

ANNEE 2008

APPORT DE L'HYPNOSE MEDICALE  
DANS LA CONCEPTION D'UN PROJET DE SOIN  
DU RESIDENT EN EHPAD

Mémoire de Diplôme Universitaire de Médecin Coordonnateur en EHPAD  
Université René Descartes – Paris V  
Faculté Cochin – Port Royal  
Directeur de Thèse: Pr Anne-Sophie Rigaud

par le Dr Gérard GOLDSCHMIDT

## SOMMAIRE

I- INTRODUCTION.....	3
II- HISTORIQUE.....	5
III- NOTIONS SUR L'HYPNOSE MEDICALE.....	7
IV- MODES DE FONCTIONNEMENT ET BASES PHYSIOLOGIQUES ACTUELLES ..	11
V- APPORTS THEORIQUES DANS LE SOIN DE LA PERSONNE AGEE EN EHPAD..	18
VI- APPORTS PRATIQUES DANS LE PROJET DE SOIN INDIVIDUALISE DU RESIDENT.....	20
VII- L'INTEGRATION DE L'HYPNOSE MEDICALE DANS LE SOIN EN EHPAD.....	27
VIII- CONCLUSION.....	29
BIBLIOGRAPHIE.....	30

## I- INTRODUCTION

Comment définir un projet de soins individualisé pour un résident en EHPAD ?

Pour constituer des racines solides à cette réflexion, considérons simplement que l'évolution de la prise en charge médicale spécifique du grand âge ne diffère pas de l'évolution générale des consultations de médecine générale.

Les praticiens ont consacré leurs efforts pendant plusieurs siècles à diagnostiquer et traiter les maladies aiguës ou chroniques avant de s'orienter depuis quelques décennies sur la prévention.

Plus récemment le souci du mieux-être physique et psychique motive de plus en plus de patients à nous consulter et nous devons répondre à cette demande fonctionnelle de la vie courante.

Le projet de soins pour nos plus anciens peut ainsi se formaliser en trois objectifs principaux.

Le premier objectif est de prévenir, dépister, évaluer et traiter les pathologies aiguës ou chroniques de nos résidents.

Ce principe constitue le socle de tout projet de soins individualisé.

Le deuxième objectif est de prévenir l'évolution péjorative des pathologies chroniques du grand âge en mettant en place les moyens nécessaires au maintien des capacités physiques et psychiques de chaque personne âgée.

Ce chapitre est également très vaste, de mieux en mieux étudié mais les moyens manquent souvent au médecin coordonnateur pour les mettre en œuvre en institution.

Le troisième objectif tend à cette notion plus récente de mieux-être physique et psychique.

Nous ne sommes plus uniquement dans l'organique mais dans l'ambition d'un meilleur fonctionnement physique et psychique permettant l'accès à la notion de qualité de vie.

Cet objectif est bien sûr subordonné à la réalisation des deux premiers principes mais inversement peut participer à lutter contre les maladies et à maintenir le potentiel moteur et cognitif.

La qualité de vie peut simplement être définie par la perception plus positive du fonctionnement de notre corps et de notre esprit. Nous mesurons déjà dans cette notion simple l'importance de la lutte contre la douleur. La perception positive du corps s'entend donc en termes de sensations physiques confortables.

La perception positive de l'esprit s'entend en ressenti agréable des émotions et des affects en rapport avec le fonctionnement du corps mais aussi avec l'environnement.

Comment comprendre, évaluer et améliorer ces perceptions? Quels sont les interactions entre le ressenti émotionnel et les phénomènes douloureux corporels?

Quand la démence détruit la partie lucide et consciente de notre psychisme, comment concevoir un vécu sensoriel mais aussi affectif et émotionnel souvent préservé?

Comment appréhender le double fonctionnement cérébral capable de nous transmettre dans le même temps les informations de notre conscience consciente et de notre conscience automatique et inconsciente des ressentis?

Pouvons nous faire l'expérience d'une dissociation entre le fonctionnement cérébral lucide et conscient et le fonctionnement automatique et inconscient basé sur l'expérience vécue et le ressenti émotionnel et affectif?

Cette dissociation est tout simplement le fondement de l'expérience hypnotique. Cet état de conscience particulier interpelle de plus en plus les neurophysiologistes qui peuvent s'appuyer sur les avancées de l'imagerie cérébrale pour lui donner des bases plus scientifiques.

Les praticiens formés à l'hypnose peuvent-ils influencer ces perceptions inconscientes pour soulager ou guérir des dysfonctionnements ou des douleurs morales ou physiques?

Ce mémoire se propose donc après un rappel historique, d'évoquer les notions théoriques et pratiques récentes sur l'hypnose médicale et de considérer ses apports possibles dans un projet de soins individualisé du résident en EHPAD en particulier dans la lutte contre la douleur, en soins palliatifs et en fin de vie.

## II- HISTORIQUE

Nous évoquerons quelques aspects historiques de l'hypnose pour mieux comprendre l'interprétation équivoque de sa pratique jusqu'à nos jours et l'accouchement difficile d'une véritable hypnose médicale.

Le mot hypnose est chargé de beaucoup de significations. Demandez autour de vous ce que ce mot évoque. Vous obtiendrez des réponses intéressantes : transe hypnotique, regard hypnotique, hypnose de music hall, domination de l'hypnotiseur, sommeil profond de l'hypnotisé, manipulation pendant la transe, résumé des concepts qui hantent l'esprit des personnes non informées sur la réalité de l'hypnose. Si nous reprenons ces idées reçues, nous pouvons facilement les expliquer, car elles correspondent au parcours évolutif de l'hypnose au fil des âges.

La transe hypnotique est employée depuis l'aube de l'humanité par les chamans qui utilisent, inconsciemment, le processus hypnotique dans leurs interventions thérapeutiques. La transe permettant de créer le lien entre le chaman, les forces ou les divinités de la nature et les personnes souffrantes. Cette hypnose chamanique est encore employée de nos jours dans certaines régions du monde, Amérique du sud, Afrique, Sibérie.

En 1529 Paracelse, médecin alchimiste, expose une théorie appelée «système de la pensée sympathique».

Selon lui, chaque individu possède son magne, son fluide, émané des astres. Le magne des personnes saines attire celui des personnes malades et est susceptible d'agir sur leur constitution.

Messmer, médecin allemand formé à Vienne, reprendra cette théorie deux siècles plus tard dans son ouvrage «Message sur la cure magnétique» (1775) pour définir la notion de «magnétisme animal» et de «fluide animal» et mettre en place des séances spectaculaires autour d'objets métalliques magnétisés dans un baquet que les participants touchaient fébrilement pour provoquer leur guérison. Messmer pouvait ainsi provoquer par le regard, ou par des passes ou des attouchements sur les zones sensibles du corps de ses patients de véritables «crises nerveuses».

Le marquis de Puységur, émule de Messmer, ne parvint pas à se détacher de cette notion de fluide même s'il découvre le pouvoir de la parole et parle d'état somnambulique.

L'abbé Faria en 1819 allait bouleverser les théories en cours et fut le premier à affirmer que le fluide magnétique n'existait pas. Faria utilisait la suggestion directe pour mettre en valeur le pouvoir de l'imagination.. Le premier, il montra que le sommeil provoqué n'est qu'un demi-sommeil qu'il nommera « sommeil lucide ».

La guerre reprit alors de plus belle entre les partisans de l'existence d'un fluide et les non fluidistes.

En 1841 un chirurgien anglais James Braid, devait reprendre et améliorer les théories de Faria. Il nie la présence d'un fluide et affirme que la parole, le regard, les gestes sont les seuls à pouvoir transmettre la volonté du magnétiseur à son sujet. Il propose le terme d'« Hypnotism » et donne à cette pratique des bases qu'il veut scientifiques. Pour Braid un individu peut s'hypnotiser tout seul en fixant, par exemple, un objet brillant.

Le braidisme prend une vigueur nouvelle en 1866 avec le Dr Liébault, médecin généraliste, de la banlieue de Nancy qui fonde sa thérapie sur la suggestion verbale. « Il endort par la parole,

il met dans le cerveau l'image psychique du sommeil, il cherche à y mettre l'image psychique de la guérison. »

L'époque suivante verra l'affrontement de deux courants d'idées.

Charcot, médecin à la Salpêtrière, pensait que le sommeil hypnotique est une névrose qui se développe uniquement chez les sujets hystériques. Cette névrose comprendrait trois états: léthargie, catalepsie, et somnambulisme formant ensemble « le grand hypnotisme ».

La renommée de Charcot attira le jeune Sigmund Freud qui passera six mois à ces côtés.

Bernheim, à Nancy, s'opposera à la théorie du grand hypnotisme et démontrera que l'état hypnotique est un phénomène psychologique normal. Il soignera dans son service hospitalier, les pathologies les plus diverses: sciatique, eczéma, épicondylite, aphonie mais aussi des symptômes hystériques. Il juge l'état hypnotique secondaire et attribue tout le pouvoir thérapeutique à la suggestion et à la capacité du sujet à être suggestionné. Il recevra également la visite de Freud qui écrira à son propos: « Je fus témoin des étonnantes expériences de Bernheim sur ses malades et c'est là que je reçus les plus fortes impressions relatives à la possibilité de puissants processus psychiques, demeurés cependant cachés à la conscience de l'homme ».

A Vienne, le neuropsychiatre Joseph Breuer, ami et correspondant de Freud, utilise l'hypnose pour faire disparaître des symptômes en rapport avec un traumatisme affectif et nomme ce phénomène catharsis.

Freud utilisa l'hypnose et les suggestions directes mais trouva cette méthode à l'époque trop autoritaire dans sa pratique. Il fonda alors sa propre technique la psychanalyse suite à un transfert affectif d'une de ses patientes « sans rapport avec son pouvoir de séduction personnelle ».

En France, après la mort de Charcot, l'hypnose connaît une période de déclin.

Il faut attendre 1912 pour voir Schultz , professeur de neuropsychiatrie, élaborer une technique de relaxation utilisant l'hypnose: le training autogène.

L'école soviétique se développe de 1922 à 1960 grâce à Pavlov, père de la théorie sur les réflexes conditionnés. Pour lui, l'hypnose possède des bases physiologiques et donne donc des possibilités d'agir sur des fonctions vitales comme la digestion, la circulation, la respiration.

En France, Léon Chartok, psychiatre et psychanalyste, reprend dans les années 1950 le flambeau de l'hypnose qu'il conçoit au carrefour du psychique et de l'organique: le passage psychosomatique. Chartok a le mérite de réunir autour de l'hypnose des chercheurs de disciplines aussi diverses que la philosophie, la psychanalyse, la sociologie, la biologie et la médecine.

Dans le même temps, Milton Erickson, aux U.S.A expérimente avec succès une nouvelle approche de l'hypnose clinique en repoussant l'autoritarisme des suggestions qu'il remplace par un discours d'induction hypnotique à multiples propositions pour permettre au patient de contourner ses propres résistances et de mobiliser ses ressources dans cette relation plus souple et libérale.

Il a donné lieu à un véritable courant psychologique aux U.S.A puis en Europe au service de la médecine.

Le Dr Benhaiem, élève du Pr Chartok, crée dans les années 1990 au sein de l'hôpital Ambroise Paré à 92-Boulogne l'A.F.E.H.M (association française pour l'étude de l'hypnose médicale) et enseigne cette pratique renaissante aux médecins, psychologues, chirurgiens dentistes avant d'officialiser cette formation par un DU d'Hypnose médicale au sein de la Faculté de la Pitié Salpêtrière dans les premières années 2000.

Dans la plus pure tradition du Pr Chartok, il réunit autour de lui une équipe multidisciplinaire ouverte sur la philosophie (François Roustang), la neurophysiologie, la médecine générale et spécialisée, l'anesthésiologie et la chirurgie dentaire. Son enseignement permet à des praticiens européens (Suisse, Belgique) et américains (Canada) d'intervenir régulièrement. L'état hypnotique se révèle de plus en plus comme un état naturel du fonctionnement cérébral. Les avancées de la neurophysiologie, nous le verrons, tendent à démontrer scientifiquement son existence et son mode opératoire sur certaines aires cérébrales.

### III- NOTIONS SUR L' HYPNOSE MEDICALE

#### La théorie

##### *Notions de veille restreinte et veille généralisée*

Les définitions de l'hypnose médicale sont nombreuses mais ce texte de François Roustang philosophe, psychanalyste et hypnothérapeute donne une conception simple et moderne du mécanisme hypnotique et introduit à la notion de vigilance généralisée.

« Hypnos en grec signifie sommeil. De quel sommeil s'agirait-il lorsque l'état d'hypnose est réalisé ? De la mise en veilleuse de la conscience claire et distincte (que l'on peut nommer aussi conscience consciente ou esprit conscient) au profit de l'éveil d'une conscience inconsciente.

La conscience est dite consciente (conscious awareness) dans la mesure où elle est restreinte, car elle ne peut porter son attention qu'à un nombre limité d'éléments. La conscience est dite inconsciente (unconscious awareness) dans la mesure où elle supporte la totalité des souvenirs, des perceptions des sens externes et internes, des résultats et des possibilités d'apprentissage. Ces éléments sont trop nombreux - ils sont infinis - pour être distingués par la conscience consciente : elle s'en trouve donc obscurcie. La conscience inconsciente qui supporte ce grand nombre peut être identifiée à la totalité de la personne incarnée, donc au corps vivant en tant qu'il est esprit. Cette conscience inconsciente pourrait tout aussi bien être appelée vigilance généralisée.

Entre vigilance restreinte et vigilance généralisée, il existe tous les degrés possibles de vigilance. Ce qui pourrait faire comprendre que l'on définit l'hypnose comme un état modifié de conscience. Encore faudrait-il souligner qu'il ne s'agit plus de la conscience proprement dite à laquelle se réfère le sens commun.

L'induction de l'hypnose est le passage de la vigilance restreinte à la vigilance généralisée.

Ce passage qui est toujours le fruit d'un accord ou d'une décision du patient, est favorisé par diverses techniques (fixation du regard, attention portée aux différentes parties du corps, confusion, etc.) et par l'état de vigilance généralisée dans lequel se trouve le thérapeute. C'est par ces techniques et par cet état que le thérapeute peut être dit : user de suggestion. Le pouvoir du thérapeute a donc pour fondation la largeur et l'intensité de sa veille généralisée.

Là où les modifications opérées par l'exercice de l'hypnose peuvent être comprises comme la transformation de la rigidité des habitudes, enregistrées par l'esprit conscient, en souplesse et fluidité grâce à l'expérience de la complexité et de la force de la vigilance généralisée. L'esprit inconscient met à la disposition du patient les nouvelles possibilités et capacités qui vont lui permettre de changer.

Dans cette perspective, il est facile d'admettre que l'hypnose puisse être considérée comme médicale. Elle est en effet capable de guérir certains troubles ou comportements nocifs (contrôle de la douleur, addictions, difficultés alimentaires, dysfonctionnements psychiques ou psycho-somatiques). Quelqu'un, par exemple, voudrait bien ne plus fumer. Son passage par la vigilance généralisée lui permettra d'une part de mesurer et d'approfondir le degré de sa



détermination, d'autre part de prendre appui sur des forces et des intérêts nouveaux qu'il ne soupçonnait pas et qui rendent dérisoire en comparaison le plaisir de la cigarette. L'hypnose guérit alors parce que, modifiant le contexte d'une habitude, elle en détruit le ressort. L'hypnose est aussi médicale, au sens traditionnel du terme, car elle est une manière privilégiée de développer certains aspects de cette pratique : la présence du médecin, son attention au patient, l'échange entre patient et médecin. On sait que ces traits constituent le premier remède et rendent possible l'efficacité des autres remèdes. »

### *Notions de perception et perceptude*

Ce deuxième texte de François Roustang introduit à la notion de perceptude, notion plus philosophique à la première lecture, mais rapidement exploitable dans le cadre d'une thérapie hypnotique visant au changement des perceptions dans la vie quotidienne.

« Perception et perceptude ».

« La perceptude est le mode de perception intégrative propre à l'hypnose. Elle relie et unifie l'expérience au Tout, par opposition à la perception ordinaire qui sépare, divise, objectifie et fige la vie. La perceptude ressemble à la pleine conscience.

Atmosphère, ambiance, climat, milieu, ces mots disent ou tentent de dire quelque chose qui influe sur notre existence toute entière. Alors que le premier mode de perception se traduit par la discontinuité et la partialité, ce second mode de perception, que l'on peut nommer perceptude, est marqué par la continuité et la prise en compte de tous nos liens avec le monde. La perceptude ne peut être circonscrite et mise à distance. Elle est l'aire où nous ne sommes plus des observateurs fixes faisant face à des objets ; elle est le territoire dont nous participons pour en devenir une part insécable.

Ce second mode de perception auquel le plus souvent nous ne prêtons pas attention est en fait premier. C'est sur la plage de la perceptude, à la fois finie et sans limites, que va se découper la perception discontinue et partielle. Nous considérons la perception comme évidente et première alors qu'elle est toujours une élaboration seconde (...)

Il est caractéristique de la perceptude que le percevant ne choisit pas, qu'il ne privilégie pas tel ou tel élément, qu'il ne met pas à part tel ou tel trait ; il est contraint de tout prendre, de tout recevoir, de tenir compte à la fois de tout ce qui lui arrive et de trouver peu à peu dans cet ensemble son rôle et sa fonction. Les différenciations ne seront établies que plus tard .

L'état d'hypnose tel que je le comprends, ne serait rien d'autre que la perceptude. Elle est à la fois ce qui est toujours présent à nos vies et toujours supposé pour que nous puissions appréhender quelque chose du monde environnant. C'est ce que disent à leur manière les praticiens de l'hypnose : il existe une hypnose quotidienne qu'il n'est nul besoin de nommer hypnose, car le moindre geste, celui de la marche, de la lecture ou de l'écriture, pour être accompli avec aisance, suppose l'absorption et l'oubli. Et d'autre part tout humain est hypnotisable, c'est à dire qu'il peut avoir accès au fondement, il peut se rendre d'où il vient. La perceptude est là en effet sous-jacente à toute perception, mais par ailleurs les hypnotiseurs prétendent la faire passer au premier plan et en proposent l'expérience. Donc la mettre à la lumière du jour, alors qu'elle agit dans la lumière de la nuit. En d'autres termes, l'état

hypnotique est partout et il s'agirait de le faire apparaître quelque part. Étrange procédure parce qu'elle aboutirait alors à l'apparition d'un fond sans la figure ou d'un contexte qui aurait perdu son texte. »

### *Points essentiels*

Ces deux textes de François Roustang résument avec élégance les théories actuelles sur l'hypnose médicale dont nous noterons les points essentiels.

Le fil directeur est la possibilité du fonctionnement concomitant dans notre vie quotidienne de deux niveaux de vigilance à des degrés divers, la vigilance restreinte et la vigilance généralisée ou état hypnotique. Cela nous permet d'abord de comprendre que l'état hypnotique est un état naturel auquel nous avons tous accès plusieurs fois par jour par la concentration (lecture, film passionnant) ou la rêverie ( voyage en train ou dans un paysage particulier).

L'hypnothérapie tend à diminuer la vigilance restreinte ou conscience habituelle pour accéder à plus de vigilance généralisée. Cela explique également que tout le monde est hypnotisable mais à des degrés divers.

Un tel vivra sa séance comme une banale relaxation (état hypnotique léger) ou aura la sensation d'avoir dormi profondément avec amnésie totale des suggestions de la séance (état hypnotique profond).

Le patient accède à l'état hypnotique qui lui correspond en fonction de sa pathologie et de la confiance qu'il porte à la technique et au praticien.

Nul ne peut bien sûr être hypnotisé contre son gré et rester en état hypnotique s'il ne s'y sent pas en sécurité. Les suggestions susceptibles de faire changer les perceptions du patient ne seront enregistrées que si elles lui conviennent.

Au total, le malade est totalement libre d'apprendre à accéder à un état psychique différent et d'y expérimenter les suggestions.

Le savoir faire du médecin hypnothérapeute consiste à établir une bonne relation de confiance avec son patient, à lui apprendre à se mettre en état hypnotique pour y expérimenter un changement de perception de son fonctionnement corporel ou psychique. Cette souplesse à anticiper un fonctionnement différent, à l'imaginer et à le ressentir est nommée « perceptude » par François Roustang.

Cette expérience virtuelle de changement de fonctionnement ou de perception vise en quelque sorte à être enregistrée en état hypnotique pour pouvoir automatiquement et inconsciemment faire évoluer le ressenti du patient dans sa vie quotidienne.

L'auto-hypnose consiste à apprendre au patient à s'induire lui même un état hypnotique pour mieux gérer une douleur physique ou une crise anxieuse par exemple.

### **La pratique**

Chaque séance d'hypnose est particulière en fonction

- du patient
- de sa pathologie
- de l'objectif du patient
- du praticien et de sa vision du soin
- de la relation entre le patient et le praticien

mais les étapes d'une séance d'hypnose obéissent à des phases communes que le praticien apprend à induire et à surveiller par les signes corporels et l'attitude générale de son patient.

De façon générale nous pouvons distinguer trois phases successives.

- Au cours de la phase 1, il est demandé au patient de fixer son attention sur une perception précise qui peut être au choix ou successivement, la voix du thérapeute, une douleur, une image, un son etc... selon le problème à traiter. Le patient fait alors abstraction de nombreux éléments extérieurs ou intérieurs, accomplissant par là un premier exercice, utile en thérapie, qui consiste à sélectionner une perception au dépend d'une autre. Cette isolation sensorielle progressive apparaît parce que le patient fait un retour sur lui-même en se coupant du monde environnant. Cet état de centration sur l'individu, son corps et ses sensations, permet le passage vers une autre étape qui est la fascination.
- La phase 2 est la plus caricaturale de l'hypnose. Le sujet est extrêmement attentif, il fixe intensément ce qui lui est proposé par le thérapeute. Ce comportement n'est pas s'en rappeler la fascination que l'on peut avoir devant un écran de cinéma ou de télévision, et plus largement dès que l'on est absorbé par une tâche ou une pensée. La restriction sensorielle est parfois si prononcée que le patient ressent une dissociation entre son activité imaginative et ses perceptions sensorielles corporelles. Cette dissociation s'accompagne d'une analgésie qui peut rendre indolore certains gestes chirurgicaux. Cette étape est celle recherchée au cours de l'hypno-analgésie pour calmer la douleur aiguë.
- La phase 3 est celle de l'ouverture. Le patient est amené à imaginer d'autres types de fonctionnement par divers exercices. Réinterprétation des faits vécus, recadrage, élargissement du champ de perception (ou modification de la perception douloureuse), rappel des ressources existantes: choix infini d'exercices qui font appel à la réserve personnelle du patient dans le but de résoudre un problème rencontré. Autant la phase 2 représentait la fermeture, l'absence de sens critique et l'immobilisation, autant la phase 3 se traduit par la mobilisation du corps et de la pensée dans la recherche d'autres postures et d'autres points de vue servant à contourner ce qui était perçu comme un obstacle.

#### IV- MODES de FONCTIONNEMENT et BASES NEUROPHYSIOLOGIQUES ACTUELLES

## Introduction

Les toutes premières applications de l'hypnose au cours du 18ème puis du 19ème siècle, ont mis en évidence le phénomène d'analgésie hypnotique. Cette possibilité d'obtenir des modifications dans la sensibilité du corps a beaucoup intéressé les chirurgiens dans la prévention de la douleur aiguë au cours d'actes chirurgicaux avant que les propriétés de l'éther et du chloroforme ne soient connues et utilisées.

Dès que les gaz et les drogues anesthésiques ont été découverts, l'hypnose a disparu des blocs opératoires.

Aujourd'hui, beaucoup d'anesthésistes et de médecins urgentistes ainsi que des dentistes et des chirurgiens s'intéressent de nouveau à l'hypnose. Pourquoi, alors que l'anesthésie et la pharmacologie ont fait des progrès considérables, y a-t-il un regain d'intérêt pour l'hypnose dans la prise en charge de la douleur aiguë ?

Le but de ce travail est de tenter de répondre à cette question en examinant les protocoles et les résultats d'études cliniques portant sur l'hypnose de ces vingt dernières années.

Il se dégage de l'ensemble des études examinées que l'hypnose apparaît comme une relation à visée thérapeutique, ce qui implique l'obtention d'un état particulier d'attention et d'échange favorable à des changements de pensées et de sensations. Ces éléments justifient son utilisation dans le traitement de la douleur.

## Hypnose et neurophysiologie

Avant d'aborder les études cliniques qui précisent les indications de l'hypnose, nous pouvons passer en revue quelques observations sur les effets neurophysiologiques des suggestions hypnotiques d'antalgie.

Danziger (1998) confirme l'action de l'hypnose sur les potentiels évoqués. Son étude porte aussi sur le réflexe de flexion (RIII) nociceptif du nerf sural. Ce réflexe spinal peut aussi être modifié par les suggestions d'hypno-analgésie. La nature plurifactorielle de l'hypnoanalgésie est ainsi proposée par Kiernan (1995) qui évoque plusieurs mécanismes centraux pouvant agir sur ce réflexe périphérique.

Arendt-Nielsen(1990) a mis en évidence que, sous hypnose, les sujets très suggestibles pouvaient percevoir de faibles intensités de stimulations laser nociceptives cutanées qui restaient imperceptibles à l'état d'éveil. Comme si l'état hypnotique permettait chez ces sujets de répondre à une suggestion d'hypersensibilité cutanée.

De nombreuses études, dont une récente (Benhaiem et al, 2001) ont montré que les suggestions d'analgésie augmentaient les seuils de perception thermique ainsi que les seuils de la douleur au chaud expérimentale chez des sujets sains.

Les progrès de l'imagerie cérébrale permettent de commencer à comprendre ce qui se passe dans le cerveau d'un sujet hypnotisé.

Crawford (1993) a mis en évidence que l'effort demandé sous hypnose pour contrôler la douleur ischémique provoque une augmentation du flux sanguin cortical régional. Les régions en cause semblent être le cortex cingulaire antérieur et le cortex temporal antérieur. Sous hypnose-analgésie, la suggestion de contrôle de la douleur provoque une réduction des potentiels évoqués dans ces régions chez des sujets suggestibles (Kropotov, Crawford, Polyakov,1997).

L'utilisation de tomographies à émission de positons (PET) et la résonance magnétique permettent d'étudier l'activité à l'intérieur du cerveau humain pendant la perception douloureuse.

Rainville, Price, Bushnell, Duncan et Carrier (1997) ont voulu mettre en évidence la particularité de l'aire ACC (cortex cingulaire). Pour cela, l'hypnose a été utilisée comme un outil cognitif pour modifier la sensation désagréable de la douleur.

La dissociation des aspects sensoriels et affectifs de la douleur était obtenue par des suggestions hypnotiques pour soit augmenter soit réduire le côté pénible de la douleur sans toutefois tenter de changer la perception de l'intensité des sensations douloureuses.

Il a été demandé aux sujets de plonger leur main gauche dans un bain très chaud à 47°. Les sujets étaient examinés à l'état d'éveil, sous induction hypnotique sans suggestion puis avec suggestions. Les recherches d'augmentation du flux sanguin cérébral régional portaient à droite dans les régions S1, S2, ACC et IC pour confirmer que seules ces régions limbiques voient des changements lors du contrôle de la composante affective douloureuse.

L'induction hypnotique elle-même, n'a pas d'influence sur l'intensité de la douleur ou la composante sensorielle de la douleur.

Seules les suggestions d'analgésie ou d'hyperalgésie sous hypnose modifient la perception de la composante affective de la douleur ainsi que le flux sanguin cérébral dans les régions impliquées. Le travail qui est demandé sous hypnose pour contrôler cette composante entraîne une augmentation du flux sanguin cortical cingulaire.

L'intensité de la composante sensoridiscriminative n'a, elle, pas changé.

Ainsi, l'aire ACC, bien plus que les autres zones, a montré une spécificité marquée pour la nature affective déplaisante des stimuli nociceptifs.

Ainsi est lancée l'hypothèse souvent confirmée, que l'hypnose permettrait de dissocier les deux composantes de la douleur (Meier et coll. 1993). L'utilisation d'échelle visuelle analogique (EVA) a rendu possible cette discrimination qui fait observer que parfois l'hypnose calme les deux composantes d'une douleur expérimentale telle que stimulation de la pulpe dentaire et parfois seulement la composante affective d'une douleur au froid sur le bras (Houle, 1988).

L'hypnose a montré là un de ses modes probables de fonctionnement dans la douleur : la sollicitation de certaines zones cérébrales par des mots et des images provoquant une augmentation du flux sanguin cortical régional.

Par l'élévation des seuils de la douleur et par un vécu modifié de la douleur, ce sont les deux composantes, sensorielle et affective, de la douleur qui sont modifiables par l'hypnose.

Tous les travaux cités précédemment ne visent pas à définir l'hypnose. Les modifications observées ne sont pas des éléments spécifiques qui permettent de reconnaître la nature de l'hypnose, mais plus exactement de montrer le mode opératoire de l'hypnose et la traduction neurophysiologique de son action sur l'organisme.

## **Influence du thérapeute- la relation**

La personnalité du thérapeute a souvent fait l'objet d'observations évoquant le "charisme" (Gracely 1999). Il s'agirait d'un mélange d'assurance, de convivialité et de confiance dans le traitement et dans les ressources du patient. La relation est faite du désir du patient de guérir, de la confiance dans la "méthode" et du désir du thérapeute d'aider à la guérison. Cependant il apparaît que des thérapeutes non charismatiques peuvent par leur engagement volontaire, obtenir aussi des effets thérapeutiques spécifiques. Cet effet serait à mettre sur le compte de l'empathie qui consiste pour le thérapeute à "se mettre à la place du patient" non pas par compassion, mais pour ressentir dans quelle complexité il se trouve et ainsi trouver ensemble des réponses appropriées.

Bien que ces particularités soient communément retrouvées dans les activités de soins, il semble que la pratique de l'hypnose amplifie ces éléments de communication.

Price et Barber (1987) montrent que :

- l'hypnose, maintenue par la présence constante du thérapeute pendant toute la durée du test d'analgésie, diminue la perception et la sensation de la chaleur et de la douleur au chaud.
- l'amplitude de la réduction est plus marquée pour la composante affective (87%) que sensorielle(44%).
- les effets de l'hypnose sont plus remarquables sur la composante affective (Rainville, Crawford)
- l'analgésie est plus grande si on maintient l'état hypnotique et/ou la présence du thérapeute pendant les tests. (ce qui expliquerait la moindre efficacité de l'autohypnose) , ce qui explique la discordance des résultats entre Barber et Gillett et Coe : le premier prône le maintien de l'état hypnotique pendant les soins dentaires et obtient 99% d'analgésie dentaire avec sa rapide induction analgésie (RIA), tandis que les deuxièmes pratiquent l'hypnose en préopératoire seulement et obtiennent 50% de résultats positifs.
- la composante affective de la douleur est aussi diminuée chez les sujets qui ont une faible suggestibilité
- la technique de suggestions indirectes dans la douleur est plus à même de changer de nombreux paramètres propres à l'individu, davantage que les suggestions directes qui visent à ne contrôler que la composante sensorielle.

L'induction verbale avec présence du thérapeute produit significativement plus d'effet que l'utilisation de cassettes audio préenregistrées (Johnson, Wiese, 1979), les deux peuvent être efficaces mais ne sont pas comparables.

Il faut souligner la difficulté de mener à bien une étude clinique dans le domaine de l'hypnose.

La pratique du double aveugle qui prémunit contre l'effet placebo, dont le charisme du thérapeute, est impossible à installer. L'existence de groupe de contrôle ne supprime pas quelques biais majeurs.

Le thérapeute mettra plus d'énergie et de conviction à utiliser la thérapie qu'il cherche à valider. Les techniques dites placebo comme la relaxation, la training autogène sont souvent moins efficaces parce que le thérapeute ne s'y investit pas autant.

La pratique de l'hypnose nous renseigne sur ces éléments de communication non verbale, les suggestions indirectes dont le pouvoir thérapeutique vaut bien à lui seul les cassettes d'autohypnose et les différents apprentissages de contrôle de la douleur.

**Parmi les nombreuses publications sur la douleur aiguë nous distinguerons deux études sur des pathologies fréquemment rencontrées chez les résidents en EHPAD**



*Les brûlures pour leur équivalent ulcères ou escarres.  
Les douleurs cancéreuses*

## **Brûlures**

Les soins prodigués aux brûlés nécessitent une atténuation de la douleur et de l'anxiété. Wakeman et Kaplan (1978) ont évalué l'hypnose versus médicaments antalgiques. Quelque soit l'étendue des lésions, l'hypnose s'est révélée efficace sur la douleur en permettant une moindre consommation d'analgésiques. Les enfants de 7 à 18 ans ont plus réduit les médicaments que les adultes. Cette dernière observation confirme la plus forte suggestibilité des enfants ou la capacité

Van der Does et Van Dyck (1989) critiquent les protocoles de l'ensemble des études contrôlées qui tentent de comparer l'hypnose à des médicaments. Il est difficile dans le groupe contrôle de diminuer les antalgiques lorsque l'on ne propose rien en substitution, contrairement à ce qui se passe dans le groupe hypnose. Le manque de rigueur des études précédentes ne permet pas de conclure réellement à l'efficacité de l'hypnose.

Patterson (1992) a donc proposé trois groupes : hypnose, psychothérapie présentée comme de l'hypnose et antalgiques seuls. Le groupe hypnose montre le plus de réduction de la douleur. Cette différence est significative. L'originalité de cette étude a été de proposer un groupe de psychothérapie présentée au patient comme de l'hypnose. Pendant les soins des brûlures, l'infirmière avait la consigne de toucher à 4 reprises l'épaule de son patient.

Le patient du groupe hypnose comprenait qu'il pouvait entrer en hypnose de plus en plus profondément, mais le patient du groupe contrôle pouvait utiliser ce geste comme un signal d'autohypnose. Si le résultat comparé des groupes n'est finalement pas identique, c'est peut-être que la mise sous hypnose ne suffit pas, elle doit s'accompagner de suggestions appropriées d'analgésie.

Pour tenter de mieux dégager l'intérêt de l'hypnose, Everett et Patterson (1993) compare sur 32 patients : hypnose, anxiolytique, hypnose plus anxiolytique et opioïdes antalgiques en groupe contrôle. Les trois groupes de traitement sont pareillement efficaces et supérieurs au groupe contrôle. Cette conclusion montre la difficulté avec l'hypnose de proposer un protocole simple et définitif.

## **Hypnose en Cancérologie**

Les effets analgésiques de l'hypnose associés à certains exercices tels que l'imagerie, l'autohypnose, la réinterprétation d'un traumatisme ou la dédramatisation constituent l'ensemble de ce qui peut être proposé à des patients porteurs de cancer.

Olness (1981) a décidé de traiter ainsi 25 enfants soignés pour cancer. Son expérience est encourageante pour la pratique de l'hypnose en cancérologie pour réduire la douleur, les effets secondaires de la chimiothérapie : nausées, vomissements. Cette série d'observations cliniques ne permet ni d'évaluer ni de mettre en évidence les effets spécifiques de l'hypnose.

La douleur et le stress chez des femmes souffrant de cancer du sein métastatique ont été abordés dans une étude comparative (Spiegel D, Bloom J, 1983) comprenant psychothérapie avec ou sans hypnose. Les deux groupes ont montré un résultat semblable sur la douleur, la souffrance et le stress mais supérieur au groupe contrôle. Le déroulement du protocole prévoyait à l'issue d'une séance commune d'informations de pratiquer avec le groupe hypnose un apprentissage de l'autohypnose. Ce protocole ingénieux a permis de procéder

d'une manière identique avec les deux groupes réunis, puis d'ajouter l'autohypnose aux patients concernés.

Dans une autre étude (Syrjala, 1992), l'hypnose s'est montrée efficace, mais pas la thérapie cognitive-comportementale, pour réduire les douleurs de l'oropharynx au décours de transplantations de moelle osseuse. Pas de différence significative entre les deux traitements et peu d'action sur les nausées, les vomissements et la consommation d'antalgiques opioïdes. L'imagerie était un des exercices réservés au groupe hypnose et qui a paru déterminant pour obtenir l'effet antalgique.

Syrjala (1995) compare à nouveau la Relaxation et l'Imagerie à une thérapie cognitivo-comportementale comprenant relaxation et imagerie chez 94 patients devant subir des transplantations de moelle osseuse. Efficacité équivalente sur la douleur de l'oropharynx dans les deux groupes, et supérieure au groupe contrôle et au groupe psychothérapie de soutien. Les auteurs concluent que la relaxation et l'imagerie sont efficaces pour lutter contre la douleur du cancer. L'approche cognitivo-comportementale n'apporte rien de supplémentaire. Les pratiques de la relaxation et de l'imagerie impliquent l'induction de l'état hypnotique indispensable au déroulement de ces « jeux » psychocorporels. C'est donc encore l'hypnose qui est comparée à l'hypnose, et les auteurs regrettent l'absence d'études hypnose contre thérapie cognitive sans relaxation et sans imagerie qui confirmerait l'intérêt antalgique de l'imagerie hypnotique.

La conférence d'Evaluation du National Institutes of Health (NIH) en 1995, encourage fortement à l'utilisation de l'hypnose pour soulager la douleur du cancer.

## **Conclusion sur la physiologie de l'hypnose**

A travers les études cliniques entreprises pour comprendre le mode d'action de l'hypnose et son champ d'application, il apparaît un élément constant rapporté par les expérimentateurs concernant la relation à leurs patients. Certes la douleur paraît réduite, atténuée et supportable, mais surtout, la pratique de l'hypnose modifie considérablement le vécu opératoire et permet aux patients de "bien vivre" les soins, de mieux aborder l'acte chirurgical éventuel et de garder un souvenir non traumatique du milieu médical ou chirurgical auquel ils ont été confronté. Pour les patients engagés dans des soins et des examens prolongés, il est important pour le suivi du traitement que les gestes itératifs invasifs laissent une impression de sérieux et de bienveillance à leur égard. Par son action à plusieurs niveaux, l'hypnose peut également éviter le passage à la chronicité d'une douleur aiguë ainsi que la survenue d'un syndrome post-traumatique. A part les sujets très peu suggestibles pour qui les procédures hypnotiques sont plus difficiles à induire par la nécessité de recourir à des suggestions indirectes, une large partie de la population peut bénéficier des effets analgésiques de l'hypnose soit seule soit associée à d'autres thérapies antalgiques comportementales ou pharmacologiques.

**Malgré des difficultés réelles à reconnaître et à décrire l'état hypnotique, il semble que nous nous orientons vers une définition neuroanatomique fonctionnelle. Ainsi l'hypnose prend progressivement un statut de thérapie à part entière comportant des éléments de définition biochimique, hormonale, un effet placebo qui lui est propre, une imagerie cérébrale spécifique, un champ d'action et des indications préférentielles.**

**Ainsi, nous pouvons nous risquer à une définition de l'hypnose dans le contrôle de la douleur : "l'hypnose thérapeutique est une expérience relationnelle mettant en jeu des**



**mécanismes physiologiques et psychologiques permettant à l'individu de supprimer, d'atténuer ou de mieux vivre une pathologie douloureuse aiguë ou chronique”.**

**V- APPORTS THEORIQUES DANS LE SOIN DE LA PERSONNE AGE  
EN EHPAD**

L'étude de l'hypnose médicale ouvre des horizons théoriques et pratiques sur le soin de la personne âgée en institution.

Reprenons la théorie des deux états de veille restreinte et généralisée à la base de la théorie actuelle du fonctionnement hypnotique.

La conscience habituelle ou veille restreinte constitue la partie lucide, intellectuelle et cognitive de notre vie psychique. Ses performances déclinent avec le grand âge parfois de façon très rapide dans les états de démence.

La connaissance de l'hypnose médicale permet de mieux comprendre l'existence d'une veille généralisée sous-jacente c'est à dire d'un fonctionnement psychique des perceptions, des émotions, des affects, de l'expérience vécue influençant automatiquement l'anxiété, l'humeur ou la perception douloureuse. Cette vie psychique intériorisée et inconsciente semble souvent préservée même dans les pathologies cérébrales de nos résidents en EHPAD en particulier dans la maladie d'Alzheimer.

Sous ce regard, la mission de l'équipe soignante peut prendre ainsi une autre dimension.

Le soin consiste bien sûr d'abord à adapter le traitement médicamenteux aux pathologies du grand âge tout en luttant pour préserver le potentiel cognitif et moteur mais notre rôle va plus loin: nous devons influencer positivement la vie psychique sous-jacente pour garder intact l'objectif du mieux-être dont nous avons aussi la responsabilité.

Comment influencer positivement ce potentiel psychique automatique et inconscient de la veille généralisée?

Principalement en agissant sur la douleur physique ou morale pour la rendre plus supportable. En complément des protocoles habituels, la dissociation hypnotique constitue un véritable soulagement pour le patient âgé en le mettant à distance de toute l'interprétation péjorative émotionnelle ou affective de ses troubles à l'origine souvent d'une exacerbation des phénomènes douloureux.

Mais comment dissocier en pratique tous nos patients et en particulier comment influencer sur le fonctionnement cérébral inconscient d'un résident dément?

Nous avons évoqué que la dissociation s'obtenait par la volonté du patient de se concentrer sur une image ou une quelconque perception pour prendre sa distance par la focalisation. Cette étape de fascination permettait ensuite de rentrer en veille généralisée pour changer son ressenti. Évidemment, le patient dément perd les facultés cognitives d'adhérer volontairement à l'exercice, de se concentrer, d'imaginer...

La culture hypnotique loin d'être mise en échec doit alors s'élargir et proposer des techniques moins formelles:

- la focalisation sur un souvenir agréable de la vie du résident associée à un relâchement physique musculaire et respiratoire.
- si la conceptualisation d'un souvenir s'avère impossible, le discours du thérapeute par son intonation, ses gestes, sa bienveillance, quelques mots clés simples encore émotionnellement perçus peut automatiquement résonner avec son patient.

Nous comprenons mieux ainsi les nouvelles approches parmi lesquelles nous citerons la notion d'« humanité » développés par Yves Gineste pour les soins de base ou les adeptes du toucher-massage.

- La création d'espace de relaxation ou de sensorialité type snowzelen nous pouvons aussi émettre l'hypothèse que l'ambiance positive sensorielle (couleur, son, odeur, sensation tactile) influe directement et passivement sur les structures cérébrales productrices d'émotion pour provoquer l'apaisement.

Le dément ferait en quelque sorte l'économie de l'induction hypnotique et du stade de la fascination pour être directement réceptif à l'ambiance de son environnement.  
La musicothérapie, la zoothérapie s'inscrivent également dans cette démarche de sensorialité.

**La théorie de l'hypnose médicale tend à faire admettre la persistance d'une vie psychique de type hypnotique dissociée du déclin cognitif. Cette notion est fondamentale en gériatrie car elle redonne du sens et de l'humanité à l'équipe soignante, à la famille, à l'entourage de nos résidents déments, crépusculaire ou en fin de vie.**

## VI- APPORTS PRATIQUES DAND LE PROJET DE SOIN INDIVIDUALISE DU RESIDENT

### **La douleur aigue**

L'outil hypnotique peut s'avérer précieux dans les actes infirmiers courants , seul ou en association avec un traitement médicamenteux.

L'objectif est ici d'obtenir une hypno-analgésie de courte durée permettant de rendre plus confortable un acte technique:

- une intraveineuse
- un pansement d'ulcère ou d'escarre
- un soin dentaire
- une mobilisation....

### **La douleur chronique**

Un protocole de soin de la douleur chronique en EHPAD peut inclure, en complément des traitements antalgiques habituels, des séances d'hypnose avec apprentissage de l'auto-hypnose par le résident.

Nous pouvons citer les douleurs cancéreuses, rhumatismales ou neuropathiques comme les indications les plus fréquentes en EHPAD.

L'état cognitif du résident doit cependant être suffisamment conservé pour adhérer à l'exercice.

### **Les soins palliatifs**

Je vous livre cet article du Dr Jean Becchio, Praticien attaché à l'hôpital Paul Brousse de Villejuif qui nous fait part de l'expérience de l'hypnose médicale dans son unité de soins palliatifs:

« Une visite de la banque de données Medline nous permet de constater l'essor de l'hypnose en soins palliatifs. Les pays anglo-saxons utilisent cette approche dès les années 80, avec un fort développement depuis dix ans. En France, quelques pionniers ont introduit l'hypnose en unités de soins palliatifs il y a dix ans ; depuis cinq ans nous sommes intégrés à l'Unité de Soins Palliatifs de Villejuif. Les articles consacrés à ce sujet sont publiés dans des revues internationales réputées, The Lancet, BMJ, Pain, Cancer, JAMA... Une étude rétrospective de quatre cent vingt articles, publiés ces vingt dernières années, nous a permis de vérifier l'utilité et l'intérêt de l'emploi de l'hypnose en soins palliatifs. Nous détaillerons plus loin les grands domaines d'application de cet outil thérapeutique, auparavant, précisons ce que recouvre le vocable hypnose: modifications entraînent des restructurations, à action thérapeutique.

## *L'hypnose en Unité de soins palliatifs*

Notre petite unité de soins palliatifs est un ensemble de dix chambres individuelles. Notre journée commence par la réunion du matin. Pendant quarante-cinq minutes, un membre de l'équipe infirmière rétro-projette le dossier des dix patients. Toute l'équipe prend ainsi connaissance de tous les événements qui sont survenus dans les vingt-quatre dernières heures. Nous « repérons », lors de cette projection, les patients qui pourront bénéficier de notre aide hypnotique.

Ce matin, je note deux noms sur ma fiche de pré-sélection : Maria, et Fassassi. Je vous propose de m'accompagner auprès d'eux.

Je commence par Maria. J'ai noté qu'elle souffre de douleurs abdominales intermittentes, mal calmées par la morphine et les anti-spasmodiques. Je consulte son dossier. Je sais que Maria, âgée de quarante-deux ans est venue dans notre service en phase terminale d'un cancer de l'ovaire. Ces douleurs sont liées à la masse tumorale, mais ces renseignements cliniques, histologiques, physiologiques ne sont pas ce que je recherche en priorité dans le dossier. Je vais rendre visite à une patiente qui est bien suivie sur le plan médical par l'équipe des cliniciens du service et je me place en intervenant complémentaire, agissant sur les symptômes, quelle que soit leur origine. Pour cela j'utilise la technique hypnotique. Cette technique nécessite elle aussi des « ingrédients » que je recherche dans le dossier. Ces éléments, utiles pour mon approche, sont la date et le lieu de naissance de la patiente, son métier, son statut marital, les prénoms et âges des enfants, ses distractions préférées, sa religion, ses croyances. Je dois avouer que dans des dossiers qui pèsent parfois plusieurs kilos, ces informations sont souvent absentes. C'est le cas aujourd'hui pour Maria. J'apprends qu'elle est mariée, mère d'une enfant de douze ans et est née à Paris un quatorze mars (nous sommes le premier mars). J'entre dans sa chambre. Toutes nos chambres sont éclairées par une baie vitrée qui donne sur un adorable jardin botanique, créant une douce et agréable ambiance. Maria est allongée sur son lit et regarde, à droite, les oiseaux nichés sur les arbres du jardin. En face d'elle, sur un panneau en liège sont affichées des photos de sa vie. Sur la table de nuit placée à sa gauche, un poste de radio diffuse de la musique classique. Je me présente et signale à Maria que j'ai appris que sa douleur était toujours présente, malgré les médicaments. Je l'interroge, classiquement, sur les caractères de cette douleur, puis je lui propose d'apprendre un exercice, basé sur l'hypnose, pour mieux gérer cette douleur, en complément des traitements qu'elle reçoit déjà. Maria accepte. Je me tourne alors vers le panneau mural où se trouvent les photos et je demande à Maria de me dire quelques mots sur ces morceaux de vie. Elle me présente sa fille Joan et je comprends l'importance de la place occupée par cette jolie enfant blonde dans le cœur de sa maman. Nous parlons de son métier d'employée de banque, de son amour pour la musique et les ballades dans la nature. Nous revenons sur la douleur et je fais préciser à Maria ce qu'elle ressent lorsque la douleur commence à s'installer. « C'est comme une tenaille qui me serrerait brutalement les muscles du ventre ». Nous évaluons la douleur sur l'échelle classique d'évaluation : 6/10 est la note du ressenti actuel de Maria. Muni de cette métaphore et de cette évaluation, je propose l'exercice d'hypnose à Maria.

Je lui demande de fermer les yeux, mais de bien écouter tout ce que je vais dire car elle pourra refaire l'exercice, plus tard, toute seule, sous forme d'exercice d'auto-hypnose. J'applique alors la technique d'induction hypnotique qui permet d'aider le patient à passer de l'état d'éveil conscient à l'état hypnotique. Maria présente rapidement les signes cliniques de l'état hypnotique. Je demande alors à Maria de retrouver un souvenir d'une expérience d'apprentissage agréable, de n'importe quelle partie de sa vie, dans n'importe quel domaine. Elle retrouve rapidement le souvenir du jour où elle a accouché pour mettre au monde Joan. Je

l'accompagne dans ce souvenir en employant des suggestions indirectes, des suggestions ouvertes et des métaphores adaptées au but de la séance. Je place des suggestions post-hypnotiques, qui aideront Maria après la séance. Nous terminons la séance qui a duré un peu moins de cinq minutes.

Maria est souriante et détendue en fin de séance. Elle nous raconte son vécu. » Lorsque Joan est sortie de mon ventre, j'ai ressenti une « inondation de joie et de bonheur et la tenaille s'est relâchée complètement ». L'évaluation confirme l'amélioration : 0/10 nous indique Maria qui demande comment elle peut pratiquer toute seule. Je lui donne les principes de base de la pratique auto-hypnotique. Je travaillerais encore trois fois avec Maria dans les deux semaines précédant son décès. Maria a parfaitement intégré la technique d'auto-hypnose et cette technique, associée au traitement médicamenteux lui permet de communiquer avec son entourage jusqu'à son dernier jour. Lorsqu'elle meurt, le lendemain de son anniversaire, elle nous quitte dans un coma progressif, calme, sans signe de souffrance et sans coma pharmacologique.

Fassassi est un jeune patient de vingt ans entré dans notre service la veille. La vie de Fassassi se déroulait normalement dans son village au Sénégal jusqu'à l'automne dernier où il se fractura spontanément un fémur en roulant à bicyclette. Le diagnostic de cancer fut posé et, malgré l'amputation et les traitements complémentaires institués dans son pays, la maladie continua à progresser. Désespérés, les parents l'ont placé la semaine dernière dans un avion à destination de Paris. A son arrivée à Orly, il tomba dans un coma léger et fut hospitalisé à l'hôpital de Bicêtre. Il séjourna une semaine dans le service de médecine interne ; devant l'aggravation de son état et l'impossibilité de traiter les métastases multiples, il fut décidé de l'hospitaliser dans notre service. Aucun renseignement sur son dossier, hormis les diagnostics et traitements médicaux. Je découvre un grand jeune homme, cachectique, dyspnéique, tournant ses grands yeux inquiets vers moi. Fassassi parle très bien le français et sait même écrire. Depuis son arrivée, il communique peu avec les soignants et montre, sur son visage et dans son comportement, une angoisse importante. Je le questionne sur ce qu'il ressent et il me dit que ce qui l'inquiète le plus, c'est sa difficulté à respirer. Je l'interroge sur sa vie et ses occupations. Il travaille dans une scierie et aime jouer au football. Nous parlons de l'équipe de foot du Sénégal et son regard s'éclaire pour la première fois. Je profite de cette « embellie » pour lui proposer un exercice qui peut l'aider à mieux respirer. Il accepte. Fassassi est un excellent sujet pour l'hypnose. Quelques secondes après la fermeture des yeux, il présente des signes de transe profonde ; je l'oriente vers le souvenir de l'apprentissage du maniement du ballon dans son enfance et nous faisons des liens métaphoriques entre l'effort physique du jeu de foot, la période de récupération et le but de notre exercice. Je fais expérimenter à Fassassi le phénomène de lévitation du bras pendant la transe. Nous terminons la séance avec les classiques suggestions post-hypnotiques de travail d'auto-hypnose.

Fassassi est rayonnant en fin de séance. Il est surpris par l'expérience de lévitation. Je lui dis qu'il pourra renouveler cette expérience lorsqu'il le voudra, pour travailler l'auto-hypnose. Je lui indique que nous avons appris cette technique à plusieurs joueurs professionnels de foot en France et cela le ravit. Il doute de pouvoir réussir ; je lui propose alors de fermer les yeux et de laisser faire, en pensant simplement à la légèreté du bras : la lévitation « démarre » rapidement. Je demande à Fassassi d'ouvrir les yeux pour « regarder son bras en train de léviter ». « Il monte tout seul, il ne m'obéit plus » dit-il à moitié amusé et à moitié inquiet. Je lui démontre alors que c'est lui qui dirige ce phénomène. Lorsque vous déciderez que le bras doit redescendre, il vous suffira d'y penser pour obtenir le retour au point de départ ». Fassassi comprend et termine seul l'exercice.

Fassassi va vivre les quatre dernières semaines de sa courte vie dans notre service et l'hypnose lui permettra de traiter, en complément des autres thérapies, la dyspnée, les douleurs osseuses et l'anxiété.

### *Les particularités de l'hypnose en soins palliatifs*

L'hypnose employée est l'hypnose psycho dynamique, issue de l'hypnose ericksonienne. Elle est caractérisée par l'emploi de suggestions ouvertes et de techniques spécifiques destinées à induire la transe hypnotique chez la plupart des patients. L'auto hypnose est systématiquement associée à l'hétéro hypnose.

L'utilisation de l'hypnose est bien acceptée par les patients. La demande ne vient jamais d'eux, car ils ne savent pas que cette technique est pratiquée dans notre service. Sur les cent derniers patients auxquels nous avons proposé l'hypnose, deux ont refusé ; un, définitivement, pour des raisons religieuses, le second, transitoirement, pour des raisons dogmatiques : il était psychanalyste lacanien et rejetait fondamentalement l'hypnose. Transitoirement, car ce patient, intelligent, avait un esprit ouvert et, une semaine après son refus, il me convoqua dans sa chambre pour « essayer » cette « chose » qu'il ne connaissait que par le côté « sulfureux » qui lui avait été enseigné. La première séance se passa bien et je proposais à mon collègue psychanalyste la lecture du livre de François Roustang : Influence. Il dévora le livre et devint un pratiquant convaincu de l'auto-hypnose pendant les six derniers mois de sa vie.

L'hypnose fut aussi bien acceptée par l'équipe soignante. Je suis tombé « par hasard » dans ce service. Une des infirmières du service se soignait à ma consultation d'acupuncture ; un jour, où un patient de son unité de soins palliatifs souffrait d'un hoquet persistant depuis plusieurs jours, elle proposa de me contacter pour soigner ce hoquet par acupuncture. C'était la première fois que je mettais les pieds dans ce service devant lequel je passais en voiture deux fois par semaine depuis dix ans pour me rendre à ma consultation. Sols moquetés, baies vitrées, espaces patients, familles, soignants décloisonnés, tout cela me fascina. Après mon intervention, l'infirmière me présenta au chef de service, le Docteur Michelle Salamagne. Elle me décrivit rapidement les soins palliatifs, dont j'avais une idée aussi fautive que celle qu'avait notre psychanalyste sur l'hypnose. De mon idée pré-conçue de service de mourants, le Dr Salamagne me brossa le tableau d'un univers où la vie est omni présente. Je vis tout de suite l'utilité de proposer l'hypnose comme outil thérapeutique au service de cette approche particulière. La chef de service accepta et me proposa d'essayer. L'essai continue depuis plus de cinq ans et le milieu des soins palliatifs a considérablement enrichi ma pratique d'hypnose, modifié ma technique et réorienté ma vision théorique de l'hypnose.

Je fus rapidement intégré à l'équipe qui demandait, au début, à suivre mes interventions. Devant cette « curiosité » agréable et motivée, je décidais de former les soignants qui le désiraient à l'apprentissage de l'induction hypnotique. Ils pourraient ainsi aider les patients dans leur pratique d'auto-hypnose. Le succès fut considérable puisque nous avons formé vingt-deux soignants sur les vingt-quatre qui composent l'équipe ; la plupart des soignants formés utilisent la technique dans deux situations, lors de soins douloureux ou pour aider les patients dans leur travail d'auto-hypnose.

Les familles sont très présentes dans notre service et s'occuper d'elles fait partie de nos obligations en soins palliatifs. Lorsque je propose une séance à un patient et qu'un membre de la famille est présent, j'entends souvent la réflexion adressée au patient « tu as de la chance,



j'aimerais bien moi avoir une séance d'hypnose ». Lorsque la personne de confiance, choisie par le patient, est présente au moment de la séance, je lui demande de rester et d'y assister. Ensuite je lui dis qu'elle pourra aider le patient dans sa pratique d'auto-hypnose. C'est ce qui se passe la plupart du temps, avec un bénéfice thérapeutique pour le patient et psychologique pour la personne de confiance.

### *Les indications de l'hypnose en soins palliatifs*

Notre expérience confirme ce que nous retrouvons dans la littérature spécialisée dont vous trouverez quelques références en fin d'article.

Les douleurs, sous toutes leurs formes, chroniques ou aiguës, de toutes origines. Pour les douleurs aiguës, il nous arrive d'utiliser, parfois, la technique d'hypnose traditionnelle, en employant des suggestions directes. La pratique de l'auto-hypnose est primordiale dans la gestion des douleurs au long cours et c'est là que se révèle l'intérêt d'avoir formé les soignants à cette approche.

La dyspnée est une excellente indication de l'hypnose. Le facteur psychologique et émotionnel est omni présent dans ce symptôme. L'hypnose, par des exercices spécifiques, permet de mieux contrôler les émotions et la respiration.

L'anxiété et l'état dépressif peuvent, en complément d'autres thérapies, bénéficier de notre apport.

La détresse spirituelle peut aussi être facilement abordée par l'hypnose.

Les nausées, la toux, le prurit, l'insomnie, sont aussi des indications de notre technique.

Les soignants ont intégré l'outil hypnotique dans leur pratique des soins douloureux (voir vignette clinique).

### *Réflexions autour de l'hypnose pratiquée en soins palliatifs*

Notre réflexion va être axée sur les grands principes qui régissent les soins palliatifs. Nous rappelons ces principes :

les soins palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou terminale. Leur objectif est de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.

Cette définition principes des soins palliatifs montre que l'hypnose a sa place dans ce contexte ; tous les points de cette définition sont concernés par notre approche.

Les soins palliatifs sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, au domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche.

L'hypnose nous permet d'appliquer « à la lettre » l'esprit de ces recommandations. Tout ce que vous venez de lire correspond point par point à l'esprit de cette recommandation.

Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Ils ne hâtent, ni ne retardent le décès. Ceux qui les dispensent cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables. Ils se



refusent à provoquer intentionnellement la mort. Ils s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès et proposent un soutien aux proches en deuil. Ils s'emploient par leur pratique clinique, leur enseignement et leurs travaux de recherche, à ce que ces principes puissent être appliqués.

Pour éclairer l'apport particulier de l'hypnose dans ces dernières recommandations, nous allons nous tourner vers la mythologie grecque.

Le vocable hypnose vient du nom propre Hypnos. Hypnos est un dieu Grec dont le rôle est de s'occuper de nous pendant notre vie ; il agit pendant notre sommeil où il nous console, cicatrise nos blessures, soulage nos douleurs. Hypnos a un frère jumeau Thanatos. Ce dernier s'occupera de nous après notre dernier soupir ; il aidera notre corps et notre âme dans le parcours post-mortem. Sur le plan étymologique, Thanatos a donné euthanasie.

Nous formerons notre conclusion en invoquant ces deux dieux antiques :

Hypnos nous offre un outil thérapeutique qui permet d'améliorer notre action clinique auprès des patients en unité de soins palliatifs, en préservant une meilleure qualité de vie et en respectant l'évolution naturelle de la fin de vie.

Thanatos prendra ensuite le relais.... au bon moment. »

### *Un exemple pratique*

« Hubert est infirmier en soins palliatifs. Il a suivi la formation à l'induction hypnotique. Aujourd'hui, il entre dans la chambre de Mr Alain pour faire des soins infirmiers assez douloureux. Il s'agit de remplacer les pansements qui recouvrent des lésions ulcérées de nodules cancéreux cutanés. Pour réaliser ce soin, une prémédication est nécessaire et, jusqu'à ces derniers jours, l'équipe utilisait le masque au protoxyde d'azote. L'emploi du masque nécessitait la présence d'un médecin et d'un deuxième soignant. Depuis deux jours, nous employons l'auto-hypnose, avec succès. J'ai aidé Monsieur Alain la première fois, pendant qu'une infirmière réalisait les soins. Aujourd'hui, Hubert va opérer seul.

Son intervention est simple :

« Monsieur Alain, je vais changer vos pansements pendant que vous allez faire votre exercice d'auto-hypnose. Etes-vous prêt ? ». Monsieur Alain s'assied dans son lit, ferme les yeux et dit « je suis prêt ».

Hubert poursuit « retrouvez le souvenir de la promenade en montagne que vous aimez faire..... représentez-vous le décor..... écoutez les bruits de la nature..... profitez des couleurs de l'environnement..... Ressentez votre corps en train de marcher..... Profitez des parfums de la nature... ».Monsieur Alain présente les signes de transe hypnotique : fasciculations des paupières, aplatissement des traits du visage, ralentissement de la respiration et de la déglutition. Hubert utilise la technique d'accompagnement dans un souvenir agréable en proposant au patient d'explorer les cinq sens. Il prononce ces paroles, en surveillant la respiration de Monsieur Alain et en s'harmonisant sur elle. Il fait de longues pauses entre les membres de phrase ; tout en tenant ce discours, il effectue les soins et Monsieur Alain participe en tenant son bras en l'air à certains moments, ou en se penchant en avant lorsque l'infirmier le lui suggère par une légère poussée. Hubert continue son soin en parlant de moins en moins et en disant deux à trois fois par minutes « Profitez..... continuez.... Très bien.... ». Il emploie la technique de ratification qui permet de maintenir l'état de transe hypnotique.

Hubert vient de terminer le dernier pansement. « Quand vous le voudrez, à votre rythme, Monsieur Alain, vous pourrez terminer votre séance en faisant une profonde respiration qui

vous permettra de reprendre, harmonisé et souriant, le cours de votre journée.  
Monsieur Alain respire profondément, ouvre les yeux et reprend en souriant le cours de sa journée. »

## **Troubles anxiodépressifs**

### *L'insomnie et les troubles anxieux banaux.*

La vie de tous les jours en EHPAD!

La formation à quelques exercices d'hypno-relaxation simples peut permettre à chaque membre de l'équipe soignante d'induire un relâchement mental propice à l'apaisement et au sommeil aux résidents accessibles à la technique.

L'espace snowzelen ou de relaxation au sein de l'EHPAD peut permettre, comme nous l'avons vu, un apaisement de nos résidents déments et la possibilité de diminuer ou d'interrompre leur prescription d'anxiolytique ou d'hypnotique.

### *La douleur morale et l'angoisse pathologique.*

De plus en plus de psychologues en EHPAD sont formés à l'hypnose médicale et peuvent entreprendre ce type de thérapie en association avec les prescriptions médicamenteuses habituelles des médecins généralistes ou psychiatres.

Les résultats peuvent être là aussi évalués en terme de mieux-vivre du résident et dans la possible diminution des psychotropes.

## **VII- L'INTEGRATION DE L'HYPNOSE MEDICALE DANS LE SOIN EN EHPAD**

## difficultés de mise en route

L'hypnose médicale est une technique de soin simple, quotidienne souvent efficace dont les contr'indications sont exceptionnelles ( états psychotiques décompensés).

Cependant, sa mise en route dans un plan de soin en EHPAD nécessite plusieurs conditions:

- **regard positif sur l'hypnose médicale** et intérêt de l'équipe soignante: infirmières, aide soignante, psychologue, médecins libéraux et hospitaliers intervenant dans l'établissement, sans oublier le médecin coordonnateur lui-même.

La mise en route nécessite aussi, bien sûr le soutien moral et...financier de la direction.

Ce regard positif tient à une meilleure information sur cette technique et à l'envie de placer le soin dans la relation humaine.

Les reportages télévisés et les articles dans la presse ont permis ces dernières années de réactualiser et vulgariser cette pratique et de souvent la dissocier de son image négative liée à son évolution historique.

Les avancées scientifiques et les nouvelles méthodes d'évaluation permettront sans doute de franchir plus facilement cet obstacle dans les prochaines années.

- L'équipe soignante motivée doit pouvoir suivre une **formation pratique** lui permettant cette nouvelle approche du soin.

Cette formation pratique doit tenir compte du rôle de chaque membre de l'équipe:

relaxation hypnotique pour l'insomnie et l'angoisse banale pour les aides soignantes et les a.m.p

plus spécifique de l'hypno-analgésie pour les infirmières

plus spécifique de l'anxiété pathologique et de la douleur morale pour les psychologues

- **du temps+++**

. temps d'information et de motivation

. temps de formation adaptée

. temps de pratique

La pratique de l'hypnothérapie nécessite le calme du soignant.

Un soignant calme est un soignant qui a du temps à consacrer au résident qui souffre.

Le temps ne se chiffre pas uniquement en minutes mais aussi en disponibilité personnelle.

La disponibilité s'évalue en motivation mais surtout en terme d'équilibre physique et psychologique dans son travail.

Le médecin coordonnateur doit donc proposer à sa direction d'intégrer dans la convention tri-partite le temps nécessaire...

## résultats positifs

Le soulagement du résident est évidemment l'objectif premier.

L'hypno-analgésie pour une douleur aiguë est souvent spectaculaire et évaluable immédiatement.

L'hypnothérapie est également rarement refusée par un patient douloureux chronique et le mieux-être souvent évoqué après les séances.

L'évaluation objective est difficile d'autant plus que divers traitements sont le plus souvent associés. La possibilité de pouvoir baisser la posologie des médicaments antalgiques ou des psychotropes est souvent le signe indirect de l'efficacité de cette technique.

Les contre-indications à l'hypnothérapie sont exceptionnelles et correspondent à des pathologies psychiatriques décompensées (schizophrénie délirante) ou à des patients sous l'emprise de l'alcool ou de drogues. De toute manière leur état psychique ne leur permet pas de participer au soin.

L'innocuité de l'état hypnotique est totale: « cela soulage ou cela ne fait rien ».

Je n'ai personnellement jamais relevé d'aggravation de l'état douloureux physique par les exercices proposés.

Sur le plan de la douleur morale, la qualité de la relation soignant-soigné et l'habilité à ne suggérer que ce qui convient au patient permet également un ressenti neutre ou positif du soin. Cela nécessite évidemment une disposition empathique et une bonne formation.

L'approche relationnelle est valorisante pour l'équipe soignante qui peut disposer d'un outil pratique pour le soulagement des résidents.

La baisse du stress professionnel des soignants qui induisent régulièrement l'état hypnotique à leurs patients paraît logique mais reste à évaluer en terme de burn-out ou d'absentéisme.

De même les économies financières réalisées dans les prescriptions d'antalgiques ou de psychotropes peuvent être un sujet de réflexion et d'études.

## VIII- CONCLUSION

**L'hypnose médicale est une technique de soin bien adaptée au soulagement de la douleur physique ou morale en complément des thérapeutiques habituelles; ses contr'indications psychiatriques sont exceptionnelles.**

**La politique de développement des centres antidouleurs et des unités de soins palliatifs comprend l'intégration croissante de l'hypnothérapie dans les protocoles de soin hospitaliers.**

**Les EHPAD peuvent dans les prochaines années s'inscrire dans ce mouvement et développer cette pratique dans le plan de soin individualisé du résident.**

**Cette mise en route nécessite la motivation de l'équipe soignante, sa formation et du temps soignant.**

**Le temps soignant alloué à cette pratique peut s'avérer rentable:**

- en soulagement pour le résident
- en équilibre professionnel pour le soignant
- en terme financier :
  - . en diminuant les prescriptions médicamenteuses d'antalgiques et de psychotropes du résident
  - . en agissant sur le burn-out professionnel et l'absentéisme des soignants.

**Cette mise en route nécessite impérativement l'appui de la direction et des pouvoirs publics en réfléchissant ensemble sur la rentabilité humaine et financière de cet apport thérapeutique.**

**L'hypnose médicale se doit de son côté d'informer et de convaincre le corps médical par de nouvelles avancées sur sa neurophysiologie et une meilleure évaluation de ses résultats en particulier dans la douleur.**

## BIBLIOGRAPHIE

- 1. Drs Jean Becchio, Charles Jusselin**  
« Nouvelle Hypnose »  
Editions Desclée de Brouwer 2002
- 2. Drs Jean Becchio, Charles Jusselin**  
« De la nouvelle Hypnose à l'Hypnose psychosomatique »  
Editions La Méridienne 2002
- 3. Dr Jean-Marc Benhaïem**  
« Hypnose médicale »  
Editions Med-Line 2003
- 4. Dr Jean-Marc Benhaïem**  
« L'Hypnose aujourd'hui »  
Editions In Press 2005
- 5. François Roustang**  
« Qu'est ce que l'hypnose »  
Editions de Minuit 2002
- 6. François Roustang**  
« Il suffit d'un geste »  
Editions Odile Jacob 2003