

HYPNOSE QUÉBEC

DÉCEMBRE 2022
VOL. 19
NO. 1



Société
Québécoise
d'Hypnose inc.

Bulletin de liaison de
la Société Québécoise
d'Hypnose

MOT DE LA PRÉSIDENTE

Chers membres de la Société québécoise d'hypnose,

Cette année 2022 qui s'en va aura été pour nous toutes et pour nous tous une année de grands défis dans le contexte de cette pandémie vieillissante, mais aussi de grande fierté.

Vous avez déjà modifié considérablement vos pratiques. Notre travail va continuer en 2023 pour remplir notre mission de servir la population québécoise, cela dans le respect des valeurs éthiques de notre engagement dans la Société québécoise d'hypnose et dans le respect des valeurs éthiques de nos professions respectives.

La Société québécoise d'hypnose est fière d'appartenir à l'International Society of Hypnosis (ISH) ainsi qu'à la Confédération francophone d'Hypnose et de Thérapies

Dre Françoise Agi Spatz, docteure en médecine dentaire

brèves (CFHTB), et c'est notre fierté d'adhérer au code d'éthique de ces sociétés dans la continuité de nos valeurs communes.

Nous vous souhaitons, ainsi qu'à vos proches, de Joyeuses Fêtes ainsi qu'une merveilleuse année 2023 avec de la joie, du succès, de la réussite et de la santé.

Ensemble, faisons grandir l'hypnose au Québec.

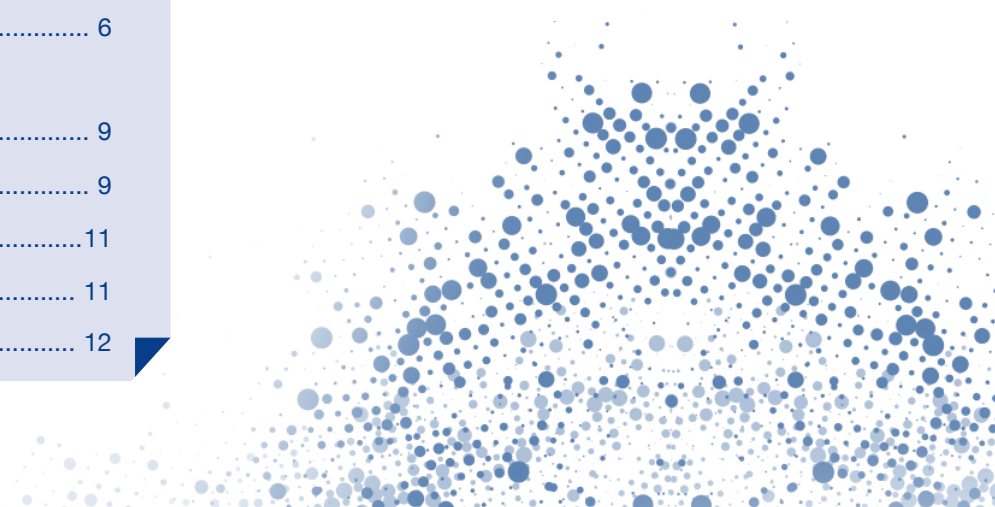
Chaleureusement,

Françoise Agi Spatz,

Présidente de la Société québécoise d'hypnose

SOMMAIRE

Mot de la présidente	1
Mot de la coordination	2
Former les professionnels des cliniques en gestion de la douleur chronique à l'hypnose communicationnelle pour aider nos patients	2
L'hypnose ou l'expérience de la guérison	6
Compte rendu de l'assemblée générale de la SQH du 25 novembre 2022	9
Ateliers de formation à venir	9
Remerciements	11
Invitation à la publication	11
Hypnose Québec	12



MOT DE LA COORDINATION

Gilles Michel Ouimet, psychologue | vice-président aux communications

Dans le sillage de notre dernier congrès et dans le saut vers 2023, il me fait plaisir de vous présenter deux articles. Le premier, d'Éloïse Cardinal et David Ogez, porte sur l'utilisation de l'hypnose communicationnelle dans la gestion de la douleur chronique. Le second, de Gilles Michel Ouimet, traite du processus hypnotique de guérison.

J'attire votre attention sur le programme des prochaines formations : une formation de base les 4-5 et 18-19 février à Montréal, une formation intermédiaire en avril à Québec (dates à confirmer) et une formation avancée en hypnose péri-opératoire les 25-26 mars à Montréal.

FORMER LES PROFESSIONNELS DES CLINIQUES EN GESTION DE LA DOULEUR CHRONIQUE À L'HYPNOSE COMMUNICATIONNELLE POUR AIDER NOS PATIENTS

Éloïse Cardinal, étudiante en neurosciences cognitives | **David Ogez**, psychologue

« J'adhère et coopère pleinement aux stratégies mises en place. J'essaie tout ce qu'on me propose pour soulager mes douleurs : médicaments, mésothérapie, kinésithérapie, psychothérapie, massages, acupuncture, relaxation, cures thermales. Mais la bonne volonté ne suffit pas et il n'y a pas de solution miracle. Je comprends que le soulagement de la douleur repose sur ces principes essentiels : accepter ce qu'on ne peut pas changer, intégrer que la douleur fait partie de mon corps, écouter mon corps en respectant ses limites, accueillir la douleur pour moins de souffrance et s'adapter chaque jour parce que l'acceptation est un chemin et un engagement dans la durée. Il me faudra du temps et du travail pour retrouver une qualité de vie satisfaisante. Je ne m'attendais pas à ce que ce soit si complexe. » Jocelyne Paderi, femme de 45 ans atteinte de douleur chronique (1).

Le témoignage de Mme Paderi démontre parfaitement la complexité et l'emprise que peut avoir la douleur chronique sur la vie de la personne souffrante. Selon l'Association internationale pour l'étude de la douleur, la douleur correspondrait à « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée ou ressemblant à celle associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle » (2). La douleur peut se sous-diviser en deux catégories. La première, la douleur aiguë, serait de cause connue, de courte durée et se résorberait généralement avec la guérison des dommages physiques. En cas d'absence ou de mauvaise gestion de ce type de douleur, celle-ci augmenterait la sensibilité du système nerveux nocicepteur (système nerveux de la douleur) et les risques de chronicisation de la douleur.

La deuxième, la douleur chronique (DC), serait ainsi une douleur aiguë qui perdurerait depuis plus de trois mois et serait le fruit d'une réorganisation du système nocicepteur (3, 4). Ce type de douleur a récemment été reconnu comme une maladie à part entière par l'Organisation Mondiale de la Santé dans leur dernière classification internationale de maladie, validant ainsi l'expérience de millions de personnes à travers le monde souffrant de douleurs chroniques (5).

Les problèmes reliés à la douleur correspondraient à 80 % des visites chez le médecin (6). Ainsi, la DC coûterait de manière directe et/ou indirecte à l'État (p. ex., dépenses de soins, coût de productivité) aux alentours de 55 milliards de dollars canadiens par année (7). Au Canada, la DC toucherait une personne sur quatre au courant de sa vie. Cette prévalence serait encore plus importante auprès des personnes de 65 ans et plus, touchant un Canadien sur trois (8). Ces chiffres sont encore plus consternants sachant que cette proportion souffrante de la population canadienne risque de s'accroître dans les années à venir dû au vieillissement notoire démographique (9).

IMPACTS MULTIFACTORIELS DE LA DOULEUR CHRONIQUE

Les impacts de la DC sur la personne souffrante et sur son entourage sont multiples et d'envergure : réduction de la qualité de vie, de l'espérance de vie, de la santé mentale, des connexions et du soutien social, de la productivité, augmentation du risque de suicide, du stress, de la fatigue, d'absences à l'école, etc. Ils affectent son

FORMER LES PROFESSIONNELS DES CLINIQUES EN GESTION DE LA DOULEUR CHRONIQUE À L'HYPNOSE COMMUNICATIONNELLE POUR AIDER NOS PATIENTS (SUITE)

fonctionnement global, en plus de lui causer de la détresse additionnelle. Ces conséquences seraient encore plus importantes pour des populations marginalisées ou stigmatisées telles que celles vivant sous le seuil de la pauvreté, les femmes, les peuples des Premières Nations et certaines population ethniques (10, 11).

Toutefois, malgré la demande criante pour la prise en charge de la DC, il existe un manque flagrant de services. En effet, au Canada, une personne sur deux souffrant de DC fait face à des temps d'attente de six mois à quatre ans. Cette attente augmente le niveau d'anxiété et de stress de la personne, en plus de laisser tout le temps à la douleur de se chroniciser et de réduire les chances de succès thérapeutique (12, 13). L'amalgame de tous ces facteurs limitants pour la personne (temps d'attente, manque de service, diminution de conditions de vie) atteste de la nécessité de développer des protocoles de prise en charge adaptés à la DC afin d'améliorer considérablement la qualité de vie des patients.

COMMENT TRAITER LA DOULEUR CHRONIQUE

Parmi les méthodes permettant de soulager temporairement la souffrance des personnes atteintes de DC, le traitement pharmaceutique demeure la plus commune. En effet, la prise d'opioïdes est la forme d'analgésique la plus couramment utilisée. Malheureusement, l'amorçage de ce type de traitement sans plan d'action précis préétabli, ainsi que le renouvellement de prescriptions sans questionnements approfondis sont monnaie courante. Les conséquences de ce manque de rigueur médicale amènent plusieurs personnes à se retrouver de manière non-intentionnelle en thérapie prolongée par les opioïdes et tous les effets secondaires qui en découlent (p. ex., dépendance, mauvaise utilisation, abus) (14-16). De plus, leur utilisation comme traitement unique reste limitée et peu efficace (17). Additionnellement, s'ajoutent au fardeau porté par les personnes souffrant de DC les autres procédures médicales utilisées en clinique de gestion de la douleur (p. ex., bloc stellaire, infiltrations, épidurales) qui s'avèrent invasives et génèrent de l'anxiété et de la douleur additionnelles chez des patients.

Pour toutes ces raisons, les experts recommandent l'établissement d'interventions non pharmacologiques complémentaires (p. ex., relaxation en pleine conscience, activité physique en gestion de douleur, musicothérapie). Celles-ci amèneraient plusieurs bienfaits au niveau de la santé globale des patients. Elles permettraient une prise

en charge rapide, une meilleure autogestion des douleurs chez les patients, en plus de réduire leur consommation d'opioïdes (18). De plus, elles permettraient d'accompagner les patients lors des procédures médicales pouvant s'avérer douloureuses (19).

L'HYPNOSE MÉDICALE COMME TRAITEMENT NON-PHARMACEUTIQUE

Parmi les méthodes non pharmaceutiques potentielles, l'hypnose médicale démontre des résultats concluants dans la réduction de la douleur et de la détresse procédurale. Toutefois, ses bienfaits ne se limitent pas qu'à la réduction de ces deux types de souffrances. En effet, une étude menée par Lang et collègues a démontré que l'hypnose utilisée lors de procédures médicales et/ou de chirurgies permettrait non seulement une diminution de la détresse lors des procédures médicales, mais aussi du niveau d'anxiété, du temps de récupération, du temps d'intervention et de la prise de médication. En effet, ces auteurs ont démontré que l'hypnose s'avérait efficace comme alternative à la sédation consciente par intraveineuse de narcotique lors de chirurgies (20). Cette étude n'est pas la seule démontrant des résultats probants de l'utilisation de l'hypnose en milieu médical (21). Cette approche non pharmaceutique permettrait ainsi de réduire les coûts reliés aux substances analgésiques, en plus de réduire le temps d'intervention de l'équipe médicale et de rétablissement des patients.

COMMENT ÊTRE AILLEURS LORS DE SES SOINS

L'hypnose communicationnelle (HC), une forme simplifiée de l'hypnose médicale, a elle aussi démontré des résultats concluants au niveau de la réduction de la douleur et détresse procédurale (22, 23). Cette forme de communication intègre plusieurs éléments linguistiques de l'hypnose médicale tels que le recadrage, la métaphore, la suggestion et la répétition verbale. Une des stratégies clés de ce type d'approche est la redirection de l'attention des patients vers des images mentales relaxantes et apaisantes plutôt que sur la source de stress, de douleur ou de pensées/sentiments désagréables. Cette approche nécessite un partenariat étroit entre le patient et la personne soignante afin de bâtir un espace mental personnalisé choisi par le patient. L'absorption en ce lieu imaginaire permet ainsi de rendre l'expérience de la procédure et/ou de la chirurgie la plus agréable possible pour le patient (24).

FORMER LES PROFESSIONNELS DES CLINIQUES EN GESTION DE LA DOULEUR CHRONIQUE À L'HYPNOSE COMMUNICATIONNELLE POUR AIDER NOS PATIENTS (SUITE)

SOUS-UTILISATION DE L'HYPNOSE COMMUNICATIONNELLE EN MILIEU MÉDICAL

Malgré les bénéfices indéniables de l'utilisation de l'HC en institutions médicales, peu de cliniques de gestion de la douleur y ont recours au Québec. En effet, l'enjeu de temps étant central dans le système de santé, des préjugés entourant cette pratique non pharmaceutique perçue comme chronophage la rendent sous-utilisée. Ceux-ci existent malgré les études démontrant l'effet inverse d'économie de temps qu'a cette procédure (25). De plus, la technique et son efficacité qui restent encore trop méconnues du grand public, ainsi que du corps médical, n'aide en rien son implantation en clinique. Additionnellement, plusieurs études sur l'HC font appel à des personnes professionnelles spécialisées en hypnose en plus du personnel médical présent lors de la procédure, ce qui ajoute à la complexité

des opérations et aux coûts associés (26-29). Cet enjeu ajoute aux facteurs limitant l'utilisation de l'HC en milieu médical.

NÉCESSITÉ DE FORMER LE PERSONNEL SOIGNANT

Afin de pouvoir bénéficier des effets indéniablement avantageux de l'HC et d'ainsi réduire la souffrance des patients atteints de DC, il faut remédier à cette sous-utilisation de l'HC en milieu médical. Il est donc nécessaire de former le corps médical dans le but de réduire ses préjugés sur l'HC et les coûts associés à l'utilisation de cette technique. Ainsi, les membres du personnel soignant des cliniques en gestion de la douleur chronique (p. ex., inhalothérapeutes, infirmiers) pourront utiliser cette technique simple qu'est l'HC tout en prodiguant leurs soins habituels, et par le fait même, contribuer au mieux-être des patients.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Paderi, J. (2015). **La douleur chronique : témoignage de patiente. La complexité de la douleur chronique, 14e rencontre du Réseau Régional Douleur en Basse-Normandie.** <https://sedinfrance.org/wp-content/uploads/2018/12/Temoignage-douleur-chronique.pdf>.
- (2) IASP (2020). **IASP Revises Its Definition of Pain for the First Time Since 1979.**
- (3) Santé Canada (2019, août 8). **Canadian Pain Task Force Report : June 2019 [Transparency - other].** <https://www.canada.ca/en/health-canada/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/canadian-pain-task-force/report-2019.html>.
- (4) Voscopoulos, C., Lema, M. (2010). **When does acute pain become chronic ? British Journal of Anaesthesia, 105, i69-i85.** <https://doi.org/10.1093/bja/aeq323>.
- (5) ICD-11 (2022). **Savoir attendre pour que la vie change.** <https://icd.who.int/en>.
- (6) Ibid. (2015).
- (7) Wilson, M.G., Lavis, J.N., Ellen, M.E. (2015). **Supporting chronic pain management across provincial and territorial health systems in Canada : Findings from two stakeholder dialogues. Pain Research & Management : The Journal of the Canadian Pain Society, 20 (5), 269-279.**
- (8) Schopflocher, D., Taenzer, P., Jovey, R. (2011). **The prevalence of chronic pain in Canada. Pain Research & Management : The Journal of the Canadian Pain Society, 16 (6), 445-450.**
- (9) Supra note 3.
- (10) Allan, B., Smylie, J. (2015). **First Peoples, Second Class Treatment, The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada.**
- (11) Institute of Medicine (2011). **Relieving Pain in America : A Blueprint for Transforming Prevention, Care, Education, and Research. National Academies Press (US).** <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK91497/>.
- (12) Choinière, M., Peng, P., Gilron, I., Buckley, N., Williamson, O., Janelle-Montcalm, A., Baerg, K., Boulanger, A., Renna, T. D., Finley, G. A., Intrater, H., Lau, B., Pereira, J. (2020). **Accessing care in multidisciplinary pain treatment facilities continues to be a challenge in Canada. Regional Anesthesia & Pain Medicine, 45 (12), 943-948.** <https://doi.org/10.1136/rapm-2020-101935>.

BIBLIOGRAPHIE (SUITE)

- (13) Lynch, M. E., Campbell, F., Clark, A. J., Dunbar, M. J., Goldstein, D., Peng, P., Stinson, J., Tupper, H. (2008). **A systematic review of the effect of waiting for treatment for chronic pain.** *PAIN*, **136 (1)**, 97-116. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.06.018>.
- (14) Pagé, M.G., Kudrina, I., Zomahoun, H.T. V., Ziegler, D., Beaulieu, P., Charbonneau, C., Cogan, J., Daoust, R., Martel, M.O., Néron, A., Richebé, P., Clarke, H. (2018). **Relative frequency and risk factors for long-term opioid therapy following surgery and trauma among adults : A systematic review protocol.** *Systematic Reviews*, **7**, 97. <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0760-3>.
- (15) Supra note 12.
- (16) Choinière, M., Dion, D., Peng, P., Banner, R., Barton, P.M., Boulanger, A., Clark, A.J., Gordon, A.S., Guerriere, D.N., Guertin, M.C., Intrater, H.M., Lefort, S.M., Lynch, M.E., Moulin, D.E., Ong-Lam, M., Racine, M., Rashiq, S., Shir, Y., Taenzer, P., Ware, M. (2010). **The Canadian STOP-PAIN project – Part 1 : Who are the patients on the waitlists of multidisciplinary pain treatment facilities ?** *Canadian Journal of Anesthesia*, **57 (6)**, 539-548. <https://doi.org/10.1007/s12630-010-9305-5>.
- (17) Supra note 12.
- (18) Canada, S. (2020, novembre 6). **Rapport du groupe de travail canadien sur la douleur : Septembre 2020 [Transparence - autre].** <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/mobilisation-publique/organismes-consultatifs-externes/groupe-travail-douleur-chronique/rapport-2020.html>.
- (19) Accardi, M.C., Milling, L. S. (2009). **The effectiveness of hypnosis for reducing procedure-related pain in children and adolescents : A comprehensive methodological review.** *Journal of Behavioral Medicine*, **32 (4)**, 328-339. <https://doi.org/10.1007/s10865-009-9207-6>.
- (20) Lang, E.V., Benotsch, E.G., Fick, L.J., Lutgendorf, S., Berbaum, M.L., Berbaum, K.S., Logan, H., Spiegel, D. (2009). **Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures : A randomised trial.** *The Lancet*, **355 (9214)**, 1486-1490. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02162-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02162-0).
- (21) Langlois, P., Perrochon, A., David, R., Rainville, P., Wood, C., Vanhaudenhuyse, A., Pageaux, B., Ounajim, A., Lavallière, M., Debarnot, U., Luque-Moreno, C., Roulaud, M., Simoneau, M., Goudman, L., Moens, M., Rigoard, P., Billot, M. (2022). **Hypnosis to manage musculoskeletal and neuropathic chronic pain : A systematic review and meta-analysis.** *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, **135**, Article 104591. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104591>.
- (22) Accardi, M.C., Milling, L. S. (2009). **Op. Cit.**
- (23) Geagea, D., Tyack, Z., Kimble, R., Eriksson, L., Polito, V., Griffin, B. (2021). **Hypnotherapy for Procedural Pain and Distress in Children : A Scoping Review Protocol.** *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, **22 (12)**, 2818-2826. <https://doi.org/10.1093/pm/pnab038>.
- (24) Arbour, C., Tremblay, M., Ogez, D., Martineau-Lessard, C., Lavigne, G., Rainville, P. (2022). **Feasibility and acceptability of hypnosis-derived communication administered by trained nurses to improve patient well-being during outpatient chemotherapy : A pilot-controlled trial.** *Supportive Care in Cancer*, **30 (1)**, 765-773. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06481-6>.
- (25) Supra note 20.
- (26) Supra note 21.
- (27) Adinolfi, B., Gava, N. (2013). **Controlled outcome studies of child clinical hypnosis.** *Acta Bio-Medica*, **84 (2)**, 94-97.
- (28) Birnie, K.A., Noel, M., Parker, J.A., Chambers, C.T., Uman, L.S., Kisely, S.R., McGrath, P.J. (2014). **Systematic Review and Meta-Analysis of Distraction and Hypnosis for Needle-Related Pain and Distress in Children and Adolescents.** *Journal of Pediatric Psychology*, **39 (8)**, 783-808. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu029>.
- (29) Kuttner, L. (2012). **Pediatric hypnosis : Pre-, peri-, and post-anesthesia.** *Paediatric Anaesthesia*, **22 (6)**, 573-577. <https://doi.org/10.1111/j.1460-9592.2012.03860.x>.

L'HYPNOSE OU L'EXPÉRIENCE DE LA GUÉRISON

Gilles Michel Ouimet, psychologue

Et la guerre éclata...

Dans sa lettre de réponse à Albert Einstein qui lui demandait pourquoi les hommes se font la guerre, Sigmund Freud formule une hypothèse : les instincts se ramènent à deux catégories. D'une part, une pulsion de vie veut conserver et unir. D'autre part, une pulsion de mort veut détruire et tuer. Afin de protéger l'être humain, cette pulsion de mort doit être dirigée vers l'extérieur, mais elle doit aussi être canalisée et liée à la pulsion de vie. Ainsi, les liens d'identification entre êtres humains, sur lesquels repose l'édification de la société, constituent un puissant antidote à la guerre (1).

Cet article se situe en marge d'une expérience de formation continue avec des soignants ukrainiens aux prises avec une population entière psychotraumatisée. Il fallait soigner et vite. Il fallait trouver des moyens pour composer avec une détresse de grande envergure. J'ai proposé deux concepts sous-jacents aux interventions : *l'attitude hypnotique et l'enveloppe ou coquille protectrice*.

L'identification à l'autre est source de relation, de soin et de réparation. L'autre auquel on ne s'identifie pas devient désincarné ou, pire, l'ennemi à éliminer. Il faut aussi considérer que la guerre à l'extérieur de soi déclenche une autre guerre, celle à l'intérieur de soi. Elle ébranle et ravage notre cohésion interne. Il y a fracture et débordement, trop plein et chaos, l'essence du psychotrauma.

Il y a de petites guerres. Ce sont les épreuves, les conflits de la vie de tous les jours. Parfois ils s'imposent à tout le reste de la vie. Ils obscurcissent le bonheur, le bien-être. Ils mettent en péril des relations jusque-là nourissantes. Parfois il y a des guerres fratricides à grande échelle. Parfois il y a aussi des génocides.

Dans tous ces cas, l'être humain ne peut rester impuissant. Il doit réagir, se défendre, s'adapter, comme on dit *passer au travers*. C'est dans cette perspective que devient essentielle la création d'une coquille protectrice à l'intérieur de laquelle il est possible de se réfugier, se soigner et se guérir. Pas individuellement, mais bien les uns les autres. Les uns avec les autres. Ici, l'hypnose n'est pas une technique. Elle est un état, une attitude, un processus collectif de guérison.

Dans le secours émotionnel, on ne peut pas être vraiment crédible si l'on ne touche pas, si l'on n'est pas touché, si l'on reste à distance et dissocié de l'autre – dissimulé derrière

le silence ou l'écran (qui fait justement écran), sans palper la détresse et montrer visiblement qu'on la ressent. C'est cela qui guérit. C'est l'expérience *d'être avec*.

Où est l'hypnose dans cela ? Dans la coquille elle-même. C'est un état que l'on fabrique, qui se dessine et se construit. Chacun pose sa pierre, ou son bloc de glace si on se représente l'igloo. C'est sécurisant, un igloo. Il n'y a pas d'angles. Il n'y a que des rondeurs qui enveloppent et qui protègent.

La métamorphose liée à la guérison psychique porte en son centre ce que j'appellerais le *cœur du réacteur*. Pour guérir d'un manque, d'un trauma, d'une carence ou d'une blessure, il faut en parler, et arriver à en parler avec émotion, comme si la personne était soudainement replongée dans l'événement. Le fait de parler, d'exprimer, d'évacuer, de sortir de soi l'objet dévastateur est déjà une chose, mais cela ne suffit pas.

Il faut ensuite que ce soit communiqué à quelqu'un d'autre. Ce quelqu'un est le soignant qui a le courage de s'emparer de cette matière et de la porter. On peut penser à des déchets toxiques dont quelqu'un veut se départir. Le soignant est cette personne qui va les prendre pour en délivrer le patient. Il faut donc que celui-ci confie quelque chose de lui-même et que le soignant le prenne à bras ouverts. Il y a ainsi transmission et délivrance. Le soignant doit disposer de sa propre méthode de compostage, sa fosse septique ou n'importe quel outil lui permettant de dissoudre cette matière dangereuse et toxique. Cela doit être presque un procédé breveté de dissolution. Il devient ainsi une sorte de broyeur. S'il est capable de faire cela, il peut avaler des tonnes de déchets sans problème. Le cœur du réacteur fonctionne alors à plein régime.

Ce n'est pas tout. Le soignant doit ensuite valider l'histoire du sujet. Il doit la rendre réelle, objective. Quand un patient se raconte, il dit souvent qu'il a l'impression d'inventer. Il dit qu'il n'est pas certain que les choses soient arrivées de cette manière. Il n'est pas sûr. Il doute de lui et de tout. Le soignant est celui dont le discernement permettra de distinguer ce qui apparaît véritable de ce qui est hypothétique ou fantasmé. Cette tâche lui met une grande responsabilité sur les épaules. Ce n'est que son expérience, sa propre analyse (son propre traitement psychique), son jugement clinique, avec quelques connaissances théoriques, qui lui permettront de différencier le probable de l'improbable.

L'HYPNOSE OU L'EXPÉRIENCE DE LA GUÉRISON (SUITE)

Ce n'est pas encore tout. Lorsque la personne se raconte et revit l'expérience pénible, douloureuse, conflictuelle ou traumatique, lorsque le récit est clair et que l'émotion est présente comme dans une *catharsis* (expérience intensément revécue émotionnellement), le soignant doit être empathique, ce qui signifie *souffrir avec*. Il doit saisir cette souffrance à pleines mains et, en même temps, à ce moment précis, il doit être comme le bon parent avec l'enfant en détresse. Le bon parent absorbe la douleur et la détresse de l'enfant, mais sans jamais se laisser submerger. Le bon parent dédramatise, réconforte, soigne et aide l'enfant à faire avec (2). Un très bel exemple, mais idéalisé, se trouve dans le film *La vita è bella* de Benigni (3). C'est un exemple extrême, mais nombre de parents arrivent à rassurer leurs enfants face à des situations catastrophiques pendant même leur avènement.

Je me rappellerai toujours ce patient que je vois pour la première fois par une très chaude journée d'été. Je n'ai pas de climatiseur dans mon bureau. Il doit faire 38 ° dans la pièce. Je profite d'une accalmie des travaux de voirie au dehors dans la rue pour ouvrir ma fenêtre. Dix minutes après le début de la consultation, les travaux reprennent en faisant de la poussière et un tapage infernal. Je me lève pour aller fermer la fenêtre. Mon patient m'arrête aussitôt. Il me dit : Non, laissez ouvert, cela me rappelle mon enfance pendant la guerre à Beyrouth ! Il m'explique voir les bombardements, des gens étendus au sol, du sang, la chaleur, la poussière, les détonations, les bruits d'effondrement. Tout cela est devenu pour lui un souvenir agréable dont il ne veut pas se départir parce qu'il était bien protégé et qu'il se savait bien protégé. Il a fait l'expérience de la guerre civile dans une bulle de protection.

J'ai eu le privilège, il y a plusieurs années, de travailler avec des militaires libanais suite à un assassinat politique. J'ai lu beaucoup sur la guerre civile. J'ai pu rencontrer le journaliste Robert Fisk qui a écrit sur cette guerre et sur le Moyen-Orient (4, 5). J'en ai tellement discuté que c'est comme si je l'avais un peu personnellement vécue, cette guerre civile. Alors, quand mon patient me la décrit de l'intérieur, je sais exactement ce dont il parle. Et je comprends tout de suite quelle expérience de protection il a vécue.

Lorsque la personne soignée éprouve sa détresse ultime dans le souvenir relaté vocalement, et émotionnellement, le soignant agit comme le parent protecteur. Mais il doit faire plus encore. Il doit fournir les mots qui vont permettre à cette personne

d'exprimer, de contenir et de faire avec. *Faire avec* est une expression et une expérience au cœur de la guérison. Elle est indissociable d'être avec et, comme le dit Marc Galy, d'*être là* pour l'autre (6). C'est ce travail que nous avons pu faire avec un couple de parents en détresse.

Nous, ce sont des étudiants et moi dans le cadre de cours de psychologie clinique qui se sont déroulés sur une période d'un an. Ces parents avaient perdu leur fils unique qui avait péri dans une noyade. Pendant cette année, nous les avons reçus semaine après semaine, écoutés, aidés à dire, exprimer, revivre, ressentir, crier la colère et l'injustice, vivre la lente tristesse qui désormais ne les quitterait plus. Les mots sont des outils qui permettent de contenir et de maîtriser la réponse à l'expérience traumatique. *C'est la parole qui guérit* (7).

Les mots sont essentiels, mais ils ne suffisent pas. Il faut l'enveloppe, l'igloo, la coquille protectrice. C'est ce que nous leur avons fourni, nous les soignants. Nous avons servi d'enveloppe et de coquille. Nous nous sommes émotionnellement connectés à eux. Je dirais même aussi spirituellement. Nous avons installé un champ hypnotique grâce à un ensemble de consignes suivies à la lettre par les participants. Par exemple, se préparer à la période de cours en silence à partir du moment où chacun petit à petit arrive et s'installe. Ensuite la disposition : le cercle mythique auquel chacun fait partie et non pas la position d'un intervenant face à un patient avec des observateurs cachés derrière un miroir unidirectionnel. Et puis le droit aux mots, aux silences, et aux émotions.

Dans cette ambiance flotte un rythme, une atmosphère, une présence rassurante en même temps qu'empathique et compatissante, mais sans tomber dans la formation réactionnelle (au sens psychanalytique du mécanisme de défense), et un accompagnement auquel chacun collabore, dans une cadence qui s'arrime parfaitement avec le discours de ces parents affligés. Chacun parle. Un à la fois, sans se précipiter, en prenant soin de s'assurer que ces parents sont prêts à recevoir leurs propos. La lenteur des échanges concourt à l'enveloppement, comme une mère tient contre elle son bébé. Ce bébé est en sécurité, il est protégé de tout. Cette mère l'ignore, mais elle installe une sphère hypnotique autour de son enfant.

Petit à petit, ces parents ont aménagé leur espace de guérison – au sens figuré, mais aussi au sens propre dans leur maison. Depuis, la plaie s'est refermée et la cic-

L'HYPNOSE OU L'EXPÉRIENCE DE LA GUÉRISON (SUITE)

trice s'amincit graduellement. À travers cette expérience hors de l'ordinaire, chacun des soignants s'est un peu guéri de certains de ses propres épreuves et traumatismes. Mais plus que tout, chacun reste profondément imprégné par la magie de ce climat hypnotique. J'en ai reparlé depuis à quelques reprises avec les participants et les parents. Désormais, chacun porte en lui cette expérience de guérison. Elle est devenue un lieu interne de protection qui agit comme un aimant, comme le cœur du réacteur, pour dissoudre les séquelles des nouvelles épreuves et tracas de la vie quotidienne, sinon un point de référence expérientiel et émotionnel pour se libérer des conséquences de petits ou grands psychotraumas qui sèment notre parcours de vie.

La population ukrainienne demeure, quant à elle, toute entière encore captive, à la merci de la déraison d'un ennemi. Dans nos consultations auprès des soignants, comme mentionné plus haut, nous avons favorisé l'application des états liés à l'*attitude hypnotique* et à la *coquille protectrice* auprès des familles et des militaires (8, 9, 10). La problématique que vivent ces derniers est le peu de formation reçue avant d'aller se battre au front. Tous les citoyens sont réquisitionnés, de toutes les strates : le boucher, le dentiste, la caissière, le comptable, le commis, etc. Ils demeurent en opération des semaines ou des mois avant de pouvoir bénéficier d'une permission de quelques jours. De retour dans leur famille, il leur est impossible de décrire les atrocités subies et infligées. Ce sont des psychotraumas au premier degré. En mettant

le pied sur le champ de bataille, ces militaires sont déjà en voie d'être blessés psychologiquement. Les proches, qui les perçoivent comme des sauveurs et des héros, les glorifient. Mais eux sont comme des jouets cassés qui portent en eux des émotions violentes et confuses impossibles à mettre en mots.

Avec nos instructions, les soignants sur place se rendent disponibles pour créer avec eux un univers hypnotique de guérison, leur permettre de parler, de ventiler, d'être compris et apaisés. La restauration ne pourra cependant être complétée car ces militaires devront aussitôt remettre leur armure (au sens propre et figuré) et retourner à leurs fonctions de protection de la nation, tandis que les soignants eux-mêmes devront aussi être mis à contribution en tant que combattants pour sauver cette nation.

Les familles vivent leur douleur dans un état de terreur et d'impuissance. L'entraide, comme une fleur qui pousse à travers le macadam, survit au rythme des frappes aériennes. Ce sont des groupes de soutien pour des enfants orphelins, ou pour les familles dont le père est décédé au combat. À grande échelle, c'est l'essoufflement et l'épuisement pour tous. Avec la détresse et l'isolement qui en résulte. Une fois cette guerre finie, il faudra déployer beaucoup de chantiers de guérison dans des espaces psychologiquement sécurisés et protégés pour réparer ces multiples blessures collectives. Le titre de l'ouvrage de Fisk prend ici tout son sens et s'applique plus que jamais : *Pity the nation* (4).

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Pons, A.M. (2003). **Pourquoi la guerre ? Réflexions d'Albert Einstein et de Sigmund Freud sur le sujet.** *Bulletin de la Société Psychanalytique de Montréal*, 15 (2-3).
- (2) Winnicott, D.W. (1996). **La mère suffisamment bonne.** Paris : Payot, 2006.
- (3) Benigni, R. (1997). **La vita e bella. Œuvre cinématographique. Production italienne.**
- (4) Fisk, R. (1990). **Pity the Nation.** New York : Nation Books.
- (5) Fisk, R. (2005). **The Great War for Civilisation.** New York : Harper Collins.
- (6) Galy, M. (2018). **Être là.** Paris : Flammarion.
- (7) Marc, E. (2011). **La parole qui guérit.** *Gestalt*, 1 (39), 49-57.
- (8) Ouimet, G.M. (2020). **L'attitude hypnotique.** *Hypnose Québec*, 17 (1), 3-5.
- (9) Ouimet, G.M. (2022). **Psychological Interventions for War Psychotraumas in Ukraine: Theory and Practice.** Document inédit pour le réseau Healing Together, Kiev.
- (10) Ouimet, G.M. (en préparation : 2023). **Psychological Interventions for War Psychotraumas in Ukraine: Families Survival Kit.** Document inédit pour le réseau Healing Together, Kiev.

COMPTE RENDU DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 25 NOVEMBRE 2022

Pauline Bernier, psychologue

Comme à chaque année, l'assemblée générale s'est tenue dans le cadre de notre 34^e congrès annuel. 23 membres y ont assisté en présence et 12 en Zoom, pour un total de 35 sur 200 membres en règle (neuf dentistes, 10 médecins, 150 psychologues, neuf psychologues retraités, 20 psychothérapeutes, deux membres étudiants auxquels s'ajoutent quatre membres honoraires et huit membres associés).

Les principaux dossiers sur la table de travail des administrateurs au cours de l'année ; les formations (Dr David Ogez) qui ont repris : trois formations de base (Québec, Longueuil, Montréal) et une formation intermédiaire (Montréal) : le comité scientifique (Dr David Ogez) dont le mandat et le nombre de membres se sont élargis ; la 6^e révision des Statuts et règlements (Mme Pauline Bernier) acceptée à l'assemblée générale ; la réflexion sur l'ouverture de la Société à d'autres professionnels de la santé qui désirent être formés à l'hypnose pour faciliter leur travail clinique (anxiété chez leurs patients et douleur procédurale ou liée à la maladie).

Ce dossier sur la possibilité de créer une nouvelle catégorie de membres tout en tenant compte de nos Statuts et règlements et des exigences de l'International Society

of Hypnosis dont la SQH est une Société constituante a été présenté (Dr David Ogez, Dr Jean-François Courval) aux membres de l'assemblée générale pour solliciter leur accord sur la poursuite de ce travail en vue de présenter à la prochaine assemblée 2023 des propositions sur lesquelles elle devra se prononcer et qui influenceront l'avenir de la Société.

En ce qui concerne les élections au conseil d'administration, le poste de vice-président est resté libre, Mme Céline Castillo n'ayant pas renouvelé son mandat, Dr Gilles Michel Ouimet a été reconduit dans ses fonctions de vice-président aux communications, Mme Pauline Bernier a été reconduite dans son mandat de secrétaire, Dr Jean-François Courval a vu sa fonction de représentant des médecins renouvelée, le poste de représentant des dentistes est resté libre après la démission de Dre Marie-Ève Morin. De même, le poste de trésorier n'a pas trouvé depuis l'an dernier de remplacement pour Mme Sophie Roux qui doit toujours agir comme trésorière intérimaire depuis sa démission.

ATELIERS DE FORMATION À VENIR

FORMATION DE BASE

Contenu

La formation de base en hypnose médicale et clinique de la SQH initie les personnes participantes à la pratique de l'hypnose en tant que mode de communication et outil thérapeutique.

Participants

Professionnels de la santé : dentistes, médecins, psychologues, psychothérapeutes.

Reconnaissance

Society of Clinical Hypnosis (ASCH) et de l'International Society of Hypnosis (ISH). L'atelier est également reconnu en tant qu'activité de formation continue par l'Ordre des psychologues du Québec (30 heures).

Formateurs

Michel Landry, psychologue clinicien, et David Ogez, psychologue clinicien, professeur associé (UQÀM), professeur adjoint (UDM).

Dates

4, 5, 18 et 19 février 2023.

Lieu

Le Nouvel Hôtel, 1740, boulevard René-Lévesque Ouest, Montréal QC H3H 1R3

ATELIERS DE FORMATION À VENIR (SUITE)

FORMATION INTERMÉDIAIRE

Contenu

Cet atelier de niveau intermédiaire dans le programme de formation continue de la SQH poursuit l'apprentissage de l'hypnose en tant que mode de communication et outil thérapeutique. L'hypnose clinique et médicale est de plus en plus validée comme technique d'appoint efficace et rapide en médecine, en psychologie et en médecine dentaire. Ainsi, une revue des études empiriques sur le rôle de l'hypnose dans le traitement d'une variété de conditions médicales et psychologiques fournit des évidences convaincantes sur l'efficacité clinique de l'hypnose (Alladin, 2009 ; Lynn et al., 2000).

Participants

Professionnels de la santé : dentistes, médecins, psychologues, psychothérapeutes.

Reconnaissance

Cette formation respecte les standards reconnus par l'American Society of Clinical Hypnosis (ASCH) et de l'International Society

of Hypnosis (ISH). L'atelier est également reconnu en tant qu'activité de formation continue par l'Ordre des psychologues du Québec (14 heures).

Formateurs

Michel Landry, psychologue clinicien, et David Ogez, psychologue clinicien, professeur associé (UQÀM), professeur adjoint (UDM).

Dates

À préciser en avril 2023.

Lieu

Québec (à préciser).

FORMATION AVANCÉE EN HYPNOSE PÉRI-OPÉATOIRE

Contenu

Durant les deux journées de formation, les participants pourront se perfectionner dans l'accompagnement hypnotique spécifique de la prise en charge péri-opératoire des patients. La formation est menée sur la base de notions théoriques suivies immédiatement d'une démonstration filmée ou avec les participants et d'un exercice pour asseoir les connaissances. À la fin de cette formation, les participants seront capables de gérer l'accompagnement des patients en phase péri-opératoire.

Participants

Tous les professionnels de la santé qui s'intéressent à la douleur procédurale et chirurgicale et qui souhaitent accompagner leurs patients à l'aide de l'hypnose.

Reconnaissance

Une demande de reconnaissance en tant qu'activité de formation continue par l'Ordre des psychologues du Québec a été adressée.



Formatrices

Professeures Fabienne Roelants et Christine Watremez, médecins anesthésistes aux Cliniques universitaires Saint-Luc, UCLouvain, Bruxelles, Belgique.

Dates

25 et 26 mars 2023.

Lieu

Le Nouvel Hôtel, 1740, boulevard René-Lévesque Ouest, Montréal QC H3H 1R3.

REMERCIEMENTS

Nous reproduisons ici, à sa demande, le mot que Mme Lucie Brouillette, récipiendaire du prix du tirage lors du congrès, nous a fait parvenir :

Livre bien reçu (1). Je vous remercie ainsi que le CA pour ce cadeau inattendu du congrès (vécu en virtuel). Je remercie également Somabec qui diffuse des ouvrages de qualité dont ceux de la maison d'édition Satas qui appuie l'hypnose clinique. Qui sait si cette lecture pourrait inspirer un membre de la SQH pour créer un atelier à un prochain congrès, une formation d'appoint, ou publier un livre plus récent sur ce thème ?

Vu en survol, le livre est d'approche théorique intégrative de l'hypnose et d'inspiration psychodynamique/analytique. Il devrait également plaire aux autres courants de pensée théoriques (TCC et existentielle-humaniste). L'auteur décrit son ouvrage de 147 pages comme le résumé de certains de ses autres livres.

En espérant que le quotidien du clinicien membre de la SQH soit paisible jusqu'au congé que prendront certains. C'est toujours agréable d'assister à un congrès de la SQH. Même en virtuel, c'est une belle bouffée d'oxygène mental à se retrouver – ensemble – avant de revenir dans son cabinet ou son bureau.

- (1) Michel, C. (2017). **L'hypnose pour effacer les TOC. Treize techniques de base.** Bruxelles : Satas.
- (2) Michel, C. (2016). **La psychothérapie des obsessifs compulsifs. Tomes 1 et 2.** Paris : L'Harmattan.

INVITATION À LA PUBLICATION

Nous invitons les membres de la SQH à participer activement aux prochaines publications du bulletin Hypnose Québec. Chaque membre peut soumettre de courts articles (maximum 2 000 mots) relatifs à leur pratique clinique ou à des recherches en hypnose. Pour les aider, le comité scientifique de la SQH proposera une révision des manuscrits dont le but est double : a) valider le contenu pour en garantir sa qualité, et b) aider les auteurs dans leur rédaction.

Le processus de soumission est très simple et s'articule autour de trois étapes distinctes : a) envoyer un résumé de l'article que vous souhaitez soumettre à l'adresse **contact@societequebecoisehypnose.ca** ; b) un comité de lecture vous guidera dans la rédaction de votre

article ; c) les articles sélectionnés seront publiés. Vous pouvez aussi tout simplement soumettre votre article au comité de lecture en le faisant parvenir à l'adresse **contact@societequebecoisehypnose.ca**.

Il est à noter que le CA de la SQH accorde aux auteurs un barème tarifaire de 0,20 \$ le mot pour les droits de publication des articles.

NOUS SOMMES IMPATIENTS DE VOUS LIRE !
Le comité scientifique de la SQH

HYPNOSE QUÉBEC

Bulletin de liaison de la Société Québécoise d'Hypnose

DÉCEMBRE 2022 | VOLUME 19 | NUMÉRO 1

COORDINATION	Gilles Michel Ouimet
COLLABORATEURS	Françoise Agi-Spatz, Pauline Bernier, Jean-François Courval, Jacques Deslauriers, David Ogez
INFOGRAPHIE	Tabasko Communications
SECRÉTARIAT	CP. 55, succursale Saint-Laurent, Montréal (Québec) H4L 4V4
RENSEIGNEMENTS	societequebecoisehypnose.ca contact@societequebecoisehypnose.ca 514.990.1205

Hypnose Québec est le bulletin officiel de la Société Québécoise d'Hypnose. Il sert de moyen de communication entre ses membres. Il est également un outil de mise à jour des activités professionnelles ou scientifiques de la société. • Les articles rédigés par les membres sont bienvenus. Ces derniers doivent être envoyés au moins deux mois avant les parutions du bulletin prévues les 1^{er} avril et 1^{er} septembre de chaque année. • Les auteurs des articles qui sont publiés dans **Hypnose Québec** ont l'entière responsabilité de leurs écrits. Leurs points de vue et leurs opinions ne représentent pas nécessairement la position officielle de la Société Québécoise d'Hypnose • L'utilisation du genre masculin pour inclure le féminin reflète uniquement notre souci d'alléger le texte.