



H
Y
P
N
O
S
E

Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie

Claude VIROT
Franck BERNARD

Arnette

2^e ÉDITION ENRICHIE

Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie

2^e ÉDITION ENRICHIE

Claude VIROT, Franck BERNARD

En 2010, la première édition de cet ouvrage a créé un véritable événement dans le monde de l'anesthésie. Encore méconnue à l'époque, l'hypnose médicale s'est, depuis, largement développée dans le sillage de sa publication.

Huit années plus tard, alors que l'efficacité de l'hypnose en pratique médicale et dans la prise en charge de la douleur n'est plus à prouver, il était nécessaire d'intégrer les évolutions récentes dans une édition nouvelle, tant au niveau des concepts que des techniques.

Très largement augmentée, cette deuxième édition s'attache à renforcer la description de la conscience et des processus de conscience impliqués dans l'hypnose. Le lecteur y trouvera une base théorique couvrant de nombreux sujets ainsi que des dizaines de cas pratiques, mais aussi d'exemples à utiliser lors des séances, en fonction, toujours, du patient et de son état d'esprit.

Le chapitre consacré à l'autohypnose est enrichi d'explications plus détaillées et de nouvelles techniques (globales, spécifiques, rapides). Un chapitre est également consacré à une forme d'hypnose dite « informelle », de plus en plus utilisée et enseignée.

Au total, cette nouvelle édition offre beaucoup plus de confort et de possibilités pour intégrer les techniques hypnotiques dans tous les soins, pour donner davantage de souplesse et de sécurité aux soignants et, en parallèle, de contrôle et d'autonomie aux patients.



Arnette

Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie



Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie

2^e édition

Claude Viot
Franck Bernard

Arnette

Dans la même collection

Anesthésie-réanimation en chirurgie thoracique, Jean Bussières, Marc Leone, 2017
Chirurgie ambulatoire : aspects organisationnels, Marc Beaussier, Nicolas Dufeu, Patrick Niccolai, Alexandre Theissen, 2016
Procédures anesthésiques liées aux techniques chirurgicales (2^e édition), Stéphane Mérat, Pierre Pasquier, Céline Péraldi, Xavier Sauvageon, 2016
Procédures anesthésiques liées aux terrains, Stéphane Mérat, Pierre Pasquier, Céline Péraldi, Xavier Sauvageon, 2016
Anesthésie locorégionale en traumatologie, Jeff Gadsden (traduit de l'américain par Élisabeth Gaertner), 2015
Épuration extrarénale en réanimation, Matthieu Legrand, Didier Journois, 2015
Guide d'Échographie Pratique en Anesthésie-Réanimation, François Bart, 2015
Échographie en anesthésie régionale (2^e édition enrichie), Eryk Eisenberg, Élisabeth Gaertner, 2014
Anesthésie-réanimation en chirurgie cardiaque (2^e édition), Jean-Luc. Fellahi, 2014
Principes et protocoles en anesthésie pédiatrique (3^e édition), Frédéric Duflo, Sylvie Combet, Mathilde de Queiroz Siqueira, 2014
Hépatologie aiguë en anesthésie, réanimation, urgence, Frédéric Aubrun, Serge Duperret, 2013
Médicaments en anesthésie (3^e édition), Bernard Dalens, 2013
Cœur et anesthésie (2^e édition), Pierre Coriat, Yannick Le Manach, 2012
Fiches techniques en salle de surveillance post-interventionnelle, Céline Péraldi, Laurent Grasser, Jean-Vivien Schaal, Stéphane Mérat, Xavier Sauvageon, 2012
Guide pratique d'anesthésie locorégionale. Anatomie – Échographie – Neurostimulation (3^e édition), Xavier Paqueron, Yann Cimino, 2012
Kétamine (2^e édition), Georges Mion, 2012
Les monitorages des paramètres physiologiques en situation critique, Jean-Jacques Lehot, Maxime Cannesson, 2012
Guide pratique d'anesthésie locorégionale pédiatrique : clinique et échographie, Sylvie Combet, Frédéric Duflo, Mathilde de Queiroz Siqueira, 2011
Protocoles d'anesthésie-réanimation obstétricale (2^e édition), Monique Berl, Laurence Dubois, Philippe Dailland, 2011
Anesthésie en chirurgie orthopédique et traumatologique, Élisabeth Gaertner, 2010
Anesthésie et analgésie locorégionale en chirurgie abdominale et périnéale, Marc Beaussier, Patrick Niccolai, 2010
Hygiène en anesthésie (4^e édition), Anne-Marie Saire-Mauffrey, Élisabeth Gaertner, Henri de Montclos, 2010
Anesthésie et réanimation du patient obèse. Prise en charge, prévention des complications et chirurgie, Jean-Étienne Bazin, Pierre Coriat, 2009
Douleur, inflammation et auto-immunité à l'usage des spécialités médicales, Marc Sorel, 2009
Manuel d'échographie en service d'urgence et de réanimation, Élisabeth Gaertner, 2009
Nouveaux risques en anesthésie-réanimation, Jean-Jacques Lehot, Maxime Cannesson, 2009
Anesthésie, analgésie et réanimation du patient âgé, Frédéric Aubrun, 2008

ISBN : 978-2-7184-1508-6

Arnette

Éditions John Libbey Eurotext

127, avenue de la République

92120 Montrouge, France

Tél. : 01 46 73 06 60

e-mail : contact@jle.com

<http://www.jle.com>

John Libbey Eurotext Limited

34 Anyard Road, Cobham

Surrey KT11 2LA, Royaume-Uni

© John Libbey Eurotext, 2018. Tous droits réservés.

Il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement le présent ouvrage sans autorisation de l'éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris.

Auteurs	/IX
Introduction	/XI
Chapitre 1. Les précurseurs	/2
L'apparition de l'anesthésie pharmacologique	/4
Milton H. Erickson	/4
L'avènement des neurosciences	/7
L'hypnose est-elle un placebo ?	/12
Les bénéfices secondaires	/14
Conclusion	/14
Chapitre 2. De la transe spontanée à l'hypnose thérapeutique	/18
Les processus mentaux ordinaires	/18
La transe naturelle	/29
La transe provoquée ou l'hypnose	/41
Les axiomes de l'hypnose	/45
Chapitre 3. La communication thérapeutique	/49
La conscience réaliste critique et la conscience virtuelle hypnotique	/49
Description	/49
La communication : un échange d'informations	/55
L'observation	/56
Les canaux sensoriels	/57
Les voies de communication	/62
La relation thérapeutique	/75
Les techniques hypnotiques spécifiques	/83
Chapitre 4. Le protocole de base	/93
1. Établir la relation	/95
2. Le thème	/99
3. Le <i>signaling</i>	/105
L'induction	/106
La deuxième transition	/111
7. L'accompagnement en transe	/113
8. La suggestion post-hypnotique	/119
La fin de la transe et l'induction de la conscience critique	/122
La fin de la séquence relationnelle	/126
Remarque	/128

Chapitre 5. La dissociation et l'association	/130
La dissociation au quotidien	/130
La dissociation de la transe spontanée	/131
La dissociation de la transe hypnotique	/133
La dissociation/réassociation à l'intérieur du schéma corporel	/136
Les techniques dissociantes	/137
Les confusions	/147
Chapitre 6. L'activation des ressources corporelles	/162
Les processus idéodynamiques	/162
Les processus idéodynamiques et les techniques spécifiques	/163
Les processus idéosensitifs	/169
Les processus idéovégétatifs	/172
Les boucles hypnotiques	/175
Chapitre 7. La sécurité	/182
Le temps de sécurité	/182
Les lieux de sécurité	/197
Les techniques respiratoires	/207
Chapitre 8. Le recadrage	/216
La notion de recadrage	/216
Les différentes techniques de recadrage	/216
Chapitre 9. La sensorialité	/226
Les différents VAKO	/226
L'installation sensorielle	/227
Le VAKO rapproché	/230
Le VAKO très rapproché	/231
Le VAKO intérieur	/233
La VAKOgraphie	/234
La réification ou chosification	/236
La réification simplifiée	/244
La réification énergétique	/245
La réification du confort	/245
Le tableau pratique de réification	/247
Chapitre 10. Les techniques rapides	/250
Définition et indications	/250
L'induction de Spiegel	/250

La technique de base	/250
La technique de Spiegel dynamique	/250
L'homme au crâne de cristal	/251
La <i>flash induction</i>	/251
La technique de dilution	/252
Chapitre 11. Les techniques de remplissage	/256
Définition	/256
Les techniques utilisant le <i> pacing</i>	/256
Les techniques utilisant les lettres	/256
Les techniques utilisant les poésies	/257
La grille de constructions aléatoires	/258
Chapitre 12. L'hypnose informelle	/262
Ce que vous devez connaître pour pratiquer l'hypnose informelle	/263
Une séance type : focalisation sur un lieu agréable	/264
Les techniques mises en œuvre	/272
Les intérêts	/275
Les contextes cliniques	/276
L'hypnose informelle versus l'hypnose formelle	/276
Chapitre 13. Les métaphores	/280
Définitions	/280
La métaphore simple	/280
La métaphore filée	/280
Le conte métaphorique	/281
Conclusion	/287
Chapitre 14. L'autohypnose	/290
Définition	/290
Les buts	/290
L'apprentissage	/291
La première séance de l'apprentissage	/291
L'entraînement	/291
La deuxième séance	/291
La pratique	/292
Le lieu	/292
Le moment de la journée	/292
La durée	/293
La position	/294
La réassociation en urgence	/294

Les limites	/295
La phase active : les techniques	/297
Chapitre 15. Les indications de l'hypnose dans le parcours de soins	/308
La consultation	/308
Le bloc opératoire	/317
Les urgences	/325
Les transports médicalisés	/326
La réhabilitation postopératoire	/326
La SSPI et les échelles d'évaluation du confort	/327
Les services de soin	/328
Autour de la naissance	/328
Chapitre 16. La voie de la réussite	/336
La formation du thérapeute	/336
L'introduction de l'hypnose après la formation	/340
La création d'une dynamique	/342
La réalisation d'un bilan personnel	/344
Les compliances	/350
La formation complétée	/359
Conclusion générale	/361
Bibliographie complémentaire	/363
Annexes	/365

Claude Virot

- Médecin psychiatre, Rennes
- Directeur de Émergences, institut dédié au développement de l'hypnose et de la communication thérapeutique (www.hypnoses.com)
- Président de la Société internationale d'hypnose
- Directeur du Congrès mondial d'hypnose, Paris 2105
- Fondateur de l'Institut Milton H. Erickson, Rennes
- Ex-président, vice-président et responsable des relations internationales de la Confédération francophone d'hypnose et de thérapies brèves
- Ex-Membre du bureau de la European Society of Hypnosis
- Award ISH 2009 : Haley Early Cancer for Innovative Contributions

Franck Bernard

- Médecin anesthésiste-réanimateur CHP Saint-Grégoire, Rennes
- Formateur et directeur du pôle Douleur aiguë au sein de l'Institut Émergences
- Intervenant dans des instituts ou DU de Liège, Genève, Paris...
- Membre de l'Institut Milton H. Erickson, Rennes
- Membre de la European Society of Hypnosis
- Membre de l'International Society of Hypnosis
- Ancien interne et assistant des hôpitaux
- Ancien chef de clinique des universités
- Titulaire du Diplôme universitaire d'hypnose de la Pitié-Salpêtrière, Paris
- Titulaire du Diplôme universitaire Médecine méditation et neurosciences, Strasbourg
- Membre de la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR)

/INTRODUCTION

L'hypnose thérapeutique est apparue depuis plus de deux siècles, et, à différentes époques, elle a été utilisée pour aider les patients douloureux. La découverte des techniques médicamenteuses d'anesthésie et d'analgésie l'avait presque fait disparaître de l'arsenal thérapeutique utilisé en douleur aiguë. Mais, depuis environ 20 ans, nous assistons à son renouveau. C'est très peu pour une discipline médicale et, pourtant, les bases théoriques et les techniques sont déjà très solides, et la multiplication des études et des expériences font germer chaque jour de nouvelles graines. Huit ans après la première édition, nous avons décidé de vous présenter celles qui sont les plus utiles et les plus prometteuses pour la pratique hypnotique d'aujourd'hui et de demain.

Sur le plan des concepts, il était devenu indispensable d'apporter des précisions dans la description de la conscience et des processus impliqués dans l'hypnose. Grâce à une nouvelle terminologie (conscience ordinaire, boucle hypnotique, transe informelle...), il devient plus simple de repérer et de décrire ce qui peut être observé dans la relation thérapeutique. Scinder la notion de transe négative pour en décrire une nouvelle forme dite d'alerte permet de garder à l'esprit que toute émotion à une dimension utile à la vie et d'aider plus simplement et plus efficacement les – nombreux – patients présentant cette modalité de conscience. La transe ne serait-elle pas comme la douleur : bénéfique et protectrice, mais aussi délétère dans certains cas ?

Si le chapitre central de l'édition 2010, consacré au protocole de base de la transe formelle est resté très stable, signalant la solidité de ce modèle, il a été complété pour être plus facilement applicable au quotidien. En quelques années, deux formes d'hypnose ont connu un développement important. Ainsi, apparaît un chapitre consacré à l'autohypnose avec plus d'explications et de nouvelles techniques (globales, spécifiques, rapides). Parallèlement, une forme d'hypnose dite « informelle » est de plus en plus utilisée et enseignée. Le concept, souvent dénommé « hypnose conversationnelle », restait très flou et peu transmissible. Un chapitre spécifique très descriptif et très pratique permettra de vous initier ou de l'utiliser plus simplement et plus efficacement.

Outre ces deux ajouts, au fil de l'ouvrage, sont exposés de nouvelles pratiques du recadrage et de la réification, différents modèles de VAKO, des techniques d'induction rapide, des outils de remplissage et enfin différentes descriptions pratiques de boucles idéodynamiques.

La multiplication des domaines hypnotiques a nécessité un développement important du chapitre 15, consacré aux indications. Le chapitre 16, « La voie de la réussite », profite d'une certaine mise en perspective de ce qui fonctionne ; c'est aussi un mode d'emploi pour intégrer plus efficacement l'hypnose dans la pratique de manière plus libre.

Ceux qui connaissent déjà la première édition auront le plaisir de trouver un tableau de plus de 250 termes favorables pour activer les émotions positives ainsi que des protocoles complets d'autohypnose utilisables aussi bien par les patients que les soignants (*cf. Annexes*).

Nous avons conçu cette 2^e édition avec l'espoir qu'elle vous apporte plus de confort pour utiliser les techniques hypnotiques dans les soins et vous permette souplesse et sécurité afin d'offrir plus de contrôle et d'autonomie aux patients. Dans tous les cas, souvenez-vous que seule la pratique – d'abord dans des situations cliniques simples – peut créer la confiance par l'expérience. Aidez-vous des matériels pédagogiques à votre disposition comme ces 2 DVD de démonstrations techniques créés pour compléter naturellement ce livre (*cf. Bibliographie complémentaire*).

Cet ouvrage est le fruit de notre expérience mais aussi du travail et de la créativité de toute une équipe, qu'elle soit ici remerciée.

Dr Franck Bernard
Dr Claude Viot

Chapitre 1

Les précurseurs

L'apparition de l'anesthésie pharmacologique	/ 4
Milton H. Erickson	/ 4
L'avènement des neurosciences	/ 7
<i>Les arguments expérimentaux</i>	/ 7
<i>Les aspects phénoménologiques</i>	/ 9
<i>Les aspects expérimentaux</i>	/ 9
L'hypnose est-elle un placebo ?	/ 12
Les bénéfices secondaires	/ 14
<i>La période périopératoire précoce</i>	/ 14
<i>La réhabilitation postopératoire</i>	/ 14
Conclusion	/ 14

Chapitre 1

Les précurseurs

L'hypnose apparaît dans le domaine médical au moment de la Révolution française. La période est favorable à des changements fondamentaux dans de nombreux domaines, qu'ils soient politiques, sociaux, artistiques ou scientifiques. C'est aussi une période qui voit apparaître l'idée que chaque individu dispose d'un potentiel de ressources pouvant être activé tout au long de la vie. Cette conception humaniste est portée par la philosophie des Lumières (Voltaire, Montesquieu, Rousseau, etc.). Dans le domaine de la santé, elle va permettre de penser que les malades, en particulier les malades mentaux, peuvent évoluer et éventuellement guérir sous l'influence de pratiques thérapeutiques adaptées et de l'attention des soignants.

Une nouvelle méthode thérapeutique se développe, elle ne porte pas encore le nom « hypnose » mais « magnétisme animal ». Elle est inventée par un médecin d'origine autrichienne, le docteur Messmer, qui remarque que certains patients peuvent guérir sans recours aux techniques de soins alors en vigueur, qu'elles soient physiques, chimiques ou religieuses. La guérison serait due à la transmission par le thérapeute d'un fluide universel dit « fluide animal », du mot *anima* qui signifie vivant. Cette hypothèse est rapidement écartée par les scientifiques. S'ils ne contestent pas les évolutions favorables des patients, ils les attribuent à l'effet de leur imagination. Cette imagination serait activée par leur espoir, amplifiée par la conviction du thérapeute et par une attente parfois longue de plusieurs heures. C'est la première apparition de l'intérêt de l'imagination comme facteur thérapeutique officiel. Nous dirions aujourd'hui que ces patients entraient dans un état de transe positive spontanée favorisant l'accès à des ressources potentielles présentes chez chaque individu à un niveau non conscient. Le concept d'imaginaire sera plus tard supplanté par celui d'inconscient, encore très largement utilisé aujourd'hui. Nous lui préférons ici celui de conscience virtuelle ou hypnotique, termes qui représentent mieux les ressources dynamiques et actives qui apparaissent dans les processus de transe.

Ce phénomène n'est pas nouveau. Toutes les cultures et toutes les époques ont, chacune à leur manière, exploité ce fonctionnement mental particulier appelé « transe ». Un sujet en transe modifie ses rapports avec son environnement, avec les personnes présentes et avec son monde mental et physique ordinaire. Considérée comme permettant l'accès à une autre dimension du monde, un monde invisible ou magique (d'où le mot « imaginaire » mais aussi le mot « image »), la transe est utilisée pour la guérison, la relation avec le divin ou encore la relation avec le futur (prédictions). La valeur de chacune de ces croyances tient à l'espace culturel dans lequel elle se développe. Retenons simplement cette connaissance de fonctionnements mentaux particuliers qui font apparaître de nouvelles ressources chez le sujet.

Tout naturellement, les chirurgiens s'intéressent à la technique de Messmer qui « plonge » les patients dans un état spécial qui semble les mettre à distance de la réalité vécue. Nous voyons ici une gravure de 1834 (Fig. 1) représentant une mastectomie réalisée sans douleur par le docteur Jules Cloquet.

Si l'intérêt nous semble évident maintenant, rappelons-nous qu'une majeure partie du corps médical défend l'idée que la douleur est nécessaire et refuse ces méthodes analgésiques pour des motifs « scientifiques » et religieux. Pourtant, à cette époque, un chirurgien anglais, James Esdaile, expérimente cette méthode (appelée alors mesmérisme) à large échelle, à Calcutta (Fig. 2). Ses comptes-rendus opératoires à propos de plusieurs centaines de patients font état d'une réduction de la mortalité qui passe de 45 à 5 %, avec la même technique opératoire et les mêmes conditions d'asepsie (nous sommes avant Pasteur). La seule différence est la protection de la conscience du sujet par une technique mentale.

Le terme « hypnotisme » apparaît pour la première fois en 1821 sous la plume du Baron D'Hévin de Cuvillers en 1821 dans les « Annales du magnétisme animal ». Ce nouveau mot est forgé en référence



Figure 1. Mastectomie réalisée sans douleur par le docteur Jules Cloquet

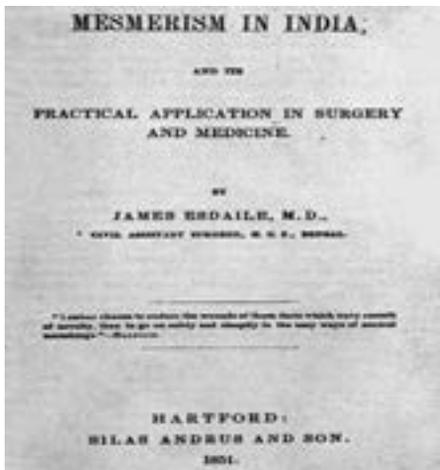


Figure 2. Revue sur le mesmérisme

à « *Hypnos* », dieu grec du sommeil, pour nommer cet état particulier dans lequel les sujets ont un aspect extérieur de sommeil. Cette association de l'hypnose à une forme particulière de sommeil ne sera invalidée qu'un siècle plus tard. En 1843, James Braid, médecin écossais, reprend le terme hypnotisme qui s'impose alors à l'ensemble de la communauté scientifique. Quelques années plus tard, Braid tentera, sans succès, de renommer l'hypnotisme « mono-idéisme », appellation plus proche de la focalisation et de la fixation de l'attention qu'il observe.

◆ L'apparition de l'anesthésie pharmacologique

Parmi les soignants, les chirurgiens dentistes sont particulièrement concernés par le problème de la douleur. La plupart des gens préfèrent supporter leurs douleurs dentaires plutôt que de se faire opérer, ce qui génère un état sanitaire déplorable. Vers 1850, deux d'entre eux, les docteurs Wells et Morton, expérimentent le protoxyde d'azote et l'éther pour déconnecter la conscience pendant l'intervention. L'analgésie pharmacologique est née. Elle est plus fiable et plus reproductible que les autres techniques. L'analgésie hypnotique passe au second plan.

La période 1870-1900 est une époque majeure pour l'hypnose. Deux directions très différentes sont explorées. L'une, dirigée par le professeur Jean-Martin Charcot, neurophysiologiste de renommée mondiale, s'intéresse aux modifications neurologiques observées chez les sujets en transe hypnotique : réduction ou disparition de certains réflexes, catalepsies, amnésies... Des analgésies locales peuvent être produites dans des territoires non conformes aux connaissances anatomiques : par exemple, une analgésie de la main prendra la forme d'un gant, conformément à l'idée que le sujet se fait du territoire « main ». Ces étrangetés seront considérées comme des anomalies survenant chez des sujets particuliers choisis pour leur extrême suggestibilité, les fameuses « hystériques de Charcot ». Dans le même temps, une autre école, dirigée par le Professeur en neurologie Hyppolite Bernheim à Nancy, explore les possibilités thérapeutiques de la transe hypnotique. Réfutant l'hypothèse pathologique de Charcot, la conception de Bernheim entre en conflit direct avec l'école de la Salpêtrière. Les deux premiers congrès mondiaux d'hypnose, en 1889 et 1900, ont lieu à Paris. Ils témoignent de la vivacité de l'hypnose en France mais aussi de la virulence des tenants de ces deux positions.

À partir de cette date, l'hypnose est abandonnée. La recherche scientifique ne parvient pas à l'expliquer, elle reste trop mystérieuse et trop magique à l'aube du *xx^e* siècle, le siècle de la science positiviste. La recherche sur les états mentaux est alors orientée par la psychanalyse de Freud, d'abord praticien de l'hypnose, élève de Charcot et de Bernheim.

◆ Milton H. Erickson

L'hypnose française a cependant franchi les frontières et intéresse quelques praticiens américains. Vers 1925, un jeune étudiant en médecine reçoit une formation à l'hypnose classique. C'est une forme d'hypnose très directive, conforme aux interactions ordinaires entre le médecin et le malade. Sous l'influence autoritaire du thérapeute, certains sujets expérimentent une transe hypnotique considérée comme un état mental particulier nécessitant des « compétences » spéciales chez le sujet. Ce jeune homme s'appelle Milton Erickson : il va se passionner pour l'hypnose puis y consacrer sa vie (*Fig. 3*).

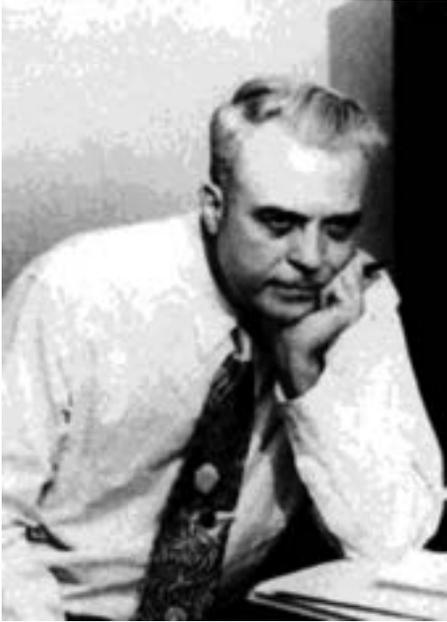


Figure 3. Milton H. Erickson

Très vite, il conteste l'idée d'associer la transe à un phénomène provoqué par le thérapeute. Pour lui, la transe est un phénomène banal, naturel, que chaque individu connaît dans sa vie ordinaire. Cette position qu'il développera toute sa vie, et aujourd'hui très largement admise, s'oppose à la conception que l'hypnose ne peut apparaître que chez les sujets ayant une personnalité particulière. C'est ainsi que, à partir des années 1950, vont se différencier deux courants hypnotiques : celui de l'hypnose classique, plus proche des conceptions françaises du XIX^e siècle, et celui de l'hypnose ericksonienne, qui met l'accent sur le concept d'état naturel favorisé et renforcé par la communication entre le sujet et le thérapeute.

L'hypnose classique se développe dans les milieux de recherche universitaire. Elle s'appuie sur des méthodes d'induction stéréotypées plus accessibles à l'évaluation.

Ce sont des suggestions directes – comme des ordres – auxquelles le sujet répond ou non. Ces suggestions stéréotypées permettent de créer plusieurs échelles qui mettent en évidence des différences importantes d'« hypnotisabilité » d'un sujet à l'autre. Elles montrent que 25 % environ des sujets sont très hypnotisables, 50 % sont peu hypnotisables et 25 % ne le sont pas du tout. Elles servent de référence pour toutes les recherches et pour sélectionner les sujets inclus dans les expériences. Peu à peu, cette échelle a été utilisée par les cliniciens pour détecter les patients susceptibles d'être soignés par hypnose.

La ligne de fracture est nette avec la théorie d'Erickson selon laquelle 100 % des patients peuvent vivre une expérience hypnotique et peuvent être aidés par cette technique.

Les deux affirmations sont vraies mais dans des cadres différents. La recherche fondamentale a besoin de sujets qui répondent bien à certaines suggestions, identiques chez tous les sujets, dans tous les pays. Erickson, par contre, développe l'idée que chaque patient peut expérimenter une transe thérapeutique si le thérapeute s'adapte en fonction des expériences spécifiques de ce sujet, de ses attentes, du contexte de soin, en proposant des suggestions acceptables par ce sujet. C'est la démarche « utilisationnelle » fondée sur la communication, mode d'échange permanent entre le sujet et le thérapeute, qui fait de chaque session hypnotique une session unique. Si cette méthodologie est beaucoup plus performante pour la clinique, pour soigner, elle l'est moins pour la recherche fondamentale.

Cette distinction est importante afin de faire la différence entre les recherches fondamentales et les recherches cliniques. Dans les recherches cliniques, n'importe quel patient est susceptible de se voir proposer l'hypnose, quel que soit son niveau d'hypnotisabilité. Les résultats proviennent de groupes randomisés sur la totalité des patients et sont plus conformes à ce que les praticiens observent sur le terrain thérapeutique.

Aujourd'hui, en 2018, l'hypnose fondamentale et l'hypnose clinique ont toujours de la difficulté pour dialoguer. C'est un peu toujours le problème posé par les positions de Charcot et de Bernheim. Cependant, les instances représentatives de l'hypnose dont la Société internationale d'hypnose ont décidé de développer des espaces de rencontre entre les représentants les plus qualifiés de ces deux dimensions afin de passer d'une logique de rupture à celle de complémentarité. Les effets de la communication sont passés par là. Il est fort probable que, dans les années qui viennent, de nouveaux protocoles de recherche voient le jour pour s'adapter aux stratégies thérapeutiques qui, comme l'hypnose, doivent être individualisés pour être performants.

Si la technique ericksonienne s'appuie sur la permissivité – le choix laissé au patient de vivre une transe qui lui convient, et sur la souplesse du thérapeute, nous verrons qu'elle recourt aussi à des suggestions plus directes et à des décisions de la part du thérapeute. C'est cette combinaison que nous appelons aujourd'hui l'hypnose ericksonienne, et qui est particulièrement efficace dans notre cadre de « douleur aiguë et d'anesthésie ».

La méthodologie hypnotique fondée sur une complémentarité entre le patient et le thérapeute est actuellement la plus largement pratiquée sur le plan international, même s'il y a des disparités importantes d'un pays à l'autre. En France comme en Europe, les techniques hypnotiques sont très majoritairement de type ericksonien ou communicationnel. En Turquie, par exemple, les anesthésistes utilisent des techniques très directes, très autoritaires, compatibles avec la culture médicale du pays. En Iran, un pays que l'on pourrait penser culturellement proche de la Turquie, c'est au contraire une philosophie hypnotique basée sur l'activation et l'utilisation des ressources qui se développe.

Ce développement est dû à son efficacité et à l'évolution que demandent aujourd'hui les patients dans les systèmes de santé. De plus en plus, les patients souhaitent être acteurs du soin, demandent de l'information, veulent avoir des choix, veulent une prise en charge individualisée respectant leur personnalité. C'est un changement fondamental par rapport à la médecine du siècle dernier qui reposait sur un rapport d'autorité. Ce n'est pas toujours simple pour les thérapeutes de s'adapter à cette évolution, de fonctionner autrement que les pères et les maîtres, les traditions étant par nature stables et solides, mais cette adaptation est en cours. L'intérêt rencontré par les techniques ericksoniennes dans tous les champs de la santé le montre.

L'étude des modifications de l'activité de certaines populations neuronales lors de différents états de la conscience par la neuro-imagerie fonctionnelle est à l'origine du regain d'intérêt pour l'utilisation de l'hypnose antalgique. Entre 1990 et 2000, différentes équipes ont objectivé l'action de l'hypnose sur la nociception [1, 2]. Les auteurs ont mis en évidence non seulement une modification de l'évaluation subjective de la douleur mais aussi des modifications objectives de l'activité cérébrale régionale.

◆ L'avènement des neurosciences

Les arguments expérimentaux

Les études de Rainville [1] et Faymonville [2] ont ouvert la porte de l'hypnose scientifique, permettant de mettre en perspective tout ce qui avait été essayé et fait avant eux.

Si l'électroencéphalogramme apporte une contribution modeste à la compréhension du processus hypnotique [3], il a permis depuis 1949 d'objectiver que l'hypnose n'est ni un sommeil ni un coma mais un état de veille. Le sujet est éveillé, il est donc conscient puisque la veille est la clé de la conscience.

Les premières expériences portant sur ce qu'on peut appeler l'hypnose moderne datent des années 1930 mais il faut attendre la fin des années 1950 pour que l'hypnose soit enfin reconnue par la British Medical Association, puis par l'American Medical Association. C'est à la même époque que l'étude scientifique du processus prend tout son essor. L'apparition des échelles d'hypnotisabilité permet l'observation plus rigoureuse du processus. Les échelles les plus usitées sont actuellement celle de Stanford (mise au point par Hilgard et Weitzenhoffer) et celle de Harvard (mise au point par Orne). En 1967, Hilgard [4] cherche à mesurer l'effet de l'hypnose et des suggestions antalgiques. Il utilise pour cela l'exposition au froid du pied ou de la main. Les sujets se servent d'une échelle EVN pour préciser l'intensité de la douleur ressentie. Quel que soit le degré d'hypnotisabilité des sujets, les suggestions d'analgésie hypnotique entraînent une augmentation de la tolérance à la douleur. Cette tolérance est directement liée au degré d'hypnotisabilité du sujet.

Plusieurs équipes tentent en vain de corrélérer des modifications physiologiques (pouls, pression artérielle, fréquence respiratoire, résistance et température cutanée...) à l'hypnose [5, 6]. Il est vraisemblable que les variations des principaux paramètres physiologiques varient en fonction des suggestions hypnotiques délivrées et du contenu de l'hypnose (type de souvenir...).

Une des premières hypothèses neuroscientifiques de l'hypnose est l'asymétrie du fonctionnement hémisphérique cérébral. Cette hypothèse est fondée sur l'observation des mouvements oculaires [7]. On parle de cerveau droit et de cerveau gauche. Le cerveau droit aurait une prépondérance dans les activités imaginatives, un fonctionnement plus holistique qu'analytique ; le cerveau gauche serait plus analytique, rationnel, logique [8]. Cette hypothèse a été progressivement abandonnée en raison de l'absence totale de preuves scientifiques.

L'étude des potentiels évoqués a également été proposée pour étudier le processus hypnotique et sa nature. Là encore, les résultats diffèrent et sont plus à rapporter à la nature des suggestions délivrées qu'à une spécificité du processus hypnotique [9].

Dans les années 1990, des équipes de recherche s'appuient sur des données de neuro-imagerie fonctionnelle pour mettre en évidence les particularités cérébrales du processus hypnotique.

La tomographie par émissions de positons (PET scan) et la résonance magnétique fonctionnelle procurent des mesures indirectes de l'activité cérébrale par l'évaluation des

variations du débit sanguin régional dans le cerveau et de l'activité métabolique. Elles reposent sur la corrélation qui existe entre l'activité neuronale et l'augmentation circonscrite dans le temps et l'espace du débit sanguin.

En 1997, Rainville [10] publie une étude dans laquelle il objective que la composante affective de la douleur est encodée au niveau d'une partie du cortex cingulaire antérieur ; l'activité de celui-ci augmente significativement avec l'augmentation de l'inconfort de la douleur. Faymonville démontre que le cingulaire antérieur est non seulement impliqué dans la composante émotionnelle de la douleur, mais qu'il participe à la modulation de l'ensemble du phénomène nociceptif. Son étude [11] porte sur des volontaires sains. Les sujets sont consécutivement placés dans trois situations différentes :

- premier temps : état d'éveil au repos, allongés, les yeux fermés ;
- deuxième temps : imagerie mentale autobiographique : les sujets se remémorent un souvenir agréable ;
- troisième temps : ce même souvenir agréable leur est redonné par un intervenant formé à l'hypnose qui utilise cette technique.

Pour chaque temps de l'expérience, un PET scan est effectué. On observe alors des modifications spécifiques de certains débits sanguins régionaux, modifications corrélées avec celles de l'activité cérébrale régionale dans les structures visualisées. Les résultats sont les suivants :

- certaines zones sont activées uniquement lors de la session « hypnose » et ne le sont pas dans les sessions contrôles (éveil au repos et imagerie mentale) : le cortex cingulaire antérieur et le cortex prémoteur ;
- d'autres zones sont spécifiquement inactivées lors de la session « hypnose » alors qu'elles sont activées lors des deux autres sessions : le cortex cingulaire postérieur et le précunéus ;
- enfin, il existe des zones qui sont activées uniquement chez certains sujets. Ces activations « personnalisées » dépendent du contenu de l'hypnose. Ainsi, si le sujet a choisi un souvenir à prédominance visuelle, on observe des activations occipitales comme si le sujet voyait réellement quelque chose ; ces zones activées ne l'étaient pas lors de la session « imagerie mentale » alors qu'il s'agit du même souvenir.

Ces résultats ont été confirmés par Rainville en 1999 [12] et repris en 2014 dans la méta-analyse de Vanhaudenhuyse [13].

Dans toutes les études comportant des imageries cérébrales, certaines structures semblent toujours impliquées. Il est ainsi rapporté des modifications fonctionnelles du cortex cingulaire antérieur, du précunéus et du cortex préfrontal dorsolatéral. Les auteurs s'accordent maintenant sur la modification de l'interconnectivité cérébrale, notamment entre le cortex préfrontal dorsolatéral et le circuit de la salience. Le cortex préfrontal permet d'analyser une situation, de la contextualiser. Le circuit de la salience est impliqué dans la détection des informations de type végétatif, neuroautonome ou émotionnel. Ce découplage entre le contrôle cognitif et les émotions serait peut-être à la base de l'efficacité des protocoles d'hypnose. La mise en veille de nos capacités d'analyse permet d'augmenter notre suggestibilité. Cette particularité est recherchée, le travail de thérapeute dans le cadre de la douleur aiguë étant dans un premier temps de mettre en place chez le patient

des processus de type hypnotique, donc d'augmenter sa suggestibilité puis, dans un deuxième, de lui délivrer des suggestions en rapport avec les objectifs (analgésie, réhabilitation, confort...). D'autres modifications sont plus inconstantes, ce biais est sans doute dû aux différentes modalités de réalisation des séances (avec ou sans suggestions, avec ou sans objectif...). Il est donc difficile de parler d'une réelle « matrice cérébrale de l'hypnose ».

Les aspects phénoménologiques

Kosslyn décrit la distribution du débit sanguin cérébral lors d'illusions visuelles de perception de couleurs induites par hypnose. Les aires qui sont habituellement impliquées et activées lors de la vision des couleurs sont les cortex fusiforme et lingual. Si un panneau coloré est présenté au sujet hypnotisé, ces aires sont activées comme lorsque le sujet est en état de veille ordinaire. Lorsque le même panneau, mais cette fois dépourvu de couleurs, est présenté au sujet hypnotisé et qu'il lui est suggéré que ce panneau comporte un grand nombre de couleurs, ces aires sont également activées, comme si le sujet voyait réellement des couleurs. Inversement, si un panneau très coloré est présenté au sujet en état d'hypnose et qu'il lui est suggéré que ce panneau est gris, les cortex fusiforme et lingual ne sont pas activés, comme si le sujet ne voyait pas de couleurs [14].

Il existe donc au niveau du cerveau humain des modifications d'activation spécifiques du processus hypnotique. La mise en évidence de ces modifications chez des sujets volontaires sains permet d'affirmer que l'hypnose n'est ni un jeu de rôle, ni un état particulier du cerveau observable uniquement chez certains sujets présentant une personnalité ou une pathologie hystérique.

Les aspects expérimentaux

Deux des principales tâches d'un anesthésiste sont de lutter contre l'anxiété et contre la douleur des patients. L'hypnose a-t-elle une place dans ces activités ?

L'action de l'hypnose sur l'anxiété

L'anxiété face à une intervention est une manifestation commune. Les sujets opérés sont en moyenne 20 % plus anxieux que la population générale et on détecte une anxiété chez 40 % des patients [15]. Des raisons évidentes nous amènent à prendre en compte l'anxiété préopératoire des patients. Cette anxiété peut avoir des conséquences non seulement d'ordre psychologique mais aussi d'ordre somatique. De plus, en dehors du résultat des traitements périopératoires institués, c'est aussi sur la manière dont les patients sont accompagnés durant leur séjour hospitalier qu'il importe de faire porter les efforts pour améliorer les pratiques [16].

L'anxiété périopératoire est diminuée par l'hypnose [17]. La comparaison à J1, J10 et J30 de l'anxiété de deux groupes de patients ayant une thyroïdectomie – un groupe « anesthésie générale » versus un groupe « hypnose » – objective une diminution significative de l'anxiété dans le groupe « hypnose ». À la lecture de ces résultats, on peut se poser deux questions. Est-ce l'hypnose qui diminue significativement l'anxiété ou est-ce

l'anesthésie générale qui est anxiogène ? Que se passe-t-il lorsqu'on compare l'hypnose à une technique réputée non anxiogène ? La même année, une étude a comparé le confort de deux groupes de patients devant subir une intervention de chirurgie mineure – un groupe sous diazanalgésie consciente versus un autre sous hypnose – : le groupe « hypnose » s'est avéré beaucoup plus confortable et moins anxieux [18]. Une autre étude [19] a comparé l'efficacité de l'hypnose à celle de techniques de relaxation. Deux groupes de 30 patients victimes de brûlures touchant 25 % de la surface corporelle avaient des pansements quotidiens pendant au moins 14 jours. Un groupe a bénéficié de techniques de relaxation classique alors que les patients de l'autre groupe étaient en transe hypnotique pendant les pansements. On a observé des réductions significativement plus importantes de l'anxiété non seulement avant mais aussi pendant et après les pansements dans le groupe « hypnose » en comparaison avec le groupe « relaxation ».

Une étude de 2006 rapporte la diminution de l'anxiété à l'entrée du bloc opératoire et à sa sortie chez des sujets ayant bénéficié d'une prise en charge hypnotique préopératoire [20]. La réduction de l'anxiété préopératoire est également objectivée chez les enfants [21].

Il est donc clair que l'hypnose présente un intérêt dans la prévention de l'anxiété périopératoire. Toutes ces études ont conforté l'impression clinique.

L'action de l'hypnose sur la douleur

Les études

Les différentes structures cérébrales impliquées dans le traitement de l'information nociceptive sont nombreuses et jouent un rôle de modulation dans les différentes composantes de la douleur. Ces structures cérébrales sont en interaction entre elles et peuvent donc influencer la réponse de l'individu à un stimulus nociceptif.

Les protocoles d'étude de la modulation nociceptive par l'hypnose explorent trois conditions d'état successives : repos, imagerie mentale, puis hypnose. Un stimulus nociceptif est appliqué sur une des mains des sujets. Dans les conditions de repos et d'imagerie mentale simple, l'effet principal de la stimulation douloureuse s'observe dans le cortex insulaire ; dans la condition d'hypnose, l'activation principale est notée au niveau du cortex cingulaire antérieur (région 24'). Il existe une corrélation forte entre, d'une part, l'augmentation du débit sanguin régional observée au niveau cingulaire antérieur, et, d'autre part, l'intensité des sensations douloureuses et l'inconfort ressenti de ces sensations. Cette corrélation n'est pas retrouvée dans les groupes contrôles. Sur le plan comportemental, l'hypnose diminue significativement la douleur : les sujets hypnotisés ressentent un inconfort moins important que ceux des groupes contrôles.

En 2003, l'équipe du professeur Faymonville [22] objective que, lors d'un stimulus douloureux, l'hypnose permet une activation de la partie moyenne de la cingulaire antérieure (aire 24') mais aussi une modification de sa connectivité avec d'autres régions impliquées dans la gestion de la douleur. Ces modifications apparaissent corrélées à l'intensité de la douleur : plus la douleur augmente, plus les structures sont activées. Aucune corrélation n'est retrouvée dans les groupes contrôles (repos, imagerie simple). Sur le plan comportemental, il est rapporté une diminution de 50 % environ de la douleur évaluée chez les sujets hypnotisés par rapport à la population en condition « groupe contrôle ».

Ces résultats ont été confirmés et complétés en 2009 grâce à des images obtenues par IRM fonctionnelle [23]. Dans cette étude, c'est un laser infrarouge qui est utilisé pour créer le stimulus douloureux. L'intensité du rayon laser est progressivement augmentée. Cela permet de modifier l'intensité de la stimulation qui est non douloureuse dans un premier temps (intensité du laser < 450 MJ), puis qui devient de plus en plus douloureuse. Les images cérébrales obtenues avec ou sans hypnose sont comparées. Parallèlement, des évaluations comportementales sont effectuées : on étudie la perception du stimulus et la douleur ressentie. Ces évaluations comportementales ne s'avèrent différentes que si la stimulation est douloureuse (intensité du laser > 450 MJ). En d'autres termes, la perception de l'existence du stimulus est la même avec ou sans hypnose mais l'inconfort ressenti et la douleur, lorsqu'ils apparaissent, sont significativement diminués dans le groupe « hypnose ». Ces résultats concordent avec une étude clinique de 2000 [24]. Sur le plan des images, toutes les structures cérébrales qui sont activées en conscience critique lors de l'application des stimulations par laser le sont significativement moins lorsque les sujets sont hypnotisés, qu'il y ait douleur ou non. Par ailleurs, il existe des régions qui sont très activées en conscience critique lorsque le stimulus est douloureux, non seulement au niveau cortical mais aussi au niveau sous-cortical (tronc cérébral, en particulier). Ces régions ne s'activent pas ou que peu sous hypnose dans ces mêmes conditions. Par contre, la connectivité fonctionnelle entre l'aire S1, l'insula et le cortex préfrontal est augmentée en cas d'hypnose lorsque le stimulus devient douloureux, ce qui n'est pas le cas dans le groupe contrôle. Ces résultats suggèrent une inhibition des perceptions périphériques et une modulation du codage du message douloureux.

Le processus hypnotique permet de recruter des régions cérébrales pour participer à la gestion de la douleur. L'hypnose met ainsi en avant la capacité formidable du cerveau à recruter certains réseaux neuronaux. Ce recrutement se fait en fonction des besoins, avec une modulation impliquant, notamment, la connectivité du cortex cingulaire antérieur avec l'ensemble des régions qui participent à l'évaluation cognitive. Ceci aboutit à une meilleure évaluation sensoridiscriminative, émotionnelle et cognitive du stimulus nociceptif. Ce traitement de l'information optimise la réponse affective et comportementale des sujets. En 2014, une revue de la littérature montre que Faymonville et Rainville ne s'étaient pas trompés [13].

Les hypothèses neuropsychologiques

Plusieurs théories tentent actuellement d'expliquer l'action de l'hypnose sur la douleur.

La théorie néodissociative

Elle suggère que le corps enregistre la douleur mais qu'une barrière amnésique empêche de prendre conscience de cette perception. Cette théorie est développée par Hilgard à Stanford [25]. Selon lui, l'hypnose est caractérisée par des dissociations partielles. Ces dissociations seraient l'explication de phénomènes tels que l'amnésie, la régression en âge et l'analgésie, entre autres.

La théorie de l'activation d'un circuit inhibiteur

Elle propose que le processus hypnotique diminue les afférences nociceptives de provenance périphérique soit au niveau de la moelle, soit via l'activation d'un circuit inhibiteur corticospinal comme le suggère la diminution du réflexe RIII. Ce réflexe standardisé est

un réflexe polysynaptique, de longue latence, provoqué par des stimulations douloureuses électriques. Il représente un outil intéressant pour l'étude de la transmission et de la modulation de la nociception au niveau médullaire car son seuil d'apparition et son amplitude dépendent uniquement du seuil et de l'intensité de la douleur. Sa conduction est assurée par les fibres A delta. Ce réflexe dépend uniquement de circuits organisés dans la moelle. Sa diminution chez 60 % des sujets hypnotisés suggère que l'action de l'analgésie hypnotique mobilise des systèmes capables de bloquer la transmission des informations douloureuses dans la moelle épinière. Cependant, ce réflexe n'est inhibé que chez 60 % des sujets : il est donc probable que la transmission des informations s'effectue également à d'autres niveaux du système nerveux. Cette théorie prend en compte les observations faites en neuro-imagerie lors de l'étude de 2009 décrite plus haut [23] réalisée avec le laser infrarouge.

La théorie des opioïdes endogènes

Elle ne résiste pas au fait que la naloxone ne neutralise pas l'analgésie hypnotique. En outre, l'analgésie hypnotique peut être répétée et terminée rapidement, tandis que l'effet des opioïdes se dissipe plus lentement.

◆ L'hypnose est-elle un placebo ?

Il existe certainement un effet placebo dans l'hypnose. En effet, la mise en place d'un contexte d'hypnose joue un rôle d'activation de la réponse hypnotique. Miller et Bowers [26] ont montré que, si les patients croient qu'ils sont hypnotisés et qu'il est procédé à un rituel hypnotique, cela suffit à déclencher une réponse analgésique, en dehors de toute hypnose réelle. La part de l'effet placebo dans toute thérapeutique existe et l'hypnose n'échappe pas à la règle. Un faisceau d'arguments montre cependant que l'hypnose ne se réduit pas seulement à un effet placebo.

La conception des deux phénomènes est différente : l'analgésie placebo se réfère à un processus d'apprentissage, où une source extérieure peut être à l'origine d'un soulagement, alors que l'analgésie hypnotique se réfère à une capacité innée et autodirigée à modifier ses propres perceptions.

L'efficacité est différente : environ 30 à 35 % pour l'effet placebo, contre 50 % pour l'hypnose [5, 27].

Les effets antalgiques placebo sont antagonisés par la naloxone qui n'a aucun effet sur l'analgésie induite par hypnose [28].

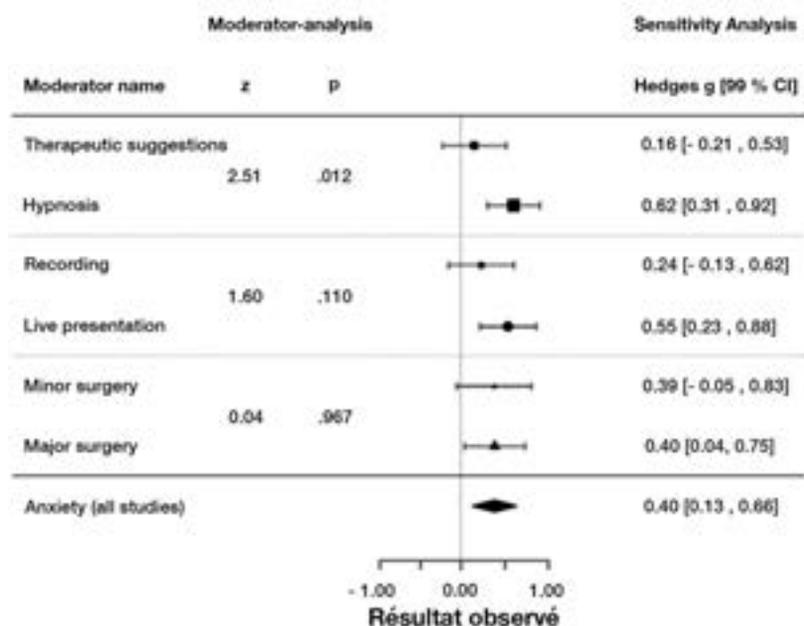
Le réflexe RIII n'est pas modifié par l'effet placebo alors qu'il disparaît chez plus de 60 % des sujets hypnotisés [29].

Enfin, les images obtenues en neuro-imagerie diffèrent entre effet placebo et hypnose [30].

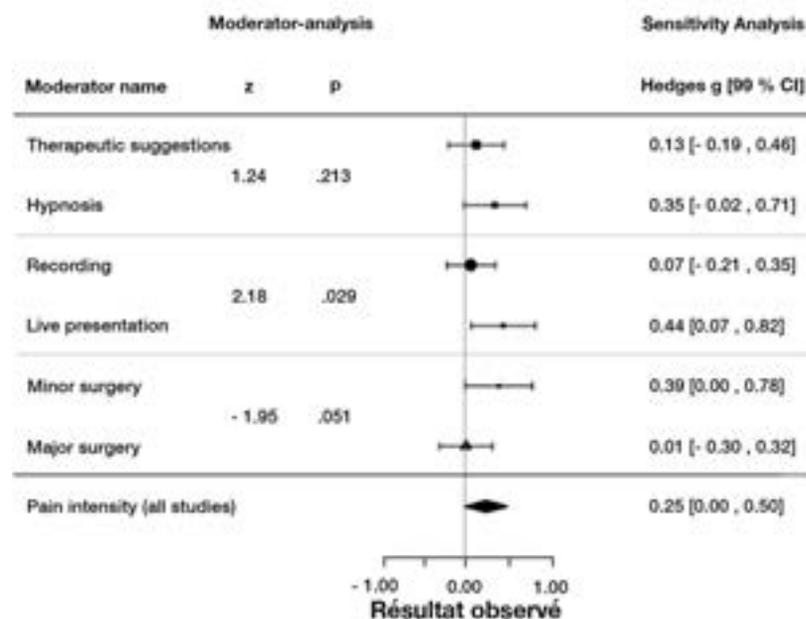
L'hypnose nécessite le rapport humain.

Dans sa méta-analyse de 2014, publiée dans *Anesthesia-Analgesia*, Kekkecks, montre que si l'hypnose permet à des suggestions de confort et d'analgésie d'être beaucoup plus efficaces, l'écoute de simples cassettes audio ne remplace pas la présence d'un thérapeute aux côtés du patient [31].

A Anxiété



B Intensité de la douleur



◆ Les bénéfices secondaires

La période périopératoire précoce

Des durées plus courtes de séjour sont retrouvées dans tous les travaux comparant anesthésie générale et hypnose. Plusieurs études comparent également le confort des patients, ce qui est en faveur de l'hypnose à chaque fois.

La réhabilitation postopératoire

Différentes études semblent prouver l'intérêt de l'hypnose dans la réhabilitation postopératoire. Dans le cadre de la thyroïdectomie, des durées d'hospitalisation inférieures et des reprises plus précoces de l'activité sociale sont à chaque fois décrites pour les sujets ayant eu une hynosédation [32-34].

Pour la chirurgie du canal carpien, il semble que l'association de technique d'hypnose conversationnelle permette de diminuer l'incidence des douleurs chroniques [35].

La réalisation d'une anesthésie locale ou locorégionale (ALR) pour des gestes de chirurgie carcinologique aurait un impact positif sur la réponse inflammatoire et la survie. L'utilisation de l'hypnose peropératoire rend confortables, et donc possibles, des interventions qui ne l'eussent pas été autrement. Cela permet de proposer des ALR à des patients pusillanimes sans être obligé d'associer une anesthésie générale.

◆ Conclusion

Les techniques modernes neuroscientifiques ont permis de redonner à l'hypnose une place de choix au sein de l'arsenal des outils utilisables pour améliorer la prise en charge des patients présentant une douleur aiguë. Les différents points abordés ici mettent en avant que l'hypnose peut agir non seulement sur l'anxiété mais aussi sur la douleur. Ainsi, un large réseau neuronal peut être mobilisé par chaque être humain pour atténuer les différentes composantes de la douleur. Il semble que l'hypnose modifie le traitement de l'information mais également la plasticité neuronale. Même si les neurosciences permettent ainsi d'explorer chaque jour davantage le fonctionnement de notre cerveau et d'appréhender l'hypnose sur le plan de la recherche fondamentale, c'est dans ses applications pratiques que l'hypnose trouve tout son intérêt. Il existe une réelle supériorité de l'hypnose par rapport à de simples suggestions ou des enregistrements audio sans relation humaine directe. La modification de l'alliance thérapeutique et l'activation des ressources des patients permettent quotidiennement une meilleure prise en charge qui s'inscrit dans un processus de réhabilitation [32, 33].

Bibliographie

1. Rainville P, Duncan GH, Price DD, Carrier B, Bushnell MC. Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somato sensory cortex. *Science* 1997 ; 277 : 968-71.
2. Faymonville ME, Laureys S, Degueldre C, *et al.* Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. *Anesthesiology* 2000 ; 92 : 257-67.
3. Gorton BE. The physiology of hypnosis. *Psychiatr Q* 1949 ; 23 : 317-43.
4. Hilgard ER. A quantitative study of pain and its réduction through hypnotic suggestion. *Procnatl acad Sci Usa* 1967 ; 57 : 1581-86.
5. Barber TX, Hahn KW. Physiological and subjective responses to pain producing stimulation under hypnotically-suggested and walking-imagined "analgesia". 1962 ; 65 : 411-8.
6. Evans MB, Paul GL. Effects of hynotically suggested analgésia on physiological and subjective responses to cold stress. 1970 ; 35 : 362-71.
7. Bakan P. hypnotisability, laterability of eye movements and fuctional brain asymetry. *Percept Mot Skills* 1969 ; 28 : 927-32.
8. Hugdahl K, Nordby H, Kval G. Conditional Learning and brain asymmetry empirilical data and a theorolical Framework. *Learn Indiv Dif* 1989 ; 1 : 385-405.
9. Barabasz A, Barabasz M, Jensen S, Calvin S, Trevisan M, Warner D. Cortical event-related potentials show the structure of hypnotic suggestion is crucial. *Int J Clin Exp Hypn* 1999 ; 47 : 5-22.
10. Rainville P, Duncan GH, Price DD, Carrier B, Bushnell MC. Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science* ; 277 : 968-71.
11. Maquet P, Faymonville ME, Degueldre C, Del Fiore G, Franck G, Luxen A, Lamy M. Functional neuroanatomy of hypnotic state. *Biological Psychiatry* 1999 ; 45 : 327-33.
12. Rainville P, Hofbauer RK, Paus T, Duncan GH, Bushnell MC, Price DD. Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion. *J Cogn Neurosci* 1999 ; 11 : 110-25.
13. Kosslyn SM, Thompson WL, Costantini-Ferrando MF, Alpert NM, Spiegel D. Hypnotic visual illusion alters color processing in brain. *Am J Psychiatry* 2000 ; 157 : 1279-84.
14. Beydon L, Dima CE. Anxiété périopératoire : évaluation et prévention. *Le Praticien en Anesthésie Réanimation* 2007 ; 11 : 242.
15. Bonnet F. Quels sont les critères de satisfaction des patients après une anesthésie ? *Ann Fr Anesth Reanim* 2006 ; 25 : 681-2.
16. Defechereux T, Degauque C, Fumal I, Faymonville ME, Joris J, Hamoir E, Meurisse M. L'hypnosédation, un nouveau mode d'anesthésie pour la chirurgie endocrinienne cervicale. Étude prospective randomisée. *Ann Chir* 2000 ; 125 : 539-46.
17. Faymonville ME, Mambourg PH, Joris J, Vrijens B, Fissette J, Albert A, Lamy M. Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategie : a prospective randomized study. *Pain* 1997 ; 73 : 361-7.

18. Frenay MC, Faymonville ME, Devlieger S, Albert A, Vanderkelen A. Psychological approaches during dressing changes of burned patients : a prospective randomised study comparing hypnosis against stress reducing strategy. *Burns* 2001 ; 27 : 793-9.
 19. Saadat H, Drummond-Lewis J, Maranets I. Hypnosis reduces preoperative anxiety in adult patients. *Anesth Analg* 2006 ; 102 : 1394-6.
 20. Lucas-Polomeni MM, Sauve-Barbarot C, Azzis O, Fremond B. Intérêt de l'hypnose en chirurgie pédiatrique. *Arch Pediatr* 2008 ; 15 : 920.
 21. Faymonville ME, Roediger L, Del Fiore G, Delguedre C, Phillips C, Lamy M, Luxen A, Maquet P, Laureys S. Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. *Cognitive Brain Research* 2003 ; 17 : 255-62.
 22. Vanhaudenhuyse A, Boly B, Balteau E, *et al.* Pain and non-pain processing during hypnosis : A thulium-YAG event-related fMRI study. *NeuroImage* 2009 ; 47 : 1047-54.
 23. Benhaiem JM, Attal N, Brasseur L, Chauvin M, Bouhassira D. Local and remote effects of hypnotic suggestings of analgesia. *Pain* 2001 ; 89 : 167-75.
 24. Hilgard ER. *Hypnotic susceptibility*. New York. Harcourt. Brace and World, 1965.
 25. Miller ME, Bowers KS. Hypnotic analgesia : dissociated expérience or dissociated control ? *Abnorm Psychol* 1993 ; 102 : 29-38.
 26. Spanos NP, Perlini AH, Robertson LA. Hypnosis, suggestion and placebo in the reduction of experimental pain. *J Abnorm Psychol* 1989 ; 98 : 285-93.
 27. Guy-Coichard C, Boureau F. Comprendre l'effet placebo pour mieux traiter la douleur. *Rev med interne* 2005 ; 26 : 226-32.
 28. Kiernan BD, Dane JR, Phillips LH, Price DD. Hypnotic analgesia reduced R-III nociceptive reflex : further evidence concerning the multifactorial nature of hypnotic analgesia. *Pain* 1995 ; 60 : 39-47.
 29. Bingel U, Lorenz J, Schoell E, Weiller C, Büche C. *Pain* 2006 ; 120 : 8-15.
 30. Bingel U, Lorenz J, Schoell E, *et al.* Mechanisms of placebo analgesia : rACC recruitment of a subcortical antinociceptive network. *Pain* 2006 ; 120 (1-2) : 8-15.
 31. Kekecs Z, *et al.* The effectiveness of suggestive techniques in reducing postoperative side effects : a meta-analysis of randomized controlled trials *Anesth. Anal* 2014 ; 119 : 1407-19.
 32. Faymonville M-E, Mambourg P, Joris J, *et al.* Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies : a prospective randomized study. *Pain* 1997 ; 73 (3) : 361-7.
 33. Watremez C, Docquier M, Bruil B, *et al.* Hypnosis and videoscopies combination as less invasive technique for thyroidectomy : 8AP54. *Eur J Anaesth* 2011 ; 28 : 121.
 34. Gandara S. *Intérêt de l'hypnosédation pour la réhabilitation postopératoire d'une thyroïdectomie*. Thèse de médecine 2004, Faculté de médecine de Nantes.
 35. Belze O, Remerand F, Laulan J, *et al.* Chronic pain after carpal tunnel surgery : epidemiology and associated factors. *Ann Fr Anesth Réanim* 2012 ; 31 (12) : e269-74.
-

Chapitre 2

De la transe spontanée à l'hypnose thérapeutique

Les processus mentaux ordinaires	/ 18
<i>Le réel et le virtuel</i>	/ 19
<i>L'attention</i>	/ 22
<i>La conscience</i>	/ 24
La transe naturelle	/ 29
<i>La transe spontanée</i>	/ 29
<i>La transe d'alerte</i>	/ 34
<i>La transe négative</i>	/ 36
<i>La transe spontanée positive</i>	/ 38
La transe provoquée ou l'hypnose	/ 41
<i>L'objectif thérapeutique</i>	/ 41
<i>La présence d'un tiers</i>	/ 41
<i>L'intensité et la stabilité</i>	/ 41
<i>La temporalité</i>	/ 42
<i>Le confort et la sécurité</i>	/ 42
<i>La réactivation de la conscience globale</i>	/ 43
<i>Les trois conditions fondamentales : $H = MC^2$</i>	/ 44
Les axiomes de l'hypnose	/ 45
<i>Définition</i>	/ 45
<i>Les axiomes</i>	/ 46

Chapitre 2

De la transe spontanée à l'hypnose thérapeutique

Si le monde de l'hypnose recèle encore beaucoup d'inconnues et d'approximations, c'est aussi une discipline vivante qui avance. Nous voyons notre connaissance des états de transe et de leur utilisation évoluer d'année en année, comme les premières cartes dessinées par les géographes sur les indications des (rares) marins qui exploraient le monde. Ces cartes, très imparfaites, permettaient à d'autres de préciser telle côte, telle île et d'aller plus loin. Les cartes se sont affinées, stabilisées. Aujourd'hui, chacun peut y accéder et voyager simplement en les utilisant. Mais la nature garde toujours de nombreux mystères : les océans, le climat, l'atmosphère, les volcans... autant de directions à explorer pour dessiner de nouvelles cartes.

◆ Les processus mentaux ordinaires

Dès le début du XIX^e siècle, les chercheurs souhaitent une terminologie plus neutre pour désigner les techniques de soins qui se développent depuis Messmer. En se référant au nom du dieu grec du sommeil, « *Hypnos* », Hénin de Cuvillier en France, puis Braid en Écosse proposent le terme « hypnotisme ». Ils se réfèrent ainsi à l'apparence extérieure du sujet qui semble dormir du fait de son immobilité, de la régularisation de sa respiration mais aussi du contenu de sa pensée qui s'apparente aux rêves. Très rapidement, ce terme est plébiscité par la communauté des praticiens qui savent cependant que cette appellation recouvre un mode mental dans lequel le sujet reste très actif.

Ce terme, qui deviendra « hypnose » à la fin du XIX^e siècle, fera peu à peu penser que le sujet est endormi et donc passif. Ce n'est qu'avec l'électroencéphalogramme que les scientifiques prouveront qu'il s'agit bien d'une forme d'éveil. Nous savons depuis que le sujet est conscient, mais dans un « état de conscience modifié ».

Nous garderons ici cette double idée : une présentation physique proche du sommeil et un état mental d'éveil.

Nous avons tendance à assimiler le terme d'éveil à celui de conscience. Nous avons aussi tendance à parler de l'état conscient comme s'il était évident et unique. En même temps, chacun de nous expérimente des états mentaux d'éveil très différents. Discuter avec des collègues, bavarder avec des amis, explorer un nouveau lieu, passer un examen écrit, regarder un film, faire du sport, être dans la lune, se concentrer sur une tâche... autant de moments quotidiens d'éveil.

Chacun de ces moments pourrait être décrit de manière spécifique, créant une sorte de classification des états d'éveil. Nous savons déjà différencier deux modalités dont voici une première approche :

- dans la première, nous sommes capables d'explorer de nombreux éléments du réel, du monde extérieur qui nous entoure, de nombreux éléments de notre propre monde intérieur et y réfléchir pour trouver la meilleure position personnelle (discussion, exploration...). Nous l'appelons « conscience ordinaire » ;
- dans l'autre modalité, nous faisons abstraction d'une grande partie du monde qui nous entoure, nous nous focalisons sur ce qui nous intéresse plus particulièrement (film, livre, rêverie...). Nous l'appelons « transe » (Fig. 1).

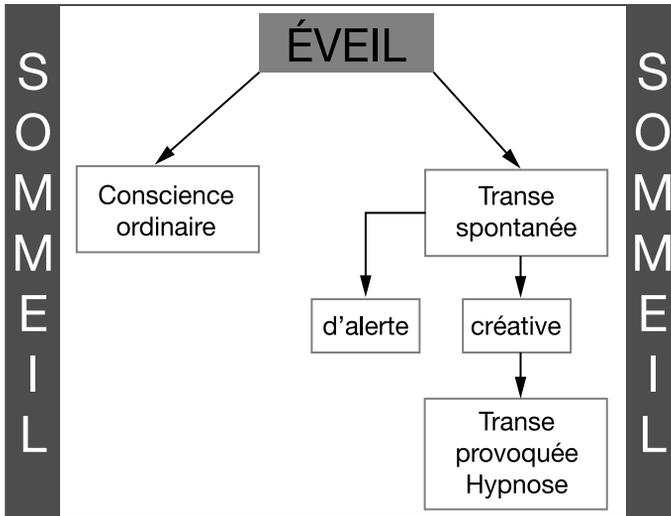


Figure 1. Deux modalités d'éveil

La transe est un mode mental très banal, qu'Erickson a été le premier à décrire comme un fonctionnement naturel et spontané. Deux modalités émotionnelles sont facilement repérées : focalisation sur une expérience agréable appelée transe positive ou transe créative ; focalisation sur une expérience désagréable ou pénible : transe d'alerte ou négative. L'induction

d'une transe hypnotique thérapeutique consiste alors « simplement » à activer et à amplifier ce mode mental banal, la transe créative ou positive, présent chez tous. Il s'agit alors d'une transe provoquée dans laquelle il y a une procédure, une intention de modifier le type de conscience activée. De la même manière que chacun vit des phases de transe spontanée, chacun peut, s'il le souhaite, être accompagné par un thérapeute pour expérimenter une phase de transe provoquée ou hypnose.

Le réel et le virtuel

La réalité

Le monde réel ou la réalité est l'ensemble des choses qui existent dans le monde. Plus exactement, pour chacun de nous, la réalité est l'ensemble des choses que nous pouvons percevoir du monde, ce que nous pouvons observer, toutes les choses dont nous pouvons être conscients. Cette réalité peut être divisée en réalité extérieure partagée et réalité intérieure intime.

La réalité extérieure

La réalité extérieure est ce monde autour de moi : les gens, les objets, les lumières, les bruits... tout ce qui est accessible à mes perceptions. J'en prends connaissance grâce aux capteurs sensoriels de mon corps qui définissent cinq types : la vue (V), l'ouïe ou l'audition (A), le toucher ou la kinesthésie (K), l'odorat (O), le goût (G). Ces cinq sensorialités sont contenues dans une abréviation, VAKOG, que nous retrouverons plus loin comme une dimension déterminante dans la pratique clinique.

La réalité extérieure contient tout ce que je vois – les gens, les objets, les couleurs, les lumières, tout ce que j'entends – les bruits, les voix, les musiques, tout ce que je touche – le sol, l'air, la chaise, les gens, tout ce que je sens – les odeurs des objets, des gens, de la cuisine, de la rue, de la pièce, du bloc opératoire, du cabinet dentaire, de la salle de rééducation, tout ce que je goûte...

L'existence des éléments de la réalité peut être prouvée, soit par observation directe partagée : ce que tout le monde voit, ce que tout le monde entend, etc. soit par enregistrement sonore ou visuel.

Cependant, la réalité est bien plus vaste que ce que nous en percevons, car elle est limitée par la capacité de nos capteurs. Nous ne percevons qu'une partie du spectre des ondes lumineuses ou du spectre des ondes sonores. Selon la finesse de chacun de nos canaux sensoriels, nous allons plus ou moins bien percevoir cette réalité extérieure, ce qui va générer des différences d'un individu à l'autre.

Il est essentiel de connaître cette variabilité pour au moins deux raisons :

- aller vers le confort d'un patient ; ce qui est important est ce que le patient perçoit. C'est sa réalité et c'est à nous de la prendre en compte. Dans ce moment particulier qu'est le soin médical, la capacité du patient à mieux percevoir certains phénomènes est modifiée. Nous devons penser à la sensibilité aux contacts, douloureux ou rassurants, ou à la sensibilité aux mots entendus ;
- chacun utilise différemment ces cinq canaux : certains sont plus « visuels », d'autres sont plus « kinesthésiques », etc. En tenir compte facilite la communication avec le patient.

Dans des conditions ordinaires, cette réalité extérieure est commune, accessible à chacun. Nous le vérifions simplement à chaque fois que nous rencontrons une nouvelle personne et que nous regardons ensemble vers le ciel pour parler de la météo.

La réalité intérieure

La réalité intérieure est personnelle, intime : c'est tout ce qui existe à l'intérieur de moi ou, plus exactement, tout ce que je peux savoir de ce qui est à l'intérieur de moi. Ce sont mes idées, mes souvenirs, mes expériences, mes émotions, mes sensations internes, mes projets, mes rêves, mes apprentissages, ma culture... Est réel ou devient réel pour moi ce qui est permanent en moi : une partie de mes souvenirs, mes idées, mes valeurs, mes goûts, mes réactions émotionnelles, mes rêves les plus marquants, mes projets les plus actuels... Tout ce qui fait partie de ma réalité intérieure est aussi puissant pour moi que ce qui fait partie de la réalité extérieure. Tout thérapeute doit le savoir et en tenir compte en permanence. De même que nous ne pouvons pas traverser un mur pour aller d'une

pièce à l'autre, nous ne pouvons simplement pas traverser un mur émotionnel ou une valeur forte et fondamentale d'un patient.

L'extrême variabilité individuelle de tous ces critères fait de chacun un être unique. Si cette affirmation enfonce des portes ouvertes, elle veut dire en pratique que chacun, dans un contexte de soin, doit être perçu comme unique et recevoir une attention personnalisée. Nous verrons plus loin comment le thérapeute apprend à tenir compte de cette dimension dans toute interaction hypnotique. Des techniques simples, décrites dans le chapitre sur la communication thérapeutique, permettent au thérapeute de respecter les protocoles (qui ont tendance à dépersonnaliser le soin) tout en s'adaptant à la réalité intérieure d'un patient donné à un moment donné (à personnaliser le soin).

L'imaginaire et le monde virtuel

Si notre conscience reçoit des informations sur la réalité, sur ce que nous pouvons observer et savoir, elle reçoit aussi des éléments que nous inventons, créons, imaginons, un monde virtuel. Il ne s'agit plus de savoirs, mais de croyances, d'intuitions, de mémoires transformées, d'inventions. C'est ce qui se passe lorsque nous voulons créer quelque chose de nouveau : écrire, peindre, improviser en musique, inventer une histoire, rêver un voyage ou un accident... La réalité est objectivable : un objet ou un son peut être enregistré, touché, mesuré et son existence peut être partagée par plusieurs personnes. Même une mémoire, une loi, un apprentissage, une expérience peuvent être objectivés par d'autres personnes qui ont vécu le même événement (*« Tu y étais, tu as vu la même chose que moi... je n'ai pas rêvé ! »*), par la référence à un texte de loi ou à un livre, par un souvenir ramené de vacances et posé sur le buffet de la salle ou accroché au mur.

Les données imaginées ou inventées n'ont pas ou pas encore de réalité objectivable mais sont très présentes en nous. Le monde virtuel se combine avec la réalité en la colorant, la développant, l'améliorant, la transformant, l'interprétant. Ce que nous ne savons pas, nous pouvons le construire au gré de nos envies, de nos craintes, de nos désirs... essentiellement au gré de nos émotions. Qu'y a-t-il dans cette boîte fermée, sans indication pour nous orienter ? Un bijou ? Du vide ? Des outils ? Un animal ? Un monstre ? Je peux aussi me dire que je ne sais pas et refuser ce que mon imaginaire pourrait inventer, ce qu'il m'apporte. Je peux accepter le jeu ou empêcher mon mental de recevoir ces réponses imaginées.

Dans d'autres cas, ce que j'ai vécu ou appris mais que je ne sais plus, je peux le reconstruire, le recréer. Évidemment, le résultat sera très différent de ce qui a été la réalité. Un étudiant a appris son cours par cœur comme le demande l'enseignant. À l'examen, il restitue exactement ce qu'il a appris et ce qu'il sait, ce qui fait maintenant partie d'une réalité intérieure objectivable, mesurable. Un autre a moins bien appris. À l'examen, il restitue pour partie ce qui était dans le cours, pour une autre partie ce qu'il imagine, parfois pour la plus grande joie des correcteurs ! Si, dans un autre cas, le sujet de l'examen porte sur une création romanesque ou graphique ou musicale ou chorégraphique, le candidat met essentiellement en œuvre son imagination, et c'est cet imaginaire qui sera noté. Dans ce cas, le correcteur ne sera pas du tout intéressé par les répétitions des données du cours ou les productions d'autres auteurs.

La capacité à respecter les données connues, les textes et les protocoles apporte la rigueur, la possibilité d'évaluer objectivement, les références. La capacité à imaginer apporte l'empathie, la souplesse, l'adaptabilité, la créativité.

La focalisation sur le monde réel ou sur le monde virtuel

Ces deux dimensions sont présentes en chacun de nous à chaque instant même si, là encore, il existe des différences individuelles. Mais elles ne sont pas présentes en nous à chaque instant de la même manière. Nous pouvons ainsi décrire deux modes de fonctionnement très différents : l'un plutôt connecté sur la réalité et plus objectif, l'autre plutôt connecté sur le monde virtuel et plus imaginaire.

Dans le premier, notre conscience est essentiellement occupée à observer des éléments de la réalité externe ou interne, la fonction imaginaire est réduite. Nous l'appelons « conscience critique ». La conscience critique est orientée vers ce que nous observons ici et maintenant, et que nous savons, soit d'avance, soit au moment de l'observation. Elle est plutôt en charge du présent en s'appuyant sur les connaissances du passé.

Dans le second, elle est essentiellement occupée à recevoir des éléments imaginaires et à construire un monde virtuel, la fonction d'observation de la réalité est réduite. Nous l'appelons « conscience virtuelle » ou, dans le contexte de l'hypnose « conscience hypnotique », elle est au cœur de toute transe. La transe est orientée vers ce que notre imagination nous propose, agréable ou non. Elle peut nous permettre de nous adapter dans le présent en inventant un futur possible, en inventant des données qui n'existent pas encore.

L'attention

Pour prendre conscience des informations, nous devons y prêter attention. À chaque instant, de très nombreuses informations venant du monde extérieur comme du monde intérieur cheminent dans notre cerveau, dans notre système nerveux sans que nous le sachions. Ce n'est que lorsque nous orientons notre attention vers elles, lorsque nous les observons, que nous savons qu'elles existent.

Nous pouvons visiter un lieu, nous y intéresser et pourtant y découvrir de nouvelles choses lorsque nous revenons. Parfois, nous ne percevons un élément visuel ou un son que parce qu'une personne oriente notre observation dans le bon sens.

L'exploration large et rapide

Ce processus attentionnel semble être saltatoire, discontinu. L'attention se porte très rapidement d'un élément à un autre, amenant à la conscience des fragments successifs de la totalité d'un phénomène. Par exemple, lorsque je regarde un tableau, mon œil se déplace automatiquement par sauts rapides, d'un endroit à l'autre ; la conscience enregistre les différences d'un endroit à l'autre. À partir de ces nombreux fragments différents les uns des autres, la conscience recompose l'ensemble du tableau. La notion de différence est essentielle. Lorsqu'un phénomène sensoriel, visuel, sonore ou olfactif, devient permanent – ce qui nous entoure au quotidien par exemple, nous n'y prêtons plus attention

et, peu à peu, nous ne le « voyons » plus ou nous le « sentons » plus. Dès qu'une différence apparaît de nouveau – un meuble déplacé par exemple ou une odeur différente, notre attention la repère. Parfois, nous avons seulement la conviction que quelque chose a changé, mais sans savoir ce qui a changé.

Ce fonctionnement est si rapide que nous avons l'impression de voir l'ensemble d'une situation de manière instantanée et de manière globale. Nous subissons la même illusion qu'au cinéma. Notre attention se comporte de la même manière avec les autres aspects de la réalité extérieure, en particulier lorsque nous sommes dans une situation nouvelle. Notre attention se porte extrêmement rapidement pour intégrer les informations venant de nos cinq sens. Dans cette situation nouvelle, nous sommes conscients successivement d'informations visuelles, auditives, kinesthésiques, olfactives et, le cas échéant, gustatives, mais il est difficile de savoir dans quel ordre ; il dépend probablement de l'importance de chacune d'entre elles à ce moment-là.

Dans le même temps, notre attention vient aussi explorer notre réalité intérieure : sensation, émotion, idée, souvenir, etc. de manière à nous permettre de reconnaître cette situation ou de nous y adapter en fonction de ce que nous connaissons déjà.

Cette description correspond à ce que nous avons déjà appelé « conscience critique ». C'est un mode mental dans lequel nous privilégions l'observation et explorons au mieux l'ensemble des informations externes et internes d'une situation pour savoir comment nous comporter.

L'exploration focalisée et ralentie

Notre système attentionnel dispose d'une autre modalité de fonctionnement : il peut se focaliser sur un seul élément ou sur une seule partie de la réalité de manière durable et ignorer le reste.

Dans ce cas, nous sommes capables de prêter une attention soutenue à quelque chose de particulièrement important dans une situation. Lorsque je regarde un tableau, je peux le voir en entier comme décrit ci-dessus, mais je peux aussi être particulièrement intéressé par un détail (un personnage par exemple), puis un détail du personnage... Mon attention devient ainsi de plus en plus focalisée et fixée. Pendant ce laps de temps, je ne vois plus l'ensemble du tableau, ni la salle de l'exposition, ni les autres personnes qui s'y trouvent. De la même manière, je peux ne prendre conscience que d'une personne dans un groupe et être incapable de me souvenir des autres. Je peux ne prendre conscience que d'une voix dans un lieu bruyant, ou que d'une sensation de mon corps. Je peux être entièrement focalisé sur une émotion. Dans tous ces exemples, mon attention s'est orientée beaucoup plus longtemps sur un seul type de phénomène de la réalité, générant un effet de quasi disparition du reste de la réalité.

Ce fonctionnement peut devenir très intense avec un contact très limité à la réalité.

C'est ce qui se passe dans le mode « transe » : nous ne percevons que ce qui est important pour nous, nous le percevons particulièrement bien et intensément, que ce soit une sensation agréable ou une douleur désagréable.

C'est ce mode que nous activons en hypnose pour permettre à un patient de focaliser et de fixer sa conscience sur des informations et des idées agréables afin qu'il « oublie »

plus ou moins la réalité difficile dans laquelle il se trouve. Si le phénomène est suffisamment installé et stabilisé, ce qui fait appel à des techniques très précises, la conscience du patient perçoit tous les plaisirs d'une baignade aux Antilles pendant que le chirurgien opère. La douleur qui serait normalement perçue est remplacée par des informations de confort et de bien-être.

Il est à noter aussi que, dans ce mode, l'attention se déplace d'une information à une autre de manière beaucoup plus lente qu'en conscience critique. Lorsqu'une image est suggérée, il lui faut « un certain temps » pour devenir consciente. Lorsqu'une question est posée, le patient met là aussi un certain temps pour y répondre. Cette lenteur est considérée comme un des signes majeurs de transe.

La conscience

Ce terme « conscience » est bien difficile à cerner. Nous pensons tous savoir ce qu'il en est mais, lorsqu'il s'agit de la définir, de la décrire, de la mesurer, c'est beaucoup plus difficile. Les études sur la conscience sont dynamiques mais récentes, ce qui fait que notre terminologie est pauvre. Nous avons des milliers de mots pour décrire notre corps mais si peu pour parler de la conscience. Nous avons nous-mêmes utilisé ici quelques-uns d'entre eux : esprit, cerveau, psychisme, mental, pensée, éveil. Souvent, ces mots recouvrent des concepts proches et, parfois, ils sont plus ou moins utilisés comme synonymes, ce qui rend toute présentation et toute discussion sur la conscience bien difficiles. Nous pouvons imaginer que cette faiblesse sera peu à peu comblée et que de nouveaux mots viendront soutenir un discours plus précis.

Pour la suite de cet ouvrage, nous allons explorer quelques dimensions de cette conscience qui vont nous servir à nous repérer.

Les descriptions classiques

Parmi toutes les définitions de la conscience, nous en avons choisi deux qui représentent une bonne synthèse des nombreux auteurs venant de disciplines différentes : médecine, psychologie, philosophie, histoire, religion...

- La première vient du dictionnaire Larousse :
 - connaissance, intuitive ou réflexive immédiate, que chacun a de son existence et de celle du monde extérieur ;
 - représentation mentale claire de l'existence, de la réalité de telle ou telle chose : *« L'expérience lui a donné une conscience aiguë du danger »* ;
 - psychologie : fonction de synthèse qui permet à un sujet d'analyser son expérience actuelle en fonction de la structure de sa personnalité et de se projeter dans l'avenir.
- La seconde vient du site de la revue *Psychologies* : la conscience est la capacité de se percevoir, s'identifier, de penser et de se comporter de manière adaptée. Elle est ce que l'on sent et ce que l'on sait de soi, d'autrui et du monde. En ce sens, elle englobe l'appréhension subjective de nos expériences et la perception objective de la réalité. Par elle, enfin, nous est donnée la capacité d'agir sur nous-même pour nous transformer.

La conscience globale

Ces deux définitions se complètent et, si elles sont conformes à ce que nous pensons habituellement de la conscience, elles ne rendent pas compte de la notion de conscience que nous utilisons dans le champ de l'hypnose. Nous allons parler de « conscience globale » afin d'intégrer les définitions ci-dessus pour y ajouter ce qui concerne les aspects spécifiques de conscience observés lors des trances. Conscience critique, orientée vers les dimensions du monde réel, et conscience hypnotique, orientée vers les dimensions du monde virtuel et les processus d'imagination, coexistent et se complètent en permanence. Lorsque je suis au contact du réel, mon imagination n'est jamais bien loin ; lorsque je suis en transe, une partie de moi reste toujours reliée à la réalité.

La conscience critique

Nous allons réunir ici ce que nous avons déjà dit à propos de la conscience critique et compléter la présentation de cette dimension de la conscience.

Notre conscience critique peut observer tout ce qui est à notre disposition dans la réalité. Notre attention capte les informations venant du monde extérieur et du monde intérieur.

Les informations du monde extérieur nous sont connues par nos cinq sens. Ils sont tous actifs et nous donnent une image globale du monde en cinq dimensions. Chacun est plus ou moins développé selon les individus qui ont ainsi une orientation sensorielle préférentielle. Nous verrons plus loin que, avant d'induire une transe, nous vérifierons que le sujet est capable d'activer sa conscience critique, modalité qui lui permet de saisir une situation telle qu'elle est à un moment donné. Une bonne technique est d'activer successivement les cinq sens en respectant l'ordre VAKOG : visuel, auditif, kinesthésique, olfactif et gustatif.

Les informations du monde intérieur nous sont connues en observant les sensations corporelles, les souvenirs, les apprentissages, les croyances, les émotions, les réflexions, etc., autant d'éléments potentiellement présents à un moment donné dans la conscience du sujet et qu'il peut connaître en les observant.

La conscience critique est notre mode de sécurité et notre mode d'adaptation ordinaire. Nous savons que la première fonction de la conscience est de nous permettre de rester en vie, de nous assurer que nous sommes en sécurité et, si besoin, d'augmenter cette sécurité, de nous protéger. Chaque situation et chaque rencontre nouvelles sont potentiellement dangereuses car elles contiennent des éléments inconnus. Il est essentiel de pouvoir observer le mieux possible tous les paramètres en jeu, de se référer à des situations connues, à ce que nous avons appris ailleurs, à ce que l'on nous a dit pour décider comment nous comporter, nous adapter, parler, nous protéger.

Je rencontre un nouveau directeur, un nouveau patron, un nouveau responsable de mon activité. Je dois savoir rapidement quel type d'attitude je dois adopter, comment lui parler, que lui dire, ce que je dois garder pour moi. Je dois repérer son attitude, ses gestes, son regard pour y déceler une sympathie ou une hostilité potentielle. Je dois aussi faire attention à mes sensations, mes émotions. Rester connecté à mes souvenirs et expériences, mes connaissances et mes valeurs. Ceci donne souvent aux premiers instants d'une rencontre un aspect un peu guindé. C'est la phase où chacun porte au plus haut sa vigilance et reste

attentif à tout ce qui se passe. Cette phase sera suivie de l'ouverture et de la détente, ou de la fermeture et de la tension selon la relation qui s'établit.

Ce même genre de fonctionnement se retrouve dans un aéroport, une chambre d'hôtel, une circulation difficile sur la route, bref, à chaque fois que nous devons vérifier que tout se passe bien et prendre des décisions adaptées rapidement. La conscience critique nous permet de comprendre ce qui se passe, ce que l'on nous dit, d'intégrer ces informations et de les relier à ce qui nous est déjà connu. Nous pouvons alors dire « oui » ou « non ». C'est ce que chaque professionnel de santé met en œuvre dans la phase d'information du patient en vue d'un soin : une information éclairée pour que le patient puisse décider « en toute conscience » ; encore faut-il qu'il soit capable de comprendre, que sa conscience critique soit active. Est-ce vrai d'un patient auquel on vient d'annoncer une mauvaise nouvelle ? Un cancer, une complication. Est-ce vrai du mari, de la mère qui voit le visage du médecin se fermer, son regard devenir fuyant ?

C'est aussi pour permettre à cette conscience critique de rester activée que le système d'information que reçoit un patient dans un lieu de soin est capital. Plus les informations seront simples, claires et cohérentes, plus le patient pourra se sentir sécurisé et capable de garder du contrôle sur la situation.

Rappelons-nous que chacun de nous a pu se sentir désemparé lorsque la conscience critique ne peut plus faire son « travail » d'organisation dans un hall de gare ou d'aéroport lorsque les informations sont absentes ou confuses. Et ce, même si nous sommes en bonne santé !

La conscience hypnotique

Dès que j'imagine quelque chose, j'active une autre fonction de la conscience et je désactive au moins partiellement ma conscience critique. Je peux imaginer ce que je ferai demain ou dans 6 mois ou dans 10 ans. Je peux imaginer ma maison rénovée. Je peux imaginer un voyage et des paysages. Je peux imaginer un ours blanc au milieu des girafes. Je peux imaginer que je suis skipper d'un voilier en Polynésie... Cette capacité d'imagination est potentiellement sans limite, même si elle est plus ou moins développée selon les individus. Elle permet à chacun de nous de créer des espaces virtuels et à les modifier autant que souhaité. Dans le contexte de l'hypnose, nous nommons cette fonction « conscience hypnotique ». Elles sont au cœur de tous les processus créatifs, qu'il s'agisse de peindre, de bricoler, de faire les plans d'une maison ou encore d'établir une nouvelle technique thérapeutique.

Cette partie de la conscience est peu prise en compte dans les définitions classiques, même si certains, dont Henri Bergson par exemple, ont toujours attribué à la conscience la fonction fondamentale de penser le futur.

Nous avons déjà dit que l'attention peut se porter très vite du réel au virtuel ; ici, nous dirons que nous passons très rapidement et naturellement de la conscience critique à la conscience hypnotique et réciproquement.

L'intensité de cette orientation vers un espace virtuel ou, à contrario, le désintérêt majeur de la réalité s'observe particulièrement bien dans ces moments que nous appelons « être dans la lune ». Sans pouvoir le prévoir, notre conscience se déconnecte du réel et notre esprit s'engage alors sur des chemins plus ou moins balisés. Il est souvent facile de remarquer ces phases chez les autres par l'immobilité (ou la raréfaction des mouvements)