

Rachel DAMERON

Psychologue clinicienne



## **Hypnose et Après-cancer**

Comment l'hypnose peut permettre d'accompagner des femmes atteintes de cancer du sein, dans la phase de l'après-cancer : prémices d'une remise en mouvement d'une patiente en relation avec son thérapeute.

Sous la direction de Nathalie BASTE

DU d'hypnothérapie

Année universitaire 2018/ 2019

## Remerciements

*Par ces quelques mots, je tenais à remercier :*

- Aline, pour sa confiance dans le cadre de cet accompagnement hypnotique ;
- Nathalie Baste, ma directrice de mémoire, pour son soutien dans ce travail ;
- Tous les intervenants de ce DU d'hypnothérapie, qui nous ont fait partager leur univers hypnotique ;
- Les collègues de ce DU, avec lesquels nous avons fait « nos premiers pas » en hypnose, partagé notre plaisir de la découverte, nos doutes et de doux moments de convivialité ;
- La Direction du Centre Georges François Leclerc qui m'a permis de faire ce DU d'hypnothérapie dans de bonnes conditions ;
- Bertrand, documentaliste au Centre Georges François Leclerc pour son aide importante dans mes recherches ;
- Mes amies psychologues, pour leur présence, leur temps et surtout leurs précieux conseils ;
- Mes belles-sœurs : chacune à sa façon a participé à ce travail ;
- Et enfin, mon grand garçon qui s'est montré fort patient avec sa maman « très occupée ».

## Table des matières

<b>I. INTRODUCTION .....</b>	<b>5</b>
<b>II. REVUE THEORIQUE DES TRAVAUX.....</b>	<b>7</b>
A. L'HYPNOSE.....	7
B. LE CANCER DU SEIN .....	8
1. <i>Données démographiques</i> .....	8
2. <i>L'annonce</i> .....	9
3. <i>Le temps des traitements</i> .....	9
4. <i>La phase de l'après-cancer</i> .....	12
C. HYPNOSE ET CANCER DU SEIN .....	13
1. <i>L'utilisation de l'hypnose pendant les traitements</i> .....	14
2. <i>L'utilisation de l'hypnose après les traitements</i> .....	14
D. PANSER PAR L'HYPNOSE, LES TROUBLES PSYCHIQUES EN ONCOLOGIE.....	15
1. <i>Travailler la question du trauma par l'hypnose</i> .....	16
2. <i>Travail sur le corps en hypnose</i> .....	18
3. <i>Renforcer l'estime de soi par l'hypnose</i> .....	19
<b>III. PROBLEMATIQUE .....</b>	<b>21</b>
<b>IV. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....</b>	<b>22</b>
A. PRESENTATION DU CADRE D'ACTIVITE .....	22
B. PRESENTATION DE LA PATIENTE ET DE SA DEMANDE .....	23
1. <i>Le temps de la rencontre avec Aline</i> .....	23
2. <i>Retour sur la prise en charge psychothérapeutique avant la proposition</i> <i>d'hypnothérapie</i> .....	25
<b>V. RESULTATS ET DONNEES CLINIQUES.....</b>	<b>27</b>
A. DEROULEMENT DES SEANCES .....	27
B. PRESENTATION DES SEANCES REALISEES AVEC ALINE.....	27
1. <i>Première séance</i> .....	27
2. <i>Deuxième séance</i> .....	30
3. <i>Troisième séance</i> .....	34
4. <i>Quatrième séance</i> .....	34
5. <i>Cinquième séance</i> .....	37
<b>VI. DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE .....</b>	<b>39</b>
A. ANALYSE DES DONNEES CLINIQUES .....	39
B. DISCUSSION ETHIQUE .....	43
<b>VII. CONCLUSION .....</b>	<b>46</b>
<b>VIII. BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>48</b>

« Guérir psychiquement du cancer, [...] c'est redevenir soi-même ou plus exactement, autrement le même » Bensaïd (1978)

## I. Introduction

Diplômée en psychologie du développement, exerçant dans le domaine de la psychologie de la santé, mon travail clinique m'a amenée à penser l'accompagnement des patients en me nourrissant au fil du temps des différents apports de la psychologie et de la psychanalyse.

Psychologue depuis plus de 15 ans, j'ai eu l'occasion de suivre un certain nombre de formations, venant enrichir mon cursus initial, en lien avec le domaine de la cancérologie ou de la gérontologie dans laquelle j'ai exercé.

Le temps faisant, l'expérience clinique s'étoffant, le besoin s'est fait ressentir d'aller se former à d'autres outils. Ce besoin apparaît, dans un 1<sup>er</sup> temps, lié à mon travail d'accompagnement des patients, mais en y réfléchissant à présent avec quelques mois de recul, en lien aussi avec une nécessité pour moi, en tant que professionnelle du soin psychique, de remettre en mouvement ma pensée, ma capacité d'écoute.

Travaillant dans un Centre de Lutte Contre le Cancer (CLCC), ma pratique professionnelle m'orientait davantage vers les thérapies brèves et plus spécifiquement les thérapies cognitivo-comportementales, très développées ces dernières années. Dans une autre approche, du fait de ce lieu d'exercice où le corps est « malmené » et de ma pratique personnelle, la formation à la danse thérapie m'était apparue très intéressante, car elle permettait de proposer aux patients une thérapie remettant en lien, le corps et l'esprit. Car comme l'a écrit Rémi Hess, écrivain et sociologue français, « Danser, c'est réactualiser les émotions vécues ».

Dans ce cheminement, l'hypnose est apparue comme une thérapie venant à la fois, répondre à cette notion de thérapie brève et à l'idée que la remise en mouvement psychique pouvait passer par une remise en mouvement des sensations, du corporel.

Naturellement, je me suis intéressée à l'utilisation de l'hypnose dans l'accompagnement des patients atteints de cancer. Je me suis très vite rendue compte, à travers mes lectures, que majoritairement l'hypnose en oncologie était utilisée sur un versant médical (douleurs, anesthésie, anxiété liée à des actes médicaux...) afin d'aider le patient à trouver les ressources pour mieux gérer un symptôme et ainsi améliorer la qualité de vie durant les traitements. Quelques professionnels soignants avec lesquels je travaille ayant été sensibilisés à cette pratique de l'hypnose médicale, par le médecin hypnothérapeute de l'établissement, mon souhait en tant que psychologue se tourne davantage sur l'utilisation de l'hypnose dans le cadre de l'accompagnement psychologique proposé aux patients pendant et après les

traitements. Cela pourra nous permettre, de proposer aux patients, au sein de l'établissement, une prise en charge complémentaire de la douleur physique et psychique par le biais de l'hypnose, méthode alternative aux traitements médicamenteux, et ainsi renforcer la relation patient/soignant.

Les différentes interventions présentées durant le DU d'hypnothérapie, les ouvrages et articles lus sur l'utilisation de l'hypnose dans le cadre d'une thérapie m'ont apporté un nouveau regard sur la manière d'accompagner certains patients, avec lesquels les entretiens psychothérapeutiques ne permettaient plus forcément de réfléchir ou même d'accéder à certaines problématiques réactivées par la maladie. C'est notamment l'accompagnement psychologique d'Aline, patiente nommée dans ce travail, qui m'a réellement incitée à réfléchir à l'apport de l'hypnothérapie, dans l'accompagnement des femmes traitées pour un cancer du sein, dans la phase de l'après-cancer.

Comment aider ces femmes à intégrer cette expérience de vie dans un parcours parfois déjà bien sinueux ? Comment aider ces femmes, fortes de leur histoire, leur vécu, touchées dans leur corps et leur être à se percevoir à nouveau « entière », à réinvestir un corps qui fut malade, source de douleurs, objet de soins, à réintégrer une partie d'elle qui les a trahi et qui est à présent différente ?

L'hypnothérapie peut elle aider à réassocier le physique et le psychique dans cette phase de l'après-cancer?

## II. Revue théorique des travaux

### A. L'hypnose

Nous présenterons l'hypnose, en nous appuyant sur les notions qui à travers les enseignements reçus et les lectures réalisées, ont suscité notre intérêt, dans le sens où elles permettent un autre positionnement dans le travail psychothérapeutique.

- Qu'est ce que l'hypnose ?

*L'hypnose*, pour Bioy (2007) se définit comme un « mode de fonctionnement psychologique par lequel un sujet en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi ».

Isabelle Célestin-Lhopiteau (2014) décrit *l'expérience hypnotique* comme étant un processus en 5 phases, dont l'objectif va être, à partir de **la relation entre le praticien et le patient**, le changement :

- Le patient vient à la **rencontre** du praticien, immobilisé dans sa vie par un symptôme.
- Le praticien va dans la phase d'**induction** l'inviter à déplacer son attention sur d'autres éléments de son contexte afin de se défocaliser de sa perception ordinaire, restreinte et aller ainsi se focaliser sur une perception à la fois, centration qui amène vers la dissociation.
- La phase de **dissociation** permet au patient de mettre de côté la perception du quotidien, pour rentrer dans un autre type de perception, la **perceptude** : le patient peut alors, dans le cadre de cet accompagnement, se libérer de ses certitudes et se rendre compte qu'il peut changer.
- Cette phase permet au patient d'entrer dans une perception sensorielle plus fine, d'y remettre du mouvement, de la souplesse et de l'ouverture. Les multiples **suggestions** amènent le patient à imaginer, à ressentir une ouverture sur d'autres possibles.
- Phase de **retour** à la sensorialité ordinaire, avec les réaménagements apportés par la séance.

- La mise en mouvement

Le thérapeute va accompagner le patient vers un ici et maintenant, afin qu'il change de sensorialité pour entrer dans un autre mode de présence à soi et au monde. L'idée, pour changer, n'est plus d'être dans la raison, l'intellect, l'objectivité et le contrôle, mais de revenir au corps et aux sensations qui le traversent.

Roustang (2003) souligne que « *le symptôme peut en effet être considéré comme un arrêt, la fixité d'un comportement de la personne, son maintien à l'écart de la circulation générale de sa vie. [...] Ce sont toujours des mouvements qui sont entravés et des relations qui sont rendues difficiles ou impossibles.* » Le thérapeute va amener le patient à se repositionner, à changer de sensorialité pour rentrer à nouveau dans le mouvement de la vie.

- La relation thérapeutique, comme un mouvement de danse, un pas de deux...

L'hypnose selon Bioy (2014) tire sa dimension thérapeutique de la dynamique relationnelle, par un travail autour des perceptions que cette relation permet. Elle nécessite de la part du thérapeute qu'il s'adapte à l'autre et à son monde interne. Le thérapeute est amené à s'engager et s'accorder psychiquement et corporellement au patient, à être dans une relation d'empathie et à faire preuve de capacité de rêverie. Selon Roustang (2003) « *le thérapeute joue un rôle premier, car c'est lui qui commence, qui se rend présent sans s'échapper dans la réflexion ou l'exercice du pouvoir, mais qui est soumis à l'autre tel qu'il est pour s'y accorder* ». Le thérapeute serait là, à accompagner les prémises d'une chorégraphie qui s'instaure au sein de la relation avec le patient.

## **B. Le cancer du sein**

### **1. Données démographiques**

Le cancer du sein est à la fois le plus fréquent et le plus meurtrier chez la femme. L'institut national du cancer fait état de 58 968 nouveaux cas de cancer du sein en 2017, avec une survie à 5 ans de 87%. Un tiers de ces femmes auront besoin d'une chirurgie dite radicale (mastectomie).



## 2. L'annonce

Malgré les progrès de la médecine, l'annonce du diagnostic de cancer reste souvent associée à l'idée de la mort. Le patient passe rapidement de « j'ai un cancer » à « je vais mourir ». L'effraction de la mort dans la pensée générée par l'annonce du diagnostic entraîne la perte de l'illusion d'invulnérabilité. Freud (1915) souligne que personne au fond ne croit à sa propre mort : dans l'inconscient, chacun de nous est persuadé de son immortalité.

L'annonce de la maladie va donc venir faire traumatisme dans la pensée du sujet, au sens de Crocq (1999) : « *un phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou pour l'intégrité, physique ou psychique, d'un individu qui est exposé comme victime, comme témoin ou acteur* ». Les circonstances de l'annonce de la maladie, la personnalité du patient, son histoire peuvent venir nuancer cet effet traumatique. Le temps de l'annonce est un temps où l'angoisse est extrêmement présente : angoisse liée à la maladie, à la mort, aux traitements à venir. L'incertitude est majeure. Les patients, face à cette annonce, évoquent parfois comme un phénomène de dissociation, adaptatif dans ce contexte : « j'étais là, j'entendais les mots exprimés par le médecin mais comme si j'étais spectateur ; on ne parlait pas de moi... ».

Pour pouvoir faire face à cette nouvelle, le patient va devoir faire le deuil de son sentiment d'immortalité, renoncer à un certain contrôle sur son corps, accepter des modifications de l'image de soi, faire face aux représentations négatives de la maladie et faire avec cette nouvelle identité de malade.

## 3. Le temps des traitements

### a) Quelques notions sur les traitements médicaux

La prise en charge médicale du cancer du sein peut nécessiter l'association de différents types de traitement, en fonction du stade de la maladie au moment du diagnostic et des facteurs de risque de récurrence :

- Chirurgie : segmentectomie (retrait de la tumeur et d'une petite quantité de tissu situé autour de la tumeur) ou mastectomie (ablation totale du sein)

-Chimiothérapie : traitement par perfusion réalisé sur plusieurs séances et à un rythme variant en fonction du protocole de soin, pouvant générer des effets secondaires (nausées, perte des cheveux, des poils, fatigue, douleurs musculaires...)

-Radiothérapie : irradiation de la tumeur durant un certain nombre de séances, nécessitant des venues quotidiennes dans le lieu de soin, pouvant générer des effets secondaires tels que des troubles cutanés plus ou moins importants.

-Hormonothérapie : traitement par voie orale, dont la prise est quotidienne et sur une durée variable dans le temps (de 5 à 10 ans) pouvant induire une ménopause précoce avec prise de poids, bouffées de chaleur, baisse de libido.

## **b) Répercussions physiques et psychiques du cancer**

Le cancer est une maladie qui a un impact physique et psychique sur le patient, que ce soit par les symptômes qu'elle génère, par les effets secondaires des traitements qu'elle nécessite et par les séquelles qu'elle peut laisser.

Marie- Frédérique Bacqué (2014) souligne que ces répercussions physiques et psychiques de la maladie se centrent autour de thématiques à présent bien reconnues en oncologie telles que l'impact liée à l'annonce du diagnostic, l'angoisse de mort, les pertes réelles et fantasmatiques, l'absence de contrôle de la temporalité, les modifications de l'image du corps, les conflits interpersonnels, les changements de la subjectivité et les difficultés de l'autorégulation, l'après cancer, la rémission, la guérison.

Elle souligne par ailleurs que ces souffrances, révélées à l'occasion de la maladie viennent s'ajouter à celles de la vie de manière générale, et de la psychopathologie personnelle en particulier.

- Atteinte de l'image du corps

Paul Schilder (1935) définit l'image du corps comme « *la représentation à la fois consciente et inconsciente du corps, désignant non seulement une connaissance physiologique mais renvoyant également à la notion de libido et à la signification sociale du corps* ». Il précise que « *l'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre corps nous apparaît à nous même* ». Françoise Dolto (1984) approfondit cette notion d'image du corps en parlant d'image

inconsciente du corps, « *incarnation symbolique du sujet désirant* ». Elle est liée au sujet et à son histoire, « *synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques et actuelles.* »

En oncologie, le corps est mis à mal de manière temporaire (perte des cheveux, des poils suite à la chimiothérapie...) ou de manière définitive (dans le cas d'une chirurgie comme la mastectomie). Le patient est alors contraint de penser son corps différemment face à la maladie, à l'atteinte réelle du corps. Ces conséquences physiques ont des répercussions sur l'appareil psychique, « obligé » alors d'intégrer ces modifications.

Le patient peut alors présenter un trouble de l'image corporelle caractérisé par l'existence d'une différence marquée entre l'apparence ou le fonctionnement actuel perçu d'un attribut corporel donné et la perception idéale de cette attribut par l'individu ; cette différence, en vertu de l'investissement personnel et des dysfonctionnements corporels, a des conséquences émotionnelles et comportementales, et peut affecter significativement la qualité du fonctionnement occupationnel, social et relationnel. Il est touché à la fois dans son identité corporelle (image de soi) et dans son identité psychologique (conscience de soi).

Michel Reich (2009) évoque pour le patient, « *un risque potentiel de dépersonnalisation avec perte de contrôle de soi et perte de son identité, avec une atteinte de l'estime de soi et la perte de confiance* ». Ce risque dépendrait alors de la capacité du patient à « faire avec » la mutilation, de la relation à son corps et de la subjectivité de cette relation ainsi que de la capacité à faire le deuil de « l'avant » pour investir « l'après ».

- Spécificité de la mastectomie

Le sein est un organe qui renvoie à diverses symboliques, lieu de multiples investissements conscients et inconscients :

- sein nourricier, source de vie, de maternité
- sein source de séduction, de beauté et de féminité
- sein source de fantasmes, zone érogène et élément de sexualité
- sein du désir, celui qu'on n'a jamais et qu'on n'aura jamais.

La perte du sein renvoie à un vécu de castration, à une perte d'identité avec l'atteinte à l'intégrité physique par la mutilation et la détérioration de l'image de soi (apparence, désirabilité). La patiente doit alors faire le deuil du sein retiré, s'adapter à une asymétrie, à des sensations tactiles modifiées.

Un syndrome dépressif post mastectomie est rencontré dans près de 14 à 25 % des cas. (Christensen et al., 2008).

La reconstruction mammaire, lorsqu'elle peut être envisagée immédiatement ou de manière différée, peut être perçue comme un palliatif à la détresse psychologique liée à la mastectomie. Toutefois, cet acte ne sera « réparateur » physiquement et psychiquement que si la patiente a pu faire le travail de deuil du sein perdu pour ensuite s'approprier, investir le sein reconstruit.

#### 4. La phase de l'après-cancer

L'amélioration de la prévention, du dépistage et de la prise en charge du cancer tend à augmenter le nombre de personnes, en rémission ou guéries d'un cancer.

Le plan Cancer 2014-2019 préconisait à travers les différentes mesures présentées dans l'objectif 7 « Assurer des prises en charge globales et personnalisées », la mise en place d'un programme personnalisé de l'après-cancer, témoignage de la nécessité de poursuivre l'accompagnement global proposé depuis l'annonce du diagnostic.

Sylvie Pucheu (2004) souligne le fait que l'annonce de la fin des traitements n'est pas résolutive de la plupart des difficultés psychiques (et des conséquences physiques de la maladie et de ses traitements), et que celles-ci peuvent se muer en un état dépressif chronique, lié aux deuils inhérents à la maladie.

Des études menées chez des femmes atteintes de cancer du sein ont effectivement montré que l'importance des troubles de l'image du corps pouvait déterminer l'état de bien être émotionnel, un à deux ans après le diagnostic et les traitements. De même, une étude récente réalisée par Chan et al. (2018) en Malaisie, met en évidence des risques de troubles de stress post traumatiques suite au cancer chez 21,7% des patients à 6 mois du diagnostic, et chez 6,1%, 4 ans après le diagnostic. Ces auteurs par cette étude longitudinale viennent souligner la nécessité de la prise en charge psychologique de ces troubles chez les patients atteints de cancer, pendant et après les traitements.

La « guérison physique » n'est donc pas forcément synonyme de « guérison psychique ». Le patient, pendant le temps des traitements, va tenter de « faire au mieux » avec la maladie et les bouleversements qui y sont liés. La projection dans l'avenir est difficile du fait de l'anxiété liée aux traitements, aux effets secondaires, à la question du pronostic : le patient est dans l'ici

et maintenant, avec un corps qui prend toute la place, un corps qui parle. C'est alors bien souvent dans cette phase de l'après, quand les traitements sont terminés, que le patient va pouvoir « penser » la maladie : comme une prise de conscience que la personne dont on avait parlé au moment de l'annonce, celui dont on a « pensé » le corps, était bien lui et pas « cet autre ».

La proposition d'une prise en charge psychologique dans cette phase de « l'Après cancer » peut favoriser le travail psychique d'intégration de tous ces changements.

Cet accompagnement psychologique permet de reconnaître les pertes liées à la maladie et donner ainsi au patient la possibilité d'évoquer son vécu par rapport à ses modifications corporelles, psychiques : permettre l'élaboration et la mise en mots pour ne pas rester aliéné au cancer et à la mutilation. Le corps pour Danièle Brun (2016) s'habite comme une maison, un habitat en travaux constants, pour une unité toujours à venir. Et ce corps, même s'il est abimé par la maladie, peut s'habiter et participer à un processus de construction identitaire. *« C'est grâce à la vie psychique, et à son réveil dans le cadre d'un accompagnement qui ne se limite pas à la situation de la maladie, que le corps s'habite. Car le passé, comme le présent reste vivant, malgré et en dépit des accidents qui perturbent son harmonie. »*

### C. Hypnose et cancer du sein

La pratique de l'hypnose dans le domaine de la médecine somatique est de plus en plus utilisée, notamment lors d'intervention chirurgicale, avec l'utilisation de l'hypnosédation ou encore dans le cadre de la prise en charge de la douleur aigüe ou chronique. Chabridon et al. (2017) relatent les résultats d'une enquête réalisée au sein des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) français concernant les pratiques actuelles de l'hypnose : l'hypnoalgésie en 2015 était utilisée par l'ensemble de ces CHU, l'hypnosédation par deux tiers. L'hypnothérapie, quant à elle, n'est pratiquée que par 40% de ces CHU, majoritairement dans le traitement des troubles anxieux, des psychotraumatismes et très peu dans le cas des troubles de l'humeur. L'hypnose, en psychiatrie apparaît être une pratique moins courante.

## **1. L'utilisation de l'hypnose pendant les traitements**

Dans un rapport de 2013 sur les thérapies complémentaires, l'Académie de Médecine souligne que l'hypnose peut avoir une utilité dans la prise en charge des effets secondaires des chimiothérapies. Toutefois, les auteurs semblent recommander aux hôpitaux proposant cette pratique, d'évaluer les bénéfices qu'elle apporte aux patients.

Des études se sont donc développées dans les lieux de soins comme l'étude HYPNOVAL, coordonnée par le Dr Fabbro, débutée en juin 2015 et terminée en 2017, à l'Institut de Cancérologie de Montpellier (ICM), avec le soutien de l'association LARMM (Lutte Aide Recherche Maladie et Musique). Cette étude a permis de montrer la faisabilité d'une intervention dans un service d'hospitalisation de jour, basée sur l'autohypnose, dans un but d'améliorer la tolérance de la chimiothérapie chez des patientes atteintes de cancer du sein. Toutefois, les résultats de cette recherche insistent sur l'importance d'une bonne préparation des patientes, d'un accompagnement des soignants durant le traitement et de conditions environnementales adaptées.

Depuis 2017, au Centre de Cancérologie de la Femme du CHU Grenoble Alpes (CHUGA), les patientes qui le souhaitent peuvent être opérées du sein en bénéficiant d'une anesthésie locale associée à de l'hypnose médicale. Cette prise en charge tend à supprimer les potentielles complications d'une anesthésie générale et permettre une récupération plus rapide.

Tellez et al. (2017), dans leur étude sur l'utilisation de l'hypnothérapie durant la chimiothérapie chez des femmes atteintes de cancer du sein, se sont davantage intéressés aux effets psychologiques, évaluant notamment l'impact sur l'estime de soi, la résolution d'événements traumatiques, la dépression et l'anxiété ainsi que la confiance en l'avenir. Les résultats montrent que l'hypnothérapie tend à diminuer l'anxiété et la détresse psychologique au début de la prise en charge, à augmenter l'estime de soi et la confiance en l'avenir tout au long des traitements.

## **2. L'utilisation de l'hypnose après les traitements**

Les études sur l'hypnose réalisées dans la phase de l'après cancer dans le cadre du cancer du sein concernent bien souvent l'évaluation de l'hypnose comme thérapie complémentaire des effets secondaires des traitements : les effets persistants à leur arrêt (chimiothérapie), ceux relatifs à la mise en place du traitement d'hormonothérapie ou encore les séquelles de la

maladie (ménopause précoce). En effet, de nombreuses études mettent en évidence que ces effets secondaires sont sources de difficultés psychologiques, dans cette période de « l'après-cancer ».

Elkins et al. (2008) se sont intéressés aux difficultés liées aux bouffées de chaleur ressenties par les femmes ayant été traitées pour un cancer du sein. Celles-ci peuvent en effet perturber le sommeil, générer de l'anxiété et porter atteinte à la qualité de vie. Cette étude montre que l'hypnose tend à diminuer les sensations de bouffées de chaleur, a un effet bénéfique sur l'anxiété et la dépression et améliore la qualité du sommeil.

L'étude réalisée par Jensen et al. (2012) s'intéresse aux effets de l'hypnose sur la gestion des symptômes tels que la douleur chronique, la fatigue, les bouffées de chaleur et les troubles du sommeil, pendant et après les traitements. Les résultats tendent à montrer que l'hypnose diminue la douleur, la fatigue et les troubles du sommeil pendant et après les traitements, et que cette baisse continue à s'observer au niveau de l'intensité de la douleur dans les 6 mois qui suivent l'arrêt des traitements.

#### **D. Panser par l'hypnose, les troubles psychiques en oncologie**

Avant de présenter comment l'hypnose peut être utilisée dans l'accompagnement des troubles psychiques identifiés dans le cadre du cancer du sein, nous reviendrons sur la notion de dissociation, notion importante dans le cadre de notre propos, afin de pouvoir nous y référer au cours de cette présentation.

- L'importance de la notion de dissociation

Comme nous l'avons évoqué précédemment, le parcours de soins du patient en oncologie est jalonné d' « événements » angoissants, générant pour y faire face la mise en place de mécanismes de défense dont la dissociation psychique.

Cette dissociation psychique est là, pour se protéger de la violence émotionnelle et physique lors d'un danger, en se coupant de son corps et de ses ressentis. Elle peut s'observer au moment de l'annonce (dissociation où le patient se distancie en étant comme spectateur), durant les traitements (où le corps du patient, objet de soins est dissocié de la psyché). Elle a alors une visée adaptative.

A contrario, elle peut, lorsqu'elle perdure dans le temps au-delà de la situation de menace, devenir traumatique comme dans le cas des états de stress traumatiques et des microtraumatismes.

## 1. Travailler la question du trauma par l'hypnose

Cobaux et al. (2018) interroge la question du diagnostic des états de stress post traumatiques (ESPT) en oncologie au regard de certains changements nosographiques du DSM-5. En effet, alors que le fait de recevoir un diagnostic de maladie mettant en jeu le pronostic vital, était reconnu dans le DSM-4, comme un événement pouvant mener au développement d'un ESPT, le DSM-5 ne le considère plus comme critère d'événement nécessairement traumatique. Toutefois, Cobaux et al. insistent sur la nécessité de reconnaître le caractère traumatique de la maladie, du fait de facteurs bien réels pour le sujet, que sont : la survenue inattendue et imprévisible, la perte du sentiment d'immortalité, la confrontation à des pertes irréversibles, un contrôle limité du patient sur la situation et des conséquences non limitées dans le temps. De plus, le patient, au cours de son parcours de soin, sera confronté à une répétition d'événements traumatiques venant réactiver le traumatisme de l'annonce initiale mais également réactiver d'anciens traumatismes. Les patients ayant des antécédents traumatiques seraient par ailleurs, plus à risque de développer des difficultés d'adaptation et des caractéristiques post traumatiques.

La pratique clinique nous montre régulièrement, que pour ces personnes, la maladie est venue réactiver des microtraumatismes anciens. Corinne Van Loey (2009) définit le microtraumatisme comme « *un événement de vie, perçu par le plus grand nombre comme banal, insignifiant, sans conséquence* » mais qui pour le sujet qui en est victime (directement, comme témoin ou acteur) est marquant, le frappant d'une souffrance psychique intense et faisant empreinte dans sa vie future. L'auteur fait remarquer que le trauma, qu'il s'agisse d'un trauma important ou de microtraumatismes, est rarement direct : il met du temps à s'installer et prend progressivement place dans la vie du patient.

Ce souvenir « microtraumatique » peut être à l'origine ou contribuer à une dépréciation du moi, générer des troubles du sommeil, des phobies, des comportements d'évitement, des somatisations diverses. Comme le souligne en effet, Marion Fareng (2017) « *le retour du matériel traumatique ne se fait pas par un récit cohérent, circonstancié ou construit mais à*



*travers le corps, les éprouvés, les émotions ou encore les souvenirs sensoriels (olfactifs, auditifs...) de manière inopinée, non maîtrisée et souvent bouleversante pour le sujet ».*

L'utilisation de l'hypnose dans la prise en charge des ESPT apparaît pertinente du fait de la présence de caractéristiques communes à la dissociation traumatique et à la dissociation hypnotique : les perceptions (sensori-motrices, mnésiques, cognitives...) étant modifiées, de manière spontanée ou provoquée.

L'hypnose, par la transe hypnotique, permet au sujet d'entrer dans un processus consistant à se dissocier pour mieux s'associer à son monde intérieur. Le patient va éprouver « des ressentis différents, des modulations de conscience successives », facilitant le travail de suggestions thérapeutiques. (Bioy, 2014)

Antoine Bioy (2014) dans « Aide mémoire- Hypnothérapie et hypnose médicale-en 57 notions » met en avant 2 pratiques, centrales dans le traitement des ESPT :

- La double dissociation permettant au patient de revivre le souvenir traumatique d'une place de spectateur, dans un cadre protecteur et de pouvoir agir directement sur la scène traumatique ou sur le sens, avec des ressources absentes lors de l'événement. Le patient est invité à s'observer, depuis une salle de projection d'un cinéma par exemple, en train de voir ou vivre l'événement et à l'aide d'une télécommande de pouvoir modifier différentes composantes de l'événement. Il s'agit par cette méthode d'amener le patient à se replonger progressivement dans la situation problématique pour énoncer et retravailler un vécu difficile.

Remarque: Nécessité de la mise en place d'une safe place en amont (un endroit de sécurité, réel ou imaginaire, choisi par le patient et renforcé dans sa dimension sécuritaire), où le patient pourra retourner pour se protéger.

- Le travail avec les 5 sens : la notion de relation est centrale en hypnothérapie et demande un véritable travail d'accordage entre le thérapeute et le patient. Afin de favoriser l'adhésion du patient au processus thérapeutique, le thérapeute va s'ajuster à son mode de communication, en repérant son canal sensoriel préférentiel (VAKOG). Dans le trauma, le patient peut avoir surcompensé par un sens, du fait de l'association d'un autre sens au souvenir traumatique. Il va être important de venir explorer avec le patient les 5 sens, afin de rééquilibrer la dynamique perceptive dans le travail thérapeutique.

Evelyne Josse (2007) propose de son côté d'aborder les situations traumatiques à l'aide des histoires thérapeutiques, en situation hypnotique. Dans ces histoires, l'événement traumatique est abordé au travers de métaphores, afin de favoriser une abréaction et de produire un effet de catharsis. La présence rassurante du thérapeute permet au patient d'affronter l'événement traumatique sous sa forme métaphorique, avec davantage de maîtrise. Ces histoires vont permettre au patient de restructurer ses expériences, en présentant l'événement traumatique, sous une perspective différente, dans un sens remanié, générant d'autres solutions et de nouvelles connexions. Elles viennent s'appuyer sur la faculté du sujet à revisiter et à actualiser son récit autobiographique, en amenant à reconsidérer, à réélaborer et à réévaluer son vécu par l'apport de nouvelles idées. Elles aident le patient à redevenir auteur de sa vie.

L'auteur se réfère à des métaphores en lien avec la nature, la forêt, la régénération afin de rendre plus appréhendable le concept de revalidation psychique après un traumatisme.

## 2. Travail sur le corps en hypnose

Comme nous l'avons nommé au cours de cette revue théorique, le cancer du sein est une maladie qui vient toucher dans son corps et sa psyché. L'atteinte à l'image du corps peut perdurer dans le temps et ainsi avoir des répercussions psychiques avec notamment une atteinte à l'estime de soi. L'approche hypnotique peut permettre au sujet, en psycho-oncologie « *de réinvestir son identité corporelle sans la résumer à un soma symptomatique ou défaillant.* » (Leplus-Habeneck et al., 2018)

L'hypnose suscite un phénomène dissociatif temporaire pour finalement réassocier le sujet dans le temps présent et dans sa corporalité. Elle se révèle un outil intéressant lorsque la patiente présente un corps « traumatisé et dissocié ».

La demande d'accompagnement psychique en psycho-oncologie passe souvent par la parole corporelle. L'approche corporelle en hypnose peut être proposée en travaillant :

- sur la respiration qui peut être source de focalisation de l'attention utilisée dans la phase d'induction, mais aussi un outil d'exploration de l'inconscient, en questionnant les paramètres de l'expérience (où est-elle perceptible dans le corps/ ses sons/ ses mouvements...), favorisant l'émergence de contenu inconscient.

- sur l'exploration des manifestations corporelles, révélées par l'attention au vécu corporel dans l'ici et maintenant de la séance, en sollicitant et soutenant la verbalisation de ce que le patient ressent. Les associations faites par le patient lors de cette exploration viennent éclairer le sens que peut avoir cette parole corporelle.
- sur la question des traces corporelles : traces mnésiques d'éléments traumatiques, qui n'ont pas été intégrées psychiquement. L'idée est alors de s'occuper de ce qui souffre, de permettre lors de la séance, la mise en jeu de ces traces mnésiques afin qu'elles s'associent à des représentations, et puissent être des éléments entrant dans une vraie reconstruction.

### 3. Renforcer l'estime de soi par l'hypnose

L'estime de soi correspond à l'amour que le sujet se porte à lui-même et au sentiment qu'il a de sa valeur à ses propres yeux et à ceux d'autrui. Sa construction est liée à la relation mère-enfant, au type d'attachement établi par la mère avec l'enfant. La qualité des relations précoces avec les figures parentales joue un rôle déterminant dans le développement ultérieur de l'estime de soi et dans la qualité des relations avec l'entourage à l'âge adulte.

*« L'estime de soi est à considérer comme une composante de la personnalité, en terme de ressources (résilience), permettant des aménagements adaptatifs (mécanismes de défense et coping) et des stratégies de protection de soi. »*

Lorsque l'estime de soi est suffisamment forte, elle permet de mieux résister à des situations traumatiques.

Mais la survenue d'un événement traumatique du fait des impacts psychiques qui en découlent peut conduire à une perte d'estime de soi, de motivation et générer des troubles psychiques.

En hypnose, afin de renforcer l'estime de soi, des séances peuvent être proposées sur le « mieux s'aimer » :

- en invitant le patient à donner la parole à une personne bienveillante, souvenir du passé, qui va venir l'entourer d'un réconfort sensoriel composé de mots, d'attitudes, de regards...

- en proposant au patient d'écouter la radio et de pouvoir passer de radio « critique » à radio « encouragements », puis de laisser diffuser. Le patient pourra au quotidien reproduire ce mouvement.

Ménard (2014) invite à travailler :

- la confiance en soi (croyance en son potentiel et en ses capacités), en « osant agir », par la résurgence d'un souvenir de confiance en soi forte, dont il va intensifier le ressenti.
- l'affirmation de soi (capacité à exprimer ce que l'on pense, veut et ressent, dans le respect de son interlocuteur) en retravaillant le souvenir mais en étant sous une « protection magique », comme une armure, une cape d'invisibilité...

### III. Problématique

Les prises en charge psychologiques, dans cette phase de l'après-cancer débutent bien souvent par le besoin pour le patient de revenir sur son parcours avec la maladie, par la mise en mots de ses ressentis en lien avec le caractère traumatique de l'annonce de la maladie, de la chirurgie mutilante, des traitements. Dans ce cadre bienveillant où le thérapeute vient reconnaître, donner une légitimité à ses ressentis, le patient va pouvoir prendre conscience des ressources qui sont les siennes et ainsi intégrer cette expérience, dans son histoire de vie... Mais, parfois, ce travail d'élaboration psychique n'apparaît pas suffisant pour permettre ce pas en avant : quelque chose empêche d'avancer, de retrouver le chemin de sa vie, après la maladie. Corinne Van Loey (2009) souligne « *qu'il est aujourd'hui, reconnu et admis que savoir qu'un événement a eu un impact, direct ou indirect, sur nous, ne permet, en rien, ou presque d'améliorer les conséquences physiques et psychiques qui en découlent.* »

Notre réflexion porte sur la manière dont l'hypnose peut être utilisée pour aider ces patientes, dans l'après traitement, qui sont comme figées physiquement et psychiquement, à intégrer cette nouvelle expérience dans leur histoire de vie afin de retrouver du mouvement et à nouveau penser leur vie psychique et physique.

Les patientes soumises à des événements traumatiques par le passé présentent fréquemment une atteinte à l'estime de soi et à l'image du corps qui se trouve majorée par le vécu de la maladie, rendant moins efficaces les capacités d'adaptation dans cette phase de l'après-cancer.

Les hypothèses de travail que nous faisons sont que :

- L'hypnose en permettant de retravailler les éprouvés corporels devrait permettre à la patiente un travail de « digestion », de réélaboration et d'intégration psychique, nécessaire dans le travail du trauma.
- L'hypnose en s'appuyant sur les sensations corporelles devrait permettre à la patiente de « ré-habiter » son corps, corps dissocié de la psyché pendant les traitements.
- L'hypnose en travaillant sur les ressources du patient devrait renforcer l'estime de soi, nécessaire dans cette phase de l'après- cancer.

## **IV. Méthodologie de la recherche**

Je présenterai dans un premier temps le lieu dans lequel j'exerce en tant que psychologue, afin d'en faire partager sa spécificité et les contraintes qui en découlent, concernant l'accompagnement psychologique des patients et de leurs proches. Puis, je présenterai le cadre de la rencontre avec Aline, la patiente avec laquelle ce travail est réalisé et j'évoquerai quelques éléments concernant sa prise en charge psychologique avant l'introduction de l'hypnothérapie.

### **A. Présentation du cadre d'activité**

Le Centre de Lutte Contre le Cancer Georges François Leclerc (CGFL) à Dijon est un établissement de santé privé d'intérêt collectif, faisant parti avec les 19 autres Centres de Lutte Contre le Cancer, du groupe UNICANCER, seul groupe hospitalier uniquement dédié à la cancérologie. Le CGFL prend en charge des patients atteints de cancer venant de toute la région et des départements limitrophes. Ses missions s'articulent autour des soins, de la recherche et de l'enseignement.

L'unité de psycho-oncologie, membre du Département Transversal des Soins de Support (DT2S) regroupe 3 psychologues (2,5 ETP) et une neuropsychologue (0,3 ETP). En tant que psychologue, nous accompagnons les patients et leurs proches, tout au long du parcours de soins, dans la phase de l'après cancer ainsi que dans la phase de deuil. Cet accompagnement se fait en lien avec les autres professionnels de santé, avec lesquels nous participons aux temps de transmissions, de réflexions sur les prises en charge. Les patients et leurs proches sont rencontrés à leurs demandes ou sur proposition des professionnels de santé. Les entretiens ont essentiellement lieu lors des hospitalisations et des consultations médicales au CGFL. Les patients qui le souhaitent et qui viennent de manière autonome, ainsi que les proches peuvent être rencontrés en consultations externes.

A côté de cette activité clinique, nous intervenons sur d'autres missions :

- la réflexion et la mise en place de projets afin de sensibiliser à la dimension psychologique de l'accompagnement (accompagnement des enfants dont un parent est malade ; accompagnement des jeunes adultes...),
- participation aux différents projets de l'établissement,

- organisation et /ou intervention dans le cadre de formations proposées en interne ou en externe.

Le psychologue travaillant dans le cadre de la santé somatique doit sans cesse repenser son organisation, ses interventions en lien avec la réalité et l'évolution de la prise en charge médicale, afin de proposer un accompagnement psychologique le plus adapté aux besoins du patient.

## **B. Présentation de la patiente et de sa demande**

### **1. Le temps de la rencontre avec Aline**

Aline est prise en charge au CGFL pour un cancer du sein, depuis Août 2017. C'est dans les suites de la consultation post opératoire d'octobre que la patiente a fait la demande d'un soutien psychologique auprès de l'Unité de psycho-oncologie.

Je rencontre donc Aline en Novembre 2017, en consultation externe. C'est une femme d'une quarantaine d'années, d'allure soignée. Elle vit en couple et est maman de 2 grands enfants dont elle est très proche. Elle travaille dans le domaine du soin mais est en arrêt de travail depuis quelques mois, suite à une intervention au niveau du dos.

Aline investit pleinement cet entretien, témoignant d'un besoin évident de revenir sur son parcours de soins depuis l'été et d'être entendue quant à son vécu psychologique. Je lui offre donc cette écoute bienveillante, lui laissant cette possibilité de raconter librement son histoire, me permettant seulement de rebondir sur certains éléments. Aline revient alors sur le mois de juillet lorsqu'un nodule est perçu lors d'une mammographie sur son sein droit. Elle est alors orientée sur le CGFL pour relecture de cet examen, orientation qui inévitablement suscite en elle, l'angoisse de la maladie. Des examens complémentaires sont réalisés, mettant en évidence un nodule cancéreux au sein gauche et un autre dont la nature n'est pas connue. Le mot de cancer est, à ce moment-là, clairement posé mais l'incertitude persiste quant à la nature conservatrice ou non de la chirurgie proposée. La patiente décrit combien le délai entre les examens et l'attente des résultats ont contribué à majorer l'anxiété et les peurs. Aline nomme le sentiment de solitude qu'elle a alors ressenti : venir à l'hôpital, entendre les mauvaises nouvelles, les risques et repartir chez elle, en devant gérer cela seule, sans possibilité de se projeter. Attendre... Ajouter à cela, la réalité de la période estivale qui a également contribué à ce sentiment de lenteur, d'isolement, de décalage avec l'entourage,

parlant vacances, soleil... La dernière biopsie réalisée lèvera le doute et amènera les médecins à proposer une mastectomie, réalisée fin septembre. En octobre, lors de la consultation post opératoire, le chirurgien lui annonce qu'il n'y a pas nécessité de traitement complémentaire, mais qu'elle sera suivie régulièrement. La question de la reconstruction mammaire peut alors être envisagée.

Cette annonce de fin de prise en charge est à la fois, ressentie comme un soulagement, une « bonne nouvelle », mais la renvoie à un sentiment d'abandon. En l'espace de deux mois, elle est passée du statut de « bien portant » à celui de malade et, en l'espace d'une intervention, elle est censée se sentir « guérie ». Notre rencontre se fait d'ailleurs dans cet entre-deux, avant qu'elle ne rencontre le chirurgien plasticien.

« L'après » semble pouvoir commencer... mais on entend que pour le préparer, la patiente a besoin de mettre en mots, les maux ressentis sur ces quelques mois. Le moment auquel la demande d'entretien est formulée apparaît également comme le témoignage de la prise de conscience dans l'après coup, par Aline, de ce qui vient de se vivre.

Ce premier entretien sera un moment très intense, apparaissant comme le premier temps où Aline s'autorise à nommer son ressenti. L'angoisse de mort étant dépassée, vient à présent le temps du bilan physique et psychique.

Aline, à travers son récit de la maladie, nous a confié quelques éléments sur la perception qu'elle a d'elle-même :

- une femme qui prend soin des autres avant de prendre soin d'elle. Elle a évité de « trop » parler de la maladie à ses proches, ne voulant pas les inquiéter, voulant protéger ses enfants ;
- une femme qui ne s'autorise pas à avoir besoin d'aide, qui a peur d'être un poids pour les autres ;
- une femme qui est en grande souffrance face à un corps qui a été mutilé, et avec lequel la cohabitation était déjà compliquée ;
- une femme qui a le sentiment de ne plus être « aimable », désirable.

L'entretien laisse apparaître une atteinte de l'image du corps et de l'estime de soi qu'il nous semble pertinente de travailler avec Aline, afin d'accompagner psychiquement la reconstruction physique qu'elle envisage.

Nous fixons ensemble un second entretien, une quinzaine de jours après.



## 2. Retour sur la prise en charge psychothérapeutique avant la proposition d'hypnothérapie

Une quinzaine d'entretiens ont eu lieu jusqu'à la proposition d'hypnothérapie, en janvier 2019. Les entretiens se sont fait au rythme des rendez-vous avec le chirurgien, des hospitalisations dans le cadre de la reconstruction mammaire et en consultations externes. Aline a régulièrement souligné l'importance de ce lieu, le seul où elle a le sentiment de pouvoir « être » telle qu'elle est, sans crainte du jugement, de décevoir ou de blesser. Le cadre contenant lui a permis d'extérioriser son ressenti, de ne pas se sentir seule dans son cheminement tant physique que psychique. Les premiers entretiens ont principalement porté sur le corps : Aline exprimant sa souffrance face à ce corps mutilé, sa honte, sa culpabilité de ne plus être « désirable », de faire souffrir les autres. Corps qui prenait toute la place dans l'ici et maintenant mais qui laissait entrevoir des blessures passées. Il a fallu du temps, pour qu'Aline parle d'avant, de son parcours de vie, de son enfance, arrivant à se distancier du « symptôme », pour se réinscrire au moins par la pensée dans sa vie. Cette alliance thérapeutique lui a permis d'investir cet espace d'écoute. Elle a ainsi fait du lien entre certaines émotions, certains ressentis, réactivés par l'irruption de la maladie dans son parcours de vie.

J'évoquerai ici, quelques éléments du parcours de vie d'Aline, qui ont été la base de réflexion dans les propositions des thématiques des séances d'hypnothérapie, présentées ensuite.

Aline a grandi dans un environnement où les adultes n'ont pas tenu leurs places protectrices, n'ont pas été des figures d'attachement sécurisantes. Sa mère souffrait de troubles psychiatriques : elle avait vis-à-vis d'Aline des accès de violences verbales et physiques. Son père a, semble-t-il, favorisé davantage sa place de mari, au dépend de celle de père. Aline devait « surveiller » sa mère lorsque son père travaillait, se retrouvant dans un climat insécurisant pour elle et l'empêchant de vivre sa vie d'enfant. Aucun adulte autour d'elle n'est venu lui « signifier » que ce n'était pas son rôle d'enfant, n'est venu reconnaître sa place de victime. Aline a grandi en ayant le sentiment de ne pas être « aimable », restant dans un questionnement sur les raisons de la violence de sa mère à son égard : peut-être n'était-elle pas assez jolie ? Pas assez intelligente ? Peut-être sa mère ne désirait pas de fille ? La parole n'a jamais pu se libérer au sein de la famille, ni son frère, ni son père ne souhaitant en parler et reconnaître le vécu de cette petite fille, devenue adulte.

De même, la question du rapport au corps, à la féminité, à la maternité est fortement liée à l'image renvoyée par sa mère : une femme en surpoids décrite par Aline, comme non féminine, non maternelle. Elle a dit à plusieurs occasions « je ne veux pas lui ressembler ».

Les entretiens ont permis de souligner comment Aline s'était construite dans cette lutte pour se différencier de ce qu'était sa mère, d'où : une attention importante voire un hyper contrôle de son image (à noter un rapport complexe à la nourriture avec un épisode anorexique à l'âge adulte), un investissement de sa place de mère avec une réflexion parfois excessive de la juste présence, une attention aux autres que ce soit dans ses relations personnelles ou professionnelles où elle a tendance à s'effacer, s'oublier.

Lorsque j'ai débuté cette formation d'hypnothérapie, nous avions avec Aline, mis à jour et fait de nombreux liens entre son vécu actuel et son histoire personnelle. Toutefois, nous restions comme bloquées. Les choses étaient nommées, pensées « consciemment » mais n'avaient pas permis « leur digestion », dans l'idée de rendre moins présent le ressenti lié à l'événement douloureux. L'utilisation de l'hypnose m'est alors apparue comme un possible levier, permettant l'accès à l'inconscient et la possibilité de le remettre en mouvement.

Aline s'est montrée d'emblée intéressée, d'autant qu'elle bénéficiait d'une expérience bénéfique avec l'arrêt du tabac.

## **V. Résultats et données cliniques**

### **A. Déroulement des séances**

Comme nous l'avons précisé dans la partie consacrée à la méthodologie de la recherche, la proposition de l'hypnothérapie à Aline s'est faite alors qu'un suivi psychologique était en place depuis plus d'une année. Aline était alors dans la phase de reconstruction mammaire, débutée quelques mois auparavant. En fin d'année 2018, nous avons évoqué ensemble comment l'hypnose pouvait être un dispositif intéressant, là où nous en étions dans sa prise en charge psychologique.

Puis deux mois plus tard, avec le sentiment d'être « plus à l'aise » moi-même avec cet outil, j'avais alors évoqué le fait que je me formais à l'hypnose et que nous pourrions, si elle le souhaitait, travailler la question de la reconstruction physique et psychique par cette approche. La question de l'étude que je présente ici avait également été abordée : Aline avait donné un accord oral de participation, repris par la signature d'un consentement éclairé écrit.

La prise en charge psychologique, toujours en cours actuellement, s'est faite au rythme des consultations et interventions chirurgicales ainsi qu'en consultations externes, environ une fois toutes les 3 semaines. Les séances d'hypnose débutent par un temps d'échanges qui permet à Aline de revenir sur la situation médicale, toile de fond de ce suivi, d'évoquer ses ressentis physiques et psychiques et d'aborder son quotidien, avec les bons et mauvais moments. Cela nous permet également d'évaluer comment l'avenir peut commencer à se penser. Ce temps apparaît essentiel car il permet aussi de réajuster le contenu de la séance d'hypnose, en tenant compte du vécu du patient dans « l'ici et maintenant ». Comme nous le verrons dans l'exposé des observations cliniques qui va suivre, nous nous sommes adaptées aux besoins de la patiente. A la fin de la séance d'hypnose, nous prenons un temps court pour permettre à Aline de nommer ses ressentis et nous assurer qu'elle peut repartir en étant confortable.

### **B. Présentation des séances réalisées avec Aline**

#### **1. Première séance**

Aline est rencontrée en entretien, une semaine avant la consultation prévue avec le chirurgien pour évoquer les dernières étapes de la reconstruction mammaire. Le corps prend

alors beaucoup de place que ce soit dans le réel comme dans l'imaginaire. Les attentes relatives à ce « nouveau sein » sont importantes car il est synonyme pour Aline d'une identité féminine retrouvée, d'un mieux être psychique : d'un retour à « l'avant » pour continuer dans « l'après ». Dans ce contexte où le corps apparaît comme un poids empêchant d'avancer, Aline évoque également ses inquiétudes par rapport à la nourriture, notant qu'elle est dans une hypervigilance quant à ses apports nutritionnels, faisant le lien avec d'autres moments de vie, où l'alimentation avait été source de difficultés.

Ces échanges m'amènent à proposer à Aline, une séance d'hypnose, dont l'objectif principal est qu'elle puisse faire l'expérience de la détente, en retrouvant dans son corps, des sensations, présentes naturellement mais qu'elle n'arrive plus à percevoir depuis des mois.

Je commence tranquillement à poser le cadre de la relation hypnotique, débutant par une « séquence d'acceptation » en nommant naturellement quelques propositions à Aline, qu'elle ne peut qu'approuver... *Comme nous venons de l'évoquer, je vous propose que nous commençons à présent la séance d'hypnose... Etes vous prête à débiter cette séance... Si vous n'y voyez pas d'inconvénient, je vais venir m'asseoir dans le fauteuil face à vous... Pendant ce temps, je vous invite à vous installer confortablement...* Aline acquiesce à ces propositions, tout en suivant mon déplacement qui déjà vient faire distraction avec le cadre habituel de nos entretiens (étant assise habituellement derrière mon bureau). La relation thérapeutique étant déjà bien installée du fait du suivi psychologique en place, je sens Aline totalement en confiance... *Tout en prenant conscience de vos pieds posés sur le sol, de vos cuisses sur le fauteuil, de vos mains croisées sur vos jambes, de votre dos appuyé contre le dossier, de votre tête posée sur vos épaules... de l'air sur votre visage, qui rentre dans vos narines, qui descend dans votre corps à l'inspire et qui ressort à l'expire...* j'invite Aline à fixer un point, un objet, ce qu'elle souhaite, devant elle... *Vos yeux tout en se posant sur ce point vont peut-être percevoir ce qui l'entoure... Vous pouvez avoir l'impression en fixant votre attention que ce que vous regardez se rapproche ou s'éloigne... que les couleurs autour se modifient... Tout en fixant ce point, vos oreilles peuvent entendre des bruits de l'extérieur, venant du couloir, les bruits de l'horloge du bureau, ces bruits que vous connaissez... Votre regard devient peut être flou ou peut être pas... Vos yeux peuvent commencer à picoter... A tout moment, si vous en ressentez le besoin, vos yeux peuvent se fermer...* Les yeux d'Aline « papillonnent » avant de se fermer, sa respiration se fait plus calme et ses épaules se relâchent... *Et pendant que votre corps continue à se détendre, votre esprit va pouvoir voyager...* Cette phase de transition permet l'entrée dans la phase de travail. Je l'invite alors à

s'approcher d'un escalier composé de cinq marches qu'elle va pouvoir descendre, tranquillement, à son rythme. Au fur et à mesure qu'elle descend ces marches, une porte apparaît devant elle. Elle s'en approche... *Cette porte est peut être de forme carrée ou arrondie... en bois, en métal, je ne sais pas... de couleur claire ou foncée... Maintenant que vous êtes près de cette porte, vous pouvez à votre rythme, la pousser et découvrir un espace... Vous prenez le temps de l'observer, de l'explorer... Peut être vous rappelle-t-il un lieu que vous connaissez déjà... Un lieu agréable comme vous les appréciez, lumineux comme cela est adapté pour vous... Un espace qui vous donne envie de vous détendre...peut-être même de vous y allonger... de fermer vos yeux et vous assoupir... Et pendant que vous vous reposez tranquillement, votre esprit se met à rêver... A tout moment, vous pourrez revenir dans cet endroit qui vous est agréable...* Aline apparaît détendue, un air apaisé sur le visage. Je m'aperçois alors que ma voix, ma respiration ainsi que ma posture se sont naturellement ajustées à celles d'Aline, ajustement nécessaire à l'adhésion du patient et favorisant l'alliance thérapeutique. En confiance face à l'état de détente d'Aline, je l'accompagne dans ce rêve qui l'amène sur une plage (lieu décrit comme ressource lors d'entretiens précédents)... *Vous marchez sur une plage... Vos pieds ressentent la température du sable... peut-être frais... peut-être chaud... Votre peau est caressée par l'air marin... Le vent souffle dans vos cheveux... Vous avancez sur cette plage, tranquillement, profitant du moment, prenant simplement conscience de vos sensations... des odeurs marines... des bruits qui vous entourent... le bruit des vagues, leurs « va-et-vient » sur le sable...le cri des mouettes qui volent dans le ciel...le bruit d'un bateau qui rentre au port, rempli de la pêche du jour... Vos yeux se laissent attirer par le spectacle des mouettes survolant l'océan... Elles plongent par instant à la recherche de nourriture, puis remontent dans le ciel... Ces mouettes qui guidées par leur instinct animal, écoutent leurs sensations de faim... suivent la demande de leur corps, ne prenant que ce dont elles ont besoin... Tout comme nous le faisons quand nous respirons... prenant le bon air, et rejetant le mauvais, celui dont notre corps n'a pas besoin... cette respiration si naturelle, qui se fait sans que nous ayons à réfléchir...* Cette métaphore relative au comportement de l'animal envers la nourriture permet d'aborder l'idée que se nourrir fait partie des besoins naturels. Cela est renforcé par l'analogie faite avec la respiration, avec cette notion que le corps sait ce dont il a besoin... *Comme sur cette plage où vous pouvez respirer à plein poumon le bon air, sentir combien cet air circule simplement en vous... apportant un sentiment de bien être... Oui comme cela...* Je viens par ces mots ratifier le changement perçu dans les attitudes d'Aline : son corps à nouveau se détend, comme si nous franchissions un nouveau palier, sa tête se penche davantage. J'encourage ainsi les

sensations ressenties par Aline. Je glisse alors cette suggestion post-hypnotique... *ce sentiment de bien être que vous ressentez maintenant, et que vous pourrez à tout moment retrouver...* J'invite à présent Aline à retourner dans l'endroit agréable où elle s'était allongée avant que son inconscient se mette à rêver. J'accompagne le retour dans cet endroit qui lui est propre, lui laisse le temps de sortir de son rêve et de reprendre contact avec ce lieu agréable... *Quand votre rêve vous semble terminé, vous pourrez à votre rythme, retourner vers cette porte, l'ouvrir puis la refermer derrière vous, avant de remonter tranquillement les cinq marches qui sont devant vous...* Nous terminons cette séance par la phase de retour... *A présent, je vous invite à reprendre contact avec vos sensations... Votre respiration qui se fait plus rapide... Votre corps qui retrouve progressivement de l'énergie... Ma voix qui devient plus forte, les bruits de ce bureau plus présents... Et quand vous sentez que vous êtes prête, vous pouvez ouvrir vos yeux...*

En ouvrant les yeux, Aline me sourit. Elle prend le temps de se réinstaller, retrouvant une posture plus droite, plus contrôlée. Ses mots sont alors : « je suis bien partie ». Elle se dit extrêmement détendue. Elle estime que cette première séance s'est bien déroulée, et se montre demandeuse de programmer la suivante. De ma place de thérapeute, je ressens un réel soulagement après cette première séance: Aline est repartie confortable, ce qui était l'objectif principal. Je me fais cette réflexion, de me sentir « détendue » moi aussi, mais je m'aperçois également que cette séance a mobilisé beaucoup d'énergie en moi.

## **2. Deuxième séance**

Aline est revue trois semaines après le dernier entretien. Elle a eu, entre temps, sa consultation avec le chirurgien pour évoquer la prochaine intervention : la déception est présente. Aline avait imaginé que cette intervention se ferait rapidement, mais la date est fixée deux mois plus tard. Psychiquement, Aline n'arrive plus à faire avec ce corps, d'autant qu'il a toujours été difficile à habiter. A présent, ce corps se reconstruit physiquement mais risque de ne jamais être « suffisamment aimable » du fait qu'il est porteur des cicatrices du passé. Il reste incomplet et source de difficultés psychiques.

Malgré cela, Aline arrive à souligner des faits positifs : elle va être grand-mère pour la première fois. Elle attend cet événement avec un vrai plaisir. Cela lui permet d'envisager l'avenir, avec un projet positif.

Nous revenons après ce temps d'échanges, sur la première séance d'hypnose : elle dit être repartie apaisée et souhaite vivement faire la seconde.

Il me semble pertinent pour cette nouvelle séance, d'aider Aline à faire avec son corps, sur lequel les cicatrices du passé restent vives et empêchent le travail de cicatrisation des blessures actuelles.

Dans l'idée de travailler sur les traces du passé ainsi que la notion de perte, je me suis inspirée du livre « Le pouvoir des histoires thérapeutiques : l'hypnose éricksonienne dans la guérison des traumatismes psychiques » d'Evelyne Josse (2007). L'auteur suggère, en effet, d'utiliser les scripts présentés dans ce livre, en prenant la liberté de les adapter à la problématique spécifique du patient, à sa personnalité, à son histoire ainsi qu'à ses intérêts.

J'invite Aline dans cette phase d'induction... *à s'installer dans la position qui lui est la plus confortable... puis à prendre conscience de ce qui l'entoure... à s'imprégner de ce qui lui est déjà familier dans ce bureau où elle se sent en sécurité... de ma présence à ses côtés...* Je fais écho ici aux propos d'Aline concernant cet espace thérapeutique : lieu de sécurité pour elle, où elle n'a pas peur du jugement, où elle peut être elle-même... *puis de choisir un point qu'elle peut fixer...* Je poursuis cette induction en l'invitant à prendre conscience des différents points de contact de son corps avec le sol, le fauteuil, puis de porter son attention sur sa respiration... *en laissant ouvert vos yeux sur l'inspire et en les fermant sur l'expire...* puis par une phrase de transition... *Et tandis que vous continuez à respirer tranquillement, votre esprit a peut-être envie de s'aérer, prendre l'air... dans la nature... de vous faire profiter d'une balade au cœur de la forêt... Une forêt dans laquelle vous vous êtes peut-être déjà promenée, profitant de ce paysage, de ces arbres majestueux, qui s'élèvent à la conquête du ciel. Ils émergent des racines sombres de leur passé et développent des branches qui s'élèvent toujours plus haut... Un chemin s'offre à vous, comme une invitation à la découverte de ces arbres, qu'on appelle parfois les poumons de la terre... Quand ce sera le bon moment, vous pourrez pénétrer dans cette magnifique forêt, en toute sécurité... Par un petit geste du doigt, vous pouvez me signaler si c'est le bon moment pour vous...* Ce signaling apparaît important car il permet de s'ajuster au rythme de la patiente. Aline fait ce mouvement du doigt, m'invitant à poursuivre cette histoire métaphorique... *Vous avancez à votre propre rythme... prenant le temps d'admirer un tapis de fougères sur le bas côté... de toucher l'écorce rugueuse d'un grand chêne... de sentir le parfum de la verdure autour de vous... Des petits sentiers se présentent au fil du chemin, comme une invitation à entrer au milieu de ces*

*grands arbres et découvrir leur histoire... Comment imaginer que ces si grands arbres étaient au début de tous jeunes plants, qui pour grandir ont dû lutter, faire leur place au fil du temps pour à présent s'élever vers le ciel... Vous êtes-vous déjà intéressée, lors de vos promenades au milieu de ces grands arbres, à leur histoire... Saison après saison... ils se confrontent au vent... aux orages... parfois même aux tempêtes... De détours en échappées, d'ombres en lumière, de morts en renaissances, la forêt nous surprend, elle nous provoque, nous enseigne. Elle n'est à chaque jour ni tout à fait la même ni tout à fait une autre... Tout comme vous, n'est ce pas ? Car vous n'êtes pas tous les jours la même, n'est ce pas ?... En posant ce type de question, je ramène Aline dans une position d'interlocutrice, même si aucune réponse verbale n'est attendue de sa part et je lui rappelle ma présence à ses côtés. J'observe Aline, en contant cette histoire, avec cette impression que son corps, au fur et à mesure, s'est ancré au fauteuil. Ses mains se sont déliées depuis l'entrée dans la forêt. Sa tête est complètement penchée en avant. Sa respiration apparaît très ralentie... Peut-être... vous êtes vous déjà baladée en forêt, un jour d'été, après l'orage... Avez-vous ressenti cette sensation d'humidité, humé les odeurs boisées... Imaginez à présent, cette forêt prise dans l'orage, hier... le vent soufflant dans les branchages... la pluie cinglant les feuilles... Et soudain... un éclair qui s'abat sur cet arbre... Il est meurtri... Des branches sont abimées... Une autre se casse, tombant au sol... Ni lui ni personne ne peut lui rendre la vie... Mais si l'arbre ne peut ressusciter les branches mortes, il peut par contre donner naissance à d'autres ramures. Cette phase de pacing et de leading est à la fois la reconnaissance d'une réalité de la perte et la possibilité d'une projection dans un avenir meilleur et possible... Chaque fois qu'un rameau périt, un autre bourgeonne à ses côtés... se développant autrement mais en étant bien vivant... Voilà bien la leçon de l'arbre... Quand la vie lui arrache un membre, il commence une nouvelle vie... Le mot « membre » est intéressant dans l'histoire d'Aline car il peut renvoyer au sein perdu mais aussi à toutes les pertes (sa féminité mais aussi son enfance volée, la perte très tôt de l'insouciance)... De la perte de ses branches se dessinent autant de cicatrices qui sont comme les nombrils de l'arbre... Et peut-être tout en vous promenant dans cette forêt, en ce jour d'été, vous pouvez vous imaginer dans quelques semaines... voire même encore plus loin... dans quelques printemps... car vous savez que l'on peut être à la fois maintenant et s'imaginer être plus tard... Et peut-être serez-vous étonnée de retrouver ce même arbre, toujours vivant... Ces suggestions peuvent ouvrir une perspective d'avenir à Aline, qui décrit sa difficulté à croire en la possibilité d'une vie meilleure du fait d'un sentiment d'accumulation dans son parcours de vie... Il a changé, c'est vrai... plus tout à fait le même... mais pas tout à fait un autre... Cet arbre est devenu plus*



*fragile... Le vécu d'Aline est ici reconnu et validé... mais il est vivant et se couvre de feuilles à chaque printemps... Et nous aussi, nous pouvons contenir des parties mortes... et des parties vivantes... A ce moment de l'histoire, j'observe Aline qui déglutit de manière très marquée physiquement, et cela à plusieurs reprises. Tout en étant attentive à ses mouvements corporels, je continue... Le plus important, c'est que nous puissions comme l'arbre à moitié mort ne pas vivre à moitié... mais continuer à nous couvrir de belles feuilles quand arrive le printemps... Et croyez-vous que cet arbre se désespère de ne plus être comme avant ? Pensez-vous qu'il se demande ce que pensent les autres arbres de lui ? Non, bien sûr que non... La nature ignore les regrets et les comparaisons... Ce passage peut venir faire écho à la problématique d'Aline, concernant le regard qu'elle porte sur elle-même et ce qu'elle projette dans le regard d'autrui... La vie comme la forêt est une perpétuelle source de changement et de renouveau... Le livre de la nature nous enseigne que la vie est faite de pertes incessantes et de créations inépuisables... qu'elle est une source intarissable de misères et de prodiges... En écoutant la nature, c'est notre monde intérieur que nous découvrons... Elle vous a donné la force... celle d'avancer toujours plus loin, celle de chercher encore et encore... Et tandis que vous êtes dans cette forêt, vous vous reposez...oui, comme cela... Par cette ratification, je viens témoigner à Aline, ma présence et ma perception de ce qu'elle vit... et vous vous gorgez de paix intérieure... Dans la sérénité de cette forêt, depuis cet angle de vue tranquillisé, les choses reprennent des proportions plus justes les unes par rapport aux autres... Et pour continuer à profiter de ce repos autant que vous le désirez... autant que cela vous est utile... il vous suffira de vous installer confortablement, de fermer les yeux, de respirer tranquillement et de repenser à cette forêt... Puis j'invite Aline à revenir dans « l'ici et maintenant » de la séance, à ressentir sa respiration, l'énergie qui revient dans ses membres, à reprendre contact avec les bruits qui l'entourent et enfin à ouvrir ses yeux quand elle le souhaitera...*

Aline a besoin de temps pour se réassocier ; elle bouge tranquillement, mais n'ouvre pas les yeux. Je me rends compte de mon inconfort devant ce moment qui me paraît très long. Consciente que le temps nécessaire à cette phase de retour est variable, je suis les consignes acquises dans le cadre de la formation d'hypnothérapie : j'accompagne Aline en la rassurant sur le fait qu'elle peut prendre son temps. Je poursuis mon accompagnement pour l'aider à reprendre contact avec « l'ici et maintenant » mais ma courte expérience en hypnose ne m'aide pas à relativiser. Lorsqu'elle ouvre enfin les yeux, je la sens encore « ailleurs ». Nous prenons le temps nécessaire à ce qu'elle soit bien réassociée avant son départ.

Aline me dit qu'elle a beaucoup aimé cette balade en forêt, qu'elle y était bien et aurait aimé y rester plus longtemps. Elle a d'ailleurs le sentiment de ne pas avoir eu le temps de terminer comme elle souhaitait... Je comprends alors le temps nécessaire pour sortir de la transe. Je sens chez elle, un sentiment de frustration, même si elle se dit malgré tout apaisée après cette séance. Nous envisageons de réutiliser la séance en forêt.

### **3. Troisième séance**

Lors de cette séance, nous avons envisagé de travailler avec l'hypnose. Nous prenons comme les fois précédentes, un temps d'échanges qui, au final, durera tout l'entretien. Aline a besoin de partager son bonheur : elle annonce l'arrivée de son petit-enfant. Elle exprime son plaisir de voir ses enfants devenir parents. Elle est sollicitée pour s'occuper du bébé, ce qui la valorise et la conforte dans sa place de maman et mamy, elle qui toujours se questionne sur sa valeur. Elle investit cette nouvelle identité. Cela engendre inévitablement des comparaisons avec sa propre mère et un besoin de s'en différencier : « je ne suis pas comme elle ». Elle insiste sur son souhait d'être disponible pour cet enfant. La famille dans son entier semble se retrouver autour de ce bébé. Aline se projette. Elle apparaît plus apaisée.

La prochaine intervention est évoquée mais ne semble pas susciter d'inquiétude particulière comme si son nouveau rôle permettait de mettre au second plan la question de son corps.

Nous convenons d'une nouvelle séance d'hypnose la semaine qui précède l'intervention.

### **4. Quatrième séance**

Cette séance a lieu une semaine avant la prochaine intervention chirurgicale. Aline apparaît tendue lorsqu'elle entre dans mon bureau. Très vite, les larmes viennent. Elle nomme sa lassitude face aux multiples interventions, exprime sa colère concernant ce corps, qui ne la laisse pas en paix depuis 2 ans. Sa place au sein de la famille est source de questionnement. Elle avait jusqu'à la naissance de son petit-enfant, le sentiment d'être inutile. Ce bébé lui apporte du réconfort : à nouveau, quelqu'un a besoin d'elle. Mais l'incertitude revient vite, l'amenant à questionner sa « bonne présence ».

Aline aborde également la question de la reprise du travail, ayant reçu une convocation afin d'évaluer cette possibilité: l'anxiété est importante. Aline est dans « ici et maintenant » et on lui demande de se projeter deux mois plus tard.

Je propose à Aline, de réaliser la séance d'hypnose. Lors de la deuxième séance, nous avons envisagé de travailler à nouveau, avec la nature, les arbres. Du fait de l'intervention à venir, du contexte d'anxiété lié aux questionnements tant professionnels que personnels, cela ne me semble pas opportun. Il me semble alors que faire appel à ses souvenirs de bien être, les ressentir dans son corps, peut favoriser chez Aline, une prise de conscience de ses ressources : renforcer l'estime de soi et la confiance en soi, afin de permettre une projection dans l'avenir.

Je m'installe face à Aline, l'invite à... *laisser son corps s'installer le plus confortablement possible... puis quand vous sentez que cette position est agréable pour vous, vous pouvez laisser votre regard se poser sur un point, une forme...* Je me permets de reprendre la même induction que la première séance (fixation d'un point, prise de conscience de ses appuis sur le sol, le fauteuil, puis focalisation sur sa respiration) car Aline avait bien répondu à cette manière d'induire la transe hypnotique. Cela me semble déjà être une façon d'entrer progressivement dans cette recherche de souvenirs de sensations agréables. Rapidement, les yeux d'Aline se ferment, son corps se détend, sa respiration se fait plus calme... *Peut être qu'à présent, votre inconscient, votre guide intérieur, lui qui vous connaît si bien... peut vous permettre de voyager au plus profond de vous-même et de trouver une belle image... un lieu dans lequel vous vous sentez particulièrement bien... un souvenir agréable... Vous pouvez prendre le temps de retrouver toutes sortes de détails... Etre à l'écoute simplement de ce que votre esprit vous propose... peut-être des images...des odeurs... une ambiance sonore particulière... certaines sensations... Laissez vous imprégner de certaines émotions agréables...* Alors que je suis dans l'évocation des différentes perceptions, dans l'idée de favoriser l'accès à toutes les sensations, je vois des larmes couler sur les joues d'Aline. Afin de l'accompagner face à cette émotion, je lui nomme ce que je perçois... *Je vois de l'émotion... des larmes qui coulent sur vos joues...de joie ou de tristesse... Peut-être Aline, vous pouvez si vous le souhaitez... me parler de ce souvenir, qui amène cette émotion...* Je m'autorise ici à l'appeler par son prénom, afin de créer une proximité et ainsi la rassurer quant à ma présence contenante et bienveillante. Aline me dit alors qu'elle est à la plage, avec sa marraine. Tous les étés, elle partait en vacances avec elle : c'était une femme qu'elle aimait énormément. Avec elle, elle se sentait bien : c'étaient les

seuls moments de l'année... Elle pouvait être une petite fille de son âge. Sa marraine s'occupait d'elle, lui témoignait beaucoup d'affection et d'attention. Elle n'avait pas envie de rentrer chez elle après les vacances. Aline continue d'évoquer ces moments de bien-être. Elle dit alors qu'elle a toujours voulu ressembler à sa marraine, qui était une belle femme, très féminine contrairement à sa mère... Je perçois à travers les paroles d'Aline, la place que sa marraine a tenu dans sa vie et combien l'émotion est agréable car liée à tous les beaux souvenirs partagés et à l'image positive que lui renvoyait d'elle, sa marraine. J'invite Aline à prendre tout le temps nécessaire pour ressentir ce bien-être lié à ses souvenirs. Puis je lui propose une suggestion post-hypnothique en « ancrant » ces ressentis agréables par un geste simple... *Ces sensations agréables que vous pourrez retrouver quand vous en aurez besoin, en faisant simplement un mouvement du doigt... Puis quand votre inconscient sera prêt, vous pourrez à votre rythme revenir progressivement dans ce bureau... Sentir votre respiration qui se fait plus rapide... Sentir l'énergie qui progressivement revient dans les différentes parties de votre corps... Entendre les bruits autour de vous... Quand le moment sera le bon pour vous, vous pourrez ouvrir vos yeux...*

Aline ouvre ses yeux. Je la sens très touchée par ce qui vient de se vivre. Quand je lui demande comment elle se sent, elle me dit : « bien, très bien ». Elle évoque rapidement sa marraine, comme étonnée d'en avoir parlé ce jour.

J'évoque à Aline, la possibilité de retrouver cet état de bien-être, par la pratique de l'autohypnose. Je lui explique la trame qu'elle peut reproduire (S'installer confortablement ; poser son attention sur un point, prendre conscience de ses sensations ; laisser son esprit voyager vers un endroit agréable, ressource ; revenir dans « l'ici et maintenant »). Elle apparaît sceptique, évoquant son expérience peu concluante avec la relaxation. Elle souligne aussi combien le fait d'être accompagnée est important pour elle. De plus, en souriant, elle m'explique que lorsque je lui demande dans la phase d'induction, de fixer un point ; elle fixe un crayon sur lequel il y a une petite poupée russe, situé dans un pot posé sur mon bureau. Elle me dit d'ailleurs de ne surtout pas m'en séparer...

De mon côté, la séance est venue me mettre au défi de la communication durant la transe. Par cette expérience, je perçois toute la nécessité, dans ce genre de situation, d'inviter le patient à communiquer verbalement, afin de s'ajuster à ce qu'il vit et surtout faire en sorte qu'il soit le plus confortable possible avec ses émotions.

## 5. Cinquième séance

Cette séance a lieu une semaine après la reprise du travail d'Aline. Ce rendez-vous est plus éloigné du précédent. Aline ayant réalisé sa dernière intervention en chirurgie ambulatoire, nous n'avions pas pu nous rencontrer, faute de temps d'hospitalisation puis il avait été difficile de fixer une date d'entretien.

Aline se dit relativement satisfaite d'un point de vue esthétique de cette dernière intervention. La question de la perte des sensations au niveau du sein opéré apparaît à présent dans son discours : signe d'une possibilité jusqu'alors inenvisageable, de faire avec la réalité des conséquences de l'ablation : le sein reconstruit ne sera jamais identique à « son » sein.

Aline évoque également son rapport à l'alimentation : elle a repris une alimentation diversifiée, en quantité « normale », sans ressentir de culpabilité.

Nous évoquons longuement la reprise du travail. Du fait des séquelles liées à l'intervention, elle a dû changer de fonction. Cela lui demande de faire le deuil d'une profession qu'elle a investie pendant des années et dans laquelle elle s'épanouissait. Malgré toutes les démarches qu'elle a pu réaliser pour mener à bien ce projet, son employeur n'a de son côté pas réellement anticipé ce retour. La reprise faite dans des conditions malheureusement peu aidantes pour Aline, amène donc de la déception et de la colère. Elle ne se sent pas reconnue, ce qui renforce son sentiment de dévalorisation ; cela la questionne également sur sa légitimité, dans le cadre de sa nouvelle fonction. Aline évoque son compagnon qui l'invite à prendre de la distance avec la question du travail mais qui, par cette attitude protectrice, semble ne pas l'entendre dans ce qu'elle vit.

Nous serons au cours de cette séance dans de l'hypnose conversationnelle, du fait du besoin d'Aline d'être dans l'échange, de mettre des mots sur son ressenti. Même s'il n'y a pas de phase réelle d'induction, Aline est complètement « focalisée » sur ce qui lui est difficile : le sentiment de ne pas être écoutée, prise en considération. Dans cet état de « transe légère », j'invite Aline à « redécouvrir » toutes ses compétences. J'ai alors en face de moi une femme qui s'anime en me racontant comment, depuis l'ouverture de son service, elle a été à l'initiative d'actions pour améliorer l'accompagnement des personnes qu'elle devait prendre en soins. Aline insiste sur la notion du respect de « l'autre » qui, selon elle, passe par tous les petits gestes bienveillants du quotidien... Je perçois de l'énergie, une remise en mouvement à l'évocation de cette expérience professionnelle. Aline évoque les témoignages de sympathie reçus de ces personnes et de leurs proches lorsqu'elle est tombée malade : je renforce le poids

de ces témoignages, gage de ses compétences professionnelles. Ces suggestions peuvent venir renforcer l'estime de soi et contribuer à favoriser une meilleure affirmation de soi. Aline revient sur l'importance de son expérience professionnelle qui s'est construite au fil des années, mêlée à ses expériences de vie. Je suggère que cette riche expérience est un atout qu'elle peut saisir, en se permettant de partager ses valeurs avec ses nouveaux collègues et, peut-être, insuffler des modifications dans les pratiques de l'équipe, dans son ensemble.

A la fin de l'entretien, Aline se dit soulagée d'avoir pu parler de tout cela. Elle a saisi qu'il fallait se donner le temps de prendre ses repères dans ses nouvelles fonctions. Elle a le sentiment de repartir plus « armée » pour faire avec tous ces changements.

## VI. Discussion théorico-clinique

### A. Analyse des données cliniques

Avant d'analyser les observations cliniques présentées ci-dessus, nous rappellerons la problématique à laquelle nous nous sommes intéressée dans le cadre de ce travail. Cette dernière est née de la rencontre entre nos observations cliniques dans notre pratique professionnelle auprès de patientes atteintes de cancer du sein et la découverte de l'hypnothérapie, comme outil de remise en mouvement du patient dans la relation avec le thérapeute.

Cette réflexion portait sur la manière dont l'hypnose peut être utilisée pour aider ces patientes, dans l'après traitement, qui sont comme figées physiquement et psychiquement, à intégrer cette nouvelle expérience dans leur histoire de vie afin de retrouver du mouvement et à nouveau penser leur vie psychique et physique.

Les hypothèses de travail que nous avons définies étaient les suivantes :

- L'hypnose en permettant de retravailler les éprouvés corporels devrait permettre à la patiente un travail de « digestion », de réélaboration et d'intégration psychique, nécessaire dans le travail du trauma.
- L'hypnose en s'appuyant sur les sensations corporelles devrait permettre à la patiente de « ré-habiter » son corps, corps dissocié de la psyché pendant les traitements.
- L'hypnose en travaillant sur les ressources du patient devrait renforcer l'estime de soi, nécessaire dans cette phase de l'après-cancer.

Nous reprendrons à présent, chaque hypothèse afin de la confronter à nos observations cliniques.

- **Hypothèse 1** : *L'hypnose en permettant de retravailler les éprouvés corporels devrait permettre à la patiente un travail de « digestion », de réélaboration et d'intégration psychique, nécessaire dans le travail du trauma.*

Dans le cadre de cette formation d'hypnothérapie, nous avons étudié différentes manières de traiter le caractère traumatique d'un événement dont quelques unes sont

nommées dans la revue théorique. Les histoires thérapeutiques, comme celles proposées par Evelyne Josse (2007), m'ont semblé être une bonne approche dans le cadre d'une prise en charge en psycho-oncologie.

La demande d'Aline en venant en séance est de pouvoir s'adapter aux bouleversements physiques et psychiques liés à la maladie, afin de se sentir mieux dans sa vie et dans ses relations aux autres. Le travail psychothérapeutique réalisé avant l'introduction de l'hypnothérapie avait permis de mettre en mots le ressenti lié aux différents événements traumatiques mais cela n'avait pas été « suffisant » pour rendre moins présent ce ressenti douloureux. Lui proposer d'aborder dans la deuxième séance, ce qui pouvait faire trauma chez elle, sous forme métaphorique était une façon de laisser son inconscient « traiter » ce qui lui semblait important à ce moment précis. Les défenses des patients du fait de l'utilisation de suggestions indirectes sont ainsi moins mobilisées par les propositions formulées. L'utilisation de certains mots ainsi que les suggestions faites dans cette histoire pouvait faire écho de diverses façons avec son histoire actuelle et passée.

Il est à souligner que durant cette séance, le corps d'Aline est apparu « très parlant ». En effet, son corps s'est au fur et à mesure de cette histoire thérapeutique, « fondu » dans le fauteuil sur lequel elle était assise comme si les accoudoirs devenaient des bras qui l'entouraient, la contenaient. De plus, à l'évocation de certains passages, sa déglutition s'est faite de manière très prononcée, attirant mon attention.

La phase de retour avait été relativement longue lors de cette séance, ce qui avait pris sens dans les propos d'Aline par la suite; en effet, elle avait pu nommer son souhait de « rester encore dans cette forêt », pour terminer ce qu'elle avait à faire.

L'entretien suivant permettait de noter, à travers le discours d'Aline, des modifications qui semblaient s'amorcer, comme si quelque chose avait pu se « digérer » : une reprise de désir, une capacité à prendre plaisir dans ses relations aux autres et à se distancier de l'image de sa mère. La question du corps, au cœur de ses préoccupations depuis le début de l'accompagnement, apparaissait alors au second plan.

Concernant l'accompagnement psychologique d'Aline, nous pouvons valider l'intérêt de travailler la question du trauma par l'hypnose ; le recours aux éprouvés corporels semble avoir amorcé une remise en mouvement de la vie psychique.



- **Hypothèse 2** : *L'hypnose en s'appuyant sur les sensations corporelles devrait permettre à la patiente de « ré-habiter » son corps, corps dissocié de la psyché pendant les traitements.*

Aline, lors d'un entretien, en évoquant son image du corps avait décrit un corps morcelé : une tête qui pensait trop, un buste « sans vie », désinvesti et un ventre, source de douleurs. En résumé, un corps qui n'était que souffrance, d'exister « trop » ou « pas assez ». Plus tard, évoquant la reconstruction, Aline nommait son sentiment d'être comme étrangère, à ce nouveau sein et à sa poitrine dans son ensemble : ce sein était là, mais ne ressentait rien et venait annuler les sensations ressenties par le sein « sain ». Aline habitait un corps que la maladie l'avait amenée à désert.

C'est dans ce contexte précis, que l'hypnose, alors même que nous commençons la formation, nous était apparue comme un outil pouvant permettre d'accéder à nouveau, à des sensations corporelles et ainsi réassocier la psyché et le soma.

Aline, au sein des différentes séances d'hypnose, a pu faire l'expérience de ses sensations corporelles, que ce soit par le type d'induction réalisée (point de contact, respiration), par les suggestions hypnotiques faites pendant la transe (l'invitation à ressentir, à solliciter ses cinq sens), par les abréactions qui en découlent (les larmes en lien avec le souvenir de sa marraine). L'hypnose en amenant une dissociation temporaire, chez Aline en état de dissociation du fait du traumatisme lié à la mastectomie, pouvait lui permettre de se réassocier dans le temps présent et dans sa corporalité.

Aline, après chaque séance, a nommé un sentiment de détente physique et psychique, témoignage de ce lien retrouvé entre soma et psyché. De plus, ses propos concernant son vécu corporel semblent témoigner d'une intégration de ce sein différent, comme faisant partie d'elle-même.

Une piste de travail à présent peut être de « donner vie » à ce nouveau sein, en invitant l'inconscient, à retrouver les souvenirs de sensations « agréables » liées à cette partie du corps dans son entier.

Cette troisième hypothèse, même si le travail est toujours en cours, tend à se confirmer. Aline est en cours d'aménagement pour « ré-habiter » son corps.

- **Hypothèse 3** : *L'hypnose en travaillant sur les ressources du patient devrait renforcer l'estime de soi, nécessaire dans cette phase de l'après-cancer.*

Travailler la question de l'estime de soi nous était apparue une évidence dans le cadre des séances d'hypnose avec Aline. En effet, comme nous l'avons évoqué dans notre revue théorique, l'estime de soi est liée à la qualité des relations précoces avec les figures parentales et peut être atteinte lors de la survenue d'un événement traumatique.

L'estime de soi chez Aline était déjà fortement atteinte du fait de figures parentales défaillantes ; la maladie est venue renforcer cette atteinte, du fait de son impact physique et psychique.

Les séances d'hypnose ont permis de montrer à Aline l'existence de ses ressources. Régulièrement lors de nos échanges sur l'hypnose, nous avons renforcé le fait que c'est son inconscient qui était au travail, qui savait ce qui était bon pour elle et que de notre place de thérapeute, nous ne faisons que l'accompagner. Ce positionnement était là pour qu'Aline prenne conscience que lorsqu'elle se sentait confortable à la fin de la séance, c'était grâce à elle. Les suggestions post-hypnotiques étaient formulées dans l'idée, qu'elle pourrait avoir à nouveau accès à cet apaisement, à tout moment.

La quatrième séance a permis à Aline, de retrouver le souvenir des moments passés avec sa marraine, figure importante de son enfance et de ressentir dans son corps, le plaisir de se sentir « aimée ». Les suggestions hypnotiques ont consisté à amener Aline à ressentir pleinement ce que cet amour lui apportait et d'intensifier cet éprouvé.

Lors de la dernière séance, en hypnose conversationnelle, Aline a été invitée à redécouvrir toutes ses compétences : elle a été en capacité de parler positivement d'elle-même et ainsi oser s'affirmer davantage.

La question de l'estime de soi chez Aline va demander à être travailler sur du long terme, pour qu'elle puisse commencer à s'aimer, physiquement et psychologiquement. Même si nous n'en sommes qu'au début, l'hypnose semble être un outil intéressant pour renforcer l'estime de soi.

Pour résumer, l'hypnose est apparue un outil intéressant dans l'accompagnement d'Aline dans cette phase de l'après-cancer, pour aborder autrement les questions du « trauma », la réassociation psyché/ soma et le renforcement de l'estime de soi. Ce travail

s'est inscrit dans une prise en charge psychothérapeutique déjà installée et devrait continuer dans cette association d'entretiens cliniques et de séances d'hypnose en fonction des besoins d'Aline.

## B. Discussion éthique

Nous aborderons dans cette discussion éthique, différents points qui nous ont amenée à nous questionner concernant l'utilisation de l'hypnothérapie dans le cadre de notre pratique.

- Le psycho-oncologue et l'hypnothérapie

Psychologue au sein d'un Centre de Lutte Contre le Cancer, nous rencontrons des patients atteints de différents types de cancer, à tout stade de la maladie et aux différents temps de la prise en charge médicale. Cette activité demande de s'adapter en permanence, de pouvoir s'ajuster aux besoins du patients tout en faisant avec le rythme de l'hôpital et l'incertitude de la maladie. Les propositions de prises en charge psychologiques doivent tenir compte de la réalité de la maladie et du lieu d'exercice. En effet, les patients que nous rencontrons viennent de toute la région pour recevoir des traitements générant souvent des effets secondaires portant atteinte à la qualité de vie. Martine Derzelle (2014), forte de ses années de pratique clinique en CLCC auprès de patients atteints cancer, s'est interrogée sur l'intervention psychothérapeutique auprès de patients atteints de cancer; elle souligne la nécessité de reconsidérer le cadre d'intervention, en ayant conscience qu' « à *chaque rencontre nous ne pouvons dire dans combien de temps et dans quelles conditions nous reverrons ce patient* ». La maladie organise la rencontre, ce qui implique que le thérapeute modifie son cadre de travail, mais aussi les concepts qui soutiennent cette rencontre : il doit tenir compte de la réalité de son patient et en premier lieu de celle de son corps.

La formation d'hypnothérapie est venue poser de nouvelles questions quant à notre pratique. En effet, notre souhait à la base était de pouvoir intégrer l'hypnose dans le cadre d'une prise en charge psychothérapeutique, pendant et après les traitements. La prise en charge d'Aline s'inscrit dans cette dynamique. Comme nous l'avons exposé précédemment, l'hypnose s'est révélée dans le cadre de l'accompagnement d'Aline, un outil pertinent pour initier une remise en mouvement psychique et physique dans cette phase de l'après-cancer. Toutefois, quelques « réalités » professionnelles se sont rappelées à nous dont celles du temps et du

cadre d'activité... Lors de la deuxième séance d'hypnose avec Aline, nous avons rapporté dans nos observations cliniques, un retour de transe qui avait nécessité du temps, générant de l'inconfort de notre part. En questionnant cet inconfort, apparaît la réalité du manque d'expérience mais aussi la réalité de notre planning, qui nous a à priori, amenée à « accélérer » la phase de retour, en étant déjà dans un « après » et plus dans ce « ici et maintenant » nécessaire à l'ajustement dans la relation hypnotique. Là où nous en sommes dans notre pratique de l'hypnose, les séances que ce soit dans leur « préparation », leur réalisation et leur analyse nous demandent du temps, demande pas toujours compatible avec la réalité du rythme professionnel en milieu hospitalier. Même si le déroulé d'une séance d'hypnose suit une succession d'étapes définies, chaque séance est unique, conçue sur mesure, dans son contenu. L'hypnose vient nous demander cette disponibilité à l'autre, cette capacité à s'adapter à sa problématique dans « l'ici et maintenant » ; le thérapeute doit « accepter et utiliser la réalité de la personne ». Toutefois nous sommes consciente que nous sommes certainement encore « scolaire » et que c'est à travers la pratique que nous allons acquérir, que nous nous permettrons de moduler, varier, interpréter les séances en suivant « notre propre partition », en fonction du contexte, du temps disponible...

De plus, notre expérience de l'hypnose en se développant nous a permis au fil de ces mois, de nous rendre compte que nous pouvions proposer à certains patients, dans le cadre de leur suivi psychologique, d'utiliser l'hypnose, par rapport à des demandes plus symptomatiques, qui portaient atteinte à la qualité de vie (réification d'un symptôme douloureux lié à des neuropathies post chimiothérapie ou encore d'un inconfort lié aux bouffées de chaleur, générées par l'hormonothérapie. Bellet et al. (2018) dans l'article « L'hypnose en oncologie : indications, scripts et évaluations » souligne l'intérêt de l'hypnose en psycho-oncologie, précisant que « *l'hypnose reste un outil à utiliser de façon complémentaire de l'entretien clinique et peut s'inscrire dans un suivi psychothérapeutique de façon plus ou moins ponctuelle.* »

- L'introduction de l'autohypnose

Dans le cadre de l'accompagnement hypnothérapeutique d'Aline, il nous a semblé pertinent lors de la quatrième séance de l'inviter à pratiquer l'autohypnose.

Cette proposition s'est faite à ce moment de la prise en charge pour deux raisons :

- renforcer la confiance en ses ressources, et la rendre autonome dans sa capacité à retrouver un sentiment de bien être ;

- continuer à pratiquer l'hypnose, entre nos rendez-vous qui risquaient du fait de la reprise du travail, d'être davantage espacés.

Comme nous l'avons souligné dans le cadre de la présentation des observations cliniques, Aline ne s'est pas montrée enthousiaste à cette idée.

Cela a suscité en nous quelques interrogations : n'était ce pas le bon moment pour cette proposition ? La relation thérapeutique bien établie avec Aline était-elle un frein à ce qu'elle envisage la pratique de l'hypnose, seule ? Y a-t-il des sujets plus en capacité que d'autres, à pratiquer l'autohypnose ?

Dans notre revue théorique, nous avons vu que Bioy (2007) définit l'hypnose comme un « *mode de fonctionnement psychologique par lequel un sujet en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi* ». Il insiste à travers cette définition, sur l'importance de la relation du sujet avec le thérapeute. Dans l'autohypnose, la composante relationnelle n'existant pas, il faut au préalable que le patient est fait l'expérience de l'hypnose avec un praticien. Cette inscription relationnelle initiale est importante pour la pratique ultérieure de l'autohypnose car elle rend symboliquement présente la relation au thérapeute (Bioy, 2010). Du fait de la relation thérapeutique en place depuis de nombreux mois et de la pratique de l'hypnose, nous aurions pu imaginer que ces conditions rendraient l'autohypnose plus accessible à Aline. Toutefois, cette pratique aurait peut-être mérité d'être évoquée plus tôt dans les séances, comme un complément « naturel » à ce qui pouvait se travailler dans le cadre de la relation hypnothique. Dans ce sens, Nathalie Baste (2018) en reprenant les propos de Servillat (2017) « l'autohypnose est une action sans en être vraiment une », suggère au sujet qu'il sait faire quelque chose de bon pour lui-même de façon naturelle, et spontanée.

A contrario, il est peut-être nécessaire de continuer les séances d'hypnose avec Aline, avant qu'elle puisse comme nous l'avons souligné du fait de son histoire et de la survenue de la maladie, trouver en elle suffisamment de sécurité interne pour pratiquer l'hypnose en solitaire. Gérard Ostermann (2019) dans son article « Présence, hypnose et travail de résilience » souligne que « *la constance et la prévisibilité du thérapeute* » sont les deux éléments essentiels pour soutenir la capacité du patient à avancer dans sa difficulté ; il parle alors « *d'une forme de disponibilité prévisible qui renvoie sans doute à la capacité d'une mère pas toujours disponible mais suffisamment bonne pour s'ajuster aux besoins de celui qu'elle aide à grandir* ». Nous sommes sans doute avec Aline, dans ce besoin que le thérapeute soit dans cette posture de « mère suffisamment bonne » pour l'accompagner face à ses difficultés.

## VII. Conclusion

Le nombre de personnes, en rémission ou guéries d'un cancer du sein est en augmentation constante, venant soulever la nécessité d'un accompagnement adapté de ces patientes dans la phase de l'après-cancer. Notre étude, à travers la présentation de la vignette clinique d'Aline, tend à confirmer que l'hypnose peut être un outil pertinent dans la prise en charge des conséquences psychiques liés à la maladie, en permettant ce travail de réassociation entre le corps et la psyché, point de départ d'une intégration de cet événement dans le parcours de vie du sujet. Confiante en cette approche, nous avons pu récemment proposer l'hypnothérapie à de nouvelles patientes, rencontrées dans cette phase de l'après-cancer.

Psychologue dans un Centre de Lutte Contre le Cancer, notre pratique quotidienne nous confronte à la maladie somatique. Les patients que nous rencontrons ne sont pas uniquement dans l'angoisse mais bien dans la réalité de la perte, de la séparation et de la mort. Cette réalité somatique a un impact sur la rencontre thérapeutique et sur le thérapeute lui-même. Mobilisé à la fois par la vie psychique du patient, de ses proches et de l'équipe soignante, le thérapeute se confronte à cette réalité parfois massive, brutale et douloureuse du soma et des soins du corps (Dumet, 2014). Consciente de cette pratique parfois « lourde » psychologiquement, nous n'en ressentions peut-être pas aussi clairement les répercussions corporelles. C'est sans doute une phrase d'Aline, à la fin d'une séance, qui nous a « ouverte » à cette réflexion : en parlant de l'approche hypnotique, elle nous dit « ça doit vous faire du bien aussi ! ». Cette remarque est venue faire écho avec les séances d'hypnose réalisées pendant cette formation. Que ce soit de la place du thérapeute ou du patient, l'apprentissage de l'hypnose nous demande d'être à l'écoute de ces éprouvés corporels. Jusqu'alors, ils existaient, bien évidemment ; ils étaient observés mais leurs présences n'étaient pas incorporées dans la relation thérapeutique, comme ce par quoi passe le changement.

L'hypnose permet au patient de modifier ses représentations et sa manière d'être en « changeant de position », tout comme elle invite le thérapeute à le faire, en proposant une nouvelle approche thérapeutique. Cette formation nous a permis d'investir la relation thérapeutique autrement. En repositionnant le patient comme étant celui qui détient la solution de ses problèmes et la capacité d'aller mieux, le thérapeute par sa présence devient comme un chorégraphe qui proposerait un espace, un thème et qui laisserait le danseur libre de ses mouvements, de son interprétation... Les ressources créatives du patient sont réactivées pendant la transe : l'imagination permet de penser ce qui n'a pas eu lieu mais qui peut être

possible. Le changement pourra se vivre, prendre corps pendant la séance : le patient pourra ainsi être préparé à le vivre réellement dans d'autres contextes. Cet accompagnement par l'hypnose nous a montré combien nous devons nous aussi redécouvrir notre créativité et laisser s'exprimer nos intuitions, sans doute un peu étouffées du fait d'une approche théorique davantage basée sur l'analyse et la recherche de sens.

L'hypnose nous permet à présent, de proposer aux patients que nous accueillons, une approche thérapeutique, où le corps et le psychisme peuvent être entendus pour aller vers le mieux-être.

Nous terminerons par cette citation d'Ostermann (2019) « *Le thérapeute a un trousseau de clés, mais c'est le patient qui se servira de la bonne clé au bon moment.* »

## VIII. Bibliographie

- Bacqué MF. Reconstruire le corps... une complexité inouïe. *Psycho-oncologie* 2008 ; 2 : 69-70.
- Bacqué MF. Fondements et variations des psychothérapies analytiques en oncologie. In : Bacqué MF, Pucheu S. *Psychothérapies analytiques en oncologie*. Paris : Lavoisier ; 2015. p : 25-43.
- Bardou E, Oubrayrie-Roussel N. L'estime de soi. Paris : In Press ; 2014.
- Baste N. 40 exercices d'autohypnose et de méditation pour mieux vivre avec ses émotions. Malakoff : Dunod ; 2018.
- Bellet P, Cannone P. L'hypnose en oncologie : indications, scripts et évaluation. *Psycho-oncologie* 2018 ; 12 : 253-262.
- Bensaid N. Autrement le même. *Nouvelle revue de psychanalyse* 1978 ; 17 : 27-40.
- Bioy A. L'hypnose. 1ère édition. Paris : PUF ; 2017. Bioy A, Célestin-Lhopiteau I, Wood C. Aide mémoire Hypnose en 50 notions. 2<sup>e</sup> édition. Paris : Dunod ; 2010.
- Bioy A. Un état de conscience modifiée. In : Bioy A, Célestin-Lhopiteau I. Aide mémoire Hypnothérapie et hypnose médicale en 57 notions. Paris : Dunod ; 2014.
- Bioy A, Célestin-Lhopiteau I. Aide mémoire Hypnothérapie et hypnose médicale en 57 notions. Paris : Dunod ; 2014.
- Brun D. Transparence du corps et « inquiétante étrangeté ». In : Dimitriadis Y, Hoffmann C, Canellopoulos L. *Le corps en crise*. Paris : Hermann Editeurs ; 2016.
- Chabridon G, Nekrouf N, Bioy A. Etat des lieux des pratiques actuelles de l'hypnose au sein des centres hospitaliers universitaires français. *L'encéphale* 2017 ; 43 : 498-501.
- Chan CMH, Chong Guan Ng, Taib NA, Wee LH, Krupat E, Meyer F. Course and predictors of post-traumatic stress disorder in a cohort of psychologically distressed patients with cancer : a 4 year follow up study. *Cancer* 2018 : 406-416.
- Cobaux L, Fauconnier A, Libert Y, Rios Vergara A, Ronson A. Troubles de l'adaptation et trauma dans le DM-5 : implications diagnostiques et pertinence en oncologie. *Psycho-oncologie* 2018 ; 12 : 109-113.
- Crocq L. 16 leçons sur le Trauma . Paris : Odile jacob : 2012.
- Derzelle M. Considérations techniques et éthiques sur l'intervention psychothérapeutique chez les patients atteints de maladie cancéreuse. In : Bacqué MF, Pucheu S. *Psychothérapies analytiques en oncologie*. Paris : Lavoisier ; 2015. p : 179-189.
- Dolto F. L'image inconsciente du corps. 1ère édition. Paris : Editions du seuil ; 1984.
- Dumet N. Le contre-transfert à l'épreuve des réalités de castration, de perte et de mort. In : Bacqué MF, Pucheu S. *Psychothérapies analytiques en oncologie*. Paris : Lavoisier ; 2015. p : 169-177.



- Elkins G, Marcus J, Stearns V, Perfect M, Hasan rajab M, Ruud C, Palamara L, Keith T. Randomized trial of a hypnosis intervention for treatment of hot flashes among breast cancer survivors. *Journal of clinical oncology* 2008 ; 26 : 5022-5026.
- Fareng M. Prise en charge d'un traumatisme complexe. In : Bioy A. 15 cas pratiques en hypnothérapie. Malakoff : Dunod ; 2017. p : 68-80.
- Freud S. Inhibitions, symptômes, angoisse. Paris : PUF ; 1926.
- Josse E. Le pouvoir des histoires thérapeutiques, L'hypnose éricksonienne dans la guérison des traumatismes psychiques. Paris : La méridienne, Desclée de Brouwer ; 2007.
- Leplus-Habeneck JS, Bioy A. Incertitude et présentification en hypnose clinique. In : *psycho-oncologie* 2018 ; 12 : 263-266.
- Menard A. Affirmation de soi et confiance en soi. In : Bioy A, Célestin-Lhopiteau I. Aide mémoire Hypnothérapie et hypnose médicale en 57 notions. Paris : Dunod ; 2014. p :280-285.
- Ostermann G. Présence, hypnose et travail de résilience. *Tranes* 2019 ; 7 : 81-90.
- Prieur N Hypnose et processus thérapeutique. *La lettre du psychiatre* 2013 ; 9 : 177-181.
- Pucheu S. La guérison psychique du cancer ou le retour à l'harmonie du moi. *Revue Francophone de Psycho-oncologie* 2004 ; 2 : 61-64.
- Reich M. Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique. *L'information psychiatrique* 2009 ; 85 : 247-254.
- Roustang F. Il suffit d'un geste. Paris : Editions Odile Jacob ; 2003.
- Tellez A, Juarez-Garcia DM, Jaime-Bernal L, Medina de la Garza CE, Sanchez T. The effect of hypnotherapy on the quality of life in women with breast cancer. *Psychology in Russia : state of the art* 2017 ; 10 : 229-240.
- Van Loey C. Du microtraumatisme à la guérison, traiter l'émotion traumatique par l'hypnose et l'EMDR. Paris : Editions Dangles ; 2009.

Site internet :

- [www.congrès-sfpo.com/uploads/fabro](http://www.congrès-sfpo.com/uploads/fabro)
- [www.e-cancer.fr/Professionnels-de-santé/Les-chiffres-du-cancer-en-france/Epidémiologie-des-cancers/les-cancers-les-plus-fréquents/cancer-du-sein](http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-santé/Les-chiffres-du-cancer-en-france/Epidémiologie-des-cancers/les-cancers-les-plus-fréquents/cancer-du-sein)

# Annexes



**CGFL**  
CENTRE GEORGES  
FRANÇOIS LECLERC

**DIRECTEUR GENERAL**  
Professeur C. COUTANT  
Email : [ccoutant@cgfl.fr](mailto:ccoutant@cgfl.fr)

Secrétariat :  
Tél : +33 (0)3 80 73 75 01  
Fax : +33 (0)3 80 73 77 99  
Email : [klecointe@cgfl.fr](mailto:klecointe@cgfl.fr)

CC/KL.19.05.146

Dijon, le 13 mai 2019

Je soussigné, Professeur Charles COUTANT, Directeur Général du Centre de Lutte Contre le Cancer, Georges-François Leclerc, sis 1 rue Pr Marion à Dijon, autorise Madame Rachel DAMERON, Responsable de l'Unité de Psycho-Oncologie du CGFL, à citer le Centre Georges-François Leclerc dans le cadre du mémoire qu'elle prépare pour son DU d'Hypnothérapie, portant sur le thème de l'accompagnement de patientes atteintes de cancer du sein, dans la phase de l'après cancer.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Professeur C. COUTANT,  
Directeur Général.

## Hypnose et Après-cancer

Comment l'hypnose peut permettre d'accompagner des femmes atteintes de cancer du sein, dans la phase de l'après-cancer : prémices d'une remise en mouvement d'une patiente en relation avec son thérapeute.

### Résumé :

Cette étude s'intéresse à la question de l'apport de l'hypnothérapie dans l'accompagnement des femmes atteintes de cancer du sein, dans la phase de l'après-cancer.

Une revue théorique des travaux existants sur l'hypnose et le cancer du sein a été réalisée mettant en évidence une majorité d'études sur l'utilisation de l'hypnose médicale dans la prise en charge du cancer du sein.

A travers une situation clinique, nous avons voulu observer comment l'introduction de l'hypnothérapie dans le cadre d'un suivi psychothérapeutique pouvait permettre à travers les éprouvés corporels, de travailler la question du trauma lié à la maladie, de favoriser le réinvestissement d'un corps mutilé et de renforcer, par la mise en avant des ressources, l'estime de soi, nécessaire dans cette phase de l'après-cancer.

Les observations cliniques témoignent de l'intérêt de l'hypnothérapie, dans cette phase de l'après-cancer, dans une dynamique de complémentarité avec les entretiens cliniques.

L'hypnose est venue réinterroger nos pratiques et notre positionnement au sien de la relation thérapeutique.

Mots-clés : Hypnothérapie. Cancer du sein. Après-cancer. Trauma. Estime de soi.