

ETHHYC  
Ecole de Thérapies Brèves et d'Hypnose Clinique  
Membre de la  
Confédération Francophone d'Hypnose et Thérapies Brèves (CFHTB)



# Hypnose et pratique en soins infirmiers en service de soins continus et réanimation

Mémoire écrit par Aurélie KHONG  
Cycle de Perfectionnement en hypnose ericksonienne

Sous la direction de  
M. Amer SAFIEDDINE  
Formateur et Président d'ETHHYC

Promotion Plume 2021/2022

« Note aux lecteurs,

Ce travail personnel a été réalisé dans le cadre de la formation dispensée par ETHHYC à Toulouse, conduisant à l'obtention du diplôme de perfectionnement de cette formation.

Toute reproduction, publication ou mise en ligne sur un site Internet même partielle ne peut être réalisée sans l'accord d'ETHHYC et de son auteur. »

*« Si je peux écouter les choses que l'autre me dit, si je peux comprendre comment elles lui apparaissent, si je peux percevoir les significations personnelles qu'elles ont pour lui, si je peux sentir l'exacte nuance d'émotion qui les accompagne, alors, je libérerai de puissantes forces de changement. »*

Carl Rogers

*« Tous les hommes pensent que le bonheur se trouve au sommet de la montagne alors qu'il réside dans la façon de la gravir. »*

Confucius

## Remerciements

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce à la participation d'un bon nombre de personnes. Je tiens à remercier tous ceux que j'ai sollicités, qui ont participé et qui m'ont soutenue.

Notre formateur, Amer, tout particulièrement, pour le partage durant toute la formation de sa vision et son approche de la Personne, avec ses mots, son ressenti, son écoute. La manière qu'il a de transformer le problème tel un magicien, à travers le temps, les lieux, les souvenirs, les suggestions, afin de nous amener dans un rêve qui devient enfin réalité : celui de pratiquer l'hypnose dans les soins et la bienveillance, nous transportant dans un rapport unique au patient... Tout en gardant un œil bienveillant sur notre pratique au présent, à moins que ce ne soit demain ou les jours à venir, comme je pouvais le reconnaître hier...

A mes collègues de formation, devenus des amis. Nous, petites plumes devenues grandes qui allons voler de nos propres ailes vers des chemins différents. Je vous souhaite une belle envolée.

A mes enfants et mon conjoint qui ont su me porter et me guider, consciemment ou pas, qui m'ont amenée à m'interroger sur ma pratique et ont dû me supporter parfois.

A ma famille et mes amis, particulièrement à ma maman, pour leur soutien.

A ma cadre de santé, les médecins de mon service, et mes collègues, qui m'ont soutenue, fait confiance pour exercer, fait appel à moi dans la plupart des cas et ont été pour beaucoup d'entre eux des sujets d'expérience.

Un grand merci à Nathalie, témoin de cet apprentissage et des réajustements, qui m'a fait comprendre que je devais avoir confiance en moi.

A mes patients, sans qui la réalisation de ce mémoire ne serait pas possible. Souhaitant continuer à pouvoir les aider, à les transporter d'un « monde de ténèbres » comme un patient a pu me dire, vers leur lieu de sécurité, les projetant dans leur futur tout aussi ressource.

Sans oublier mon inconscient, qui me ramène vers des chemins oubliés pour me conduire vers ceux encore inexplorés...

# Sommaire

## - Table des matières

Introduction.....	1
L'hypnose et soins infirmiers.....	2
- Pourquoi m'être formée à l'hypnose ?.....	2
- L'hypnose ericksonienne : .....	3
- Déroulé d'une séance d'hypnose formelle et méthode d'induction : .....	4
- Effets sur le cerveau : .....	4
L'hypnose en soins continus et réanimation.....	5
- Différents types de prise en charge par l'hypnose : .....	5
Cas cliniques .....	8
1. Aide au sevrage ventilatoire d'un patient trachéotomisé : .....	8
2. Préparation au bloc opératoire chez une patiente anxieuse : .....	12
3. L'utilisation du conte métaphorique chez une patiente avec douleur intense lors des soins:.....	14
4. Utilisation d'une thérapie brève chez un patient après un choc anaphylactique :.....	18
5. Résistance chez un patient avec encombrement bronchique sévère :.....	20
Limite de ma pratique en service actif .....	23
Pratique pouvant être développée dans le service.....	25
Conclusion .....	27
Abréviations .....	28
Lexique .....	29
Bibliographie.....	30
ANNEXES.....	1
CODE ETHIQUE de la CFHTB .....	1
QUO VADIS .....	3

## Introduction

Au moment où j'écris ce mémoire, je réalise que cela fait déjà un an que j'ai commencé la formation. Après le cycle d'initiation validé, je m'appête à rendre cet écrit qui va clôturer le cycle de perfectionnement de cette formation en hypnose clinique et thérapies brèves. Ainsi, je continuerai à me laisser guider vers la maîtrise.

Contribuant à mon épanouissement professionnel et personnel, elle m'apporte un éclairage différent de la personne, du patient, en cherchant à savoir qui il est, qui il a été et ce vers quoi il souhaite tendre.

Comme Amer a pu nous le définir, l'hypnose est une technique particulière, qui vient du fond de nous pour aller au fond de l'autre, pour l'aider.

Le but de cet écrit est de vous faire partager mon expérience en milieu hospitalier et particulièrement en service de réanimation et soins continus. Il s'adresse à ceux qui sont curieux de découvrir l'hypnose dans le soin, qui en ont peut-être une vision erronée, qui sont encore frileux sur l'usage ou qui ne croient tout simplement pas en l'efficacité de cette thérapie, que ce soient les professionnels de santé ou les patients. Ce recueil de quelques situations pourra peut-être éclairer ceux qui pratiquent l'hypnose en réanimation, ou qui pourraient être tentés de se lancer dans la formation. Je leur souhaite la même étincelle qui a déclenché cette lumière chez moi et m'a guidée vers une vision différente du soin apporté à la personne malade.

J'ai choisi de vous faire part de quelques situations où j'ai pu mener à bien ou non la séance d'hypnose, qu'elle soit formelle ou non, directe ou indirecte. Il s'agit de cas fréquents que l'on peut rencontrer dans un service de réanimation et soins continus.

Il ne s'agit pas de faire une étude randomisée et contrôlée de l'hypnose, sur telle thérapie ou tel type de patient. C'est quelque chose qui peut être réalisé ultérieurement avec les outils d'évaluation adaptés. Ici, il s'agit simplement d'une évaluation subjective du patient, de son ressenti et de l'amélioration de son état en post séance ou à distance. Je tiens à préciser que travaillant dans un service de réanimation en tant qu'infirmière, je ne pratique en aucun cas l'hypnosédation, qui relève d'un acte médical.

Ainsi je m'en vais vous accompagner dans cet univers de l'hypnose combiné aux soins en réanimation, où lorsque tout ce qui peut être pris comme turbulence, n'est en réalité que mouvement à un instant et un lieu donné, que l'hypnose va pouvoir modifier dans la perception, pour le rendre agréable et même utile...

## L'hypnose et soins infirmiers

### - Pourquoi m'être formée à l'hypnose ?

Je suis infirmière depuis 2012 à l'hôpital, où j'ai d'abord exercé en service de neurologie, et depuis 2016, en soins continus et réanimation. Quand nous choisissons d'exercer ce métier, nous cherchons à prendre soin et à satisfaire le bien-être des patients. Il est essentiel dans notre pratique d'analyser de manière multidimensionnelle les actes à réaliser pour répondre à leurs attentes et leurs besoins. Cependant, avec le temps, nous avons tous tendance à réaliser ces actes de façon mécanique. Certes, nous maîtrisons le soin et nous adaptons la communication avec le patient. Nous sommes attentifs à la satisfaction de ses besoins, du moment que cela rentre dans le cadre institutionnel.

Nous pensons être tous différents dans le soin, dans la relation au patient, ce qui est en partie vrai. Mais sans s'en rendre compte, cette mécanisation du soin est commune à tous, au détriment du patient et de sa guérison. Qu'est ce qui fait que l'on doit faire une toilette ou lever un patient qui ne veut pas ? D'être intrusif, d'entrer dans son intimité sans lui en avoir demandé la permission, sans s'être présenté parfois, ou alors en lui demandant l'autorisation qui impose son acceptation ?

Les lois, le cadre, l'institution, les habitudes, la routine, conjugués au temps derrière lequel nous courrons tous.

L'ambivalence à l'heure actuelle d'un système de soins qui se doit de protéger le patient, dans un cadre bien précis, en faisant oublier tout le reste : qui est-il exactement ? D'où vient-il ? Qu'a-t-il vécu ? De quelle manière ? Ses ressentis ? Bref, son parcours de vie en tant que personne.

C'est dans ce système que j'ai fini par ne plus me reconnaître et que j'ai remis ma pratique en question.

J'ai appris que la manière d'amener les mots, pour un même objectif souhaité, fait toute la différence.

*« Selon la façon de le considérer, le patient peut être une somme de problèmes, ou une somme de ressources »*

M H Erickson

J'ai eu l'occasion depuis dix ans de travailler avec des médecins pratiquant l'hypnose lors des soins. Il s'agissait pour l'essentiel d'hypnoalgésie. J'ai été fascinée et animée d'une curiosité sur l'intérêt qu'une telle formation pourrait apporter sur la prise en charge des patients en réanimation. La période COVID vécue dans le service a été difficile sur le plan professionnel, éthique et personnel. Tout ceci aura fini par me convaincre de me lancer dans cette nouvelle aventure.

J'ai donc choisi de me former suite à quelques recherches, par le biais également d'une infirmière qui fait partie de la promotion précédente et qui a un parcours professionnel similaire au mien.

Le choix de cette formation et pas une autre s'explique par la qualité de l'enseignement, qui s'adapte à chaque professionnel, respectueuse du patient et des praticiens. Elle a lieu en groupe restreint afin de pouvoir répondre au mieux à la demande des étudiants, sur des weekends espacés, ce qui permet de développer notre pratique et de la réévaluer progressivement, dans un réel et authentique échange d'apprentissage.

Elle est dispensée par ETHHYC, Ecole de Thérapies brèves et d'Hypnose Clinique, membre de la Confédération Francophone d'Hypnose et Thérapies Brèves.

*La CFHTB regroupe les plus grands instituts d'hypnose Ericksonienne français et francophones avec environ 3000 professionnels de France, Belgique, Suisse et Québec. Cette confédération est également rattachée à l'ISH (International Society of Hypnosis). La CFHTB regroupe actuellement plus de 30 instituts qui proposent des formations qualifiantes à la pratique thérapeutique de l'hypnose et des psychothérapies brèves. En raison des dangers que feraient peser sur le crédit scientifique de l'hypnose et des hypnopraticiens un mauvais usage de cette formation, il est demandé aux associations membres de souscrire au code éthique de la Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapie Brève.<sup>1</sup>*

#### - L'hypnose ericksonienne :

L'hypnose ericksonienne permet d'amener le patient à un état modifié de conscience, d'induire un relâchement physique et mental, pour activer ses ressources consciemment ou pas, afin de l'aider à trouver la solution à son problème et les moyens d'y arriver.

Elle est respectueuse du patient, sans jugement, ni interprétation. Vous en trouverez une définition pour comprendre l'approche différente du patient sur le site Ethhyc<sup>2</sup> et l'Institut Français d'Hypnose<sup>3</sup>.

Au-delà d'une simple pratique, c'est un état d'esprit, une vision multifocale de ce qui nous entoure. C'est un outil mais aussi une manière d'être et d'appréhender le soin différemment, la maladie et le patient lui-même dans une approche holistique, loin de tout ce que nous abordons ou de ce que nous pensons aborder lors de nos études.

---

<sup>1</sup> ETHHYC. Code éthique de la CFHTB. Disponible en annexe et sur : <https://ethhyc.fr/2018/01/30/ethhyc-a-ete-admis-a-cfhtb-janvier-2018/>

<sup>2</sup> <https://ethhyc.fr/hypnose-ericksonienne/>

<sup>3</sup> <https://www.hypnose.fr/hypnose/courants-hypnose-therapeutique/l-hypnose-ericksonienne/>

Une fois que nous mettons les pieds dedans, l'hypnose est présente à chaque interaction avec une personne, un patient, un collègue, un membre de l'entourage, ou nous-même. C'est une expérience unique, qui révèle l'impact des mots sur la conscience.

- Déroulé d'une séance d'hypnose formelle et méthode d'induction :

Tout d'abord les préalables sans lesquels la séance ne peut avoir lieu. Il est préférable d'expliquer au patient ce que nous allons faire. Je reviendrais d'ailleurs sur ce point dans l'exposition de cas cliniques où parfois, l'explication en amont de la séance ne sera pas faite dans l'intérêt thérapeutique du patient.

Il faut par la suite recueillir l'anamnèse du patient, ses ressources, son objectif, son VAKOG. Le VAKOG est un acronyme pour Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif, Gustatif. Ce sont les différents canaux sensoriels. Ils permettent d'identifier les canaux principaux utilisés par le patient, et qui, activés lors de la séance, vont permettre une meilleure intégration inconsciente lors des suggestions hypnotiques.

Lorsque nous avons toutes les informations nécessaires à la connaissance du patient, et qui vont nous permettre de cerner son problème et son objectif, nous pouvons débiter la séance d'hypnose avec l'induction et le travail thérapeutique.

- Effets sur le cerveau :

Grâce à la neuro-imagerie, on constate que certaines zones du cerveau sont activées pendant la transe hypnotique comme le cortex cingulaire antérieur responsable de la gestion des émotions, le contrôle cognitif, le processus attentionnel... tandis que d'autres zones sont désactivées comme le précunéus qui permet la perception de soi par rapport à l'environnement et au monde extérieur.

Ce mécanisme de l'hypnose, son effet sur le cerveau et les différentes zones stimulées ont été développés par Joana GOYHENECHÉ dans sa thèse : *La neuro-imagerie au service de la « neurophénoménologie » de l'hypnose. Etude de l'effet anti-nociceptif.*<sup>4</sup>

Ceci permet de comprendre les réactions d'un patient hospitalisé en service de réanimation et comment l'hypnose va pouvoir l'aider à gommer cet environnement anxiogène et gérer ses émotions.

---

• <sup>4</sup> La neuro-imagerie au service de la « neurophénoménologie » de l'hypnose. Etude de l'effet anti-nociceptif de Joana GOYHENECHÉ. 2016. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01381299/document>

## L'hypnose en soins continus et réanimation

L'hôpital est un milieu où les émotions du patient sont bousculées, tant lors des consultations, que des hospitalisations pour recherche de diagnostics ou suivi médical. Leurs repères, qui les aident habituellement à gérer leurs émotions, s'en retrouvent ébranlés.

Le service de soins continus et de réanimation est très anxiogène pour le patient, par sa technicité des soins, la surveillance accrue, et l'état clinique dans lequel il arrive (état sévère ou grave).

Nous y prenons en soin tous les types de pathologies, à un stade avancé et qui nécessite une surveillance continue et/ou une intervention rapide, des traitements spécifiques. Quelques exemples de pathologies graves : insuffisance rénale, choc hémorragique, choc septique, insuffisance respiratoire...

### - Différents types de prise en charge par l'hypnose :

L'hypnose m'a permis de découvrir que nous pouvons proposer autre chose au patient lors d'un soin : détourner son attention pour le soulager et le soigner. Jusque là, il était question pour moi de gérer la douleur, ou de savoir l'appréhender lors d'un soin, pour rendre celui-ci plus agréable. Mais au cours de cette formation, j'ai réalisé les multiples possibilités pour soigner, aider, accompagner à travers l'hypnose :

- Gestion de la douleur lors des soins (injection cutané ou musculaire, pose de drains, de cathéters, sondage urinaire, réfections de pansements, soins d'intubation, mobilisation du patient dans le lit ou la chambre...)
- Aide à la respiration et intubation oro-trachéale avec différents système d'oxygénation (lunettes à oxygène, haut débit d'oxygène, ventilation non invasive, ventilation assistée...), aide au sevrage
- Rééducation motrice, déglutition, parole, alimentation
- Trouble du sommeil
- Accompagnement des addictions
- Anxiété, peur, appréhension de la maladie, gestion de l'agressivité... ainsi l'hypnose va faciliter la réhabilitation
- Annonce de diagnostic, de pronostic grave, acceptation
- Accompagnement des familles
- Accompagnement d'un patient en fin de vie

J'ai également accompagné certains membres du personnel avec différents troubles liés en partie à l'activité professionnelle.

Nous sommes dans un service où nous alternons le travail de jour et de nuit, où nous avons pris de plein fouet les différentes vagues de patients atteints de COVID, où nos nerfs ont été mis à rude épreuve, où nos vies personnelles ont aussi été impactées. J'ai donc pu d'une certaine manière les aider, en tout cas les écouter et recevoir leurs plaintes en lien avec cela (troubles du sommeil, anxiété, troubles alimentaires, douleurs...).

Comment l'hypnose va-t-elle pouvoir aider le patient ?

Les ressources du patient sont inhibées par les jours, les mois d'hospitalisation, le coma artificiel. L'hypnose va lui servir à remobiliser ce qu'il avait oublié, de manière consciente ou inconsciente.

L'implication émotionnelle d'un patient hospitalisé en service comme la réanimation, est telle qu'elle s'apparente à celle d'un état de transe hypnotique. C'est en ce sens que j'ai travaillé la plupart de mes situations, avec parfois des étapes abrégées pour amener les patients à s'évader lors des soins.

Les différents cas de patients que je vais décrire et analyser ont été dans la plupart des cas retranscrits de mémoire, les séances n'étant pas préparées à l'avance avec peu de possibilités de récolter le VAKOG et de prendre des notes. J'ai choisi de les amener par ordre chronologique, pour se rendre compte de l'évolution de la pratique au cours de cette année. Les patients sont décrits de manière à apporter des éléments nécessaires à la compréhension de la situation, du patient et de son problème. Tous les noms et âges ont été modifiés pour respecter leur anonymat. N'y sont évoqués que le diagnostic de base et les symptômes importants dans l'analyse des cas.

Procédé :

Pour chaque séance, je préviens mes collègues au préalable. Si par nécessité ils ont besoin de m'interrompre, ils le font le plus discrètement possible. Je prépare le patient en amont, le prévenant que nous pouvons être interrompus mais que cela n'a pas d'importance pour exaucer son vœu, que cela pourra même l'aider à le réaliser.

Nous élaborons ensemble dans la plupart des cas, une démarche de soins : nous constatons un problème, une difficulté dans son processus de guérison. « *Voilà en quoi l'hypnose va vous aider, à mieux respirer, avancer, bouger...* » Je fais ensuite son anamnèse. C'est avec l'usage de thérapies brèves ou des métaphores, que le patient va trouver sa solution en faisant appel à son inconscient.

Cependant, l'hypnose se fait très régulièrement en situation d'urgence : par exemple lors d'une douleur aiguë ou d'une décompensation respiratoire aiguë avec nécessité d'intubation pour la majorité des cas. Le but va être alors de créer une collaboration de façon rapide, directe.

Le patient qui souffre a besoin de ressentir que le praticien maîtrise et ne doute pas (l'inverse des suggestions indirectes).

L'accueil est très important pour le rejoindre dans son état émotionnel. Se présenter, le regarder pour favoriser l'empathie, créer un contact physique. J'utilise très souvent le fait de serrer la main au moment où je me présente, je ratifie et je desserre la main pour annoncer un changement (suggestion non verbale) puis je l'interroge très simplement s'il est en mesure de me répondre, pour le replacer en « position haute » dans la relation soignant-soigné.

Le soignant est souvent vu par le patient comme celui qui détient le savoir, l'autorité, qui agit, alors que lui-même subit. Le remettre en position haute, c'est le rendre acteur de ses soins, de sa santé.

Je ratifie (cela fait partie de l'accompagnement thérapeutique, en validant chaque mot, chaque signe que le patient produit, permettant ainsi d'accentuer la transe), je valorise ses compétences en commençant par les petits succès et j'imite sans « singer ». L'induction est rapide, directe. Elle accompagne le patient le temps que le traitement antalgique ou la sédation intraveineuse fasse effet.

Les cas cliniques qui suivent ont été choisis pour montrer un petit éventail de ce qui peut être réalisé grâce à l'hypnose lors de la prise en charge des patients.

# Cas cliniques

## 1. Aide au sevrage ventilatoire d'un patient trachéotomisé :

(Cette séance eut lieu entre le deuxième et troisième weekend du cycle d'initiation. Nous n'avions pas encore abordé les métaphores).

Dans cette situation, il s'agit de M. P. Gérard, 58 ans, hospitalisé depuis deux mois en réanimation pour un COVID.

Il a été intubé et sédaté (mis dans le coma pour tolérer une ventilation mécanique sous respirateur) car il n'était plus en mesure de respirer avec une assistance respiratoire non invasive.

Au bout de trois semaines, l'équipe médicale a commencé à le réveiller progressivement. Il n'a pu être extubé car il était atteint d'une neuropathie de réanimation, qui a conduit à une tétraparésie importante, ainsi que des troubles neuromusculaires respiratoires. Il a donc été trachéotomisé afin de continuer le processus de sevrage respiratoire.

Au moment où je prends M. P en soin et que je lui propose la séance, il est en cours de sevrage de sa trachéotomie. Le procédé est le suivant : il est sous oxygène 3 l/min la journée sur une canule phonatoire, lui permettant ainsi de parler. La nuit, il est sous respirateur avec une aide lui permettant de se reposer. Il lui est proposé depuis trois jours de boucher sa trachéotomie pour le laisser à nouveau respirer par les voies aériennes supérieures.

Lors des transmissions le matin, j'apprends qu'il angoisse et que le processus ne dure pas plus de quinze minutes. Il se sent étouffer, ne respire pas bien, ne sent pas l'air arriver dans sa bouche et ses narines. *« J'ai peur de manquer d'air comme la première canicule. Je voudrais une bouffée d'air »*

Je lui propose donc de faire une séance formelle pour l'aider à retrouver ses sensations oubliées. Son objectif est de respirer seul.

M. P. travaille dans un bar avec son conjoint. Il adore les voyages, la nature, aller à la rencontre du monde, des gens. C'est d'ailleurs ce qu'il apprécie dans son travail, de pouvoir être au contact des clients. Il aime être une oreille attentive, à l'écoute. Il admire d'ailleurs mon travail et imagine que cela ne doit pas être évident tous les jours de « recevoir la misère » des personnes. Travaillant beaucoup, et ayant peu de vacances, il décide de me décrire son dernier beau voyage au Costa Rica, comme souvenir agréable.

C'était il y a 18 ans, avec sa compagne de l'époque. Il décrit :

*« La nature, les colibris, les singes hurleurs, l'eau, la mer, les randonnées...la beauté du paysage ...*

*Je sais pourquoi je voulais aller là-bas et je suis tombé amoureux du pays*

*On allait plonger, se baigner...et on ressortait humides mais pas rafraîchis. Il faisait aussi chaud dans l'eau que dehors »*

Avec toute cette description, on repère facilement son VAKOG préférentiel : le visuel, l'auditif et le kinesthésique.

Réalisation de la séance :

Au vue de la programmation de mes soins de la journée, elle se fait en deux temps. Lors de la première partie, le matin, je récolte les informations du patient et son souvenir agréable. La seconde, l'induction et la restitution du souvenir agréable, se réalise l'après-midi.

Le problème pour M. P. est qu'il ne sent pas l'air arriver dans sa bouche alors que physiologiquement il n'y a aucun obstacle pour lui. Ainsi il a peur d'en manquer.

J'utilise donc cette métaphore du problème au cours de la restitution du souvenir agréable pour lui permettre à nouveau de ressentir l'air passer dans sa gorge, sa bouche, puis ses narines.

Je reprends sa description des sentiers de randonnées, dans la jungle, de petits passages qui deviennent de plus en plus grands, permettant de faire circuler les randonneurs, et l'air, avec cette sensation de sérénité et de bien être lorsqu'il arrive au bout du sentier pour découvrir la mer, l'eau, les vagues, qui emportent avec elles ce qui n'est pas nécessaire pour lui. Il sent cette bouffée d'air marin passer à travers ses narines, sa bouche, puis sa gorge venir lui remplir les poumons, pour lui apporter tout l'oxygène dont il a besoin. La pression de cet air marin très agréable et utile qui vient ouvrir chaque alvéole de ses poumons, nécessaire à sa respiration... Et qui va, dans un échange repartir chargé de dioxyde de carbone, chargé de ce qui n'est pas utile pour lui, pour les faire repartir par sa gorge, sa bouche et ses narines, s'en allant ainsi comme les vagues, dans un cycle perpétuel, calme et paisible...

Analyse de la situation :

C'est la première séance formelle que je réalise entièrement avec un patient.

Je réutilise les bruits environnementaux pour les assimiler aux cris des singes hurleurs et aux oiseaux (selon l'intensité des bruits : chaises de bureau, portes qui claquent, voix environnantes, alarmes des scopes...)

Une collègue vient un instant m'interrompre pendant le travail thérapeutique car elle a oublié que nous sommes en séance. La ratification à la respiration, l'utilisation des bruits, les phrases suggestibles et la phrase amnésiante « *vous garderez ce qui est utile pour vous de la séance et oublierez tout le reste...* », permet à M. P. de ne se rendre compte de rien.

Retour de la séance :

Je peux pendant l'hypnose lui boucher la canule, acte que je lui propose en début de séance et qu'il accepte. Il arrive à respirer normalement pendant deux heures mais se sent très vite fatigué.

Le but de cette séance est tout d'abord qu'il puisse gérer son anxiété qui l'empêche d'avancer dans son sevrage ventilatoire. J'en profite également pour améliorer sa cinétique ventilatoire au fil des vagues. Je tente de synchroniser mes paroles sur le rythme respiratoire de M. P., en parlant sur l'expiration, lui qui a une fréquence respiratoire aux alentours de 35/40, et qui progressivement au cours de la séance passe à 23/26, avec une fréquence cardiaque qui se ralentie aussi, sans changement majeur lors de l'abouchement de la canule.

J'ai pu restituer cette situation en formation. Amer m'avait conseillé d'accentuer sur la métaphore du problème, avec par exemple cette métaphore « *...se faufiler dans une grotte car ma sécurité, ma survie, je m'y habitue, mais il y a tellement plus de lumière et d'air hors de ce passage...* »

La grotte représente ici pour le patient le système de respiration auquel il s'est habitué, ici la trachéotomie. Cette habitude, ce qu'il connaît, le met en sécurité, d'autant plus qu'il s'agit là de la respiration, vitale pour tout être vivant. La survie c'est tout ce qu'il a parcouru jusqu'ici, en se battant pour vivre face au virus. Puis il y a ce passage où passe la lumière, cette issue, ce qu'il attend pour pouvoir sortir du service et de l'hôpital. Il y a la lueur (à travers le passage des voies aériennes supérieures), mais celle-ci ne lui suffit pas. Il se dirige vers la lumière, qui est la possibilité de respirer seul, naturellement.

Je n'ai jamais pu revoir le patient pour lui demander comment il allait suite à la séance. Il est sorti du service trois jours après. Il a pu être décanulé et a été hospitalisé en pneumologie.

Autres cas de patients similaires :

J'ai pu réaliser sur quelques patients intubés l'hypnose conversationnelle, dans le but de les rassurer. Ce sont des patients qui sont sous sédation ou l'ont été. Ils développent souvent un syndrome confusionnel. Chez ces patients là, l'hypnose formelle n'est pas adaptée, mais les rassurer, en saupoudrage, avec quelques suggestions et métaphores, les aide à s'apaiser.

L'hypnose ne remplace en aucun cas les traitements en réanimation, mais si certains peuvent être diminués, cela permet d'accélérer l'extubation du patient. S'il est trop endormi car on a cherché à l'apaiser, il ne sera pas extubé.

Là aussi, les mots chez ces patients ont leur importance. Dans un mémoire que j'ai lu *Place de l'hypnose dans l'extubation d'un patient confus en réanimation* de Randour Rémi<sup>5</sup>, il décrit la situation d'une patiente qui avait peur de ne plus pouvoir respirer seule, après l'extubation. « *On m'a répété depuis plusieurs jours que le retrait du tuyau pouvait*

---

<sup>5</sup> *Place de l'hypnose dans l'extubation d'un patient confus en réanimation* de Randour Rémi<sup>5</sup> disponible sur <https://www.ipnosia.fr>

*m'empêcher de respirer et que je pouvais en mourir »* Cela explique l'agitation de la patiente lorsqu'on lui annonce qu'on va pouvoir retirer le tuyau.

La séance consiste alors à l'apaiser. Une fois terminée, le sevrage du respirateur se fait avec l'arrêt des traitements sédatifs (puisque la patiente est calme). Elle est rapidement extubée, sans difficultés respiratoires par la suite.

J'ai eu le cas d'une patiente, pour qui la première extubation a été un échec, qui a donc dû être réintubée. Lorsque je l'ai prise en soin, elle était inquiète car le médecin lui a annoncé qu'elle serait extubée le lendemain. L'inquiétude, chez elle, était de se retrouver à nouveau en difficulté respiratoire, car elle se sentait étouffer la première fois. Les médecins lui avaient aussi annoncé qu'elle risquait d'être trachéotomisée si cette tentative ne fonctionnait pas. « *La peur de se retrouver avec un trou dans ma gorge, qui n'est pas naturel, l'altération de l'image de soi, la gêne physique...* » L'hypnose formelle avec l'usage de métaphores de changement ont été utilisées. Son but était de pouvoir dormir pour être en forme et ne pas être épuisée lors du retrait du tube.

Je ne me souviens plus de ce que je lui ai dit pendant la séance. Je me rappelle juste qu'elle écrivait sur une ardoise avec un feutre pour communiquer. Ce qui m'a marquée, c'est le fait qu'elle ait eu du mal à déboucher le stylo à la fin de la séance pour me raconter ses ressentis, alors qu'il n'y avait pas de soucis jusqu'à ce moment, comme si le retrait du capuchon représentait la difficulté de retirer le tube. Je lui ai alors dit une phrase telle que « *c'est bien, vous écrivez bien suite à la sédation* », relatif à la bonne respiration après une bonne nuit de sommeil. Je me souviens également de la phrase de sidération à la porte de sa chambre en sortant « *n'oubliez pas de reboucher votre feutre* ».

Elle a dormi et a été extubée le lendemain sans problème. Je n'ai pas pu la réévaluer par la suite. Elle est montée rapidement en service de médecine.

Ces deux cas que je décris, ainsi que celui du mémoire, montrent l'intérêt de développer la pratique de l'hypnose dans le sevrage respiratoire. Bien sûr, il manque ici l'expérience et l'expertise pour être pleinement efficace. L'hypnose aide aussi à dédramatiser la situation vécue comme traumatique pour le patient, à l'apaiser et à renforcer ses capacités de réadaptation.

## 2. Préparation au bloc opératoire chez une patiente anxieuse :

(séance réalisée avant l'apprentissage des métaphores)

C'est Mme J. Jacqueline, 64 ans, hospitalisée en soins continus pour une surveillance en post opératoire d'une péritonite sur infection gynécologique. Elle a eu son intervention il y a trois jours, sans complications. Elle est chez nous en surveillance et doit repartir au bloc ce jour même, pour vérifier l'efficacité du drainage et l'évolution suite à l'opération.

Aux transmissions, j'apprends qu'elle appréhende l'intervention. Mme J. a discuté une heure avec l'infirmière à 6h pour évoquer ses inquiétudes. Ma collègue pense qu'une séance d'hypnose lui ferait du bien. Elle l'avertit donc de ma présence et de la possibilité de faire une séance de relaxation.

A 7h30, lorsque je rentre pour la première fois dans son box, Mme J. me signale qu'elle est assez inquiète de devoir repartir au bloc, même si elle sait que ça s'est bien passé la première fois, qu'elle fait confiance au chirurgien, que c'est une « *intervention de routine* ».

**« - Je sais que c'est pour mon bien, que je n'ai pas le choix, mais que voulez-vous, c'est plus fort que moi, je suis stressée. »**

- ***Ah, vous êtes stressée... et où ?*** (Mme J. me regarde), ***à quel endroit du corps ?***  
(Ratification, acceptation, reformulation, recadrage physique du stress émotionnel.)

- ***Je ne sais pas... »***

Je lui demande alors si elle a eu une appréhension avant la première intervention.

**« Oh oui, c'était pire. Je n'ai pas réussi à dormir, contrairement à cette nuit. Et la douleur aussi n'a rien arrangé... »**

Lors de cette conversation, je reformule ses propos pour m'assurer de la compréhension, je compatis, ratifie... Je lui laisse aussi la possibilité de choisir pendant les soins que je dois lui apporter ce matin (choix illusoire : luminosité de la pièce, choix du côté pour se tourner dans le lit...), afin de ramener la patiente « en position haute », de la réassocier à sa propre personne, autre que sa position de patiente.

**« - Et avez-vous trouvé un moyen de vous détendre et de vous rassurer la première fois ? »**

- ***Oui, j'ai pensé très fort à ma fille »***

Je pars donc de l'évocation de sa fille, pour l'interroger et récolter ses ressources, VAKOG, métaphores...

Elle me dit qu'elle apprécie aller marcher avec sa meilleure amie à la mer. Elle adore l'eau, sa maison, faire le ménage, la cuisine, arranger ses fleurs et admirer son travail accompli. Il en ressort qu'elle est essentiellement kinesthésique et visuelle.

Mme J. a travaillé dans une usine d'équipement automobile pendant 39ans. Elle s'occupait du montage du feu stop arrière.

*« Je m'y suis donnée, j'allais au-delà. J'essayais de tout comprendre »*

Lorsque je lui demande ce qu'elle souhaiterait vivre pendant la séance d'hypnose, elle dit vouloir être détendue et penser à elle.

Réalisation de la séance :

Son souvenir agréable est l'accouchement de sa fille quand elle avait 19 ans. Une grossesse désirée, dont elle décrit les différentes sensations enceinte puis après l'accouchement.

*« Quelle joie de souffrir pour mettre au monde quelque chose d'aussi beau !*

*Ça valait le coup de se pencher sur ce berceau... »*

Je restitue son souvenir agréable (séance d'hypnose) deux heures après la récolte de toutes ses données en fin de matinée, sachant que l'opération a lieu l'après-midi, sans heure précise.

Je ne sais plus vraiment ce que je lui ai dit. Je me souviens avoir utilisé en saupoudrage et non en métaphore imbriquée (que l'on n'avait pas encore vue) des références à son travail à l'usine, routinier, mécanique, avec le travail du chirurgien qu'elle annonce comme une intervention de routine. Tout comme elle, qui a de l'expérience et qui maîtrise son travail, il sait ce qu'il a à faire.

J'aborde également la satisfaction de l'effort *« quelle joie de souffrir... »* et le résultat, le fruit de sa récolte, de ce qu'elle voit de finalisé, (ce qui permet un parallèle avec le chirurgien qui souhaite réopérer pour s'assurer que tout soit en ordre et opérationnel).

Analyse de la situation :

Je réussis à caler la séance avant son intervention, ce qui n'est pas tout le temps le cas dans ce genre de situation. J'appréhende la mise en transe et l'efficacité de la séance, car la patiente est cérébrale, dans l'hyper contrôle, comme elle l'a été pendant près de quarante ans dans son travail. J'utilise d'ailleurs une suggestion négative paradoxale *« ne laissez pas votre cerveau se reposer »* : pendant la mise en transe, elle n'arrête pas de « gigoter », de chercher une position, d'avoir les sourcils qui froncent à certaines de mes phrases de dissociation. J'amène donc les distorsions temporo-spatiales à un débit plus élevé que d'habitude, afin de décrocher sa conscience. Si la catalepsie ne marche pas, la lévitation oui (doigts), avec la suggestion négative paradoxale injectée juste avant.

En fin de séance, la patiente se sent détendue, *« comme sur un petit nuage »* d'avoir revécu son accouchement.

Je profite de l'ancrage verbal pour lui rappeler qu'elle peut de manière consciente ou inconsciente retrouver les mêmes sensations de bien-être et de détente au moment où elle partirait au bloc, dans la salle du bloc, pendant l'intervention ou même après...

Retour de la séance :

Après l'intervention, elle m'indique qu'elle a réussi à revivre son accouchement, et que ma voix l'a accompagnée tout au long du trajet, du service au bloc opératoire, jusqu'à l'endormissement. Il lui a suffi de repenser consciemment à son souvenir agréable pour que l'inconscient fasse la suite du travail...

Les situations d'anxiété en phase préopératoire sont récurrentes dans notre service. Peu importe les raisons pour lesquelles le patient doit se faire opérer. Comme pour tous les autres patients, il est dans un lieu qu'il ne connaît pas, où les émotions sont exacerbées, dans un service de soin, d'autant plus anxiogène. Il va devoir être endormi, va perdre encore plus ses repères de temps, d'espace et de contrôle pendant un temps donné, que lui ne verra pas défiler.

L'hypnose permet de les aider à s'échapper un instant du présent, de leur réalité. C'est grâce à leurs ressources, leur imagination, leur créativité parfois, qu'ils vont pouvoir de manière consciente ou pas voyager, s'évader, et ainsi reproduire à un autre moment de l'hospitalisation ce moment agréable de déconnexion.

### **3. L'utilisation du conte métaphorique chez une patiente avec douleur intense lors des soins:**

(réalisé juste après le weekend des métaphores)

Les mots utilisés en hypnose sont importants et ont un impact sur le cerveau et l'inconscient, surtout lorsque qu'on aborde la douleur. L'usage des mots en lien avec la douleur peut réveiller celle-ci. Il est donc important d'adapter son vocabulaire en fonction de la situation et du patient, ainsi que sa communication non verbale. Quoi de mieux qu'un conte à ce moment-là pour permettre au patient de s'évader ?

C'est l'histoire de Mme R. Maria, 83ans, entrée depuis quelques jours en service de soins continus pour sepsis avec altération importante de l'état général et dénutrition sévère. Elle est atteinte d'une maladie pemphigoïde bulleuse qui est une dermatose bulleuse auto-immune. Le pronostic est sévère, la guérison longue, qui ne peut exclure les complications liées à son état général.

Elle a sur la quasi-totalité du corps un prurit et des lésions bulleuses. Ces lésions sont associées à des douleurs neuropathiques et des hyperesthésies : Mme R. est très douloureuse. Le simple fait de lui poser le drap délicatement sur sa peau la fait hurler de douleur.

Ce jour là, ma collègue me demande d'intervenir car le médecin doit lui poser un cathéter veineux central afin de pouvoir lui administrer tous les traitements pour la soulager et la soigner.

L'hypnose est prévue en complément d'un traitement analgésique puissant (morphine et kétamine®).

Dans cette situation, j'ai le temps d'aller me présenter à la patiente et de m'informer sur son dossier afin de mieux la connaître pour savoir comment je vais m'y prendre.

A vrai dire, je me suis retrouvée en difficulté dès le départ. Mme R. parle très peu le français, est malvoyante et malentendante. Autant vous dire que réaliser une séance formelle d'hypnose, l'amener en transe en hurlant pour qu'elle m'entende relève pour moi, à ce moment là, de l'imaginaire. Ne pouvant donc récolter que très peu d'informations sur son VAKOG, je me suis lancée dans la narration d'un conte, afin de la transporter avec moi dans cette situation imaginaire, comme un narrateur peut le faire sur la scène d'un théâtre, obligé de parler fort pour que les spectateurs l'entendent, et qui dans son prologue nous emporte, nous faisant ainsi oublier l'inconfort des sièges sur lesquels nous sommes assis.

En interrogeant Mme R., j'obtiens quelques informations sur ses ressources et son VAKOG. Elle est mariée, a cinq enfants et petits-enfants (nombreux mais je n'ai pas su combien). Elle me dit qu'elle apprécie d'aller au jardin, que ça fait très longtemps qu'elle ne peut plus s'en occuper, que c'est à la charge de son mari. Elle évoque les différentes couleurs (visuel) et odeurs (olfactif).

Je comprends que c'est quelqu'un qui a toujours travaillé, à l'usine essentiellement, qu'elle alliait son travail à l'éducation de ses enfants, à l'organisation et au maintien de l'ordre de sa maison. Elle a toujours été dévouée aux gens qu'elle aime et à sa famille.

Mme R. n'est pas en demande d'hypnose, ni de soins d'ailleurs. Elle exprime son désir de mourir, qu'on la laisse tranquille, qu'on l'aide à partir. La mise en place du cathéter veineux central<sup>6</sup> va permettre de la soulager lorsque les traitements pourront être administrés, de pouvoir l'alimenter, de l'hydrater, ce qui va considérablement améliorer son confort et sa qualité de vie durant l'hospitalisation.

Après explications du médecin de la nécessité de la pose du cathéter et de la raison de ma présence, elle accepte. Je lui dis simplement que je vais l'aider à s'évader un instant et lui propose de lui raconter une belle histoire avec des fleurs.

---

<sup>6</sup> Système qui permet de rester en place 21 jours, contre seulement 4 jours pour un cathéter veineux classique, quand celui-ci ne dysfonctionne pas avant.

Réalisation de la séance :

Je lui fais la mise en transe, qui marche bien car très suggestible avec l'appréhension du soin. Je lui narre donc *Le Retour des fleurs*, d'après un conte australien<sup>7</sup>, dont voici le résumé pour comprendre le déroulé de la séance.

C'est l'histoire d'un très grand sorcier qui avait des pouvoirs extraordinaires et qui menait une vie très simple. Ne supportant pas le comportement égoïste et la méchanceté des hommes et des femmes, il alla s'exiler sur la plus haute des hautes montagnes. En quittant la plaine, toutes les fleurs qui existaient fanèrent et ainsi disparaissaient avec les fruits, légumes, insectes, oiseaux et papillons... Le sorcier qui avait ces grands pouvoirs de partager la beauté du monde avec les hommes, se retrouvait contrarié et emportait avec lui toute cette magie, laissant les fleurs flétries, anéanties par son départ. Les hommes, qui remarquèrent ce changement en lien avec le sorcier, ne cherchèrent pas à savoir pourquoi. Chacun préférait s'occuper de soi comme si de rien n'était.

Les années passèrent. *« Le seul endroit où elles existaient encore était dans la mémoire des parents et grands-parents. »*

Un petit garçon était le seul à croire à cette histoire. Lorsqu'il devint un jeune homme, il décida de partir à la recherche du sorcier pour lui demander de leur rendre les fleurs, contre l'avis de sa mère et dans les railleries des habitants du village.

Il marcha des jours jusqu'à arriver au pied d'une haute montagne dont on ne voyait même pas le sommet. Il chercha un chemin qu'il pouvait emprunter et qu'il ne trouva pas. Il décida ainsi d'escalader cette montagne, en examinant la paroi, sans se décourager. Il découvrit des marches sculptées dans la roche, en enfilade jusqu'aux nuages. *« Il sentit les fleurs de son imagination s'épanouir à nouveau. Il oublia aussitôt la fatigue des jours passés... »*

Jour après jour il gravit les marches, sans jamais se décourager, malgré les doutes... Il rencontra enfin le sorcier, lui évoquant son désir de récupérer les fleurs sur Terre... *« Je crois qu'en découvrant la beauté des fleurs, les gens changeraient de comportement. »*

Ainsi le sorcier lui permit de cueillir toutes les fleurs qu'il souhaitait et fit en sorte qu'elles puissent se ressemer pour que les abeilles, oiseaux et papillons reviennent sur Terre.

Lorsqu'il revint au village, les habitants furent émerveillés, admiratifs et plus personne ne douta de l'existence des fleurs. La Terre retrouva ses prairies, couleurs, insectes, légumes et fruits.

*« N'oublions plus jamais de semer des graines de sagesse et de bonté dans nos jardins, pour que le temps des fleurs dure toujours. »*

La séance se termine avec l'ancrage verbal, où je lui dis qu'elle pourra de manière consciente ou pas se retrouver dans le conte, ou en train de l'écouter, que ma voix pourra si elle le souhaite l'accompagner, lors de chaque soin ou quand elle est seule dans la chambre, quand cela sera nécessaire...

---

<sup>7</sup> Adaptation par ADELE PEDROLA ; illustration de SARA UGOLOTTI. *Les plus beaux contes du monde*. Paris : Auzou. 2019. 223 pages. P7 à 17.

Analyse de la situation :

Les aléas de mon travail font que parfois je ne suis pas apte pendant la séance à imaginer et créer des métaphores. Ne pouvant la solliciter plus longtemps dans l'interrogatoire, ce conte utilisé me semble adéquat.

Mme R. ne croit plus en sa guérison, en a assez, se renferme dans son hypoacousie, pour se retrouver seule, dans sa douleur.

Le petit garçon ici, c'est une part d'elle-même qui veut retrouver les fleurs et les faire partager aux habitants (ici sa famille pour qui elle a toujours été dévouée, et aussi le corps médical, septique sur sa guérison). Il évoque sa part d'innocence, enfouie, qu'elle peut faire ressortir pour croire à nouveau.

Les fleurs représentent son envie de vivre, son instinct de survie, son étincelle qui brille pour éclairer le chemin de ses proches. A travers la narration, j'évoque ce qui est ancré dans sa mémoire, ce qu'elle connaît déjà et peut-être qu'elle aurait pu oublier. A chaque obstacle, qui pourrait être la douleur en elle-même, un soin, un effort à fournir, un diagnostic... elle trouve la solution, le courage et la force de continuer à gravir la montagne pour atteindre son but, qui, une fois atteint lui permet d'oublier ce qui n'est pas nécessaire pour elle.

Pour finir, je l'invite à semer des graines pour que ce moment là «le temps des fleurs » dure toujours (dans les heures, les jours à venir).

Curieusement (ou indéniablement ?), sa surdité et la barrière de la langue ne sont plus un obstacle dès le début de la narration, elle qui se renfermait peut-être à toute interaction, pensant que ce n'était pas utile pour elle, qui voulait que nous la laissions mourir.

En amont du soin, je demande aux personnes présentes de chuchoter entre elles pour communiquer, ce qui m'aide pour focaliser Mme R.

Là encore, comme pour une majorité des soins hypnotiques que je réalise, j'utilise le non verbal, pour signifier un changement de situation pour la patiente. Etreinte de la main lors de truisme, que je relâche.

Mme R., pendant cette séance, gémit régulièrement, puis repart apaisée, comme une oscillation entre le bien-être et le mal-être. Je ne peux pas vous dire à quels moments exactement : pause dans la narration ? A chaque étape de l'ascension de la montagne ? En lien avec le soin ? Je suis surtout focalisée sur son état, mon souvenir du conte, et le soin qui est en train de se réaliser.

Je réutilise pour la plupart ses gémissements lors de l'ascension de la montagne en accentuant la douleur, la difficulté pour y arriver. Ce sont ces différentes étapes, lorsque le garçon grimpe, qui me permettent de gérer le temps de la séance pour me caler au soin.

Retour de la séance :

Une semaine après, j'ai Mme R. en soin, elle a tous les jours des pansements à refaire avec un protocole strict lors de la toilette qui prend une heure. Toujours avec le protocole d'hypoalgésie, je lui fait une séance avec mise en transe (qui s'avère plus simple que la première fois car elle connaît ma voix, probablement grâce à l'ancrage verbal mis en place). Cependant réaliser les soins, être attentifs à l'évolution des plaies, le protocole, l'état de Mme R et ses réactions sont très difficiles à gérer. La première séance m'aide à lui rappeler le conte sans avoir à le raconter. J'utilise beaucoup de suggestions. J'utilise également la voix de mes collègues pour maintenir son état de transe (exemple : *les voix de mes collègues sont également là pour vous aider dans ce travail....*)

Mme R. décède une semaine après.

Je me rends compte qu'à mon niveau actuel, il est très difficile de gérer des soins techniques, en même temps que de pratiquer l'hypnose. La première fois avec Mme R., je ne fais que ponctuer l'histoire en fonction du déroulé du soin que réalise le médecin. Ma tête et mes mains sont libres pour être pleinement avec la patiente dans la narration du conte. La seconde fois, il y a la toilette, les pansements (heureusement il y a une équipe de soignants avec moi qui savent les faire), le traitement à injecter en perfusion pour l'hypnoalgésie, l'observation des réactions de la patiente, de l'évolution des plaies, l'observation clinique en rapport avec l'hypnoalgésie avec les effets secondaires à évaluer (chute de la tension, de la fréquence cardiaque, de la fréquence respiratoire), la mise en transe hypnotique, la gestion de l'activité dans la chambre et les réactions de mes collègues. Bref autant de paramètres sur lesquels je dois veiller et m'alerter, tout en les faisant oublier à Mme R.

Ce genre de situation est quotidienne : prodiguer des soins très techniques, tout en restant concentrée sur le soin, le patient, son environnement, et les autres patients qui attendent dans les autres box. Je n'ai plus qu'à m'entraîner à y insérer la pratique de l'hypnose, à analyser chaque intervention et à m'améliorer pour celles d'après, afin que le tout puisse s'harmoniser.

#### **4. Utilisation d'une thérapie brève chez un patient après un choc anaphylactique :**

(Après le weekend sur les régressions en âge)

Il s'agit de M. J. Pascal, 55ans, entré en début d'après midi pour surveillance suite à un choc anaphylactique sur piqûres de guêpes. Au moment où je m'occupe de lui, il est 20h, je viens me présenter avec mon binôme aide-soignant pour lui expliquer qu'on est l'équipe de nuit, qu'on va avoir des soins à lui prodiguer et qu'on est là pour veiller sur lui toute la nuit.

Il demande s'il peut avoir un Seresta® pour dormir car il se sent nerveux et oppressé. Il nous dit qu'il a déjà fait des crises de spasmodie il y a quelques années, qu'il en fait moins qu'avant, qu'il a vu un homéopathe à une époque qui l'avait bien aidé, et que là, de temps en

temps, ça lui arrive de prendre un Seresta®, que son médecin traitant lui a prescrit, quand il sent qu'il est oppressé.

Je lui demande s'il sait pourquoi ce soir il se sent oppressé. Il me dit alors qu'il s'est senti partir ce matin et qu'il n'arrête pas de revivre la scène

*« J'étais au jardin et me suis fait piquer à la tête par des guêpes. Je suis rentré dans la cuisine pour demander à ma femme de désinfecter les plaies. Le temps d'aller chercher la trousse à pharmacie, elle a entendu un grand boum... je ne me souviens de rien, je me rappelle m'être réveillé dans le camion... je me souviens de la douleur des piqûres. »*

Il se demande comment est-ce possible qu'il soit encore là, et précise qu'il a de la chance d'avoir eu sa femme présente, qui a fait preuve de sang-froid. Il répète beaucoup les mêmes phrases.

Voilà les seules données que j'ai de lui à ce moment. Nous sommes appelés à intervenir dans une autre chambre. J'explique à M. J. que je vais en parler au médecin pour sa demande de traitement pour dormir et que s'il le souhaite, je peux également lui faire une séance pour le détendre et favoriser son sommeil, quand je serais disponible dans la soirée.

Réalisation de la séance :

Au moment où je revois le patient, il est 22h et j'ai la prescription du Seresta®. Je lui demande s'il veut que je l'aide à se relaxer. Il accepte volontiers. Comme il est déjà très tard, récolter d'autres informations sur le patient et un souvenir agréable pour réaliser une séance formelle paraît inadapté en terme d'horaire, sachant que je ne sais pas si cela pourra être conduit jusqu'au bout.

Je décide de lui faire une thérapie brève, apprise quelques jours auparavant en formation, sur la régression en âge. J'utilise le thème du souvenir agréable, en prenant un texte de Jean Becchio *Quo vadis*<sup>8</sup>

Il s'agit d'appliquer la technique d'induction classique, puis d'utiliser un compte à rebours de souvenirs agréables, de l'année passée, de ses 15ans, ses 10ans, puis de progresser en âge, pour changer le scénario d'après.

---

<sup>8</sup> Quo Vadis, texte Jean Becchio. Utilisé lors de la formation ETTHYC cycle de perfectionnement (voir annexe)

Analyse de la situation :

Ici, c'est un patient dont j'ai peu d'informations : peu de temps pour récolter son VAKOG et ressources.

L'utilisation de la régression en âge me semble adaptée car c'est une thérapie utilisée dans les traumatismes. M. J. présente des signes qui s'apparentent à un début d'état de stress aigu post-traumatique.

Le but est donc de rechercher ses ressources à l'état de transe et de revenir à une situation clinique antérieure saine pour rechercher l'apaisement. La reviviscence utile du passé va lui permettre de prendre conscience de sa position actuelle et avec la progression en âge, d'orienter sa vie vers un changement.

Retour de la séance :

M. J. se sent dans un état de « sérénité et de plénitude » à la fin de la séance. Il est très impressionné par la différence de sensations ressenties entre le début et la fin de la séance.

Il préfère prendre le médicament après la séance. Les deux couples, il réussit à dormir toute la nuit, au point de ne pas entendre l'aide-soignante le matin à 6h prélever la diurèse dans son box. Je n'ose pas le réveiller pour faire la prise de sang qui n'a pas de caractère urgent. Je ne peux donc pas l'interroger sur son état après sa nuit.

J'utilise beaucoup les thérapies brèves avec les patients. Elles sont plus faciles à réaliser dans le cadre du service, sont très agréables pour les patients qui ne peuvent pas trop communiquer et me donner des informations à leur sujet, et très pratiques lorsque je manque d'inspiration.

## **5. Résistance chez un patient avec encombrement bronchique sévère :**

M. S. Benoît, 55 ans, est hospitalisé depuis dix jours pour choc septique, qui a été intubé quelques jours, extubé la veille. Il est sous haut débit d'oxygène aux lunettes à 40L/60%. Il présente un encombrement bronchique important. Il a donc deux séances de kiné par jour pour l'aider à remonter ses sécrétions. Il est très asthénique, sa toux est inefficace et a besoin d'être en permanence aspiré dans la bouche. Les médecins sont septiques sur ses chances d'éviter une nouvelle intubation.

J'obtiens une partie de l'anamnèse du patient par son épouse au téléphone. Il peut parler mais il a beaucoup de mal avec la fatigue et les sécrétions feutrent sa voix.

C'est un monsieur qui en général adore communiquer d'après son épouse et qui a un fort caractère. C'est un ambulancier, qui ne travaille plus depuis la découverte de son cancer de la

vessie il y a trois mois. Il est très actif, s'occupe des travaux de sa maison et s'intéresse à beaucoup de sujet, notamment le milieu médical. Il est sur des forums pour partager sa passion sur les Terre-Neuve, pour organiser des vacances avec un autre groupe. Il adore ses trois chiens, c'est sa priorité.

Avec son épouse ils ne partent pas souvent en vacances, alors il me décrit son souvenir agréable, qui est aussi son lieu de sécurité, lorsqu'ils vont vers Lourdes, à la montagne. Il adore la nature, le calme, les arbres...

Je lui demande précisément de me décrire un souvenir de réussite. C'est lorsqu'il a réussi à pouvoir tout organiser pour ses vacances à la montagne avec sa femme et ses amis.

Analyse de la situation :

Je ne réussis pas à mener la séance. Dans ce cas, que je rencontre régulièrement, le patient n'est pas en demande. Je lui propose de l'aider avec la séance d'hypnose. C'est lui qui formule un objectif qui est de pouvoir évacuer les sécrétions qui le gênent pour respirer et dormir. Il est curieux de savoir ce que cela peut donner mais n'a pas l'air convaincu.

Peut-être aussi parce que je suis fatiguée ce jour là, j'ai du mal à trouver mes mots et les bonnes suggestions pour induire un état de transe. Il y a beaucoup de bruits à l'extérieur, nous sommes sans cesse interrompus, et peut-être me sent-il agacée. Je manque d'inspiration, j'ai peu de métaphores, bref il ouvre les yeux à deux reprises pendant la séance.

Au bout de quinze minutes je le ramène ici et maintenant. Lui non plus n'est pas convaincu que ça ait marché. Cependant des oublis de certains moments de la séance me font penser que son inconscient a été activé.

Lors de l'évocation du souvenir, je lui raconte que le vent passe entre les branches des arbres, faisant vibrer les feuilles, et lorsqu'elles arrivent à maturité, se détachent et tombent au sol, balayées ensuite par la force du vent et pour laisser place à un sol, fertile, qui se renouvelle avec le changement des saisons... Je fais allusion ici aux sécrétions bronchiques qui vont remonter à la surface.

Je conclus alors la fin de la séance en sortant du box, lui demandant s'il préfère que je laisse la porte ouverte ou fermée. Il répond qu'il la préfère ouverte. Et ainsi, je lui dis que s'il est dérangé par les courants d'air qui balayent les feuilles mortes, qu'il m'appelle (en référence au fait qu'il ait besoin que je l'aide pour aspirer ses sécrétions). C'est une recommandation qui permet de créer une sidération.

Deux jours plus tard quand je reviens, mes collègues me disent que ça n'a eu aucun effet, qu'il est encore plus encombré et très fatigué. Le patient me dit qu'il a dormi un peu plus suite à la séance mais que les sécrétions sont toujours aussi difficiles à sortir. En revanche, il dit que la kiné l'aide bien à les évacuer avec sa machine. Outre le fait que la transe a été compliquée à induire, l'infection pulmonaire est si importante, la fatigue si forte, que je pense que ses ressources sont difficiles à mobiliser, malgré sa bonne volonté.

Dans tous ces cas cliniques, j'utilise l'hypnose conversationnelle dès l'instant où je rentre en contact avec le patient, parfois même sans m'en rendre compte. C'est un dialogue permanent entre soignant-soigné, suggestif, qui s'adapte en permanence.

C'est difficile au départ de la mettre en pratique car c'est une improvisation face aux réponses du patient. Il faut savoir utiliser ses ressources pour créer une focalisation. L'utilisation de son souvenir agréable en hypnose conversationnelle est possible, tout comme les métaphores. Nous pouvons l'aider à se projeter, dans son lieu de sécurité, tout au long du soin. Cela s'avère difficile lorsque le soin est long car il faut être disponible, et tenir la conversation à un débit constant.

Des signes chez le patient montrent l'efficacité de l'hypnose conversationnelle lorsqu'il ralentit son débit verbal, qu'il a le regard dans le vide, qu'il se déconnecte du soin.

Dans la prescription de l'objectif à atteindre (pour un soin douloureux ou dans le processus de sevrage respiratoire par exemple), j'insère la suggestion que ma voix l'accompagnera, ainsi que celle de mes collègues, afin qu'il retrouve le même état de bien-être.

## Limite de ma pratique en service actif

Le temps est un obstacle que je cherche à dompter à chaque fois que je me dis qu'une séance d'hypnose pourrait aider le patient dans son objectif ou améliorer son confort. Mais en contre partie, l'hypnose m'apprend tous les jours à modifier ma perception du temps, tout autant que celle du patient.

Outre le temps, l'obstacle majeur, que je rencontre dans ma pratique, est la communication avec le patient intubé. L'hypnose m'a donc permis d'avoir une approche différente du patient qui se trouve dans l'impossibilité de parler. Certains ont la chance de pouvoir écrire sur une ardoise, lorsqu'ils ne sont pas atteints de neuropathie en lien avec l'hospitalisation en réanimation ou s'ils ont suffisamment progressé dans leur rééducation motrice.

La question essentielle que je me pose, que nous pratiquions l'hypnose ou pas, est la suivante : à quel moment le patient sédaté en phase de réveil peut-il percevoir les mots ? Quand pouvons-nous intervenir sur son inconscient dans cette phase de la réanimation ? N'ayant pas trouvé de réponses, je continue à me dire que le patient perçoit probablement des choses, quel que soit son état d'endormissement, que si son conscient est déconnecté pharmacologiquement, son inconscient ne l'est peut-être pas. Chaque individu est différent, ainsi, je ne passe pas à côté des premiers mots ou gestes que son inconscient percevra.

Lorsque je propose de faire une séance à un patient, je lui annonce toujours que je vais m'organiser dans mes soins, et que je vais la réaliser en plusieurs étapes. D'abord l'anamnèse, puis la séance. Je n'ai jamais pu faire une séance complète d'une traite. Il arrive que nous soyons dérangés pendant la séance, même si mes collègues sont prévenus (obligation de soins).

Je préviens toujours le patient en amont. S'il est déjà en transe, je lui annonce que les sons, éventuellement la voix de mes collègues participeront pendant la séance à approfondir son état de transe, de détente, et en ce sens contribueront à la réalisation de son vœu, de son objectif.

L'hypnose ne marche pas à tous les coups. Il y a des patients que je n'ai pas réussi à mettre en transe, même en favorisant l'hyperconscience avec un flot de parole continu. L'induction ne s'est pas faite : c'est resté de la conversation. J'ai alors semé des graines pour éventuellement les prochaines fois.

Au cours de la formation de diplôme d'état infirmier, un principe majeur nous est constamment martelé : l'annonce au patient des soins que l'on va lui faire. L'hypnose en ce sens rentre dans un cadre non conventionnel car il est souvent dans l'intérêt du patient de ne pas tout dire avant et pendant la séance pour une efficacité de l'état de transe. Je ne leur annonce pas souvent que je vais pratiquer l'hypnose auprès d'eux. C'est une information que je leur donne après. L'hypnose conversationnelle ne s'annonce pas. Ne pas leur dire, ne signifie pas que nous occultons leur problème (exemple de la douleur qui serait induite par les mots pour l'évoquer « *est-ce que vous avez mal ?* »). Au contraire, nous le contournerons pour mieux le considérer et trouver la solution.

## Pratique pouvant être développée dans le service

A travers ce travail, j'ai voulu mettre en exergue l'outil hypnotique dans la prévention et le traitement des inconforts en réanimation. Mais ce n'est qu'une partie du champ d'intervention multiple de l'hypnose, qui pourrait être développé et approfondi.

Un article d'une revue scientifique de soins intensifs en Belgique, publié le 30 juillet 2019 *L'hypnose a-t-elle sa place en réanimation ?*<sup>9</sup> met en avant l'intérêt de cette technique pour améliorer le bien-être des patients. D'une part elle diminue significativement leur douleur et leur anxiété. D'autre part, elle améliore les conditions de sevrage respiratoire des patients intubés et ventilés.

Les conditions d'hospitalisation particulière à la réanimation avec les actes médicaux invasifs, leurs surveillances régulières avec des appareillages multiples, le bruit des alarmes, la luminosité, la contention des patients agités, participent à leur état d'angoisse et favorisent l'usage du médicament pouvant provoquer des délires, des amnésies ou des agitations motrices. L'intérêt de l'hypnose va être tout d'abord de les déconnecter de cet environnement, puis de leur redonner le contrôle sur la situation.

En oncologie, l'hypnose s'est développée pour accompagner les patients dans le dépistage de cancer, source de stress, d'angoisse et de douleur. Une étude montre que quinze minutes d'hypnose, lors d'une biopsie du sein, ont pu augmenter le niveau de relaxation, diminuer la douleur, la fatigue, la nausée et la médication en lien avec l'acte médical.

Sur le plan respiratoire et rééducatif, il serait intéressant d'adapter des techniques d'hypnose au patient intubé, d'évaluer dans une étude randomisée et contrôlée, l'effet de l'hypnose sur le sevrage ventilatoire, afin de l'optimiser.

Sur le plan de la rééducation fonctionnelle, on peut travailler sur les suggestions idéomotrices. De la même manière qu'a pu le faire le Dr Milton H. Erickson<sup>10</sup> pour lui-même, atteint d'une grave poliomyélite à l'âge de 17 ans, qui ne pouvait parler, ni même bouger les yeux, et qui a su surmonter son handicap et réapprendre à marcher avec des béquilles.

Le Dr Patrick Bellet, médecin, hypnothérapeute, président fondateur de la CFHTB, a quant à lui utilisé l'hypnose en centre de rééducation des AVC et des traumatismes crâniens. Travaux que je n'ai pas réussi à trouver à ce jour.

---

<sup>9</sup> L'hypnose a-t-elle sa place en réanimation ? F. ROUSSEAUX, A. BICEGO et autres. Disponible sur : [https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/242548/1/MIR\\_proof\\_corrected.pdf](https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/242548/1/MIR_proof_corrected.pdf)

<sup>10</sup> Biographie de Milton Erickson. Isabelle OLIERIC-CHUC. Disponible sur : <https://www.hypnoseantes.fr/biographie-milton-erickson-hypnose/>

La prise en compte de l'état émotionnel du patient, qui va de pair avec son état clinique, tout au long de son parcours de soin en réanimation, me conduit à m'interroger sur l'après : la sortie du service, sa convalescence, sa réhabilitation, son retour à sa vie d'avant qui ne sera plus la même. Que va-t-il devenir ? Pourra-t-il retrouver sa vie active et ses occupations ? Comment sera-t-il accompagné par l'entourage et le corps médical à son retour à domicile ?

Ce sont autant de questions que certains services de réanimation ont décidé de prendre en compte et de traiter depuis quelques temps, en réalisant des consultations en post soins intensifs. Y sont pris en charge toutes les conséquences et séquelles liées à l'hospitalisation en réanimation : séquelles respiratoires influençant sur la qualité de vie, les troubles anxio-dépressifs et état de stress post-traumatique, l'impact socio-professionnel... Des points qui peuvent nous aider à améliorer nos pratiques et la prise en charge des patients. Des points aussi sur lesquels l'hypnose peut avoir une influence.

## Conclusion

Lorsque je me suis lancée dans cette formation, je savais l'intérêt que l'hypnose allait apporter à mes patients lors des soins que je leur prodigue. La douleur, l'anxiété, le confort, voilà les points essentiels sur lesquels je pensais influencer, à l'instant T. Or la pratique et le résultat vont au-delà de tout ce que je pouvais imaginer.

Il y a tant de possibilités, de changements, de solutions que nous pouvons proposer avec cette pratique, au moment mais aussi dans une continuité de soins.

Comme nous avons pu voir, l'hypnose a de multiples facettes. Quelle que soit la technique utilisée, l'intérêt est celui du patient, de son accompagnement thérapeutique à celui de son esprit.

L'hypnose permet aussi de répondre à une demande de certains patients qui sont craintifs vis-à-vis du médicament, mais pour qui la plainte reste présente, qui n'est pas encore suffisamment considérée dans le milieu hospitalier actuel.

A travers ce mémoire, je souhaite apporter une aide à ceux qui travaillent à l'hôpital, une lumière qui alerte les consciences sur l'utilisation de l'hypnose en complément du soin, dans la prise en charge et la rééducation du patient.

Ce n'est qu'une infime partie du travail que nous pouvons accomplir grâce à l'hypnose, ce qui représente un grain de poussière dans cet univers du soin hypnotique....

Alors pour ceux qui seraient tentés mais qui n'osent pas :

*« Ce n'est pas parce que les choses sont difficiles que nous n'osons pas, c'est parce que nous n'osons pas celles qui sont difficiles ».*

Sénèque

## **Abréviations**

**ETHHYC : Ecole de Thérapies brèves et d'Hypnose Clinique**

**CFHTB : Confédération Francophone d'Hypnose et Thérapies Brèves**

**VAKOG : canaux sensoriels Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif, Gustatif**

# Lexique

Choc anaphylactique : réaction allergique exacerbée, qui entraîne des troubles de la fonction cardiaque, une diminution de la pression artérielle, une perte de connaissance, engageant le pronostic vital du patient.

Choc septique : le sepsis est une infection générale du sang. Le choc septique est un trouble grave qui apparaît quand la sepsis a provoqué une baisse dangereuse de la pression artérielle, engendrant une hypoperfusion des organes.

Cortex cingulaire antérieur : structure jouant un rôle de régulation de la pression artérielle et du rythme cardiaque. Elle entre en jeu dans la prise de décision, l'empathie ainsi que les émotions

Extubation : ablation du tuyau qui permet la ventilation artificielle

Intubation : *introduction dans la trachée d'un gros tube assurant la liberté des voies aériennes supérieures, permettant la ventilation artificielle, la protection du poumon et l'aspiration des sécrétions bronchiques.*<sup>11</sup>

Neuropathie de réanimation : *pathologie neurologique acquise la plus fréquemment observée en réanimation. Elle associe une atteinte nerveuse, musculaire et de la jonction neuromusculaire*<sup>12</sup>. Elle est en lien avec un sepsis, une défaillance multiviscérale ou l'utilisation de curares.

Précunéus : structure du cortex impliquée dans la perception de soi ainsi que la conscience.

Elle est associée à la création d'images mentales, à la mémoire autobiographique et aux représentations de soi.

Tétraparésie : c'est une atteinte partielle musculaire qui rend difficile l'utilisation des quatre membres, qui peut être de faible intensité, modérée, jusqu'à aller à l'atteinte complète (tétraplégie).

Trachéotomie : ouverture dans la trachée dans laquelle est insérée une canule, qui permet au patient de respirer. Elle permet de sevrer plus rapidement la ventilation mécanique, d'améliorer le confort et permet la réalimentation plus rapidement.

Transe hypnotique : modification de l'état de conscience (hors état de veille ou de sommeil)

---

<sup>11</sup> <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

<sup>12</sup> <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0750765813010137>

# Bibliographie

## Cours :

- AMER SAFIEDDINE ; Cours d'ETHHYC cycles d'initiation et de perfectionnement. 2021-2022.

## Monographie :

- Sous la direction de PHILIPPE AÏM. *L'hypnose en situation d'urgence*. Paris : Vuibert. 2021. 220 pages.
- Sous la direction d'ARNAUD GOUCHET. *La boîte à outils de l'hypnose en anesthésie-réanimation*. Malakoff : Dunod. 2021. 221 pages.

## Recueils :

- SYDNEY ROSEN. *Ma voix t'accompagnera...Milton H. Erickson raconte*. Paris : Edition française Hommes et Groupes éditeurs. 1986. 257 pages.
- JAY HALEY. *Un thérapeute hors du commun : Milton H. Erickson*. Paris : Edition française Desclée de Brouwer. 2007. 380 pages.
- Adaptation par ADELE PEDROLA ; illustration de SARA UGOLOTTI. *Les plus beaux contes du monde*. Paris : Auzou. 2019. 223 pages

## Mémoires :

- Tous ceux disponibles sur le site de formation ETHHYC
- Place de l'hypnose dans l'extubation d'un patient confus en réanimation, de RANDOUR Rémi. 2018 Disponible sur :  
[https://www.ipnosia.fr/sites/default/files/2019-08/2017-2018\\_Place\\_de\\_l\\_hypnose\\_dans\\_l\\_extubation\\_d\\_un\\_patient\\_confus\\_en\\_reanimation-Remi\\_Randour.pdf](https://www.ipnosia.fr/sites/default/files/2019-08/2017-2018_Place_de_l_hypnose_dans_l_extubation_d_un_patient_confus_en_reanimation-Remi_Randour.pdf)

### Thèse :

- La neuro-imagerie au service de la « neurophénoménologie » de l'hypnose. Etude de l'effet anti-nociceptif de Joana GOYHENECHÉ. 2016. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01381299/document>

### Ressources électroniques :

- L'hypnose a-t-elle sa place en réanimation ? 2019. Disponible sur [https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/242548/1/MIR\\_proof\\_corrected.pdf](https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/242548/1/MIR_proof_corrected.pdf)
- Société française d'anesthésie et de réanimation. Disponible sur : <https://sfar.org/>
- Vidéos e-sfar disponible sur Youtube :
  - Hypnose conversationnelle : l'hypnose pour tous ?
  - Imagerie fonctionnelle et hypnose : la preuve en image
- ETHHYC. Code éthique de la CFHTB. Disponible en annexe et sur : <https://ethhyc.fr/2018/01/30/ethhyc-a-ete-admis-a-cfhtb-janvier-2018/>
- <https://ethhyc.fr/hypnose-ericksonienne/>
- <https://www.hypnose.fr/hypnose/courants-hypnose-therapeutique/l-hypnose-ericksonienne/>
- Biographie de Milton Erickson. Isabelle OLIERIC-CHUC. Disponible sur : <https://www.hypnoseanantes.fr/biographie-milton-erickson-hypnose/>
- <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>
- <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0750765813010137>

# ANNEXES

## **CODE ETHIQUE de la CFHTB (Confédération francophone d'hypnose et thérapies brèves)**

Nos associations se proposent de donner une formation qualifiante à la pratique thérapeutique de l'hypnose. En raison des dangers que ferait peser sur le crédit scientifique de l'hypnose et des hypnopraticiens un mauvais usage de cette formation, il est demandé aux candidats de souscrire code éthique de l'association.

1. L'intérêt et le bien-être du patient doivent toujours constituer l'objet prioritaire.
  2. L'hypnose est considérée comme un complément à d'autres formes de pratiques scientifiques ou cliniques. Il en résulte que la connaissance des techniques d'hypnose ne saurait constituer une base suffisante pour l'activité thérapeutique ou de recherche. L'hypnopraticien doit donc avoir les diplômes requis lui permettant d'exercer dans le champ où s'exerce son activité hypnotique.
  3. L'hypnopraticien limitera son usage clinique et scientifique de l'hypnose aux aires de compétences que lui reconnaît le règlement de sa profession.
  4. L'hypnose ne sera pas utilisée comme une forme de distraction. Tout particulièrement, toute participation à des spectacles publics, ludiques sera proscrite.
  5. L'hypnopraticien ne facilitera ni ne soutiendra la pratique de l'hypnose par des personnes non qualifiées (Cfr ci-dessus point 2).
- 5.1 L'hypnopraticien ne donnera en aucun cas des enseignements impliquant l'apprentissage des techniques hypnotiques à des personnes ne disposant pas d'une qualification adéquate. Des exceptions seront faites à ce principe pour les étudiants en fin de qualification dans les champs professionnels où doit s'inscrire leur pratique de l'hypnose : Médecins, Dentistes, Psychologues, Infirmiers, Kinésithérapeutes. Dans tous ces cas, le passage à la pratique de l'hypnose reste conditionné à l'obtention de qualification complète dans le champ professionnel considéré. Pour les étudiants des professions paramédicales, la pratique de l'hypnose supposera la mise en place d'une structure de travail supervisé, selon le champ d'application, par un hypnopraticien médecin, psychiatre, psychologue, chirurgien dentiste d'au moins cinq ans d'ancienneté de pratique en hypnose médicale.

5.2 La communication d'informations relatives à l'hypnose auprès des différents médias est recommandée dans la mesure où elle s'appuie sur des connaissances précises et permet de minimiser les distorsions et les représentations erronées relatives à l'hypnose. Réciproquement, il est demandé aux hypnopraticiens formés par l'association d'éviter toute action (communications, publications, etc...) tendant à compromettre l'aspect scientifique et la dimension éthique de la pratique hypnotique en donnant à celle-ci une représentation tendancieuse (amalgame avec magie et les para-sciences) et simpliste incitant par là même à une pratique non qualifiée. En cette matière, s'abstenir de tout triomphalisme militant et citer ses sources sont deux règles qui s'imposent. C'est pour ces raisons que les hypnopraticiens qui sont en cours de formation sont invités à s'abstenir de faire des communications publiques sur l'hypnose ou la thérapie éricksonienne (conférences, articles, interviews, contacts avec la presse écrite ou audiovisuelle) tant que leur formation n'est pas terminée.

Le non-respect de ces engagements pourra conduire le Conseil d'administration de l'association à prononcer l'exclusion de l'association, de la formation et/ou la non attribution des attestations.

# QUO VADIS

Faire induction transe-signaling....

Puis : « *Installez-vous dans votre coin favori et ...*

1) « *Partez à la recherche d'un souvenir agréable de l'année dernière.*

*Quand vous y êtes et que vous voyez ce souvenir, que vous le vivez.... vous me le signalez en levant un doigt ».*

Attendre que le doigt se lève.

*« Dites-moi en une phrase, ce que vous faites dans ce souvenir et vers où vous dirigez utilement votre vie à ce moment-là. Permettez à votre bouche en une phrase de me le dire »*

Le sujet dit : « *je fais ceci... et je vais vers...* »

*« Retrouvez l'émotion que vous ressentez lorsque vous faites ceci... et que vous dirigez votre vie vers... Vous pouvez autoriser votre bouche à me le dire ou me le signaler en soulevant un*

*doigt quand l'E° est là. Profitez de cette émotion pendant une minute ».*

Garder le silence pendant 1 min.

2) « *Partez à la recherche d'un souvenir agréable de vos 15 ans.*

*Quand vous y êtes et que vous voyez ce souvenir.... vous me le signalez en soulevant un doigt»*

Attendre que le doigt se lève.

*« Dites-moi en une phrase, ce que vous faites dans ce souvenir et vers où vous dirigez utilement votre vie à ce moment-là. »*

Le sujet dit : *je fais ceci... et je vais vers...*

*« Retrouvez l'émotion que vous ressentez lorsque vous faites ceci... et que vous dirigez votre vie vers... Vous pouvez autoriser votre bouche à me le dire ou me le signaler en soulevant un*

*doigt quand elle est là. Profitez de cette émotion pendant une minute. »*

Garder le silence pendant 1 min.

3) « *Partez à la recherche d'un souvenir agréable de vos 10 ans.*

***Quand vous y êtes, que vous voyez ce souvenir.... vous me le signalez en soulevant un doigt.***  
»

Attendre que le doigt se lève.

***« Dites-moi en une phrase, ce que vous faites dans ce souvenir et vers où vous allez diriger utilement votre vie à ce moment-là. »***

Le sujet dit : je fais ceci... et je vais vers...

***« Retrouvez l'émotion que vous ressentez lorsque vous faites ceci... et que vous dirigez votre vie vers... Vous pouvez autoriser votre bouche à me le dire ou me le signaler en soulevant un***

***doigt quand elle est là. Profitez de cette émotion pendant une minute. »***

Garder le silence pendant 1 min.

4) Terminer en disant :

***« Prenez conscience de votre position ici et maintenant et réfléchissez à la direction vers laquelle, aujourd'hui, ici et maintenant, vous allez orienter votre vie. »***

Garder le silence pendant 1 min.

5) ***"Maintenant vous pouvez faire une profonde respiration qui va vous permettre de vous étirer, d'ouvrir les yeux et de reprendre le cours de votre journée, harmonisé et tonifié."***

Texte de Jean Becchio (médecin généraliste praticien consultant des Hôpitaux de Paris, Directeur du Diplôme Universitaire d'Hypnose Clinique Paris XI)<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Biographie Jean Becchio. Disponible sur <https://hypnodyssey.com/author/jeanbecchio/>