

*Ce document numérique est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur au même titre que sa version papier.*

*Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.*

*D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.*

*L'Institut Français d'Hypnose a pris soin de demander son accord à l'auteur avant de diffuser ce document sur son site :*

*<http://www.hypnose.fr>*

# Mémoire DU Hypnose médicale

## *Hypnoanalgésie en Neurologie*

Sophie Gronier

*Service de Neurologie  
CHU Felix Guyon*

Directeur de mémoire : Monsieur Antoine BIOY

Année 2014-2015

## Remerciements

**J'adresse mes sincères remerciements à l'équipe pédagogique de ce DU d'hypnose médicale.**

Merci au Dr Frédérique MOHY qui m'a donnée envie de faire cette formation, l'organisation de ce DU est une grande réussite. J'apprécie de collaborer avec vous, votre gentillesse rayonne à l'hôpital.

Merci au Pr Antoine BIOY, mon directeur de mémoire, à Mme Isabelle CÉLESTIN-LHOPITEAU, au Dr Arnaud GOUCHET, au Dr Otman KERKENI, au Dr Christophe COPPIN, à M. Jean-Claude LAVAUD, à Mme Joséphine SYREN et M. Bernard LAU WEN TAI... pour leurs enseignements passionnants, leur investissement.

Merci au Dr Jean De Monredon de m'avoir permis de pratiquer l'hypnose pendant les séances d'injection de toxine botulique.

Merci aux patients de m'avoir accordé leur confiance, sans eux, ce travail n'aurait pas eu lieu.

Merci à mes camarades de DU et aux belles discussions que nous avons pu avoir, sur nos pratiques et plus largement sur la vie...

Et merci à mes proches.

# Table des matières

<b>Introduction</b> .....	<b>4</b>
<b>Revue théorique des travaux et problématique</b> .....	<b>6</b>
I. L 'HYPNOSE.....	6
<i>DEFINITION DE L'HYPNOSE</i> .....	6
<i>STATUT DE L'HYPNOSE EN FRANCE</i> .....	10
<i>FONDEMENTS ET CARACTERISTIQUES DE L'HYPNOSE</i> .....	11
<i>HYPNOSE et NEUROSCIENCES</i> .....	13
<i>TECHNIQUES UTILISEES</i> .....	16
<i>DONNEES D'EFFICACITE:</i> .....	18
II. LA DOULEUR.....	19
<i>Définition</i> .....	19
<i>Douleur aigue/ Douleur chronique</i> .....	23
<i>Douleurs neuropathiques</i> .....	24
III. HYPNOANALGESIE .....	26
<i>Action de l'hypnose sur la douleur</i> .....	26
<i>Neuro-imagerie</i> .....	28
<i>Techniques utilisées</i> .....	31
<b>Méthodologie de la recherche</b> .....	<b>32</b>
Dans le cadre d'injection de toxine botulique .....	32
Dans le cadre d'une ponction lombaire .....	33
Dans le cadre de douleurs neuropathiques centrales subaiguës : association de douleurs aiguës et chroniques. ....	33
<b>Expériences pratiques</b> .....	<b>34</b>
Premier cas clinique.....	34
Deuxième cas clinique.....	37
Troisième cas clinique .....	40
Quatrième cas clinique .....	42
<b>Discussion</b> .....	<b>46</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>48</b>
<b>Résumé :</b> .....	<b>51</b>

## Introduction

La formation au DU d'hypnose médicale a été pour moi plus qu'une formation, mais une expérience, l'expérience d'une approche différente de l'autre dans le domaine de la médecine. Au cours des séminaires, nous avons appris les bases techniques de l'approche hypnotique, mais c'est le temps qui m'a permis d'en comprendre les fondements et l'intérêt pratique que je pouvais tirer de cette formation.

Lorsque je devais choisir mon sujet de thèse, hésitant entre plusieurs idées, imaginant même révolutionner les données scientifiques sur l'hypnose, la réponse d'Antoine Bioy m'a été d'une grande aide : que pouvait m'apporter l'hypnose dans ma pratique médicale ?

En tant que neurologue, je voyais un large champ d'action à portée de main, avec pour facteur limitant le temps que je pouvais y accorder...

J'ai gardé cette idée, au début je pensais travailler sur les manifestations psychosomatiques parfois spectaculaires... Je ne savais pas comment aborder le problème, prendre en charge ces patients, avec la peur d'aggraver les symptômes. Je ne me sentais pas vraiment dans mon domaine, peut être plutôt de l'ordre de la psychiatrie ou psychologie, avec même pour certains patients un manque d'empathie en écho à mon rôle de neurologue clinicien, ancré dans la prise en charge des maladies organiques...

Puis j'ai pensé travailler sur les douleurs chroniques et céphalées, mais je n'avais pas le temps pour envisager un suivi de ces patients, les consultations étant déjà remplies sur plusieurs mois...

J'ai observé les patients hospitalisés, et la prise en charge des douleurs aiguës, durant les gestes douloureux (électrophysiologiques, injection de toxine botulique, ponction lombaire...) m'a semblé abordable. Cette prise en charge est loin d'être optimale, bien que nous utilisions depuis peu le protoxyde d'azote (MEOPA), gaz anesthésiant et hilarant... D'une part je ne prenais pas de risque de nuire au patient, j'apportais au moins un moment de détente et d'autre part l'organisation de la séance pouvait se faire au moment d'une hospitalisation et donc je pouvais trouver le moment pour prendre le temps. J'ai commencé par utiliser l'hypnose conversationnelle au cours des examens électromyographiques, me laissant aller à tenter des suggestions hypnotiques sur les enfants, et prendre lentement confiance dans ma pratique, aux vus des résultats encourageants, voire surprenant chez les enfants qui étaient transformés, passant des larmes aux rires et qui arboraient fièrement un « je n'ai rien senti », alors que les piqûres dans les muscles étaient bien réelles...

Les opportunités de pratiquer l'hypnose se sont présentées soit spontanément, au cours de difficultés liées à des gestes douloureux, programmées lors de séances d'injection de toxine botulique, ou naturellement comme avec la dernière patiente qui utilisait d'elle-même de nombreuses métaphores...

# Revue théorique des travaux et problématique

## I. L' HYPNOSE

### DEFINITION DE L' HYPNOSE

#### **Hypnose :**

Etymologiquement, hypnose vient du grec hypno « le sommeil ». Cependant, l'état hypnotique se caractérise par un état différent du sommeil ou de l'état de veille.

**L'état hypnotique :** état modifié de conscience, ni un état de vigilance, ni un état de sommeil.

Selon Pavlov, il s'agit d'un état intermédiaire entre la veille et le sommeil.

Selon Bernheim, il s'agit d'un état psychique particulier susceptible d'être provoqué et qui augmente à des degrés divers la suggestibilité.

Selon Mason, « l'hypnose est un état temporaire d'attention modifiée dont la caractéristique est une suggestibilité accrue ».

Selon Erickson, l'état d'hypnose « est un état de conscience particulier qui privilégie le fonctionnement inconscient par rapport au fonctionnement conscient » et « est un état de conscience dans lequel vous présentez à votre sujet une communication, avec une compréhension et des idées, pour lui permettre d'utiliser cette compréhension et ces idées à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissages ».

**Le processus hypnotique :** processus permettant de passer de l'état d'éveil à l'état hypnotique.

Définition de l'AFEHM: « L'hypnose est définie comme un processus relationnel accompagné d'une succession de phénomènes physiologiques tels qu'une modification du tonus musculaire, une réduction des perceptions sensorielles (dissociation), une focalisation de l'attention dans le but de mettre en relation un individu avec la totalité de son existence et

d'en obtenir des changements physiologiques, des changements de comportements et de pensées».

« L'hypnose est un mode de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi. Cette définition implique que la pratique de l'hypnose recouvre deux dimensions : à la fois un état de conscience modifiée que l'on nomme état hypnotique mais aussi une relation singulière. L'état hypnotique a été caractérisé à la fois par les neurosciences (imagerie cérébrale) et par la psychologie (théorie de la dissociation psychique). Quant à la dimension de la relation elle renvoie à une communication thérapeutique telle que l'a développée par exemple Erickson et à une dimension intersubjective particulièrement étudiée par les hypnoanalystes.» (Antoine Bioy)

Selon Isabelle Celestin-Lhopiteau (Hypnoalgésie et Hypnosédation, 2014) : L'hypnose peut être définie comme :

- Un éveil de l'attention
- Une communication et relation particulière entre le patient et l'hypnoterapeute
- Un processus thérapeutique
- Un nouvel apprentissage
- Un art de vivre avec l'autohypnose

Plusieurs techniques peuvent être utilisées, nous le verrons plus tard.

### **Différents types d'hypnose :**

On peut distinguer l'hypnoalgésie (hypnose utilisée à visée antalgique) et l'hypnosédation (hypnose utilisée à visée sédative) de l'hypnothérapie (usage psychothérapeutique de l'hypnose).

- **L'hypnoalgésie** : fait référence à l'utilisation de l'hypnose comme méthode antalgique.

- **L'hypnosédation** : a été développée par Marie-Elisabeth Faymonville, professeur au CHU de Liège, à la fin des années 90. L'hypnosédation a pour but d'amplifier les ressources



d'anxiolyse et d'analgésie chez les patients. Elle combine hypnose et sédation consciente intraveineuse.

Plusieurs états de conscience sont distingués : la conscience hypnotique et la conscience critique. Le processus hypnotique permet alors de passer de la conscience critique à la conscience hypnotique

- **La conscience critique** : elle permet de capter les informations venant à la fois du monde extérieur, via les organes des sens, et du monde intérieur. C'est « la modalité qui nous permet de comprendre ce qui se passe, (...) d'intégrer des informations et de les relier à ce qui nous est déjà connu » (Virot and Bernard 2010).
- **La conscience hypnotique** : il s'agit d'un état « d'indifférence à l'extérieur », avec perte de l'esprit critique, hyper suggestibilité, perte des fonctions réflexes et lâcheté. (Communication des Dr Roelants et Watremez, 2014)

Il s'opère un état d'équilibre entre les deux types de conscience, et certains facteurs tels que l'ennui (la monotonie), la saturation, la confusion, ou encore des facteurs émotionnels (stress, bonheur) peuvent faire évoluer le curseur vers la conscience hypnotique : ces techniques sont utiles dans la pratique médicale.

Selon que l'état hypnotique est spontané ou provoqué on parlera de transe naturelle ou d'hypnose. La transe est « la focalisation et la fixation de l'attention pendant un certain temps» (Virot et Bernard 2010). Lorsqu'elle est provoquée, il y a la présence d'un tiers qui induit la transe, accompagne le patient puis le ramène à la conscience critique. Cette transe provoquée peut être plus intense et plus stable que la transe spontanée.

La transe spontanée peut être négative, avec « focalisation et fixation de l'attention sur des émotions dites négatives » ou positive (Virot and Bernard 2010).

Le Dr JM Benhaiem propose une définition de l'hypnose en plusieurs étapes, avec une première étape correspondant à l'hypnose utilisée à visée analgésique ou à visée sédative, et une seconde étape correspondant à l'hypnose utilisée à visée psychothérapeutique :

- **La première étape** de l'hypnose est une phase de confusion. Cette « absence », dans un contexte bienveillant, possède des caractéristiques physiologiques : analgésie, diminution de l'anxiété. Cette phase convient aux soins douloureux, aux gestes chirurgicaux non invasifs et aux explorations endoscopiques.

- **La deuxième étape** de l'hypnose ouvre sur une indétermination, une augmentation du sens critique, une prise en compte de tout l'environnement. Cet état a une signature cérébrale qui montre une augmentation des processus attentionnels (Rainville, Hofbauer et al. 2002). L'état de repos cérébral, dénommé « default mode » ou mode par défaut confirme que cet état est congruent avec une forte activation cérébrale. « L'état hypnotique, dans cette phase, n'est donc pas un sommeil ou une absence ou une indifférence, mais bien une hyper-présence qui est à même de résoudre les blocages tels que peurs, douleurs chroniques, addictions etc... »

- **L'hypnothérapie** : Elle peut se définir comme l'usage psychothérapeutique de l'hypnose.  
« *Quelle que soit sa forme, elle place toujours au centre de son approche l'état hypnotique, avec une visée psychothérapeutique* » (Bioy and Michaux 2007).

**L'hypnose classique** : Elle se caractérise par l'aspect directif de l'hypnotiseur, parfois même dominant. L'hypnotiseur suggère un changement de façon directe au patient. Cette forme d'hypnose a été très largement mise de côté. D'autres courants sont venus renouveler la pratique, en particulier le courant Ericksonien.

**L'hypnose Ericksonienne** : Nommée d'après le psychiatre américain Milton Erickson 1901-1980. Milton Erickson a utilisé lui-même l'auto-hypnose suite à une poliomyélite compliquée de paralysie motrice et sensorielle. Dans son approche, c'est le patient qui est au centre et qui devient acteur de sa guérison. Cette pratique hypnotique ne dirige pas le patient, mais l'accompagne. Elle repose sur le postulat que l'inconscient est capable de mobiliser des ressources, susceptibles de conduire aux changements désirés, et a pour but d'amener conscient et inconscient à travailler ensemble. « *Vous ne contrôlez pas le comportement d'une quelconque autre personne. Vous apprenez à le connaître, vous aidez les patients en l'utilisant, vous aidez les patients en les dirigeant de telle façon qu'ils rencontrent leurs besoins; mais vous ne travaillez pas avec les patients pour atteindre vos propres buts. Le but est leur bien-être, et si vous réussissez à obtenir leur bien-être, vous touchez directement votre propre bien-être.* » (Milton Erickson)

Ce courant a par la suite donné naissance à de nombreux courants de psychothérapie moderne: thérapie familiale, thérapie brève (stratégique, systémique), programmation neuro-linguistique.

**L'hypnoanalyse** : L'hypnoanalyse est un processus dynamique qui fait le lien entre l'hypnose et la psychanalyse.

**L'autohypnose** : apprentissage de l'hypnose dans un premier temps avec un hypnopraticien afin de poursuivre de façon autonome cette pratique.

## STATUT DE L'HYPNOSE EN FRANCE

*Données extraites du rapport de l'INSERM, juin 2015 : Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose.*

En France, il n'y a pas de cadre légal précis encadrant la pratique de l'hypnose. Les DU d'hypnose ne sont pas reconnus par l'Ordre des médecins. Réglementairement, le médecin n'est donc pas autorisé à mentionner ces pratiques sur sa plaque et/ou ses ordonnances. De son côté, l'assurance maladie ne prend pas en charge les séances d'hypnose. Il existe un code acte dans la classification commune des actes médicaux (CCAM) libellé « Séance d'hypnose à visée antalgique » (code ANRP001), mais cet acte est non remboursable (tarif fixé à 0 euros). Si l'hypnothérapie est pratiquée par un médecin conventionné dans le cadre de sa consultation, la consultation reste prise en charge par l'assurance maladie (en fonction des règles de remboursement habituelles). Par ailleurs, certaines complémentaires santé proposent des remboursements partiels ou forfaitaires de séances d'hypnose. Lorsque l'hypnose est pratiquée au sein d'établissements hospitaliers, il semblerait que la facturation varie selon les établissements, certains ayant créé un tarif spécial : « l'enquête auprès de CHU a montré que certains établissements ont créé un tarif correspondant à l'acte d'hypnose, et facturent aux patients 1 acte de consultation + 1 acte d'hypnose » (Médecines complémentaires à l'APHP, Rapport de Mai 2012).

## LE DEVELOPPEMENT DE L'HYPNOSE A L'HOPITAL

Il n'existe pas d'enquête exhaustive décrivant la pratique de l'hypnose en milieu hospitalier (et précisant le nombre et type de services la pratiquant/ proposant des consultations).

En région parisienne, le moteur de recherche de l'APHP permet d'identifier 8 consultations :  
3 au centre d'évaluation et de traitement de la douleur de l'hôpital Ambroise Paré à Boulogne-Billancourt

1 en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et

1 en odontologie à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris

1 en neurochirurgie à l'hôpital de Bicêtre au Kremlin-Bicêtre

1 en soins palliatifs et gériatriques à l'hôpital Paul Brousse à Villejuif

1 en Psychologie Hypnose analgésie aux Urgences et consultations pédiatriques de l'hôpital Jean Verdier à Bondy

De plus, à titre d'illustration, Le Dr Lafont a réalisé un état des lieux (non exhaustif) de l'hypnose en région PACA et a recensé 7 établissements avec une pratique de l'hypnose (CH Aix, polyclinique Urbain V à Avignon, CHI Fréjus, CHU Nice, APHM, CH Salon de Provence, Institut Ste Catherine à Avignon) (Lafont 2013). Ainsi, l'hypnose était proposée dans 5 centres de traitement de la douleur (CH Aix, polyclinique Urbain V à Avignon, CHI Fréjus, CHU-Hôpital de Cimiez à Nice, AP-HM-Hôpital de la Timone à Marseille), par des médecins.

## FONDEMENTS ET CARACTERISTIQUES DE L'HYPNOSE

D'un point de vue historique, l'état hypnotique est utilisé depuis fort longtemps. Ainsi, selon certains auteurs, les chamanes utilisaient le processus hypnotique pour leurs interventions.

Plus généralement, on peut dire que le fonctionnement mental particulier appelé « transe » a été exploité par toutes les cultures et toutes les époques (Virot and Bernard 2010).

Au 18<sup>ème</sup> siècle, Franz Mesmer, médecin allemand, a développé la théorie du magnétisme animal, selon laquelle un fluide magnétique invisible circulerait dans l'univers et dans le corps humain, qu'une mauvaise circulation de ce fluide dans le corps serait pourvoyeuse de maladies, et que des techniques permettant de canaliser ce fluide permettraient de guérir les personnes malades. Parmi ces techniques, on peut citer l'imposition des mains, la crise mais aussi le « sommeil magnétique » développé par un disciple de Mesmer, le marquis de Puységur, également appelé « sommeil lucide » qui allait ouvrir la voie à l'hypnose.

*« Puységur, par l'utilisation qu'il fait de la « crise magnétique », renommée « sommeil lucide », est bien le premier hypnothérapeute, c'est-à-dire, le premier thérapeute à utiliser l'état modifié produit pendant la crise, non pour produire tel ou tel phénomène physique source de guérison, mais pour permettre d'accéder à des « ressources » diverses, ordinairement non accessibles, qui vont jouer un rôle déterminant dans le changement thérapeutique. »* (Bioy et Michaux 2007)

Des chirurgies utilisant cette technique sont rapportées dès le 19<sup>ème</sup> siècle.

Par exemple, une mastectomie réalisée pendant le « sommeil magnétique » par le Dr Jules Choquet a fait l'objet d'une gravure en 1834.



Un chirurgien anglais, James Esdaile, utilisant cette technique à large échelle à Calcutta au milieu du 19<sup>ème</sup> siècle a rapporté une réduction de la mortalité opératoire (de 45% à 5%) (Virot and Bernard 2010).

L'invention du terme « hypnose » est souvent attribuée à James Braid, médecin écossais, qui aurait créé ce terme en référence à Hypnos, le dieu grec du sommeil en 1843. Il semble en réalité que ce soit le baron Etienne Felix d'Hémin de Cuvillers qui ait le premier commencé à utiliser le préfixe «hyn» dès 1819 (Gravitz 1993).

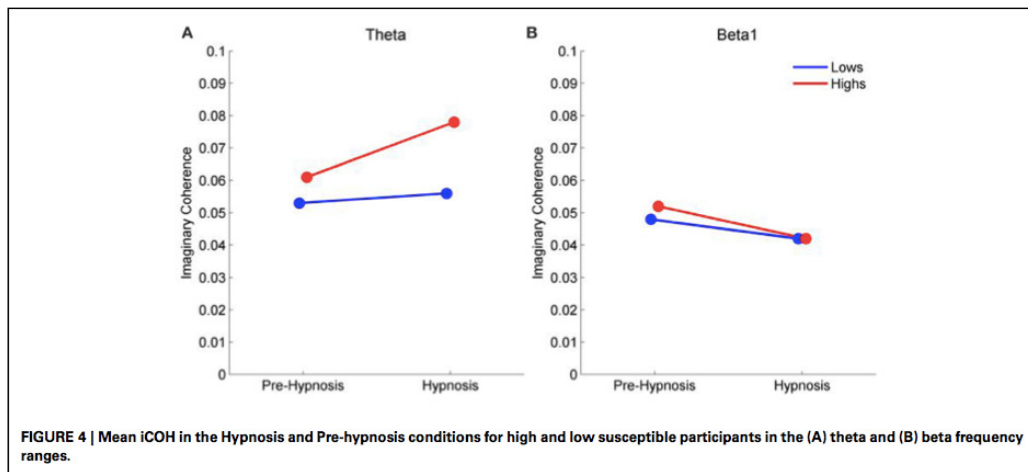
Par la suite, Jean-Martin Charcot réalise des travaux sur l'hypnose et l'hystérie. Il recrée sous hypnose l'apparition et la disparition de symptômes. Il démontre ainsi que les paralysies hystériques ne sont pas déterminées par une lésion organique, mais par ce qu'il appelle une «lésion dynamique fonctionnelle» et il considère que l'hypnose est un état propre aux hystériques. Dans le même temps, un autre courant est développé par Hippolyte Bernheim, qui s'oppose à celui de Charcot en considérant l'hypnose comme susceptible d'applications thérapeutiques.

Au 20<sup>ème</sup> siècle, Milton Erickson, psychiatre américain développe l'hypnose ericksonienne, qui considère que « la transe est un phénomène banal, naturel, que chaque individu connaît dans sa vie ordinaire ». Ce courant « met l'accent sur le concept d'état naturel renforcé par la communication entre le sujet et le thérapeute » (Virot and Bernard 2010). En parallèle va se différencier un autre courant, celui de l'hypnose classique, qui s'appuie sur des méthodes d'induction stéréotypée et élabore des échelles «d'hypnotisabilité» servant de référence pour les recherches et permettant aux cliniciens de détecter les patients susceptibles d'être soignés par l'hypnose car « répondeurs ».

## HYPNOSE et NEUROSCIENCES

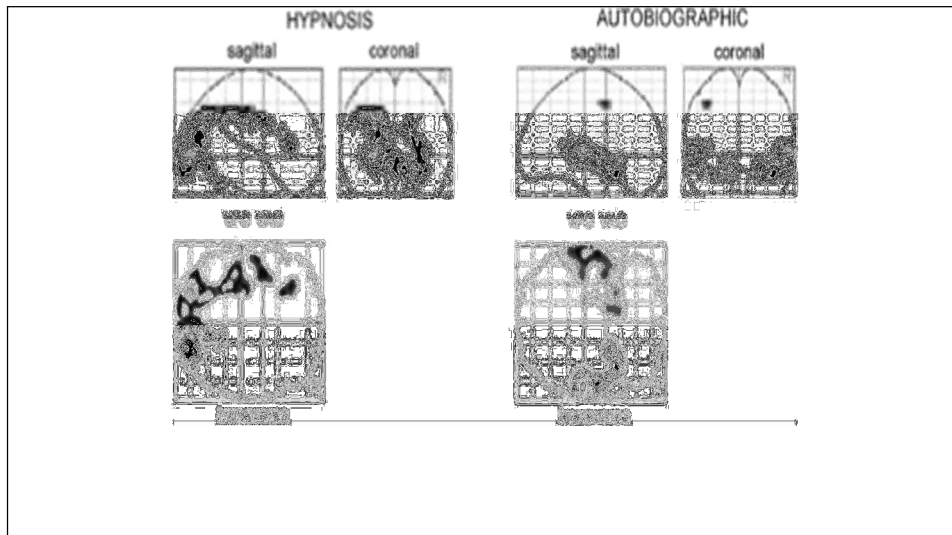
L'électroencéphalogramme avait permis d'objectiver, dès 1949, que l'état hypnotique était différent du sommeil et de l'état de veille (rythme thêta ...)

Dans une étude récente, (Jamieson and Burgess, 2014) les sujets les plus suggestibles (selon le score Stanford Hypnotic Susceptibility Scale Form C (SHSSC)) avaient un rythme de fond thêta après induction hypnotique, organisé autour de la région centro-pariétale. Le rythme bêta diminuait dans le groupe des patients les plus suggestible, en régions fronto-centrale et occipitale.



Les techniques d'imagerie moderne (Pet Scanner et IRM fonctionnelle) ont mis en évidence des modifications de l'activité cérébrale corticale de certaines régions lors de suggestions chez un sujet sous hypnose.

Il a ainsi été montré qu'un souvenir, évoqué en imagerie mentale autobiographique ou sous hypnose activait des régions cérébrales similaires, telles que les régions corticales occipitales, pariétales, précentrales, ventrolatérales, prémotrices, préfrontales et cingulaire antérieure. Par contre, en état d'hypnose, le précunéus était moins activé (Maquet, Faymonville et al. 1999).

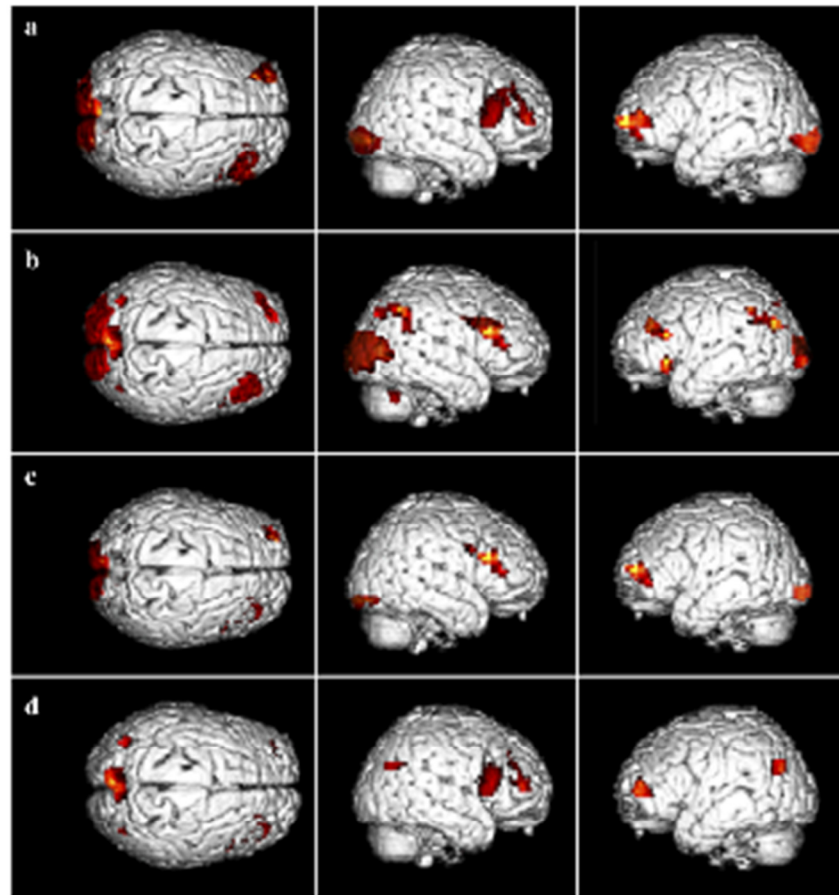


*Le précuneus (est un gyrus de la face interne du lobe pariétal du cortex cérébral. Il est limité en avant par le sillon callosomarginal et en arrière par le sillon pariéto-occipital. Le précuneus est formé de deux circonvolutions, antérieure et postérieure.*

*Brain areas where regional cerebral blood flow (rCBF) is increased during hypnosis compared to mental imaging of autobiographical memories (control distraction task) (left) and brain areas where rCBF is increased during the mental imaging of autobiographical memories compared to the resting state (right). Results are displayed at  $p < 0.001$ . VAC and VPC identify anterior and posterior commissural planes, respectively. (Adapted from Maquet et al., 1999).*

Par ailleurs, en présence d'un stimulus douloureux, un sujet sous hypnose à qui l'on suggère que la sensation n'est pas déplaisante présente une modification de l'activité du cortex cingulaire antérieur (Rainville, Duncan et al. 1997). Cette région est associée à la composante émotionnelle de la douleur.

Sous hypnose, une activation occipitale plus prononcée a été observée ainsi qu’une augmentation de l’activité préfrontale. (Halsband, 2006).



*PET activation during encoding and retrieval of high-imagery word-pairs. Hypnosis condition: (a) encoding (hypnosis), (b) retrieval (waking state). Waking condition: (c) encoding (waking state), (d) retrieval (waking state). (Halsband, 2006)*

Les processus complexes de type dissociatif peuvent être expliqués par une interruption des connexions fronto pariétales, qui explique le sentiment d’automatisme caractéristique des mouvements réalisés sous hypnose. Ces connexions sont également impliquées dans les mécanismes de décision non conscients.



## TECHNIQUES UTILISEES

Les éléments présentés ci-dessous sont extraits d'une communication sur les bases de l'hypnose et analgésie des Dr Roelants et Watremez au congrès Hypnose et Douleur à La Rochelle, 2014, et du livre Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie (Virot and Bernard 2010).

Ainsi que du livre Hypnoanalgésie et hypnosédation en 43 notions (Célestin-Lhopiteau et Bioy, 2014).

Les techniques utilisées sont variées et plusieurs batteries de techniques peuvent être utilisées en fonction du type d'hypnose pratiquée.

- En communication hypnotique, seront utilisées des techniques linguistiques ainsi que des techniques relationnelles. □
- En hypnose conversationnelle, seront ajoutées des techniques de focalisation. □
- En hypnose thérapeutique viendront encore s'ajouter des techniques de dissociation.

**Les techniques dissociantes** : elles ont pour but de désactiver la conscience critique du sujet, généralement soit en focalisant son attention sur un élément précis, soit en créant de la confusion. Elles se potentialisent les unes les autres (synergie dissociative). On peut citer :

- La catalepsie est définie comme la suspension complète des sensations et des mouvements volontaires, avec aptitude des membres et du tronc à conserver la position qu'on leur donne. En pratique, le praticien va accompagner un segment de membre jusqu'à une position d'équilibre puis le lâcher progressivement, tout en utilisant des suggestions verbales pour renforcer la catalepsie. L'intérêt de la catalepsie est de générer une dissociation dans le corps (et pas seulement psychique) et d'induire une transe rapidement et de manière stable. Visible, elle permet de plus d'objectiver le processus hypnotique.
- La lévitation. Un mouvement d'un membre est induit par suggestions verbales jusqu'à ce que ce membre s'immobilise en équilibre. Ainsi un sujet peut soulever son bras en ayant la sensation que celui-ci est doté d'une vie autonome, dissocié du reste de son corps et non contrôlé par sa conscience.

- La confusion. Le sujet va se focaliser sur le message ou la situation confuse afin de tenter de le comprendre, et cela va inhiber le fonctionnement de la conscience critique. Cette technique peut entraîner un inconfort pour le patient. □
- La réification ou la transformation en chose
- Les métaphores
- Le langage dissociatif : (« les yeux regardent » au lieu de « vous regardez »).

**Les suggestions** : celles-ci peuvent être ouvertes ou fermées. Les suggestions fermées sont des consignes que le patient doit suivre, tandis que les suggestions ouvertes sont beaucoup plus permissives, elles sont des invitations qui laissent le choix au patient. □

Dans le domaine de l'analgésie, les suggestions peuvent être des **suggestions directes d'anesthésie** (corps cotonneux, pommade anesthésiante, anesthésie en gant, interrupteur de la douleur...) ou des **suggestions dissociatives**, qui éloignent de la douleur (imaginer qu'une partie du corps ne fait plus partie de soi, transférer la douleur à un autre endroit du corps...).

## DONNEES D'EFFICACITE:

Plusieurs études (6 ECRs) présentent des résultats convergents, indiquant que l'utilisation de l'hypnose lors d'une intervention chirurgicale ou lors d'un acte de médecine ou radiologie interventionnelle permet de diminuer la consommation de sédatifs et/ou d'antalgiques en per opératoire. Ces résultats semblent constituer une base solide, néanmoins de nouvelles études seraient les bienvenues. En effet, les essais rapportés étaient de qualité variable. Il n'y a pas eu de revue Cochrane réalisée sur le sujet. Dans ce rapport, nous n'avons retenu que les essais les plus importants sur le sujet et n'avons pas réalisé de méta-analyse. Néanmoins, la littérature recense plusieurs méta-analyses s'étant intéressées à l'efficacité de l'hypnose utilisée comme méthode adjuvante en chirurgie et/ou médecine interventionnelle, par exemple (Tefikow, Barth et al. ; Montgomery, David et al. 2002), mais qui ne permettent pas non plus de formuler des conclusions claires.

### Au total, concernant la chirurgie et la médecine/radiologie interventionnelle :

- 6 essais (n=100 à n=350) ont rapporté un bénéfice de l'hypnose.
- L'intervention en hypnose était toujours standardisée mais prenait des formes variables : audio CD (Mackey), intervention courte (15 minutes) précédant la chirurgie (Montgomery, Weltz et al. 2002), ou intervention pendant toute la durée de la chirurgie ou procédure radiologique/médicale invasive (Lang, Benotsch et al. 2000; Lang, Berbaum et al. 2006; Lang, Berbaum et al. 2008; Marc, Rainville et al. 2008).
- 3 essais étaient des essais à 2 bras (Mackey ; Montgomery, Weltz et al. 2002; Marc, Rainville et al. 2008), et 3 autres à 3 bras (Lang, Benotsch et al. 2000; Lang, Berbaum et al. 2006; Lang, Berbaum et al. 2008). Les groupes contrôles étaient variables : audio CD de musique relaxante, intervention contrôle pré chirurgicale de 15 minutes (afin de contrôler sur l'attention accordée par un professionnel), attention structurée, empathie ou soins standards uniquement.
- Les critères de jugement étaient hiérarchisés dans 1 seul essai (Marc, Rainville et al. 2008) ; ils n'étaient pas hiérarchisés dans les 5 autres essais. Ils étaient variables selon les études : consommation médicamenteuse (antalgiques/sédatifs), proportion de patients sédatisés, intensité douloureuse, anxiété, durée de l'intervention etc. En particulier :
  - 5 essais sur 6 (Mackey ; Lang, Benotsch et al. 2000; Montgomery, Weltz et al. 2002; Lang, Berbaum et al. 2008; Marc, Rainville et al. 2008) se sont intéressés à la consommation médicamenteuse (antalgiques et/ou sédatifs) en per opératoire, et ont tous rapporté un bénéfice de l'hypnose sur ce critère.
  - 4 essais se sont intéressés à la durée de l'intervention, avec des résultats divergents : 2 essais ont rapporté une diminution de la durée dans le groupe hypnose (Lang, Benotsch et al. 2000; Montgomery, Weltz et al. 2002), non retrouvée dans 2 autres essais (Lang, Berbaum et al. 2006; Lang, Berbaum et al. 2008).
- Les 6 essais sont de qualité variable, avec pour certains d'importantes limites méthodologiques.

→ Au total, les 6 essais rapportent de manière concordante que l'hypnose permet

*Rapport INSERM, Juin 2015*

## II. LA DOULEUR

### Définition

La définition de la douleur la plus souvent retenue est celle de l'International Association for the Study of Pain (IASP), qui la décrit comme une «expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en terme évoquant une telle lésion». L'OMS la définit également comme une «expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes ».

Ainsi elle comprend une composante émotionnelle qui intervient dans sa genèse et introduit donc la notion de subjectivité.

□ Il existe différents mécanismes physiopathologiques pouvant être impliqués dans le phénomène douloureux : □

- l'excès de nociception: la douleur est la conséquence d'un stimulus externe ou interne au corps qui est conduit par les voies nerveuses. Elle est le plus souvent simple dans sa sémiologie, la localisation est précise, elle répond le plus souvent aux antalgiques □.
- La douleur neuropathique: liée à une atteinte des voies de la nociception elles mêmes. □ Le stimulus émane de lésions nerveuses, celles-ci peuvent être périphériques ou centrales. □ La sémiologie est la plus riche, elle répond moins bien aux antalgiques classiques □.
- La douleur psychogène : générée par une souffrance psychologique, sans étiologie organique retrouvée □.

### **Plusieurs « composantes » de la douleur :**

Sensori-discriminative : intensité, tonalité, localisation

Cognitive : sens donné à l'expérience douloureuse, processus d'adaptation, anticipation, diversion, mémorisation, langage...

Émotionnelle : la douleur et son contexte

Comportementale : ensemble des manifestations verbales et non verbales

Milton Erickson disait que la douleur était un tiers de douleurs passées, un tiers de douleurs actuelles et un tiers d'anticipation de la douleur.

○ **Contrôle de la douleur**

Contrôles inhibiteurs

Contrôle d'origine spinal : théorie du «gate control »

Contrôle supra spinal :

*Ces contrôles sont dits supra-spinaux descendants par référence à leur origine, mais comme les précédents, ils s'exercent sur la corne dorsale de la moelle qui se révèle ainsi comme un haut lieu de convergence des mécanismes de modulation.*

✓ *Tronc cérébral*

*Les systèmes descendants cérébro-médullaires*

*Il existe au niveau du tronc cérébral des zones dont la stimulation entraîne des effets anti nociceptifs. Il s'agit plus précisément de certaines zones très localisées de la substance grise péri aqueducale ainsi que de la région bulbaire où se situent notamment les noyaux raphé magnus et giganto-cellulaire. Ces zones mésencéphaliques pourraient intervenir successivement.*

La stimulation électrique de la substance grise péri- aqueducale (SGPA) ou du noyau Raphe Magnus provoque l'activation des contrôles inhibiteurs descendants qui cheminent dans les funiculi postéro-latéraux pour inhiber par des mécanismes adrénérgiques, sérotoninergiques ou opioïdériques les neurones de la corne dorsale impliqués dans la transmission des messages nociceptifs vers les centres supérieurs.

✓ *Hypothalamus*

✓ *Thalamus*

✓ *Le cortex cingulaire antérieur*

✓ *Le cortex moteur (pré-central)*

*Il fait l'objet d'investigations cliniques prometteuses : rôle inhibiteur direct du tractus cortico-spinal et des voies cortico-thalamiques. La stimulation électrique du cortex moteur à visée antalgique est actuellement utilisée dans certaines douleurs neurologiques d'origine périphériques ou centrales.*

○ Hypersensibilisation à la douleur (douleurs chroniques)

A la suite d'un stimulus nociceptif liminaire, isolé, survient une douleur aiguë liée à la stimulation des récepteurs AMPA. On la considère comme une douleur d'alarme, de sauvegarde de l'intégrité de l'organisme, on parle de normalgésie.

A la suite d'un stimulus nociceptif supra-liminaire et répétitif on constate la mise en jeu des **récepteurs NMDA** à l'origine d'une hyperexcitabilité auto-entretenu voire amplifiée de traduisant par une **hyperalgésie**. Hyperproduction de neurotransmetteurs, en particuliers médullaires.

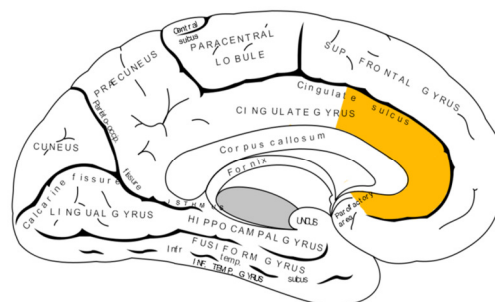
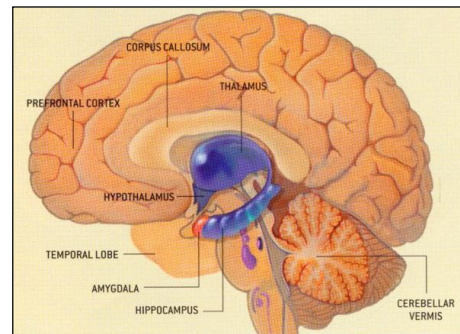
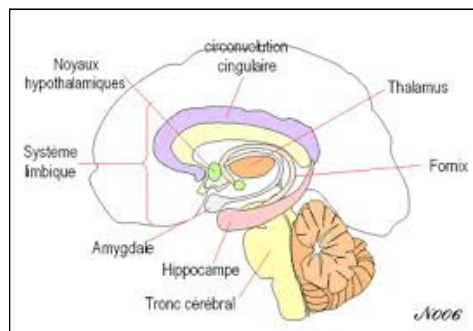
A plus long terme, il peut s'ensuivre une forme de **mise en mémoire** de la douleur liée à des modifications dans l'expression des gènes en faveur d'une synthèse protéique pronociceptive. Modification somesthésiques centrales.

Modification immunitaire et du fonctionnement des cellules gliales, notamment lors des douleurs neuropathiques chroniques.

Les trois étapes possibles d'un évènement douloureux :

Evènement douloureux					
Douleur aiguë isolée	Douleurs aiguës récurrentes		Douleur chronique		
Glutamate ↓ AMPA <b>NORMALGESIE</b>	AAE - SP ↓	NK1	NMDA (Ca <sup>++</sup> , PKC, NO) <b>HYPERALGESIE</b>	Gène d'expression précoce (c-fos) <b>MEMORISATION</b>	
0 milliseconde	secondes	minutes	heures	jours	mois

○ Anatomie de la douleur



Encodage sensoriel

- Aires somato-sensorielles primaires

Intégration émotionnelle de la douleur

**Système limbique :**

- Les corps mamillaires.
- Le fornix.
- **L'amygdale** : apprentissage associatif et appréhension de la douleur
- L'hippocampe.
- Le gyrus parahippocampique
- **Le gyrus cingulaire** : affect primaire, régulation motrice de la réponse, anticipation, empathie, mécanismes d'attention. Dimension affective de la douleur.
- Noyau antérieur du thalamus.

**Le cortex insulaire** : encodage primaire, régulation autonome et empathie.

**Le cortex pré-frontal** : évaluation subjective de la douleur, connexion avec le gyrus cingulaire. Contrôle anti nociceptif descendant cortico-médullaire.

## Douleur aiguë/ Douleur chronique

On distingue la douleur aiguë, qui entre dans la définition précédente, et la douleur chronique, plus complexe et dont la fonction paraît moins évidente.

**La Douleur chronique** est une douleur persistante ou récurrente s'étendant sur plus de 3 mois.

L' HAS en décembre 2008 précise deux autres caractéristiques: une réponse insuffisante au traitement et une détérioration significative des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient. Ainsi la douleur chronique se définit par sa durée mais également son retentissement.

La prise en charge des douleurs chroniques va être différente. □

La prévalence de la douleur chronique varie de 10,1 % à 55,2 % selon les études françaises et internationales. Elle toucherait 15% de la population française. La prévalence de la douleur chronique sévère est estimée par l' HAS à 11 % chez l'adulte. Elle touche plus les femmes que les hommes. Les 3 types les plus fréquents, hors douleur cancéreuse sont les rachialgies, les céphalées, les arthralgies. □

On sait maintenant, grâce notamment à l'utilisation de l'imagerie cérébrale fonctionnelle, que la douleur chronique entraîne des modifications importantes et complexes de la morphologie cérébrale. □ Plusieurs études récentes, menées notamment par Seminowicz et Apkarian mettent en évidence chez les patients douloureux chronique, par l'IRM fonctionnelle, une baisse de densité de matière grise, principalement au niveau du cortex préfrontal et cingulaire. Cette diminution est proportionnelle à la durée de l'exposition à la douleur

La notion de plasticité cérébrale connue depuis peu, fait évoluer notre compréhension de la douleur chronique et de ses conséquences. L'imagerie permet d'objectiver les modifications corticales survenant dans ce contexte et confirme la réversibilité de celle-ci. Ces notions permettent de mieux appréhender le retentissement cognitivo-comportemental observé chez les patients douloureux, et ouvre des perspectives quand à une prise en charge plus globale. Enfin il est démontré aujourd'hui que la perception même de la douleur est dépendante de facteurs psychologiques, cognitifs, il existe une interaction entre la réalité objective de la douleur et son ressenti, son vécu. La douleur chronique a un retentissement fonctionnel, cognitif et psychologique. Les études retrouvent une diminution de la qualité de vie, des capacités fonctionnelles et un taux de dépression supérieur à la population générale.



## Douleurs neuropathiques

Les « **douleurs neuropathiques** » ou **neurogènes**, sont consécutives à des lésions du système nerveux périphérique (nerf, racine) ou central (moelle, tronc cérébral, encéphale). Elles représentent un quart des douleurs chroniques chez l'adulte. Ces douleurs ont des caractéristiques cliniques très évocatrices, et siègent en particulier dans des territoires cutanés où la sensibilité est supprimée (anesthésie douloureuse) ou réduite (hypoesthésie douloureuse). Le mécanisme physiopathologique de ces douleurs serait représenté par un déséquilibre entre les influences des fibres afférentes inhibitrices et excitatrices au profit de ces dernières. En pratique, il est très important de savoir reconnaître ce type de douleurs car elles ne sont pas calmées par les antalgiques habituels ou la morphine mais par des médicaments tels que les anti-dépresseurs tricycliques, IRSNA, certains anti-épileptiques, opiacées, emplâtres de lidocaïne... On peut faire appel aux traitements invasifs comme la stimulation médullaire, la stimulation du cortex moteur ou l'analgésie intra thécale.

L'hypnose montre un bénéfice net surtout sur le désagrément et la qualité de vie qui est supérieur aux autres thérapeutiques complémentaires, plus prolongée dans le temps et dépourvue d'effets secondaires. L'hypnose apporte une diminution de la douleur notable pendant la durée de la prise en charge, mais les statistiques montrent des résultats similaires à long terme à la relaxation. Seule l'apprentissage de l'autohypnose fera une différence à long terme (3 à 6 mois après l'arrêt du traitement).

En pratique, proposition par S. Morar ( Hypnoanalgésie et hypnosédation, 2014)

- Evaluation clinique de la douleur, dont la description sensorielle qui sera utilisée lors des séances d'hypnoses
- 10 à 12 séances, espacées de 2 semaines minimum, apprentissage de l'auto hypnose une séance sur deux
- Evaluation intermédiaire portant sur la douleur et le degré de bénéfice et confort de vie
- Evaluation finale portant sur les mêmes critères

Suggestions hypnotiques et douleurs neuropathiques :

- Modification directe de la douleur : exemple de l'intensité
- Modification de l'imagerie liée à la douleur

Ces deux premières modalités sont utilisées en autohypnose.

Changements cognitifs et de la perception de la douleur : substitution, changement, réinterprétation, remplacement de la douleur, dissociation corporelle, amnésie, distorsion du temps.

- Métaphores : méthodes de renforcement du moi

### III. HYPNOANALGESIE

#### Action de l'hypnose sur la douleur

Elément thérapeutique utilisant les propres ressources du malade, qu'il a souvent oubliées ou auxquelles il n'a plus accès.

Les études qui comparent l'effet analgésique des suggestions sous hypnose par comparaison avec le placebo, la distraction et l'imagerie mentale montrent un effet bien plus important pendant le processus hypnotique. Cet effet peut être prolongé (suggestions sous hypnose).

De nombreuses études en imagerie cérébrale montrent que les suggestions hypnotiques en hypnoanalgésie impliquent une diminution significative dans l'activité des régions impliquées dans la douleur (Rainville 1997, Faymonville 2000, Wik 1999, Willoch 2000, Rainville 2001, Jensen 2009).

L'efficacité de l'hypnose dans les douleurs chroniques a été montrée dans de nombreuses études: céphalées de tensions et migraines (Kohen, 2007 ; Spinhoven, 2000 ; Gysin, 1999), douleurs abdominales, douleurs drépanocytaires, dyspepsie, lombalgie chronique, fibromyalgie, algodystrophie, soins palliatifs...

L'efficacité a également été montrée dans l'accompagnement de soins douloureux : ponctions lombaires, lors des piqûres, en chirurgie-anesthésie... L'effet analgésique serait plus grande si on maintient l'état hypnotique et/ou la présence du thérapeute pendant les soins (Price et Barber, 1987).

Lors d'examen médicaux :

L'effet de l'hypnose lors d'un geste de radiologie invasive douloureux a été évaluée lors d'une étude randomisée sur 241 patients (dont 82 ayant bénéficiés d'une hypnosédation) : les patients sous hypnose avaient consommé moitié moins d'anesthésiant. Le niveau d'anxiété et de douleur était maintenu à un niveau très bas pendant toute la durée de la procédure. Aucune complication n'étaient notée dans le groupe hypnose contre 15% dans le groupe sous sédation anesthésique classique : hémorragie, instabilité hémodynamique. (Lang, 2000).

### **L'action de l'hypnose sur la douleur :**

- Modulation du désagrément de la douleur indépendamment de la composante sensorielle
- L'hypnose traite distinctement les deux composantes de la douleur : sensori-discriminative et affective.

Rainville et al, 1997 : en utilisant la tomographie par émission de positon (TEP)

- Les suggestions d'intensités sensorielles diminuaient l'activité du cortex somato-sensoriel
  - Les suggestions visant à atténuer le désagrément diminuaient l'activité du cortex cingulaire antérieur (région reliée au système limbique et aux émotions).
- L'analgésie hypnotique ne dépend pas uniquement de la relaxation (Miller, 1991)
  - L'analgésie hypnotique ne dépend pas des endorphines

Administration de Naloxone, antagoniste des opioïdes, ne modifiait pas l'analgésie lors d'une expérience hypnotique (Goldstein et Hilgard, 1975), ce qui sera confirmée par la neuroimagerie des années plus tard, mais qui semble plus complexe via les voies inhibitrices descendantes...

### **Effet placebo et suggestion**

Le placebo est une thérapeutique efficace sur un symptôme bien que dépourvue de propriété pharmacodynamique, ou de propriété spécifique pour le problème pour lequel il est administré.

L'effet placebo est l'impact d'une médication ou d'un acte, non attribuable à ses propriétés intrinsèques.

L'effet placebo s'inscrit d'emblée dans une relation entre un thérapeute et son patient.

L'importance de l'effet placebo dans le domaine de la douleur peut atteindre 80%.

Un des exercices importants dans la prise en charge du patient douloureux chroniques est de travailler spécifiquement la dimension de l'anticipation du soulagement, par simple visualisation par exemple.

La suggestion possède une place importante dans l'occurrence d'un effet placebo.

L'hypnose est une forme d'effet placebo structuré, certains circuits sont identiques à l'effet placebo, mais l'hypnose ne se résume pas à cet effet.

Il est important de travailler en hypnose ce qui pourrait améliorer l'effet placebo (Benetti, 2008).

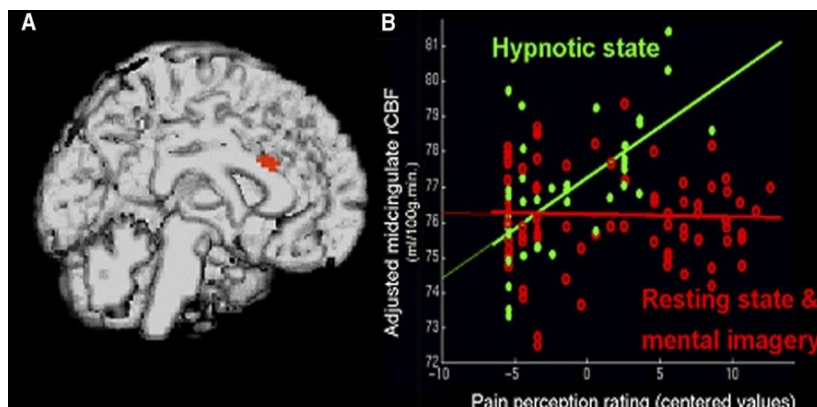
### Neuro-imagerie

Lors de la transe on remarque une augmentation d'activité du cortex cingulaire antérieur, en relation avec l'attention portée aux suggestions de l'hypnotiseur. En fonction des suggestions, il existe une modulation de son activité. La diminution de l'activation du cortex cingulaire antérieur implique une diminution du sentiment désagréable de la douleur (Rainville 2001).

Les études retrouvent une diminution de l'activation des aires pariétales, cortex somatosensoriel, qui s'accompagne d'une diminution de l'intensité douloureuse.

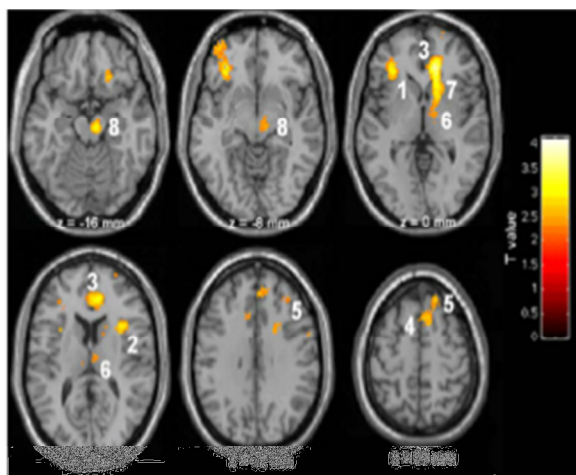
L'augmentation de l'activité dans la région pré-frontale joue également un rôle via la mémoire du travail, la réinterprétation de l'expérience sensorielle, le processus attentionnel...

La réduction de la douleur sous hypnose est lié à une augmentation des connections fonctionnelles entre le cortex cingulaire et insulaire, prégenual, frontal et pré SMA, ainsi que le tronc cérébral, le thalamus et les ganglions de la bases (Faymonville et al., 2003)



*Brain area in which neural activity correlates linearly with pain sensation ratings, in the specific context of hypnosis: the ventral part of the midcingulate cortex (area 24a) shown in red on a 3D rendered spatially normalized MRI. (B) Plot of changes in pain perception ratings versus changes in adjusted blood flow in midcingulate cortex. Note the difference ( $p < 0.05$ ) in regression slopes between hypnosis (green dots) and control conditions (red open circles). (Adapted from Faymonville et al., 2000; Laureys et al., in press.*

L'activité de la jonction ponto mésencéphalique témoigne d'une réduction de l'activité cholinergique ascendante thalamo corticale, correspondant à une diminution des signaux sensoriels. Cette désinhibition corticale facilite l'intégration des suggestions hypnotiques (Mc Carley 1990 ; Rainville 2004).



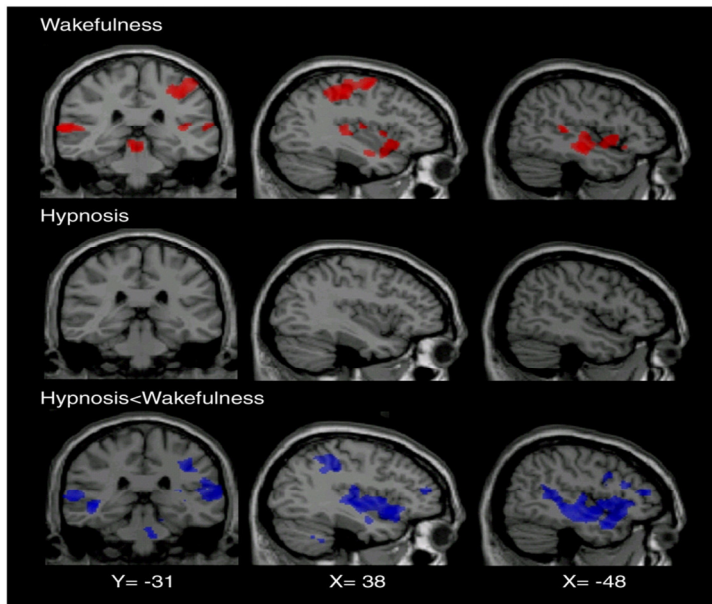
*Regions that showed hypnosis-related increased functional connectivity with midcingulate cortex: (1) left insula, (2) right insula, (3) perigenual cortex, (4) pre-supplementary motor cortex, (5) superior frontal gyrus, (6) right thalamus, (7) right caudate nucleus, (8) midbrain/brainstem. (Adapted from Faymonville et al., 2003).*

**L'hypnose serait capable d'agir sur les 2 composantes de la douleur : le ressenti émotionnel mais également la sensation douloureuse elle-même.** Certaines études ont même montré la capacité de l'hypnose à activer les circuits neuronaux correspondants à une douleur physique suite à une suggestion hypnotique et ce même en l'absence de stimuli douloureux (Derbyshire, Whalley et al. 2004).

Plus récemment, une étude en imagerie fonctionnelle, a montré chez 13 volontaires sains que la diminution de la perception des stimuli douloureux et non douloureux (stimulation sensitive sur la main gauche) pendant un état d'hypnose par rapport à un état de veille était associée à une **diminution de l'activation fonctionnelle non seulement du cortex cingulaire antérieur, mais aussi des cortex insulaire, préfrontal, prémoteur, du tronc cérébral, du thalamus, du striatum et du cortex somatosensoriel primaire** (Vanhaudenhuyse, Boly et al. 2009).

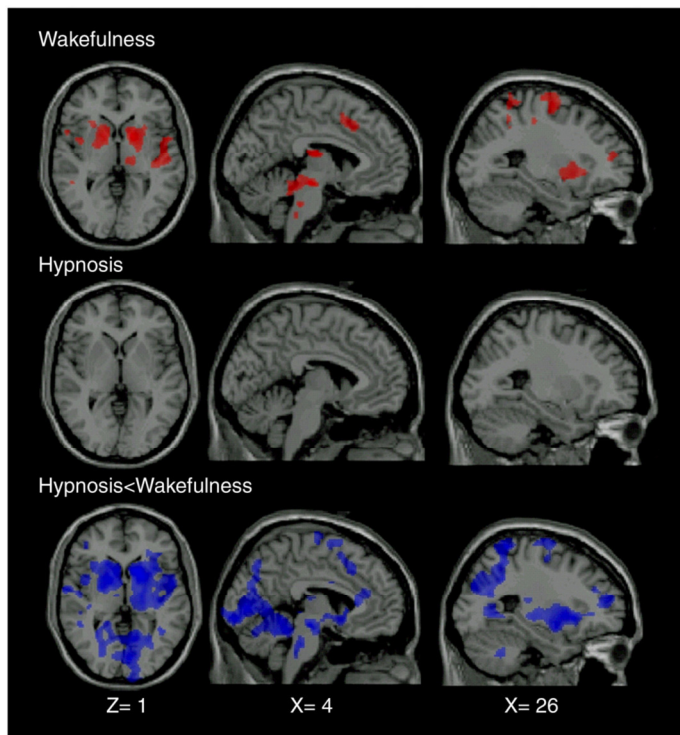
L'analgésie induite par l'hypnose serait liée à une diminution d'activation du cortex cingulaire antérieur, du striatum et du Thalamus

*Stimulation non douloureuse*



Upper row. Brain regions showing significant ( $p < 0.05$ ) activation during non-painful stimulation (4450 mJ) in normal wakefulness (mean laser intensity  $294 \pm 30$  mJ). For display, results were thresholded at uncorrected  $p < 0.00001$  (note that all identified regions except S1 survived FWE correction for multiple comparisons). Middle row. In the hypnotic state, sensory stimuli of comparable intensity to those applied during normal wakefulness failed to elicit any cerebral activation. Lower row. Brain regions showing significant differences with activation induced by identical stimuli in the hypnotic state (mean laser intensity  $298 \pm 23$  mJ). For display, results were thresholded at uncorrected  $p < 0.001$  (note that all identified regions survived SVC correction for multiple comparisons based on a priori knowledge obtained in normal wakefulness).

*Stimulation douloureuse*



Upper row. Brain regions showing significant ( $p < 0.05$ ) activation during noxious stimulation ( $\geq 450$  mJ) in normal wakefulness (mean laser intensity  $534 \pm 8$  mJ). For display, results were thresholded at uncorrected  $p < 0.00001$  (note that all identified regions survived FWE correction for multiple comparisons). Middle row. In the hypnotic state, intensity matched sensory stimuli failed to elicit any cerebral activation. Lower row. Brain regions showing significant differences with activation induced by identical stimuli (mean laser intensity  $532 \pm 14$  mJ) in hypnotic state. For display, results were thresholded at uncorrected  $p < 0.001$  (note that all identified regions survived SVC correction for multiple comparisons based on a priori knowledge obtained in normal wakefulness).

(A. Vanhaudenhuyse et al. 2009)

## Techniques utilisées

- Douleur aiguë

Capter immédiatement l'attention

Focalisation de l'attention

Réification

- Douleur chronique

Séance classique

Suggestions métaphoriques

Safe place

Réification de la douleur, prise de conscience de canaux sensitifs.

L'expérience de transe va rendre possible un travail psychothérapie qui est le plus souvent refusé dans d'autres circonstances.

Prise en charge de la personne en tant qu'entité psycho somatique, entité unie dans ses deux aspects indissociables. (Hypnoalgésie et hypnosédation en 43 notions).

- Hypnosédation :

Lors d'une intervention nécessitant une forme d'anesthésie incluant l'hypnose :  
(Virot et Bernard, 2010 ; Hypnoalgésie et hypnosédation en 43 notions):

- ✓ La prise de contact : présentation de l'environnement selon le VAKOG/VAC : Visuel-Auditif-Cénesthésique (qui englobe le toucher, le mouvement, les sensations proprioceptives).  
Rappel du thème, par exemple lieu de sécurité.  
Règles de communication
- ✓ L'installation
- ✓ L'accompagnement, accompagner la dissociation, analogies avec la réalité.
- ✓ Suggestion post-hypnotique
- ✓ Retour à l'état de conscience ordinaire : ancrage en proposant à nouveau des éléments du VAC.



## Méthodologie de la recherche

Je rapporte l'expérience de quatre séances d'hypnoses, chez des patients différents.

### Dans le cadre d'injection de toxine botulique

#### Patient 1 : Monsieur B

Association gaz anesthésiant par protoxyde d'azote et séance hypnose à visée hypnoalgésique.

#### Patiente 3 : Madame M, *support vidéo*

Hypnoalgésie seule, car elle voulait reprendre sa voiture directement après le geste.

Pour les deux patients il s'agissait de la deuxième séances d'injection de toxine botulique et première expérience d'hypnose.

Anticipation anxieuse des injections pour les deux patients.

Discussion rapide sur le geste à venir, qu'ils connaissaient.

Proposition d'hypnoalgésie en technique complémentaire du gaz anesthésiant pour le premier patient.

Discussion pour trouver un lieu de sécurité avant l'induction.

- Induction par le VAKOG, et fixation d'un point.
- Lieu de sécurité
- Suggestion direct : gant magique et pommade magique.

## Dans le cadre d'une ponction lombaire

### Patient 2 : Monsieur H

Importante composante anxieuse, geste ayant échoué la veille avec douleurs intenses, très mal vécue pour le patient.

Hypnoalgésie en technique complémentaire du gaz anesthésiant par protoxyde d'azote (utilisé la veille).

L'hospitalisation rappelle au patient sa maladie, un cancer métastatique découvert récemment.

L'émotion est importante en début de séance avec une charge anxieuse majeure liée au geste.

- Induction par le VAKOG
- Discussion sur un lieu sécurisant

Fil conducteur du bateau

- Puis suggestion directe : la combinaison protectrice
- Lieu de sécurité

## Dans le cadre de douleurs neuropathiques centrales subaiguës : association de douleurs aiguës et chroniques.

### Patiente 4 : Madame D, *support vidéo*

La patiente décrivait spontanément ces douleurs, les sensations dans son corps avec de nombreuses métaphores.

- Fixation sur les symptômes douloureux
- VAKOG
- Lieu de sécurité
- Suggestion directe : l'eau froide
- Utilisation de la réification.

## Expériences pratiques

### Premier cas clinique

#### Cas de Monsieur B. 50 ans

Hématome intra cérébral en 2011

Spasticité séquellaire membre supérieur gauche

Premier injection de toxine botulique dans le cadre de la spasticité il y a 3 mois (St Pierre) : peu efficace

Expérience douloureuse malgré traitement antalgique par protoxyde d'azote (MEOPA).

Nouvelles injections programmées sous repérage électrophysiologique (EMG) : geste plus douloureux car mobilisation de l'aiguille et stimulation électrique via une aiguille positionnée dans les muscles. Examen également plus long.

#### Préparation :

Discussion sur le geste, l'examen à venir.

Expérience antérieure : plutôt négative, douleur lors des nombreuses piqûres dans les muscles. Vérification de la sensibilité du bras (déficit moteur) : sensibilité préservée, donc sensibilité aux piqûres attendue.

Discussion autour des activités du patient, se qu'il aime faire :

*Balade au bord de la mer sur St Pierre, se baigner, mais il a des difficultés à nager avec son bras déficitaire, se promène avec son épouse, a également 4 filles.*

Proposition d'utiliser l'hypnose à but hypnoalgésique : patient intéressé, mais avoue ne pas « y croire » lorsqu'il voit les émissions télévisées d'hypnose spectacle, je le rassure en lui expliquant que se sera plutôt une sorte de séance de relaxation, et qu'il s'agit d'une pratique différente dans le cadre médical.

Accepte volontiers l'hypnose, un peu septique.

Proposition d'y associer le gaz anesthésiant protoxyde d'azote, comme lors de l'examen précédent il y a 3 mois : souhaite l'association des deux.

Première partie, avant la présence du médecin réalisant le geste :

- Induction VAKOG, fixation d'un point
- Technique du gant magique

Le patient décrit succinctement un gant rouge, respiration ralentie, bras plus lourd.

Puis avec le gant magique qui protège toujours « le » bras, j'emmène le patient dans son lieu de sécurité au bord de la mer.

- Lieu de sécurité

Au bord de la mer. Baignade, légèreté ou lourdeur du bras dans l'eau...

Puis arrivée du médecin pour le geste.

Le patient ouvre les yeux, il semble toujours détendu, je lui explique que nous allons reprendre/continuer dans quelques instant et lui propose de mettre en place le protoxyde d'azote.

Mobilisation de la chaise du patient, préparation du matériel.

Le masque est fixé avec l'attache élastique, bien ajusté sur son visage, il ne semble pas y avoir d'anxiété par rapport au masque, bien toléré.

- Nous reprenons le VAKOG rapidement  
Centrage sur la respiration
- Puis retour dans le lieu de sécurité, au bord de la mer puis dans l'eau.

Le masque avec le protoxyde d'azote est intégré comme l'air marin chargé d'azote

Le repérage puis injection de toxine se fait sur plusieurs muscles de bras :

Je décris plusieurs situations :

Des vagues lorsque l'on mobilise son bras,

Puis des poissons qui grignotent le bras...

Pas de réaction à la pique. Le patient paraît toujours très détendu.

Puis en changeant de localisation, il dit ne plus sentir le gaz, j'augmente le débit, puis je reprends le gant que j'essaie de renforcer : la texture, l'agrandir sur l'ensemble du bras, description du gant

La pique n'entraîne aucune réaction, je l'intègre à nouveau, cette fois comme des branche de filaos au bord de la mer.

Pendant l'attente entre les piqûres, reprise de la marche sur la plage, bruits des vagues, des oiseaux, des enfants, couleurs de l'eau et du ciel, impression du vent sur le visage, sable sous les pieds, eau sur le corps... Et le bras est toujours protégé et vous êtes serein, détendu... C'est bien... **saupoudrage**.

Puis nouvelle localisation de la piqûre, description de frottement de cailloux, tout se passe bien, le patient reste détendu.

#### A la fin de la séance :

- retour avec le VACOG, le patient prend du temps pour ouvrir les yeux. Il est surpris que se soit déjà fini. Il dit n'avoir rien senti en comparaison avec son ancienne expérience, tout au plus une piqûre de guêpe. Il imaginait un gant de boxe, ayant fait des sports de combat. Il dit être très satisfait et me remercie.

Le médecin qui était assez septique sur l'hypnose est également surpris de l'absence de douleur ressentie par le patient. Il modère l'efficacité de l'hypnose avec l'effet associé du protoxyde d'azote, en reconnaissant n'avoir pas eu jusque là une efficacité aussi marquée, avec absence de réaction lors de la piqûre et aucune douleur rapportée par le patient. Expérience à réitérer.

#### Retour sur l'expérience :

Il s'agit de ma première expérience en binôme avec un médecin réalisant le geste douloureux. Expérience positive.

Pas de réelle difficulté rencontrée.

Patient accueillant la pratique de l'hypnose.

Efficacité de l'association avec le protoxyde d'azote : techniques complémentaires.

Suggestion hypnotique directe : le gant magique et le lieu de sécurité.

#### Discussion sur les erreurs possibles à posteriori :

Le gant de boxe et le lieu de sécurité à la plage étaient non congruents, mais ça ne semble pas avoir gêné le patient

Au niveau du déroulement : induction puis retour non contrôlé avant le début du geste, lors des préparatifs. Il faut réfléchir à une meilleure organisation, éviter la mobilisation du patient, appréhender la préparation de la salle, la disponibilité du protoxyde d'azote...

Association protoxyde d'azote et hypnose : potentialisation de l'analgésie probable.  
Technique complémentaires certaines.

La durée prolongée du geste et l'accompagnement avec des paroles répétitives, ne semble pas avoir perturbées le patient, mais il a fallu expliquer au médecin réalisant le geste, l'absence de signification attendue du discours mais plutôt de simples paroles accompagnatrices, l'absence de sens et la répétitions étant presque voulues pour induire un état de dissociation.

Effectivement le patient a décrit ma voix comme rassurante, l'ayant accompagné durant l'examen. Je pense qu'il m'entendait mais ne m'écoutait pas...

## Deuxième cas clinique

### Monsieur H, 60 ans

Antécédent de métastase cérébrale opérée d'un cancer pulmonaire, nécessité de réaliser une ponction lombaire (PL) à la recherche d'une méningite carcinomateuse.

Patient légèrement confus, mais bien cohérent.

Contexte d'accident vasculaire cérébrale lacunaire récent, avec aphasie régressive.

La veille : PL sous protoxyde d'azote

Le patient a été très algique, encore douloureux le lendemain avec forte anxiété sur la nécessité de refaire le geste car échec de la ponction lombaire initiale.

Proposition d'associer l'hypnose à visée hypnoalgésique.

### Avant le geste

Explications données sur l'hypnose en accompagnement, à visée analgésique, acceptation facile du patient.

Lors de la discussion sur ses centres d'intérêts, le patient rapporte une souffrance morale importante depuis la découverte de sa métastase et de son cancer pulmonaire primitif à 6 mois de son départ en retraite. Il me dit faire du vélo d'appartement et accompagner son épouse faire les courses mais ne marchant pas bien, il l'attend dans la voiture.

C'est un peu mal parti, le patient semble toujours très anxieux, il joue avec ses mains nerveusement et la respiration reste rapide.

- VAKOG, induction par fixation d'un point

Je lui demande de bien s'installer, respirer calmement, relâcher ses épaules, s'imprégner de la chambre où nous ferons le geste un peu plus tard. Le bruit de la climatisation, les bruits du

voisin (qui en soit ne faisait pas beaucoup de bruit car mutique et tétraplégique)... La lumière, fixation d'un point...

- Lieu de sécurité

Puis je lui demande de choisir un endroit où il pourrait se sentir bien, il choisit d'abord le Maïdo. Puis me dit qu'il doit prochainement partir avec son épouse en Norvège, une croisière sur les fiords.

Le patient était marin, capitaine dans la marine depuis l'âge de 17 ans. Nous parlons de bateau, il aime retourner sur les bateaux amarrés au port...

Puis nous imaginons qu'il est sur le pont, la couleur de la mer. Elle est plutôt noire pour monsieur H, mais la glace est blanche. Je lui demande si la glace fait du bruit en fondant, il l'imagine, il me dit que les bateaux peuvent rester coincés, qu'il doit sortir à partir de 10h...

Puis le vent, la température, il fait en moyenne 7 degrés en ce moment, juste besoin d'un gilet... Le bateau qui tangue, et je reprends ses termes, il a une démarche chaloupée... Je calque ma voix sur sa respiration qui s'est nettement ralentie. Lorsque je lui dis qu'il respire l'air frais, il prend une grande inspiration qui semble s'apaiser. Je ratifie beaucoup...

Puis je demande au patient comment il est habillé sur le bateau, il semble sortir un peu de la transe et me décrit son uniforme blanc, puis la tenue en mer, une combinaison rouge.

- Suggestion directe : combinaison protectrice.

Je lui demande de décrire cette combinaison qu'il pourrait appliquer sur le bas du dos pour le protéger. Protéger « le » dos, le soutenir, plus léger ou plus lourd. La combinaison est devenue grise, elle est étanche, résistante à des températures extrêmes. Il m'explique que les marins peuvent tomber à l'eau avec cette combinaison et flotter. On l'imagine englober le dos, au contact de la peau, froide ou chaude... Puis se retrouver sur le pont avec toujours cette combinaison protectrice.

- Suggestion post-hypnotique.

Je lui dis qu'il pourra retrouver ce lieu agréable quand il le souhaitera, pour l'examen qui va suivre et à n'importe quel moment quand il le souhaitera, quand il en aura besoin...

Monsieur H semble détendu, je lui propose de profiter un peu du moment et je lui dis que nous allons nous installer s'il est d'accord.

Il semble se réveiller rapidement...

L'étudiant en médecine présent dans la chambre semble aussi émerger d'un sommeil profond...

### Préparation du geste, mise en place de l'équipe.

Nous allons chercher l'équipe, le protoxyde d'azote.

Le patient doit s'asseoir au bord du lit, et je ne sais pas si c'est uniquement son problème neurologique mais il est complètement apraxique, il n'arrive pas à s'asseoir au bord du lit et reste accroupi au milieu du lit, la tête vers le bas... Surprenant. Je redescends le lit, lui demande de se remettre debout pour bien le positionner, il s'assoit convenablement, tout se passe bien, l'équipe est surprise de l'attitude du patient...

Je reste à côté de lui, nous positionnons le masque, le patient respire facilement dedans.

Il semble assez détendu, nous lui expliquons le geste en cours, l'équipe attend mon feu vert pour y aller. Le patient semble prêt, nous y allons. Il réagit à la douleur en grimaçant puis en gémissant... Il paraît douloureux, je le rassure, lui rappelle la combinaison protectrice. Tout se passe bien, pourtant derrière son dos l'étudiant en médecine a raté son coup... Nouvelle piqure cette fois par l'interne. Je lui rappelle la combinaison protectrice rouge, le bateau, écouter les oiseaux, la mer. Ne pas craindre la branche qui écorche le dos... Le geste se termine non sans mal...

Pourtant le patient est content, il pense qu'on ne l'a piqué qu'une seule fois. Il dit qu'il a eu bien moins mal que la veille.

### Discussion sur les difficultés rencontrées :

Une préparation qui a été difficile chez un patient déjà très anxieux, il a fallu aller le chercher là où il était. Il y avait une importante charge émotionnelle autour du geste réalisé la veille, mais aussi la maladie, son cancer découvert sur une localisation cérébrale alors qu'il venait de prendre sa retraite...

Je pense avoir adapté l'induction, en allant chercher le patient où il se trouvait. Ce qui était un peu déroutant car il avait parfois un discours confus, passant du coq à l'âne, mais le fait qu'il s'exprimait et décrivait son expérience, m'a permis d'adapter le lieu de sécurité puis la « combinaison magique ».

Une nouvelle expérience qui a demandé beaucoup de temps, entre la préparation et l'accompagnement du geste. Peut-être que l'induction aurait dû être faite au moment de la préparation du geste, le patient n'aurait pas été mobilisé, au risque de le sortir de sa « transe ». Nous ne parlerons pas de l'expérience avec le patient dans les jours qui suivent.

L'évolution fût favorable, il n'avait pas de méningite carcinomateuse et a pu rentrer à son domicile rapidement.



## Troisième cas clinique

Madame M, 50 ans

Support vidéo

Patiente qui présente une hémiparésie droite spastique depuis la naissance.

Injection de toxine botulique au niveau du membre inférieur et du bras. Il s'agit de la deuxième séance. Dernière séance il y a 3 mois, cette fois pas de protoxyde d'azote, car la patiente est venue en voiture et elle doit rapidement rentrer chez elle au décours.

Discussion avant l'induction

Je lui demande où elle aime se promener, si elle a un lieu où elle pourrait se sentir bien.

Elle me parle de la plage, sous les Filaos au bord de lagon de l'Hermitage.

Je décide d'utiliser la pommade magique comme suggestion analgésique.

- Induction par le VAKOG

Dans la salle d'EMG où la lumière est assez forte, crue, froide... Le médecin qui va réaliser les injections de toxine prépare son matériel, se déplace dans la salle.

Concentration sur la lumière, les bruits, la sensation sur la table d'examen... La respiration, fixation d'un point si elle le souhaite...

Puis je lui décris la plage, comme elle le souhaite... La couleur de l'eau, du ciel... Le bruit des vagues, du vent dans les branches de filaos, les oiseaux, les gens sur la plage... La fraîcheur du vent sur la peau, la sensation du sable sous les pieds... La chaleur ou la fraîcheur comme elle le souhaite...

La séance d'hypnose doit durer longtemps car les injections de toxine seront multiples sur la jambe puis le bras.

- Suggestion analgésique : la pommade magique rafraichissante.

Je lui parle d'une pommade anesthésiante, elle peut imaginer la couleur, la texture, la senteur... Blanche ou transparente, épaisse ou fluide, fraîche... Je l'invite à étaler cette pommade d'abord sur la jambe, une couche bien épaisse...

Puis durant le geste, elle pourra en remettre une couche, bien protectrice...

Pendant les piqûres, détection EMG à l'aiguille et injection de toxine.

Je lui décris tantôt les branches de filaos, tantôt des petits coraux qui viennent froter sur sa jambe. J'intègre le bruit de la machine d'EMG à chaque stimulation comme le bruit du vent ou le va et vient des vagues...

L'examen est long, alors nous avons le temps de nous promener sur la plage et d'aller se rafraichir dans l'eau. L'eau qui rend la pommade encore plus fraîche et qui renforce son efficacité. Le mouvement des vagues, les petits poissons qui mordillent la jambe, les petits cailloux qui roulent sur le pied...

J'invite la patiente à s'allonger dans le sable si elle le souhaite... Remettre de la pommade cette fois sur le bras, une couche bien épaisse et protectrice. Le bras qui peut paraître un peu plus loin, un peu plus léger ou plus lourd...

Et des petites fourmilles qui ne peuvent pas vraiment atteindre le bras parce que le bras est bien protégé... Et la mer et le ciel qui se confondent à l'horizon, la couleur bleue du ciel et de la mer... Je lui demande d'imaginer l'évolution de la journée, du soleil, la luminosité qui s'estompe...

Je vois les mouvements de son bras et de sa jambe lors des piqûres, les mouvements anormaux (dyskinésies), la spasticité qui se renforce...

Mais elle nous dira à la fin de la séance que les contractions et les mouvements involontaires étaient beaucoup moins présents que la dernière fois. Les mouvements au niveau de la racine des membres n'étaient pas présents cette fois-ci, uniquement distaux.

A la fin de la séances,

- Retour par le VAKOG dans la pièce.

La patiente tarde à ouvrir les yeux, je suis obligé de proposer un décompte...

Elle est bien détendue, et semble satisfaite. La douleur était beaucoup moins forte, seulement quelques muscles, les plus sensibles...

Discussion sur les erreurs commises :

Lors du retour, je n'accélère pas assez la voix pour qu'elle revienne, je m'en aperçois un peu trop tard, mais je n'ai pas envie de la brusquer... Le médecin qui réalise le geste est surpris du temps que met la patiente à ouvrir les yeux, et lui demande si elle a bien dormi... Peut être que j'ai aussi eu du mal à accélérer le retour, moi aussi un peu « ankylosée »...

La séance m'a parue longue, j'étais un peu à cours d'idées, d'imagination, tournant en rond sur la plage...

## Quatrième cas clinique

Madame D, 44 ans

Support vidéo

La patiente est atteinte d'une maladie chronique du système nerveux centrale : une Neuromyéélite optic de Devic (touchant la moelle épinière et les nerfs optiques), depuis deux ans. Elle a fait deux épisodes de myélite étendue avec séquelles sensitives et troubles sphinctériens. La dernière poussée remonte à un mois, sont apparues récemment des douleurs neuropathiques centrales intenses avec spasmes douloureux paroxystiques, typique de cette maladie. Elle est hospitalisée depuis une semaine, les sensations de brûlures restent intenses au niveau des membres inférieurs et du périnée. Les douleurs paroxystiques sont encore présentes avec posture anormale des orteils... les douleurs abdominales sont vécues comme des modifications inquiétantes au niveau de ses viscères : gonflement, écrasement... La patiente accepte difficilement de croire que toutes les douleurs viennent de la moelle. Elle a consulté plusieurs médecins pour réaliser des radiographies des pieds, des scanners du rachis lombaire et abdominal...

Elle ne comprend pas comment son corps peut lui jouer ces tours, donner des douleurs intenses, des brûlures, des fourmiements, des contractures musculaires, des brûlures sur les parties génitales... J'ai beau lui expliquer que le problème vient de la commande nerveuse, du centre de contrôle qu'est la moelle et que toutes les sensations viennent d'un dérèglement des informations sur les séquelles de la myélite... Elle me pose la même question : pourquoi, comment expliquer les douleurs ? Elle décrit de façon très imagée ses douleurs, les sensations désagréables... Elle est même certaine que les décharges électriques viennent du pousse seringue électrique qui est défectueux et lorsqu'elle le branche le courant passe dans ses jambes... Ce qui a été cause de conflit avec l'équipe infirmiers, qui ne voyait pas le danger de l'appareil pourtant responsable des décharges électriques intenses dans les jambes...

Fixation sur les symptômes.

Je lui propose une séance d'hypnose, elle est très motivée. Elle me parle de son ex-mari qui faisait la danse sur le feu et elle y voit un signe concernant les brûlures qu'elle ressent sous les pieds... Elle me parle de sa volonté de méditer, de ses croyances religieuses...

Je souhaite utiliser la réification, mais d'abord la laisser se détendre et laisser la patiente avancer naturellement dans la séance.

### Induction par le VAKOG, fixation d'un point.

Je lui propose de se détendre, de s'approprier la pièce avec le VAKOG, puis de fixer un point, elle choisit la prise de la TV (débranché la veille par erreur par la personne gérant les TV à l'hôpital, source de grande contrariété, peut être pas l'objet idéal à fixer pour se détendre)...

Je lui propose de respirer calmement, et à chaque inspiration, à chaque expiration se sentir un peu plus détendue. Les jambes plus légères, les épaules bien relâchées... Les paupières sont lourdes...

Je sens que la patiente est toujours un peu tendue, stressée alors je lui propose un lieu de sécurité.

### Lieu de sécurité.

Un endroit où elle pourrait se sentir bien détendue, reposée... Je lui suggère la mer ou la montagne...

Elle me décrit une rivière, à Langevin, avec les montagnes au fond et de l'herbe bien verte. Je lui parle de la rivière, elle me dit qu'elle est dedans...

### Suggestion directe : engourdissement par le froid.

Je lui suggère l'engourdissement par le froid... Elle me dit que les jambes sont légères, qu'elle ne les sent presque plus, que c'est agréable. Je lui propose de profiter de cet instant, qu'elle pourra retrouver quand elle en aura besoin...

### Suggestion hypnotique : lieu de sécurité qu'elle pourra retrouver.

Puis elle me décrit ses pieds qui sont dans des positions différentes, penchés, comme des figures...

J'en profite pour induire la réification.

### Réification.

Je lui demande de me décrire ces formes, une forme pour chaque pied.

Elle me décrit un rectangle à droite et un triangle à gauche. Je lui demande de me décrire la couleur : bleu à droite et rouge à gauche. Le triangle est comme bosselé, comme s'il avait reçu des coups, il n'est pas droit, il semble gonflé. Il est rouge et chaud... Les deux formes sont accrochées.

### Induire un mouvement.

Je lui propose de les décrocher, elle me demande comment ? Je lui suggère de déplacer le rectangle qui est plus léger. Imaginer une surface glissante, ou une force qui les sépare...

Les minutes sont longues, je lui laisse le temps de décrocher les deux formes...

Elle me décrira la difficulté qu'elle a eu à les détacher, comme si les formes étaient soudées par une base commune et qu'une force aurait permis de les détacher...

### Modification des formes

Je lui suggère d'imaginer le triangle différent, elle le redresse, une autre couleur pour le triangle : jaune.

Encore de longues minutes s'écoulent.

Lorsque je lui demande de me décrire à nouveau le triangle et le rectangle, elle rit et me dit que ce n'est plus un triangle mais une fleur. Une fleur avec une base large et de grands pétales, comme un nénuphar.

Elle me décrit cette fleur. Je lui demande ce qu'est devenu le rectangle. Une forme plus allongée, fuselée... Comme un bateau... Un bateau à voile.

Je lui laisse profiter du nénuphar à la place du pied gauche et le bateau à la place du pied droit.

Je lui propose de revenir au bord de la rivière. De voir le nénuphar et le bateau dans la rivière. De ressentir l'apaisement, d'être bien détendu dans son lieu de sécurité. Et peut être même de les laisser partir dans la rivière, si elle le souhaite...

Suggestion hypnotique : lieu qu'elle pourra retrouver quand elle le souhaitera, pour se sentir bien.

Je la laisse profiter.

Et je lui propose de revenir dans la pièce, j'utilise à nouveau le VAKOG.

### Retour avec le VAKOG

Elle ne souhaite pas revenir, alors je lui suggère d'ouvrir les yeux à 5...

### Retour spontané sur l'expérience, description par la patiente.

Elle me décrit rapidement son expérience. Elle semble heureuse de n'avoir ressenti aucune douleur pendant la séance. Elle dit qu'elle était vraiment très bien au bord de la rivière...

Puis elle me dit que les sensations désagréables reviennent... Mais elle en ri...

Elle est surprise des difficultés qu'elle a eu à décrocher les deux formes.

### Evolution après la séance

L'évolution sera très favorable, puisqu'en 3 jours elle n'a plus eu de douleur, les brûlures et les paroxysmes douloureux ont disparus, les paresthésies sont devenues supportables et les sensations étranges se sont largement atténuées. L'hypnose est venue comme une aide analgésique complémentaire puisque j'ai augmenté le traitement de façon progressive avec une association de dérivés morphiniques (Oxycodone 60mg/j), d'antiépileptiques (Prégabaline 600mg/j et Carbamazépine 300 mg/j), antidépresseur (Duloxénine 60 mg/j, Amitriptyline quelques gouttes le soir que nous avons pu arrêter) et Néfopam en débit continu le temps d'équilibrer le traitement.

Il s'agit probablement de l'expérience la plus intéressante, le déroulement de la séance avec une patiente qui parvenait à décrire son expérience, puis l'évolution très favorable sur quelques jours après la séance.

### Discussion sur cette expérience :

Je pense que cette expérience a permis à la patiente de se réapproprier son corps et surtout ses pieds dont le pied gauche qui était devenu très douloureux depuis quelques jours. Elle a accepté les sensations désagréables et probablement une partie des douleurs.

La patiente bénéficiait d'un soutien psychologique, je l'avais vu « craquer » la veille, en se décrivant comme un agent de sécurité (son ancien travail) « foutu ». La prise en charge globale de la douleur avec sa composante sensorielle, mais également émotionnelle, cognitive et comportementale était indispensable pour parvenir à la soulager.

Je dois la revoir pour lui apprendre l'autohypnose, qui a montré son efficacité dans les douleurs chroniques.

## Discussion

J'ai pu expérimenter la pratique de l'hypnose conversationnelle à la fois dans ma pratique professionnelle en consultation, au cours de la prise en charge des patients dans l'urgence, au cours des hospitalisations, pendant les examens électrophysiologiques ou gestes douloureux. Egalement durant les entretiens avec les familles, les échanges d'expériences au sein de l'équipe médicale et paramédicale.

Mais aussi dans une dimension plus large personnelle, dans les relations inter-humaines. Essayer d'accueillir l'autre dans une relation basée sur la communication et le partage.

Au niveau professionnel, ma pratique s'est vue lentement progresser, s'imprégner de technique de communication, de paroles d'apaisement dans de nombreuses situations où la distance fait trop souvent écran avec la souffrance du patient. Accepter d'accueillir le patient m'a permis aussi de mettre des mots sur les émotions ressenties. Ces émotions qui n'avaient pas leur place dans de trop nombreuses situations où très jeunes pendant nos études on nous demande de ne pas montrer nos « faiblesses ». Rétablir un échange, accepter le patient en consultation en lui demandant simplement « comment il va », laisser le temps à la parole. Cette formation a aussi été le moment de repenser ma pratique médicale, réfléchir à une autre façon de soigner les maux. La force du psychisme est visible dans bien des maladies.

Les manifestations psycho somatiques sont très fréquentes en neurologie, j'aimerais pouvoir résoudre certains conflits internes avec la pratique de l'hypnose. En effet, j'ai suivi plusieurs patients s'étant retrouvés en réanimation, avec les nombreuses complications iatrogènes, pour des « pseudo » crises d'épilepsie ou manifestations anorganiques semblables à des états de mal épileptiques. Je n'ai pas eu le temps de travailler avec ces cas, mais aussi je craignais de ne pas améliorer les symptômes ou même déclencher d'autres manifestations que je n'aurais pu maîtriser. Je ne me sentais pas les connaissances suffisantes ni l'expertise pour les aider, mais j'aimerais continuer ma formation, pratiquer l'hypnose jusqu'à me sentir à l'aise dans plusieurs domaines dont les manifestations psycho somatiques, pratiques courantes en neurologie où les patients sont trop souvent délaissés, parfois même rejetés et souvent perdus de vue jusqu'au moment où ils reviennent, avec d'autres manifestations...

Je souhaite élargir la pratique de l'hypnose dans ma spécialité, la neurologie, aux situations douloureuses lors des examens complémentaires (ponction lombaire, injection de toxine botulique, électromyogramme...) mais aussi les douleurs chroniques (céphalées,

neuropathies...), domaine où je dois apprendre à enseigner l'autohypnose ; les manifestations psycho somatiques (pseudo crises d'épilepsie, pseudo AVC...); les troubles du sommeil (insomnie et anxiété), et dans le cadre de la mémoire où j'ai été sollicitée par les neuropsychologue avec qui je travaille dans le cadre de la consultation mémoire.

Cette année a été riche de premières expériences qui m'ont données envie de poursuivre la formation et la pratique de l'hypnose.

Un vaste champ d'action s'ouvre à moi dans le domaine de la neurologie.



## Bibliographie

- Apkarian. AV, Hashmi. JA, Baliki. Pain and the brain: specificity and plasticity of the brain in clinical chronic pain. *Pain*. 2011 Mar;152(3 Suppl):S49-64.doi:10.1016/j.pain.2010.11.010. Epub 2010 Dec13.
- Benedetti F, (2008) Placebo effects, undersyanding the mechanisms in health and disease, Oxford, Oxford university Press.
- Bioy A. and Michaux D. (2007). *Traité d'hypnothérapie. Fondements, méthodes, applications.*
- Bioy A. ; (2012), *L'aide mémoire de psychologie médicale et de psychologie du soin,* Paris, Dunod.
- **Célestin-Lhopiteau I., Bioy A., Aide-mémoire *hypnoalgésie*, Collection: Aide-Mémoire, Dunod, Février 2014**
- Derbyshire S. W., Whalley M. G., et al. (2009). "Fibromyalgia pain and its modulation by hypnotic and non-hypnotic suggestion: an fMRI analysis." *Eur J Pain* 13(5): 542-50.
- Faymonville M.E., Laureys S., Degueldre C., DelFiore G., Luxen A., Franck G., Lamy M., Maquet P., 2000. Neural Mechanisms of Antinociceptive Effects of Hypnosis. *Anesthesiology* 92, 1257–1267
- Faymonville M. E., Boly M., et al. (2006). "Functional neuroanatomy of the hypnotic state." *J Physiol Paris* 99(4-6): 463-9.
- Graham A. Jamieson and Adrian P. Burgess, Hypnotic induction is followed by state-like changes in the organization of EEG functional connectivity in the theta and beta frequency bands in high-hypnotically susceptible individuals, july 2014
- Gravitz M. A. (1993). "Etienne Felix d'Henin de Cuvillers: a founder of hypnosis." *Am J Clin Hypn* 36(1): 7-11
- **Gueguen J., Barry C., Hassler C., Falissard B., Avec l'expertise critique d'Arnaud Fauconnier et Elisabeth Fournier-Charrière Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. Rapport INSERM, Juin 2015**
- Halsband U. Learning in trance: functional brain imaging studies and neuropsychology. *J Physiol Paris*. 2006 Jun;99(4-6):470-82. Epub 2006 Jun 5.

- Hofbauer R. K., Rainville P., et al. (2001). "Cortical representation of the sensory dimension of pain." *J Neurophysiol* 86(1): 402-11.
- Jamieson GA, Burgess AP. Hypnotic induction is followed by state-like changes in the organization of EEG functional connectivity in the theta and beta frequency bands in high-hypnotically susceptible individuals. *Front Hum Neurosci.* 2014 Jul 24;8:528. doi: 10.3389/fnhum.2014.00528. eCollection 2014.
- Jensen, M.P., Barber, J., Hanley, M.A., Engel, J.M., Romano, J.M., Cardenas, D.D., Kraft, G.H., Hoffman, A.J., Patterson, D.R., 2008. Long-term outcome of hypnotic-analgesia treatment for chronic pain in persons with disabilities. *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* 56, 156–169.
- Lafont E. (2013). *L'hypnose médicale, une approche santé publique.* Faculté de Médecine. Montpellier, Montpellier 1. *DU hypnose médicale*: 79.
- Lang E. V., Benotsch E. G., et al. (2000). "Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial." *Lancet* 355(9214): 1486-90.
- Lang E. V. and Rosen M. P. (2002). "Cost analysis of adjunct hypnosis with sedation during outpatient interventional radiologic procedures." *Radiology* 222(2): 375-82.
- Lang E. V., Berbaum K. S., et al. (2006). "Adjunctive self-hypnotic relaxation for outpatient medical procedures: a prospective randomized trial with women undergoing large core breast biopsy." *Pain* 126(1-3): 155-64.
- Lang E. V., Berbaum K. S., et al. (2008). "Beneficial effects of hypnosis and adverse effects of empathic attention during percutaneous tumor treatment: when being nice does not suffice." *J Vasc Interv Radiol* 19(6): 897-905.
- Maquet P., Faymonville M. E., et al. (1999). "Functional neuroanatomy of hypnotic state." *Biol Psychiatry* 45(3): 327-33.
- Miller MF, Barabasz AF, Barabasz M. Effects of active alert and relaxation hypnotic inductions on cold pressor pain. *J Abnorm Psychol.* 1991 May;100(2):223-6.
- Montgomery G. H., David D., et al. (2002). "The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: a meta-analysis." *Anesth Analg* 94(6): 1639-45, table of conten
- Price DD, Barber J. An analysis of factors that contribute to the efficacy of hypnotic analgesia. *J Abnorm Psychol.* 1987 Feb;96(1):46-51. No abstract available.
- Price, D.D., Milling, L.S., Kirsch, I., Duff, A., Montgomery, G.H., Nicholls, S.S., 1999. An analysis of factors that contribute to the magnitude of placebo analgesia in an experimental paradigm. *Pain* 83, 147–156.

- Rainville P., Duncan G. H., et al. (1997). "Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex." *Science* 277(5328): 968-71.
- Rainville P., Carrier B., et al. (1999). "Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation." *Pain* 82(2): 159-71.
- Rainville P., Hofbauer R. K., et al. (2002). "Hypnosis modulates activity in brain structures involved in the regulation of consciousness." *J Cogn Neurosci* 14(6): 887-901.
- Rainville. P ( 2004), Neurophénoménologie des états et contenus de conscience dans l'hypnose et l'analgésie hypnotique, *Théologiques*, 12 (1-2) : 15-38
- Sharar S. R., Miller W., et al. (2008). "Applications of virtual reality for pain management in burn-injured patients." *Expert Rev Neurother* 8(11): 1667-1674.
- Tefikow, S., Barth J., et al. "Efficacy of hypnosis in adults undergoing surgery or medical procedures: a meta-analysis of randomized controlled trials." *Clin Psychol Rev* 33(5): 623-36.
- Vanhaudenhuyse A., Boly M., et al. (2009). "Pain and non-pain processing during hypnosis: a thulium-YAG event-related fMRI study." *Neuroimage* 47(3): 1047-54
- Virot C., Bernard F. 2010, *Hypnose, douleur aigue et anesthésie*, Editions Arnette
- Wik G, Fischer H, Bragée B, Finer B, Fredrikson M. , Functional anatomy of hypnotic analgesia: a PET study of patients with fibromyalgia. *Eur J Pain.* 1999 Mar;3(1):7-12.
- Willoch F, Rosen G, Tölle TR, Oye I, Wester HJ, Berner N, Schwaiger M, Bartenstein P. Phantom limb pain in the human brain: unraveling neural circuitries of phantom limb sensations using positron emission tomography. *Ann Neurol.* 2000 Dec;48(6):842-9.
- *Communication des Dr Roelants et Watremez, atelier d'initiation hypnose et analgésie, Congrès Hypnose et Douleur, La Rochelle 2014*

## **Mots clés :**

hypnose, hypnoanalgésie, neurologie, toxine botulique, douleurs neuropathiques.

## **Résumé :**

La formation au DU d'hypnose médicale a été pour moi plus qu'une formation, mais l'expérience d'une approche différente de l'autre dans le domaine de la médecine. Les opportunités de pratiquer l'hypnose, dans le cadre de mon activité de neurologue hospitalier, se sont présentées au cours de difficultés liées à des gestes douloureux, lors de séances d'injection de toxine botulique, ou dans le cadre de douleurs neuropathiques. Essentiellement pour mes premières expériences dans le cadre de l'hypnoanalgésie. L'hypnose traite distinctement les deux composantes de la douleur : sensori-discriminative et affective, son efficacité a été démontrée dans de nombreuses études, tant sur les douleurs aiguës, liés à des gestes interventionnels, que sur les douleurs chroniques ou neuropathiques.

Je rapporte quatre expériences en relation avec une prise en charge de la douleur par l'hypnose, ou hypnoanalgésie, dans des situations différentes : une ponction lombaire, deux séances d'injection de toxine botulique et la prise en charge de douleurs neuropathiques centrales au cours d'une hospitalisation.

Un vaste champ d'action s'ouvre à moi dans le domaine de la neurologie, pour accompagner la prise en charge de la douleur, mais également des manifestations psychosomatiques, des troubles du sommeil ou de la mémoire.

Une citation d'Antoine de Saint-Exupéry dans *Le petit prince* qui m'a fait penser à l'hypnose, et aux débuts parfois difficiles :

Je lui disais : « La fleur que tu aimes n'est pas en danger... Je lui dessinerai une muselière, à ton mouton... Je lui dessinerai une armure pour ta fleur... Je... » Je ne savais pas trop quoi dire. Je me sentais très maladroit. Je ne savais comment l'atteindre, où le rejoindre... C'est tellement mystérieux, le pays des larmes !

