

Hypnose : les grandes questions

Dr Daniel Annequin

Unité fonctionnelle d'analgésie pédiatrique, Hôpital d'enfants Armand Trousseau,
Assistance publique – Hôpitaux de Paris

daniel.annequin@trs.aphp.fr

Un succès rapide

Depuis 15 ans, l'hypnose apparaît régulièrement dans les médias comme une méthode nouvelle, « naturelle », efficace, apportant des bénéfices rapides aux patients permettant de diminuer voire d'arrêter les médicaments. Des reportages télévisés attestent régulièrement de l'efficacité de l'hypnose lors de chirurgie, de soins douloureux, pour l'arrêt du tabac, la dépression, le syndrome post-traumatique, les troubles du comportement alimentaire...

Le contrôle de la douleur apparaît un domaine d'élection pour la pratique de l'hypnose. L'imagerie spécialisée (IRM fonctionnelle) objective les régions du cerveau stimulées par les suggestions hypnotiques [1].

Une abondante littérature décrit les incontestables effets antalgiques de l'hypnose pour (entre autres) : les soins aux brûlés [2-4], les douleurs provoquées[5], la douleur postopératoire [6], les céphalées [7, 8].

En matière de douleur, deux domaines semblent bien distincts :

- l'« hypno-analgésie » qui concernerait spécifiquement la douleur aiguë provoquée par les soins, la chirurgie ;
- et l'hypnose « thérapeutique » qui concernerait les douleurs chroniques et les autres troubles mentionnés plus haut.

En 10 ans, la très grande majorité des unités douleur en France se sont mises à utiliser — plus ou moins majoritairement et exclusivement — l'hypnose.

Ce développement, ce succès particulièrement rapide, cet enthousiasme peuvent nous inciter à soulever plusieurs questions.

Qui peut exercer l'hypnose ?

Actuellement, l'offre de formation est particulièrement riche : Google donne 260 000 réponses en interrogeant avec « formation hypnose » et 153 000 réponses avec « formation, douleur, hypnose ». Les critères de sélection apparaissent très variables, si les diplômes universitaires semblent privilégier les professions médicales et parfois paramédicales, il apparaît tout autant possible d'obtenir un « master » en hypnose *via* certaines formations sans cursus préalable. La durée des formations s'échelonne de quelques jours à 3 ans. De nombreux « non-soignants » exercent l'hypnose *via* le « coaching », le développement personnel, la lutte contre le stress, les médecines alternatives.

Cette très grande variabilité s'applique également à la « psychothérapie » qui donne lieu à de multiples formations « diplômantes » alors que des textes réglementaires tentent d'en préciser les conditions d'exercice.

De manière générale, toute pratique dite « alternative » (homéopathie, ostéopathie, acupuncture...) peut générer cette inflation de formation. Chacune de ces méthodes (hypnose comprise) reste très hétérogène dans la théorie et la pratique. La difficulté pour définir l'hypnose renforce l'incertitude qui l'entoure : « état de conscience modifié » est qualifié d'absurde par François Roustang [9] qui privilégie la notion de « veille paradoxale ». La notion de « transe », l'utilisation de la suggestion... ne sont pas consensuelles au sein des différentes écoles. Au sein de la constellation « hypnose » cohabitent des entités parfois profondément opposées : d'un côté François Roustang, philosophe et ancien psychanalyste, qui prône le minimum de « désir thérapeutique » de la part du soignant, préconise une hypnose subtile, véritable orfèvrerie de finesse, de créativité, d'adaptation permanente au patient, et de l'autre, des soignants appliquant des recettes, des techniques rigides, mécaniques, intrusives...

Comment éviter le risque d'accusation de manipulation mentale ?

Alors que toute formation, tout propos sur l'hypnose débute par « ce que n'est pas l'hypnose » en se démarquant radicalement de « l'hypnose de foire », il est singulier d'observer que la majorité des reportages télévisés et médiatiques sur l'hypnose « médicale » montrent à voir des « performances », des « prouesses » (lévitation, catalepsie...). De nombreux exemples de manipulation, d'intrusion psychique foisonnent dans les bandes dessinées, le cinéma, les romans. Cette fascination se retrouve également dans les vidéos retrouvées sur « Youtube » avec le mot-clé « hypnose » où les séquences les plus vues concernent autant l'hypnose « spectacle » que l'hypnose de « soin ». Il paraît difficile (même pour le candidat thérapeute...) d'y échapper.

Les risques de l'utilisation de l'hypnose (mais aussi d'autres techniques psychothérapeutiques) sont signalés par la Mission interministérielle de lutte contre les dérives sectaires (MIVILUDES) dans son dernier rapport de 2008 [10] : « *La nouvelle médecine germanique et ses formes dérivées qui développe la thèse que toute maladie et en particulier les cancers naissent de graves conflits psychologiques non résolus parce que non identifiés et enfouis dans l'inconscient du malade... Les méthodes et techniques les plus couramment citées concernent la psycho-généalogie, l'hypnose, la sophrologie, les constellations familiales, la kinésiologie, le rebirth...* ».

Depuis plus de 10 ans aux États-Unis, en Grande-Bretagne, la pratique de l'hypnose a été plusieurs fois incriminée dans la fabrication de faux souvenirs de traumatismes, d'abus sexuels dans l'enfance [11, 12].

La limite de ces risques passe par une meilleure sélection des thérapeutes avec un cahier des charges précis concernant le contenu de la formation et le suivi des diplômés.

Quelle est la faisabilité réelle et quotidienne ?

Régulièrement, il est montré des interventions chirurgicales où le plus souvent un médecin anesthésiste se consacre uniquement aux suggestions, à l'accompagnement hypnotique ; à première vue, le bilan semble très positif : le patient détendu en fin d'intervention décrit une expérience agréable, il a manifestement bénéficié de cet accompagnement qui lui a évité une anesthésie générale. Cependant, il est rarement mentionné que pour l'anesthésiste cette prestation

constitue une véritable performance car durant plusieurs heures il n'a pas quitté son patient en restant particulièrement vigilant et concentré sur le déroulement de l'acte, les perceptions du patient. Cet investissement relationnel majeur est probablement rarement compatible avec les contraintes de gestion habituelle d'un programme opératoire.

Il faut rappeler que l'hypnose est le plus souvent combinée à une anesthésie locale car une incision cutanée ne peut pas être réalisée sous hypnose seule.

De même, le renforcement de la suggestibilité avec le MEOPA [13] est très souvent utilisé.

Pourquoi les échecs, les limites sont très rarement abordés ?

La plupart des articles francophones abordent rarement les limites de la pratique de l'hypnose, l'aspect « promotionnel » des succès apparaît souvent privilégié. Le triomphalisme (« 90 % de réussite ») n'est probablement pas la bonne position car elle ne peut qu'ignorer les échecs et renforcer le sentiment de dévalorisation de certains patients qui sont souvent déjà convaincus de leur échec.

La frontière entre hypno-analgésie et psychothérapie est-elle si hermétique ?

Il semble difficile de cloisonner ces deux champs d'action. Après avoir obtenu des succès rapides lors de soins douloureux ou d'autres douleurs aiguës, il est difficile pour le soignant de ne pas succomber à la tentation de traiter des douleurs chroniques. Le paysage change alors radicalement car autant dans la douleur aiguë la simplicité est de mise (stimulation nociceptive... perception corticale), autant dans la douleur chronique il faut intégrer une complexité profonde où la plainte douloureuse joue souvent un rôle stratégique dans la relation aux autres et dans l'économie psychique du sujet. Les mécanismes de somatisation, les dépressions masquées étant souvent à l'origine de nombreuses douleurs rebelles [14-16], la prise en charge *via* l'hypnose relève alors d'une véritable psychothérapie. Le soignant est confronté ici à ses propres limites : ces patients vont susciter des mécanismes d'identification, d'agacement, des renvois à nos histoires personnelles qui doivent être reconnus sous peine d'impasse et de rejet (« le patient n'était pas assez motivé »).

Les sentiments, les émotions contradictoires, la relation forte et puissante avec le patient peuvent difficilement se gérer sans un minimum de connaissance sur la complexité du psychisme et un travail de supervision avec d'autres professionnels ayant déjà effectué un travail personnel sur ces thèmes.

La difficulté de passer du domaine de la douleur aiguë à la douleur chronique se retrouve également chez les médecins anesthésistes ; alors qu'ils sont familiers du contrôle de la douleur aiguë avec les anesthésies locorégionales, ils se retrouvent bien souvent démunis quand ils veulent appliquer les mêmes méthodes au patient douloureux chronique [17] ; leur formation les cantonne à une prise en charge technique où la dimension psychosociale est très rarement développée.

Les médecins, les infirmières, les dentistes, malgré souvent une meilleure expérience relationnelle, sont confrontés aux mêmes limites.

Conclusion

À la lumière des débats, des difficultés, des controverses suscitées par certaines pratiques de l'hypnose, il paraît nécessaire que les principaux acteurs se mobilisent autour d'un travail de régulation et d'homogénéisation de ces pratiques.

Références

- [1] Faymonville ME, Laureys S, Degueldre C *et al.* Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. *Anesthesiology* 2000 ; 92 (5) : 1257-67.
- [2] Patterson DR, Hoffman HG, Weichman SA *et al.* Optimizing control of pain from severe burns: a literature review. *Am J Clin Hypn* 2004 ; 47(1) : 43-54.
- [3] de Jong AE, Middelkoop E, Faber AW *et al.* Non-pharmacological nursing interventions for procedural pain relief in adults with burns: a systematic literature review. *Burns* 2007 ;33 (7) : 811-27.
- [4] Shakibaei F, Harandi AA, Gholamrezaei A *et al.* Hypnotherapy in management of pain and reexperiencing of trauma in burn patients. *Int J Clin Exp Hypn* 2008 ; 56 (2) : 185-97.
- [5] Richardson J, Smith JE, McCall G, Pilkington K. Hypnosis for procedure-related pain and distress in pediatric cancer patients: a systematic review of effectiveness and methodology related to hypnosis interventions. *J Pain Symptom Manage* 2006 ; 31 (1) : 70-84.
- [6] Montgomery GHP. The Effectiveness of Adjunctive Hypnosis with Surgical Patients: A Meta-Analysis. *Anesthesia & Analgesia* 2002 ; 94 (6) : 1639-45.
- [7] Kohen DP, Zajac R. Self-hypnosis training for headaches in children and adolescents. *J Pediatr* 2007 ; 150 (6) : 635-9.
- [8] Eccleston C, Palermo TM, Williams AC *et al.* Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2009 ; 15 (2) :CD003968.
- [9] Roustang F. Qu'est-ce que l'hypnose ? In : Benhaiem JM. *L'hypnose médicale*. Paris : Med-Line; 2003. p. 19.
- [10] *Mission interministérielle de lutte contre les dérives sectaires MIVILUDES*. Rapport au Premier ministre, 2008.
- [11] Geraerts E, Bernstein DM, Merckelbach H *et al.* Lasting false beliefs and their behavioral consequences. *Psychol Sci* 2008 ; 19 (8) : 749-53.
- [12] Loftus EF, Davis D. Recovered memories. *Annu Rev Clin Psychol* 2006 ; 2 : 469-98.
- [13] Whalley MG, Brooks GB. Enhancement of suggestibility and imaginative ability with nitrous oxide. *Psychopharmacology (Berl)* 2008 Dec 5.
- [14] Campo JV, Bridge J, Ehmann M *et al.* Recurrent abdominal pain, anxiety, and depression in primary care. *Pediatrics* 2004 ; 113 (4) : 817-24.
- [15] Smith MS, MartinHerz SP, Womack WM, Marsigan JL. Comparative study of anxiety, depression, somatization, functional disability, and illness attribution in adolescents with chronic fatigue or migraine. *Pediatrics* 2003 ; 111 (4) : E376.
- [16] Zwaigenbaum L, Szatmari P, Boyle MH, Offord DR. Highly somatizing young adolescents and the risk of depression. *Pediatrics* 1999 ; 103 (6) : 1203-9.
- [17] Jacobson L, Mariano AJ, Chabal C, Chaney EF. Beyond the needle: Expanding the role of anesthesiologists in the management of chronic non-malignant pain. *Anesthesiology* 1997 ; 87 (5) : 1210-8.