

## Quelle pratique de l'hypnose pour les soins palliatifs ?

Antoine Bioy (photo), Unité Douleur et Soins Palliatifs, CHU Bicêtre, Université de Bourgogne.  
Chantal Wood, Unité Douleur, CH Robert Debré.



### Summary

#### How can hypnosis be used for palliative care?

Hypnosis is a global method for patient care which has the special feature of being able to alleviate certain symptoms and also establish a helpful relationship well adapted to the field of health care. These two aspects can be useful for palliative care, which is also an acute response to the patient's urgent need for symptom relief as well as objective human understanding. It is noteworthy that hypnosis enables the patient to come into closer contact with his-her own body and life via work on perceptions. This method offers several advantages which can be used in palliative care, no matter how advanced the patient's illness.

**Key-words:** hypnosis, palliative care, medicine, psychology, accompanying.

Bioy A, Wood C. Quelle pratique de l'hypnose pour les soins palliatifs ? Med Pal 2006; 5: 328-332.

### Résumé

L'hypnose est une méthode globale de prise en charge d'un patient dont la singularité est de permettre à la fois de soulager certains symptômes, mais aussi d'établir une relation d'aide particulièrement bien adaptée au domaine du soin. Ces deux aspects intéressent les soins palliatifs, qui mêlent de façon aiguë à la fois une nécessité de prendre en charge les symptômes présentés par le patient du mieux possible, mais également possèdent un objectif d'accompagnement humain tout à fait essentiel. Notamment parce que l'hypnose permet au patient de reprendre contact avec son corps et sa vie *via* un travail autour des perceptions. Cette méthode offre de nombreux avantages à être mise en place dans les structures où des accompagnements palliatifs ont lieu, quel que soit le degré d'avancée de la maladie.

**Mots clés :** hypnose, soins palliatifs, médecine, psychologie, accompagnement.

### Adresse pour la correspondance :

Antoine Bioy, CHU Bicêtre, Unité Douleur et Soins Palliatifs, 78, rue du Général Leclerc, 94275 Kremlin-Bicêtre Cedex.  
e-mail : Antoine.Bioy@wanadoo.fr

L'hypnose possède une histoire ancienne, mêlée à la fois à celle de la psychologie et à celle de la médecine. Cette pratique, vieille de plus de deux cents ans, connaît de nos jours un regain d'intérêt dans le milieu du soin. Principalement car ses mécanismes d'action sont maintenant mieux connus, ce qui lui donne une légitimité scientifique, mais aussi parce que son efficacité sur nombre de symptômes permet par des moyens simples d'offrir au patient un certain confort à la fois physique et psychologique.

Plusieurs définitions existent de l'hypnose. Jean Godin en donne la suivante : « 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. » [1] En fait, l'hypnose peut être envisagée selon deux aspects : celui des neurosciences et celui de la psychologie. La neurophysiologie nous apprend qu'il existe un état hypnotique, autrement dit un état de conscience spécifique de l'hypnose, que l'imagerie cérébrale permet de décrire. Concernant l'aspect psychologique, il concerne la

façon dont l'hypnose est pratiquée. Principalement, la psychologie explore ici le lien entre le thérapeute et son patient, lorsque l'hypnose devient la méthode employée pour créer ce lien. Ces deux aspects se rejoignent pour comprendre comment, dans le cadre d'un accompagnement palliatif, l'hypnose peut être une méthode ressource pour aider au mieux le patient à vivre sa situation.

### De l'état hypnotique à la pratique de l'hypnose

Durant presque toute son histoire, l'hypnose s'est confrontée à une certaine incrédulité scientifique portant à la fois sur son existence même (l'hypnose n'existe-t-elle que dans l'imagination de ceux qui y croient ?), mais aussi sur sa nature (s'agit-il simplement de suggestion ?). Si la seconde question peut encore être débattue, il est un fait maintenant avéré que le développement de l'imagerie médicale (Pet-Scan, IRM fonctionnel) a permis de montrer

qu'il existait bien un état hypnotique (parfois nommé « transe »), c'est-à-dire une activation corticale bien spécifique et notamment différenciée d'autres états de conscience tels que la veille ou encore le sommeil [2-4]. Cet état hypnotique, au-delà de ses caractéristiques neurophysiologiques, va induire chez les patients des caractéristiques particulières de fonctionnement [5, 6] :

- un sentiment de détente et de relaxation (un laisser-aller des tensions ou l'impression de devenir détendu) ;
- une attention soutenue et une absorption centrée ou focalisée sur une ou plusieurs cibles (un bruit, un ressenti, un souvenir...) ;
- une absence de jugement, de contrôle et de censure ;
- une suspension de l'orientation temporo-spatiale habituelle et du sens de soi ;
- une expérience d'un accès à des réponses automatiques (sans effort ni délibération).

Cependant, cet état hypnotique n'est pas spécifique de la situation de soin et peut se retrouver dans d'autres contextes (être pris par la lecture d'un livre passionnant ou s'adonner à un jeu de précision ou de réflexion, par exemple). Autrement dit, l'état hypnotique est un processus naturel pouvant survenir chaque fois que l'attention est focalisée sur quelque chose (et hors contexte de suggestion). Il en découle que tout le monde est hypnotisable (puisque'il s'agit d'une disposition commune), mais pas toujours de la même façon selon les circonstances, le lieu, la situation, et la dynamique de personnalité de chacun. Par exemple, si une personne est « très peu suggestible », induire un état hypnotique sera possible en proposant d'autres modalités que la suggestion verbale, comme l'absorption de l'attention sur un objet de couleur en mouvement constant.

Ce que l'on fait lorsque l'on « fait de l'hypnose » à un patient, c'est donc de lui proposer d'utiliser une capacité qu'il possède déjà, mais qu'il n'a pas l'idée de mettre à profit à ce moment-là, et de l'aider à en tirer tous les bénéfices qu'il peut. Autrement dit, on va faciliter l'apparition d'un état hypnotique dans un certain contexte à la fois situationnel (de soin physique ou psychique) mais aussi relationnel (lien humain créé avec l'hypnotiste).

## Caractéristiques de la relation en hypnose

Les données relationnelles sont de deux ordres, car elles comportent à la fois des données liées au processus de communication, mais aussi des données plus subjectives.

Principalement, la communication hypnotique s'appuie sur les concepts mis en place par le psychologue Carl Rogers concernant la relation d'aide [7, 8]. Entre autres,

l'hypnose va être utilisée dans un but psychopédagogique (réveil des ressources internes du patient, appui sur les expériences de vie de ce dernier, mobilisation vers le changement, etc.). Les attitudes du thérapeute vont prendre une grande place dans le processus de suivi (attitude centrée sur le patient, empathique et congruente), tout étant ici fait pour que l'hypnose prenne appui sur la relation humaine créée avec le patient [9]. C'est cette qualité relationnelle qui va permettre à l'hypnose de se déployer et à l'imagination du patient de progressivement devenir réelle (en imaginant que la douleur se soulage, tout va se passer comme si effectivement la douleur allait être moins présente dans le corps du patient ; il se sentira soulagé). Ce travail de facilitation de l'imaginaire peut être influencé par des suggestions (« peut-être à un moment pourrez-vous ressentir dans une partie de votre corps se créer une douce légèreté »), ou encore d'autres techniques de communication comme l'appel à des métaphores (histoire construite durant le suivi et qui renvoie de façon inconsciente le patient à sa situation pour lui permettre de modifier son ressenti).

Quant à la subjectivité, deuxième aspect des données relationnelles présentes, elle intervient à différents niveaux :

- Le premier niveau est celui du patient : il perçoit sa situation mais aussi ses symptômes de façon subjective et l'hypnose va lui permettre de modifier non pas sa situation objective, mais la façon dont il la vit de façon subjective. Le patient se crée un nouveau réel, il réinvente son présent en apprenant à modifier ses perceptions corporelles, et au-delà en envisageant sa situation de façon différente.

- Le second niveau relatif aux données subjectives concerne le thérapeute lui-même. Au contact de son patient, il n'écoute plus les symptômes pour dresser une liste de signes cliniques menant à un diagnostic. Ce qu'il écoute et interprète dans sa subjectivité, c'est la parole du patient, c'est-à-dire ce que le patient dit de son mal, les images qu'il emploie, les émotions présentes pour pouvoir rentrer dans son monde, voir et comprendre la situation du patient avec les yeux de celui-ci.

- Enfin, le troisième niveau emprunt de subjectivité est celui de la relation elle-même. Thérapeute et patient interagissent, ils sont tous les deux impliqués dans la situation de façon interactive et affective, et vont construire à deux la séance. Ce qu'a de particulier l'hypnose par rapport à toute autre situation d'implication relationnelle, c'est que les deux protagonistes vont peu à peu privilégier un mode de communication de type analogique (emploi de métaphores, d'images symbolisant la situation, etc.). Cette forme de communication va permettre, dans un processus d'une grande complexité dont tous les tenants et aboutissants

**L'état hypnotique est un processus naturel.**

ne sont pas encore connus, de faire la jonction entre imaginaire et réel, regards subjectifs et données objectives autour de la situation du patient [10].

## Hypnose et symptômes

Plusieurs travaux témoignent des nombreuses applications de l'hypnose dans le domaine du soin [9, 11, 12]. Mais il reste que le domaine portant sur l'action de l'hypnose sur la douleur reste le plus étudié. Elle fait maintenant partie intégrante de la prise en charge des syndromes algiques, aux côtés d'autres pratiques plus conventionnelles [13-16].

En particulier en cancérologie, l'hypnose offre d'intéressantes perspectives sur la douleur, l'anxiété et les perturbations émotionnelles [17, 18]. Elle peut aussi être envisagée pour pallier à des effets secondaires

des traitements comme la chimiothérapie [19]. Également, l'hypnose peut être utilisée pour améliorer la qualité de vie notamment chez les patients cachectiques, que ces patients présentent ou non un tableau d'anorexie [20].

De plus, l'hypnose offre d'excellents résultats quand elle est utilisée pour lutter contre la survenue de douleurs provoquées par les soins, mais aussi sur le niveau de détresse et d'anxiété [21, 22]. Enfin, comme une intolérance aux médicaments, l'hypnose peut même être envisagée seule [23].

Concernant spécifiquement l'usage de l'hypnose en soins palliatifs, la littérature scientifique relève principalement l'intérêt de l'hypnose dans la prise en charge de différents symptômes, avec en premier lieu la douleur, puisque son soulagement est ici l'une des priorités les plus importantes. Également, l'hypnose a montré son efficacité sur d'autres symptômes tels que les vomissements, les nausées et également les problèmes de dyspnée [24]. De façon générale, l'accointance entre les méthodes hypnotiques et la prise en charge globale des patients (modèle bio-psycho-social) est relevée. Cette dimension est sans doute la plus intéressante, puisqu'elle est éminemment importante lorsque l'on parle de soins palliatifs. Et quelques modèles de prise en charge spécifiques aux soins palliatifs commencent à exister, comme celui de Marcus, Elkins et Mott qui développe un modèle intégrant une hypnose orientée sur les solutions dans le cadre d'une matrice à quatre niveaux qui sont : la crise initiale, la transition, l'acceptation et la préparation à la mort [25].

## Hypnose et accompagnement

Comme nous l'avons évoqué par avant, l'hypnose possède entre autres particularités de relever tant du somatique

que du psychique, de la physiologie et de la psychologie dans un même temps et en un même lieu de pratique. Autrement dit, proposer au patient d'utiliser l'hypnose pour améliorer sa situation ne va pas se limiter (schématiquement) à remplacer des antalgiques par des techniques d'autohypnose, ou encore de penser « à un ailleurs » (distraction pure) pour s'évader de la situation présente, source de souffrances. Utiliser l'hypnose dans le contexte des soins palliatifs, c'est faire la proposition au patient de vivre autrement sa situation, de se l'approprier de façon différente, mais sans doute également de façon plus humaine, en faisant appel à ses propres ressources. Lorsqu'avec l'hypnose sont attendus une détente physique, un soulagement de la douleur ou encore une simple stimulation de la capacité motrice par une lévitation du bras, le patient va au cours de cette expérience revisiter la façon dont il ressent son corps, dont il gère ses perceptions et sensations, dont il ressent sa situation avec toutes les émotions afférentes. L'hypnose peut ainsi être vue comme une invitation à considérer autrement de nombreux aspects de la situation du patient, de sa réalité, de la façon dont se vivent les choses. Autrement dit, l'hypnose peut également être utilisée à visée existentielle, en plus d'offrir un intérêt pour les symptômes, notamment dans les situations de fin de vie [26].

Pour se faire, une séance d'hypnose se décompose généralement en trois grands temps :

- La phase d'induction : elle est une proposition pour entrer en hypnose. Le plus souvent, il est demandé au patient de focaliser sur un ou plusieurs éléments de son environnement (observer un point, un endroit du corps, écouter un bruit...). L'état hypnotique commence ainsi à être induit, les perceptions du patient commençant à se modifier à cette occasion.

- La dissociation psychique : le patient « prend de la distance » par rapport à son environnement et son ressenti habituel. Ainsi, progressivement, sa sensorialité évolue. Il peut se détacher de sa douleur, d'un inconfort, d'un vécu de souffrance ressenti corporellement (sentiment d'oppression ou autre).

- La phase dite de « perceptude », selon le mot de François Roustang [27], est également appelée « veille paradoxale ». La « perceptude » renvoie à la capacité du patient à rentrer en contact avec l'intégralité de son corps (et non uniquement de ses symptômes) et de son environnement. Il se réinstalle dans de nouvelles sensations, ressentis, perceptions. Il s'agit d'une expérience intime, existentielle de soi et de sa situation.

Si, à visée symptomatique, l'hypnose peut faire appel à d'autres méthodes comme l'usage de suggestions ciblées ou de métaphores [28], cette façon de pratiquer l'hypnose axée autour des perceptions et de leur réappropriation est particulièrement appropriée au domaine des soins pallia-

tifs, dans le cadre d'un accompagnement individualisé et humain. Cet accompagnement peut également concerner l'entourage du patient, pour les aider à mieux s'adapter aux situations aiguës induites voire de crises induites par la situation du patient confronté à sa fin.

## Illustrations cliniques

### Situation 1 : René

René est un patient de 67 ans, suivi en hôpital de jour pour un cancer neuroendocrinien. Très actif dans sa vie professionnelle comme personnelle, il n'a jamais connu les hôpitaux. Lorsque fut annoncée la gravité de la maladie, des mécanismes de déni se mettent en place avec une incapacité à penser que, sportif et « sans jamais un problème de santé », la maladie puisse maintenant faire partie de sa vie. L'accompagnement par hypnose consistera, au fil des semaines, à partir à l'exploration de ce « nouveau corps », d'en redécouvrir les perceptions et d'être à son écoute. En effet, le déni concernait également les premiers signes de la maladie pour le patient (principalement fatigue et douleurs) et rendait la mise en place d'une thérapeutique palliative difficile. Aussi, René apprit à « lire » sa fatigue et ses expressions corporelles, et ainsi à adapter son activité en fonction de son ressenti pour éviter les épisodes d'épuisement qui en résultaient auparavant. Également, René apprit à accepter la douleur venant effracter son corps, tout en sachant en décrire parfaitement les limites physiques et les caractéristiques. Mais surtout, ce travail autour de la reconnaissance de ce nouveau corps et de ses symptômes a permis à René de conserver une image de soi intacte jusqu'à la fin. Ceci a eu pour incidence que, refusant de dire la maladie à ses enfants ou d'en parler à sa femme, il a pu communiquer à ce propos tout en continuant disait-il « à être lui-même et rester digne ».

Durant les séances d'hypnose, René a évoqué des images de sa mère décédée qui lui venaient (profondément réconfortantes pour lui), mais aussi des émotions qu'il associait subjectivement à ses symptômes (comme la culpabilité d'avoir été peu présent à domicile : il était routier). En même temps que René donnait une nouvelle place à ses symptômes mis à jour en les localisant puis en mettant une distance perceptible entre sa conscience et ses expressions corporelles, il redonnait aussi une place significative aux émotions qu'il associait avec la douleur, la fatigue, ou même des symptômes « par défaut », comme une perte d'appétence pour la nourriture.

Lorsqu'il fut hospitalisé pour accompagner sa fin de vie, il disait « être en paix avec ce corps qui lutte pour moi malgré tout ». Des angoisses de mort étaient très présentes, une fébrilité intérieure était perceptible, mais il n'a pas sou-

haité explorer plus avant cette dimension car il avait « peur de sa peur » et avait, disait-il, « appris à se recentrer sur l'essentiel : moi et mes proches, maintenant ».

### Situation 2 : Olivier

Olivier, 16 ans, est porteur d'une mucoviscidose, avec deux fractures de côtes et un tassement vertébral. Au moment de la prise en charge par hypnose, il est en attente d'une greffe pulmonaire très urgente. Olivier ne peut plus quitter sa chambre, et chaque séance de kinésithérapie est un énorme effort, mêlée de phases de désaturation.

Pendant l'une de ces séances, Olivier apprend à aller dans un endroit agréable, à recharger son énergie, à signaler lorsque cette « recharge » est faite et puis à utiliser cette énergie pendant la séance en mettant celle-ci dans ses muscles bronchiques et en favorisant la remontée de ses crachats. La séance se passe rapidement, et cette fois sans désaturation. Il apprendra par la suite à utiliser cette focalisation pour travailler sur ses muscles respiratoires. Il s'agit d'un travail important pour l'après-greffe, car les mouvements respiratoires avec le nouveau poumon ne sont plus les mêmes. Tout en attendant cette opération, Olivier utilise ce temps à se préparer à l'après-greffe.

En postopératoire, Olivier n'a plus la force d'utiliser seul les techniques apprises par lui-même, mais il est désireux de poursuivre. Aussi, le thérapeute continuera à le suivre dans l'hôpital où il est greffé, pour poursuivre l'accompagnement. Par ailleurs, des cassettes pour l'aider à retrouver énergie et calme dans un lieu inhabituel sont réalisées (enregistrement des séances avec le patient, qui lui sont remises). Olivier peut ainsi, entre deux séances d'hypnose avec le thérapeute, et chaque fois qu'il en ressent le besoin, écouter les cassettes qui lui facilitent le travail qu'on lui a proposé et auquel il a adhéré.

## Conclusion

L'hypnose est une méthode qui n'est ni nouvelle, ni magique. Elle possède simplement la particularité d'établir un lien étroit entre données psychiques et physiques dans une perspective globale d'accompagnement. Si elle est particulièrement connue pour son action analgésique, elle peut également aider à la prise en charge de nombreux autres symptômes présents notamment lors de la période palliative. Mais elle permet également un accompagnement du patient sur un plan plus existentiel. Elle mobilise les ressources internes de celui qui en bénéficie (par le biais des expériences de vie antérieures et actuelles), permet au patient de réinvestir son corps (travail au niveau des perceptions) et l'aide ainsi à mieux prendre place dans la situation qui est la sienne.

Comme nous l'avons dit, l'hypnose emprunte beaucoup de ses concepts de base à la psychologie de Carl Rogers qui fonde la relation d'aide, même s'il est vrai que les méthodes employées restent différentes. Cette relation d'aide et l'abord communicationnel particulier instauré entre le thérapeute et son patient fondent un lien humain particulièrement important lorsque l'on parle de soins palliatifs. Dans bien des cas, plus qu'une technique, l'hypnose constitue une réelle façon de penser l'acte médical, la relation au patient, la philosophie qui guide les pratiques dans le domaine du soin. Elle ne se substitue pas à d'autres pratiques mais leur donne un cadre innovant, et parfois un sens différent, très axé autour de l'humain et de son évolution, jusqu'aux derniers instants.

### Références

- Godin J. La Nouvelle Hypnose. Paris : Albin Michel 1992.
- Rainville P, Hofbauer RK, Paus T *et al.* Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion. *J Cogn Neurosci* 1999; 11: 110-25.
- Rainville P, Price DD. Hypnosis phenomenology and the neurobiology of consciousness. *Int J Clin Exp Hypn* 2003; 51: 105-29.
- 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; 14: 887-901.
- Price DD. The neurological mechanisms of hypnotic analgesia. *In: Barber J, ed. Hypnosis and Suggestion in the Treatment of Pain.* New York, WW Norton; 1996: 67-84.
- Price DD, Barel JJ. The structure of the hypnotic state: a self-directed experiential study. *In: Barel JJ, ed. The Experiential Method: Exploring the Human Experience.* Acton, MA, Copely; 1990: 85-97.
- Rogers C. Le développement de la personne. Paris : Inter-Éditions 2005.
- Bioy A, Maquet A. Se former à la relation d'aide. Paris : Dunod 2003.
- Geary BB, Zeig JK. Handbook of Ericksonian psychotherapy. Phoenix: Milton Erickson Foundation Press 2001.
- Bioy A. La relation inter-individuelle en hypnose clinique et sa dynamique thérapeutique. Thèse de doctorat. Poitiers : Université de Poitiers 2005.
- Benhaïem JM. L'hypnose aujourd'hui. Paris : In Press Éditions 2005.
- Olness K, Kohen DP. Hypnosis and hypnotherapy with children. 3<sup>rd</sup> edition. New-York: Guilford 1996.
- Dworkin RH, Breitbart WS. A handbook for health care providers. Seattle: IASP Press; 2004.
- Patterson DR, Jensen MP. Hypnosis and clinical pain. *Psychol Bull* 2003; 129: 495-521.
- Tsao JC, Zeltzer LK. Complementary and alternative medicine approaches for pediatric pain: a review of the state-of-the-science? *Evid Based Complement alternat Med* 2005; 2: 149-59.
- Cuellar NG. Hypnosis for pain management in the older adult. *Pain Manag Nurs* 2005; 6: 105-11.
- Deng G, Cassileth BR. Integrative oncology: complementary therapies for pain, anxiety, and mood disturbance. *CA Cancer J Clin* 2005; 55: 109-16.
- Vickers AJ, Cassileth BR. Unconventional therapies for cancer-related symptoms. *Lancet Oncol* 2001; 2: 226-32.
- Marchioro G, Azzarello G, Viviani F *et al.* Hypnosis in the treatment of anticipatory nausea and vomiting in patients receiving cancer chemotherapy. *Oncology* 2000; 59: 100-4.
- Inui A. Recent development in research and management of cancer anorexia-cachexia syndrome. *Gan To Kagaku Ryoho* 2005; 32: 743-9.
- Lang EV, Benotsch EG, Fick LJ *et al.* Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. *Lancet* 2000; 355: 1486-90.
- Butler LD, Symons BK, Henderson SL *et al.* Hypnosis reduces distress and duration of an invasive medical procedure for children. *Pediatrics* 2005; 115: 77-85.
- Rainville P, Bushnell MC, Duncan GH. Representation of acute and persistent pain in the human CNS: potential implications for chemical intolerance. *Ann NY Acad Sci* 2001; 933: 130-41.
- Pan CX, Morrison RS, Ness J, Fugh-Berman A, Leipzig RM. Complementary and alternative medicine in the management of pain, dyspnea, and nausea and vomiting near the end of life. A systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2000; 20: 347-87.
- Marcus J, Elkins G, Mott F. A model of hypnotic intervention for palliative care. *Adv Mind Body Med* 2003; 19: 24-7.
- Iglesias A. Hypnosis and existential psychotherapy with end-stage terminally ill patients. *Am J Clin Hypn* 2004; 46: 201-13.
- Roustang F. Il suffit d'un geste. Paris : Odile Jacob 2003.
- Wood C, Bioy A. De la neurophysiologie à la clinique de l'hypnose dans la douleur de l'enfant. *Douleurs* 2005 ; 6 : 284-96.