

Auteurs : Franck Bernard
Institut Émergences, CHP, Saint-Grégoire

Hypnose médicale : intérêt immédiat et développements possibles en anesthésie-réanimation

Medical hypnosis: immediate interest and developments in anesthesia

Référence

Bernard F. Hypnose médicale : intérêt immédiat et développements possibles en anesthésie-réanimation. Webanesthésie 2009;3:09024.

Résumé

L'état de transe implique focalisation puis absorption de la conscience. Ces phénomènes peuvent être produits par des événements divers et aboutir à des trances plus ou moins confortables. Il existe en effet des circonstances qui favorisent l'apparition de trances spontanées telles que la confusion, la saturation de la conscience par la surinformation, l'anxiété et le stress. Tous ces facteurs sont réunis lors du passage au bloc opératoire, le patient est alors beaucoup plus sensible à la suggestion que d'habitude et il ne peut se protéger en prenant du recul. C'est pourquoi il est important de communiquer avec lui d'une façon différente en se servant de l'hypnose conversationnelle. La reformulation, l'observation, la communication en miroir, l'emploi d'une syntaxe différente, la confusion, la permissivité et les suggestions sont des techniques issues de l'hypnose ericksonienne qui permettent l'optimisation de la communication. Des techniques plus poussées d'hypnose autorisent l'accès à des développements aussi divers qu'utiles dans le champ de l'anesthésiologie.

Mots-clés

hypnose, anesthésie-réanimation, communication, transe, suggestion

Historique

L'histoire contemporaine de l'hypnose commence avec Mesmer. Médecin viennois exilé à Paris sous Louis XVI, Mesmer soigne à l'aide de ce qu'il appelle alors le magnétisme [1]. L'utilisation de l'hypnose pour lutter contre la douleur sera la première des applications pratiques du phénomène. En 1829, devant tout un amphithéâtre, le chirurgien Jules Cloquet effectue une mammectomie chez une patiente auparavant hypnotisée ; celle-ci ne ressent aucune douleur [2]. Cette démonstration a pour conséquence d'entraîner un certain nombre de chirurgiens à s'engager dans cette voie malgré les résistances rencontrées depuis toujours par ceux qui cherchent à modifier la douleur [3]. Esdaille, chirurgien à Calcutta, est le premier à publier une série de plus de 300 cas n'utilisant que l'analgésie hypnotique où la mortalité péri-opératoire est ramenée de 40 à 5 % [4]. L'avènement de l'anesthésie chimique vers 1850, technique beaucoup plus reproductible et fiable, va faire oublier l'hypnose analgésique pendant plus de 100 ans. L'étude des modifications de l'activité de certaines populations neuronales lors de différents états de la conscience par la neuro-imagerie fonctionnelle est sans doute à l'origine du regain d'intérêt pour l'hypnose. À partir des années 1990, plusieurs équipes objectivent l'existence des phénomènes hypnotiques et leurs influences quant à la perception du signal douloureux [5,6,7,8]. Les auteurs démontrent notamment des modifications de l'activité du cortex cingulaire antérieur et de l'interconnectivité avec d'autres régions critiques intervenant dans la nociception. Le professeur Faymonville invente le concept d'hypnosédation et démontre son efficacité dans des séries de plusieurs milliers de patients [9].

Transe et conscience critique

* État de conscience ordinaire

Depuis 1949 et les études électroencéphalographiques, on sait que l'hypnose n'est ni un sommeil particulier ni un coma mais un état de veille particulier. Comme le sujet est éveillé, c'est qu'il est conscient puisque la veille est la clé de la conscience.

L'état de conscience ordinaire se caractérise par la mobilité continue de l'attention et la capacité de se porter d'une information à l'autre afin de pouvoir s'adapter à l'environnement. Il y a dans cet état une confrontation permanente entre ce que ses sens renvoient à l'individu et ce qu'il pense, ce qu'il analyse. On parle d'état de conscience critique. L'individu confronte à chaque instant ce qu'il observe du monde extérieur avec ses connaissances, ses idées personnelles, ses croyances et, ainsi, il décide son attitude ici et maintenant : parler, bouger, sourire... Il adopte ainsi un fonctionnement personnel et relationnel le plus souvent adapté et compréhensible [10].

* Transe spontanée

La transe est caractérisée par la fixité de l'attention : celle-ci devient stable, focalisée sur un seul phénomène, une seule idée ; il y a à la fois une focalisation et une absorption de la conscience. Cette dernière est complètement orientée ou presque vers une activité. Cette activité peut être intérieure, imaginaire, relative à un souvenir par exemple, ou au contraire extérieure motivée par un spectacle intéressant comme dans un musée, une manifestation sportive ou autre. Plusieurs appellations sont utilisées : rétrécissement du champ de conscience, dépotentialisation de la conscience, hypervigilance focalisée [11]... Ce fonctionnement psychique est très banal, il fait partie de notre quotidien en alternance avec l'état de conscience critique. L'intérêt de la transe est de permettre la concentration, d'augmenter l'attention sur un point précis afin de mieux le percevoir, de mieux l'apprécier, de mieux l'absorber, de mieux le connaître. Un peu comme l'utilisation d'un microscope qui permet de connaître des aspects très fins de la réalité ou comme la lampe torche qu'on utilisera avec une lumière diffuse et large ou avec une lumière intense et concentrée. Et on peut changer rapidement la résolution du microscope comme on peut changer rapidement la largeur du faisceau de la lampe et son orientation [10].

La transe spontanée est immédiatement réversible. C'est ce qui permet, par exemple, de vivre des états de transe très fréquents lors de la conduite automobile où des kilomètres sont ainsi parcourus sans que l'individu en ait eu « conscience » ; et pourtant, si, durant cet état, un événement extérieur vient menacer la conduite, sa « rêverie » s'arrête et il est tout de suite opérationnel pour réagir. Ce changement d'orientation est extrêmement rapide et **ses réactions réflexes sont conservées**.

En transe, la perception du temps est modifiée : soit le temps vécu subjectif paraît plus court que le temps de l'horloge, soit il paraît plus long. Il semblerait qu'il dépende de l'intensité émotionnelle de l'expérience. Si le vécu émotionnel est fort, le temps sera décrit comme long ; si la transe est calme, paisible, elle sera décrite comme courte. C'est aussi bien souvent ce qui se passe lorsqu'on est si totalement absorbés par une activité qu'on ne voit pas le temps passer.

Une autre caractéristique de la transe est le confort : c'est habituellement très agréable d'être en transe, en particulier en transe calme. L'activité consciente se réduit, comme si l'esprit se mettait au repos ; le corps adopte lui aussi un fonctionnement d'énergie minimum amenant une grande résolution musculaire, une immobilité, un ralentissement et une régulation respiratoire et cardiaque [12]. L'ensemble s'apparente à un état de relaxation profonde qui, à une autre époque, était comparé

au sommeil, d'où le terme, retenu par Braid vers 1850, d'« hypnose », du mot grec qui signifie sommeil.

Ces caractéristiques font que cette transe spontanée sera dans d'autres circonstances activement recherchée pour le confort et l'équilibre musculaire qu'elle procure, pour l'augmentation localisée de la vigilance, pour la modification de la perception du temps, pour le calme intérieur...

Dans les circonstances de fonctionnement habituel, il existe un équilibre entre des modes de fonctionnement en état de conscience critique et des fonctionnements en état de transe. Nous n'utilisons jamais toutes les informations disponibles à un moment donné, notre cerveau en privilégie une partie seulement, celle qui présente de l'intérêt pour nous maintenant ; on parle alors de dissociation. Nous sommes en permanence un peu dissociés, mais nous parlerons de transe que lorsqu'un niveau de dissociation sera stable rendant alors difficile et parfois impossible l'accès à d'autres informations. De même que la transe, la dissociation est une ressource psychologique quotidienne.

Serions-nous en permanence en transe ? Repensez à ce moment où vous regardez un événement sportif avec plaisir, oubliant pour un temps l'angoisse provoquée par les problèmes que vous pouvez avoir dans votre vie. Vous avez dissocié votre pensée pour mettre de côté cette inquiétude. Prenons un autre exemple : vous rentrez chez vous avec un mal de tête terrible et une seule envie : celle de vous coucher après avoir pris un antalgique. Vous arrivez devant votre porte, c'est le soir, il fait nuit et au moment où vous introduisez la clé dans la serrure, un gros chien apparaît, très menaçant. Votre mal de crâne disparaît alors. Par quel genre de processus ? Par la sélection d'un train de pensées, d'une série d'associations et par l'inhibition de toutes les autres informations. Il y a eu dissociation et focalisation de la pensée pour pouvoir s'adapter à la situation menaçante. Dans ce cas, il y a sélection d'une partie : celle qui a de l'intérêt pour vous ici et maintenant [10,13].

* **Transe négative**

Dans la transe, comme nous venons de le voir, il y a focalisation puis absorption de la conscience. Ces phénomènes peuvent être produits par des événements divers et aboutir à des trances plus ou moins confortables. Il existe en effet des circonstances qui favorisent l'apparition de trances spontanées tels la confusion, la saturation de la conscience par la surinformation, l'anxiété et le stress [14].

* **Hypnose conversationnelle**

Tous ces facteurs sont réunis lors du passage d'un patient au bloc opératoire ou dans des lieux de soins. Dans ce cas, le patient est beaucoup plus sensible à la suggestion que d'habitude et il ne peut se protéger en prenant du recul. C'est pourquoi il est important de communiquer avec lui d'une façon différente. Les professionnels de santé savent instinctivement que la communication avec un patient n'est pas identique à celle qu'ils peuvent avoir en dehors de leur lieu de travail ; l'empathie, le confort, la réassurance sont des termes bien connus dans les milieux de soins. Malgré ces compétences acquises au cours de l'exercice professionnel, il est possible de faire mieux en ayant conscience de l'état de transe du patient, voire en s'en servant. C'est ce qu'on appelle hypnose conversationnelle.

Protocole d'hypnose conversationnelle

* **Se rapprocher du patient**

La première étape de la communication consiste à aller chercher le patient là où il est. Cette étape sous-entend plusieurs choses.

Reformulation

La reformulation est destinée à faire comprendre au patient que sa plainte, s'il y en a une, a été entendue. Par exemple concernant la douleur, il serait illusoire et absurde de commencer à parler du confort à un patient qui souffre, il faut d'abord lui parler de sa douleur. La reconnaissance de la situation du patient permet le plus souvent d'amorcer la relation [15].

Diagnostic

Le diagnostic passe par l'observation du patient, selon la « règle des trois O » d'Erickson [16] :

- Observation des signes de transe, c'est-à-dire immobilité, indifférence apparente, fixité du regard ;
- Observation de la respiration et des gestes :
 - le *pacing* consiste à se mettre en phase avec la respiration du patient et à ne parler que sur les temps expiratoires,
 - le *mirroring* où les gestes typiques du patient peuvent être mimés ;
- Observation des mots et des phrases. Les mots du patient, ses tics verbaux pourront également faire l'objet d'un *mirroring*.

* Techniques optimisées (le contenant du message)

Les techniques de communication passent par une utilisation du canal de communication non seulement verbal mais aussi **paraverbal et non verbal**. Depuis les années 1970, l'hypothèse avait été posée que la communication verbale ne pouvait être complète qu'à condition d'être harmonisée avec des signaux non verbaux. Cette hypothèse a été confirmée avec la découverte des neurones miroirs 20 ans plus tard [17,18].

La façon de communiquer passe à la fois par les techniques de *mirroring* ci-dessus décrites et par l'utilisation par le patient d'un **canal de transmission préférentiel**. Ce canal pourra être dépisté par les **mots qu'utilise le patient**. Par exemple, un auditif dira facilement : « Écoutez, je ne l'entends pas de cette oreille » alors que pour dire la même chose, un visuel dira : « Je ne vois pas les choses sous cet angle » et qu'un kinesthésique dira : « Je ne le sens pas comme cela. »

* Contenu du message

Le patient en transe ne communique pas de la même façon qu'en état de conscience. Le langage de la publicité nous en donne de bons exemples. Il est donc nécessaire de connaître certaines règles de syntaxe pour communiquer avec un patient qui n'est plus en état de « critiquer » ce que vous dites.

Absence de négation

Le concept de négation n'existe pas, ainsi on ne sait pas ce qu'est une non-chaise ou une non-table ; de même, pour un patient, le concept de non-douleur n'existe pas. « N'ayez pas peur, vous n'allez pas avoir mal » renvoie immanquablement à la peur et à la douleur. Il est préférable de dire : « Rassurez-vous, nous allons tout mettre en œuvre pour que cela reste confortable pour vous » ; de même, un : « Ne bougez pas ! » risque de rater son but.

Littéralisme

Le patient en état de transe ne comprend pas les choses de la même façon qu'en état de conscience critique : les aphorismes pourront être utilisés sans crainte, **les phrases seront courtes et directes**.

Sous-entendus et *pars pro-toto*

Dans l'état de transe, tous les sous-entendus prennent une importance capitale et, par exemple : « On n'a pas le bon matériel, il va falloir recommander » peut être très mal interprété.

Permissivité

Le message sera permissif, c'est-à-dire qu'il laissera le choix au patient de prendre ou de ne pas prendre. Les « sans doute, quand vous voulez... » laissent un choix un peu illusoire mais ressenti comme confortable.

Saupoudrage

Il s'agit d'une technique très utilisée en publicité également et qui permet d'insérer au milieu des phrases des mots suggérant le confort et la détente. Ces mots seront soulignés grâce à des modifications de ton ou de rythme dans la phrase.

Suggestions

Une des caractéristiques de la transe est l'hyper-suggestibilité qu'elle implique. Le patient ne peut plus prendre de recul. Autant en profiter :

- suggestion allusive : « Et vous respirez cet air calmement » ;
- suggestion interrogative : « Comment faites-vous pour vous détendre ? » ;
- suggestion associative : « Dès qu'on vous allongera après la péridurale, votre corps gardera le confort. »

Confusion

La confusion va permettre, en bloquant tous les chemins de la connaissance critique, d'approfondir la transe. C'est un outil très puissant qui peut être perçu comme inconfortable par le patient et qui doit donc toujours être accompagné de confort pour rester cohérent dans le contexte thérapeutique.

En résumé

- Reformuler.
- Observer :

- la transe ;
- les gestes ;
- les mots.
- Optimiser la transmission :
 - verbale ;
 - paraverbale ;
 - PNL.
- Soigner la syntaxe :
 - pas de négation ;
 - des phrases simples ;
 - attention aux sous-entendus.
- Permissivité.
- Saupoudrage.
- Confusion.
- Suggestions.

Utilisations de l'hypnose en médecine

L'hypnose a de nombreuses applications possibles en médecine. En anesthésie, l'utilisation de l'hypnose non formelle est quotidienne, celle de l'**hypnosédation** ou de l'**hypnoalgésie** sont aussi très appréciées. En obstétrique, la femme qui va accoucher est très souvent en transe et l'utilisation de l'hypnose est très facile et très puissante [19,20]. En douleur chronique et en cancérologie, un grand nombre de techniques rendent des services là où la médecine plus traditionnelle a souvent trouvé ses limites [21].

Enfin, l'utilisation de l'hypnose en thérapie brève entre dans le cadre des nouvelles psychothérapies fondées sur la théorie du chaos et les théories systémiques et solutionnistes.

L'hypnose est un outil, il convient à chacun de l'utiliser dans son champ de compétences et après avoir suivi une formation adaptée à cette utilisation.

Compléments d'information

* Sites

www.emergences-rennes.com : site complet avec bibliographie, articles, calendrier des formations, vidéos...

www.hypnose-therapeutique.com : site intéressant pour ses liens et pour les rappels historiques.

www.satas.be : site de commande de livres sur l'hypnose, maison très sérieuse et très bien approvisionnée.

* Livre

Benhaïem JM. L'hypnose médicale. Paris : In Press, 2003.

Références

[1] Crabtree A.

From Mesmer to Freud: magnetic sleep and the roots of psychological healing. New Haven/ Londres :Yale University Press,1993.

[2] [Cloquet J.](#)

Ablation d'un cancer du sein pendant le sommeil magnétique. Archives générales de la médecine 1829;1re série, 20 (131).

[3] [Peter JP.](#)

1988. Silence et cris. La médecine devant la douleur ou l'histoire d'une éllision. In : Politiques de l'oubli (Le Genre humain n° 18). Paris : Seuil, 1988:177-94.

[4] [Esdaille J.](#)

Mesmerism in India and its paractical application in surgery and medicine. Londres : Longman, Brown, Green and Kongsman, 1846.

[5] [Faymonville ME, Boly M, Laureys S.](#)

Functionnal neuroanatomy of the hypnotic state. J Physiol (Paris) 2006;99:463-9.

[Lire le résumé](#)

[6] [Faymonville ME, Laureys S, Degueldre C, DelFiore G, Luxen A, Franck G, Lamy M, Maquet P.](#)

Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. Anesthesiology 2000;92:1257-67.

[Lire le résumé](#)

[7] [Rainville P, Duncan GH, Price DD, Carrier B, Bushnell MC.](#)

Pain affect encoded in human anterior cingulated but not somatosensory cortex. Science 1997;277:968-71.

[8] [Kupers R, Faymonville ME, Laureys S.](#)

The cognitive modulation of pain: hypnosis and placebo-induced analgesia. Prog Brain Res 2005;150:251-69.

[Lire le résumé](#)

[9] [Faymonville ME, Meurisse M, Fissette J.](#)

Hypnosédation: a valuable alternative to traditionnal anaesthetic techniques. Acta Chir Belg 1999;99:141-6.

[Lire le résumé](#)

[10] [Virot C.](#)

L'hypnose au quotidien. De la transe spontanée à l'hypnose médicale en anesthésie. (2002) . In : Ecoffey C, Thomas A (eds). Actes du congrès Agora-Rennes, 2002. Courtry : Arnette, 2002 : 277-84/

[11] [Roustant F.](#)

Qu'est-ce que l'hypnose ? Paris : Minuit, 1994.

[12] [Hilgard ER, Morgan AH.](#)

Heart rate and blood pressure in the study of laboratory pain in man under normal conditions and as influenced by hypnosis. Acta Neurobiol Exp (Wars) 1975;35:741-59.

[13] [Miller ME, Bowers KS.](#)

Hypnotic analgesia: dissociated experience or dissociated control? J Abnorm Psychol 1993;102:29-38.

[Lire le résumé](#)

[14] [Watzlawick P, Wiener-Renucci J, Bansard D.](#)

Le langage du changement. Paris : Points/Seuil, 1986.

[15] [Benhaïem JM.](#)

L'hypnose aujourd'hui. Paris : In Press, 2005.

[16] [Erickson MH.](#)

L'intégrale des articles de Milton H. Erickson sur l'hypnose. 4 volumes. Bruxelles : Satas, 1999-2001.

[17] [Massaro DW, Stork DG.](#)

Speech recognition and sensory integration. American Scientist 1998;86:236-44.

[Lire l'article](#)

[18] [Iacoboni M, Mazziotta JC.](#)

Mirror neuron system: basic findings and clinical applications. Ann Neurol 2007;62:213.

[Lire le résumé](#)

[19] [Halfon Y.](#)

L'approche hypnotique comme aide analgésique pour l'accouchement. Douleur et Analgésie 2008;21:31-33.

[20] [Jenkins MW, Pritchard MH.](#)

Hypnosis: practical applications and theoretical considerations in normal labour. Br J Obstet Gynaecol 1993;100:221-6.

[Lire le résumé](#)

[21] [Bonvin E.](#)

Que peut l'hypnose au cœur de la tâche aveugle de la médecine. In : Benhaïem JM (ed). L'hypnose aujourd'hui. Paris : In Press, 2005 : 205-214.