie, les nausées lors de chimiothérapies, et à prévenir la survenue de troubles psychiques caractérisés.

L'hypnose médicale à but thérapeutique a pour but de mettre la personne au contact de ses ressources afin d'améliorer ses stratégies de coping et donc ses capacités globales d'adaptation.

A court terme, on attend une diminution des consommations et des effets secondaires des traitements. A plus long terme, la prévention des troubles psychiques. Et en cas de pathologie, une possibilité de remobilisation des ressources gardées en mémoire.

II. METHODOLOGIE

A. POPULATION D'ETUDE

1) Le service et son recrutement

Cette étude a lieu dans le service de chirurgie du Centre de Lutte Contre le Cancer de Loire Atlantique (Centre René Gauducheau).

Le recrutement est d'ordre régional.

Les patientes incluses dans cette étude bénéficient d'une chirurgie du cancer du sein de type mastectomie et sont hospitalisées la veille de leur chirurgie avec une durée d'hospitalisation de quelques jours.

2) Les critères d'inclusion

Les patientes ont été sélectionnées en fonction de critères d'inclusion, en accord avec les chirurgiens et les anesthésistes. Dans un souci d'homogénéité, nous nous sommes intéressée à une population de femmes présentant un cancer du sein diagnostiqué en préopératoire à un stade peu avancé. Ces femmes ont de 18 à 85 ans. Elles vont subir une mastectomie +/- curage ganglionnaire ou technique du ganglion sentinelle pour un cancer du sein stade I, II ou III sans métastase à distance.

3) Les critères d'exclusion

- Age < 18 ans ou > à 85 ans
- Antécédent psychiatrique de type psychose ou de décompensation thymique ou délirante aiguë
- Syndrome confusionnel ou troubles cognitifs majeurs
- Traitement antidépresseur avant l'annonce du diagnostic
- Patiente ne parlant pas français
- Surdit e invalidante
- Refus de participation

4) Les modalités générales du recrutement et du déroulement

Le nombre de patientes à inclure est de dix.

L'inclusion a lieu sur trois mois, du 01/02/08 au 30/04/08.

Dans le cadre de cette thèse, nous sommes le seul intervenant pour la réalisation de ce protocole.

Le protocole peut être proposé par les chirurgiens, par les anesthésistes lors de la consultation préopératoire ou par les infirmiers du dispositif d'annonce. La patiente reçoit alors une information orale sur ce qu'est l'hypnose, puis sur le protocole en deux temps proposé dans le service. La patiente reçoit ensuite une information écrite avec la consigne de prendre connaissance du document. Elle pourra alors accepter ou non l'intervention.

Nous avons mis à disposition dans le service un calendrier de nos disponibilités.

NB : Qui sont les infirmiers d'annonce ? La circulaire DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie définit l'organisation des conditions d'annonce du cancer. Le Plan cancer a en effet souligné la nécessité de faire bénéficier les patients de meilleures conditions d'annonce de la maladie. Du personnel soignant spécifique, les infirmiers d'annonce, a été mis à disposition du patient et de ses proches, afin de les soutenir et de les accompagner durant cette période.

La patiente est alors rencontrée la veille de l'intervention avec un entretien clinique sur le vécu actuel de la maladie et la possibilité de réaliser une séance d'hypnose, par exemple sur le thème de la place sûre. Elle pourra être revue à sa demande pour une deuxième évaluation avec ou sans séance d'hypnose associée dans les suites de l'intervention. Le thème pourra être l'anticipation positive, la gestion d'un symptôme, l'apprentissage de l'autohypnose... La durée du premier entretien sera d'environ une heure, celle du second d'environ 45 minutes.

Au cours des consultations seront réalisées plusieurs auto-évaluations avec des échelles visuelles analogiques d'anxiété et de douleur.

5) Enregistrement des séances

La première partie de l'entretien permet de mieux connaître la patiente et d'introduire un mode de communication hypnotique. Si la patiente le souhaite, la séance se poursuit par une hypnose plus formelle qui est enregistrée avec l'accord de la patiente.

B. PRESENTATION DU PROTOCOLE AU SERVICE

Le protocole a été présenté le 16/01/08, lors d'une réunion de service, à l'ensemble du personnel présent (chirurgiens, anesthésistes, cadre, infirmières, aides-soignantes).

Nous avons discuté de l'intérêt du temps de la chirurgie du cancer du sein pour étudier les bénéfices de l'hypnose. Nous avons ensemble défini ce qu'est l'hypnose afin que les intervenants puissent proposer le protocole aux patientes. Ces patientes utilisent fréquemment les médecines complémentaires dites alternatives. Après une revue de la littérature récente et l'exploration des liens entre douleur-anxiété-dépression, nous avons pointé l'importance de la prise en compte de la dimension de souffrance psychique.

Enfin a été exposé le cheminement ayant conduit à proposer ce protocole novateur en ce qu'il comporte deux séances d'hypnose. La première a lieu la veille de l'intervention, ce qui est fait classiquement. La séance d'hypnose est précédée de l'exploration du contexte, des ressources des patientes. Le psychiatre en tant que thérapeute propose la définition d'un objectif thérapeutique qui est celui du patient et peut outrepasser la préparation à la chirurgie avec anticipation positive et prise en charge symptomatique habituelle (anxiété, douleur, nausées). La seconde séance a lieu dans les jours suivant l'intervention dans le cadre de l'hospitalisation.

Une feuille d'annonce a été remise à chacun des acteurs comme support d'information pour les patientes.

Le cadre d'intervention pratique, tels le calendrier du recrutement, la disponibilité avec jours et horaires d'intervention, les moyens de communication ont été définis de façon précise.

L'inclusion dans le protocole sera transmise à la cadre de santé afin que l'équipe du bloc opératoire puisse être informée de la préparation. En effet si la patiente souhaite réutiliser l'hypnose au bloc opératoire, elle pourra avoir besoin d'un calme particulier. L'anesthésiste doit également pouvoir réévaluer les quantités d'anesthésiques et d'antalgiques à utiliser, celles-ci pouvant être variables suivant l'état de conscience de la personne.

C. DEROULEMENT DE LA SEANCE LA VEILLE DE L'INTERVENTION

1) Etablissement d'une alliance thérapeutique

La première rencontre comporte deux temps. Le premier est consacré à la création d'une alliance thérapeutique afin d'organiser un espace suffisamment sécurisant pour la patiente et le thérapeute et de créer un contexte favorable au changement. Le second correspond à la séance d'hypnose proprement dite.

Pendant ce premier temps, en tant que thérapeute nous nous sommes intéressée au contexte général de vie de la patiente, à ses ressources et aux éventuels facteurs de résistance pouvant la mettre en difficulté. Nous recueillons des données d'ordre sociodémographique : âge, statut marital, nombre et âge des enfants, profession, statut professionnel.

Nous nous intéressons ensuite aux données d'ordre physique : antécédents de chirurgie en rapport et sans rapport avec la pathologie cancéreuse, existence d'un souvenir éventuel d'une douleur postopératoire particulièrement importante pouvant dans le présent générer de l'anxiété, existence d'une pathologie douloureuse intercurrente pouvant modifier l'évaluation d'une douleur liée à la pathologie mammaire.

Puis nous recherchons des antécédents de dépression, d'anxiété, de troubles du sommeil et de prise de psychotropes. Y a-t-il dans le présent des troubles du sommeil, de l'anxiété, quelle est la consommation de psychotropes ? Nous questionnons l'existence d'une dimension addictive avec recherche de consommation d'alcool, de tabac ou de cannabis.

Enfin nous évaluons les ressources de la patiente. Se considère t-elle comme active ? Quels sont ses loisirs, centres d'intérêts ? S'intéresse t-elle aux médecines naturelles ?

Ce premier temps permet déjà l'établissement d'un mode de communication hypnotique – hypnose conversationnelle dite éricksonnienne – avec activation des ressources du sujet.

La seconde partie de l'entretien vise la construction des trois axes de la conversation thérapeutique centrée sur les solutions décrite par De Shazer⁵⁵ en 1991 :

- La construction d'objectifs et d'exceptions en lien avec les changements désirés,
- L'imagination et la description d'une vie nouvelle,
- Les modalités de confirmation du changement : comment savoir que la vie nouvelle a bien commencé.

2) Autoévaluation de l'anxiété et de la douleur

Les degrés d'anxiété et de douleur sont mesurés par des échelles visuelles analogiques en début et en fin de séance, rendant compte d'une évaluation subjective.

L'échelle visuelle analogique (EVA) de l'intensité de la douleur

Il s'agit d'une échelle unidimensionnelle d'évaluation de la douleur. C'est l'échelle la plus simple, la plus utilisée et la plus fiable. Elle se présente sous la forme d'une ligne droite de 100 mm. A l'une des extrémités est indiqué « pas de douleur » et à l'autre « douleur insupportable ». Il est demandé au sujet de déplacer le curseur entre ces deux extrémités afin de symboliser l'intensité globale de sa douleur à l'instant où il est interrogé. Du fait de la graduation, une mesure relativement précise est possible.

Malgré son apparente simplicité et sa rapidité, l'EVA n'est pas toujours facile à mettre en œuvre du fait des capacités d'abstraction qu'elle requiert et que ne possèdent pas tous les malades. Il est parfois plus facile d'indiquer un chiffre que d'utiliser l'échelle.

Son principal défaut est de n'évaluer qu'une seule dimension de la douleur : son intensité, ce qui lui confère un caractère réducteur, n'évaluant pas les aspects sensoriels, affectifs et cognitifs.

Echelle de tolérance à la douleur

Pour compléter la première échelle, nous proposons une échelle de tolérance à la douleur. C'est également une échelle d'autoévaluation mesurant donc de façon subjective sur une échelle de 0 à 10 la capacité du sujet dans le moment à tolérer sa douleur. 0 signifiant une douleur supportable n'empêchant pas le fonctionnement habituel du sujet, 10 une douleur insupportable avec un retentissement fonctionnel majeur empêchant toute activité.

Auto-évaluation du niveau d'anxiété ressentie

Nous proposons cette échelle d'autoévaluation subjective mesurant de 0 à 10 le niveau d'anxiété perçue du sujet dans le moment présent. 0 signifiant une absence d'anxiété perçue et 10 une anxiété insupportable.

Hospital Anxiety and Depression Scale

La *Hospital Anxiety and Depression Scale* est une échelle d'autoévaluation à 14 items dont 7 mesurent la dépression et 7 l'anxiété. Chaque item est coté sur une échelle de 0 (pas du tout) à 3 (beaucoup) selon l'intensité du symptôme au cours de la semaine écoulée. L'intervalle des notes possibles s'étend donc pour chaque sous échelle de 0 à 21, les scores les plus élevés correspondant à la présence d'une symptomatologie plus sévère. On obtient un score global (peu utilisé), un score d'anxiété et un score de dépression. Cet outil a été développé pour les patients atteints de maladie somatique (Zigmond, Snaith 1983²⁴²), et ne contient que les items cognitifs d'anxiété et de dépression, éliminant ainsi les symptômes somatiques, peu intéressants pour évaluer les stress psychiques chez les patients atteints de ces maladies. Dans une étude sur des patients ambulatoires atteints de lymphome, Ravazi, Delvaux et al.¹⁷⁹ en 1992 proposent un score seuil à 10, associé à une valeur prédictive positive de 44% pour les troubles de l'adaptation, la dépression caractérisée ou les troubles anxieux ; un score plus élevé de 13 est associé à une valeur prédictive positive de 75%. Cette échelle est d'utilisation assez simple par les patients.

La passation de l'échelle est très aisée. La présentation de cette échelle a été extraite de l'ouvrage de Guelfi⁹⁰ : « Les médecins savent que les émotions jouent un rôle important dans la plupart des maladies. Si votre médecin est au courant des émotions que vous éprouvez, il pourra mieux vous aider. Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif. Ne faites pas attention aux chiffres et aux lettres imprimés à gauche du questionnaire. Lisez chaque série de questions et soulignez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire, votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée. »

Plus qu'un indicateur des troubles dépressifs et anxieux, au sens des classifications actuelles, elle évalue un indice de sévérité symptomatique. C'est-à-dire qu'elle ne permet pas d'effectuer le diagnostic de syndrome dépressif ou anxieux, mais qu'au-delà d'un certain seuil elle est considérée comme un signal d'alarme.

3) Etablissement d'un objectif thérapeutique

L'état hypnotique créé dans un but thérapeutique vise à mettre la personne au contact de ses ressources afin d'améliorer ses stratégies de coping et donc ses capacités globales d'adaptation.

Seule, la création d'un état hypnotique chez le patient n'a pas de valeur thérapeutique. Cet état doit avoir un sens, être tendu vers un but, afin de mobiliser les capacités d'action du sujet. Cette orientation doit être définie par le patient et, pour être écologique, être en accord avec sa relation à lui-même, aux autres et avec sa façon de voir le monde. Ainsi, l'objectif est celui du patient, le thérapeute n'est qu'un catalyseur qui permet au patient d'affiner la définition de son objectif.

Peter de Jong et Insoo Kim Berg⁵³ définissent neuf critères pour un « objectif bien construit » :

- l'objectif est celui du client (et non pas ce que souhaite le thérapeute)
- l'objectif se décrit en termes d'interaction
 - o les clients sont interrogés sur ce qui sera différent dans leur relation avec les autres – personnages identifiés – quand leur objectif sera atteint,
 - o et comment ces personnes s'apercevront de l'atteinte de l'objectif
- l'objectif est lié à une situation
 - o souvent les clients généralisent leurs difficultés dans le temps et dans l'espace, le changement a lieu dans un contexte particulier,
- l'objectif est décrit en termes de présence d'un comportement différent plutôt qu'en termes d'absence de problème
 - o qu'est ce que le patient souhaite voir de concret et de positif dans sa vie ?
- l'objectif est une étape initiale, plutôt qu'un résultat final
 - o la première étape, plus petit changement, constitue un départ et non une ligne d'arrivée
 - o apprenons-leur à monter une marche et « ils se débrouilleront très bien tout seuls pour monter les autres ! » (Cabie, Isebaert 1999³¹)
- le client est amené à reconnaître sa participation active dans la construction de la solution
- l'objectif est décrit en termes concrets, mesurables, comportementaux

- il ne s'agit pas d'émotion ou de sentiment
- le thérapeute recherche les détails « à quoi saurez-vous que vous vous sentez mieux ? », où ?, avec qui ?, quand ?, comment ?...
- l'objectif est réaliste
- l'objectif est un défi pour le patient
 - ainsi le patient ne peut accepter une solution facile sans perdre la face
 - tout l'art est de créer un objectif demandant un effort personnel suffisamment important, mettant en valeur la participation active du patient

Ainsi, pour Malarewicz¹³⁹, le rôle du thérapeute est de définir le cadre thérapeutique, afin qu'il puisse se mettre en position basse dans la relation, et de construire une stratégie utilisant un langage hypnotique pour que le patient puisse atteindre son objectif par l'utilisation de ses ressources. Le thérapeute abandonne son système de référence et s'adapte à la vision du monde de son patient. Pour Fish, Weakland et Seagal⁷⁹, « *l'objectif de la thérapie est de faire sortir le client de la thérapie et de l'amener à vivre sa vie activement et de façon productive* ».

Pour De Shazer⁵⁴, « *la façon la plus commode de découvrir quelle porte on doit ouvrir pour parvenir à une solution est d'obtenir que le client décrive ce qu'il fera d'autre ou ce qui se passera d'autre une fois que le problème sera résolu, créant ainsi l'espoir et l'attente d'un changement bénéfique* ».

L'anticipation permet une co-construction d'un avenir où l'objectif sera atteint. Des questions mettant en avant le côté relationnel de l'objectif tel que « qui s'en apercevra » permet d'ancrer l'objectif, c'est-à-dire de le rendre plus réel, de mettre les pensées en action.

4) Les différentes étapes de la séance d'hypnose proprement dite

Nous avons choisi de ne pas avoir de script préparé à l'avance afin de pouvoir nous adapter au mieux aux besoins du patient.

Après la première partie d'évaluation, dans laquelle nous pouvons utiliser une hypnose de type conversationnelle, la deuxième partie est constituée d'une séance d'hypnose dite « formelle » permettant à la patiente de repérer le début et la fin de la séance.

Après accord de la patiente pour la réalisation d'une séance d'hypnose, nous réalisons une induction hypnotique puis nous créons une dissociation. Nous respectons les compétences du sujet : peut-il se détendre ? avoir accès à un état de relaxation ? de visualisation ? de dissociation ? Le thème s'adapte aux besoins de la patiente. Pour certaines nous travaillons une « place sûre », pour d'autres un voyage, ou bien une séance centrée sur les solutions comme peut le proposer Rossi¹⁸⁷. Enfin, nous veillons à bien réassocier la patiente en fin de séance.

5) Fin de la séance

En fin de séance, c'est-à-dire après l'intervention hypnotique, le sujet complète les trois échelles visuelles analogiques : anxiété, intensité de la douleur, tolérance à la douleur.

D. DEUXIEME SEANCE LORS DE L'HOSPITALISATION

La deuxième séance peut avoir lieu dès le lendemain de l'intervention chirurgicale. La partie clinique de l'entretien permet d'interroger le ressenti de la patiente depuis la première séance, de connaître les symptômes actuels ou les pensées et problèmes qui la préoccupent (cible de l'intervention), et enfin de se renseigner sur la consommation d'antalgique et/ou de psychotrope.

Si la patiente souhaite renouveler l'expérience hypnotique, un travail sur ses attentes et ce que lui permettrait une amélioration permet une induction hypnotique conversationnelle et la définition d'un objectif. Le contenu de la séance est adapté à chaque patiente.

Une autoévaluation de l'anxiété, de l'intensité et de la tolérance à la douleur a lieu en début et en fin de séance (après l'intervention hypnotique).

E. QUESTIONNAIRE SUR L'UTILISATION DE L'HYPNOSE POUR LA PATIENTE

1) Questionnaire pendant l'hospitalisation

En fin de deuxième séance, nous proposons aux patientes un questionnaire sur l'utilisation de l'hypnose dans le cadre de ce protocole.

Qui connaissait l'hypnose ? Qui avait déjà pratiqué l'hypnose, la relaxation ou la sophrologie ? Qui a proposé le protocole ? Quelles étaient les motivations pour participer ?

Nous leur proposons de commenter le vécu de la première séance. A-t-elle été utile ? Si oui, en quoi ? Y a-t-il eu une réutilisation en dehors des séances ? Si oui, à quel moment ?

La patiente serait-elle d'accord pour renouveler l'expérience hypnotique ? A-t-elle des suggestions à faire pour améliorer les conditions d'utilisation de l'hypnose dans le service ?

Une place importante est faite aux commentaires libres.

2) Questionnaire après le retour à domicile

Le questionnaire après le retour à domicile est proche de celui réalisé durant l'hospitalisation. Il est conseillé de le compléter à environ quinze jours de l'hospitalisation, ce qui est concomitant de la consultation avec le chirurgien.

La patiente est invitée à faire un commentaire sur son vécu de la première séance. L'a-t-elle aidée, et si oui, en quoi ? Elle peut ensuite commenter la deuxième séance. A-t-elle réutilisé l'hypnose seule, si oui à quel moment ?

La patiente serait-elle d'accord pour renouveler l'expérience hypnotique ? A-t-elle des suggestions à faire pour améliorer les conditions d'utilisation de l'hypnose dans le service ?

Une place importante est également faite aux commentaires libres.

F. QUESTIONNAIRE SUR L'UTILISATION DE L'HYPNOSE POUR LES SOIGNANTS

Nous avons réalisé un questionnaire pour les chirurgiens, un autre pour les anesthésistes, un pour les infirmiers d'annonce et un autre pour les infirmiers et aides-soignants du service.

Ces différents questionnaires ont pour point commun d'interroger les croyances de chacun des soignants sur l'hypnose, de faire des suggestions pour l'amélioration de son utilisation dans le service. Nous interrogeons également les soignants sur leurs perceptions et sur les échanges qu'ils ont pu avoir avec les patientes ayant bénéficié de ce protocole.

G. LIEN AVEC DES INTERVENANTS EXTERIEURS

Nous avons régulièrement discuté de l'avancement du projet et du contenu des séances avec notre directeur de thèse, Dr Martineau.

Travaillant dans l'équipe du Pôle Universitaire d'Addictologie et de Psychiatrie du CHU de Nantes, nous étions détachée quelques heures par semaine pour ce projet. Nous avons donc bénéficié du soutien de cette équipe, présenté plusieurs fois l'avancement du projet et développé les connaissances de chacun autour de l'hypnose.

H. QUESTIONS ETHIQUES

Cette prise en charge peut être proposée par les anesthésistes, les chirurgiens et les infirmiers d'annonce. Les patientes peuvent alors accepter ou refuser cette intervention. Une information écrite leur est remise.

Lors de la séance avec le thérapeute, les croyances quant à l'hypnose sont explorées. Son utilisation et les objectifs de la séance sont alors construits entre le thérapeute et son client. Au thérapeute de proposer une réponse adaptée aux besoins de son client, et d'utiliser des techniques adaptées, en vue d'un objectif réaliste et acceptable par le patient et son entourage.

Si l'une des patientes présente un état psychique préoccupant, voire des idées suicidaires, le médecin référent au centre est alors contacté avec l'accord de la patiente. Chaque patiente a été informée par les infirmières de la possibilité de consultation dans le service avec un psychologue, cette proposition peut être reformulée.

I. ANALYSE STATISTIQUE

Les données quantitatives obtenues au moyen d'échelles sont analysées par des moyennes, médianes et écarts-types.

Les données qualitatives sont décrites par des pourcentages.

Nous avons réalisé une comparaison de moyennes sur des échantillons appariés avec un test de Student ($n < 30$) concernant l'EVA de l'anxiété au début et à la fin de chaque séance.

III. RESULTATS

A. RECRUTEMENT DES PATIENTES

1) Qui recrute ?

La moitié des patientes ont été recrutées par le Dr Testa, anesthésiste, l'autre moitié par deux des quatre infirmiers d'annonce. Dans le cadre de ce protocole il n'y a pas eu de recrutement direct par les chirurgiens.

2) Nombre acceptation/refus

Le pourcentage de patientes acceptant ou refusant le protocole n'est pas bien défini. Il semble qu'il y ait eu peu de refus parmi les patientes à qui cette prise en charge a été proposée. La proposition a été faite en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion, des créneaux disponibles et de l'intuition du recruteur quant à l'acceptabilité et au bénéfice possible de l'hypnose pour la patiente.

3) Lieu de la séance

Les séances d'hypnose ont eu lieu pour la majorité dans la salle « d'annonce », pièce au sein du service de chirurgie réservée en priorité pour les consultations du dispositif d'annonce et décorée d'une manière apaisante. Les autres séances ont eu lieu dans la chambre de garde des anesthésistes, avec un petit bureau, deux chaises, un lit et quelques posters. La minorité des séances ont eu lieu, à la demande des patientes, dans leur chambre.

B. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE

Nous avons rencontré 10 patientes, incluses du 11/02/08 au 11/04/08, pour une mastectomie. Quatre ont bénéficié d'une mastectomie simple et six d'une mastectomie associée à un curage axillaire +/- pose de site implantable et/ou recherche de l'atteinte du ganglion sentinelle. Une ou plusieurs patientes de chacun des cinq chirurgiens du service ont été incluses dans ce travail.

Une des patientes n'a pu être rencontrée qu'après l'intervention.

1) Caractéristiques socio-démographiques

La patiente la plus jeune est âgée de 27 ans, la plus âgée de 81 ans avec une moyenne de 57,3 ans (écart-type de 16,73) et une médiane de 59,5 ans.

Cinq patientes (50%) sont retraitées, quatre sont en activité (40%) et une est au chômage (10%).

Six patientes vivent en couple (60%), deux sont séparées ou divorcées (20%) et deux sont veuves (20%).

Toutes les patientes ont des enfants (en moyenne 1,9) sauf la plus jeune qui vit en couple.

2) Souffrance physique

Le nombre d'interventions chirurgicales sans rapport avec la maladie cancéreuse est en moyenne de 3,4 avec un écart-type de 1,6. 2 patientes ont été opérées plus de cinq fois. Une seule patiente n'a jamais été opérée.

Pour seulement 3 patientes (30%), il s'agit de la première intervention en rapport avec un cancer du sein. 7 ont donc déjà été opérées, avec une moyenne de 1,4 intervention (écart-type 0,72). Le nombre d'interventions maximum dans notre échantillon en rapport avec un cancer du sein était de 3.

2 patientes se souviennent de douleurs postopératoires soit 20%. L'une, dans les suites immédiates d'une mastectomie avec développement second d'un lymphoedème dans le bras homolatéral et syndrome douloureux post mastectomie, l'autre dans les suites d'une césarienne « mal prise en charge » avec vécu traumatique.

70%, soit 7 femmes, souffrent régulièrement de douleurs. Pour cinq d'entre elles, soit 50% de l'échantillon, ce sont des douleurs chroniques. 80% de ces douleurs chroniques sont d'ordre rhumatologique, les 20% restants étant représentées par des douleurs biliaires et un syndrome douloureux post-mastectomie. 2 femmes, soit 20% de notre échantillon, présentent des douleurs intermittentes, l'une souffrant de crises migraineuses, l'autre de douleurs neuropathiques récentes suite à une biopsie du sein.

2 femmes présentent des douleurs de type neuropathique, l'une un syndrome douloureux post mastectomie, et l'autre des douleurs neuropathiques apparues dans les suites d'une biopsie mammaire.

Les échelles visuelles analogiques de l'intensité et de la tolérance à la douleur ont été mesurées chez les 9 patientes vues avant l'intervention. L'évaluation de la tolérance à la douleur n'a pas pu être réalisée chez une patiente âgée de 74 ans présentant une comorbidité douloureuse en raison de difficultés de compréhension. 5 patientes ne présentent pas de douleur au moment de la première séance, alors que 3 d'entre elles ont une pathologie douloureuse chronique. Chez les 4 patientes douloureuses au moment de l'évaluation, 2 ont une pathologie douloureuse chronique. L'intensité minimale retrouvée est de 0,5/10, l'intensité maximale de 4 avec une moyenne de 2,1, un écart-type à 1,5 et une médiane de 3. La douleur a un retentissement fonctionnel chez les deux patientes ne présentant pas de douleur chronique, l'une cotant sa tolérance à 3,5/10 avec une intensité de la douleur à 1,5/10 et la seconde une tolérance à 1/10 avec une intensité douloureuse cotée à 2,5/10.

3) Souffrance psychique

3 patientes soit 30% disent avoir déjà fait une dépression ou pris un traitement antidépresseur. Ces 3 patientes déclarent également avoir déjà pris un traitement anxiolytique et/ou hypnotique. Il semble, a posteriori, qu'il ne soit pas toujours simple de faire la différence entre un épisode d'effondrement thymique et une réelle dépression, et entre la prise d'un traitement antidépresseur et anxiolytique et/ou hypnotique.

60% des patientes disent se souvenir avoir déjà pris un traitement anxiolytique ou hypnotique.

60% affirment avoir actuellement, c'est-à-dire avant l'hospitalisation, des troubles du sommeil. Parmi elles, la moitié prend des psychotropes. Parmi les 4 patientes ne présentant pas de troubles du sommeil, 3 consomment des psychotropes. Une seule patiente dort donc bien sans traitement.

Sur l'ensemble de notre échantillon, seule une patiente suit un traitement antidépresseur, lequel a été introduit un mois avant l'intervention.

La patiente la plus âgée suit un traitement par EQUANIL.

Le psychotrope le plus prescrit reste le BROMAZEPAM (chez 3 patientes). 5 patientes suivent un traitement par benzodiazépine : 2 patientes en monothérapie et trois en association, avec un traitement antidépresseur ou hypnotique. Ce traitement est le plus souvent prescrit en lien avec la maladie cancéreuse (depuis quelques mois ou semaines en fonction des traitements antérieurs à la chirurgie). Seule une patiente est sous benzodiazépine depuis plus d'un an dans un contexte somatique très lourd (a survécu à une maladie de Hodgkin quand elle avait 20 ans, avec plusieurs récurrences cancéreuses et vécu traumatique sévère).

Seules 2 femmes consomment des toxiques. La première du tabac, avec une consommation évaluée entre 5 et 10 paquets-année. La seconde, qui est également la plus jeune, du tabac à environ 20 cigarettes par jour, de l'alcool en consommation festive lors de week-end avec des amis, ainsi que du cannabis. Elle en avait déjà consommé plus jeune, et avait arrêté à un stade de dépendance car « ça m'angoissait ». Elle a repris ses consommations en début de chimiothérapie et a remarqué une efficacité sur les nausées. Actuellement, elle relate ne plus en consommer.

L'échelle HADS a pu être cotée chez 9 patientes sur 10 lors de la première rencontre (pour l'une d'elles après l'intervention). Il n'a pas été possible de réaliser cette échelle chez la patiente la plus âgée, 81 ans, en raison de difficultés à se concentrer.

Les résultats de l'HADS et l'évaluation clinique étaient relativement concordants pour 8 patientes sur 9, non concordants chez la patiente la plus jeune avec une forte tendance à sous-estimer le niveau d'anxiété, dans une dynamique de maîtrise. Cette tendance s'est reproduite lors du second entretien. La patiente pouvait cependant reconnaître des moments de grande anxiété à domicile, anxiété contenue et apaisée lors des entretiens. A noter une consommation de cannabis chez cette patiente.

Sur l'échelle de l'anxiété, 7 patientes ont un score supérieur ou égal au score seuil de 10 (valeur prédictive positive de 44% pour les troubles de l'adaptation ou les troubles anxieux) et 5 un score supérieur ou égal à 13 (valeur prédictive positive de 75%). La moyenne est de 11,75 avec un écart-type de 3,2, la médiane à 12.

Sur l'échelle de dépression, aucune patiente n'atteint le score seuil de 10. 2 patientes ont un score de 0. La moyenne des scores est de 5,5, avec un écart-type de 3,5, la médiane à 7.

L'échelle visuelle analogique de l'anxiété a pu être cotée chez 8 patientes sur 9 vues avant l'intervention. Cette évaluation n'a pas pu être réalisée avec la patiente la plus âgée.

Le score minimal est de 2,5/10, maximal de 8/10 avec une moyenne à 4,4, une médiane de 3,8, un écart-type de 1,8.

Il n'existe pas de corrélation lors de la première séance entre la sous-échelle de l'anxiété de l'HADS et l'échelle visuelle analogique en début d'entretien. Le coefficient de corrélation $r = 0,11$. Le travail s'effectue avec la mesure subjective de l'anxiété de la patiente, qui sera de nouveau mesurée en fin d'entretien. Un écart clinique entre le niveau d'anxiété perçu par le thérapeute et l'anxiété subjective du sujet est à prendre en compte et peut être discuté avec la patiente.

4) Ressources des patientes

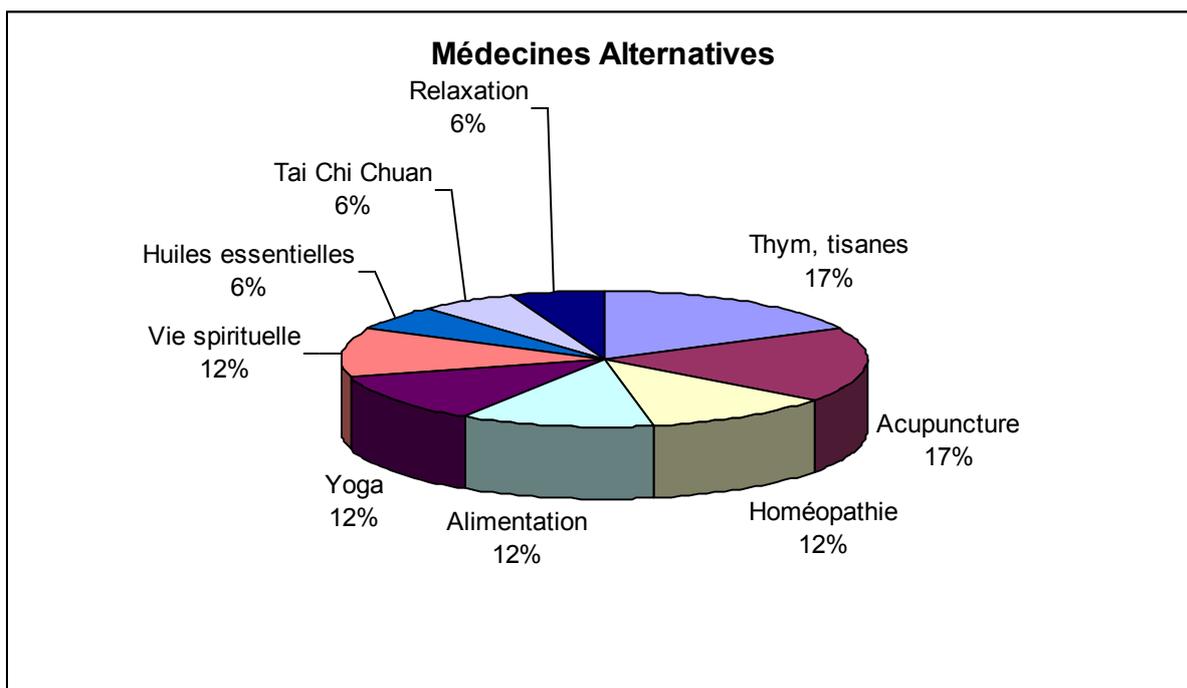
La question « êtes-vous une femme active ? » a été très mobilisatrice avec une réponse positive dans 100% des cas.

Les patientes décrivaient presque toutes de façon spontanée leur activité c'est-à-dire leurs centres d'intérêt, loisirs... que nous faisons développer afin de déjà favoriser un ancrage des ressources et une anticipation du champ des possibles. Certaines patientes précisaient qu'elles se définissaient comme une femme active, même si c'était moins le cas les derniers temps, notamment pour celles ayant bénéficié d'une chimiothérapie avant la chirurgie. L'identité de « femme active » était toujours présente.

Une autre surprise est le fort taux d'intérêt pour les médecines dites naturelles : 9 patientes sur 10 s'y intéressent, sauf la plus âgée de 81 ans. Deux patientes ont pratiqué le yoga, une le tai chi chuan, une la relaxation. Trois patientes ont bénéficié de séances d'acupuncture. Trois patientes s'intéressent à la phytothérapie, deux à l'homéopathie, une aux huiles essentielles « l'immortelle en pharmacie pour les hématomes, la citronnelle pour le reflux : 2 gouttes sur $\frac{1}{2}$ sucre roux, et la menthe poivrée pour la fraîcheur », et deux à l'alimentation saine en général. Deux patientes citent une attitude spirituelle : l'une pour « l'attitude positive » et l'autre pour le bouddhisme. Six patientes sur neuf ont un intérêt pour plusieurs domaines des médecines naturelles en complément des traitements habituels.

Ainsi, parmi les médecines citées par les patientes comme naturelles : 17% portent un intérêt aux tisanes (en particulier le thym), 17% à l'acupuncture, 12% à l'homéopathie, 12% à une alimentation saine, 12% au yoga, 12% à la vie spirituelle, 6% aux huiles essentielles, 6% au tai chi chuan et 6% à la relaxation.

NB : Nous n'avons pas interrogé les patientes sur leur vie spirituelle. Deux patientes ont spontanément abordé ce thème alors que nous leur demandions à quelles médecines complémentaires elles pouvaient s'intéresser. La question étant ouverte, nous avons mentionné l'ensemble des réponses et accepté chacune des réponses sans aucune remise en cause des croyances de chacun.



Intérêt pour les médecines naturelles

C. LA PREMIERE RENCONTRE

Cette première rencontre a pour but l'établissement d'une alliance thérapeutique. Elle permet de mieux connaître le contexte d'intervention, les ressources de la patiente, les résistances et d'établir, dans la mesure du possible, un mode de communication hypnotique avant de proposer une séance d'hypnose plus formelle.

1) Vécu actuel

Nous proposons ici le témoignage spontané de quelques patientes afin de mieux percevoir leur état d'esprit avant l'intervention. Nous les avons nommées Mme A., B., ..., dans l'ordre dans lequel nous les avons rencontrées. Nous pouvons repérer à travers leurs propos quelques stratégies de coping, mécanismes de défense et chez certaines déjà sur la voie de la résilience, une mobilisation des compétences et ressources.

Mme C. présente un vécu dépressif avec focalisation de la conscience et remémoration d'événements de vie difficiles liés à la maladie. Elle a bénéficié d'une première biopsie mammaire au mois d'octobre qui était négative, et d'une seconde un mois plus tard alors positive. Elle s'est alors dit que c'était « *très mauvais* ». Elle se souvient de l'apparition de son lymphoedème 20 ans plus tôt, dans les suites d'une chirurgie du cancer du sein, compliqué d'un érysipèle et d'un zona. Elle se souvient également de la chute qu'elle a faite sur ce bras avec une fracture du poignet et des longues séances de rééducation. Elle exprime ses difficultés actuelles à la marche et pour faire son jardin.

Mme D. explique « avoir fait l'autruche » pour son cancer.

Mme E. travaille comme auxiliaire de vie : « *Je voyais l'amputation, comment j'allais être après. Elle m'a montré les prothèses. Il faut accepter. Après, je me suis sentie mieux. J'ai encore mes deux seins. Comment va être ma réaction quand il n'y aura plus rien ? [...]. Je suis bien entourée par mes enfants, par mon ami, par une amie proche et aussi par les personnes pour lesquelles je travaille. J'aime mon métier, c'est très riche, on s'apporte réciproquement. J'adore mon métier, ça me donne la pêche : un petit mot, un petit sourire, c'est du bonheur pour la journée. Quand le travail est une passion, tout le reste suit. Il faut savoir apprécier les petites choses principales* ».

La mère de Mme F. a fait trois dépressions, « *elle s'en est sortie sans médicament. J'ai une amie qui s'est suicidée, je suis contre les médicaments* ». Elle peut exprimer son sentiment de culpabilité : avoir accumulé de la fatigue, un manque de sommeil et être atteinte d'un cancer. « *Plus je discute, plus je comprends. Je souhaite changer de vie et travailler à 80%. Il faut que je reprenne ma vie en main : faire de la musique, du sport, m'occuper des autres* ».

Mme H. a déjà lu des livres sur l'hypnose « *ça m'a toujours attirée* ». « *Demain, ça ira mieux, je positive, il y a pire. Il faut regarder ce qu'il y a devant, pas derrière. Voir la vie qui va venir, ça me sauve la vie* ». Elle explique avoir vécu dans une famille de « *gens dépressifs* » prenant jusqu'à « *dix-huit médicaments par jour* ». « *Je refuse de m'apitoyer sur mon sort. Ma sœur est décédée de problèmes d'alcool, mon père aussi, de même que ma grand-mère paternelle, ils étaient atteints de folie. [...]. Le soleil qui se lève sur la mer, c'est magnifique. Les gens ne savent pas profiter de l'instant présent* ».

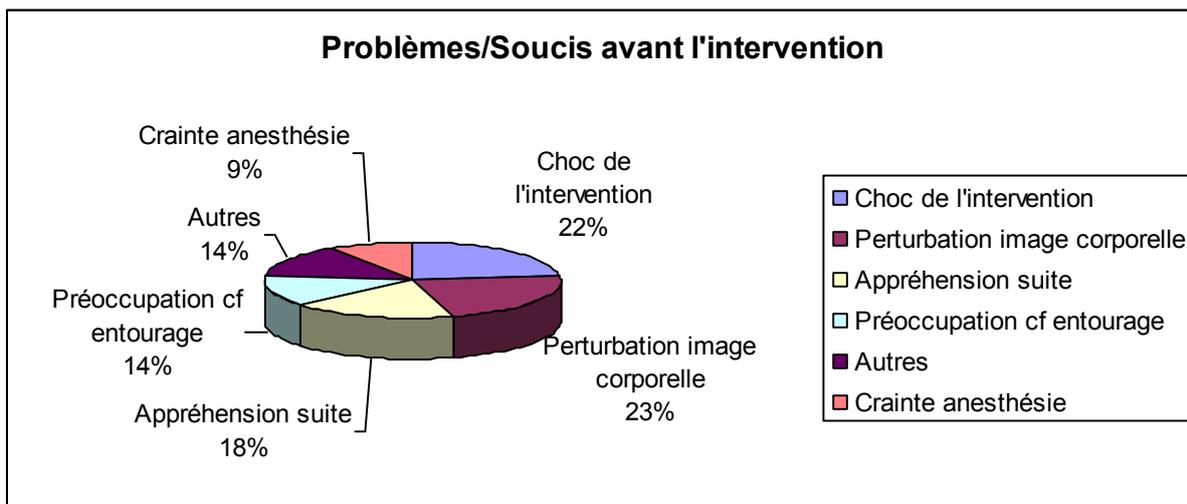
2) Définition du problème

Nous avons demandé aux patientes d'exprimer la veille de l'intervention leurs soucis ou difficultés actuelles.

Les patientes relatent spontanément entre une et cinq préoccupations. La patiente la plus âgée est celle qui décrit le plus de préoccupations.

Les réponses ont été regroupées sous 5 items, dans l'ordre des soucis les plus fréquemment rapportés : 5 patientes mettent en avant le « choc » que représente l'intervention, 5 la mutilation et l'atteinte de l'image corporelle, 4 une appréhension par rapport à la suite des soins, 3 des préoccupations vis-à-vis de l'entourage, 3 des préoccupations « autres » sans rapport avec la maladie ou les soins, 2 la crainte de l'anesthésie.

Les préoccupations « autres » peuvent concerner : la visite d'un enfant le week-end suivant, le chômage du mari, l'attente d'une situation professionnelle plus stable, des difficultés majeures de voisinage...



Voici quelques propos rapportés concernant ces difficultés actuelles.

Concernant le choc de l'intervention :

« Pourvu qu'il n'y ait rien de mal qui se passe et que je me remette bien ».

Concernant la perturbation de l'image corporelle :

Une patiente parle du « choc de la mutilation, de l'atteinte de la féminité ». Une autre de l'amputation : *« Je voyais l'amputation, comment j'allais être après. Elle m'a montré les prothèses (infirmière d'annonce). Il faut accepter. Après je me suis sentie mieux. J'ai encore mes deux seins. Comment va être ma réaction quand il n'y aura plus rien ? ... Je me suis faite à l'idée qu'on allait l'enlever. »*

Concernant les préoccupations de l'entourage :

La plus jeune des patientes relate : *« Mon copain ne va pas supporter une copine qui n'a plus de sein, plus d'ongles, plus de cheveux ».*

Concernant la crainte de l'anesthésie :

Les craintes peuvent se référer à des souvenirs anciens : *« A 13 ans, j'ai fait une mauvaise expérience. J'ai été opérée de l'appendicite et je suis rentrée dans ma chambre dans le coma. Ça s'est reproduit avec l'opération de la vésicule. J'ai peur de ne pas me réveiller »*, une autre relate : *« Pourvu que je me réveille ».*

Concernant la suite de la maladie :

Une des patientes exprime son appréhension : *« J'arrive à dire "cancer". Il faut accepter. J'ai peur du cancer généralisé. Je me dis "ça y est, je vais mourir", si j'ai une petite douleur ».*

On note l'importance de l'angoisse de mort au travers de toutes ces préoccupations qui sont souvent en lien les unes avec les autres :

« J'avais peur de perdre mon sein. Aujourd'hui, je n'ai plus peur de changer d'image corporelle. J'y attache moins d'importance. La crainte est désormais plus centrée sur la suite. [...]. Je vois la chimiothérapie comme un poison. J'ai peur de l'atteinte des cellules non malades, de perdre mes facultés, de perdre mes cheveux. Mon fils est perturbé quand je sors de chez le coiffeur, je ne sais pas comment il va réagir ».

3) Etablissement d'un objectif thérapeutique

Stratégiquement la première étape a été la mobilisation des ressources.

A cette étape de la première rencontre, nous demandons aux patientes ce qu'elles connaissent de l'hypnose, nous leur expliquons à quoi sert l'hypnose, ce qu'est cet état, avant de leur demander ce qu'elles souhaitent faire de cette nouvelle expérience.

Ainsi : « L'hypnose est un état naturel que nous connaissons tous. Par exemple, c'est l'état dans lequel nous sommes quand nous sommes absorbés par un film au cinéma, et pourtant vigilants si un téléphone portable sonne, dans lequel est un enfant à qui on raconte une histoire, un conte, se laissant porter par son imagination et attentif à toute modification de l'histoire... l'état dans lequel nous sommes et que l'expression populaire situe « dans la lune » lorsque parfois nous conduisons de façon automatique. Cet état nous permet de nous ressourcer et il peut être utilisé de façon thérapeutique ».

La question « qu'attendez-vous de cette séance ? » a été particulièrement travaillée et nous aidait à choisir les outils utilisés lors de la séance d'hypnose proprement dite.

Nous n'avons pas pu établir d'objectif thérapeutique avec la patiente la plus âgée. Cette patiente appréhendait l'anesthésie et avait peur de ne pas se réveiller. Toute tentative de défocalisation a été un échec malgré une bonne alliance thérapeutique. La patiente a accepté, sans aucune réticence, d'être revue le lendemain de l'intervention, ce qui constituait déjà l'acceptation d'une perspective nouvelle.

Quatre patientes attendent simplement de « *se décontracter* », « *se relaxer* », « *se détendre, diminuer le stress, se sentir mieux* ».

Une patiente élargit la demande : « *Voir ce qu'est l'hypnose, ce que ça peut m'apporter, ce que je peux maîtriser. Me détendre, être moins nerveuse. Etre plus sereine, avoir une meilleure estime de moi* ».

Une autre évoque avant tout la curiosité intellectuelle et son souhait de nous aider en participant à un travail de thèse.

Une autre patiente ne sait pas. Puis elle réfléchit « *me détendre avant l'anesthésie* ». Elle pointe le fait qu'elle se sent déjà « *plus détendue qu'il y a quelques jours* » avant de revenir sur sa frustration de ne pas avoir de petit déjeuner le lendemain.

Enfin, la plus jeune, vue quelques jours avant l'hospitalisation en ambulatoire attend « *d'arriver zen la veille de l'intervention pour que l'opération se passe mieux* ». Elle aimerait diminuer sa consommation de tabac, « *moins casser les pieds de son ami* » et peut-être réussir à regarder le catalogue des prothèses.

4) Travail sur l'anticipation

Les questions : « Que vous permettrait une amélioration dans la vie de tous les jours ? A quoi le verriez-vous ? Que ferez-vous de plus dans le quotidien ? Qui s'en apercevra ? » permettent une anticipation de la réalisation de l'objectif et l'établissement d'un mode de communication hypnotique.

Cependant la veille de l'intervention, l'évocation du retour à domicile semble trop précoce, d'autant que la majorité des objectifs posés par les patientes concernent surtout ce qui est appelé par les anesthésistes la « préparation à la chirurgie ».

L'anticipation a donc été évoquée au sens large en fonction des patientes.

Pour la patiente la plus âgée, Mme B., l'anticipation d'un éventuel changement n'a pas été possible. Parfois le non changement ou plutôt le rétablissement d'un lien entre ce qui a été vécu avant l'annonce de la maladie et l'après, la stabilité, le fait d'être en vie alors que l'on craint de ne pas se réveiller après une intervention peuvent être un objectif.

Mme C. âgée de 74 ans, a bénéficié en 1983 d'une mastectomie du sein gauche avec curage, chimiothérapie, radiothérapie compliquée d'un lymphoedème invalidant ; un carcinome du sein droit en 2001 traité par radiothérapie ; un traumatisme crânien en 2006 avec hémorragie méningée et une récurrence d'un carcinome canalaire du sein droit en 2008. Elle expliquait lors de la consultation d'annonce, en larmes, qu'elle ne souhaitait plus se battre. Elle explique que « *ça ne pourra pas s'améliorer. Les problèmes resteront là maintenant. Je suis trop vieille. J'attends. Je vivote. Je n'appelle pas ça vivre* ». Dans le questionnaire de retour, elle dit envisager de faire de la relaxation dans sa maison de convalescence et repense « *à son petit jardin* » le soir quand elle ne dort pas, ou quand elle est inquiète pour son chien ou pour ses moutons.

Ces deux patientes ne sont pas rentrées dans le processus hypnotique. Cependant elles ont pu exprimer leur satisfaction quant à ce type de prise en charge.

Souvent, après évocation des ressources, les patientes souhaitent de nouveau reprendre ou poursuivre certaines activités.

Mme D : « *J'aimerais reprendre le yoga. J'aime bien le contact, j'ai beaucoup d'amis. Peut-être pourrais-je faire des projets ? Continuer mes activités, aller aux conférences, passer du temps avec mes enfants...* ».

Mme E : « *Je fais déjà tout ce que j'ai envie de faire. Peut-être réaménager le camion et partir en week-end chez des amis ?* ».

Mme G est une « *survivante* » d'un rhumatisme articulaire aigu de l'enfance avec insuffisance valvulaire mitroaortique séquellaire, une maladie de Hodgkin vers 20 ans traitée par radiothérapie « *je devais mourir* », un carcinome du sein droit dix ans auparavant traité par tumorectomie et chimiothérapie. « *Peut-être pourrais-je plus me reposer, je serais moins fatiguée. Mon mari verrait moins d'énervement, je serais plus gaie, plus calme avec lui. Il serait plus attentionné et salirait moins la maison* ».

Mme H : « *Peut-être pourrais-je avoir plus confiance en moi, réussir les demi-tours en moto et d'autres manœuvres. Chercher un travail ailleurs. Etre moins brutale dans mes rapports aux autres, réfléchir avant d'agir, être plus calme* ».

5) Les différentes étapes de la séance d'hypnose proprement dite

Si l'on reprend les 10 premières séances (pour l'une des patientes la première séance a eu lieu après la chirurgie) :

- 2 (Mmes B. et C.) n'ont pas pu entrer dans un processus hypnotique
- 1 (Mme D.) a eu accès à un état de relaxation sans état hypnotique associé
- 7 ont pu bénéficier d'une transe hypnotique
 - o Parmi elles, 5 ont bénéficié d'une première séance de type « lieu sûr »
 - o 1 d'une hypnose de type conversationnel (Mme H.)
 - o 1 d'une séance de type « Rossi » (Mme J.)

Mme B., patiente la plus âgée de 81 ans et Mme C., 74 ans, n'ont pu entrer dans un état de relaxation, ni dans un état hypnotique. Les deux patientes présentaient un rétrécissement du champ de la conscience avec une faible capacité d'accès à l'imagination et de probables discrets troubles cognitifs associés. La première était sur un versant anxieux avec logorrhée associée, la seconde avait une thymie dépressive. Toutes deux ont accepté de me revoir après l'intervention et déclaraient être satisfaites. Mme B. craignait de ne pas se réveiller, ce qui la mettait dans un état d'« hypnose négative ». Elle a pu avoir accès à ses souvenirs, surtout ceux de nature traumatique (périodes de guerre et de séparation). En revanche, elle gardait son humour, et les rires spontanés et réciproques permettaient tout simplement d'entrer et d'être dans une relation de confiance et de coopération. Il semble que le rapprochement qu'elle faisait entre sa petite fille et moi-même l'ait aidée ainsi que la proposition de la revoir après l'intervention. Mme C. pouvait avoir accès à la visualisation de « son petit jardin », habitude qu'elle avait déjà acquise. Il s'agissait d'une visualisation sans dissociation associée. Son contact s'est amélioré en fin d'entretien quand elle a eu la surprise de voir sa famille lui rendre visite.

Début d'entretien avec Mme B. :

T- Mme B, vous êtes à la retraite

P- Oui, il paraît (rire)

T- Etes-vous active, une femme active ?

Mise en évidence des ressources

P- Non, pas de trop, car j'ai mes deux genoux pleins d'arthrose

T- D'accord

P- Et si je n'ai pas mes cannes, je tombe

T- D'accord

P- Je ne peux pas bouger beaucoup.

T- Avez-vous des activités qui vous font plaisir à la maison, des passe-temps ?

P- Surtout la radio

T- La radio, quelle radio ?

Europe 1 (rires) *Construction de l'alliance thérapeutique à travers les rires réciproques*

[...]

P- Mais je ne veux pas, comment on dit ça, dites-moi (me montre)

T- Vous ne voulez pas de radiothérapie ?

P- Oui c'est ça.

T- OK

P- Si l'appareil ne va pas bien, ne va pas trop, il y a en a qui sont morts...

T- Oui, alors c'est vrai, il y a eu des incidents, on ne va pas dire le contraire...

P- Oui, il y en a eu

T- Les contrôles se sont vraiment renforcés

P- D'accord.

T- Il me semble que vous étiez mariée ?

P- Oui, j'ai perdu mon mari en 2004, j'ai un fils qui est aussi décédé après un drame. Il y a eu tellement de soucis, enfin bon, qu'est ce que vous voulez, tout le monde a eu des soucis.

T- Vous aviez un fils ?

P- Oui j'en ai eu 4. Il y en a eu un qui est décédé à ses 34 ans

T- 4 garçons, et pas de filles ?

P- On voulait une fille ! Et la fille ne venait pas (rires), alors au 4^{ème} garçon on a décidé d'arrêter, c'était pas possible. Je crois que pour un couple une fille et un garçon c'est idéal, hein ! Mais alors, pensez-vous, et même mes petits enfants sont des garçons

T- Ah oui !

P- (rires) Pas de petites filles

T- Donc plein de petits garçons dans la famille

P- (rire) Remarquez qu'on les aime... ;

T- Oui

P- Voilà, Voilà

3ème tentative d'induction (1^{ère} tentative d'induction par la focalisation du regard sur les arbres et les oiseaux, 2^{ème} sur un doigt). A noter que la patiente n'avait sans doute pas une orientation visuelle...

T- Puis-je vous emprunter votre canne ? Merci. Pouvez-vous regarder le bout de votre canne ?

P- Oui

T- Et il y a un moment... ou il se peut ... que ça devienne un petit peu flou ?

P- Ah bon ??

T- Quand on regarde que le bout de la canne...

P- Pour l'instant je ne vois rien

T- D'accord. Vous me direz si ça devient flou...

P- Non, non, pour l'instant je ne le vois pas flou mais tel qu'il est

T- Et si vos yeux... fatiguent un peu...peut-être se fermeront-ils ?

P- Pour quoi faire ?

T- Si vous le souhaitez...

P- Si vous me dites de fermer les yeux, alors je les ferme...

T- Alors, fermez vos yeux...

P- Je continue ?

T- Voilà

P- Je continue presque à voir encore !

T- Et oui... Vous pouvez continuer à fermer les yeux

P- Oui

T- Et vous pouvez vous concentrer sur votre respiration...

P- Comme ça ? (amplifie comme chez le médecin)

T- Alors, vous pouvez respirer tout à fait normalement, comme d'habitude

P- Et les yeux, je les garde fermés ?

T- Vos yeux peuvent rester fermés...

P- Ah bon...

T- C'est un exercice...

P- Ah oui

T- C'est pour ... se laisser porter... par son imagination...

P- Mon imagination, avec mon cancer et mon arthrose, je vous assure que... C'est trop dur ce que vous me demandez

T- Vous avez raison

Fin d'entretien :

P- Et je vais essayer de passer cette nuit le mieux possible, hein ? Pour que demain, je puisse me réveiller après.

T- Et si vous le souhaitez, je viendrai vous voir après l'anesthésie.

P- D'accord. Je serai là... Et vous ne m'avez toujours pas dit l'âge que vous avez ?

(rires). Non, elle ne veut pas me le dire, hein la coquinette ? (rires) Et moi, est-ce que vous auriez dit que j'ai 81 ans ? (rires) Si c'est t-y pas merveilleux ? Tout est bien. On aura passé un bon moment

T- Oui. Et des bons moments comme ça, il y en a d'autres à venir... *Validation et anticipation*

P- Ah, ça c'est bien... J'ai de l'espoir alors ?

T- Oui

P- La seule chose qu'il faut dire, c'est qu'il ne me faut pas trop d'anesthésie.

T- D'accord

P- Parce que, c'est dans ma tête que c'est à cause de l'anesthésie, je n'en sais rien... Et je sais qu'à chaque opération, je me suis retrouvée dans le coma

T- Et à chaque opération vous vous en êtes sortie. Vous aviez 13 ans la première fois et aujourd'hui vous en avez 81.

P- Et la vésicule ça fait 20 ans.

[...]

P- C'est demain que j'ai hâte

T- Oui

P- Je vais passer la nuit. Alors je vous revois après l'opération ?

T- Mais oui, si vous voulez !

Mme D. a eu accès à un état de relaxation avec apparition d'une transe très légère. Elle a mis en avant des difficultés de concentration, et montrait un état d'hypervigilance dont nous avons compris l'origine pendant la séance.

T- Peut-être pouvez-vous vous souvenir de cette séance de yoga ?

P- Oui, oui, je m'en souviens bien

T- Dans un premier temps, nous pouvons retrouver ensemble cet état de détente, afin que votre corps puisse se sentir bien confortable. Nous ne ferons pas de mouvement. Vous pouvez vous installer de la façon la plus confortable qui soit. Quand votre corps sera confortable, vous pourrez retrouver dans votre souvenir ou dans votre imagination un lieu ou un moment agréable dans lequel vous vous sentez bien. Voilà, c'est bien. Ma voix vous accompagne pendant toute la durée de l'exercice, et vous pouvez choisir de n'écouter que ce qui est utile pour vous. Et si, à un moment vous avez besoin de vous gratter le nez ou de changer de position pour être plus confortable, ou de me communiquer quelque chose, n'hésitez pas à m'interrompre, nous pouvons discuter. Etes-vous d'accord pour faire ainsi ?

P- Oui

T- Alors, vous pouvez vous installer de façon confortable. Voilà, vous vous installez de façon agréable, et à chaque instant votre corps peut se mouvoir et ainsi trouver son confort. C'est bien. Peut-être pouvez-vous, dès maintenant, vous concentrer sur votre respiration... Voilà... Et pendant que votre esprit conscient... prend bien conscience de votre respiration... vos yeux... peuvent se fermer à tout moment... pour approfondir cette expérience... intérieure... C'est bien... Et déjà... votre respiration... s'est ralentie... Vos pieds... se mettent... en position de détente... et vos mollets... vos genoux... vos cuisses... vos fesses... vont tranquillement... s'installer... dans une position... qui vous apporte... un maximum... de confort... et peut-être votre dos... et chacune... de vos vertèbres... peut sentir... le contact... de la chaise... Votre corps... tout entier... peut se mouvoir... afin de trouver... une position bien confortable... C'est bien... Vos yeux... peuvent rester ouverts... ou se refermer... pour se concentrer... sur vos images mentales... Vos épaules... sont relâchées... comme vos bras... vos avant-bras... vos poignets... vos doigts... et jusqu'au bout des doigts... Et votre respiration... partage... cette détente... avec... tout votre corps... Et à chaque inspiration... l'air... se répand... dans tout votre corps... Et c'est si agréable... de se sentir... confortable... Et pendant toute la durée... de ce voyage... votre esprit conscient... est le gardien... de cette détente... ressentie... dans votre corps... Et... vous êtes installée bien confortablement... avant que nous poursuivions... ce voyage... Et c'est si bon de bâiller... de sentir tout cet air... qui rentre en vous... Je vais vous proposer... un voyage... Vers un paysage que vos yeux... vos oreilles... vos narines... apprécient... particulièrement... Vous pouvez garder vos yeux ouverts... ou fermés... pendant que les souvenirs... défilent... dans votre tête... à la recherche... de cet endroit... dans lequel... vous vous sentez... agréable... Un paysage... peut-être... rencontré... dans une promenade... ou tout autre... Et vous pourrez me faire signe... quand vous aurez trouvé... ce paysage agréable...

P- Je n'y suis plus...

T- Vous n'y êtes plus...

P- Non

T- Souhaitez-vous y retourner ?

P- Je pense que je vais arrêter là

T- D'accord

P- J'ai ressenti un bien être... un grand bien être. Et je souhaite être disponible si l'infirmière vient me voir.

T- D'accord. Je m'excuse car je ne vous ai pas prévenue du fait que l'infirmière est au courant que nous sommes ensemble

P- C'était bien, parce que j'étais vraiment dedans. J'ai réussi à rester dedans et là je ne sens plus du tout l'angoisse

T- C'est bien

P- Je me sens bien, j'ai envie de faire des choses, je veux faire des choses

T- Excellent

P- Je me souviens de la séance de yoga, j'y avais été à la même heure, à 17h et je m'étais sentie très très bien

T- Bien. Il y a beaucoup de choses qui peuvent changer...

P- Oui. Au début de la séance, j'ai réussi à me détendre, et j'étais comme au yoga, et après j'ai vu l'heure 17h 30 et je suis sortie, j'ai pensé à l'infirmière

T- Etes-vous bien revenue dans cette pièce ?

P- Oui, ça m'a marquée. Maintenant je suis bien

T- Je vous félicite car vous avez pu retrouver cet état de détente

P- Oui, j'étais comme la séance de yoga, oui, oui

Voici deux exemples de séance, où le travail avec une place sûre a pu être réalisé, de manière différente. Mme E. ne présente pas de vécu traumatique, nous pouvons évoquer ensemble ce lieu de sécurité.

T- Nous pouvons communiquer durant toute la durée de la séance. Et je vais vous proposer une relaxation avant que vous puissiez choisir un paysage, un lieu dans lequel vous vous sentez bien, en sécurité. Différents souvenirs, images pourront défiler et vous pourrez choisir un de ces lieux. A tout moment vous pouvez interrompre la séance : pour vous gratter le nez ou vous réinstaller de manière confortable. Vous pouvez me parler, me faire signe, et ma voix va vous accompagner durant toute la durée de l'exercice.

P- Mmmh

T- Peut-être y aura-t-il du bruit dans le couloir ? Il pourra vous permettre de rentrer plus au contact de vous-même. Cela vous convient-il ?

P- Très bien

T- Je vous propose de vous installer dans une position confortable. Etes-vous bien dans le fauteuil ?

P- Oui

T- Très bien... Je vous propose de poser votre regard sur cette bougie... Voilà... C'est le calme... Quand vos yeux souhaiteront se fermer... alors ils le pourront... ou bien rester ouverts... afin que tous vos muscles... ressentent cette détente... Votre respiration... s'est déjà ralentie... Vos pieds... sur le sol... trouvent... une position confortable... Vos cuisses... votre dos... sentent le contact du canapé... Et vos vertèbres... chacune de vos vertèbres... s'installent... les unes par rapport aux autres... Vos épaules... se relâchent... jusqu'à vos bras... vos avant-bras... vos poignets... jusqu'au bout des doigts... Votre corps... détendu et confortable... Votre respiration... toute calme... Et à tout moment... votre esprit conscient... peut choisir... de réorienter... plus confortablement votre corps... Et vous pouvez... profiter... quelques instants... de ce moment... Votre esprit inconscient vous guide... dans un voyage... Peut-être des souvenirs peuvent revenir... Votre esprit inconscient... peut choisir... un lieu... dans lequel... vous vous sentez... en sécurité... Et quand... votre esprit inconscient a choisi... alors un de vos doigts... peut me faire signe... C'est bien... Alors vous êtes dans ce lieu... de confort... Vos yeux... voient des couleurs... des couleurs agréables... Peut-être... le vert de la nature ? Peut-être du rouge... un champ de fleurs... ou bien... un arc en ciel de couleurs... Et c'est si agréable... de voir de jolies choses... Peut-être... vos oreilles... entendent-elles des sons ?... ou une mélodie... un bruit de la nature... un échange... des voix... Votre corps... est peut-être assis... debout... ou allongé... ou encore... dans une position confortable... Peut-être... sentez-vous... un rayon de soleil... une main bienveillante... Peut-être êtes-vous en chemin... Peut-être pouvez-vous profiter de cet instant... Et c'est agréable... Peut-être une odeur ?... A chaque fois... que votre esprit conscient... aura besoin... de sécurité... votre esprit inconscient... saura retrouver... ce lieu de sécurité... Peut-être ce soir... ou cette nuit... ou demain... après-demain... dans les jours à venir... dans quelques mois... quelques années... vous pourrez revenir... dans cet endroit... et ressentir... cette détente... ce confort... et vous aider... à traverser les épreuves... dans le temps... Et c'est si agréable... de se sentir confortable... Quand votre esprit conscient... saura... faire appel... à votre esprit inconscient... pour franchir... les étapes... et saura... qu'un changement... un mieux-être... pourra survenir... alors... vous pourrez... commencer à bouger les pieds, les doigts de pieds et les doigts, prendre une grande respiration et revenir dans cette pièce.

Pour Mme G., patiente ayant survécu à une maladie de Hodgkin et à d'autres cancers, le vécu traumatique ainsi que les qualités de résilience sont certains. La notion de sécurité n'est pas évoquée. Le travail a lieu avec un souvenir confortable, agréable. Le thérapeute est présent pour accompagner dans un climat sûr.

T- Ma voix vous accompagne... durant toute la durée... de cet exercice... Et vous pouvez choisir... de n'entendre... que ... ce qui est utile... pour vous... Vous pouvez entendre... les bruits du service... qui peuvent vous aider... à entrer plus... au contact de vous-même...

T- Etes-vous d'accord pour que nous commençons comme avec la relaxation que vous connaissez bien ?

P- Oui, bien sûr

T- Pouvez-vous vous installer dans le fauteuil, de la manière qui soit la plus confortable pour vous ? Pouvez-vous vous concentrer sur votre respiration ?

T- Peut-être pouvez-vous mettre vos mains sur le ventre afin de mieux sentir votre respiration ?

P- D'accord

T- C'est bien... Vos mains... sur votre ventre... se gonflent... et se dégonflent... Et plus vous sentez votre ventre... et plus vos paupières... deviennent lourdes... Et plus vous vous concentrez sur votre respiration... et plus vos yeux sont lourds et tombent... Et peut-être choisiront-ils... à un moment... de se fermer... afin que votre corps... se relaxe encore... Votre corps... s'installe... d'une manière confortable... Vos yeux...

détendus... et progressivement... vos pieds... se remplissent... d'une douce chaleur... juste confortable... qui monte... progressivement... vers vos jambes... vos genoux... vos cuisses... votre ventre... votre poitrine... vos épaules... vos bras... vos avant-bras... et jusqu'au bout des doigts... Et quand votre esprit conscient... sent la détente dans tout votre corps... alors... vos yeux peuvent se fermer... et votre corps s'installe ainsi... dans une position confortable... Peut-être les mains sur le ventre... ou le long du corps... Comme c'est le plus confortable...

P- Excusez-moi, je bâille

T- C'est bien... Tandis que votre esprit conscient... garde la détente... votre esprit inconscient... vous guide... et retrouve... un lieu agréable... un souvenir confortable... Et les images peuvent défiler... et vous pouvez... vous laisser guider... par votre esprit inconscient... pour retrouver ce lieu... qui vous rend... confortable... Quand vous aurez choisi un lieu... alors... un de vos doigts... peut me faire signe... (temps long) Peut-être... les images défilent... et comme avec une télécommande... vous pouvez accélérer... faire pause... revenir en arrière... ou avancer... Avez-vous un souvenir agréable ?

P- Oui

T- Alors je vous laisse en profiter... (temps long)... Et votre esprit inconscient... garde en vous... ce moment... ce souvenir... à chaque instant... Et c'est si agréable... de se sentir confortable... Et votre esprit conscient... pourra puiser... dans la grande bibliothèque de souvenirs... de votre esprit inconscient... à chaque fois... qu'il en aura besoin... ce soir... demain... dans les jours à venir... ou peut-être cette semaine... les mois... ou les années... à venir... Et je ne sais... qui verra en premier... le changement... vous... votre mari... quelqu'un de proche... ou quelqu'un d'autre... et quand votre esprit conscient... saura... que vous pourrez réutiliser ce souvenir... chaque fois que vous en aurez besoin... alors... vous pourrez bouger les pieds, les doigts, respirer bien fort et revenir ici dans cette pièce.

T- Ça va ?

P- Ça fait du bien

T- Ah oui

P- La maladie n'a pas fait partie de toute la vie. 22 ans de tranquille !

T- C'est bien

P- Et maintenant je suis heureuse

Nous reverrons plus loin, le travail de type « Rossi » réalisé avec Mme J., patiente difficile de contact et ayant un besoin important de contrôle de la situation tout en demandant et acceptant un changement.

6) Effet de la première séance sur la douleur et l'anxiété

Comme nous le mentionnons plus haut, l'échelle visuelle analogique de l'anxiété a pu être cotée chez 8 patientes sur 9 vues avant l'intervention. Cette évaluation n'a pas pu être réalisée avec la patiente la plus âgée. Le score minima est de 2,5/10, maxima de 8/10 avec une moyenne à 4,4, une médiane de 3,8, un écart-type de 1,8.

Après la séance d'hypnose, l'échelle visuelle analogique de l'anxiété a pu être cotée chez 7 patientes. Le minima est de 0, le maximum de 4, la moyenne de 0,86, l'écart-type de 1,49 et la médiane de 0. Rappelons que cette évaluation est subjective. Si nous avions de nous même coté le niveau apparent d'anxiété de Mme G., la diminution de l'anxiété aurait été supérieure à 1,5 point.

	Mme A.	Mme B.	Mme C.	Mme D.	Mme E.	Mme F.	Mme G.	Mme H.	Mme I.	Mme J.
EVA Anxiété 1A	-	impossible	8	3,5	3,5	3	5,5	4	5	2,5
EVA Anxiété 1B	-	impossible	-	0	1,5	0	4	0,5	0	0

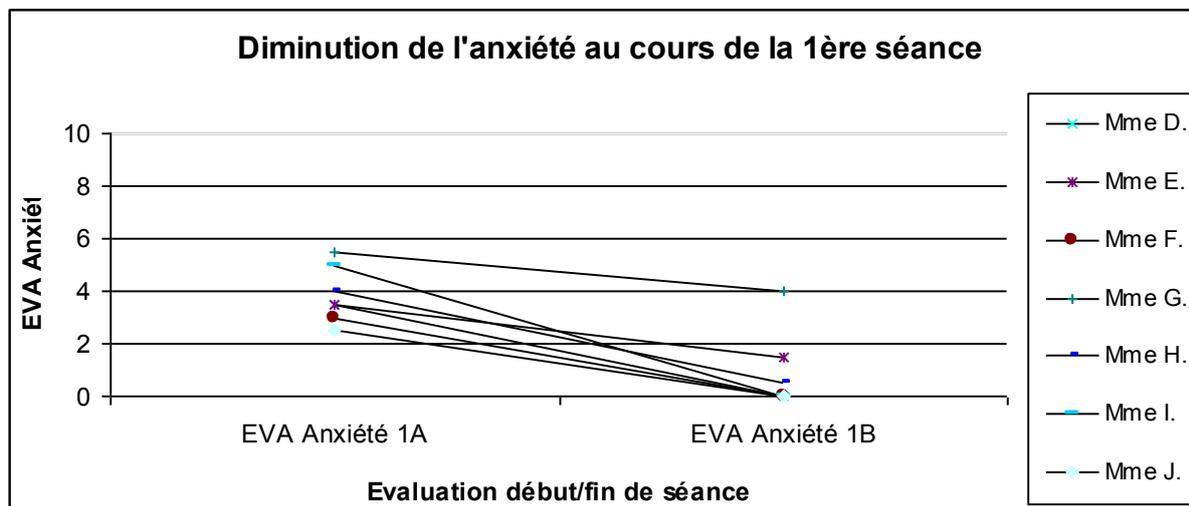
Nous réalisons une comparaison des moyennes sur des échantillons appariés. $N < 30$ donc nous choisissons un test de Student sur des échantillons appariés. La moyenne des différences (entre score sur EVA avant et après la séance) est-elle différente de 0 ?

Somme des d = 21
 Somme des d² = 74
 N=7
 $\mu d = 3$
 $s^2 = 1.33$
 s des moyenne de d = $s^2 / \text{racine de } n = 0.346$

Test statistique bilatéral :
 Ho : $\mu x = \mu y$ soit $\mu = 0$ avec $d = x - y$
 H1 : $\mu x \neq \mu y$ soit $\mu d \neq 0$
 $T_{\text{exp}} = \mu d / s$ des moyenne de d = $3 / 0.436 = 6.87$
 T table de student (n-1)ddl = 6ddl, 5% bilatéral = 2.447
 $T_{\text{exp}} > T_{\text{table}}$

La différence est significative, on retient H1. La moyenne des différences (entre score sur EVA avant et après la séance) est différente de 0. Degré de significativité : $p < 0.001$.

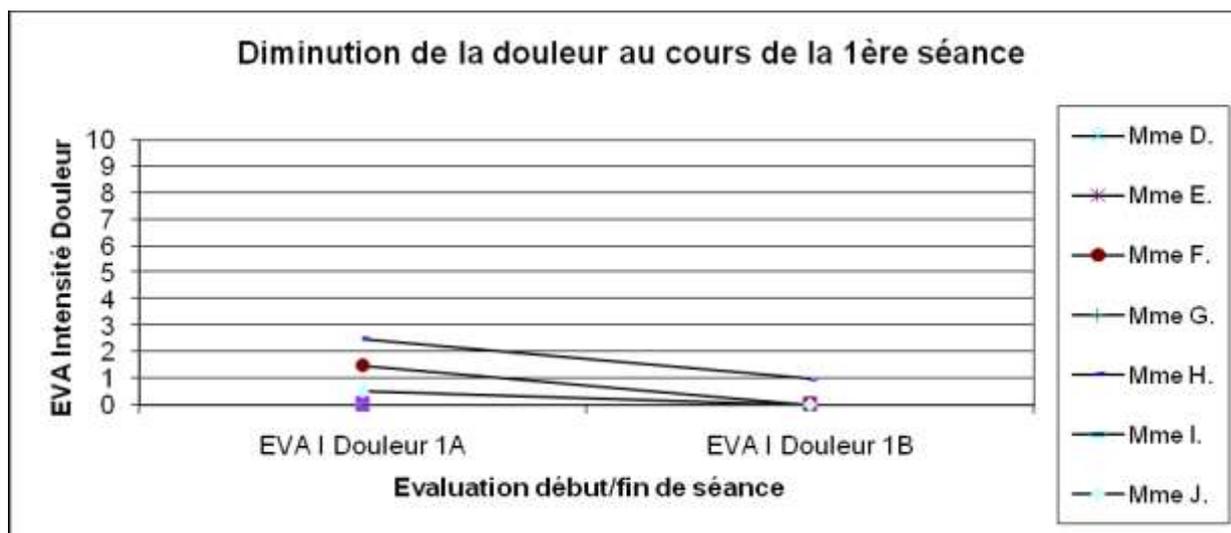
La comparaison des moyennes des EVA d'anxiété (avant/après l'hypnose) sur des échantillons appariés est réalisée à partir de test de Student ($n < 30$). La moyenne des différences) est différente de 0 avec un degré de significativité $p < 0.001$. Les séances d'hypnose avant l'intervention diminuent significativement l'anxiété des patientes.



Comme nous le mentionnons plus haut, les échelles visuelles analogiques de l'intensité et de la tolérance à la douleur ont été mesurées chez les 9 patientes vues avant l'intervention. Quatre patientes présentent des douleurs, et cinq patientes ne sont pas douloureuses lors du premier entretien. L'intensité maximale retrouvée est de 4/10, l'intensité minimale de 0 avec une moyenne de 0,94, un écart-type de 1,45 et une médiane à 0.

Après la séance d'hypnose, l'échelle visuelle analogique de l'intensité de la douleur a pu être cotée chez 7 patientes. Le minimum est de 0, le maximum de 4, la moyenne de 0,1, l'écart-type de 0,4 et la médiane de 0. La diminution de la douleur au cours de la séance n'est pas significative.

	Mme A.	Mme B.	Mme C.	Mme D.	Mme E.	Mme F.	Mme G.	Mme H.	Mme I.	Mme J.
EVA I Douleur 1A	-	0	4	0	0	1,5	0	2,5	0	0,5
EVA I Douleur 1B	-	impossible	-	0	0	0	0	1	0	0



Sur les 2 patientes ayant une tolérance à la douleur non nulle, seule une des deux a pu la réévaluer après la première séance d'hypnose. Le test statistique ne peut être réalisé.

	Mme A.	Mme B.	Mme C.	Mme D.	Mme E.	Mme F.	Mme G.	Mme H.	Mme I.	Mme J.
EVA T Douleur 1A	-	0	-	0	0	3,5	0	1	0	0
EVA T Douleur 1B	-	impossible	-	0	0	0	0	-	0	0

La douleur a un retentissement fonctionnel chez les deux patientes ne présentant pas de douleur chronique, l'une cotant sa tolérance à 3,5/10 avec une intensité de la douleur à 1,5/10 et la seconde une tolérance à 1/10 avec une intensité douloureuse cotée à 2,5/10.

D. 2^{EME} RENCONTRE

1) Préoccupations après l'intervention

8 patientes sur 10 ont pu exprimer leurs symptômes ou problèmes actuels.

2 patientes mettent en avant des symptômes aigus : Mme C. « *la fièvre, l'hypertension et l'insomnie la nuit après l'opération* », Mme G., la « *nécessité de ponctionner la cicatrice en raison d'un amas de lymphes* ».

5 patientes sont dans l'attente d'un diagnostic ou pensent aux traitements à venir. Mme D. est dans l'attente angoissante des « *résultats de l'analyse des ganglions* ». Mme E. est très fatiguée, et hypotendue. Elle présente des nausées améliorées par un antiémétique, le Zophren. Elle dit appréhender « *les résultats du curage* », et attend de savoir si elle aura de la chimiothérapie, de la radiothérapie, ou besoin d'aucun de ces traitements. Mme F. a appris qu'elle allait bénéficier d'une chimiothérapie. Elle exprime ses craintes quant au retentissement de ce traitement sur son fils et son entourage, « *l'aspect physique change : on peut masquer, pas avec la chimio* ». Mme I. a une radiothérapie de prévue dans cinq semaines, elle a rencontré la veille le radiothérapeute qui l'a rassurée. Mme G. se demande quel prochain traitement elle va recevoir : « *Perdre les cheveux à cause de la chimiothérapie, ça m'embêterait plus que la cicatrice. Peut-être la radiothérapie, sûrement des comprimés d'hormones* ».

Mme H., quant à elle, se « *sent bien, calme, sereine* ».

2) Douleurs postopératoires

Nous avons pu évaluer la douleur postopératoire sur l'échelle visuelle analogique chez 9 de nos patientes. Lors du 2^{ème} entretien, seules deux patientes sont douloureuses. Mme C. cote sa douleur à 4/10, comme lors du 1^{er} entretien. Rappelons qu'elle souffre d'une pathologie douloureuse chronique de type coxarthrose et d'un lymphoedème du bras. Mme E. cote sa douleur à 2/10, elle ne souffre pas de pathologie douloureuse chronique et n'avait pas de douleur lors du 1^{er} entretien.

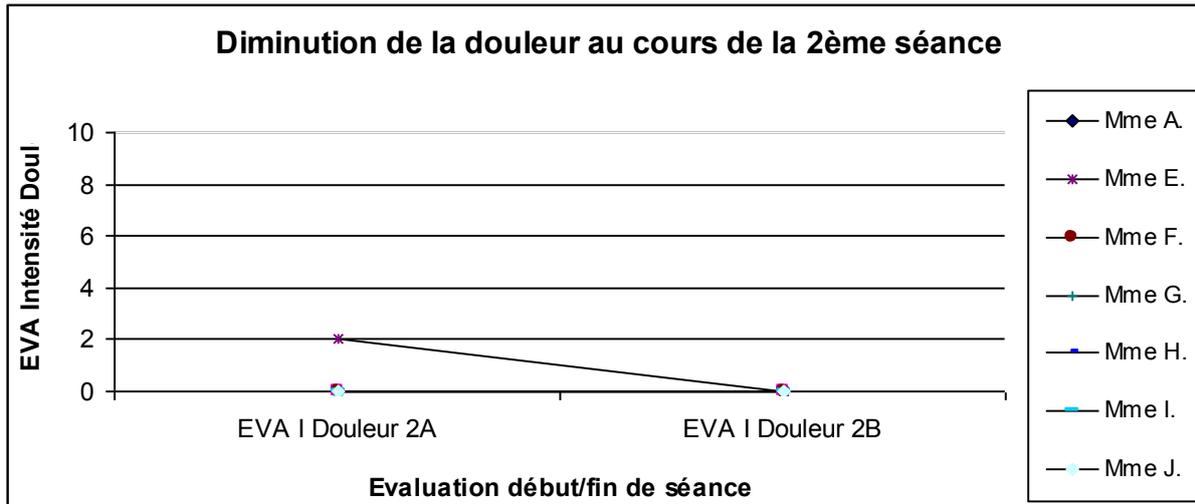
Nous avons recueilli les traitements antalgiques des patientes durant l'hospitalisation, mais sans pouvoir établir de comparaison entre patientes. Le protocole de cette étude clinique ne permet pas d'évaluer la diminution des consommations d'anesthésiques et d'analgésiques en peropératoire, ni dans les suites du geste chirurgical.

Mme C. n'a pas souhaité de 2^{ème} séance d'hypnose. A noter qu'elle n'avait pas pu entrer dans le processus lors du 1^{er} entretien.

Après la 2^{ème} séance d'hypnose, Mme E. cote sa douleur à 0/10.

Les données ne permettent pas de faire des calculs statistiques.

	Mme A.	Mme B.	Mme C.	Mme D.	Mme E.	Mme F.	Mme G.	Mme H.	Mme I.	Mme J.
EVA I Douleur 2A	0	impossible	4	0	2	0	0	0	0	0
EVA I Douleur 2B	0	-	-	-	0	0	0	0	0	0



3) Anxiété postopératoire

Nous avons pu évaluer l'anxiété sur l'échelle visuelle analogique en début et en fin de séance chez 9 patientes sur 10 (sauf Mme B., la plus âgée).

En début de séance, l'intensité la plus faible est de 0 pour 2 patientes, la plus élevée de 6,5/10, avec une moyenne de 3,81, un écart-type de 2,62 et une médiane de 4,5/10.

En fin de séance, chez les patientes ayant souhaité une 2^{ème} séance d'hypnose, soit 7, seule une patiente se dit encore anxieuse avec une intensité de 2,5/10.

	Mme A.	Mme B.	Mme C.	Mme D.	Mme E.	Mme F.	Mme G.	Mme H.	Mme I.	Mme J.
EVA Anxiété 2A	6	impossible	5	4	6	6,5	3	0	2	0
EVA Anxiété 2B	0	-	-	-	0	2,5	0	0	0	0

Nous réalisons une comparaison des moyennes sur des échantillons appariés. $N < 30$ donc nous choisissons un test de Student sur des échantillons appariés. La moyenne des différences (entre score sur EVA avant et après la séance) est-elle différente de 0 ?

Somme des $d = 21$
Somme des $d^2 = 74$

$N=7$

$\mu d = 3$

$s^2 = 1.33$

s des moyenne de $d = s^2 / \text{racine de } n = 0.346$

Test statistique bilatéral :

$H_0 : \mu_x = \mu_y$ soit $\mu = 0$ avec $d = x - y$

$H_1 : \mu_x \neq \mu_y$ soit $\mu d \neq 0$

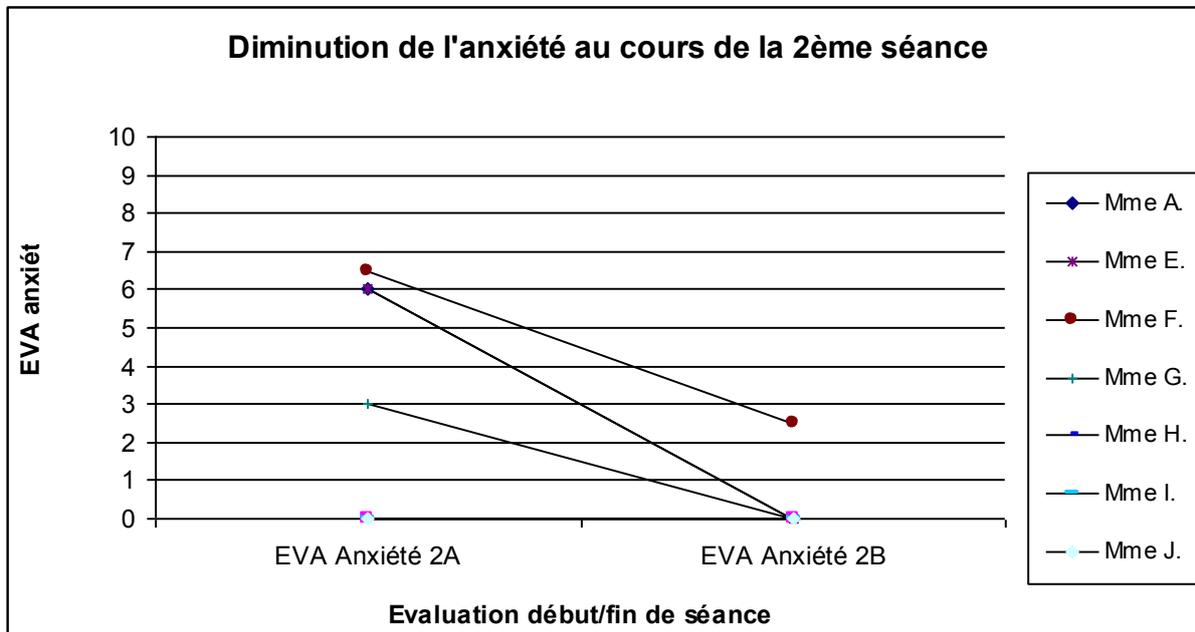
$T_{exp} = \mu d / s$ des moyenne de $d = 3 / 0.436 = 6.87$

T table de student $(n-1)ddl = 6ddl$, 5% bilatéral = 2.447

$T_{exp} > T_{table}$

La différence est significative, on retient H_1 . La moyenne des différences (entre score sur EVA avant et après la séance) est différente de 0. Degré de significativité : $p < 0.001$.

La comparaison des moyennes des EVA d'anxiété (avant/après l'hypnose) sur des échantillons appariés est réalisée à partir de test de Student ($n < 30$). La moyenne des différences) est différente de 0 avec un degré de significativité $p < 0.001$. Les séances d'hypnose après l'intervention diminuent significativement l'anxiété des patientes.



4) Souhait d'une 2^{ème} séance d'hypnose

Toutes les patientes, 6 au total, ayant pu avoir accès à un état hypnotique lors de la 1^{ère} séance, ont souhaité renouveler cette expérience.

A ces 6 patientes s'ajoute Mme A., n'ayant été vue qu'après l'intervention chirurgicale.

Mme B. et Mme C. n'ont pu avoir accès à un état de relaxation, lors de la 1^{ère} séance, elles n'ont pas souhaité renouveler l'expérience ; de même pour Mme D., qui a bénéficié d'une transe légère lors de la 1^{ère} séance, elle n'en voyait alors pas l'utilité dans le moment.

5) Attentes exprimées pour la 2^{ème} séance d'hypnose

Les attentes exprimées sont très variées.

Mme A. souhaite « être plus attentionnée aux détails de la vie quotidienne, ne pas se mettre en colère pour des détails (chambre de ses enfants adolescents), amener plus de calme à la maison, prendre plus soin de moi, faire plus de balades et peut-être de nouvelles choses ».

Mme G. se sentait très bien la veille et le jour de l'intervention. Le stress est réapparu le lendemain de l'intervention. Elle souhaite « se relaxer, et être bien avec la prothèse ».

Mme H. souhaite être « moins irritable et moins s'énerver pour des bêtises ».

Mme I. « moins fumer, moins m'énerver pour rien, être moins agressive, plus décontractée, plus à l'écoute, passer des moments complices avec mon ami ».

Mme G. souhaite « être plus détendue, faire de la pêche, plus de vélo ». « Certaines personnes à l'extérieur s'en apercevraient, je serais plus souriante, plus aimable. [...]. Ça vaudrait le coup de sortir maintenant que c'est le printemps ».

6) Type de séance réalisée

Le tableau suivant indique les différents types de séance réalisés, avec les thèmes associés.

	1ère séance	2ème séance
Mme A.	-	Lieu sûr
Mme B.	Discussion	-
Mme C.	Discussion	-
Mme D.	Relaxation	-
Mme E.	Lieu sûr	Voyage
Mme F.	Lieu sûr	Voyage
Mme G.	Lieu sûr	Rossi
Mme H.	H. Conversationnelle	Voyage
Mme I.	Lieu sûr	Voyage
Mme J.	Rossi	Voyage

Lors de la deuxième séance, la majorité des patientes ont pu bénéficier d'un type de séance que nous appelons « voyage », faisant référence à une anticipation de l'avenir.

Nous donnons ici un exemple de ce type de séance, inspiré par le Dr Souchu Valérie.

Alors vous pouvez vous concentrer sur votre respiration... C'est bien... Vos narines... sentent l'air... qui rentre... et qui sort... tout doucement... confortablement... et c'est agréable... de sentir... cet échange... entre vous... et le monde extérieur... Vos pieds... reposés au sol... et vos jambes... vos cuisses... votre dos... sont confortablement... installés... Vos épaules... sont détendues... et peut-être... sentez-vous cette détente... gagner tout votre corps... jusqu'au bout des doigts... Et tandis... que votre esprit conscient... veille sur votre corps... détendu... votre esprit inconscient... peut partir... en voyage... en avant... dans le temps... vers un futur... où vous êtes guérie... vers un futur... où vous vous sentez bien... avec votre famille... et vos amis... Peut-être... un voyage... en montgolfière... Une montgolfière magique... à travers le temps... C'est une belle montgolfière... avec un grand dessin... sur toute la toile... Peut-être... un dessin... qui représente... votre famille... comme un signe... de reconnaissance... Et votre esprit inconscient... guide... la montgolfière... Peut-être... quand votre esprit conscient... est prêt pour commencer ce voyage... L'important... est d'être confortable... et d'appriivoiser cette montgolfière... et elle s'envole... tout doucement... sans s'élever trop haut... à la juste hauteur... afin que votre esprit inconscient... apprenne... à bien la piloter... Et peut-être... vos yeux... voient-ils... le bleu du ciel... et vos joues... sentent-elles... la chaleur... des rayons du soleil... Et c'est si bon... d'apprendre... à piloter... cette montgolfière... pas de trop haut... juste à la bonne hauteur... pour se sentir confortable... Et peut-être... un de vos doigts... peut me faire signe... quand votre esprit inconscient est confortable... C'est bien... Alors... doucement... vos yeux... voient au loin... un petit nuage... et votre esprit inconscient... franchit... avec agilité... le petit nuage... c'est bien... Vos joues... sentent le soleil... et c'est si agréable... Puis... vient une brise fraîche... un peu plus de vent... et vos yeux... aperçoivent... un nuage gris... et il va falloir... prendre de l'altitude... pour franchir... ce nuage gris... Et peut-être... jeter... quelques sacs... de sable... accrochés... à la nacelle... afin... de prendre... de l'altitude... nécessaire... Et vous vous sentez... confortable... Et quel spectacle... de voir gronder l'orage... alors... que vous êtes en sécurité... juste au dessus... des nuages... C'est bien... Le ciel s'éclaircit... après la pluie... et vos yeux... voient cet arc-en-ciel de lumière... et vos yeux... voient des lumières... des couleurs... des paysages... qui vous apaisent... Et votre esprit inconscient... quitte cette montgolfière... et vous descendez... doucement... vers ce paysage... ce lieu... où vous vous sentez... en sécurité... Quel beau voyage... Vos oreilles... entendent... des sons familiers... extrêmement agréables... et votre corps... est confortable... Et peut-être... faites-vous... une activité... qui vous tient à cœur... C'est bien... Et progressivement... la montgolfière atterrit... dans ce lieu intime... ce lieu... qui vous appartient... Et quand vous saurez... que vous pourrez... refaire ce voyage... chaque fois... que votre esprit conscient... ou que votre esprit inconscient en aura besoin... afin de vous sentir... plus confortable... avec vous-même... et avec les autres... Et je ne sais... qui verra... le plus petit changement... ni quand... il surviendra... Et quand votre esprit inconscient et conscient... saura... qu'il peut vous aider... à faire ce voyage... alors... vous pourrez bouger vos pieds... vos oreilles, vos mains et votre tête, prendre une grande respiration et revenir dans cette pièce. Et si ça revient trop vite, on peut repartir et revenir plus doucement.

E. VECU SUBJECTIF DES PATIENTES

Nous avons remis à chaque patiente, après le 2^{ème} entretien, un « questionnaire sur l'utilisation de l'hypnose ». Ce questionnaire a pu être complété par 9 patientes sur 10, sauf par Mme B., patiente la plus âgée.

Ce travail a été réalisé soit par la patiente seule après la séance, soit avec la patiente à la fin de la deuxième séance, afin de recueillir des commentaires oraux, souvent peu retranscrits par écrit bien qu'ayant un intérêt certain.

Nous avons également proposé à 9 patientes sur 10, sauf la plus âgée, de compléter un questionnaire similaire à nous ré-adresser au moment de la consultation avec le chirurgien, soit une quinzaine de jour après l'intervention. Nous avons reçu six réponses soit un taux de 66%.

1) Connaissance et pratique antérieure de l'hypnose

4 patientes sur 9, soit 44% avaient déjà entendu parler de l'hypnose.

A la question, « Avez-vous déjà pratiqué l'hypnose ou la sophrologie ou la relaxation ? », trois patientes, Mme E., Mme F. et Mme G. ont répondu de façon positive : elles ont déjà pratiqué la relaxation, soit 33%, et une l'hypnose, soit 11%, en sus de la relaxation. Aucune n'a pratiqué la sophrologie. Pour six d'entre elles, soit 66%, cette approche est une découverte.

A noter que Mme F. en plus de la relaxation, a également fait du tai chi chuan et des séances d'acupuncture. Mme A. et Mme C. ont pratiqué le yoga. Mme I. et Mme J. ont également déjà bénéficié de séances d'acupuncture.

	Relaxation	Hypnose	Sophrologie	Yoga	Tai Chi Chuan	Acupuncture
Mme A.	0	0	0	1	0	0
Mme B.	0	0	0	0	0	0
Mme C.	0	0	0	1	0	0
Mme D.	0	0	0	0	0	0
Mme E.	1	0	0	0	0	0
Mme F.	1	0	0	0	1	1
Mme G.	1	1	0	0	0	0
Mme H.	0	0	0	0	0	0
Mme I.	0	0	0	0	0	1
Mme J.	0	0	0	0	0	1

2) Modalités d'inclusion

La moitié des patientes a été recrutée par le Dr Testa, anesthésiste au centre.

L'autre moitié par deux des quatre infirmiers d'annonce.

La grande majorité des patientes relate avoir eu une information orale, sans information écrite.

Le rendez-vous la veille de l'intervention chirurgicale a été pris soit lors de la première consultation d'anesthésie, soit lors du rendez-vous avec les infirmiers.

Pour l'une des patientes, Mme I., ce rendez-vous a été fixé de façon exceptionnelle quatre jours avant l'intervention.

3) Motivations pour participer

Nous avons demandé aux patientes quelles étaient leurs motivations pour participer à ces deux séances d'hypnose, avant et après la chirurgie.

Les propositions écrites étaient les suivantes : participer à la recherche médicale, participer de façon active aux soins, confiance dans l'équipe soignante, diminuer le niveau d'anxiété, diminuer les effets secondaires liés à l'intervention, et autres. Finalement, les réponses spontanées des patientes ne correspondaient pas à cette liste d'items. Nous avons donc recueilli leurs réponses spontanées.

5 patientes, soit 55%, mettent en avant leur curiosité. Mme C. explique : « *J'ai pas dit non, parfois il faut essayer, il faut voir* ». Mme J. : « *Je ne savais pas ce que j'attendais* ».

4 patientes, soit 44%, mettent en avant la « *diminution de l'anxiété* », de « *l'énerverment, de la colère* », l'une d'entre elles « *la recherche de relaxation, de bien-être* ».

4 patientes, soit 44%, se placent dans une perspective altruiste et expliquent avoir souhaité « *faire participer les jeunes, faire avancer la médecine* », « *faire évoluer les choses* », « *participer à la recherche médicale* ». Mme D. a souhaité participer car sa nièce passe au même moment sa thèse aux Etats-Unis. Elle a souhaité « *faire sa part* ».

Ainsi les trois motivations retrouvées sont : 1) la curiosité ; 2) la diminution de l'anxiété ; 3) la participation à la recherche.

	Curiosité	Diminution anxiété	Participation Recherche
Mme A.	0	1	0
Mme B.	1	0	0
Mme C.	1	0	1
Mme D.	0	0	1
Mme E.	0	1	0
Mme F.	1	0	1
Mme G.	0	0	1
Mme H.	1	0	1
Mme I.	0	1	0
Mme J.	1	1	0

4) Aide apportée par la 1^{ère} séance et commentaires sur le vécu

100% des sept patientes ayant bénéficié de deux séances d'hypnose et ayant répondu à ce questionnaire considèrent que la première séance la veille de l'intervention leur a été bénéfique.

A distance de l'intervention, 100% des six patientes ayant répondu au questionnaire déclarent avoir été aidées par cette première séance.

En quoi cette séance leur a été utile ?

Toutes les patientes ayant répondu à cette question sont citées ici.

Pour Mme C., cette séance, malgré le non accès à un état de relaxation ou à un état hypnotique, l'a aidée à être « *moins inquiète* ». A distance de l'intervention, elle ajoute : « *Cette séance m'a permis d'aborder l'intervention beaucoup plus décontractée, un mieux dans ma tête* ».

Mme D. explique : « *Je me suis sentie plus détendue après la séance* ». Sa fille relate « *J'ai vu ma maman avec un visage moins crispé* ». Après le retour à domicile : « *Cette séance m'a aidée à prendre conscience de mon corps, pour le bien-être de celui-ci avant l'intervention* ».

Mme E. décrit un intérêt : « *Après l'opération, lorsque je suis rentrée dans la chambre, je sentais que je n'allais pas bien. J'ai repensé à mon premier voyage (référence à la première séance) et cela m'a apaisée* ». Elle garde un souvenir de détente à distance.

Pour Mme F., « *Cette première séance m'a aidée à me détendre et à mieux gérer mon angoisse face à la douleur* ».

Après le retour à domicile, Mme G. explique que cette séance lui a servi à « *être plus décontractée et à mieux supporter ma douleur* ».

Mme H. explique : « *Ça m'a calmée, j'étais plus apaisée, beaucoup plus sereine. J'ai eu l'impression que les angoisses, les peurs et l'appréhension de l'opération s'étaient complètement estompées* ».

Mme I. ne décrit « *plus d'angoisse la veille de l'intervention, un bon sommeil, pas de stress au réveil, pas de douleur. L'opération s'est bien passée. Je n'ai pas été angoissée quand ils ont retiré le pansement et quand j'ai vu la cicatrice* ». A distance : « *après avoir stressé pendant des semaines avant l'opération, j'étais plutôt relax, sans angoisse. J'ai même pu dormir la veille de l'opération, alors que quelques semaines auparavant, l'idée de me faire opérer me tenait parfois éveillée une bonne partie de la nuit* ».

Enfin pour Mme J., cette première séance « *a complété ce que j'avais commencé pour me libérer de cet "état d'enfer" et d'arriver "en vol plané" pour l'opération* ». Elle se souvient : « *Cette séance a eu lieu la veille de l'intervention. J'ai abordé l'opération avec beaucoup de sérénité, sans aucune appréhension après une longue nuit excessivement calme !* ».

Les patientes ont pu commenter l'une ou l'autre des séances. De même tous les commentaires faits sont retranscrits.

Mme A. décrit une « *sensation de bien-être* ».

Mme C. a trouvé la séance « *Sympa. On a discuté librement. J'étais un peu plus calme, mais guère. C'était superficiel.* » 12 jours après l'intervention, elle explique : « *J'étais assez réticente de devoir raconter ma vie à une inconnue. Petit à petit, la conversation a été facile. J'étais très détendue de parler de mes problèmes de santé qui sont très difficiles à accepter.* ».

Mme D. a eu des difficultés à entrer dans le processus du fait de l'attente de l'infirmière : « *La veille, l'approche était intéressante mais perturbée par l'attente des différents intervenants* » (visite IDE, anesthésiste). 21 jours après l'intervention : « *J'ai retrouvé la détente du yoga, même si je commençais en fin de séance à me disperser.* ».

Mme E. : « *Durant les deux séances d'hypnose, j'ai ressenti un bien-être total, une détente maximum* ». Elle décrit 6 jours après l'intervention sa surprise qu'on puisse avoir « *osé proposer le "fauteuil noir" afin qu'elle puisse se sentir bien et se détendre totalement* ».

Mme F. : « *J'ai ressenti un apaisement profond et j'ai senti que je pouvais trouver en moi les ressources pour affronter la maladie et les traitements* ».

Mme G. dit simplement : « *très bien, très très bien* », et à 10 jours avoir éprouvé « *une sensation de détente* ».

Mme H. exprime sa « *sensibilité aux bruits* » et aurait apprécié « *une pièce plus calme, dans laquelle elle aurait pu se concentrer* ». NB : la séance a eu lieu pendant des travaux dans le service.

Pour Mme I. : « *C'est assez bluffant* ». Elle décrit bien la dissociation qu'elle a pu ressentir : « *On part vraiment. C'est comme un rêve éveillé, comme quand on lit un livre, sauf que c'est son histoire personnelle* ». A un peu plus d'un mois de l'intervention, elle relate : « *Après la première séance, je suis sortie plus détendue, moins soucieuse de mon opération prochaine. Très bon souvenir. Joli voyage.* ».

Mme J. ajoute : « *Cinq jours où je n'ai pensé à rien.* ».

5) Pratique de l'autohypnose

7 patientes ont répondu à la question : « *Avez-vous réutilisé l'hypnose pendant l'hospitalisation ?* ». Mme A., vue seulement après l'intervention n'a pu répondre à cette question. Mme B. n'a pas répondu à ce questionnaire. Mme G. non plus.

Cinq de ces sept patientes ont pu réutiliser ce qu'elles ont appris lors de la première séance.

Mme C. n'a pu, à notre sens rentrer dans le processus hypnotique, mais elle relate avoir pu réutiliser l'hypnose en dehors des séances et s'être « *vue dans son jardin par la pensée* », par exemple cet après-midi avant notre rencontre ou « *parfois le soir quand je ne dors pas ; quand je m'inquiète pour mon chien, mes moutons* ».

Mme E. explique avoir réutilisé l'hypnose « *dans un moment de souffrance morale* ».

Mme F. « *après avoir appris le résultat des analyses faites durant l'intervention* ».

Mme I. relate avoir essayé de « *repartir en Espagne le lendemain de l'opération, et après le retour à domicile* » : « *J'étais vraiment là-bas avec vous, ça s'est rajouté à mes "vrais" souvenirs d'Espagne.* ».

Mme J. a « *essayé* » une fois : « *je ne suis pas arrivée loin* », « *j'ai essayé (tentative d'induction) avec la main droite et sur le ventre* ».

Deux patientes sur sept n'ont pas réutilisé l'hypnose. Mme H. dit être trop sensible aux bruits du service pour pouvoir se concentrer.

Après le retour à domicile, seules deux patientes sur les six ayant répondu ont de nouveau pratiqué l'hypnose. Mme G. « *le soir au coucher* », et Mme I. « *un soir où je luttais contre l'envie de fumer une cigarette* ».

6) Possibilité de renouveler ce type d'expérience

A la question : « *Seriez-vous d'accord pour renouveler ce type d'expérience ?* », huit patientes sur neuf ayant répondu seraient d'accord pour renouveler l'expérience soit 88,9%. Mme J. commente : « *oui, parce que j'étais dans un état où j'en avais ultrabesoins* ».

Mme C. a répondu par la négative car elle « *a compris* ». Elle ajoute qu'elle envisage de faire de la relaxation lors de sa convalescence.

7) Suggestions pour améliorer les conditions de l'utilisation de l'hypnose dans le service

Mme E. propose « un “petit” fond musical, une petite bougie d'encens ». Elle donne des exemples : « *Musique sur le bruit des vagues et bougie parfum marin, ou musique sur les bruits de la forêt et bougie senteur des bois* ».

Mme H. aurait apprécié une « *pièce bien isolée* », Mme I. « *une salle plus cosy et moins bruyante* ». Mme J. « *un endroit plus calfeutré, plus tamisé, plus petit* », elle ajoute « *s'il y avait un fond musical, ce serait plus détendant* ».

Après le retour à domicile, Mmes E., I. et J. reprennent des suggestions similaires à celles proposées pendant l'hospitalisation.

8) Commentaires libres

Tous les commentaires des patientes sont retranscrits ici.

Voici quelques propos de la fille, infirmière, de Mme D. présente lors de la deuxième rencontre :

« *En comparant cette intervention à une précédente j'ai pu noter :*

- *avant l'intervention : plus détendue, moins crispée, visage plus “ouvert”, conversation plus aisée ;*
- *après l'intervention : beaucoup moins endormie, au téléphone la voix était plus claire. Je n'ai pas eu l'impression que l'intervention venait d'avoir eu lieu. Cette impression fut confirmée lors de ma visite. Maman était bien présente, non algique, je lui ai trouvé une “bonne mine” ».*

Mme E. écrit : « *Séances très agréables pour le malade. Cela lui permet d'oublier le (“pénible”) présent, pour partir dans un voyage très relaxant, pour un bien-être total. Expériences à continuer* ».

F. QUESTIONNAIRE POUR LES SOIGNANTS

1) Questionnaire pour les chirurgiens

Quatre des cinq chirurgiens du service ont répondu à ce questionnaire.

A la question pensez-vous que cette prise en charge puisse être efficace ?

- 1) sur l'anxiété, 100% des chirurgiens répondent oui ;
- 2) sur les douleurs, 100% des chirurgiens répondent oui ;
- 3) sur d'autres plaintes, 75% des chirurgiens répondent par l'affirmative.

Ces résultats montrent une croyance très positive sur l'impact que peut avoir l'hypnose sur ces symptômes.

Deux chirurgiens pensent que l'hypnose peut avoir un impact sur « *l'acceptation du schéma corporel* » et permet un travail « *sur l'image corporelle qui est altérée* ».

Chaque chirurgien a reçu un questionnaire personnalisé, avec le nom des patientes qu'il avait opéré. Ainsi nous avons recueilli les données de quatre chirurgiens (sur cinq), concernant huit patientes (sur dix) que nous avons pu rencontrer.

Les résultats sont donnés à titre indicatif en raison du faible échantillon.

Dans cinq cas sur huit, le chirurgien savait que sa patiente avait bénéficié de séances d'hypnose.

Les chirurgiens ont remarqué une différence subjective au bloc opératoire pour deux patientes : l'une avait « *moins d'appréhension* », la seconde « *abordait l'opération avec plus de sérénité, plus détendue* » ; pour ces deux cas, les chirurgiens savaient que la patiente avait bénéficié d'une préparation.

Ils constataient des différences postopératoires dans la moitié des cas : que ce soit à travers les paroles de la patiente (3/4), ou dans son comportement (4/4) ; là encore les chirurgiens savaient que ces patientes avaient bénéficié d'une préparation.

La moitié des patientes ont discuté avec leur chirurgien de cette prise en charge pendant l'hospitalisation.

Tous les chirurgiens pensent que pour chaque patiente prise en charge, l'hypnose a pu diminuer l'anxiété après l'opération.

Trois chirurgiens sur quatre ne savent pas si leurs patientes ont ou non rencontré l'un des psychologues du service. Le quatrième chirurgien n'est pas au courant de la rencontre entre le psychologue et ses deux patientes.

Un seul des chirurgiens a discuté de cette prise en charge avec sa patiente lors de la consultation à distance de l'intervention. Il en est ressorti une « *meilleure acceptation de la situation par la patiente* ». Ce chirurgien pointe la différence entre « *une diminution des plaintes* » et « *une meilleure acceptation* ».

Voici les réponses recueillies à la question : « *A priori, il semble difficile, lors d'une consultation de chirurgie de proposer une préparation en vue de l'opération. Qu'en pensez-vous ?* ».

Pour l'un des chirurgiens, c'est effectivement un exercice difficile, « *car il y a beaucoup d'informations à donner à la patiente qui est déjà souvent peu réceptive du fait du choc de l'annonce* ».

Trois chirurgiens répondent par la négative. Pour le 1^{er} : « *Non, je leur en parle systématiquement* ». Pour le 2^{ème} : « *Non, nous devons proposer tout ce qui peut potentiellement aider le patient dans ce parcours pénible et traumatique* ». Pour le 3^{ème} : « *Non, cela ne semble pas difficile couplé à la consultation d'anesthésie* ».

Voici les suggestions émises. L'un propose de pouvoir en parler lors de la consultation infirmière. Un autre propose « *d'en parler de façon plus systématique* » et souhaiterait « *être prévenu quand une patiente doit bénéficier de cette préparation à la mastectomie par l'hypnose afin d'être alerté et de pouvoir en parler avec la patiente si elle ne le fait spontanément* ». Un 3^{ème} attend nos retours pour améliorer « *cette prise en charge innovante* ». L'un d'entre eux insiste sur le fait que d'un point de vue scientifique, il faudrait « *faire une succession d'interventions avec et sans hypno-préparation pour constater une "différence" quand il s'agit d'une intervention unique* ».

2) Questionnaire pour les anesthésistes

Le questionnaire a été plus difficile à compléter par les anesthésistes du fait de l'organisation du service : le patient peut être vu en consultation préopératoire et être pris en charge le jour de l'intervention par un anesthésiste différent. Il peut également rencontrer un autre anesthésiste pendant l'hospitalisation.

La moitié des anesthésistes, soit trois sur six, a répondu à ce questionnaire. Les résultats ne sont donc pas significatifs.

Ces trois anesthésistes ont eu des patientes ayant bénéficié de deux séances d'hypnose.

Seul l'un des trois, le Dr Samia Testa, a eu un échange avec une ou plusieurs patientes à propos de ces séances.

Deux anesthésistes sur trois ont remarqué des différences subjectives : l'un « *une prise de conscience différente, moins d'anxiété, une satisfaction de se voir proposer quelques chose de différent et d'y participer* » ; l'autre « *plus de sérénité, moins d'anxiété en préopératoire* ».

Dr Testa se rappelle particulièrement une patiente et a constaté une « *prise de conscience différente, une patiente contente, souriante* ». Elle ne sait si la patiente a rencontré l'un des psychologues.

A la question : « Pensez-vous que cette prise en charge puisse être efficace ? »

- 1) sur l'anxiété, 100% des anesthésistes répondent oui ;
- 2) sur les douleurs, 100% des anesthésistes répondent oui ;
- 3) sur d'autres plaintes, 33% des anesthésistes répondent par l'affirmative.

3) Questionnaire pour les infirmiers d'annonce

Les infirmiers d'annonce ont pu proposer cette préparation à la chirurgie pour les femmes allant subir une mastectomie. Ils ont ainsi pu recruter des patientes pour notre protocole, mais également pour le Dr Testa, anesthésiste, pratiquant l'hypnose, pour préparer les patients à d'autres types d'intervention.

Cette équipe se compose de quatre infirmiers. Pour la période nous concernant, deux infirmières ont recruté des patientes.

L'une des infirmières a eu environ 10% de refus, certaines patientes avançant qu'elles n'en avaient « *pas besoin* », d'autres « *n'ont pas accroché* ». La seconde infirmière n'a pas eu de refus. La troisième, ayant recruté des patientes après notre période d'inclusion, a eu environ 20% de refus. L'une de ces patientes se sentait détendue et ne pensait pas en avoir besoin. La seconde avait peur d'une désorganisation de son arrivée dans le service.

A la question « *A qui proposiez-vous l'hypnose parmi les patientes allant subir une mastectomie ?* ». La première infirmière répond : « *A toutes, sauf aux patientes dispersées, trop perturbées, ou avec des difficultés de concentration* ». Elle a également proposé à toutes les patientes une rencontre avec un psychologue. La seconde infirmière a proposé ces deux séances « *en fonction de l'anxiété que je pensais percevoir et au "feeling" en me disant "celle-ci me paraît une bonne candidate et l'hypnose devrait lui apporter quelque chose"* ».

La feuille d'information a très peu été utilisée. La première infirmière l'a donnée à certaines, pas à d'autres par oubli. La seconde ne l'a pas utilisée « *parce que dès que j'ai proposé l'hypnose et expliqué, cela a semblé suffisant et la patiente a été intéressée.* ».

L'une des infirmières a expliqué comment elle proposait ce type de prise en charge : « *Pour dire vrai, sans explications, l'hypnose est de prime abord entendue comme "manipulation" ou "spectacle". Sans autres explications, il y a fort à penser que nous aurions eu peu de réponses favorables. Ce qui a pu jouer, je crois, c'est notre fort appui, et notre agréable découverte de cette pratique. Je pense que nous avons accueilli favorablement et très sincèrement cette pratique et que donc nous avons su le faire passer.* ».

Trois infirmières d'annonce (sur quatre) ont répondu à la question « *Pensez-vous que cette prise en charge puisse être efficace ?* »

1) sur l'anxiété, 100% des infirmières d'annonce répondent oui ;

2) sur les douleurs, 100% des infirmières d'annonce répondent oui ;

3) sur d'autres plaintes, 100% des infirmières d'annonce répondent par l'affirmative. Elles précisent : « *sur le stress, le mal-être* », « *sur la perturbation de l'image corporelle, le deuil de la perte, le chagrin* », une autre précise la temporalité « *lors de stress invasif, ou postopératoire* ».

Voici les suggestions émises. L'une des infirmières demande « *plus de formation d'infirmières et de médecins afin d'augmenter l'utilisation de l'hypnose dans le service* ». Une autre formule : « *Pour que l'hypnose soit proposée à l'ensemble des patients, il faudrait que plusieurs d'entre nous (médecin, infirmières, pourquoi pas aides-soignantes) y soit formés). [...] Dans l'absolu, il faudrait une salle mieux équipée qui invite davantage à la détente (surtout pour les patientes en chambre double).* ». Une dernière pointe la nécessité de trouver « *un horaire idéal où la vie hospitalière se calme et où le patient est posé. [...]. L'idéal serait d'avoir toujours "sous la main" quelqu'un pour dispenser une séance... !! [...]. De pouvoir bénéficier d'une séance, "essayer" pas uniquement la veille du bloc.* ».

Voici l'observation d'une infirmière d'annonce, à noter qu'elles sont également infirmières dans le service : « *Les patientes qui ont eu des séances d'hypnose étaient ravies, ont été rassurées, plus détendues. Elles se sentaient mieux après les séances* ».

Après cet exposé des résultats globaux, nous proposons de détailler deux séances consécutives, avant et après l'intervention chirurgicale, pour deux patientes, afin de mieux percevoir l'interaction entre patiente et thérapeute au cours du processus thérapeutique.

G. EXEMPLE DE MME I.

1) 1^{ère} séance quatre jours avant l'intervention

La première séance a eu lieu de façon exceptionnelle quatre jours avant l'intervention, son admission étant programmée un dimanche.

Mme I. est une jeune femme de 28 ans, en couple depuis une dizaine d'année, sans enfant. Son cancer a été diagnostiqué six mois plus tôt devant une douleur mammaire et la palpation d'une « boule ». Dans le mois suivant, elle a été licenciée. Elle est en arrêt de travail depuis quatre mois. Elle se décrit comme une femme active à la maison, réalisant de la céramique, allant à la piscine, aimant la lecture, regarder la télévision, rencontrer ses amis – surtout le week-end – et appréciant les concerts.

Plus jeune, elle a été opérée des dents de sagesse, sans douleur particulière dans les suites.

Elle décrit plusieurs dépressions « cycliques » depuis « l'école primaire, quand elle est fatiguée ». Elle a déjà pris des médicaments pour le sommeil et contre l'anxiété. Elle décrit actuellement des troubles du sommeil, mais ne consomme pas de psychotrope.

Elle consomme environ une vingtaine de cigarettes par jour, de l'alcool de façon festive et a consommé du cannabis en début de chimiothérapie. Elle a remarqué son efficacité sur les nausées et l'appétit. Elle avait arrêté ses consommations de cannabis il y a environ sept ans devant des phénomènes anxieux invalidants.

Elle a également bénéficié d'une séance d'acupuncture en début de chimiothérapie, mais n'a pu poursuivre en raison du coût financier.

A la question « quels sont les soucis/difficultés actuel(le)s », Mme I. exprime son appréhension de l'intervention : « On m'enlève un sein. Mon copain ne va pas supporter une copine qui n'a plus de sein, plus d'ongles, plus de cheveux. ».

Sur l'HADS, le score anxiété est de 6 et le score dépression de 3, résultats semblant être, pour le thérapeute, sous-estimés. Sur l'EVA, elle cote son anxiété à 5/10 et l'intensité de sa douleur à 0 sans retentissement sur son quotidien.

Voici ses attentes concernant la séance d'hypnose : « Je souhaite arriver zen dimanche soir, pour que l'opération se passe au mieux. Je souhaite moins fumer, et moins casser les pieds à mon ami. Je regarderai le catalogue avec les prothèses ».

Séance d'hypnose ensuite réalisée :

Vous pouvez vous concentrer sur ma voix. Vous pourrez également entendre les bruits extérieurs et vous pourrez ou les laisser passer ou ils peuvent vous aider à mieux vous concentrer sur vous-même. Si vous êtes mal installée, n'hésitez pas à bouger et à vous réinstaller de façon plus confortable. Si ça vous gratte le nez ou que vous avez envie de vous moucher, n'hésitez pas. Si vous souhaitez que l'on arrête l'exercice, dites-le moi. A tout moment nous pouvons nous parler. D'accord ? Ok

Alors, je vous propose de vous installer confortablement. Voilà, c'est bien. Et vous pouvez vous concentrer sur les sensations que vous avez dans les mains... Et quand vous sentirez... une différence de chaleur entre les deux mains... peut-être l'une un peu plus chaude... ou l'autre un peu plus froide... alors... l'un de vos doigts peut bouger pour me faire signe... et peut-être... voilà... vos yeux se ferment... pour bien vous concentrer... très bien... Alors... C'est bien... Votre corps s'installe très confortablement... Vos pieds sur le sol... le contact avec les chaussures... et peut-être... la chaleur de votre main... se diffuse doucement... dans le bras... les épaules... le cou... le visage... Votre bras... votre deuxième main... le dos... les cuisses... les genoux... les mollets... Une température juste confortable... Votre main droite... peut apprendre beaucoup de choses... à votre main gauche... et votre main gauche... peut apprendre beaucoup de choses... à votre main droite... Et vos mains... se rassemblent (déjà fait)... et apprennent beaucoup ensemble... C'est bien... Et peut-être... des images... des souvenirs... d'un lieu... où vous vous sentez si confortable... arrivent... Et votre esprit inconscient... peut voyager... vers ce lieu... de sérénité... Et peut-être... l'un de vos doigts... peut me faire signe... quand vous êtes... dans ce lieu... cet endroit de confort... agréable... Vous pouvez garder vos yeux ouverts ou fermés comme c'est le plus confortable...

- Je n'arrive pas à aller dans un endroit
- Ah oui. Dans quel endroit aimeriez-vous aller ?
- Dans une piscine naturelle
- Dans une piscine naturelle
- Oui, dans la mer
- D'accord
- Alors vous pouvez prendre votre temps et me dire où vous en êtes

Peut-être... votre corps retrouve des sensations... ou des images... ou encore des bruits... et vos mains sentent... touchent... ou palpent... C'est bien... Et c'est si agréable... de se sentir confortable... en sécurité... et de profiter... de ce moment de confort... dans tout votre corps... Et votre corps... est confortable... dans une position agréable... et il peut se mouvoir... afin d'être juste bien... A chaque fois que votre esprit conscient ou que votre esprit inconscient... en aura besoin... alors... vous pourrez prendre un tapis magique... ou un moyen de transport plus classique... ou plus extraordinaire encore... afin de profiter de ce moment... De sécurité... A chaque fois que vous en aurez besoin... Et je ne sais... qui verra en premier... le changement... votre ami... vos parents... vous... votre sœur... ou une autre personne encore... et vous pourrez... chaque fois que nécessaire... revenir dans ce lieu de sécurité... Et quand vous aurez suffisamment profité de ce moment... alors vous pourrez bouger vos pieds et vosorteils et prendre une grande respiration... avant d'ouvrir les yeux et de revenir dans cette pièce pour vous étirer...

- Voilà, étirez-vous bien, vous pouvez bâiller... Vous êtes bien dans la pièce
- J'étais dans l'eau chaude, je voyais les poissons
- Très bien

Revenez bien dans cette pièce, votre voiture est sur le parking visiteur (amnésie), et vous allez repartir.

En fin de séance, la patiente ne ressent plus d'anxiété.

2) 2^{ème} séance, après l'hospitalisation

La deuxième séance a eu lieu, là encore de façon exceptionnelle, environ quinze jours après l'intervention. La patiente a en effet souhaité ne plus être hospitalisée dès que possible. Cette hospitalisation lui était très difficile, ce qui était perçu dans le service. Nous lui avons proposé comme convenu une deuxième rencontre, malgré la fin de l'hospitalisation. Elle a fait 150 km aller-retour pour revenir en externe pour notre deuxième rencontre.

Voici son témoignage à son arrivée : « J'avais peur de me faire opérer, de l'anesthésie, du fait qu'on m'enlève un sein. Je ne pensais pas que ça pouvait bien se passer six mois avant. La veille de l'opération, ça allait, j'y suis allée toute cool, confiante. Du coup, ça c'est bien passé. J'ai pu dormir avant. La tumeur n'est plus là, c'est cool. ».

Elle évoque ses préoccupations actuelles : la radiothérapie prévue cinq semaines plus tard. La veille, elle a rencontré le radiothérapeute qui l'a rassurée, elle a pu lui poser toutes les questions qu'elle souhaitait.

Une douleur de type neuropathique est apparue « sous le bras » après le retour à domicile, avec gêne fonctionnelle.

Comme lors de la première séance, nous observons une tendance à la minimisation de l'anxiété perçue par la patiente. Dans le moment présent, elle cote son anxiété à 0 sur 10. Après discussion, elle décrit une anxiété moyenne de 2/10 avec quelques pics à 8/10. La patiente n'est pas douloureuse lors de notre rencontre.

Mme I. souhaite arrêter de consommer du tabac : « L'hypnose diminue l'anxiété et je fume quand j'angoisse, je suis nerveuse de caractère ».

A la question : « Que vous permettrait une amélioration dans la vie de tous les jours ? », Mme I. répond : « Je fumerais moins, je m'énerverais moins pour rien. Je serais moins agressive, plus décontractée. Je dialoguerais plus avec mon ami, je serais plus à l'écoute, nous passerions des moments plus complices. ».

Séance d'hypnose ensuite réalisée :

- Alors Mme X, vous me disiez que le contact était quelque chose d'assez agréable pour vous, nous avons démarré ainsi la dernière fois, et ça vous avait bien convenu
- oui, c'était bien
- Alors vous pouvez vous installer de façon bien confortable. Vous connaissez les bruits du service. Vous pouvez vous concentrer sur ma voix et n'écouter que ce qui est utile pour vous, ce qui vous fait du bien, d'accord ?
- Ok

Je vous propose de vous concentrer sur la paume de vos mains. Et, au moment où vous sentirez, une paume un petit peu plus chaude, alors vos yeux pourront se fermer... C'est bien... Vous pouvez sentir... cette petite dose de chaleur... se répandre... dans toute votre main... très progressivement... et qui va gagner votre bras... votre épaule... et progressivement... diffuser... dans le haut de votre corps... cette chaleur... juste confortable... et dans tout le reste du corps... jusqu'au bout des pieds... Et quand votre corps... baignera dans cette chaleur... alors... vos mains pourront se rejoindre... C'est bien... Et vous profitez de cette chaleur... cette juste température du corps... que vous pourrez retrouver... chaque fois que vous en aurez besoin... juste en pensant... à un peu de chaleur... dans la paume... d'une de vos mains... Et cette chaleur... vous apaise... Et peut-être... votre esprit inconscient... peut partir... en promenade... à la campagne... ou dans les bois... ou à la mer... ou dans tout autre endroit confortable... Et vos yeux... voient des arbres... de l'herbe... peut-être verte comme le printemps... des tournesols jaunes, peut-être déjà orangés... comme après un bon coup de soleil... Et vos jambes déambulent... vos oreilles entendent les bruits de la nature... Et peut-être... rencontrez-vous un arbre... tombé à terre... Et vos jambes... le franchissent et continuent la promenade... Et c'est si agréable de sentir le soleil... qui chauffe vos joues... le ciel est bleu... et le soleil irradie de couleurs... et vous courez de bonheur... et vous courez de joie... Et c'est si agréable... Et votre visage rit même... d'être tombée à terre... après avoir tellement couru... Et votre esprit inconscient sait que votre corps... peut se remettre de cette chute... à votre rythme... en prenant soin de lui... et vous vous relevez dans cet endroit que vous appréciez tant... et la chaleur... irradie dans votre corps... et votre cœur... Et c'est si agréable... de pouvoir sentir la chaleur... de votre corps... à chaque instant où vous en avez besoin... La chaleur qui réveille... la chaleur de votre corps... une chaleur saine... dont vous pouvez bénéficier... chaque fois que vous en aurez besoin... en serrant très fort... la paume de l'une de vos mains... Et vous évitez... soigneusement... la petite zone... marécageuse... pour continuer votre promenade... Et c'est si agréable... Et vous pouvez profiter de cet instant...

En fin d'entretien, la patiente se dit à « -1 » sur l'échelle d'anxiété.

Questionnaire sur l'utilisation de l'hypnose

Mme I. connaissait l'hypnose, sans l'avoir déjà pratiquée avec un thérapeute. Ces séances lui ont été proposées par une infirmière du dispositif d'annonce. Elle avait rencontré au CLCC une patiente ayant bénéficié d'une hypnosédation et très satisfaite de son intervention. Mme I. a accepté ces séances afin de pouvoir diminuer son niveau d'anxiété. Après la séance, elle commente : « *C'est assez bluffant. On part vraiment, c'est comme un rêve éveillé, comme quand on lit un livre, sauf que c'est son histoire personnelle.* ».

La première séance l'a aidée : « *Il n'y avait plus d'angoisse la veille de l'intervention, j'ai bien dormi, pas de stress au réveil, pas de douleur. L'opération s'est bien passée. Je n'ai pas eu d'angoisse quand ils ont retiré le pansement, ni quand j'ai vu la cicatrice.* ».

Mme I. a réutilisé l'hypnose en dehors des séances : « *J'ai réessayé de partir en Espagne le lendemain de l'opération, et après le retour à la maison. J'étais vraiment là-bas avec vous. Ça s'est rajouté à mes "vrais" souvenirs d'Espagne.* ». Elle qualifie cette expérience de « *stupéfiante* ».

Pour améliorer les conditions d'utilisation de l'hypnose dans le service, cette patiente propose « *une salle plus cosy et moins bruyante* ».

Questionnaire après le retour à domicile

Ce questionnaire a été complété un peu plus d'un mois après l'intervention. Mme I. commente à distance sa première séance : « *Je suis ressortie plus détendue, moins soucieuse de mon opération prochaine. Très bon souvenir de la séance. Joli Voyage.* ».

Elle explique en quoi cette première séance l'a aidée : « *Après avoir stressé pendant des semaines avant l'opération, le week-end précédent, j'étais plutôt relax, sans angoisse. J'ai même pu dormir la veille de l'intervention, alors que quelques semaines auparavant, l'idée de me faire opérer me tenait parfois éveillée une bonne partie de la nuit* ». Sa deuxième séance a été une « *jolie promenade* ».

Elle a pu réutiliser l'hypnose un soir où elle luttait contre l'envie de fumer une cigarette. Elle serait d'accord pour renouveler l'expérience. Elle propose quelques améliorations à apporter : « *Je pense qu'il faudrait un espace plus adapté : un espace moins bruyant et peut-être avec des fauteuils plus confortables.* ».

Son commentaire libre est le suivant : « *Je tiens à vous remercier de m'avoir fait profiter de cette expérience. J'en suis très satisfaite et je la recommanderai.* ».

H. EXEMPLE DE MME J.

1) La consultation d'annonce

Mme J., 70 ans, se présente sur la défensive dès son arrivée. Elle consulte suite à une récurrence de cancer du sein. Quelques années auparavant, elle avait bénéficié d'une chirurgie conservatrice et d'une radiothérapie pour un carcinome canalaire infiltrant unilatéral. C'est une patiente divorcée, vivant seule à domicile, ayant deux fils dont un à l'étranger et le second habitant non loin de chez elle. Son discours et son comportement sont déstabilisants et l'entretien est difficile à « canaliser » et à orienter vers le geste opératoire, la patiente relatant ses contacts difficiles avec le corps médical, et faisant des commentaires sur les améliorations à apporter. Le ton est souvent critique avec un certain degré d'ambivalence voire même de paradoxes. En fin d'entretien, peuvent être évoquées l'hospitalisation, les prothèses, la lingerie. La patiente accepte la séance d'hypnose proposée assez facilement. Elle prendra rendez-vous avec le psychologue du service.

2) 1^{ère} séance la veille de l'intervention

Mme J. retrouve facilement ses repères dans la salle, s'installant rapidement dans une position peu habituelle sur le canapé. Se mêlent alors de façon très ambivalente une grande réticence ainsi qu'une grande curiosité. Le contact est aisé, elle répond facilement aux questions, tout en protégeant son intimité. Elle exprime apprécier d'être en chambre seule.

Mme J. a déjà subi cinq interventions sans rapport avec la maladie (3 interventions orthopédiques, 1 appendicite et 1 tumeur osseuse bénigne 20 ans auparavant). Elle souffre régulièrement de douleurs dorsales. Elle ne se souvient pas de douleurs postopératoires.

Elle relate avoir déjà fait une dépression il y a une dizaine d'années et avoir alors refusé le traitement antidépresseur. Elle a suivi un long moment un traitement par témesta. Depuis 6 mois, elle se sent de nouveau « très mal ». Elle présente des troubles du sommeil et bénéficie depuis 1 mois de bromazépam ($\frac{1}{4} - \frac{1}{4} - \frac{1}{2}$) pour mieux dormir et apaiser son état « *d'énervement* ». Elle consomme du whisky « *pour le plaisir* » sans qu'il semble y avoir de dépendance.

Mme J. se décrit comme une femme active, appréciant le jardinage, la pêche, le milieu associatif, la photographie, la réalisation de diaporama... mais pas le ménage « *je me laisse vivre* ».

Elle s'intéresse aux médecines naturelles et notamment à l'acupuncture très régulièrement, elle apprécie également les tisanes.

A la question « quels sont les soucis/difficultés actuel(le)s », Mme J. explique ses problèmes avec le nouveau propriétaire, sa maison étant en vente. Il semble s'agir d'une affaire très complexe la mettant à mal sur le plan émotionnel. Puis elle ajoute : « *pourvu que je me réveille* ».

Sur l'HADS, le score anxiété est de 15 et le score dépression de 9, résultats en accord avec le ressenti du thérapeute. Elle cote son anxiété à 2,5/10 et l'intensité de sa douleur à 0,5 sans retentissement sur son quotidien.

La patiente ne sait ce qu'elle attend de la séance. Peut-être « *me détendre avant l'anesthésie* », même si elle se sent plus détendue que quelques jours auparavant. Elle ajoute être « *très frustrée de ne pas avoir son petit déjeuner* » le jour de l'intervention.

A la question : « que vous permettrait une amélioration dans la vie de tous les jours ? », elle répond « rien de spécial ». Puis « je me laisserais vivre. Ça m'arrangerait », « Je n'éprouverais plus de colère, je ne me lèverais pas de bonne heure, je flânerais, je ferais le tour du jardin, j'aurais plus le sourire, je parlerais plus ».

Séance d'hypnose ensuite réalisée :

Préliminaires :

- Thérapeute : Alors quel est le principe ? Ma voix vous accompagne durant la durée de cet exercice. A tout moment vous pouvez parler ou dire où vous en êtes si vous le souhaitez. Et si vous souhaitez que l'on arrête, n'hésitez pas à me faire un signe de la main ou à me le dire.
- Patient : Mmh
- T : Si vous êtes mal installée ou dans une position douloureuse, n'hésitez pas à bouger pour vous mettre dans une position de confort. Vous pouvez entendre des bruits du service, et alors vous pouvez en profiter pour vous recentrer plus sur vous-même. Ok
- P : Mmh (d'approbation)
-

Préalables :

- T : Aimez-vous écouter de la musique Mme J. ?
- P : Oui
- T : Qu'écoutez-vous comme musique ?
- P : Bah, il n'y a pas mal de choses. Alors je vais vous dire ce que je n'aime pas.
- T : Alors, non. (rires) On va faire le contraire. Pouvez-vous penser à une musique que vous aimez ?
- P : Est-ce que je peux penser... ?
- T : A une musique que vous appréciez
- P : J'aime bien la flûte de Pan
- T : D'accord
- P : J'aime bien des musiques anti-stress
- T : D'accord
- P : J'aime bien la pastorale de Beethoven, les choses qui sont calmes comme ça
- T : D'accord
- P : Qui permettent d'ouvrir l'horizon en plus
- T : D'accord, très bien
- P : Je n'aime pas du Wagner, ça m'énerve
- T : Ce n'est pas votre genre
- P : Non ce n'est pas mon genre
-

1^{ère} tentative d'induction :

- T : D'accord. Pouvez-vous repenser à l'une de ces musiques ? ... Est-ce quelque chose de faisable ? Essayez de vous imaginer l'une de ces musiques
- P : Oh, je me souviens très bien d'une musique qui s'appelle, heu, le rayon vert, je crois et c'était une histoire de personnes âgées, c'était un film complètement macabre, où on utilisait en fait les corps des personnes âgées pour fabriquer du savon
- T : C'est terrible, ça, comme histoire que vous racontez, Mme J.
- P : Mais en fait, si vous voulez, on emmenait ces personnes dans une pièce et on leur demandait quelle musique elles aimait, ça m'a beaucoup frappée, qu'est-ce qu'elles aimeraient entendre comme musique. Et il y avait la 5^{ème} avec un énorme écran, avec un grand champ de fleurs avec des biches, des cerfs, des choses comme ça, c'était magnifique. La flûte de Pan, bah, ça me fait penser, bah, je n'aime pas tellement la montagne, mais ça me fait penser plutôt au Mexique, aux choses comme ça. Ça peut aussi me faire penser, la musique grecque, ça aussi j'aime bien. Parce qu'il y a la mer, c'est quelque chose que j'aime bien. Il y a aussi la musique anti-stress, alors là ça me fait penser... J'ai fait plusieurs cures de thalassothérapie, et il y a des salles de repos et il y a une musique de fond comme ça, avec une odeur d'essence de pin. Et ça c'est quelque chose de délassant au possible
- T : Ok. D'accord. C'est intéressant tout ça
- P : Bah, j'ai pas dit le contraire

- T : C'est intéressant. Tout ça ce sont des choses qui vous ressourcent. Vous arrive t-il d'écouter une de ces musiques chez vous ?
- P : Oui. Assez fort. J'aime beaucoup Pavarotti aussi par exemple. Ça me sert quelquefois les jours de cafard, ou les jours où ça ne va pas tellement, je mets Pavarotti, et alors là... Autant j'aime moins José Carera ou les autres, autant lui, j'écouterai des heures... et je chantonne vaguement en même temps, et ça me permet de m'évader...
- T : Excellent, excellent...
- P : Mais par contre, je n'aime pas tellement écouter un chanteur. Mais j'écoute Nana Mouskouri par exemple, mais..., je dois avoir Sardou, Aznavour, mais c'est à peu près tout.

2^{ème} tentative d'induction :

- T : Très bien. Pouvez-vous mettre vos deux mains sur votre ventre ? ... et vous concentrer sur votre respiration.
- P : La respiration abdominale ?
- T : Oui, voilà c'est bien. Comme ça vous sentez votre ventre qui gonfle
- P : Bah oui, je respire par le ventre
- T : Voilà. Ça peut être très bien et très détendant
- P : Ah bon
- T : Ça dépend des personnes
- P : Oui, en fait je ne respire pas tellement par les poumons
- T : Est-ce que ça vous fait du bien ?
- P : J'ai pas réfléchi au problème.
- T : D'accord. Vous pouvez ne pas réfléchir aux problèmes et rester dans cette position si c'est confortable pour vous. Vous pouvez garder les yeux ouverts ou fermés comme vous êtes le plus à l'aise
- P : Par contre... je ne peux pas vous dire que ça manque de musique. Il y aurait de la musique, ça serait bien là.
- T : Oui, ce pourrait être une idée. Vous pourriez vous le faire vous-même. Ça peut être important pour les patients qui aiment la musique. N'hésitez pas si vous avez besoin à amener un casque pour écouter de la musique, une musique qui vous plaît particulièrement, et à partir dans des souvenirs agréables.
- P : J'aurais pu emporter un casque, un lecteur de CD
- T : Ça fait partie des choses que vous pouvez amener
- P : J'espère bien ne pas revenir...

Travail avec la résistance et induction « à la Rossi »

- T : C'est ce qu'on peut vous souhaiter. D'accord. J'ai l'impression que pour vous, c'est important de bien comprendre le phénomène et de bien saisir ce qui se passe. Est-ce que c'est comme ça que vous percevez les choses ?
- P : Oui
- T : C'est difficile de se laisser aller
- P : C'est pas la peine de me raconter d'histoires.
- T : Voilà
- P : Et comme je n'ai personne autour qui pourra encaisser ce qui va se passer, j'aime mieux le savoir, moi.
- T : Voilà
- P : Et préparer mes affaires
- T : Tout à fait
- T : Etes-vous d'accord pour que je vous propose quelque chose ? Pouvez-vous mettre les mains comme ça ?
- P : Je suis mal assise, non ? (patiente de travers, dit que c'est mieux pour son dos)
- T : L'important est que vous vous sentiez bien. Il n'y a pas de bonne manière d'être, l'important c'est celle qui vous rend confortable. Alors je vous propose un exercice... car j'ai l'impression que pour vous c'est important de comprendre, de penser aux problèmes et aux solutions. C'est vous qui faites le travail. D'accord ?
- P : Si tous les problèmes avaient des solutions.
- T : Alors, écoutez. Si votre esprit conscient et votre esprit inconscient sont prêts à faire le travail...
- P : Je ne suis pas sûre. J'ai l'impression que mon esprit résiste un peu.

- T : Alors ça fait partie des choses qui peuvent arriver, et dans ces cas il faut prendre son temps, et ne pas faire avant de se sentir confortable. On n'est pas là pour faire des choses contre vous. C'est pour cela que je vous propose un exercice qui vous permet de vous-même contrôler les choses. C'est seulement si votre esprit conscient et votre esprit inconscient sont prêts à le faire, et au moment où vous vous sentez prête à le faire, vos yeux peuvent se fermer, mais si vous ne le souhaitez pas, on peut ne pas le faire.
- P : Allez-y, allez-y, mais je ne sais pas quelles questions...
- T : D'accord. Donc, si votre esprit inconscient est prêt à faire ce travail, alors vous pouvez fermer les yeux.
- P : Euh...
- T : Si vous êtes prête à faire ce travail, alors vous pouvez fermer les yeux.
- P : Mais par contre, arrangez-vous pour que je vous entende... (*accord de la patiente*)
- T : D'accord, je vais parler plus fort. Dès que votre main droite... est prête à examiner tous les problèmes qui vous posent souci en ce moment... alors elle pourra commencer... à progressivement se baisser... et quand elle aura examiné progressivement tous les problèmes qui vous soucient actuellement... elle pourra se reposer sur votre cuisse... C'est bien... (*plusieurs minutes*) C'est bien... Et quand votre main droite... aura fini d'examiner tous vos problèmes...
- P : Pardon ?
- T : Quand votre main droite... aura fini... de réfléchir à tous vos problèmes
- P : Ah bon ?
- T : Alors elle pourra se reposer et s'installer confortablement (*temps long*)
- P : Ah, mais c'est curieux
- T : Vous pouvez continuer...
- P : J'étais partie au Maroc (*modification radicale du faciès, traits détendus, apaisée, très étonnée de la situation*)
- T : Excellent. Alors quand votre main droite aura fini d'examiner tous vos problèmes... alors elle pourra se reposer et être confortable... et votre main gauche pourra examiner toutes les solutions... et tandis qu'elle examine toutes les solutions à vos soucis... elle pourra aussi progressivement se reposer...

Terminaison (*sortie spontanée de la transe*) :

- P : Ah ça y est ! Ça y est. C'est marrant parce que j'étais partie au Maroc... J'étais partie dans les orangers en fleurs... et j'essayais de me concentrer sur autres choses que les choses négatives (rires). Et puis je revoyais les jardins d'orangers. J'y suis allée deux fois et en janvier, il y a la cueillette des oranges et tout de suite ils se remettent à fleurir, et ça sent divinement bon ! C'est ça qui vous manque un tout petit peu ! Je partirais encore plus...
- T : Et vous pourrez repartir chaque fois que vous en aurez besoin

En fin de séance « *Je ne suis pas angoissée, je n'ai pas mal, et pour autant je me tiens excessivement mal ! (rires)* ».

3) 2^{ème} séance, quatre jours après l'intervention

C'est la première fois depuis l'intervention que Mme J. sort de sa chambre. Elle relate avoir passé une « *très bonne nuit avant l'intervention* » et être arrivée « *excessivement détendue* » au bloc opératoire. L'opération s'est passée « *comme une lettre à la poste* » et elle est sortie « *avec une belle cicatrice de 20cm* ».

Elle explique ne « pas du tout » être préoccupée par la maladie et ses conséquences. Mais « *ce qui m'embêterait le plus, ce serait de perdre mes cheveux à cause de la chimiothérapie. Ça m'embêterait plus que la cicatrice* ». Elle souhaite utiliser par la suite une prothèse en silicone.

Elle est gênée par son soutien-gorge qui appuie sur le redon, mais n'a pas présenté de douleurs postopératoires. Elle a pris 2 diantalvic et 2 tramadol 150 LP le jour de l'intervention et 6 diantalvic et 2 tramadol 150 LP le lendemain « *pour faire plaisir aux infirmières* ».

Les trois échelles d'anxiété, d'intensité de la douleur et du retentissement de la douleur sont cotées à zéro. Elle n'a pas consommé d'antalgiques depuis deux jours.

Mme J. souhaite bénéficier d'une seconde séance d'hypnose. Elle reprend le fait qu'elle est partie de son domicile « *dans un état épouvantable* » et que maintenant elle souhaite « *être plus diplomate, rentrer plus détendue à la maison, être plus en rapport avec l'extérieur* ». Une amélioration lui permettrait donc « *d'être plus détendue* ». « *J'irais à la pêche, je serais plus dehors, je ferais plus de vélo. [...]. Certaines personnes à l'extérieur s'en apercevraient, je serais plus souriante, plus aimable* ». La patiente est déjà en transe hypnotique quand elle répond à cette question portant sur l'anticipation. Elle mime alors spontanément l'état dans lequel elle était : les bras fermés en croix sur sa poitrine, puis les ouvre avec le sourire. Elle ajoute « *ça vaudrait le coup de sortir maintenant que c'est le printemps* ».

Séance d'hypnose ensuite réalisée :

- T : J'ai l'impression que c'était pas mal, l'exercice avec votre main ?
- P : Oui
- T : Seriez-vous d'accord pour que l'on recommence de la même manière ?
- P : On peut essayer
- T : On essaye et vous me dites comment vous vous sentez ?
- P : Mmmh. On avait les mains comme ça ?
- T : Oui, on avait les mains comme ça. Et puis... vous préférez utiliser la main droite ou la main gauche ?
- P : Celle que vous voulez... On peut changer
- T : On peut changer, alors on fait la main gauche ? C'est ça ?
- P : Oui
- T : Alors... C'est bien... Et quand vous vous sentez prête... vos yeux peuvent se fermer... et vous pouvez alors vous concentrer sur la légèreté de cette main... si vous le souhaitez... Et c'est si agréable de sentir cette légèreté
- P : Je ne me sens pas encore très légère...
- T : Alors... peut-être pouvez-vous vous concentrer... et me dire... On peut imaginer...
- P : Vous savez ce que je suis en train d'imaginer ? Vous êtes un oiseau
- T : Excellent
- P : Et surtout au moment de la tempête
- T : Excellent
- P : Parce qu'ils volent sans se fatiguer
- T : Excellent !
- P : Ils ont les ailes écartées... et ils se laissent porter par le vent...
- T : Et ils ne sont pas fatigués malgré la tempête
- P : Non, parce qu'ils sont portés par le vent. Ils adorent ça d'ailleurs...
- T : Très bien
- P : C'est un jeu pour eux... C'est bien d'ailleurs de les regarder
- T : Alors je vous laisse profiter de ce moment...
- P : C'est marrant parce qu'ils ont les ailes complètement déployées et puis ils ont l'air de se balancer... d'un côté et d'un autre... Ils se laissent porter... J'ai l'impression de ne faire aucun effort... (*temps long*) C'est curieux d'ailleurs... pourquoi est-ce que j'associe la tempête avec ça ?... puisqu'en fait la tempête c'est l'état d'enfer... et ils font face à la tempête...
- T : Ils filent dans le vent ?
- P : Non, non, ils font du sur place... C'est ça qui les amuse... Ils ont les ailes écartées... le vent peut souffler... et si vous levez la tête, vous les verrez faire du sur place... Alors que si vous regardez les mouettes par le temps d'aujourd'hui où il fait beau, vous allez voir qu'elles font des efforts, elles vont être obligées de battre des ailes pendant un bon moment... (*temps long*)
- T : Et votre esprit inconscient sait comment prendre soin de votre esprit conscient...
- P : Pardon ? Je transgresse peut-être ce que vous êtes en train de faire... La vie de tous les jours c'est ça : le soleil, les nuages, les oiseaux qui passent, etc. et le jour où il y a la tempête... bah... on reste sur place, on se concentre et on fait front... et là... on papillonne, on se disperse, on va à droite et à gauche... et le jour où il y a la tempête... pas la peine de regarder à droite et à gauche... on reste sur

place... c'est mon interprétation à moi. J'avais pas pensé, mais c'est un peu ça... C'est assez beau à voir d'ailleurs... et ils le font tous d'ailleurs... ils sont quelquefois plusieurs quand même... (*temps long*) et... c'est toujours le thème de l'oiseau... de planer au dessus d'une forêt... d'être au dessus... toujours dans le sens de planer... dans le sens de descendre... (*temps long*) C'est finalement le côté gourmandise qui ressort (*réponse à la suggestion initiale de légèreté*) à la neige... avec du caramel... les montagnes... les montagnes et la neige...

- T : Et quand votre main aura suffisamment appris de ce voyage... alors elle pourra tranquillement se poser et se reposer...
- P : Le tout c'est d'arriver en douceur...
- T : C'est important
- P- C'est comme le réveil en sursaut, c'est très difficile à vivre... Vous n'auriez pas dû me parler de ça, de la neige, juste avant le déjeuner... (rires)... parce qu'ils ne vont pas faire d'œufs en neige... (rires)... C'est drôle, parce que vous devez poser les questions aux autres personnes, et... elles ne doivent pas avoir les mêmes notions de la légèreté... ça doit être curieux, non ?
- T : On est tous différents
- P- Oui, ça se comprend
- T : Mmh
- P- Si on avait tous les mêmes réactions !
- T : Mmh...
- P- Et ma main droite ?
- T : Vous pouvez la reposer et la mettre confortable

En fin de séance, la patiente ne ressent ni anxiété, ni douleur.

Questionnaire sur l'utilisation de l'hypnose

Mme J. ne connaissait pas l'hypnose avant son intervention, et n'avait jamais pratiqué de relaxation ni de sophrologie. Elle a accepté la séance, proposée par l'infirmière du dispositif d'annonce, essentiellement par curiosité « *je ne savais pas ce qui m'attendait* », et afin d'apaiser son niveau d'anxiété. « *J'étais dans un état d'énerverment et de colère après tout le monde. Rien ne marchait comme je voulais. Je souhaitais me calmer pour approcher l'opération. J'étais trop énervée, il fallait que je mette tous les atouts de mon côté. A chaque choc émotionnel, j'ai fait un cancer* ».

Elle dit avoir été aidée par la première séance : « *Je suis arrivée en vol plané pour l'opération. J'ai complété ce que j'avais commencé pour me libérer de cet état d'enfer. J'ai cinq jours où je n'ai pensé à rien* ».

Mme J. a essayé une fois de réutiliser l'hypnose pendant l'hospitalisation. « *Je ne suis pas arrivée loin, j'ai essayé la main droite et sur le ventre* ».

Elle qualifie cette expérience de « *détendante, apaisante* », et donne une note globale de 8/10 pour cette prise en charge.

Elle serait d'accord pour renouveler l'expérience ultérieurement « *Oui, parce que j'étais dans un état où j'en avais ultra besoin* ».

Afin d'améliorer les conditions d'utilisation de l'hypnose dans le service, elle propose un fond musical « *ce serait plus détendant* », et « *un endroit, plus calfeutré, plus tamisé, voire plus petit* ».

4) Questionnaire après le retour à domicile

Mme J. a joint une carte à ce questionnaire, carte réalisée de façon personnelle avec une photo de la mer après le coucher du soleil, où l'on voit encore le clair du ciel à travers des nuages épars.

Elle exprime son mal-être suite au décès d'un marin près de chez elle, ce qui lui rappelle le décès par suicide de sa mère à la même époque, ce que nous ne savions pas. Elle conclut sur la beauté de la nature qu'il faut savoir apprécier.

Mme J. répond à la question en quoi l'hypnose l'a aidée, et comment. « *Cette séance a eu lieu la veille de l'intervention (en complément d'une séance d'acupuncture 48 h avant). J'ai abordé l'opération avec beaucoup de sérénité, sans aucune appréhension après une longue nuit excessivement calme - plus de 12 heures de sommeil ! -)* ».

Elle n'a pas réutilisé l'hypnose en dehors des séances et fait le commentaire suivant : « *Je pense aborder la sophrologie tout en continuant pendant quelques temps à rencontrer un psychologue au CMP* ».

Elle qualifie cette expérience de « *constructive* » et serait d'accord pour renouveler l'expérience.

Elle fait des propositions pour améliorer les conditions d'utilisation de l'hypnose dans le service : « *Un petit local plus adapté ! Un fond de musique anti-stress. Eventuellement – comme en thalasso – des huiles essentielles relaxantes (pin ou autres) en vaporisation... Enfin quelque chose de plus “cosy”, plus confortable, plus “chaleureux” (pas besoin d'avoir sous les yeux les prothèses...)* ».

Voici son commentaire libre :

« *Vous souvenez-vous, je vous ai parlé de mon “état d'enfer” à mon arrivée. A la 2^{ème} séance, je l'ai mimé – bras fermés, bras ouverts -.*

Il s'est passé quelque chose d'assez “extraordinaire” (pour moi). J'étais en conflit avec mes voisins et 48 heures après mon retour je suis allée faire la paix avec eux (il en restera toujours quelque chose mais de ce côté-là, je suis un peu apaisée). C'est un geste que je n'avais absolument pas envisagé ni prémédité.

Vous souvenez-vous aussi de mon interprétation de la légèreté. Je vous ai parlé des oiseaux qui planaient face au vent de tempête. Peut-être suis-je en train de faire front et progressivement résoudre mes problèmes l'un après l'autre, devenir plus “légère” ? ».

DISCUSSION

« En général, quand on observe un thérapeute dans son travail, il est possible de décrire les grandes lignes de ce qu'on voit et entend. Ce niveau de description ne représente que la "pointe de l'iceberg" de ce qu'il est en train de faire. Tout ce qui sous-tend le comportement thérapeutique reste caché quelque part ailleurs, à d'autres niveaux (y compris les postulats, les hypothèses, les présuppositions, les savoirs implicites et explicites, les images du monde, les théories...). L'intuition et la rationalité sont toujours présentes, d'une façon plus ou moins importante. »

De Shazer, 1985⁵⁴

Ce protocole a été élaboré dans une perspective de simplicité et de cohésion afin qu'il puisse être réalisé par des thérapeutes de formation différente, dans le respect des compétences de chacun.

Il s'agit surtout de créer un contexte de soins dans lequel la créativité du thérapeute puisse être préservée.

I. LA POSITION DU PATIENT

En thérapie brève, trois types de position du patient sont décrites : les clients acheteurs et les clients cothérapeutes, les plaignants et les visiteurs. Voici leurs descriptions :

Pour Fisch, Weakland et Segal⁷⁹, une personne qui se définit comme « client » répond toujours à trois caractéristiques :

- elle a lutté contre un problème important,
- elle n'a pas réussi à le résoudre par ses propres efforts,
- elle a besoin d'aide pour le dépasser.

Cette personne est intéressée par la perspective d'un changement et par le soulagement de sa plainte. Cette plainte peut l'intéresser directement (client = patient) ou intéresser quelqu'un de son entourage.

Pour Marie Christine Cabié et Luc Isebaert³¹, les clients se divisent entre « acheteurs », ceux qui parviennent à formuler un objectif travaillable, mais ne disposent pas des ressources nécessaires au changement ; et les « cothérapeutes », disposant des ressources mais ayant besoin d'une aide pour appliquer leur propre stratégie.

Les clients consultent souvent de leur propre initiative, ont déjà réfléchi à leurs attentes et savent qu'un effort est nécessaire. C'est le type de position le plus favorable au changement, il s'agit donc d'amener les autres patients à cette position.

Un deuxième type de position est celui du « plaignant » défini par Insoo Kim Berg et Peter de Jong⁵³ comme une personne pour laquelle le thérapeute peut « identifier une plainte ou un problème, mais est incapable d'identifier un rôle pour le client dans la construction de

la solution ». Pour Cabié et Isebaert³¹ : « *Il existe alors une demande d'aide, mais elle n'est pas travaillable. Les problèmes, comme les solutions, semblent venir des autres, et aucun objectif satisfaisant ne peut être formulé* ».

Une troisième position est celle de « touriste » ou de « visiteur ». En thérapie, il est souvent difficile de les faire travailler. Pour Cabié et Isebaert³¹, trois cas sont possibles :

- ils ne sont pas réellement gênés par le problème,
- ils pensent disposer encore de solutions personnelles pour le régler,
- ils ne pensent pas qu'un thérapeute puisse les aider.

En thérapie, le paradoxe est qu'ils n'ont pas de demande d'aide. Il s'agit alors de travailler un objectif personnel, peut-être différent de celui ayant motivé la consultation, ou bien de travailler avec le « plaignant », qui est la personne la plus demandeuse de changement.

Dans cette étude, les trois motivations retrouvées sont : 1) la curiosité ; 2) la diminution de l'anxiété ; 3) la participation à la recherche.

La motivation principale retrouvée étant la curiosité, nous pourrions de prime abord considérer nos patientes comme des visiteuses. Cependant, elles ne répondent pas tout à fait à la définition de Cabié et Isebaert, en effet nous avons pu assez facilement travailler avec ces patientes en raison de leur haut degré de coopération. Notre intervention thérapeutique a été le plus souvent de nature préventive. Rappelons que les préoccupations le plus souvent rapportées sont d'ordre contextuel lié à l'intervention : en premier lieu le « choc » que représente l'intervention, puis la mutilation et l'atteinte de l'image corporelle, l'appréhension par rapport à la suite des soins, des préoccupations vis-à-vis de l'entourage, des préoccupations « autres » sans rapport avec la maladie ou les soins, et la crainte de l'anesthésie. Ces préoccupations sont plus liées à des facteurs subis qu'à des problèmes d'ordre relationnel, problèmes que nous souhaitons prévenir.

La seconde motivation pour bénéficier de ces deux séances d'hypnose a été la diminution de l'anxiété, et en cela, nous avons aidé les patientes à réactiver leurs ressources afin de traverser au mieux ce temps chirurgical avec son impact corporel, relationnel, familial, social. En cela, les patientes étaient de véritables « cothérapeutes ».

Enfin, n'oublions pas la troisième motivation, souvent retrouvée : celle d'aider l'autre par la participation à un protocole novateur. Cette motivation reflète bien le désir d'une grande partie de ces patientes de se sentir utiles : pour elles, pour d'autres patientes, pour le développement de nouvelles prises en charge. Certaines patientes ont aussi mentionné l'aide à un travail de thèse. Comme le dit Pr Servan-Schreiber¹⁹⁸ : « *Nous avons tous besoin de nous sentir utiles à autrui. C'est une nourriture indispensable de l'âme, dont le manque crée une douleur d'autant plus déchirante que la mort est proche* ».

Ainsi cet accompagnement par l'hypnose a bien souvent dépassé le but initial de « préparation à la chirurgie ». Nous pensons que la deuxième séance après la chirurgie a renforcé l'alliance thérapeutique et ainsi les possibilités de projection et d'anticipation dans l'avenir avec les ressources propres de chacune. La définition claire, dès sa proposition, de ce protocole en deux temps, n'a pas engendré de phénomène de dépendance, l'objectif étant que la patiente garde son autonomie.

NB : Dans d'autres études, une seule séance est réalisée avant l'intervention. L'objectif est alors centré sur ce temps opératoire et souvent sur les capacités de la personne à récupérer que ce soit de l'anxiété, la douleur... Ce type de protocole a également montré toute son efficacité comme nous l'avons montré plus haut.

II. THERAPIE D'ACCOMPAGNEMENT ET CONTEXTE THERAPEUTIQUE

Le contexte d'intervention proposé dans cette étude pilote est unique et par essence paradoxal : un thérapeute en apprentissage propose de l'aide à des patientes hospitalisées pour une chirurgie du cancer du sein dans un but à déterminer ensemble. Les patientes ont accepté après avoir entendu parler « d'hypnose », « de diminution de l'anxiété » et éventuellement de « préparation à la chirurgie ».

Notre position est donc celle d'un interne spécialisé en psychiatrie réalisant une étude pour sa thèse. La proposition est la suivante : partager ses compétences en hypnose et en thérapie.

A. LIMITATIONS, PROBLEMES ET SOLUTIONS

Nous nous sommes interrogée sur les différents « problèmes » et préoccupations auxquels pouvaient être confrontées nos patientes. Les patientes rapportent le « choc » que représente l'intervention, la mutilation et l'atteinte de l'image corporelle, l'appréhension par rapport à la suite des soins, les préoccupations vis-à-vis de l'entourage, des préoccupations « autres » sans rapport avec la maladie ou les soins, la crainte de l'anesthésie.

Il nous semble important de faire la différence entre problèmes et limitations, entre ce sur quoi nous pouvons agir et ce que nous devons accepter. Pour Cabie et Isebaert³¹ : « *La vie est une succession de problèmes que nous devons résoudre et de limitations que nous devons accepter* ».

Les limitations sont des éléments sur lesquels nous ne pouvons pas agir (âge, sexe, contexte socioculturel, choix passés, traumatismes antérieurs, et maladie dans le cas qui nous concerne...) et que nous devons accepter. Ces limitations ferment certaines portes, en ouvrent d'autres. Vouloir modifier une limitation, c'est se piéger dans une quête sans fin. Pour Cabie et Isebaert, une des questions du thérapeute est « *Comment puis-je aider un patient à accepter ses limitations et à résoudre ses problèmes ?* ».

Dans l'école de Palo Alto, les problèmes sont engendrés par les tentatives récurrentes pour surmonter la difficulté appelées « *tentatives de solutions* ». Pour de Shazer et Insoo Kim Berg⁵³, les solutions sont des changements comportementaux ou perceptuels co-construits par le thérapeute et son client. Il est utile de connaître les caractéristiques liées au contexte et aux modes d'interaction car, pour être efficace, une solution doit être adaptée à ces contraintes.

Il nous semble important d'insister sur la notion de changement de type comportemental. En effet, l'hypnose, thérapie corporelle, aide les patientes à prendre conscience de leur corps. Avec l'aide du thérapeute, des changements corporels peuvent être induits, ancrés dans la mémoire, et acceptés par le patient comme alternative possible, élargissant ainsi ses capacités de choix.

B. UNE THERAPIE D'ACCOMPAGNEMENT

L'objectif reste toujours celui du patient. Le thérapeute, proposant son aide, n'est pas là pour imposer un objectif au patient (diminuer la douleur, l'anxiété...). En effet, ce pourrait être une cause d'échec.

De façon classique, la thérapie brève s'est plutôt intéressée à des symptômes clairement identifiés, avec des objectifs spécifiques et limités définis avec les patients. Pour De Shazer⁵⁴, « *une intervention thérapeutique doit seulement convenir au problème de manière à atteindre l'objectif défini, c'est-à-dire permettre de trouver une solution* ». Nous avons travaillé dans cette perspective. L'hypnose n'est en effet pas une baguette magique. Nous avons donc proposé aux patientes un travail commun leur permettant de mieux définir leurs préoccupations actuelles, ce qui pouvait leur poser problème et comment serait leur vie une fois ce problème résolu. Comme Emerson et Messinger⁶³ en 1997, nous pensons que « *quand les clients présentent leur problème au thérapeute, ils ont déjà entamé un processus de redéfinition des problèmes* » qui les mène à un changement.

De Shazer⁵⁴ ajoute : « *Les clients mettent en route le processus de changement, en laissant paraître au grand jour leur problème. Les thérapeutes et les clients construisent ensemble la réalité du problème. Il faut que la redéfinition du problème permette d'envisager sa résolution, dans un processus de convenance gagnant-gagnant, permettant de n'invalider aucun des points de vue* ».

Finalement, dans notre étude, nous avons constaté **peu de contexte de thérapie « pure »**. Nos repères habituels sont modifiés. La démarche initiale n'est pas faite par le patient. Lors de la rencontre, certaines patientes sont focalisées uniquement sur l'intervention et ses conséquences à venir, d'autres peuvent se préoccuper de leur entourage ou certaines d'autres motifs. La « thérapie d'accompagnement » que nous avons proposée visait à mobiliser les ressources et les compétences de chacune, à élargir leurs perspectives afin qu'elles puissent retrouver leur capacité d'action et de choix. Nous insistons sur le fait que cette étude n'a pas modifié les habitudes de l'équipe concernant la proposition quasi systématique par le personnel infirmier de rencontre avec un psychologue. Ainsi toutes les patientes se sont vues proposer une consultation avec un psychologue si elles en éprouvaient la nécessité.

Nous insistons sur l'importance de la mobilisation des ressources, dans la mesure du possible. Si l'on reprend Fish, Weakland et Seagal⁷⁹ : « *l'objectif de la thérapie est de faire sortir le client de la thérapie et de l'amener à vivre sa vie activement et de façon productive* ».

La sortie de la thérapie est extrêmement rapide du fait du contexte paradoxal de l'intervention – une aide proposée – et du cadre défini antérieurement – une séance la veille de l'opération et une seconde lors de l'hospitalisation. Ce peut être une thérapie ultrabrève, à visée préventive, à un moment souvent très proche – selon les thérapeutiques antérieures – du « choc diagnostique ». Cette thérapie d'accompagnement vise souvent la mobilisation et la pérennisation des ressources, malgré le contexte souvent traumatique d'annonce de maladie grave avec une intervention chirurgicale mutilante. L'idée de la seconde intervention est la remobilisation de la capacité de la patiente à se projeter dans l'avenir, projection souvent remise en cause du fait de la maladie.

C. EXPLICATION DE L'OUTIL

Pour Malarewicz¹³⁹ : « *Il s'agit d'emblée d'établir une distinction entre la démarche d'un patient envers un thérapeute qui est réputé utiliser l'hypnose et ce qu'il peut effectivement en attendre* ».

Nous définissons aux patientes ce qu'est le processus hypnotique. Milton H. Erickson l'appelait « transe commune quotidienne » pour illustrer la banalité de cet état de transe hypnotique dans sa forme la plus légère. Malarewicz¹³⁹ explique : « *Il nous arrive, régulièrement et quotidiennement, de connaître, sans les reconnaître, ces états de conscience modifiés, parfois très brefs parfois plus longs, où nous nous échappons de la situation immédiate pour rester suspendus à d'autres pensées, à d'autres préoccupations. Permettre à un patient d'identifier ces épisodes constitue déjà une redéfinition très utile du processus hypnotique afin d'en démontrer le caractère peu spectaculaire* ». C'est la raison pour laquelle « *Un thérapeute ne peut utiliser l'hypnose formelle qu'avec un sujet ou un patient qui le demande et/ou le souhaite. Cette demande doit être évaluée par le thérapeute* ».

Nous n'avons pas réalisé de séance d'hypnose sans but commun défini avec la patiente. En effet le processus hypnotique est-il thérapeutique en lui-même ? Pour Malarewicz « *Le processus hypnotique est une auberge espagnole. Le sujet trouve dans l'expérience hypnotique ce qu'il y amène. Il découvre dans l'hypnose des capacités et des ressources dont il peut disposer tout en ignorant les posséder. [...]. L'hypnose est un espace de découverte pour le patient qui s'aventure ainsi dans ses propres bagages, ceux qui l'accompagnent depuis les tout premiers temps de son existence.* ».

Ainsi : « *Le thérapeute doit avoir l'honnêteté d'utiliser l'hypnose seulement dans la mesure où il l'estime utile pour le patient, selon les modalités qui lui paraissent être en accord avec sa personnalité et avec des finalités qui respectent celles qui motivent la demande du patient.* ». C'est la raison pour laquelle toutes nos patientes n'ont pas bénéficié d'une séance d'hypnose, sans pour autant qu'il y ait une diminution de l'utilité de la séance.

D. CHOIX DE L'OUTIL EN FONCTION DU PATIENT

En Europe, nous n'utilisons que très peu la notion de degré « d'hypnotisabilité » mesurée aux Etats-Unis par l'échelle de Stanford. Nous savons que les capacités d'imagination et de lâcher prise des sujets varient, et que le thérapeute doit s'y adapter.

Certains patients seront dits « résistants », nous verrons comment cette résistance peut être utilisée. Certains auront accès à un état de relaxation, d'autres à un état de visualisation sans dissociation associée (visualisation d'une scène de l'extérieur), d'autres à un état hypnotique qui consiste en un état dissociatif (le patient est ici et ailleurs, il peut être acteur d'une scène qu'il visualise) de profondeur variable suivant les sujets. Ces possibilités peuvent varier dans le temps et en fonction du contexte.

Pour Malarewicz¹³⁹, *« la notion d'hypnotisabilité n'est pas intéressante, au moins dans le contexte clinique, car elle se réfère à une donnée immanente sur laquelle le thérapeute, s'il l'accepte, n'a aucune prise. Du point de vue du patient, plutôt que de parler d'hypnotisabilité, je préfère parler de "résistance au changement" ou encore de capacité, qu'un patient donné montre plus ou moins, à accepter d'abandonner un certain contrôle de la situation et d'une interaction qui, en l'occurrence, s'appelle une séance d'hypnose. Autrement dit, plus le thérapeute travaille avec la résistance du sujet, plus il augmente les possibilités qu'il a à le faire entrer dans un processus hypnotique ».*

E. CHOIX DE L'OUTIL PAR LE THERAPEUTE

Quels sont les avantages de l'hypnose pour le thérapeute ? Elle lui permet d'être au contact de ses ressources et donc de sa créativité, faisant ainsi évoluer son propre style et l'usage qu'il fait de cette technique. Pour Malarewicz¹³⁹, *« elle nous "réapprend" régulièrement à réévaluer nos techniques et les finalités de nos interventions. Paradoxalement, elle apprend au thérapeute à se concentrer tout en lui permettant la détente ; en cela le sujet est tout à fait en miroir de ce que peut vivre son thérapeute ».* Ce sont des techniques vivantes *« qui ne prennent leur sens et leur utilité que dans une interaction avec d'autres outils, avec d'autres personnes, avec de multiples situations ».*

Ainsi, il nous semble important que le thérapeute dispose du choix de l'outil adapté au patient, choix qui sera adapté aux besoins du patient. Dans le cadre de notre étude, nous nous sommes imposée l'utilisation de l'hypnose, et nous sommes rendu compte que les patients pouvaient avoir plus ou moins accès à cet état en fonction de différents paramètres, comme l'état de disponibilité du patient, mais également du thérapeute, de la gestion « technique » de l'induction - plus ou moins adaptée -, du facteur temps (que nous développons plus loin), des conditions environnantes (bruit, lieu...). Parfois, en fonction de l'objectif, d'autres outils thérapeutiques peuvent être utilisés. Une des clefs est le confort du patient et du thérapeute quant aux « méthodes proposées ».

Nous reprenons Malarewicz : « *Le thérapeute peut utiliser l'hypnose dans la mesure où son patient le lui demande ; cela doit rester son choix et ne pas lui être imposé par d'autres circonstances. De plus, je travaille d'autant mieux avec un patient que j'aurais "envie" d'utiliser avec lui telle ou telle technique et, à la limite, dans la mesure où je peux moi-même y trouver un certain plaisir. A l'inverse je ne me sers d'une telle approche que dans la mesure où il s'agit là de techniques avec lesquelles je me sens à l'aise. Là également, cela dépendra de la situation qui m'est soumise par le patient. [...] Un "thérapeute" doit avoir à sa disposition un ensemble de techniques dont l'hypnose peut faire partie. A contrario, il me paraît difficile pour un thérapeute d'avoir pour seule technique l'hypnose. La pratique de l'hypnose est difficile et ne peut répondre à elle seule à la diversité des situations de demande des patients. Erickson lui-même n'utilisait l'hypnose qu'avec environ un tiers à un quart de ses patients* ».

Il en est de même pour Alain Vallée : « *Il vaut mieux avoir de très nombreux outils dans sa boîte pour mieux répondre aux attentes du patient et permettre au thérapeute de se sentir confortable en toutes situations* ». L'important étant de connaître ses limites et de pouvoir les explorer dans un cadre protecteur afin d'élargir nos possibilités en tant que thérapeute.

F. CHOIX DE L'OUTIL EN FONCTION DU TEMPS

Pour Rossi¹⁸⁷, apprendre à reconnaître et à utiliser les cycles ultradiens nous permet d'optimiser nos performances externes et nos processus de guérison interne.

Ernest Rossi est à la fois un grand praticien de l'hypnose et un chercheur en neurosciences particulièrement pointu. C'est un auteur américain prolifique (une vingtaine d'ouvrages et plus d'une centaine d'articles). Nous lui devons notamment la publication de l'intégrale des articles de Milton H. Erickson⁶⁸ (Collected Papers, version française : Intégrale des articles de M. H. Erickson sur l'Hypnose, éditions SATAS). Il a choisi une approche géno-neuro-physiologique pour proposer aussi bien des hypothèses explicatives sur les changements induits par les thérapies, que des techniques hypnotiques d'une grande simplicité insistant sur l'utilisation des processus naturels de transe et de guérison.

Dans l'un de ses ouvrages, *Psychobiologie de la guérison*¹⁸⁷, il décrit l'utilisation que nous pouvons faire de ces rythmes survenant toutes les 90 minutes (à 30 minutes près). Le thérapeute attentif peut apprendre à observer les subtiles manifestations comportementales qui les accompagnent. Ainsi, lorsqu'un patient entre spontanément dans une phase tranquille ou dans une réflexion intérieure, nous pouvons être quasiment certains qu'il se trouve en même temps en période de repos ultradien. Le thérapeute peut alors utiliser le potentiel curatif de cette « rupture ultradienne » en autorisant l'inconscient à faire un travail intérieur de 5 à 20 minutes. Si cette phase n'est pas repérée, ou est ignorée, le patient peut manifester de la « résistance » par des symptômes comme l'humeur maussade ou changeante, un retrait partiel, une irritabilité... et tous types « d'erreurs » que nous faisons lorsque nous sommes fatigués. En effet, les manifestations cognitives, émotionnelles et comportementales de ces rythmes sont semblables aux types de réactions engendrées par les états altérés de conscience ou d'hypnose. Le risque est de suggérer ou de conditionner les patients à entrer en état d'hypnose quand cela convient au thérapeute et non à la physiologie du patient. Les rythmes ultradiens étant très flexibles, la plupart des individus peuvent modifier la durée et la périodicité de leur cycle. Pour Rossi le risque, lorsque que l'hypnothérapeute impose trop arbitrairement son rythme personnel de travail hypnotique, est d'ouvrir la voie aux

mécanismes de résistance et aux réactions paranoïdes. *D'où l'intérêt d'avoir des outils thérapeutiques autres que l'hypnose.*

Rossi¹⁸⁷ insiste sur l'importance de connaître ce réflexe de régénération naturelle de 20 minutes qui peut avoir lieu au cours de la séance thérapeutique. Ainsi nous pouvons apprendre à nos patientes à repérer « leurs propres signaux psychocorporels de régénération ultradienne » afin qu'elles puissent s'en servir pour maximiser leur « propension naturelle à la santé et au bien-être ».

Pour Rossi¹⁸⁷, la plupart des méthodes holistiques de guérison psychocorporelle, telles que la relaxation, l'hypnose thérapeutique, l'imagerie mentale, la méditation, utilisent ce qu'il appelle la réponse ultradienne de guérison sans le savoir. Ainsi dès qu'on laisse au patient, souffrant le plus souvent d'un manque de ce type de période, l'occasion de se relaxer en pratiquant un rituel de soin, alors ce réflexe de régénération se met en place tout seul. Le fait d'offrir une « possibilité de relaxation », et une éventuelle catharsis émotionnelle, stimule les vrais mécanismes de guérison à un niveau psychobiologique.

Si l'on reprend Erickson⁶⁷ dans *L'Hypnose Thérapeutique, Quatre Conférences*, le rôle du thérapeute est de tirer un coup de pistolet. Au patient de faire toute la « course » lui-même ; et il peut seulement la faire en accord avec ses propres compréhensions. « *Vous voyez, le patient lui-même a à faire tout le travail. Vous pouvez seulement offrir un stimulus de départ* ».

G. CAS COMPLEXE DE MME J.

Bien souvent, comme le relate Erickson, les clients ne savent pas en quoi consiste le problème, ce qui rend naturellement la solution difficile à trouver. Certaines patientes arrivent avec des objectifs flous ou contradictoires, ou qu'elles ne peuvent formuler de façon concrète et spécifique. Sans des objectifs réalistes, moyens de mesurer le « succès », la thérapie a moins de chance d'aboutir. Nous pensons par exemple à Mme J., qui manifestement était en difficulté, sans pouvoir définir ce qui lui posait problème.

Erickson⁶⁷ prévient : « *Vous devez vous attendre à ce que votre patient soit prêt à inventer des choses élaborées aussi bien sous un aspect positif que négatif. Et vous pouvez utiliser l'hypnose afin de motiver les gens pour un travail qui leur profite et leur soit bénéfique* ».

Erickson utilisait en hypnothérapie des techniques de confusion avec des formulations verbales très sophistiquées et complexes, jouant sur les mots, pour les clients « souhaitant instamment être pris en thérapie, mais qui étaient limités et dominés par leurs problèmes cliniques » (Haley 1967⁹⁴). De Shazer⁵⁴ développe une autre technique de confusion, quand il repère des divergences dans le récit de ses clients, sans chercher à résoudre le problème, mais en faisant état de sa propre confusion, « *le thérapeute établit la relation et suscite la coopération en se servant de l'état de confusion du client d'une telle manière qu'il frustrer celui-ci de trouver du sens au sein de la séance, ce qui rendra indispensable l'élaboration d'un objectif, et donnera du coup à la situation toute sa signification* ».

Ces propos de De Shazer⁵⁴ peuvent s'appliquer à la situation de Mme J. : « *Dans ces situations très embrouillées, une fois qu'un objectif spécifique a pu être défini, les conditions sont alors remplies pour que des solutions puissent émerger "spontanément" en très peu de temps. Il ne paraît pas alors nécessaire que les objectifs soient clairement précisés par l'un et l'autre, mais seulement qu'ils ne s'excluent pas mutuellement ; il est par contre indispensable que les partenaires soient en mesure d'assumer et de vivre la situation nouvelle qu'engendrerait la réalisation des deux objectifs ou de l'un des deux seulement* ».

Des solutions apparaissent quand thérapeute et client sont capables de faire naître l'espoir d'un changement utile et satisfaisant. L'espoir d'un changement ou l'émergence dans le présent d'un futur différent (Berger, Cohen, Zelditch 1966¹³ ; De Shazer 1978) semble être une clé passe-partout permettant d'ouvrir les portes menant aux solutions. Le simple fait d'espérer aller dans un endroit différent, un endroit plus satisfaisant, facilite les choses et le simple fait d'être dans un endroit différent peut être en soi déjà satisfaisant.

Au début de la première séance d'hypnose avec Mme J., nous avons le sentiment de tourner en rond, avant qu'un accord de coopération n'apparaisse : « Arrangez-vous pour que je vous entende ».

Quand on ne peut donner sens à une situation en passant en revue les différents registres hiérarchiques, on peut décrire la situation comme étant un « cercle vicieux » (Hofstadter, 1979). Dans un cercle vicieux, la signification que prend la situation ne peut être établie. Les patients se trouvent incapables de prendre des décisions ou d'agir, ils sont coincés « dans une impasse systémique ». Il est alors nécessaire d'engager une intervention (tentative pour introduire des éléments nouveaux) en vue d'une action (faire quelque chose de différent) afin d'apporter une nouvelle signification à la situation. Le processus thérapeutique est seulement accessible par l'information qui ressort de la différence, décalage entre la réalité et la reconstruction du problème par le thérapeute.

Heureusement, De Shazer⁵⁴ nous explique qu'il « *n'est pas nécessaire de tenter de comprendre comment fonctionne une serrure pour pouvoir fabriquer la clé qu'il lui faut exactement, quand un passe-partout peut être tout aussi utile* ».

A propos d'une patiente, Servan-Schreiber¹⁹⁸ dit : « *Le fait de s'être donné un objectif qui mobilisait sa puissance l'avait fait sortir de l'impuissance. [...]. Il peut s'agir de la préparation d'un voyage longtemps désiré, ou la construction de la maison de ses rêves, ou encore un pèlerinage comme le chemin de Compostelle. Ou bien tout simplement de s'impliquer plus dans la vie de ses petits-enfants. Il suffit que ce soit des activités riches de sens pour l'individu et capables de le remettre en contact avec sa force vitale* ».

François Roustang¹⁸⁸ rappelle que : « *La dissociation est parfois impossible. Lorsque la souffrance s'impose de telle manière qu'il n'est pas pensable de l'écarter, dans le cas, par exemple, d'un deuil demeuré insupportable depuis l'enfance ou d'un abandon dont la marque ne peut être effacée, la stratégie proposée par la technique de la veille paradoxale adoptera le chemin inverse. Trouver la force et la liberté de parcourir et d'habiter encore et encore, en toute lucidité et volonté, l'insupportable et l'indélébile, non pas en vue de s'en détacher, mais au contraire pour s'en imprégner, pour que la vérité de la peine soit exprimée comme on le fait d'un fruit précieux, afin que rien n'en soit perdu. Ainsi le destin froid qui a frappé reprendra figure humaine et les pleurs des deuils sauront laver peu à peu les blessures. C'est que la veille paradoxale n'exclut rien de ce qui existe et qu'elle est faite pour réintégrer à l'intérieur ce qui est subi en vue de créer un nouveau rapport à l'environnement* ».

D'un point de vue technique, ce qui a permis une induction hypnotique chez Mme J. a été l'utilisation de la méthode de Rossi en trois temps. Nous avons remarqué au cours de cette étude que cette méthode était particulièrement adaptée chez les femmes ayant un très fort besoin de contrôle de la situation tout en acceptant mentalement (mais non corporellement) de se relâcher. Rossi¹⁸⁷ explique que cette méthode de résolution des problèmes en trois étapes permet au thérapeute d'amener les patients à un « rituel de guérison », quel que soit le point du cycle de base activité-repos dans lequel ils se trouvent et le problème auquel ils doivent faire face. Cette méthode fonctionne mieux quand le patient est authentiquement motivé par un problème important qu'il ne sait vraiment pas comment résoudre. Rossi ne se sert de cette approche qu'après avoir exploré et essayé plusieurs pistes et en étant convaincu que le patient ne connaît vraiment pas la réponse à son problème ou à la question qu'il se pose, et qu'il veut bien l'admettre.

Voici un extrait de cette méthode « guide thérapeutique n°8 » :

« 1. Utilisation d'un signal psychocorporel involontaire en vue de la résolution d'un problème :

Pouvez-vous mettre vos mains face à face, et bien centrer votre attention sur elles. [...]. Essayons de voir si votre esprit intérieur est d'accord pour dire que le problème que vous avez choisi est vraiment celui qui peut être exploré et résolu ici et maintenant. Si votre esprit intérieur est d'accord et veut dire « oui », est-ce que ces mains vont, maintenant, se mouvoir lentement d'elles-mêmes, comme si une force magnétique les attirait l'une vers l'autre ? [...]. Ou peut-être vont-elles d'elles-mêmes s'éloigner l'une de l'autre pour un moment, parce que vous devez d'abord vous occuper de quelque chose de plus important ?

2. Accès à des souvenirs liés à l'état :

L'une de ces mains va-t-elle, maintenant, commencer à descendre lentement, d'elle-même, afin de nous signaler que votre esprit intérieur et votre corps sont prêts à accéder à toutes les sources émotionnelles et à tous les souvenirs en rapport avec l'origine de ce problème, et qu'ils vont commencer à les explorer ? Une seule de ces mains va descendre, très lentement, pour nous indiquer que votre esprit intérieur passe en revue tous les sentiments, sensations, souvenirs dont vous aurez besoin pour résoudre votre problème.

3. Accès à des ressources de créativité en vue de résoudre un problème :

Est-ce que cette autre main va maintenant descendre lentement par elle-même, à mesure que votre esprit intérieur explore toutes les possibilités permettant de résoudre ce problème d'une manière satisfaisante, compte tenu de ce qui est possible pour l'instant ? [...]. Et quand votre esprit profond saura qu'il est à même de poursuivre ce travail intérieur, à chaque fois que cela sera utile, au cours de la journée ou de la nuit, et quand votre esprit conscient, quant à lui, saura qu'il veut coopérer en vous aidant à repérer les moments où il faudra que vous preniez du temps pour vous-mêmes, un moment de repos réparateur, alors vous pourrez vous éveiller, frais et dispos, vous étirer, prêt à continuer et à faire face à la vie ? ».

« Le meilleur n'arrive que dans les cas favorables, ceux où le patient ne lésine pas sur la mise, parce que son symptôme, par exemple, est devenu insupportable [...]. La modification chez le patient est conditionnée par le non-souci de la modification chez le thérapeute. La perte de l'espoir est pour lui le chemin de la confiance. Car ce n'est pas son action qui opère, c'est la capacité que laisse venir le patient. “ Je sais maintenant, me disait quelqu'un d'autre l'autre jour, que ce n'est pas vous qui faites le travail”. Lorsque le thérapeute a tout essayé sans succès, qu'il déclare forfait, la liberté du patient est sollicitée ; il n'est plus étouffé par une sollicitude et un bon-vouloir qui lui servaient de fausse béquille ».

François Roustang, 1994¹⁸⁸

III. L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE : EMERGENCE D'UNE RELATION DE COOPERATION

« La situation de deux personnes en interaction, où l'une d'entre elles cherche à produire chez l'autre un processus hypnotique, est paradigmatique de toute interaction thérapeutique ».

Malarewicz, 1990¹³⁹

Mais « le plus important n'est pas telle technique particulière, ni telle façon de l'appliquer. [...]. Ce qui semble essentiel – et utile – à la mobilisation des forces de l'organisme, c'est de renouer chaque jour le contact, dans la sincérité, la bienveillance, avec ce qu'il y a de profond et de meilleur en soi. Avec la force de vie qui vibre partout dans notre corps. Et de la saluer avec respect ».

Pr Servan-Schreiber, 2007¹⁹⁸

A. TROIS ETAPES COMMUNES A TOUTE THERAPIE

En 1987, Rossi estimait qu'il existait plus de 300 formes différentes de thérapies, en 1998 Tobie Nathan¹⁶¹ en répertoriait plus de 400.

Pour Rossi¹⁸⁷, toutes ces pratiques thérapeutiques facilitent à un degré ou à un autre la communication entre le corps et l'esprit, ainsi que les processus de guérison. Pour résoudre les problèmes, il décrit une procédure en 3 étapes, commune à tout type de psychothérapie :

1. Thérapeute et patient amorcent la relation
2. Ils s'engagent dans une certaine forme de travail thérapeutique
3. Ils ont, il faut l'espérer, certains critères indiquant que le problème est résolu, afin de savoir quand interrompre leur interaction.

En hypnothérapie traditionnelle, Rossi¹⁸⁷ décrit les 3 étapes suivantes :

1. Etablir un rapport de confiance
2. Instauration d'un rituel formel d'induction hypnotique
3. « Réveiller le patient et constater la résolution du problème » (Erickson & Rossi, 1979⁶⁶).

Nous souhaitons développer dans ce paragraphe l'amorce de la relation, comme nous le pratiquons avec l'hypnose ou les thérapies brèves. La première étape, comme le dit Rossi, est l'établissement d'un rapport de confiance afin d'établir, comme le propose De Shazer, une relation de coopération.

B. FAIRE LE PREMIER PAS

« Si nous voulons que la chose vienne et s'ouvre, que la réalité autorise à deviner son langage, que cet homme ou cette femme laisse entrevoir sa singularité, il faut s'approcher dans le plus grand silence et sur la pointe des pieds ».

François Roustang, 1994¹⁸⁸

Dès la toute première séance, les premiers instants, le premier regard, le thérapeute tente de créer les conditions qui favoriseront la coopération.

Lors d'une conférence, Erickson⁶⁷ insiste sur l'attitude du thérapeute : « *Dans l'usage de l'hypnose, la grande bienveillance de votre attitude permet au patient de se sentir extrêmement confortable* ».

En plus de cette bienveillance, Jean-Claude Benoit¹³⁹ ajoute l'importance d'un accueil à un niveau corporel : « *La disponibilité du thérapeute se concrétise d'emblée par son accueil du corps du patient, par son regard et aussi par le vécu de son propre corps* ».

Pour Erickson⁶⁷, le thérapeute doit « *apprendre à observer l'autre – voir, écouter, ressentir -, à comprendre sa vision du monde, à la suivre pas à pas, de façon à utiliser toutes ces informations pour amener le patient à se comporter autrement* ». Le thérapeute peut ainsi « *imaginer le monde avec les yeux du patient* » et servir de catalyseur à la résolution des problèmes de ce dernier, en l'aidant à développer ses ressources. De cette position, le patient pourra plus facilement accepter les interventions du thérapeute, alors adaptées à son cadre de référence et à ses convictions personnelles. Le thérapeute est confiant dans les capacités de résolution de problèmes de son patient. Cette attitude ou disposition d'ouverture face au patient est nécessaire à la création d'une relation suffisamment sécurisée pour qu'un changement écologique puisse avoir lieu. Cette relation de sécurité – thérapeute/patient – peut faire resurgir des capacités relationnelles enfouies, ne demandant qu'à être réactualisées ou dans certains cas constituer une expérience fondatrice créant de nouvelles ressources possibles à travailler.

Cette relation de confiance requiert une absence de jugement et le respect du point de vue du patient. Pour introduire ce propos, nous souhaitons dire quelques mots du constructivisme sur lequel les thérapies brèves s'appuient. Pour Ernst von Glasersfeld (épistémologue, professeur de psychologie) : cette théorie « ne prétend pas décrire une réalité absolue mais seulement les phénomènes de notre propre expérience ». Dans ce sens, en matière de psychologie, on ne peut pas parler de réalité objective et il n'y a pas de vérité en soi. Il n'y a donc pas une construction de la réalité qui soit juste et une autre fautive, ni une meilleure qu'une autre. Il y a simplement des constructions qui marchent et d'autres qui ne marchent pas selon l'objectif que l'on se fixe. Cette manière de penser a comme conséquence le respect de l'autre. Le thérapeute doit ainsi pouvoir se mettre à la place de son patient pour comprendre sa vision de lui-même, des autres et du monde afin que son intervention thérapeutique puisse être adaptée au plus près du patient.

Ainsi thérapeute et patient ont chacun leurs propres croyances et conventions. Si nous reprenons Épictète (50-125), « *Ce ne sont pas les choses qui troublent les hommes, mais l'opinion qu'ils en ont* ». Pour De Shazer⁵⁴, « *Nous voyons le monde selon ce que nous permettent les conventions (catégories, critères de projection) que nous nous donnons* ». C'est pourquoi Insoo Kim Berg et Peter de Jong⁵³ expliquent aux futurs thérapeutes : « *Vous devez apprendre à laisser de côté, autant que faire se peut, votre propre cadre de référence pour explorer ceux de vos clients* ». Pour cela, le thérapeute se met dans une attitude de « non-savoir » : la position basse, ce qui permet au patient d'être en situation d'expert de sa propre difficulté et de sa solution particulière.

Qu'est ce que la position du thérapeute ? Avec Watzlawick²²⁶, nous rappelons les deux catégories de relation :

- les relations symétriques : les deux interlocuteurs adoptent une attitude en miroir l'un de l'autre. Ces relations mènent à l'escalade, à la surenchère engendrant de la violence, de l'agressivité, de la compétition et de la rivalité. Ces relations sont caractérisées par une minimisation de la différence entre les positions des deux interlocuteurs.
- les relations complémentaires : les deux attitudes se complètent et s'encouragent l'une l'autre. On peut citer comme exemple : l'autorité / la soumission, la faiblesse / l'assistance. La différence est dans ce cas maximale. L'un des interlocuteurs est en position « haute », le second en position « basse ». Ces deux positions peuvent alterner de façon harmonieuse. C'est la rigidité du modèle qui peut être source de conflits et de difficultés majeures de communication.

En situation thérapeutique, nous recherchons une relation complémentaire, dans laquelle le thérapeute se positionne dans la mesure du possible le plus souvent en situation basse.

C. S'ADAPTER A CHACUN DES PATIENTS

Pour Insoo Kim Berg, la confiance du client est étroitement liée à son sentiment d'être compris du praticien. Cette compréhension est globale à travers ce que le patient dit et montre. Les deux modes de communication, verbal et non verbal, sont indissociables du contexte. Le travail thérapeutique se fait après la reconnaissance et la validation du ressenti émotionnel, la connaissance des cognitions et des perceptions du patient. Le travail peut ensuite se faire à ses différents niveaux. L'hypnose modifie le ressenti émotionnel. L'objectif est la modification du système « perceptivo-réactionnel » : de nouvelles perceptions peuvent modifier le comportement et inversement la modification d'un comportement permet la définition de nouvelles perceptions.

Le thérapeute s'accorde avec le patient sur les registres verbaux et non-verbaux, ce qui permet l'entrée de l'un puis de l'autre en transe hypnotique sur un mode conversationnel ou plus conventionnel. Erickson⁶⁷ conseillait d'utiliser les propres mots du patient, comme moyen de se rapprocher et d'établir la relation. C'est une manière de valider le système de référence du patient, de « parler la même langue ». Le thérapeute peut ainsi résumer ce qu'il a compris et ce qui est utile au patient, et ne continuer qu'après avoir eu l'accord du patient ou les précisions nécessaires, afin d'être au plus proche de la réalité de ce dernier.

Erickson⁶⁷ a beaucoup insisté sur la synchronisation non verbale entre thérapeute et patient. La première étape est l'observation fine de la respiration, de la voix, du regard, des gestes plus ou moins visibles. L'accordage est d'abord respiratoire, ainsi qu'avec les postures du patient. Se crée ainsi « une danse » à deux où la communication a lieu sous un mode corporel, thérapeute et client se répondant. L'accordage de l'un étant nécessaire à l'entrée en transe de l'autre, le thérapeute étant ensuite à la *disposition* du client. Ainsi la voix du thérapeute peut accompagner le patient, en modifiant son attitude corporelle, vers un état plus calme ou plus tranquille. Un état où la confiance peut s'installer à un autre niveau, plus seulement intellectuel mais également corporel, d'où la nécessité d'une éthique et d'un respect très important du thérapeute face à son patient et à sa souffrance. Le thérapeute peut évaluer le degré d'adhésion du patient en observant la congruence entre son discours verbal et non-verbal. Toute discordance doit être évaluée, respectée, clarifiée. Le thérapeute est garant du confort du patient dans le cadre de la thérapie. Pour nous, l'intervention ne peut avoir lieu que lorsque le patient est prêt et préparé. Comme le dit François Roustang¹⁸⁸, « *au thérapeute de faire que son éthique soit la manipulation qui guérisse* ».

La notion d'accordage est essentielle pour induire un état hypnotique, François Roustang en parle ainsi : « *Le thérapeute s'accorde à l'état présent du sujet, il part de la forme de la veille qui lui est proposée et la fait sortir de son orbite coutumière. C'est là une nécessité pour que le processus de concentration puisse être amorcé. [...]. Force est donc pour le thérapeute d'entrer en relation avec le patient en se plaçant sur son terrain à lui, de percevoir exactement là où il est et comment il s'y trouve* ».

D. REJOINDRE L'AUTRE LA OU IL EST

Hypnothérapeutes, nous devons entrer nous-mêmes en état de veille paradoxale pour être capables [...] d'accueillir la totalité de l'existence du patient.

François Roustang, 1994¹⁸⁸

Carl Rogers¹⁸⁶ en 1951, introduit le concept d'empathie. Insoo Kim Berg et Peter De Jong⁵³ reprennent cette définition, c'est : « *ressentir le monde intime du patient comme s'il était le vôtre mais sans jamais oublier l'aspect "comme si", et ressentir la colère, la peur et la confusion du client sans y rester coincé* ». Carl Rogers préconise l'usage de résumés afin de mieux comprendre le cadre de référence du patient. Pour O'Hanlon¹⁶⁴, les reformulations, plus courtes, permettent d'introduire de légères nuances pour favoriser l'émergence d'exceptions ou de solution. L'orientation vers les solutions n'étant pas toujours spontanée, le respect du silence est nécessaire au travail du patient.

Erickson⁶⁷ insiste sur la prise en compte de la dimension corporelle du patient afin de pouvoir au mieux l'accompagner : « *Vous avez besoin de penser à la façon dont le patient ressent, pense et vit ses émotions en relation à la réalité de son corps et en relation à ses expériences corporelles du moment. Le thérapeute apprend à utiliser dans leurs situations les orientations personnelles du patient* ».

Cette expérience ne peut se faire qu'en l'absence de peur, dans une relation de confiance. Pour François Roustang¹⁸⁸ : « *Le contraire de la peur, est la confiance. [...]. Soit pour commencer, la confiance en la personne du thérapeute. [...]. Se mettre à la place de l'autre, c'est ce que ne peut éviter le thérapeute. Il n'a commencé son travail que dans la*

mesure où il s'est détaché de sa propre existence pour faire sienne l'existence de l'autre dans sa globalité et dans sa précision. S'il en est ainsi, le patient n'a pas besoin de faire confiance, de croire en un avenir où il ne sera pas trompé, puisque son interlocuteur est déjà impliqué dans et par son existence à lui. Il ne s'agit pas d'empathie ou de sympathie, et bien moins encore d'amour : au sein de l'anticipation, nos existences sont devenues interchangeable. Le thérapeute a pris à sa charge l'existence de l'autre pour la transformer, mais seulement parce qu'il l'a anticipée. Transformation que veut le patient, mais à laquelle il n'est pas encore préparé. Là est la source de conflit possible si le thérapeute ne se situe pas au lieu exact du désir ambigu de changement, mais là aussi le point de départ indispensable de déroulement de la cure ».

Jean-Claude Benoit¹³⁹, dans la préface de *Cours d'hypnose clinique* de Malarewicz, reprend le terme de « processus » qui « décrit la nature foncièrement processuelle de la transe hypnotique, cet "engagement ensemble" dans un temps similaire, rythme et contenus inclus ». Ainsi, c'est l'engagement premier du thérapeute dans la relation et sa concentration sur « comment entrer dans le monde du patient » qui lui permet d'entrer en état hypnotique, afin que le patient puisse le rejoindre sur cette voie, et qu'alors le patient puisse réaliser son travail, accompagné, guidé, soutenu par le thérapeute.

Comme le formulait Erickson en 1965 : « Pour favoriser la coopération du patient, on se doit d'envisager les meilleurs résultats. On se doit vraiment de demander au patient de coopérer afin d'atteindre un but commun. On doit garder à l'esprit qu'un objectif commun est un objectif pour le bien-être du patient et pour lequel il coopère avec vous pour atteindre quelque chose dont il sera le principal bénéficiaire ». (Erickson et Rossi, 1983⁶⁵). Ces principes sont retrouvés en thérapie brève. De Shazer⁵⁴ reprend : « *Thérapeute et client sont engagés dans une tâche qu'ils peuvent mener à bien ou pas, et seule la définition d'un objectif relativement spécifique peut permettre d'en mesurer la réussite. Ensemble, ils travaillent à résoudre un certain problème. Et donc, le fait d'avoir un ou des objectifs signifie qu'on s'attend à ce que les efforts déployés soient couronnés de succès. Etant donné que l'entreprise thérapeutique est une tâche collective, chaque individu doit prendre en compte les opinions des autres pour résoudre le problème ou effectuer la tâche proposée* ».

Car il s'agit bien de s'unir pour co-construire une réalité qui permettra au patient de s'autonomiser et de résoudre son problème ou d'accéder à une solution. Pour De Shazer⁵⁴ : « *le thérapeute coopératif suscite, promeut ou génère un comportement coopérant de la part du client, tous les deux s'unissent pour définir un problème qui puisse être résolu* ».

L'un des objectifs du thérapeute est de repérer et de travailler avec tout ce qui est positif pour le patient, en s'appuyant sur la partie de ce dernier qui est favorable au changement attendu. C'est la raison pour laquelle, selon De Shazer⁵⁴, « *Chaque changement est connoté positivement par le thérapeute comme un nouveau pas en direction d'un avenir plus satisfaisant. Cette façon de connoter positivement tout changement aide à construire l'attente : cet avenir, si important pour le client a déjà commencé* ». Il poursuit : « *Etant donné que les solutions ne peuvent pas être prévues de manière détaillée et qu'il existe potentiellement plus d'une manière de se comporter dans le futur après que les difficultés auront disparu, on peut construire de nouvelles attentes à partir de n'importe quel changement satisfaisant ou bénéfique. En thérapie brève, le thérapeute considère tout changement comme le signe d'un début d'amélioration pour le client. Tout changement est porteur de différence, et il se pourrait bien que cette différence soit assez importante pour faire partie de la solution* ». C'est pourquoi à la fin de chaque séance, chaque patient reçoit un compliment sur ce qu'il a pu accomplir.

E. LA RECIPROCITE

Pour De Shazer⁵⁵ en 1991, le thérapeute interagit avec le patient d'une telle manière qu'il fait partie du système qu'il tente de modifier. Il est impossible de l'isoler et de lui donner une position d'observateur indépendant. Bateson mettait déjà l'accent sur cette « réflexivité de la tâche du thérapeute ». L'état interne du thérapeute influence la relation thérapeutique.

La situation thérapeutique peut donc s'envisager comme un système interactionnel composé de plusieurs sous-systèmes (thérapeute, patient, problème et/ou solution, interactions entre les trois...), construit sur un jeu de langage – dans les thérapies brèves – et auquel on peut ajouter un mode de communication hypnotique – incluant langage verbal et non verbal – s'installant entre le patient et le thérapeute.

Pour De Shazer (1982) chaque famille (individu ou couple) montre, d'une manière qui lui est propre, comment elle essaye de coopérer, et le travail du thérapeute consiste tout d'abord à découvrir quelle est la manière propre à cette famille de le faire et, ensuite, à coopérer avec celle-ci à l'aide de ce qu'il aura appris, afin de promouvoir le changement. En 1985, De Shazer⁵⁴ explique la fonction « diagnostique » de la première séance : « *Le thérapeute cherche à découvrir le mode de coopération du client et ensuite il intervient en se fondant sur son "diagnostic". Ce que le client rapporte à la séance suivante informe le thérapeute sur les modes de coopération de celui-ci et sur le degré de convenance de sa propre intervention. Ensuite, si cela s'avère nécessaire, le thérapeute peut ou non modifier son approche. [...]. L'accent est porté, lors de la première séance, sur la mise en place de la relation et l'encouragement ou le développement de la coopération. On peut donc voir que c'est le thérapeute qui est l'investigateur du ou des premiers mouvements de coopération. Par la suite, ce sont les réponses du client qui, dès la séance suivante, indiquent au thérapeute si l'approche choisie convenait ou non. Le changement est un processus inévitable et continu. Et donc, c'est bien le rôle du thérapeute de présenter le processus de changement de telle sorte que les clients puissent résoudre les problèmes dont ils font état.* »

Ainsi le thérapeute adopte la méthode dite du « Un prêté pour un rendu » : « Le thérapeute donne au client une réponse de même type que celle que celui-ci a apporté à la tâche qui lui avait été proposée »⁵⁴.

En hypnose, on retrouve cet aller-retour constant entre le patient et le thérapeute. Pour reprendre Jean-Claude Benoit¹³⁹ : « Le thérapeute passe incessamment de soi à l'autre et de l'autre à soi, par la voix, la respiration, la posture, le contact, activement et conjointement ».

A ce moment où le thérapeute amène le patient sur le terrain de l'état hypnotique, Roustang¹⁸⁸ explique qu' :

« il serait faux de penser qu'il (le thérapeute) ne s'investit pas. [...]. Il y est tout entier, bien au contraire, avec son intelligence, ses sentiments, ses passions. Il n'a justement pas le droit à la surdité, à l'aveuglement. Il pense, mais il laisse de côté ses propres idées. Il ressent, mais ses sentiments ne lui appartiennent pas. Il est passionné, mais sa passion ne durera que le temps nécessaire à exercer son métier. A chaque heure, il est frais comme un gardon. Sa responsabilité est dans cette manière d'être. [...].

La relation du patient au thérapeute est circonstancielle, passagère, temporaire, elle peut donc être d'une intensité totale, mais à condition bien sûr qu'elle garde, dans sa chaleur et sa sérénité, une abstraction rigoureuse. [...]. Ce qui est de ma responsabilité immédiate (en tant que thérapeute), c'est de créer avec ces personnes une relation d'une

telle qualité et d'une telle force que l'interlocuteur puisse y déployer le champ de sa propre responsabilité. Si du moins il le souhaite, car à ce moment précis il n'est de mon ressort ni de me substituer à sa responsabilité, ni de vouloir changer en quoi que ce soit le cours de son existence. Le risque que je prends est extrême, mais il est le corollaire obligé du risque que ne peut pas prendre le patient. Mon risque dévoile dans sa nudité le risque que va devoir courir sa liberté.

La situation s'est retournée. Le thérapeute est maintenant hypnotisé par le patient, ce qui veut dire qu'il est retiré à l'extrême de ses intentions propres et de ses intérêts, qu'il s'est abstrait dans l'intensité d'une veille en attente. Il s'est donc tout simplement placé lui-même en état de veille paradoxale. L'induction a déjà eu lieu pour lui, et c'est parce qu'il a précédé son patient sur ce terrain qu'il va pouvoir l'y entraîner.

A ce moment, l'artifice de la relation, sa neutralité, son abstraction deviennent la vie même dans ce qu'elle a de plus précieux. Il (le thérapeute) est là nécessairement au moment où il devient inutile, parce que entrer en relation avec le thérapeute, c'est participer à l'attente, à l'anticipation et donc à ce qui précède. [...].

La réflexion sera tout entière orientée vers la correction, l'amélioration, le perfectionnement de l'acte. Elle rejoindra la souplesse de la spontanéité, elle contribuera à produire l'unité de la personne dans son rapport aux autres et à l'environnement ».

François Roustang, 1994¹⁸⁹

F. LA RESISTANCE

La plupart des clients sont très désireux de changer et coopérants. Ce qui est parfois nommé « résistance » semble pour de Shazer en 1979 être plutôt « *un message destiné à aider les thérapeutes à les aider* ». Ainsi : « *On devrait toujours garder à l'esprit que ce qu'on appelle "résistance" n'est qu'une métaphore pour décrire certains comportements qui surviennent dans le contexte thérapeutique, et que l'adoption d'autres métaphores peut s'avérer utile* ».

En effet, comme le dit Erickson⁶⁷ : « *Chaque fois que vous luttez avec les patients, chaque fois que vous essayez de forcer les patients à faire des choses selon votre façon de voir, en fin de compte, vous êtes perdants* ».

C'est pour cette raison que De Shazer propose une manière de percevoir la relation entre le concept de « résistance » et celui de « coopération » :

« Si un thérapeute choisit de considérer que le comportement d'un client est de la "résistance", alors les tentatives de celui-ci pour coopérer ne peuvent pas être perçues, étant donné que les deux points de vue s'excluent mutuellement ; si un thérapeute cherche plutôt à découvrir des comportements de coopération, alors il ne pourra pas percevoir de résistance ».

Steeve De Shazer, 1985⁵⁴

G. CREER DE L'ATTENTE POUR FAIRE NAÎTRE UNE DIFFÉRENCE

L'alliance thérapeutique ainsi construite aide patient et thérapeute à entrer en veille paradoxale, en situation d'attente. Le thérapeute guide le patient, il ne prend pas de décision à sa place, mais peut seulement l'orienter vers les solutions.

« Les solutions doivent se trouver dans les clefs plutôt que dans les serrures, et des passe-partout (de différentes sortes) peuvent ouvrir un grand nombre de serrures différentes. Il suffit qu'une intervention convienne pour qu'une solution puisse émerger. Il n'est pas nécessaire qu'elle égale la complexité de la serrure. Le simple fait que le problème présenté par le patient soit compliqué n'entraîne pas que la solution doive l'être également. »

« Cela fait donc partie du travail du thérapeute de promouvoir chez ses clients la perspective d'un changement et d'une solution. [...] Grâce à une attente de changement claire et forte, le thérapeute peut promouvoir très rapidement un changement durable. »

« Afin de promouvoir facilement des solutions, il est utile de développer "une vision" ou une description d'un futur plus satisfaisant qui puisse alors prendre le dessus sur le présent. Une fois que cette "vision réaliste" a été définie comme faisant partie des choses possibles dans l'avenir, souvent le client trouve "spontanément" des manières de résoudre le problème. »

Steeve De Shazer, 1985⁵⁷

IV. UNE APPROCHE CORPORELLE

A. ORIENTATION A LA REALITE ET DIAGNOSTIC SENSORIEL

Dans ce travail, la réalisation d'une hypnose formelle dans le cadre d'un protocole a pointé l'importance du diagnostic sensoriel. Ainsi une induction sur un canal sensoriel non préférentiel pouvait mener à l'impossibilité pour le patient d'entrer dans le processus hypnotique.

De même, il semble indispensable d'avoir bien repéré quelle est l'orientation à la réalité du sujet. Comme le dit Erickson⁶⁷ : *« L'attention doit être donnée à ce que le patient considère comme pertinent. Le thérapeute doit reconnaître quel est le type d'orientation que le patient possède pour utiliser l'hypnose avec succès. Trop souvent, la situation hypnotique se détériore car l'orientation à la réalité du patient n'est pas assez compréhensive. Vous avez besoin d'être conscient de ce que votre patient devrait inclure dans la situation. Plus vous prenez de soins dans la découverte de cette orientation spécifique à la réalité, plus facilement vous serez en mesure d'induire un état de transe ; plus facilement vous serez en mesure d'obtenir de la part du patient des réponses hypnotiques ; et plus facilement vous faciliterez le comportement qui est essentiel à l'aboutissement de vos obligations personnelles ».*

Pour Rossi¹⁸⁷, si le problème n'est pas résolu, alors il faut recommencer les trois étapes d'une autre manière, en se servant de l'enseignement de la première tentative. Cette procédure peut être répétée plusieurs fois. Ainsi en répétant les trois étapes, on en apprend toujours davantage sur les ressources et l'état intérieur du patient, ce qui permet ensuite d'aider le patient à mieux s'en servir.

D'où l'importance d'avoir créé une relation thérapeutique de confiance, permettant de modifier les propositions d'induction, ce qui était très souvent bien accepté. La surprise et la confusion ainsi induite permettaient également la facilitation de l'induction hypnotique.

N'oublions pas le vieil adage d'Erickson⁶⁷ : *« Aussi sûrement que vous reconnaissez ce qu'est l'orientation du patient, vous pouvez établir la situation thérapeutique ».*

B. LE CORPS COMME INTERFACE DU RAPPORT AU MONDE

Du temps où il utilisait l'hypnose, Freud⁸¹ note dans *Résultats, idées, problèmes* : « Presque tous les états d'âme d'un être humain s'extériorisent par les tensions et les relâchements des muscles faciaux, par le regard, par l'afflux de sang au niveau de la peau, par le ton de la voix et par la position des membres, en particulier des mains. Ces modifications corporelles concomitantes ne sont la plupart du temps d'aucune utilité à l'intéressé ; au contraire, elles sont bien souvent une entrave à ses desseins lorsqu'il veut dissimuler ces processus psychiques aux autres ; par contre, elles sont pour les autres des signes sûrs qui permettent d'inférer les processus psychiques et auxquels on se fie davantage qu'aux expressions verbales intentionnelles qui les accompagnent ».

Pour Roustang¹⁸⁸, « l'hypnothérapie s'intéresse au corps non pas, comme le veut notre culture, en vue de l'optimisation de l'individualité, mais parce qu'il est pour la personne l'interface de son rapport au monde. [...] Elle ne considère pas le symptôme comme un mal-être intrapsychique indépendant de la situation de la personne et des formes de relation qu'elle entretient avec son entourage proche ou lointain ».

Ainsi, pour Roustang, c'est le rapport au monde qui fait le problème. Il personnalise la veille paradoxale afin qu'elle puisse nous expliquer le problème : « Ça ne va pas parce que vous êtes en désaccord avec vous-mêmes, parce que vous n'êtes pas accordé aux choses et aux êtres et que parce que n'étant pas accordés, vous ne les entendez pas. L'inverse est tout aussi vrai : vous ne les entendez pas, et c'est pourquoi vous ne pouvez pas vous y accorder, en saisir le rythme, les prendre comme il faut. En conséquence vous êtes désaccordé à vous-même, agité, angoissé, malhabile, rejeté ».

Résoudre ce problème de rapport au monde serait pour Roustang éveiller et tenir éveillé ce qu'il appelle la veille généralisée. Comment ? « Par la disposition, en nous disposant à la veille généralisée. Grâce à la pensée bien sûr, mais une pensée agissante, une pensée qui s'effectue. Acte par lequel, de façon autre, nous nous mettons à entendre, à voir, à toucher, à sentir ». Roustang poursuit sur la notion d'harmonie :

« La possibilité de l'harmonie est nécessaire parce que, en hypnothérapie, il faut pouvoir supposer le problème résolu. Cela veut dire que l'on se met en état de veille généralisée et que l'on resitue, par rapport à elle, la difficulté ou la malformation rencontrée dans l'existence. La disposition, qui va être transposée dans la vie normale, est alors l'attitude préalable qui consiste à faire comme si ça marchait, comme si la personne était réconciliée avec son environnement proche et lointain, comme si pour elle tout était déjà en accord et en correspondance. C'est de là que l'on peut laisser venir une possible transformation ».

François Roustang, 1994¹⁸⁸

Peut-être est-ce ce que nous avons voulu proposer aux patientes dans le cadre de cette étude : leur apprendre à entrer dans la disposition qui permet d'entendre, de voir, de sentir d'une seconde manière pour maintenir ou recréer les liens qui ont pu se fragiliser ou se rompre suite à l'annonce de la maladie. Comme le dit Roustang : « Celui qui entend ne sera plus un observateur à distance, il sera englobé dans ces mouvements, il prendra part, il partagera. [...] Cette seconde manière d'entendre est caractéristique de l'hypnose ».

V. INTUITION ET CREATIVITE DU THERAPEUTE

L'un des plaisirs de ce travail a été la possibilité de proposer à chaque patiente une séance réalisée sur mesure, dans une relation de confiance. Le degré d'engagement dans la relation du thérapeute aurait pu être diminué par la lecture répétée d'un script. La créativité du thérapeute a été stimulée par l'adaptation du contenu de la séance au type de problème proposé par la patiente, par sa personnalité, par le contexte thérapeutique en lui-même.

Laissons la parole à Malarewicz¹³⁹ :

« De cette créativité et de cette intuition dépend la pertinence du travail thérapeutique. Une des notions fondamentales qu'a développée Erickson est le fait que chaque être humain est unique et que chaque thérapie doit également être unique. Pour pratiquer l'hypnose clinique, le thérapeute a moins besoin de théorie que d'intuition et de créativité. Même s'il s'agit là de notions très subjectives, il est difficile de ne pas mentionner ici qu'il semble bien que, lorsqu'il utilise l'hypnose, un thérapeute est lui-même dans un processus hypnotique et que, de ce fait même, sa créativité et son intuition se trouvent exacerbées. Il en résulte qu'il est généralement inutile de préparer une séance d'hypnose. Tout se passe comme si la créativité du thérapeute se mobilise sans qu'il ait besoin de forcer. [...]. J'ai compris l'importance de cette constatation lorsqu'il m'est paru évident que la créativité et l'invention ne peuvent se détacher d'un substrat sensoriel ; c'est dans les sensations qui se modifient qu'on trouve la base d'une nouvelle appréhension intellectuelle d'un phénomène. Dans le contexte de l'hypnose, l'intuition est entendue comme une qualité de pragmatisme dans l'utilisation que fait le thérapeute de ce que montre le patient, notamment dans son langage non verbal, et sa capacité à s'engager dans une logique d'essais et d'erreurs pour faire de la thérapie une entreprise nécessairement heuristique pour son patient. [...]. L'intuition ne relève ni de la magie, ni de la perception extrasensorielle. Elle relève d'un bon usage, même s'il reste en grande partie inconscient du langage non verbal. Cependant, elle intervient sans doute au moins autant qu'une bonne théorie ».

VI. APPRENTISSAGE, CHANGEMENT DE NIVEAU, ET AUTOHYPNOSE

A. NIVEAUX D'APPRENTISSAGE

Pour Bateson¹⁰ en 1971, la notion de communication est indissociable de la notion d'apprentissage : « L'opération de communication est un apprentissage permanent de la façon de communiquer ». L'apprentissage est envisagé comme une expérience interactionnelle entre deux sujets, les uns réagissant aux comportements des autres, dans une dynamique de circularité et de réciprocité. C'est la répétition qui permet l'acquisition de nouvelles capacités.

Bateson¹¹ en 1972, décrit plusieurs niveaux d'apprentissage et les hiérarchise en quatre niveaux :

- L'apprentissage de niveau 0 : c'est le plus simple. Il correspond à la notion d'arc réflexe. La réponse au stimulus est automatique et stéréotypée. Le résultat de l'expérience n'est pas utilisable pour améliorer les performances futures.
- L'apprentissage de niveau I : c'est l'apprentissage d'une réponse spécifique à un stimulus donné. La situation de départ permet un nombre important de comportements différents. L'apprentissage nécessite plusieurs essais successifs qui restreignent peu à peu le type de réponses possibles. Les notions de récompense (satisfaction du besoin ou de la demande) et de punition (non satisfaction ou comportement négatif de l'environnement) apparaissent. Les comportements entraînant la punition sont classés comme indésirables et ne sont plus utilisés. Le sujet corrige peu à peu ses erreurs pour obtenir de plus en plus de situations de récompenses.
Tous les éléments appartenant au contexte de la situation d'apprentissage peuvent servir à repérer une situation nouvelle, permettant de transposer la réponse à une situation nouvelle, la réponse est alors la même.
- L'apprentissage de type II : c'est « l'apprentissage de l'apprentissage ou deutéro-apprentissage ». Ce niveau correspond à un « changement de caractère du sujet ». Le processus d'apprentissage lui-même est alors modifié. Il s'agit « d'apprendre à apprendre ». Pour Bateson c'est « l'objectif premier » de toute thérapie.
Pour Cabié et Isebaert³¹, une thérapie où le praticien fixe lui-même les objectifs à atteindre pour le patient est de l'ordre de l'apprentissage de type I. Lorsque le thérapeute crée un contexte où le patient est autorisé à inventer de nouveaux comportements parmi lesquels il choisit les solutions à ses problèmes, nous sommes dans un apprentissage de type II. Le thérapeute, confiant dans les capacités du patient, le laisse faire appel à sa créativité et à ses capacités à se laisser surprendre pour réaliser un ou des comportement(s) d'un type nouveau.
- Bateson ajoute que des apprentissages d'un niveau supérieur à II existent probablement, mais qu'ils n'ont pas été étudiés. Un apprentissage de niveau III correspondrait aux domaines de la mystique et de la transcendance.

Ces niveaux d'apprentissage sont corrélés à deux types de changement :

- le changement de niveau I : « plus ça change, plus c'est de la même chose ». Les règles relationnelles entre les éléments du système restent identiques. L'ensemble n'est pas modifié, l'action déclenche des phénomènes homéostatiques amenant à une position d'équilibre.
- Le changement de niveau II : il concerne la norme du système ou ses « métarègles ». Le fonctionnement global du système est modifié. Il existe un « saut de logique » entre le changement de niveau I et II : le système est en « crise » lorsque les éléments homéostatiques du premier niveau sont débordés et deviennent inefficaces : le changement de niveau II s'impose afin d'apporter de la souplesse nécessaire aux régulations homéostatiques. Un changement de niveau II n'est possible que par un apprentissage de niveau II. C'est ce niveau qui intéresse les thérapeutes. C'est un changement qui intéresse le patient dans sa relation aux autres et sa vision du monde.

C'est pourquoi De Shazer⁵⁴ ajoute : « *Atteindre l'objectif précis qui résout la difficulté du client passe souvent par un changement de contexte ou un changement de la classe à laquelle appartient la plainte. Dans la mesure où l'on ne peut prévoir un changement précis, ce que le thérapeute recherche, c'est un changement dans le contexte ou dans les indicateurs du contexte, changement qui va favoriser la survenue de ce que le client attend de différent en atteignant l'objectif spécifié* ».

B. RENDRE LE PATIENT AUTONOME

L'une des qualités des thérapies brèves est le souhait de rendre le patient autonome, libre de ses choix en l'aidant à « élargir son champ des possibles ». Le thérapeute travaille d'emblée ce risque de dépendance. C'est pour cela que le patient est régulièrement félicité des progrès qu'il fait.

La situation problématique est liée à une perte de capacité de choisir. Il s'agit donc d'aider la personne à retrouver ses capacités de choix face aux événements qu'elle rencontre.

Paul Watzlawick précise lors d'un entretien avec Wittaezale et Gracia²³⁷ : « *Pour moi, le but de la thérapie est le soulagement de la douleur. Lorsque le thérapeute peut permettre à ses patients de retrouver les moyens de poursuivre leur trajectoire personnelle en sortant de l'impasse dans laquelle ils sont bloqués, sa tâche est remplie* ».

Ainsi pour Elise Lelarge¹²⁸, la thérapie est un lieu d'expérience, de reprise de confiance en soi : « *Une expérience réussie, dans le cadre de la thérapie, constitue un excellent stimulant pour retrouver confiance dans ses propres moyens et affronter les inévitables difficultés de la vie* ».

C. APPRENDRE L'AUTOHYPNOSE

On peut imaginer qu'il puisse exister une autohypnose spontanée et une autohypnose qui fait suite à un apprentissage avec un thérapeute, consistant à reproduire l'état hypnotique de la séance et ses effets chez soi.

Le plus souvent, la préparation à l'autohypnose a lieu avec le thérapeute. Au cours de la séance hypnotique, le thérapeute peut proposer des suggestions dites « post-hypnotiques » visant à donner au patient la possibilité de retrouver cet état quand nécessaire. Par exemple : « A l'avenir, vous pourrez retrouver cet état, pour renforcer le travail que vous avez fait aujourd'hui et continuer à apprendre. Vous pourrez retrouver ce souvenir agréable, après avoir fermé les yeux et compté jusqu'à 10 ». Pour Roustang¹⁸⁸ : *« empiriquement l'hypnose n'est possible que si un hypnotiseur transmet les règles de son effectuation. En ce sens, elle est un phénomène relationnel. Si l'on considère sa nature, son essence, son mode de constitution, elle est relationnelle en un autre sens, parce qu'elle nous met en rapport avec nos semblables, l'environnement, le monde. En ce second sens, l'hétérohypnose et l'autohypnose sont identiques et il n'est donc en soi nullement nécessaire de passer par un médium physiquement présent pour y accéder ».*

En autohypnose, le patient devient son propre thérapeute et utilise la capacité de son inconscient, au sens ericksonien du terme, pour modifier ce qui est nécessaire. Pour Halfon et Wood⁹⁵, *« lorsque le patient s'est donné la suggestion, il doit savoir laisser faire la réalisation de cette suggestion par son corps ou par son inconscient. Dans toute autohypnose, il y a un temps d'attente pour la réalisation. La profondeur de la transe n'a aucune importance, seule la répétition de l'exercice compte ».*

« L'autohypnose relève de notre initiative, elle est à notre portée, si l'apprentissage en a été suffisant au préalable, si le lâcher-prise est devenu une expérience banale, c'est-à-dire si nous n'avons plus peur de la disposition. Lorsque cette autohypnose est répétée souvent, il peut nous être donné d'expérimenter une présence accrue à nos tâches, une plus grande facilité de passer de l'une à l'autre, une meilleure préparation à ce qui pourrait advenir. Le succès de cette pratique n'est cependant jamais assuré. Il se peut que nous ne dépassions pas facilement les limites qui sont les nôtres sans la sollicitation d'un hypnothérapeute auquel nous donnerions le droit de les ébranler ».

Roustang, 1994¹⁸⁸

VII. DE LA DISSOCIATION A LA REASSOCIATION

Malarewicz¹³⁹ remarque que : « Tout phénomène pathologique est issu, ou s'est manifesté, à l'occasion d'un phénomène de dissociation (entre le patient et une partie de son corps ou de son expérience subjective de certains événements de son existence), avant que sa souffrance, en même temps que son symptôme, ne s'autonomise et, dans le même mouvement, n'échappe à son contrôle dans une boucle de rétroaction négative, pouvant ainsi faire parler "d'hypnose négative" lorsqu'un symptôme envahit le champ de conscience d'un sujet ».

Cette dissociation n'est pas que pathologique. Pour Jean-Claude Benoit¹³⁹, la dissociation est un phénomène naturel. Il remarque que l'idée qu'un adulte doit apprendre à grandir rejoint ce fait central du "cycle de vie", souligné par les ericksoniens. Il propose d'être au contact de ses ressources comme mode de vie : « *Pour puiser en soi-même ses ressources passées, vers la voie d'un devenir, chacun possède une infinie réserve. Nous vivons chaque nuit la dissociation, autre donne banale. Nous avons conscience, bien plus que de souvenirs, de nos rêves. Cette machinerie onirique fonctionne bien au-delà de l'amnésie apparente* ».

François Roustang¹⁸⁸ montre comment les phénomènes de dissociation et d'association ne sont que deux faces de l'état hypnotique : « *Ce que la volonté ne peut obtenir, ce que la conscience ne peut saisir, semble être octroyé à la non-volonté et à la non-conscience, au vide et au non-agir. [...]. Le lâcher-prise, par quoi certains hypnotérapeutes voudraient voir résumer l'expérience, n'est qu'une broutille de commencement. Pour que le mouvement des êtres et des choses s'approche, il faut que l'insipide du non-vouloir et de la non-intention ait tout pénétré. En d'autres termes, la dissociation, qui peut sans doute rendre de grands services dans la pratique de l'analgésie, n'est que la face négative de la veille paradoxale. L'autre face est celle de l'association de tous les éléments constitutifs de la personne en vue d'une totale présence à l'acte* ».

VIII. TRAVAIL EN INTERDISCIPLINARITE

Qu'est-ce que cette étude pilote a proposé ? Est-ce une « thérapie ultrabrève » ou l'utilisation d'une hypnose à visée préventive ? Cette définition peut être réfléchiée en fonction de l'intervenant.

L'accent pourrait être mis sur la notion d'intervention précoce visant à limiter l'impact du traumatisme tant physique que psychique, social ou spirituel. L'hypnose est alors utilisée pour aider le patient à être au contact de ses ressources, pour l'aider à se préparer à la chirurgie, pour lui apprendre à gérer l'anxiété, éventuellement la douleur et en ajoutant des suggestions post-hypnotiques de confiance en soi, à prendre soin de soi, de son corps, de son bien-être, de ses capacités de réparation, de cicatrisation, voire de guérison.

Cette forme d'aide ne dispense pas d'une évaluation et/ou d'un suivi par un psychologue.

Lorsque ces propositions d'aide atteignent leurs limites, ou en complément, une évaluation par un psychiatre peut être nécessaire. D'autres formes de thérapie, ainsi que l'utilisation des thérapeutiques médicamenteuses peuvent alors être proposées.

Il pourrait être plus adapté de proposer une « préparation à la chirurgie », incluant divers outils en fonction du patient. En effet, nous avons vu que le patient demandeur d'hypnose peut ne pas y avoir accès, ou que le thérapeute peut ne pas être confortable avec son utilisation dans ce contexte particulier avec ce patient (cycle ultradien, relation avec le patient, autre technique plus adaptée...).

Se pose la question des compétences initiales du praticien en hypnose. En effet sa position et ses connaissances seront différentes selon sa profession (infirmière, oncologue, anesthésiste, chirurgien, ou autre). L'objectif de la séance, co-construit avec le praticien en hypnose, sera différent selon ses compétences. Les soignants travaillant dans le bloc opératoire pourront être plus à l'aise pour décrire et faire vivre cette ambiance particulière, les infirmiers pourront l'utiliser lors de soins, un anesthésiste ou une infirmière anesthésiste pour une hypnosédation, un psychiatre ou un psychologue pour une thérapie... les rôles propres de chacun n'étant pas interchangeables.

IX. QUELQUES REFLEXIONS ETHIQUES

L'approche d'Erickson est non normative. Elle ne vise pas à poser un diagnostic, mais à tailler une aide sur mesure, en utilisant le langage verbal et non verbal du patient, en entrant dans son système de référence. Erickson rappelle ainsi que : « *La psychothérapie du patient A n'est pas la psychothérapie du patient B. Pour faire du sur-mesure, le thérapeute doit penser : A quoi le patient accorde-t-il de la valeur ? Quelle est la position qu'adopte le patient ? De quoi le patient est-il fier ?* » (Zeig 2000²⁴¹).

Erickson⁶⁷ demande à ses patients d'être à leur meilleur niveau de compréhension. Il explique aux thérapeutes en formation : « *Votre succès s'appuie sur la propre capacité du patient à réconcilier chaque point que vous mentionnez avec ses propres compréhensions inconscientes. Je demande toujours à mon patient d'exercer son meilleur niveau de compréhension, parce que j'ai intérêt à ce qu'il comprenne. C'est son propre meilleur niveau de compréhension qu'il aura besoin d'employer pour trouver des bénéfices quelconques. [...]* Vous verbalisez ces idées d'une façon qui permette au patient de les comprendre et d'être libre de les accepter. [...] *Il est extrêmement important de leur donner la possibilité de coopérer avec vous plutôt que de les forcer à se prononcer seul sur ces points* ».

Erickson reconnaît que parfois : « *Ma tâche était de l'amener à reconnaître que ce dont il avait réellement besoin n'était pas d'une transe mais d'une aide psychiatrique* ».

Le thérapeute reste toujours juge des soins dont a besoin le patient. En tant que psychiatre ayant à disposition de nombreux outils quant à la souffrance psychique, nous proposons une thérapie adéquate à l'état du patient. Erickson⁶⁷ ajoute : « *Bien sûr, vous devez être le juge ultime du soin médical adéquat qui doit être prescrit, mais les patients doivent vraiment se sentir aussi confortables que possible. Vous devez être prêt à apprendre à parler aux patients de façon à leur donner ce que Kubie a appelé "la liberté illusoire du choix". L'usage du double lien doit se faire en faveur du patient, jamais en faveur de vous-même. Maintenant, je suis tout à fait prêt à mettre mes patients dans le double lien, mais ils sentent également inconsciemment que je ne vais jamais, jamais les y maintenir. Ils savent que je vais céder à n'importe quel moment ; ils savent que je vais les mettre dans un double lien différent, dans une autre situation de façon qu'ils puissent utiliser ce double lien nouveau et différent, lequel rencontre leurs besoins de manière plus adéquate. Si jamais vous utilisez égoïstement le double lien, vous perdrez sans aucun doute les patients. [...]. Communiquez clairement le message correspondant au fait que votre question est légitime, qu'elle est significative, et qu'ils vont coopérer* ».

François Roustang¹⁸⁸ incite à la prudence quant aux « outils thérapeutiques » : « *l'outil ne dit pas lui-même les usages moraux ou immoraux que l'on peut faire. [...]. Une éthique est nécessaire pour en limiter ou déterminer l'usage. [...]. La pratique inclut l'humanité et la moralité de la personne (du thérapeute)* ». Il ajoute « *Tant que l'outil ne prolonge pas la main au point d'être encore la main qui redresse, réoriente et déploie, éthique, manipulation et thérapie restent trois mots qui s'opposent. Mais si l'éthique est la manipulation qui guérit, les deux termes ne font qu'un* ».

PERSPECTIVES

I. PERSPECTIVES CLINIQUES

Nous présentons ici quelques propositions cliniques qui pourront nourrir la réflexion quant à l'évolution du protocole tel qu'il a été défini dans cette thèse. En effet, le protocole pourra être adapté en fonction des moyens humains et matériels disponibles dans le service.

A. MODALITES DE RECRUTEMENT

1) Comment se fait le recrutement ?

Nos patientes ont été recrutées par les infirmières d'annonce et le Dr Testa, anesthésiste.

Nous constatons que les chirurgiens du CLCC sont ouverts à ce type de prise en charge. 60% des chirurgiens pensent qu'une préparation à la chirurgie par l'hypnose peut être proposée dès leur consultation initiale. 20% relatent que c'est un exercice difficile en raison du grand nombre d'informations à donner à des patientes pouvant être peu réceptives du fait du choc du diagnostic.

Cette préparation pourrait donc être proposée lors de la consultation de chirurgie, d'anesthésie ou d'annonce.

Il semble difficile de proposer d'emblée de façon systématique cette préparation.

Il semble également important que la participation à cette préparation soit bien notifiée dans le dossier afin d'améliorer la cohérence globale des soins apportés.

2) Quelles patientes recruter ?

Nous avons rencontré dix femmes pendant la durée de notre étude. Le recrutement a été limité par nos disponibilités, par le fait de la nouveauté du protocole qui n'a pas été proposé de façon systématique à l'ensemble des patientes répondant aux critères d'inclusion, par un mode de recrutement fondé sur l'intuition des soignants relative à l'acceptabilité de la proposition pour les patientes incluables.

Faudrait-il proposer cette préparation à l'ensemble des patientes répondant aux critères d'inclusion ? Cette question se heurte d'emblée à la confrontation à la réalité et aux moyens matériels et humains, notamment en ce qui concerne la disponibilité des thérapeutes.

Nous nous interrogeons avec l'équipe de Bouté, Halfon et Gagean²³ sur l'intérêt de sélectionner d'emblée une population de femmes particulièrement anxieuses. Cette anxiété pourrait être repérée sur la clinique, l'échelle visuelle analogique de l'anxiété, et par l'échelle HADS.

Nous portons également une grande attention à l'information des patientes sur ce qu'est l'hypnose. Nous pensons qu'il est important de bien cerner leur demande et de ne pas hésiter à redéfinir ce qu'est l'hypnose thérapeutique. L'établissement d'objectif(s) thérapeutique(s) au sein de la séance permet également de bien redéfinir l'objet de l'utilisation de l'hypnose.

B. LIEU DE LA SEANCE

Les patientes et l'ensemble des acteurs ont évoqué l'importance d'un lieu adapté pour la réalisation des séances.

Chaque patiente en fonction de son orientation sensorielle a pu émettre des propositions d'amélioration. Il en ressort qu'une pièce calme, bien isolée, plus « cosy », avec une possibilité de fond musical pourrait être plus adaptée ; un lieu invitant à la détente.

A noter que nous avons pu faire la majorité de nos séances dans la salle d'annonce, bien décorée, mais au sein du service et à proximité des bruits ambiants.

C. TEMPS DE LA RENCONTRE

La réalisation d'une séance la veille de l'intervention chirurgicale ajoute des contraintes dans l'emploi du temps des patientes. En effet, leur admission se fait vers 17h. Ont alors lieu la rencontre avec l'infirmière, les consultations avec l'anesthésiste et le chirurgien.

Ainsi l'une de nos patientes a eu des difficultés à se détendre car elle ne savait à quelle heure elle devait rencontrer l'infirmière.

La veille de l'intervention, les patientes sont plus disponibles à partir de 20h.

Nous avons pu rencontrer Mme I. quelques jours avant son intervention et il semble que cette option puisse être une piste de réflexion, la patiente relatant avoir pu se détendre et arriver « zen la veille de l'intervention ».

La rencontre dans les jours suivant l'intervention a pu se faire plus facilement sans interférer avec les autres soins.

Dans les études sur l'hypnose en pratique sénologique, nous constatons que la préparation est centrée sur le geste interventionnel et pratiquée dans les minutes le précédant.

Ainsi en 2002, l'équipe de Montgomery, Weltz, et al.¹⁵⁷ pratique une induction hypnotique juste avant la biopsie ; de même en 2007 pour l'équipe de Bouté, Halfon et Gagean²³ juste avant l'entrée en salle de macrobiopsie ; idem pour l'équipe de Montgomery, Bovbjerg, et al.¹⁵⁴ 2007, juste avant la chirurgie, et pour l'équipe de Schnur, Bovbjerg, et al.¹⁹² en 2008.

Rappelons les divers protocoles pratiqués concernant la préparation à la chirurgie par hypnose. En 1959, dans l'étude de Doberneck⁶², les chirurgiens utilisent l'hypnose en préopératoire. En 1961, dans l'étude de Bonilla, les chirurgiens réalisent une séance de 30 à 70 minutes avant l'intervention. En 1963, dans l'étude de Werbel²³², les chirurgiens proposent une séance avant et après l'intervention. En 1966, Bartlett constitue plusieurs groupes : les uns s'entraînent à l'hypnose avant l'hospitalisation, les seconds pendant l'hospitalisation. En 1974 avec Surman²¹⁰, l'hypnose est réalisée avant et après l'intervention. En 1986, John et Parrino¹⁰⁷ proposent la lecture de suggestions hypnotiques par le chirurgien avant la kératectomie sous anesthésie régionale et légère sédation. En 1991, Rapkin utilise l'hypnose

juste avant l'intervention. Enqvist, en 1995, utilise plusieurs cassettes audio : cassettes avec des suggestions préopératoires, avec des suggestions pré et peropératoires, avec des suggestions peropératoires seules. Ashton, en 1997, montre l'efficacité de l'apprentissage de l'autohypnose avant l'intervention chirurgicale sur la capacité à se relaxer après l'intervention.

Ainsi nous constatons la particularité de ce protocole en deux temps. Nous ne retrouvons que deux études similaires à ce niveau : celle de Werbel²³² en 1963 et celle de Surman²¹⁰ en 1974.

D. DUREE DE LA RENCONTRE

La première séance la veille de l'intervention est très chronophage : temps d'attente en fonction des différentes consultations, lecture du dossier médical, échange avec les équipes soignantes, et temps d'environ 45 minutes à 1 heure avec chaque patiente.

La deuxième rencontre dure un temps similaire. Après échange avec les équipes soignantes, il comprend un échange clinique avec la patiente, la réalisation d'une séance d'hypnose selon son souhait et la réponse au questionnaire sur l'hypnose. Nous avons pris ce temps dans le cadre de notre étude afin de recueillir de façon détaillée les témoignages des patientes. Dans une perspective uniquement clinique, ce temps pourrait donc être réduit.

Nous constatons, dans les différentes études sur l'utilisation de l'hypnose chez les femmes atteintes d'une pathologie mammaire, que la durée du temps d'induction hypnotique diminue avec l'augmentation du nombre de patientes incluses. Même si une induction sur script dure moins longtemps que lors de sa mise en place, ce phénomène est essentiellement lié à des limites de temps. Ainsi dans l'étude française de Bouté, Halfon et Gagean²³ les 28 patientes incluses bénéficient d'une induction hypnotique de 30 à 45 minutes avec un souvenir agréable fonction de la personnalité, suivie d'une analgésie de la poitrine à partir d'une catalepsie du bras. La patiente est alors accompagnée en salle de macrobiopsie et on lui demandera de retrouver cet état par une induction rapide. Dans l'étude de Montgomery, Weltz, et al.¹⁵⁷ en 2002, les 43 patientes bénéficient d'une induction hypnotique d'une dizaine de minutes par un psychologue. Puis en 2007¹⁵⁴ et 2008¹⁹² cette équipe propose pour des cohortes de 200 et 90 patientes des durées d'hypnose d'une quinzaine de minutes.

E. ANXIETE ELEVEE AVANT LA CHIRURGIE

Etudions les antécédents psychiques de nos patientes.

30% de nos patientes disent avoir déjà fait une dépression ou pris un traitement antidépresseur. Ces chiffres ne sont donnés qu'à titre indicatif en raison de la faible population et ne concernent qu'une évaluation subjective. Mais rappelons que la prévalence de la dépression - vie entière - suivant les études varie de 5 et 15% en France. Les femmes sont deux fois plus touchées que les hommes. Elles sont également plus exposées aux rechutes et à la chronicisation de la dépression. Deux classes d'âge sont plus à risque de dépression, celle des 18-25 ans dans les deux sexes, celle des 45-54 ans chez les femmes et celle des 35-44 ans chez les hommes. Le risque de décès par suicide est 10 fois plus élevé chez les patients déprimés que dans la population générale.

60% de nos patientes affirment avoir déjà pris un traitement anxiolytique ou hypnotique. 20% disent consommer des toxiques : tabac et cannabis.

Seules 10% de nos patientes dorment bien sans traitement avant l'intervention. 60% affirment avoir des troubles du sommeil, la moitié consomme des psychotropes.

50% de nos patientes consomment des benzodiazépines avant l'intervention.

Parmi les 8 patientes ayant complété l'HADS avant l'intervention 6 ont un score supérieur ou égal au score seuil de 10, soit 75% de notre population (valeur prédictive positive de 44% pour les troubles de l'adaptation ou les troubles anxieux) et 4 un score supérieur ou égal à 13 soit 50% (valeur prédictive positive de 75%).

Sur l'échelle de dépression, aucune patiente n'atteint le score seuil de 10. La moyenne des scores est de 5,5, avec un écart-type de 3,5, et une médiane à 7.

Ces résultats sont concordants avec les études antérieures qui retrouvent un niveau élevé d'anxiété avant la chirurgie du cancer du sein (Hegel, Moore et al. 2006 ; Tasmuth, Von Smitten et al. 2006). L'un des risques est le passage à l'acte auto-agressif.

Il faut également se remémorer que 3 mois après la chirurgie, la détresse psychologique est significativement plus élevée chez les femmes ayant des antécédents de dépression (Maunsell, Brisson et al. 1992¹⁴⁸), et que dans les suites d'une chirurgie du cancer du sein, les troubles de l'humeur sont d'autant plus importants que des complications postopératoires se présentent (Tobin, Lacey et al. 1993)²¹⁶.

Une attention particulière doit être donnée aux femmes les plus jeunes qui dans les cohortes ont des défauts d'ajustement émotionnel plus sévères (Schover 1994¹⁹⁵)

Nous insistons donc sur l'importance d'un dépistage et d'un diagnostic précoce du stress au moment du diagnostic. Le repérage des réactions non adaptées à ce stress est la première étape de la prise en charge. Idéalement ce repérage débute dès la première consultation en milieu oncologique, souvent avec le chirurgien, ce qui permettra une comparaison ultérieure et un suivi des traitements. Cette vigilance doit être poursuivie tout au long de la maladie, ainsi qu'en phase de rémission et de guérison.

F. SOUFFRANCE PHYSIQUE

Là encore nous souhaitons pointer le lien qui existe entre anxiété et douleur. Rappelons que pour Katz, Poleshuck et al.¹¹² en 2005, la seule variable indépendante prédisant une douleur importante deux jours après la chirurgie est l'anxiété préopératoire. Les patientes ayant des niveaux élevés d'anxiété et de dépression préopératoires sont plus à risque de douleurs aiguës postopératoires et de consommation d'antalgiques majeurs (Ozalp, Saroglu, et al. 2003¹⁶⁶).

Il est désormais bien admis qu'une douleur postopératoire sévère augmente le risque de douleur chronique après ce type de chirurgie. Ce risque est augmenté chez les jeunes femmes, célibataires, avec une chirurgie plus invasive, et avec un défaut d'ajustement émotionnel en préopératoire (Katz, Poleshuck et al.¹¹²). Les symptômes douloureux postopératoires sont persistants chez la majorité des femmes atteintes d'un cancer du sein (Hack, Degner 1999⁹²). Ces sensations désagréables éprouvées par les patientes seraient interprétées comme les signes d'une évolution défavorable de leur maladie, ce qui amplifierait leurs réactions anxiodépressives (Bonnaud, Chabrol et al. 2002²⁰).

D'où l'intérêt, d'un point de vue préventif, de diminuer l'anxiété en préopératoire. Comme nous l'avons vu plus haut, les traitements non pharmacologiques comme l'hypnose diminuent les quantités de traitements pharmacologiques associés et diminuent les effets secondaires liés à l'ensemble des traitements. Une prise en charge globale interdisciplinaire dès l'annonce de la maladie des patientes à risque, pourrait prévenir la chronicisation des douleurs tout en réduisant les troubles anxieux et dépressifs consécutifs.

G. RESSOURCES DES PATIENTES

1) Intérêt majeur pour les médecines complémentaires

Nous avons constaté dans cette étude que 90% de nos patientes portent un intérêt aux médecines complémentaires, toutes sauf la plus âgée. Ce taux est plus important que celui de 44,7% retrouvé dans l'étude de Molassiotis, Scott et al.¹⁵³ en 2005 portant sur 282 patientes atteintes d'un cancer du sein dans 11 pays européens, il se rapproche du taux de 80% chez les femmes atteintes d'un cancer du sein aux Etats-Unis (Boon, Olatunde, Zick, 2007²¹).

Les thérapies les plus rapportées dans notre étude sont la phytothérapie (dont l'utilisation de thé et tisanes), l'acupuncture, l'homéopathie, l'alimentation saine, le yoga, la vie spirituelle, les huiles essentielles, le tai chi chuan, la relaxation. Dans l'étude de Molassiotis¹⁵³ les thérapies citées sont très proches : la phytothérapie, les techniques de relaxation, les thérapies spirituelles, l'homéopathie, les vitamines et oligo-éléments.

2) « Etes-vous une femme active ? »

Nous avons remarqué que notre question, très simple, « Etes-vous une femme active ? » a été extrêmement mobilisatrice avec une réponse positive dans 100% des cas.

La réponse a été très souvent suivie par la description spontanée au présent des ressources de la patiente. Ainsi, même si certaines activités étaient mises de côté depuis quelques temps, l'identité de femme active persistait et était un excellent moyen de rouvrir le champ des possibles.

Cette question est aussi une clef pour débiter une hypnose conversationnelle visant à favoriser l'ancrage de ces ressources au service de l'anticipation des activités à venir.

H. CONTENU PERSONNALISE DES SEANCES

Nous pensons que la personnalisation des séances d'hypnose a permis l'établissement d'une alliance thérapeutique de qualité et un travail de thérapie avec des objectifs adaptés à ceux de la patiente.

Ce type de travail a également permis le développement de nos compétences de thérapeute. L'échec de certaines inductions hypnotiques a permis de modifier nos propres stratégies et de découvrir des moyens plus adaptés à chaque patiente et à chaque contexte.

Le développement de l'application de l'hypnose pose la question de l'utilisation de script comme proposé en recherche clinique.

L'induction hypnotique personnalisée par un expert en hypnose est considérée par les experts du domaine comme meilleure que la lecture d'un script (Barabasz, Christensen 2006⁸). Lang¹²⁵ en 2000 se demande quels auraient pu être les résultats de son étude si l'hypnose avait été pratiquée par un expert. Il admet qu'un essai clinique prospectif randomisé requiert une approche reproductible qui peut être exportée en pratique clinique, ce qui n'est pas le cas d'une approche personnalisée.

I. UTILISATION DE L'HYPNOSE A DIFFERENTS MOMENTS DE LA MALADIE

Ce protocole a été proposé aux patientes au temps de la chirurgie du cancer du sein. Nous pouvons imaginer que ces patientes ou d'autres puissent avoir besoin de ce type d'accompagnement par hypnose en complément des autres traitements à d'autres moments de la maladie : lors de chimiothérapie, de radiothérapie, en période de rémission, ou encore en phase palliative.

II. PERSPECTIVES DE RECHERCHE

L'hypnose est connue en oncologie pour son utilisation dans le contrôle des douleurs, des effets secondaires de la chimiothérapie et de la radiothérapie, comme les nausées, vomissements, stomatites, l'accompagnement psychologique durant les phases de la maladie ou en phase terminale. Son utilisation précoce l'est nettement moins, que ce soit pour une hypnosédation ou pour une préparation à la chirurgie.

A. RECHERCHE ET CREATIVITE

Pour le thérapeute, les protocoles et la standardisation ne doivent pas entraver l'inventivité inhérente à l'hypnose, mais nous comprenons qu'un essai de bonne qualité doit pouvoir présenter des résultats reproductibles, d'où l'utilisation de script. Les suggestions contenues dans le script sont alors centrées sur les hypothèses de recherche comme la diminution de l'anxiété, de la douleur... et peuvent comporter d'autres suggestions plus larges comme par exemple : « Et vous pourrez retrouver cet état chaque fois que votre corps en aura besoin »...

B. QUID DE LA METHODOLOGIE ?

Les études cliniques d'observation sont plus aisées à réaliser que les études d'intervention. Les essais sur l'hypnose ne peuvent être réalisés en aveugle. Dans l'idéal, il faudrait réaliser une étude contrôlée randomisée avec un nombre suffisant de participantes. Se poserait alors la question de la mesure ou non du degré d'hypnotisabilité, ce qui n'est pas réalisé dans toutes études. Ainsi les résultats de l'équipe de Lang en 2006¹²⁶ concordent avec ceux de l'étude de Montgomery en 2002¹⁵⁵, qui affirme que 89% des patients chirurgicaux peuvent bénéficier d'hypnose et ont donc un degré d'hypnotisabilité suffisant pour avoir un bénéfice clinique. Si nous reprenons Hudacek¹⁰⁰ en 2007, l'étude pourrait inclure des mesures d'immunité évaluées au début et à la fin du traitement. Les mesures des différents paramètres cliniques et biologiques devraient être mesurées ensuite lors de suivis réguliers afin de connaître les effets de l'hypnose à plus long terme. Il pourrait être également utile de connaître l'impact clinique de cette intervention, par exemple sur l'incidence des métastases, le taux de survie à 5 ans, le taux de récurrence. Cela nécessiterait un suivi très long et les facteurs confondants seraient plus difficiles à contrôler. Hudacek insiste sur le fait que c'est seulement en étudiant les effets de l'hypnose sur l'évolution clinique du cancer que des recommandations dans le sens de l'utilisation de l'hypnose comme traitement adjuvant pourraient être établies.

Pour Wobst en 2007, la question est de savoir si nos connaissances actuelles sont suffisantes pour dire si l'utilisation de l'hypnose et de l'autohypnose en pratique clinique apportent un bénéfice aux chirurgiens et aux patients ? Les recherches actuelles sur l'utilisation de l'hypnose en péri-opératoire ont été menées par quelques investigateurs dédiés à ce travail. Il faudrait de nombreuses études venant d'institutions différentes et incluant un grand nombre de patients pour tester l'hypothèse suivante : l'hypnose bénéficie aux patients et au système de santé en améliorant la satisfaction, en diminuant la morbidité et les coûts. La

méta-analyse de Montgomery et al.¹⁵⁵ en 2002 sur l'utilité de l'adjonction de l'hypnose chez les patients bénéficiant d'une chirurgie suggère des effets positifs. Mais ces résultats doivent être interprétés avec précaution à cause de la grande variabilité des techniques employées. L'attention au patient, le support émotionnel, les suggestions positives et même l'hypnose sont des techniques facilement accessibles, sûres, attractives et sans surcoût associé qui pourraient améliorer la qualité des soins apportés aux patients.

C. CONSTITUER UNE EQUIPE DE RECHERCHE

De telles recherches nécessitent la constitution d'une équipe multidisciplinaire de qualité (praticien en hypnose, superviseurs, statisticien, formation du personnel du service...) et la réalisation d'essais d'abord sur de plus petits effectifs avec des objectifs plus modestes.

L'un des premiers objectifs après notre étude pourrait être la réalisation d'une étude prospective randomisée avec deux bras (hypnose/groupe contrôle).

Si l'on reprend notre hypothèse première : l'hypnose pourrait-elle prévenir l'apparition d'un syndrome douloureux post-mastectomie ? Il faudrait suivre les deux bras pendant 6 mois (date à laquelle on peut diagnostiquer ce syndrome) et faire à 6 mois le diagnostic éventuel de syndrome douloureux. Une étude plus modeste pourrait être réalisée sur l'apparition de douleurs neuropathiques dans le mois suivant la chirurgie après une préparation par hypnose, l'une des hypothèses secondaires pouvant être la diminution de l'anxiété dans le groupe traité à 1 mois.

Ces hypothèses de recherche sont novatrices, elles n'ont pas encore été testées.

Les recherches pourraient également se centrer sur la période péri-opératoire avec des hypothèses similaires à celles des équipes de Bouté²³, de Montgomery^{154, 157, 191}, de Lang¹²⁶, non encore testées chez des patientes allant subir une mastectomie.

CONCLUSION

Nous avons choisi, dans ce travail interdisciplinaire, d'utiliser l'hypnose couplée aux thérapies brèves solutionnistes, connues pour leur aspect non normatif et non pathologisant. Cette approche nous semblait adaptée face à la souffrance de femmes allant être opérées d'un cancer du sein.

Nous avons pu montrer que l'utilisation de l'hypnose lors d'une séance réduit l'anxiété. Son utilisation chez une population de femmes particulièrement anxieuses permettrait de diminuer les consommations de médicaments, de réduire les effets secondaires des traitements, d'améliorer les stratégies de coping et de prévenir la survenue de troubles psychiques caractérisés. Son effet bénéfique sur le sommeil pourrait améliorer les rythmes circadiens et ultradiens. Se pose également la question de son impact sur le système immunitaire. Les deux séances d'hypnose proposées au service d'une amélioration de la qualité des soins ne dispensent pas d'un éventuel suivi psychologique adapté. Ce protocole, simple et ouvert, sera à adapter en fonction du nouveau contexte d'intervention.

En tant que psychiatre, nous restons vigilante et savons, comme le rappelle Erickson, que parfois notre travail sera de modifier cette approche pour donner des soins plus adaptés aux patients, soit que le patient le souhaite, soit que ce type de thérapie ne soit plus adapté.

Le thérapeute « n'est rien d'autre qu'un faire-valoir, qu'un faire-exister et son action relèverait alors de l'éthique de la présence par le vide parfait. Ce vide qui opère la refonte de toutes les techniques apprises et ouvre la voie de l'inventivité. C'est dans le faire-exister que veille généralisée et veille restreinte ne seront plus deux, car le monde qui vient par la première ne trouvera plus d'obstacle dans la seconde. La veille restreinte ne verra pas d'inconvénient à se laisser inspirer par l'ampleur de la veille généralisée. Le faire-exister devient la condition de l'exister dans un corps. ».

François Roustang, 1994

BIBLIOGRAPHIE

1. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Chirurgie des lésions mammaires : prise en charge de première intention. Paris : ANAES, 2002.
2. AHLES TA, SAYKIN AJ, MCDONALD BC, FURSTENBERG CT, COLE BF, HANSCOM BS, MULROONEY TJ, SCHWARTZ GN, KAUFMAN PA. Cognitive function in breast cancer patients prior to adjuvant treatment. *Breast Cancer Res Treat*, 2007; 3.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, MINI DSM-IV. Critères diagnostiques (Washington DC, 1994). Traduction française par J.-D. Guelfi et al., Paris : Masson, 1996, 384p.
4. ANDRYKOWSKI MA, CARPENTER JS, STUDTS JL, CORDOVA MJ, CUNNINGHAM LL, BEACHAM A, SLOAN D, KENADY D, MCGRATH P. Psychological impact of benign breast biopsy : a longitudinal, comparative study. *Health Psychol*, 2002; 21, 5 : 485-94.
5. ASTIN JA, REILLY C, PERKINS C, CHILD WL, SUSAN G. Women Breast Cancer Foundation. Breast cancer patients' perspectives on and use of complementary and alternative medicine: a study by the Susan G. Komen Breast Cancer Foundation. *J Soc Integr Oncol*, 2006; 4, 4 : 157-69.
6. BAKKE AC, PURTZER MC, NEWTON P. The effect of hypnotic-guided imagery on psychological well-being and immune function in patients with prior breast cancer. *J Psychosom Res*, 2002; 53, 6 : 1131-7.
7. BALINT M. *Le médecin, son malade et la maladie* (1957). Paris : Payot, 1975, 405p.
8. BARABASZ A, CHRISTENSEN C. Age regression: tailored versus scripted inductions. *Am J Clin Hypn*, 2006; 48, 4 : 251-61.
9. BARON RH, FEY JV, BORGES PI, STEMPEL MM, HARDICK KR, VAN ZEE KJ. Eighteen sensations after breast cancer surgery: a 5-year comparison of sentinel lymph node biopsy and axillary lymph node dissection. *Ann Surg Oncol*, 2007 ; 14, 5 : 1653-61.
10. BATESON G. Communication. In *The Natural history of an interview*, sous la direction de Mac Quown N. Chicago : bibliothèque de l'université, collection microfilmée de manuscrits sur l'anthropologie culturelle, chapitre I, n°95, série XV, 1971. Traduction française : Communication. In *La nouvelle communication*, sous la direction de WINKIN Y. Paris : Edition du Seuil, 2ème édition, coll. Points Essais, 2000.
11. BATESON G. *Steps to an Ecology of Mind*. San Fransisco : Chandler Press, 5ème édition, 1972. New York : Ballantine Books Ed., 1976. Traduction française : *Vers une écologie de l'esprit*. Paris : Edition du Seuil, tome I, 1977, tome II, 1980.
12. BELLET P. *L'hypnose*. Paris : Odile Jacob, 2002, 290p.
13. BERGER J, COHEN B, ZELDITCH M. Status characteristics and expectation states. In *Sociological theories in progress*, BERGER J, ZELDITCH M, ANDERSON B (Eds). Boston : Houghton Mifflin, 1966.
14. BERNHEIM H. *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille*. Paris : Douin, 1886.
15. BERTAGNE P, PEDINIELLI JL, MARLIERE C. Alexithymia. Evaluation, quantitative and clinical data. *Encephale*, 1992 ; 18, 1 : 121-30.

16. BESANÇON G. Qu'est-ce que la psychologie médicale? Actualité et nécessité, Le Plessis-Robinson : Editions du Seuil, 1999. 208p.
17. BLACK S, HUMPHREY JH, NIVEN JS. Inhibition of Mantoux reaction by direct suggestion under hypnosis. *Br Med J*, 1963; 22, 1(5346) : 1649-52.
18. BLAKE-MORTIMER JS, SEPHTON SE, CARLSON RW, STITES D, SPIEGEL D. Cytotoxic T lymphocyte count and survival time in women with metastatic breast cancer. *Breast J*, 2004; 10, 3 : 195-9.
19. BLANKFIELD RP. Suggestion, relaxation, and hypnosis as adjuncts in the care of surgery patients: a review of the literature. *Am J Clin Hypn*, 1991; 33, 3 : 172-86.
20. BONNAUD A, CHABROL H, DORON J, LAKDJA F, SWENDSEN JD. Réactions anxio-dépressives face au syndrome douloureux post-mastectomie. *Bulletin de psychologie*, 2002 ; 55, 4(460) : 373-379.
21. BOON HS, OLATUNDE F, ZICK SM. Trends in complementary/alternative medicine use by breast cancer survivors : comparing survey data from 1998 and 2005. *BMC Womens Health*, 2007; 30, 7 : 4.
22. BOUHASSIRA D. Aspects expérimentaux et théoriques de l'hypnose. In *L'hypnose médicale*, sous la direction de BENHAIEM JM. Paris : Med-line Editions, 2003, p. 41-50.
23. BOUTE V, HALFON Y, GAGEAN F. Intérêt de l'hypnose en sénologie. *Psycho-oncologie*, 2007 ; 1, 2 : 105-118.
24. BOWER JE, GANZ PA, DESMOND KA, ROWLAND JH, MEYEROWITZ BE, BELIN TR. Fatigue in breast cancer survivors : Occurrence, correlates, and impact on quality of life. *J Clin Oncol*, 2000; 18 : 743-753.
25. BRAID J. *Neurohypnology, or the rationale of nervous sleep considered in relation with animal magnetism*. London : Churchill, 1843.
26. BREITBART W, PASSIK SD. Psychiatric Aspects of palliative care. Eds.: *Oxford Text Book of Palliative Medicine*. New York : Oxford University Press, 1993, pp. 609-626.
27. BREZDEN CB, PHILLIPS KA, ABDOLELL M, BUNSTON T, TANNOCK IF. Cognitive function in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. *J Clin Oncol*, 2000; 18 : 2695-2701.
28. BRUCHON-SCHWEITZER M. DANTZER R. *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris : PUF, 1994.
29. BRUCHON-SCHWEITZER M. *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*. Paris : Dunod, 2002.
30. BUTLER LD, SYMONS BK, HENDERSON SL, SHORTLIFFE LD, SPIEGEL D. Hypnosis reduces distress and duration of an invasive medical procedure for children. *Pediatrics*, 2005 ; 115, 1 : 77-85.
31. CABBIE MC, ISEBAERT L. *Pour une thérapie brève, le libre choix du patient comme éthique en psychothérapie*. Paris : Edition Erès, 1999.
32. CAFFO O, AMICHETTI M, FERRO A, LUCENTI A, VALDUGA F, GALLIGIONI E. Pain and quality of life after surgery for breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*, 2003; 80, 1 : 39-48.
33. CALIPEL S, LUCAS-POLOMENI MM, WODEY E, ECOFFEY C. Premedication in children : hypnosis versus midazolam. *Pediatr Anesth*, 2005; 15 : 275– 81.
34. CARPENTER JS, ANDRYKOWSKI MA, SLOAN P, CUNNINGHAM L, CORDOVA MJ, STUDTS JL, MCGRATH PC, SLOAN D, KENADY DE. Postmastectomy/postlumpectomy pain in breast cancer survivors. *J Clin Epidemiol*, 1998; 51, 12 : 1285-92.
35. CHERTOK L. *L'hypnose*. Paris : Payot, 1965.

36. CHERTOK L. *Le Non Savoir des Psy*. Paris : Payot, 1979.
37. CHOCARD AS, MALKA J, TOURBEZ G, DUVERGER P, GOHIER B, GARRE JB. Quelles sont les qualités exigibles d'une équipe de psychiatrie de liaison ? *Ann Med Psychol*, 2005 ; 163 : 691-6.
38. CHOCHINOV HM, WILSON KG, ENNS M, MOWCHUN N, LANDER S, LEVITT M, CLINCH JJ. Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatry*, 1995; 152, 8 : 1185-91.
39. CHUNG F, RITCHIE E, SU J. Postoperative pain in ambulatory surgery. *Anesth Analg*, 1997, 85, 4 : 808-16. Erratum in : *Anesth Analg*, 1997; 85, 5 : 986.
40. CIRCULAIRE N° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.
41. CLEELAND CS. The impact of pain on the patient with cancer. *Cancer*, 1984; 1, 54(11 Suppl) : 2635-41.
42. CLOQUET J. Ablation d'un cancer du sein pendant le sommeil magnétique. *Archives générales de la médecine*, 1829, 1ère série, 20, 131.
43. COLLAS-GUITTENY M. Réflexion sur la place et l'organisation de la psychiatrie de liaison entre deux C.H.U. à partir de l'utilisation d'Intermed, outil d'évaluation bio-psycho-social. Thèse : Médecine : Nantes : 2004, 175 p.
44. COLLINS VJ. *Principles of anesthesiology*. Philadelphia : Lea & Febiger, 1976.
45. CONSOLI S.M. Aider à penser, aider à faire face : exigences et défi pour la psychologie médicale. *Rev. Fr. Psychiatr. Psychol. Méd.*, 1997; 5 : 11-16.
46. CONSOLI S.M. Evénements de vie, stress quotidien et maladies autoimmunes. In : THURIN JM. BAUMAN N., *Stress, pathologies et immunité*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2003, pp 155-160.
47. CONSOLI S.M. La répétition, vue par le psychiatre de liaison, *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, Mai 1998, n°18, pp 21-24.
48. CONSOLI S.M. Psychiatrie à l'hôpital général, *Encycl. Méd.-Chir., Psychiatrie*, 37-958-A-10, 1998, 11p.
49. CONSOLI S.M. Psychiatrie de liaison. In : *Thérapeutique Psychiatrique*, sous la direction de SENON JL, SECHTER D, RICHARD D. Paris: Hermann, 1995, pp 955-979.
50. COYNE JC, PALMER SC, SHAPIRO PJ, THOMPSON R, DEMICHELE A. Distress, psychiatric morbidity, and prescriptions for psychotropic medication in a breast cancer waiting room sample. *Gen Hosp Psychiatry*, 2004; 26, 2 : 121-8.
51. CRAWFORD HJ, GUR RC, SKOLNICK B, GUR RE, BENSON DM. Effects of hypnosis on regional cerebral blood flow during ischemic pain with and without suggested hypnotic analgesia. *Int J Psychophysiol*. 1993; 15, 3 : 181-95.
52. DANZIGER N, FOURNIER E, BOUHASSIRA D, MICHAUD D, DE BROUCKER T, SANTARCANGELO E, CARLI G, CHERTOK L, WILLER JC. Different strategies of modulation can be operative during hypnotic analgesia: a neurophysiological study. *Pain*, 1998; 75, 1 : 85-92.
53. DE JONG P, BERG IK. *Interviewing for Solutions*. New York : W.W. Norton & company Inc., 1998. Traduction française : *De l'entretien à la solution*. Bruxelles : Satas, 2002.
54. DE SHAZER S. *Keys to Solution in Brief therapy*. New York : W.W. Norton & Company Inc., 1985. Traduction française : *Clés et solutions en thérapie brève*. Bruxelles : Satas, 1996.

55. DE SHAZER S. Putting difference to work. New York : W.W. Norton & Company Inc., 1991. Traduction française : Différence, Changement et thérapie brève. Bruxelles : Satas, 1996.
56. DE SHAZER S. Words were originally magic. New York : W.W. Norton & Company Inc., 1994. Traduction française : Les mots étaient à l'origine magiques. Bruxelles : Satas, 1999.
57. DEFECHEREUX T, DEGAUQUE C, FUMAL I, FAYMONVILLE ME, JORIS J, HAMOIR E, MEURISSE M. Hypnosedation, a new method of anesthesia for cervical endocrine surgery. Prospective randomized study. *Ann Chir*, 2000; 125, 6 : 539-46.
58. DERSH J, POLATIN PB, GATCHEL RJ. Chronic pain and psychopathology: research findings and theoretical considerations. *Psychosom Med*, 2002; 64, 5 : 773-86.
59. DESOMBRES H, MALVY J, WISS M. La pédopsychiatrie de liaison. Organisation et missions. Rapport de psychiatrie. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Paris : Masson, 2004.
60. DIRKS J, FREDENSBORG BB, CHRISTENSEN D, FOMSGAARD JS, FLYGER H, DAHL JB. A randomized study of the effects of single-dose gabapentin versus placebo on postoperative pain and morphine consumption after mastectomy. *Anesthesiology*, 2002; 97, 3 : 560-4.
61. DIXMERIAS F, RASCLE N, ROUGE P, MAURETTE P, LABREZE L, MONNIN D, LAKDJA F. Facteurs cliniques et psychologiques prédictifs du syndrome douloureux post-mastectomie. *Douleurs*, 2007 ; 8, HS1 : p. 69.
62. DOBERNECK RC, GRIFFEN WO Jr, PAPERMASTER AA, BONELLO F, WANGENSTEEN OH. Hypnosis as an adjunct to surgical therapy. *Surgery*, 1959; 46, 2 : 299-304.
63. EMERSON RT, MESSINGER SL. The micro-politics of trouble. *Social Problems*, 1977; 25, 2 : 121-134.
64. ENQVIST B, BJORKLUND C, ENGMAN M, JAKOBSSON J. Preoperative hypnosis reduces postoperative vomiting after surgery of the breasts. A prospective, randomized and blinded study. *Acta Anaesthesiol Scand*, 1997; 41, 8 : 1028-32.
65. ERICKSON M, ROSSI E. Healing in Hypnosis. New York : Irvington, 1983.
66. ERICKSON M, ROSSI E. Hypnotherapy : An exploratory casebook. New York, Irvington, 1979.
67. ERICKSON M. L'Hypnose Thérapeutique, Quatre Conférences. Paris : ESF, 2ème édition, 1986.
68. ERICKSON M. The collected papers of Milton H.Erickson on hypnosis. New-York : Irvington, 1980.
69. ESDAILE J. Natural and Mesmeric clairvoyance with the practical application of mesmerism in surgery and medicine. London, 1852.
70. FALLOWFIELD L, RATCLIFFE D, JENKINS V, SAUL J. Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *Br J Cancer*, 2001, 20, 84(8) : 1011-5.
71. FASSOULAKI A, SARANTOPOULOS C, MELEMENI A, HOGAN Q. EMLA reduces acute and chronic pain after breast surgery for cancer. *Reg Anesth Pain Med*, 2000; 25, 4 :350-5.
72. FASSOULAKI A, SARANTOPOULOS C, MELEMENI A, HOGAN Q. Regional block and mexiletine: the effect on pain after cancer breast surgery. *Reg Anesth Pain Med*, 2001; 26, 3 : 223-8.
73. FAUCHERE PA. Douleur somatoforme. Syndrome douloureux somatoforme persistant : diagnostic, clinique, traitement et problématique de la prise en charge par les assurances sociales. Chêne-Bourg : Médecine & Hygiène, 2007.
74. FAYMONVILLE ME, FISSETTE J, MAMBOURG PH, ROEDIGER L, JORIS J, LAMY M. Hypnosis as adjunct therapy in conscious sedation for plastic surgery. *Reg Anesth*, 1995; 20, 2 : 145-51.

75. FAYMONVILLE ME, LAUREYS S, DEGUELDRE C, DELFIORE G, LUXEN A, FRANCK G, LAMY M, MAQUET P. Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. *Anesthesiology*, 2000; 92, 5 : 1257-67.
76. FAYMONVILLE ME, MAMBOURG PH, JORIS J, VRIJENS B, FISSETTE J, ALBERT A, LAMY M. Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomized study. *Pain*, 1997; 73, 3 : 361-7.
77. FAYMONVILLE ME, ROEDIGER L, DEL FIORE G, DELGUELDRE C, PHILLIPS C, LAMY M, LUXEN A, MAQUET P, LAUREYS S. Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. *Brain Res Cogn Brain Res*, 2003; 17, 2 : 255-62.
78. FINLAY IG, JONES OL. Hypnotherapy in palliative care. *J R Soc Med*, 1996; 89, 9 : 493-6.
79. FISCH R, WEAKLAND JH, SEGAL L. The tactics of change. *Doing Therapy Briefly*. San Fransisco : Jossey-Bass Inc. Publishers, 1982. Traduction française : *Tactiques du changement. Thérapie et temps court*. Paris : Edition du Seuil, 1986.
80. FISHBAIN DA, CUTLER R, ROSOMOFF HL, ROSOMOFF RS. Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *Clin J Pain*, 1997; 13, 2 : 116-37.
81. FREUD S. *Traitement psychique, in Résultats, idées, problèmes*. Paris : PUF, I, 1984.
82. FROMM K, ANDRYKOWSKI MA, HUNT J. Positive and negative psychosocial sequelae of bone marrow transplantation: Implications for quality of life assessment. *J Behav Med*, 1996; 19 : 221-240.
83. GANZ PA, DESMOND KA, LEEDHAM B, ROWLAND JH, MEYEROWITZ BE, BELIN TR. Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer : a follow-up study. *J Natl Cancer Inst*, 2002; 2, 94(1) : 39-49.
84. GODIN J. *Hypnothérapie. Techniques-Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 1991 ; 37820 B50, 10p.
85. GOLDMANN L, OGG TW, LEVEY AB. Hypnosis and daycase anaesthesia. A study to reduce pre-operative anxiety and intra-operative anaesthetic requirements. *Anaesthesia*, 1988; 43, 6 : 466-9.
86. GORDON D, MEYERS-ANDERSON M. *Phoenix : Therapeutic patterns of Milton H. Erickson*. Cupertino : Meta, 1981.
87. GRAVITZ MA. Etienne Felix d'Henin de Cuvillers : a founder of hypnosis. *Am J Clin Hypn*, 1993; 36 : 7-11.
88. GROSSMAN SA, SHEIDLER VR, SWEDEEN K, MUCENSKI J, PIANTADOSI S. Correlation of patient and caregiver ratings of cancer pain. *J Pain Symptom Manage*, 1991; 6, 2 : 53-7.
89. GRUZELIER JH. A review of the impact of hypnosis, relaxation, guided imagery and individual differences on aspects of immunity and health. *Stress*, 2002; 5, 2 : 147-63.
90. GUELFY JD, ROUILLON F. *Manuel de psychiatrie*. Paris : Edition Masson, 2007.
91. HACK TF, COHEN L, KATZ J, ROBSON LS, GOSS P. Physical and psychological morbidity after axillary lymph node dissection for breast cancer. *J Clin Oncol*, 1999; 17, 1 : 143-9.
92. HACK TF, DEGNER LF. Coping responses following breast cancer diagnosis predict psychological adjustment three years later. *Psychooncology*, 2004; 13, 4 : 235-47.
93. HALEY J. *Advanced techniques of hypnosis and therapy : Selected papers of Milton H. Erickson, M.D.* New York : Grunn & Stratton, 1967.
94. HALEY J. *Uncommon therapy : The Psychiatric techniques of Milton H. Erickson, M.D.* New York: Norton, 1973. Traduction française : *Un thérapeute hors du commun : Milton H. Erickson*. Trad. Par Française Robert. Paris : Epi, 1987.

95. HALFON Y, WOOD C. L'utilisation de l'hypnose dans le traitement de la douleur. In Manuel d'hypnose pour les professions de santé, sous la direction de MICHAUX D, HALFON Y, WOOD C. Paris : Maloine, 2007.
96. HAUTKAPPE M, ROIZEN MF, TOLEDANO A, ROTH S, JEFFRIES JA, OSTERMEIER AM. Review of the effectiveness of capsaicin for painful cutaneous disorders and neural dysfunction. *Clin J Pain*, 1998; 14, 2 : 97-106.
97. HEGEL MT, MOORE CP, COLLINS ED, KEARING S, GILLOCK KL, RIGGS RL, CLAY KF, AHLES TA. Distress, psychiatric syndromes, and impairment of function in women with newly diagnosed breast cancer. *Cancer*, 2006; 15, 107(12) : 2924-31.
98. HIDDENLEY M, HOLT M. A pilot randomized trial assessing the effects of autogenic training in early stage cancer patients in relation to psychological status and immune system responses. *Eur J Oncol Nurs*, 2004; 8, 1 : 61-5.
99. HOFBAUER RK, RAINVILLE P, DUNCAN GH, BUSHNELL MC. Cortical representation of the sensory dimension of pain. *J Neurophysiol*, 2001; 86, 1 : 402-11.
100. HUDACEK KD. A review of the effects of hypnosis on the immune system in breast cancer patients: a brief communication. *Int J Clin Exp Hypn*, 2007, 55, 4 : 411-25.
101. IGLESIAS A. Hypnosis and existential psychotherapy with end-stage terminally ill patients. *Am J Clin Hypn*, 2004 ; 46, 3 : 201-13.
102. INSTITUT NATIONAL DU CANCER. La situation du cancer en France en 2007. INCA, 2007.
103. INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. Task Force on Taxonomy. Classification of chronic pain : descriptions of chronic pain syndromes and definition of pain terms, 2nd ed. Seattle : IASP Press, 1994.
104. JACKNOW DS, TSCHANN JM, LINK MP, BOYCE WT. Hypnosis in the prevention of chemotherapy-related nausea and vomiting in children: a prospective study. *J Dev Behav Pediatr*, 1994; 15, 4 : 258-64.
105. JANET P. L'Automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les membres inférieurs de l'activité humaine. 1889.
106. JASMIN C. Longévité et qualité de vie : défis et enjeux. Le Plessis Robinson : Synthelabo, 1999.
107. JOHN ME JE, PARRINO JP. Practical hypnotic suggestion in ophthalmic surgery. *Am J Ophthalmol*, 1983; 96, 4 : 540-2.
108. KALSO E, TASMUTH T, NEUVONEN PJ. Amitriptyline effectively relieves neuropathic pain following treatment of breast cancer. *Pain*, 1996; 64, 2 : 293-302.
109. KALSO E. Improving opioid effectiveness: from ideas to evidence. *Eur J Pain*, 2005; 9, 2 : 131-5.
110. KANGAS M, HENRY JL, BRYANT RA. The course of psychological disorders in the 1st year after cancer diagnosis. *J Consult Clin Psychol*, 2005; 73, 4 : 763-8.
111. KATON W, SULLIVAN MD. Depression and chronic medical illness. *J Clin Psychiatry*, 1990; 51, 3, 12-4.
112. KATZ J, POLESHUCK EL, ANDRUS CH, HOGAN LA, JUNG BF, KULICK DI, DWORKIN RH. Risk factors for acute pain and its persistence following breast cancer surgery. *Pain*, 2005 ; 15, 119(1-3) :16-25.
113. KEROUAC M. Les métaphores, contes thérapeutiques. Québec : Edition du IIIème millénaire, 1989. Edité en Europe. La métaphore thérapeutique et ses contes, études éricksonniennes. Bruxelles : Satas, 2ème édition, 2000.

114. KIECOLT-GLASER JK, MARUCHA PT, ATKINSON C, GLASER R. Hypnosis as a modulator of cellular immune dysregulation during acute stress. *J Consult Clin Psychol*, 2001; 69, 4 : 674-82.
115. KIECOLT-GLASER JK, MCGUIRE L, ROBLES TF, GLASER R. Psychoneuroimmunology and psychosomatic medicine: back to the future. *Psychosom Med*, 2002; 64, 1 : 15-28.
116. KIERNAN BD, DANE JR, PHILLIPS LH, PRICE DD. Hypnotic analgesia reduces R-III nociceptive reflex: further evidence concerning the multifactorial nature of hypnotic analgesia. *Pain*, 1995; 60, 1 : 39-47.
117. KOOPMAN C, ANGELL K, TURNER-COBB JM, KRESHKA MA, DONNELLY P, MCCOY R, TURKSEVEN A, GRADDY K, GIESE-DAVIS J, SPIEGEL D. Distress, coping, and social support among rural women recently diagnosed with primary breast cancer. *Breast J*, 2001; 7, 1 : 25-33.
118. KORNBLITH AB, ANDERSON J, CELLA DF, TROSS S, ZUCKERMAN E, CHERIN E, HENDERSON E, WEISS RB, COOPER MR, SILVER RT, ET AL. Hodgkin's disease survivors at increased risk for problems in psychosocial adaptation. *Cancer*, 1992; 70 : 2214-2224.
119. KORNBLITH AB, HERNDON JE 2ND, WEISS RB, ZHANG C, ZUCKERMAN EL, ROSENBERG S, MERTZ M, PAYNE D, JANE MASSIE M, HOLLAND JF, WINGATE P, NORTON L, HOLLAND JC. Long-term adjustment of survivors of early-stage breast carcinoma, 20 years after adjuvant chemotherapy. *Cancer*, 2003; 15, 98(4) : 679-89.
120. KORNBLITH AB. Psychosocial adaptation of cancer survivors, in Holland J. et al (eds): *Textbook of Psycho-Oncology*. New York, NY, Oxford University Press, 1998, pp 223-254.
121. KWIATKOWSKI F, BIGNON YJ. To test the impact of hypnotherapy upon immunity and circadian rhythms among palliative cancer patients: a promising goal? *Pathol Biol*, 2007; 55, 3-4 : 186-93.
122. LABREZE L, DIXMERIAS-ISKANDAR F, MONNIN D, BUSSIERES E, DELAHAYE E, BERNARD D, LAKDJA F. Postmastectomy pain syndrome evidence based guidelines and decision trees. *Bull Cancer*, 2007; 1, 94(3) : 275-85.
123. LAKDJA F, DIXMERIAS F, BUSSIERES E, FONROUGE JM, LOBERA A. Preventive analgesic effect of intraoperative administration of ibuprofen-arginine on postmastectomy pain syndrome. *Bull Cancer*, 1997; 84, 3 : 259-63.
124. LAMBERT SA. The effects of hypnosis/guided imagery on the postoperative course of children. *J Dev Behav Pediatr*, 1996; 17 : 307-10.
125. LANG EV, BENOTSCH EG, FICK LJ, LUTGENDORF S, BERBAUM ML, BERBAUM KS, LOGAN H, SPIEGEL D. Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures : a randomised trial. *Lancet*, 2000; 29, 355(9214) : 1486-90.
126. LANG EV, BERBAUM KS, FAINTUCH S, HATSIPOULOU O, HALSEY N, LI X, BERBAUM ML, LASER E, BAUM J. Adjunctive self-hypnotic relaxation for outpatient medical procedures: a prospective randomized trial with women undergoing large core breast biopsy. *Pain*, 2006 ; 15, 126(1-3) : 155-64.
127. LEHRER PM, CARR R, SARGUNARAJ D, WOOLFOLK RL. Stress management techniques: are they all equivalent, or do they have specific effects ? *Biofeedback Self Regul*, 1994 ; 19, 4 : 353-401.
128. LELARGE E. Approche psychothérapique solutionniste en institution. Thèse : Médecine : Nantes : 2004.
129. LEPLÈGE A, HUNT SM. The problem of quality of life in medicine. *JAMA*, 1997 ; 278 : 47-50.
130. LEVY S, HERBERMAN R, LIPPMAN M, D'ANGELO T. Correlation of stress factors with sustained depression of natural killer cell activity and predicted prognosis in patients with breast cancer. *J Clin Oncol*, 1987 ; 5, 3 : 348-53.

131. LIPOWSKI ZJ. Consultation de psychiatrie et médecine psychosomatique à l'hôpital général. Rev med psychosom, 1969; (I : 31-55. II : 171-204. III : 300-334).
132. LLORENTE MD, BURKE M, GREGORY GR, BOSWORTH HB, GRAMBOW SC, HORNER RD, GOLDEN A, OLSEN EJ. Prostate cancer: a significant risk factor for late-life suicide. Am J Geriatr Psychiatry, 2005; 13, 3 : 195-201.
133. LOESER JD, MELZACK R. Pain: an overview. Lancet, 1999; 8, 353(9164) : 1607-9.
134. LUMINET O, ROKBANI L, OGEZ D, JADOULLE V. An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in women with breast cancer. J Psychosom Res, 2007 ; 62, 6 : 641-8.
135. MaCBETH J, MACFARLANE GJ, SILMAN AJ. Does chronic pain predict future psychological distress? Pain, 2002; 96, 3 : 239-45.
136. MaCCLAIN-JACOBSON C, ROSENFELD B, KOSINSKI A, PESSIN H, CIMINO JE, BREITBART W. Belief in an afterlife, spiritual well-being and end-of-life despair in patients with advanced cancer. Gen Hosp Psychiatry, 2004; 26, 6 : 484-6.
137. MAGER WM, ANDRYKOWSKI MA. Communication in the cancer 'bad news' consultation: patient perceptions and psychological adjustment. Psychooncology, 2002 ; 11, 1 : 35-46.
138. MALAREWICZ JA, GODIN J. Milton H. Erickson. De l'hypnose Clinique à la psychothérapie stratégique. Paris : ESF, 1986.
139. MALAREWICZ JA. Cours d'hypnose clinique. Etudes ericksoniennes. Paris : ESF, 1990.
140. MANN A. A continuing postoperative complication: nausea and vomiting--who is affected, why, and what are the contributing factors? A review. CRNA, 1998; 9, 1 : 19-29.
141. MANSKY PJ, WALLERSTEDT DB. Complementary medicine in palliative care and cancer symptom management. Cancer J, 2006; 12, 5 : 425-31.
142. MAQUET P, FAYMONVILLE ME, DEGUELDRE C, DELFIORE G, FRANCK G, LUXEN A, LAMY M. Functional neuroanatomy of hypnotic state. Biol Psychiatry, 1999 ; 1, 45(3) : 327-33.
143. MARASTE R, BRANDT L, OLSSON H, RYDE-BRANDT B. Anxiety and depression in breast cancer patients at start of adjuvant radiotherapy. Relations to age and type of surgery. Acta Oncol, 1992; 31, 6 : 641-3.
144. MARCHIORO G, AZZARELLO G, VIVIANI F, BARBATO F, PAVANETTO M, ROSETTI F, PAPPAGALLO GL, VINANTE O. Hypnosis in the treatment of anticipatory nausea and vomiting in patients receiving cancer chemotherapy. Oncology, 2000; 59, 2 : 100-4.
145. MARCUS J, ELKINS G, MOTT F. The integration of hypnosis into a model of palliative care. Integr Cancer Ther, 2003; 2, 4 : 365-70.
146. MASSIE MJ, GAGNON P, HOLLAND JC. Depression and suicide in patients with cancer. J Pain Symptom Manage, 1994; 9, 5 : 325-40.
147. MATTHEWS AK, SELLERGREN SA, HUO D, LIST M, FLEMING G. Complementary and alternative medicine use among breast cancer survivors. J Altern Complement Med, 2007; 13, 5 : 555-62.
148. MAUNSELL E, BRISSON J, DESCHENES L. Psychological distress after initial treatment of breast cancer. Assessment of potential risk factors. Cancer, 1992; 1, 70(1) : 120-5.
149. MCDUGALL J. Théâtres du corps : le psychosoma en psychanalyse. Paris : Gallimard, 1989.
150. MESMER FA. Schreiben über die Magnetkur von Herrn A. Mesmer, Doktor der Arzneygelährtheit, an einen auswärtigen Arzt. Wien : Kurzböck, 1775.

151. MIGUEL R, KUHN AM, SHONS AR, DYCHES P, EBERT MD, PELTZ ES, NGUYEN K, COX CE. The effect of sentinel node selective axillary lymphadenectomy on the incidence of postmastectomy pain syndrome. *Cancer Control*, 2001; 8, 5 : 427-30.
152. MILLER GE, COHEN S. Psychological interventions and the immune system: a meta-analytic review and critique. *Health Psychol*, 2001; 20, 1 : 47-63.
153. MOLASSIOTIS A, SCOTT JA, KEARNEY N, PUD D, MAGRI M, SELVEKEROVA S, BRUYNS I, FERNADEZ-ORTEGA P, PANTELI V, MARGULIES A, GUDMUNDSDOTTIR G, MILOVICS L, OZDEN G, PLATIN N, PATIRAKI E. Complementary and alternative medicine use in breast cancer patients in Europe. *Support Care Cancer*, 2006; 14, 3 : 260-7.
154. MONTGOMERY GH, BOVBJERG DH, SCHNUR JB, DAVID D, GOLDFARB A, WELTZ CR, SCHECHTER C, GRAFF-ZIVIN J, TATROW K, PRICE DD, SILVERSTEIN JH. A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients. *J Natl Cancer Inst*, 2007; 5, 99(17) : 1304-12.
155. MONTGOMERY GH, DAVID D, WINKEL G, SILVERSTEIN JH, BOVBJERG DH. The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients : a meta-analysis. *Anesth Analg*, 2002; 94, 6 : 1639-45.
156. MONTGOMERY GH, DUHAMEL KN, REDD WH. A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: how effective is hypnosis? *Int J Clin Exp Hypn*, 2000; 48, 2 : 138-53.
157. MONTGOMERY GH, WELTZ CR, SELTZ M, BOVBJERG DH. Brief presurgery hypnosis reduces distress and pain in excisional breast biopsy patients. *Int J Clin Exp Hypn*, 2002; 50 : 17-32.
158. MUMFORD E, SCHLESINGER HJ, GLASS GV, PATRICK C, CUERDON T. A new look at evidence about reduced cost of medical utilization following mental health treatment. *Am J Psychiatry*. 1984; 141, 10 : 1145-58.
159. MUMFORD E, SCHLESINGER HJ, GLASS GV. The effect of psychological intervention on recovery from surgery and heart attacks: an analysis of the literature. *Am J Public Health*, 1982; 72, 2 : 141-51.
160. NAITO A, LAIDLAW TM, HENDERSON DC, FARAHANI L, DWIVEDI P, GRUZELIER JH. The impact of self-hypnosis and Johrei on lymphocyte subpopulations at exam time : a controlled study. *Brain Res Bull*, 2003; 30, 62(3) : 241-53.
161. NATHAN T. *Psychotherapies*. Paris : Editions Odile Jacob, 1998.
162. NÉRON S, STEPHENSON R. Effectiveness of hypnotherapy with cancer patients' trajectory: emesis, acute pain, and analgesia and anxiolysis in procedures. *Int J Clin Exp Hypn*, 2007; 55, 3 : 336-54.
163. NOSSAL G-J. Life, death, and the immune system. *Scientific American*, 1993; 269 : 20-30.
164. O'HANLON WH, WEINER-DAVIS M. *In search of solutions*. New York : W.W. Norton Company Inc., 1989. Traduction française : *L'orientation vers les solutions*. Bruxelles : Satas, 2ème édition, 1995.
165. ONG CK, LIRK P, SEYMOUR RA, JENKINS BJ. The efficacy of preemptive analgesia for acute postoperative pain management: a meta-analysis. *Anesth Analg*, 2005; 100, 3 : 757-73.
166. OZALP G, SARIOGLU R, TUNCEL G, ASLAN K, KADIOGULLARI N. PREOPERATIVE emotional states in patients with breast cancer and postoperative pain. *Acta Anaesthesiol Scand*, 2003; 47, 1 : 26-9.
167. PATTERSON DR, JENSEN MP. Hypnosis and clinical pain. *Psychol Bull*, 2003; 129, 4 : 495-521.
168. PELICIER N. A propos de la psychiatrie de liaison en cancérologie. *Ann Med Psychol*, 2007; 165 : 136-40.

169. PORTENOY RK, THALER HT, KORNBLITH AB, LEPORE JM, FRIEDLANDER-KLAR H, KIYASU E, SOBEL K, COYLE N, KEMENY N, NORTON L, et al. The Memorial Symptom Assessment Scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *Eur J Cancer*, 1994; 30 A, 9 : 1326-36.
170. PRICE DD, BARRELL JJ, RAINVILLE P. Integrating experiential-phenomenological methods and neuroscience to study neural mechanisms of pain and consciousness. *Consciousness and Cognition*, 2002; 11 : 593-608.
171. QUINODOZ JM. *Lire Freud*. Paris : Presses Universitaires de France, 2004.
172. RAINVILLE P, DUNCAN GH, PRICE DD, CARRIER B, BUSHNELL, MC. Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science*, 1997; 277 : 968-971.
173. RAINVILLE P, HOFBAUER RK, BUSHNELL MC, DUNCAN GH, PRICE DD. Hypnosis modulates activity in brain structures involved in the regulation of consciousness. *J Cogn Neurosci*, 2002; 15, 14(6) : 887-901.
174. RAINVILLE P, HOFBAUER RK, PAUS T, DUNCAN GH, BUSHNELL MC, PRICE DD. Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion. *J Cogn Neurosci*, 1999; 11, 1 : 110-25.
175. RAINVILLE P. L'imagerie cérébrale fonctionnelle et la « neurophénoménologie » de l'hypnose. In *L'hypnose médicale sous la direction de BENHAIEM JM*. Paris : Med-line Editions, 2003, p. 51-62.
176. RAJASEKARAN M, EDMONDS PM, HIGGINSON IL. Systematic review of hypnotherapy for treating symptoms in terminally ill adult cancer patients. *Palliat Med*, 2005; 19, 5 : 418-26.
177. RAKHMILEVICH AL, JANSSEN K, HAO Z, SONDEL PM, YANG NS. Interleukin-12 gene therapy of a weakly immunogenic mouse mammary carcinoma results in reduction of spontaneous lung metastases via a T-cell-independent mechanism. *Cancer Gene Ther*, 2000; 7, 6 : 826-38.
178. RAZ A. Attention and hypnosis: neural substrates and genetic associations of two converging processes. *Int J Clin Exp Hypn*, 2005; 53, 3 : 237-58.
179. RAZAVI D, DELVAUX N, BREDART A, PAESMANS M, DEBUSSCHER L, BRON D, STRYCKMANS P. Screening for psychiatric disorders in a lymphoma out-patient population. *Eur J Cancer*, 1992; 28A, 11 : 1869-72.
180. REDD WH, MONTGOMERY GH, DUHAMEL KN. Behavioral intervention for cancer treatment side effects. *J Natl Cancer Inst*, 2001; 6, 93(11) : 810-23.
181. REUBEN SS, MAKARI-JUDSON G, LURIE SD. Evaluation of efficacy of the perioperative administration of venlafaxine XR in the prevention of postmastectomy pain syndrome. *J Pain Symptom Manage*, 2004; 27, 2 : 133-9.
182. RHUE JM, LYNN SJ, KIRSCH I. *Handbook of Clinical Hypnosis*. Washington, DC : American Psychological Association, 1993.
183. RICHARDSON J, SMITH JE, MCCALL G, RICHARDSON A, PILKINGTON K, KIRSCH I. Hypnosis for nausea and vomiting in cancer chemotherapy: a systematic review of the research evidence. *Eur J Cancer Care*, 2007; 16, 5 : 402-12.
184. RICHARDSON JL, SHELTON DR, KRAILO M, LEVINE AM. The effect of compliance with treatment on survival among patients with hematologic malignancies. *J Clin Oncol*, 1990, 8, 2 : 356-64.
185. RISKIN JD, FRANKEL FH. A history of medical hypnosis. *Psychiatr Clin North Am*, 1994; 17 : 601-9.
186. ROGERS C. *Client-centered Therapy*. Boston : Houghton Mifflin, 1951. Traduction française : *La relation d'aide et la psychothérapie*. Paris : ESF, 1978.

187. ROSSI E. Psychobiologie de la guérison, la communication corps-esprit au service de la santé. Paris : Souffle d'or, 2002, 448 p.
188. ROUSTANG F. Qu'est-ce que l'hypnose ? Paris : Les éditions de minuit, 1994.
189. SACERDOTE P. Additional Contributions to the hypnotherapy of the advanced cancer patient. *Am J Clin Hypn*, 1965; 8 : 308-19.
190. SADAAT H, DRUMMOND-LEWIS J, MARANETS I, ET AL. Hypnosis reduces preoperative anxiety in adult patients. *Anesth Analg*, 2006; 102 : 1394-6.
191. SCHNUR JB, BOVBJERG DH, DAVID D, TATROW K, GOLDFARB AB, SILVERSTEIN JH, WELTZ CR, MONTGOMERY GH. Hypnosis decreases presurgical distress in excisional breast biopsy patients. *Anesth Analg*, 2008; 106, 2 : 440-4.
192. SCHNUR JB, MONTGOMERY GH. Hypnosis and cognitive-behavioral therapy during breast cancer radiotherapy: a case report. *Am J Clin Hypn*, 2008; 50, 3 : 209-15.
193. SCHOVER LR, YETMAN RJ, TUASON LJ, MEISLER E, ESSELSTYN CB, HERMANN RE, GRUNDFEST-BRONIATOWSKI S, DOWDEN RV. Partial mastectomy and breast reconstruction. A comparison of their effects on psychosocial adjustment, body image, and sexuality. *Cancer*, 1995; 1, 75(1) : 54-64.
194. SCHOVER LR, YETMAN RJ, TUASON LJ, MEISLER E, ESSELSTYN CB, HERMANN RE, GRUNDFEST-BRONIATOWSKI S, DOWDEN RV. Partial mastectomy and breast reconstruction. A comparison of their effects on psychosocial adjustment, body image, and sexuality. *Cancer*, 1995; 1, 75(1) : 54-64.
195. SCHOVER LR. Sexuality and body image in younger women with breast cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr*, 1994; 16 : 177-82.
196. SCHOVER LR. The impact of breast cancer on sexuality, body image, and intimate relationships. *CA Cancer J Clin*, 1991; 41, 2 : 112-20.
197. SEFIANI T, USCAIN M, SANY JL, GROUSSEAU D, MARCHAND P, VILLATE D, VINCENT JL. Laparoscopy under local anaesthesia and hypnoanaesthesia about 35 cholecystectomies and 15 inguinal hernia repair. *Ann Fr Anesth Reanim*, 2004; 23, 11 : 1093-101.
198. SERVAN-SCHREIBER D. Anticancer. Prévenir et lutter grâce à nos défenses naturelles. Paris : Editions Robert Laffont, 2007.
199. SIMONTON OC, MATTHEWS-SIMONTON S. Cancer and stress : counselling the cancer patient. *Med J Aust*, 1981; 27, 1(13) : 679, 682-3.
200. SMITH WC, BOURNE D, SQUAIR J, PHILLIPS DO, CHAMBERS WA. A retrospective cohort study of post mastectomy pain syndrome. *Pain*, 1999; 83, 1 : 91-5.
201. SPIEGEL D, BLOOM JR, KRAEMER HC, GOTTHEIL E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 1989; 14, 2(8668) : 888-91.
202. SPIEGEL D, BLOOM JR. Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. *Psychosom Med*, 1983; 45, 4 : 333-9.
203. SPIEGEL D, GIESE-DAVIS J. Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biol Psychiatry*, 2003, 1, 54(3) : 269-82.
204. SPIEGEL D, SEPHTON SE. Psychoneuroimmune and endocrine pathways in cancer: effects of stress and support. *Semin Clin Neuropsychiatry*, 2001; 6, 4 : 252-65.
205. SPIEGEL H, LINN L. The "ripple effect" following adjunct hypnosis in analytic psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 1969, 126 : 53-58.

206. SPIRA JL, SPIEGEL D. Hypnosis and related techniques in pain management. *Hosp J.* 1992 ; 8, 1-2 : 89-119.
207. STALPERS LJ, DA COSTA HC, MERBIS MA, FORTUIN AA, MULLER MJ, VAN DAM FS. Hypnotherapy in radiotherapy patients: a randomized trial. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 2005; 1, 61(2) : 499-506.
208. STEVENS PE, DIBBLE SL, MIASKOWSKI C. Prevalence, characteristics, and impact of postmastectomy pain syndrome : an investigation of women's experiences. *Pain*, 1995; 61, 1 : 61-8.
209. STIEFEL F. Soins palliatifs : une pratique aux confins de la médecine. Paris : Editions l'Harmattan, coll. Ethique & Pratiques médicales, 2007.
210. SURMAN OS, HACKETT TP, SILVERBERG EL, BEHRENDT DM. Usefulness of psychiatric intervention in patients undergoing cardiac surgery. *Arch Gen Psychiatry*, 1974 ; 30, 6 : 830-5.
211. SYRJALA KL, ROTH-ROEMER S. Cancer Pain. In BARBER J. Hypnosis and suggestion in the treatment of pain. New York : Norton, 1996, 413 p.
212. TASMUTH T, BLOMQVIST C, KALSO E. Chronic post-treatment symptoms in patients with breast cancer operated in different surgical units. *Eur J Surg Oncol*, 1999; 25, 1 : 38-43.
213. TASMUTH T, HARTEL B, KALSO E. Venlafaxine in neuropathic pain following treatment of breast cancer. *Eur J Pain*, 2002; 6, 1 : 17-24.
214. TASMUTH T, VON SMITTEN K, KALSO E. Pain and other symptoms during the first year after radical and conservative surgery for breast cancer. *Br J Cancer*, 1996; 74, 12 : 2024-31.
215. TEMOSHOK L. Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model. *Cancer Surv.* 1987; 6, 3 : 545-67.
216. TOBIN MB, LACEY HJ, MEYER L, MORTIMER PS. The psychological morbidity of breast cancer-related arm swelling. Psychological morbidity of lymphoedema. *Cancer*, 1993; 1, 72(11) : 3248-52.
217. TROSS S, HERNDON J 2ND, KORZUN A, KORNBLITH AB, CELLA DF, HOLLAND JF, RAICH P, JOHNSON A, KIANG DT, PERLOFF M, NORTON L, WOOD W, HOLLAND JC. Psychological symptoms and disease-free and overall survival in women with stage II breast cancer. Cancer and Leukemia Group B. *J Natl Cancer Inst*, 1996; 15, 88(10) : 661-7.
218. TURNER-COBB JM, SEPHTON SE, KOOPMAN C, BLAKE-MORTIMER J, SPIEGEL D. Social support and salivary cortisol in women with metastatic breast cancer. *Psychosom Med*, 2000; 62, 3 : 337-45.
219. TWILLMAN RK, MANETTO C. Concurrent psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression and anxiety in cancer patients. *Psychooncology*, 1998; 7, 4 : 285-90.
220. VANHAUDENHUYSE A, BOVEROUX P, BOLY M, SCHNAKERS C, BRUNO MA, KIRSCH M, DEMERTZI A, LAMY M, MAQUET P, LAUREYS S, FAYMONVILLE ME. Hypnosis and pain perception. *Rev Med Liege*, 2008; 63, 5-6 : 424-8.
221. VECHT CJ, VAN DE BRAND HJ, WAJER OJ. Post-axillary dissection pain in breast cancer due to a lesion of the intercostobrachial nerve. *Pain*, 1989; 38, 2 : 171-6.
222. WADDLE JP, EVERS AS, PICCIRILLO JF. Postanesthesia care unit length of stay : quantifying and assessing dependent factors. *Anesth Analg*, 1998; 87, 3 : 628-33.
223. WAINSTEIN M., L'influence du constructivisme sur la thérapie brève interactionnelle. In *Stratégie de la thérapie brève*, sous la direction de NARDONE G. & WATZLAWICK P. Paris : Edition du Seuil, 2000.

224. WATCHA MF, WHITE PF. Postoperative nausea and vomiting. Its etiology, treatment, and prevention. *Anesthesiology*, 1992; 77, 1 : 162-84.
225. WATSON CP, EVANS RJ, WATT VR. The post-mastectomy pain syndrome and the effect of topical capsaicin. *Pain*, 1989; 38, 2 : 177-86.
226. WATZLAWICK P, BEAVIN J, JACKSON D. *Pragmatics of Human Communication. A Study of Interactional Patterns, Pathologies and paradoxes*. New York : Norton, 1967. Traduction française : *Une logique de la communication*. Paris : Edition du Seuil, 1972 et coll Points Essais, 1979.
227. WATZLAWICK P, WEAKLAND J, FISCH R. *Change. Principles of Problem Formation and Problem Resolution*. New York : Norton, 1974. Traduction française : *Changement : paradoxes et psychothérapie*. Paris : Edition du Seuil, 1975 et coll., Points Essais, 1981.
228. WATZLAWICK P, WEAKLAND J. *The Interactional view*. New York : Norton, 1977. Traduction française : *Sur l'interaction*. Paris : Edition du Seuil, 1981.
229. WATZLAWICK P. *La technique psychothérapique du recadrage*. In *Stratégie de la thérapie brève, sous la direction de Nardone G. & Watzlawick P.* Paris : Edition du Seuil, 2000.
230. WATZLAWICK P. *Patterns of Psychotic Communication*. In *Problems of Psychosis, texts rassemblés par Doucet & Laurin*. Amsterdam : Excerpta Medica, 1971. Traduction française : *Structure de la communication psychotique*. In *La nouvelle communication, sous la direction de WINKIN Y.* Paris : Edition du Seuil, 2ème édition, coll. Points Essais, 2000.
231. WEISMAN AD. Early diagnosis of vulnerability in cancer patients. *Am J Med Sci*, 1976; 271, 2 : 187-96.
232. WERBEL EW. Use of posthypnotic suggestions to reduce pain following hemorrhoidectomies. *Am J Clin Hypn*, 1963; 6 : 132-6.
233. WIDLER C. *Entretien avec Paul Watzlawick*. In *La nouvelle communication, sous la direction de WINKIN Y.* Paris : Edition du Seuil, 2ème édition, coll Points Essais, 2000.
234. WIK G, FISCHER H, BRAGÉE B, FINER B, FREDRIKSON M. Functional anatomy of hypnotic analgesia : a PET study of patients with fibromyalgia. *Eur J Pain*, 1999; 3, 1 : 7-12.
235. WILLOCH F, ROSEN G, TÖLLE TR, OYE I, WESTER HJ, BERNER N, SCHWAIGER M, BARTENSTEIN P. Phantom limb pain in the human brain: unraveling neural circuitries of phantom limb sensations using positron emission tomography. *Ann Neurol*, 2000; 48, 6 : 842-9.
236. WITTEZAELE JJ, GARCIA T. *A la recherché de l'école de Palo Alto*. Paris : Edition du Seuil, 1992.
237. WITTEZAELE JJ, GARCIA T. *L'approche clinique de Palo Alto*. In *Panorama des thérapies familiales, sous la direction de Mony Elkaïm*. Paris : Edition du Seuil, 1995.
238. WITTGENSTEIN L. *Philosophische Untersuchungen / Philosophical Investigations*. Transl. ANSCOMBE GEM. New York : MacMillan, 1953. Traduction française : *DASTUR F, ELIE M, GAUTERO JL, JANICAUD D, RIGAL E, Recherches Philosophiques*, Paris : Gallimard, 2005.
239. WOBST AH. Hypnosis and surgery : past, present, and future. *Anesth Analg*, 2007; 104, 5 : 1199-208.
240. YVAY S. *L'analgésie sous hypnose : approches théoriques, expérimentales et thérapeutiques*. Thèse : Médecine, Angers, 2005, 153p.
241. ZEIG J. *Les vertus de nos défauts : un concept clé en hypnose éricksonienne*. In *Stratégie de la thérapie brève, sous la direction de Nardone G. et Watzlawick P.* Paris : Edition du Seuil, 2000.
242. ZIGMOND AS, SNAITH RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 1983; 67, 6 : 361-70.

243. ZUMBRUNNEN R. Psychiatrie de Liaison. Consultation psychiatrique à l'hôpital général. Paris : Masson (Collection Médecine et Psychothérapie), 1992, 230p.

ANNEXES

I. LETTRE D'INFORMATION

Chère Madame,

Vous allez être opérée d'une lésion du sein. Tout geste opératoire peut s'accompagner de douleurs, d'anxiété, qu'il importe de calmer au mieux et surtout de prévenir.

Nous souhaitons étudier l'utilité de techniques non médicamenteuses spécifiques de préparation à la chirurgie sur l'anxiété et la douleur.

Nous vous proposons deux moments de rencontre spécifiques. Le premier la veille de la chirurgie, au cours duquel aura lieu un entretien et une séance d'hypnose. Le deuxième avant votre sortie comprenant un nouvel entretien, une proposition de deuxième séance d'hypnose et nous vous demanderons votre avis sur cette prise en charge. Les séances d'hypnose pourront être enregistrées avec votre accord. Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une thèse de psychiatrie sur l'utilité de séances d'hypnose lors de la période chirurgicale pour les patientes opérées d'une mastectomie.

Pour mieux évaluer ces phénomènes, de courts questionnaires d'évaluation ont été élaborés. Votre aide sera donc particulièrement utile pour vous-même, mais aussi pour les futurs malades.

Toutes les informations vous concernant seront strictement confidentielles, pour une utilisation scientifique et médicale, et respecteront l'anonymat.

Votre participation à ce travail de thèse peut à tout moment être suspendue à votre demande. Cela n'aura pas de retentissement sur la continuité et la qualité des soins.

Je vous remercie de votre aide et de votre collaboration.

Céline Tollec

Interne DES psychiatrie

II. QUESTIONNAIRE DE 1^{ERE} SEANCE

Date :

Nom :

Date de l'intervention :

Prénom :

Type d'intervention prévue :

Date naissance :

Chirurgien/Anesthésiste :

Facteurs socio-biographiques :

- 1- Exercez-vous actuellement une profession ?
- 2- Etes-vous en arrêt de travail ?
- 3- Si vous ne travaillez pas, ou êtes en arrêt, êtes-vous active à la maison ?
- 4- Quels sont vos activités préférées ou de loisir ?
- 5- Etes-vous mariée ou en couple?
- 6- Avez-vous des enfants ?

- 7- Combien d'interventions sous AG avez-vous subi sans rapport avec la maladie ?
- 8- Combien d'interventions sous AG avez-vous subi en rapport avec la maladie ?

- 9- Avez-vous déjà ressenti une douleur particulièrement importante en postopératoire?
- 10- Avez-vous une pathologie douloureuse chronique ?

- 11- Avez-vous déjà fait une dépression ou pris un traitement antidépresseur ?
- 12 - Avez-vous déjà pris un médicament pour l'anxiété ou le sommeil ?
- 13- Avez-vous des problèmes de sommeil ?
- 14- Prenez-vous un traitement psychotrope actuellement ?
Si oui, est-ce 1- anxiolytique
 2- hypnotique
 3- antidépresseur
 4- un neuroleptique
Rythme, dose, depuis quand ?
- 15 – Consommez-vous ? 0- tabac 1- alcool 2- cannabis

- 16- Vous intéressez-vous aux médecines naturelles ?

Commentaires (ressources-résistances-contexte) :

Clinique :

17- Quels sont les soucis/difficultés actuels ?

18- EVA anxiété avant la séance :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

19- EVA intensité de la douleur avant la séance :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

20- EVA tolérance à la douleur avant la séance :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Echelle de d'Anxiété et de Dépression d'Hamilton

21- Score Anxiété :

22- Score Dépression:

23- Qu'attendez-vous de cette séance d'hypnose?

24- Que vous permettrait une amélioration dans la vie de tous les jours ?

A quoi le verriez-vous ? Que ferez-vous de plus dans le quotidien ? Qui s'en apercevra ?

Evaluation de fin de séance :

25- EVA anxiété après la séance :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

26- EVA intensité de la douleur après la séance :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

27- EVA tolérance à la douleur après la séance :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Commentaires :

Questionnaire HADS

1	A	Je me sens tendue ou énervée : 3- La plupart du temps 2- Souvent 1- De temps en temps 0- Jamais
2	D	Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois : 0- Oui, tout autant qu'avant 1- Pas autant 2- Un peu seulement 3- Presque plus
3	A	J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver : 3- Oui, très nettement 2- Oui, mais ce n'est pas trop grave 1- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 0- Pas du tout
4	D	Je ris et je vois le bon côté des choses : 0- Autant que par le passé 1- Plus autant qu'avant 2- Vraiment moins qu'avant 3- Plus du tout
5	A	Je me fais du souci : 3- Très souvent 2- Assez souvent 1- Occasionnellement 0- Très occasionnellement
6	D	Je suis de bonne humeur : 3- Jamais 2- Rarement 1- Assez souvent 0- La plupart du temps
7	A	Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontractée : 0- Oui, quoi qu'il arrive 1- Oui, en général 2- Rarement 3- Jamais

8	D	J'ai l'impression de fonctionner au ralenti : 3- Presque toujours 2- Très souvent 1- Parfois 0- Jamais
9	A	J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué : 0- Jamais 1- Parfois 2- Assez souvent 3- Très souvent
10	D	Je ne m'intéresse plus à mon apparence : 3- Plus du tout 2- Pas autant que je devrais 1- Cela se peut 0- J'y prête autant attention que je devrais
11	A	J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place: 3- Oui, c'est tout à fait le cas 2- Un peu 1- Pas tellement 0- Pas du tout
12	D	Je me réjouis à l'avance à l'idée de faire certaines choses : 0- Autant qu'avant 1- Un peu moins qu'avant 2- Bien moins qu'avant 3- Presque jamais
13	A	J'éprouve des sensations soudaines de panique : 3- Vraiment très souvent 2- Assez souvent 1- Pas très souvent 0- Jamais
14	D	Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de télévision : 0- Souvent 1- Parfois 2- Rarement 3- Très rarement

III. QUESTIONNAIRE DE DEUXIEME SEANCE

Date :

Nom :

Prénom :

Date naissance :

J+ :

Clinique :

1- Quels sont les symptômes/problèmes actuels ?

2- Consommation actuelle d'antalgique(s) / de psychotrope(s) :

3- EVA anxiété avant la séance :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4- EVA intensité de la douleur avant la séance :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5- EVA tolérance à la douleur avant la séance :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6- Souhaitez-vous une 2^{ème} séance d'hypnose ?

0- oui 1- non

7- Si oui, qu'attendez-vous de cette séance d'hypnose?

8- Que vous permettrait une amélioration dans la vie de tous les jours ?

A quoi le verriez-vous ? Que ferez-vous de plus dans le quotidien ? Qui s'en apercevra ?

Evaluation de fin de séance :

18- EVA anxiété après la séance :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

19- EVA intensité de la douleur après la séance :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

20- EVA tolérance à la douleur après la séance :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Commentaires :

IV. QUESTIONNAIRE HYPNOSE A DISTANCE

Nom :

Date :

Prénom :

Date de naissance :

Date de l'intervention :

Vous avez bénéficié d'une ou deux séances d'hypnose lors de votre hospitalisation dans le service pour une chirurgie du cancer du sein. Nous vous remercions de répondre à ces questions, après votre retour à domicile, afin que nous puissions améliorer la prise en charge proposée. Certaines questions ressemblent au questionnaire que vous avez complété dans le service. Nous vous remercions pour cette évaluation à distance.

1. Avez-vous des commentaires à faire sur votre vécu pendant la 1^{ère} séance ?

2. Cette 1^{ère} séance d'hypnose avant l'intervention vous a-t-elle aidé ?

0- oui

1- non

3. Si oui, en quoi et comment ?

4. Avez-vous des commentaires à faire sur votre vécu pendant la 2^{ème} séance ?

5. Avez-vous réutilisé l'hypnose en dehors des séances ? 0- non 1- oui

6. Si oui, à quel moment ?

7. Commentaire éventuel :

8. De quel adjectif qualifieriez-vous cette expérience ?

9. Seriez-vous d'accord pour renouveler l'expérience de l'hypnose ?

0- oui 1- non

10. Avez-vous des suggestions à faire pour améliorer les conditions d'utilisation de l'hypnose dans le service ? Si oui, lesquelles ?

11. Commentaires libres :

V. LISTE DES ABBREVIATIONS

APOS :	American Psychosocial Oncology Society
DSM :	Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders
GHQ :	General Health Questionnaire
HADS :	Hospital Anxiety and Depression scale
IASP :	International Association for the Study of Pain
INCA :	Institut National du cancer
MMSE :	Mini-Mental-State Exam
NCCN :	National Comprehensive Cancer Network
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
SDPM :	Syndrome Douloureux Post-Mastectomie
STAI-Y :	Spielberger State Anxiety Questionnaire

NOM : TOLLEC

PRENOM : CELINE

**Titre de thèse : L'HYPNOSE COMME THERAPIE D'ACCOMPAGNEMENT
DANS LA CHIRURGIE DU CANCER DU SEIN.**

RESUME

Cette étude clinique menée au Centre de Lutte Contre le Cancer de Nantes-Atlantique a montré la faisabilité d'un protocole novateur : une séance d'hypnose la veille d'une mastectomie et une seconde lors de l'hospitalisation chez dix femmes opérées d'un cancer du sein. Les résultats ont montré que ces patientes, au niveau d'anxiété élevé avant la chirurgie, ont un intérêt marqué pour les médecines dites complémentaires et un désir fort de participer de façon active à leur traitement. L'hypnose diminue significativement l'anxiété au cours d'une séance. Questionner leur identité de femme « active » permet de mobiliser leurs ressources. Nous insistons sur l'importance du repérage des réactions non adaptées à ce stress. L'hypnose est une technique facilement accessible, sûre, attractive et sans surcoût associé. A plus long terme, elle pourrait améliorer la qualité de vie des patientes en les aidant à développer de meilleures stratégies d'adaptation afin de diminuer les effets secondaires des traitements et de prévenir la survenue de troubles psychiques constitués. Ce travail en interdisciplinarité aboutit à une approche plus complexe, mais infiniment plus ouverte au service d'une meilleure qualité des soins.

MOTS-CLES

Hypnose – Thérapie brève – Cancer – Sein – Chirurgie – Coping – Anxiété-
Dépression – Douleur – Psychiatrie de liaison