



INSTITUT DE FORMATION AUX METIERS DE REEDUCATION ET READAPTATION

DES PAYS DE LA LOIRE

54, rue de la Baugerie. 44230 Saint Sébastien sur Loire

L'HYPNOSE EN REEDUCATION:

Point sur son usage médical. Quelles modalités
d'applications dans la kinésithérapie?

Vincent ULVOAS

Travail Ecrit de Fin d'Etude
En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat en Masso Kinésithérapie

Année 2012- 2013



Résumé

Ce travail écrit vise à apporter le plus grand nombre d'informations sur l'hypnose thérapeutique, afin de connaître cette technique et son apport en kinésithérapie. L'Hypnose a de tout temps existée, mais les nouvelles technologies font de ce qui était vécu autrefois comme angoissant et mystérieux, une pratique médicale courante dans le traitement de l'addiction ou de la dépression. Sa relation avec la pratique médicale est étudiée grâce à des séries de cas cliniques, de comptes rendus de conférences et de témoignages de professionnels. Les hautes instances médicales françaises définissent l'hypnose Ericksonienne comme une technique thérapeutique complémentaire. Cette dernière apparaît de plus en plus dans la pratique courante de la kinésithérapie même si les preuves de son efficacité restent à travailler.

Mots clés

- Hypnose Ericksonienne
- Modulation de la douleur
- Communication thérapeutique
- Kinésithérapie

Sommaire

1. INTRODUCTION	1
2. PRESENTATION	2
2.1 Une étiologie conservée mais différentes définitions apparaissent (3 états) ..	2
2.2 Un historique important : des relations tumultueuses entre l'hypnose et la science	3
3. L'hypnose contemporaine : ERICKSONNIENNE	7
3.1 Milton H. Erickson : Un personnage	7
3.2 Définitions et objectifs	8
3.2.1 Définitions	8
3.2.2 Objectifs thérapeutiques :	11
3.3 L'hypnose formelle	12
3.3.1 Qu'est ce que c'est ?	12
3.3.2 Comment ça fonctionne ?	16
3.4 L'hypnose non formelle ou conversationnelle	19
3.4.1 Qu'est ce que c'est ?	19
3.4.2 Comment ça fonctionne ?	21
3.5 L'autohypnose, un but thérapeutique?	21
4. Une technique thérapeutique paramédicale ?	22
4.1 Etat actuel : De multiples terrains d'applications	22
4.2 Son utilité en kinésithérapie	23
4.2.1 Champs d'action théoriques	23
4.2.2 Techniques particulières	24
4.2.3 Témoignages	26
5. Apports personnels et Discussion	27
6. Conclusion	29

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

1. INTRODUCTION

L'exercice de la kinésithérapie crée une relation particulière avec les patients, difficile à retrouver dans les autres professions paramédicales. La proximité et le contact direct lors de la rééducation créent un lien basé sur la confiance. En effet, l'aspect relationnel de la thérapie est un critère déterminant pour une prise en charge efficace. La communication thérapeutique prend donc tout son sens dans le domaine paramédical.

L'Homme progresse grâce à ses expériences, en tirant des leçons de ses erreurs. Lors de mes stages en kinésithérapie, j'ai beaucoup appris des rapports relationnels. Mes expériences m'ont poussé à me documenter pour optimiser la communication et le rapport social. Ma vision de la relation soignant-soigné a évolué pendant ces trois années de scolarité. La recherche de documentations complémentaires à celle proposée pendant le cursus scolaire m'a permis d'être plus pertinent dans ce domaine.

Comment optimiser la prise en charge des patients avec mes capacités de communication, sachant que celle-ci occupe une place prépondérante dans la rééducation ?

Ces recherches m'ont mené vers un outil de communication thérapeutique plutôt méconnu dans ce rôle: l'hypnose thérapeutique. Ce domaine peut, en effet, avoir un impact important dans la relation soigné-soignant. Particulièrement controversé, il peut aussi être à l'origine de questionnements quant à son efficacité et son rôle en kinésithérapie. L'histoire de l'hypnose et son ancienne utilisation peuvent être cause de nombreux aprioris et réticences. Pourtant, ma curiosité m'a poussé à chercher de plus amples informations, présentées par la suite.

Loin des subjectivités faisant de l'hypnose une magie ou quelque chose de redouté, le but de ce travail est de clarifier l'utilisation contemporaine de cette technique. L'objectif est de présenter son utilisation dans le milieu médical et l'impact qu'elle peut avoir dans la pratique de la kinésithérapie.

2. PRESENTATION

2.1 Une étiologie conservée mais différentes définitions apparaissent (3 états)

Pendant de nombreuses décennies, le terme (1) « hypnose » a été conservé malgré ses changements de significations. Son étiologie grecque signifiant « le sommeil »¹, donnait à l'origine une définition cohérente avec sa pratique. Plusieurs siècles ont passé et aujourd'hui cette signification est erronée. Beaucoup pensent encore à tort que l'état d'hypnose est un état de sommeil, d'inconscience. Les différentes définitions actuelles précisent qu'il ne s'agit pas d'un état de sommeil, mais d'un état d'éveil modifié.

L'évolution de l'hypnose lui a apporté plusieurs définitions :

- L'hypnose est **un état** :

Comme cité précédemment, l'hypnose a anciennement été décrite comme un état de sommeil, de veille. Pour d'autres médecins comme le professeur Charcot, célèbre neurologue, il s'agissait d'un état pathologique d'inconscience, de crise rejoignant l'hystérie. Milton H. Erickson, précurseur de l'hypnose moderne, donne une explication différente. Selon lui, c'est un état de conscience modifiée, qui « *augmente la réceptivité du sujet* » (2). Il ne correspond ni au sommeil, ni à une situation de conscience « normale ». Cette condition physiologique particulière de la conscience est plus simplement appelée la transe.

- L'hypnose est **une technique** :

Elle a pendant longtemps été utilisée comme un moyen efficace de produire des numéros de spectacle. Pour la majorité, cela évoque encore méfiance et mystère. Pour Claude Virot, président actuel de la société internationale d'hypnose, « *l'appellation hypnose s'applique à la transe lorsqu'elle est volontairement provoquée, induite dans un cadre thérapeutique. Lorsqu'un opérateur aide un sujet à focaliser et fixer son attention dans un sens utile pour lui.* » (2) Ce médecin psychiatre décrit de cette façon la technique lors du congrès d'anesthésie à Rennes en 2002. (3)

- L'hypnose est une **relation patient/ thérapeute** :

C'est un lien de confiance obligatoire entre deux individus. Chacun pourra adhérer aux idées de l'autre, permettant l'obtention d'un phénomène comparable à la résonance. La mise en commun de leurs points de vue va permettre de former un seul et même objectif thérapeutique.

¹ Vient du Dieu « Hypnos »

2.2 Un historique important : des relations tumultueuses entre l'hypnose et la science

Pour comprendre comment l'Hypnose (la majuscule fait référence à un domaine plutôt qu'une technique isolée) est devenue cette discipline si controversée et ce qu'elle représente aujourd'hui, il est nécessaire d'étudier son histoire. (Annexe 1)

- *Depuis l'Antiquité...*

L'histoire de son utilisation n'est pas simple à retracer. En effet, à cette époque, les courants sociaux et l'éthique ont mené certains pratiquants sur le bûcher, rendus coupable de conjurer avec Satan. (4) D'autres l'ont qualifié de panacée alors que les systèmes inquisiteurs dénonçaient ces « pratiques sataniques. »

- *Avec le Mesmerisme...*



Fig. 1 : Franz Anton Mesmer

Au 18^{ème} siècle, époque où les esprits étaient fascinés par le merveilleux et ennuyés par la raison, Franz Anton Mesmer (1734-1815) (Fig.1) s'intéresse au précurseur de l'hypnose moderne : le magnétisme animal. Il permet l'évolution du magnétisme vers la suggestion directe, qui elle est simplement orale, et se passe des aimants initialement décrits (5). Qualifié de charlatan par la médecine autrichienne, Mesmer s'exile en France. Sa renommée grandit avec l'efficacité des soins qu'il prodigue à ses patients, grâce à la mobilisation du « fluide animal » présent dans chacun.

- *...A la naissance de l'hypnose par la suggestion...*

L'abbé de Faria² est le précurseur de l'hypnose dans le milieu médical. Il ne croit pas au fluide animal décrit par Mesmer. Il pense que le soin est le fait principal d'effets contextuels et de la mise en situation des attentes du patient. Il définit alors un des éléments du soin moderne : l'effet placebo (6). Il détermine aussi les termes de suggestibilité et apparente l'hypnose à un état de sommeil précaire déclenché grâce à la fixation. Mais sa détermination l'isole du magnétisme comme de la médecine.

- *...menant à de grandes disparités...*

Une chambre de commission de savants³ prouve l'inexistence du fluide animal décrit par Mesmer. Ils montrent aussi que les patients pris en charge ont guéri grâce à leur simple imagination. La publication de ce rapport entraîne la fin du magnétisme animal, et le début de nombreuses querelles entre les autorités et les ses partisans.

² 1756-1819 selon l'hypnose (5), 1755 selon encyclopédie universalis et 1746 selon wikipédia et france-pittoresque.com

³ Lavoisier, le physicien Benjamin Franklin et le Dr Guillotin.

Personne ne voyait l'essentiel : l'imagination peut accélérer la guérison de certaines pathologies. Des rapports sur de potentiels dangers sexuels ou psychologiques apparaissent⁴. Ces événements vont conduire à une incompréhension de plus d'un siècle!

- *...puis l'expatriation à l'étranger...*



Fig. 2 : James Braid

Dupotet et Lafontaine apportent le « sommeil magnétique » en Angleterre en 1841. Lors d'une démonstration à l'hôpital de Manchester, le chirurgien écossais James Braid (Fig.2) voit en cette technique une autre dimension : la fixation monoïdéique (une seule idée) associée à la fixation oculaire d'un objet brillant entraînerait le sommeil magnétique. (7)

A Calcutta en 1840 (5), sur 261 chirurgies en hypnose, ils obtiennent 6% de mortalité contre 30 à 50% sans hypnose. Ces résultats auraient pu offrir à cette technique une période faste. La maîtrise et la simplicité de manipulation du chloroforme et de l'éther montrent un avantage que l'hypnose ne peut concurrencer à cette époque. Elle est alors laissée à l'abandon par la médecine.

L'hypnotisme revient en France avec Braid, même si par précaution ses travaux sont restés secrets. Pour lui, l'hypnose est « une diminution de la faculté d'attention amenée par la pensée exclusivement attachée à un objet unique, à une pensée unique ».

Broca pratique sa première opération sous hypnose à l'Hôpital Necker le 5 novembre 1859. Le succès de sa manœuvre chirurgicale le prend de vitesse. Le manque de recul et d'expérience des chirurgiens dans ce domaine stoppe la progression de ces études. Les mauvais souvenirs de l'hypnose empêchent son expansion et Broca ne peut prolonger sa carrière dans ce domaine. Il se tourne alors vers la faculté.

- *...pour un retour en France partagé...*

Deux nouvelles écoles aux concepts opposés apparaissent et vont changer le cours de l'histoire hypnotique :

⁴ Commission nommée par Louis XVI : « cette manipulation de l'esprit utilisée à outrance pourrait devenir dangereuse pour des individus jeunes, influençables et sans expériences ».

– L'école de la Salpêtrière par Charcot :

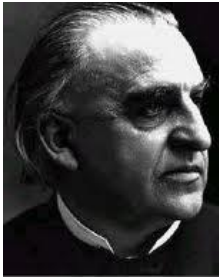


Fig. 3: J-M Charcot

Jean Martin Charcot (Fig.3), neurologue et médecin-chef à la Salpêtrière à Paris, connaît une renommée mondiale pendant la deuxième moitié du 19^{ème} siècle. (5) Au cours de ses études sur l'hystérie féminine et par le biais d'hypnotiseurs de spectacle⁵, il redécouvre l'hypnose.

L'hypnose va entrer en grâce avec la notoriété de Charcot. Dans sa communication « sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotisme », la provocation de cet état permettait uniquement la reproduction de la crise d'hystérie. (5) Pour lui, l'intérêt de l'hypnose reste exclusivement physique et réservé à ce domaine pathologique⁶.

En plus de l'intérêt thérapeutique, Charcot y voit un moyen d'attirer le Tout-Paris chaque semaine vers la médecine. Il décide de présenter l'hypnose de façon théâtrale lors de ses « séances du mardi » (Fig.4). Jugées inconvenantes pour la médecine, ces représentations diminuent la reconnaissance de l'hypnose à la fin du 19^{ème} siècle.



Fig. 4: "Séances du mardi" par Charcot

– L'école de Nancy par Liébeault :



Fig. 5 : Dr Liébeault

Parallèlement, le docteur Liébeault (Fig.5) découvre que la fixation de l'attention associée à la suggestion du thérapeute suffirait pour obtenir l'état d'hypnose. (8) Très impliqué, il publie un ouvrage⁷ qui tourne au fiasco. Le choix de conserver cette pratique interdite par l'Académie de médecine l'oblige à adopter le statut de guérisseur. Les succès de Liébeault attirent l'attention de professeurs comme

Hyppolite Bernheim. Il va contrôler la valeur thérapeutique de l'hypnose. Convaincu par son efficacité, il s'initie à l'hypnose auprès de Liébeault et l'introduit dans le milieu hospitalier.

L'école de Nancy trouve en ces deux hommes un nouveau souffle à l'hypnose : l'idée d'une manifestation physiologique, d'un état rare mais normal du corps humain. Il se consacre à l'étude de la suggestion hypnotique et fait de la suggestion verbale, le facteur le plus important dans la création de l'état hypnotique. (7)

⁵ Comme le professeur Don Donato par exemple.

⁶ A cette époque, les symptômes de l'hystérie étaient : paralysies et diminution du champ oculaire.

⁷ Décrit « à mi chemin entre l'hypnose moderne et le magnétisme » (5)



Fig. 6 : Dr Bernheim

Le Dr Bernheim (Fig.6) définit différemment la suggestion. (9) Elle se pratique en donnant des ordres courts et clairs au patient. Des phrases répétées de nombreuses fois⁸ entraînent une incapacité à bouger les paupières de façon consciente.

Un des phénomènes obtenus par ce type de suggestion est défini pour la première fois de catalepsie : position figée conservée de façon involontaire. L'état obtenu par ces différents procédés (suggestion et fixation) est appelé sommeil hypnotique. Cette technique peut être efficace sur la majorité de la population contrairement à celle de Charcot.



Bernheim poursuit une vaste étude initiée par Liébeault en 1880. Il teste chez plus de 1000 patients sains la capacité de sommeil hypnotique. Il classe les résultats selon un degré hypnotique déterminé de façon empirique. (Tableau 1) (5) Les conclusions donnent un attrait

Tableau 1 : Résultats d'étude de Bernheim

Degré hypnotique	Nombres de patients
Réfractaire	27
Sommeil très profond	232
Somnolence, pesanteur	33
Sommeil léger	131
Somnambulisme profond	131
Sommeil profond	460

thérapeutique non négligeable et encore rarement exploité. L'utilisation de l'hypnose dans un but analgésique va alors prendre tout son sens au cours des chirurgies.

Tableau 2: L'hypnose à la fin du 19ème siècle : deux écoles aux objectifs différents

	Caractéristiques	Effets	Buts	
 HYPNOSE 	Etat pathologique de crise, provoquée par des « passes »	Thérapeutique restreint : déclenche les crises d'hystérie	<ul style="list-style-type: none"> • Soigner les hystériques (paralysées) • Physique 	CHARCOT (Salpêtrière)
	Etat physiologique de sommeil provoqué par suggestion (parole, ordre) et fixation (objet)	Thérapeutique très large : analgésie accessible à tous	<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie • Vie quotidienne • Physique et psychologique 	BERNHEIM (Nancy)

⁸ Par exemple : « vous n'avez plus de volonté » ou « vos yeux restent fermés car vos paupières restent lourdes »

Ces deux conceptions (Tableau 2) vont initier de nombreux travaux cliniques. L'hypnose se développe et viendra même à être enseignée officiellement dans tous les hôpitaux de Paris⁹, en province et dans certains pays anglophones. En 1892, la mort de Charcot et l'épuisement pour la reconnaissance de chacune des deux écoles mènent l'hypnose à l'oubli dans le monde médical.

Elle sera reprise par la psychothérapie et notamment par Sigmund Freud avec un abord psychologique. En 1900, Pavlov et ses recherches sur la neurophysiologie de l'hypnose l'amène à reconsidérer la suggestion. Les deux guerres mondiales du 20^{ème} siècle ont aussi favorisé la recherche sur l'hypnose, afin de proposer d'autres moyens de traiter la douleur.

- *...jusqu'à la naissance de l'hypnose moderne*



Au début du 20^{ème} siècle, apparaît la personnalité la plus importante et la plus influente de l'hypnose thérapeutique contemporaine : Milton H. Erickson (Fig.7). Son histoire et son rapport à l'hypnose seront détaillés dans la partie suivante.

Fig. 7: Milton H Erickson

Suivi par nombreux successeurs comme Bateson, Ramachandran ou Ernest Rossi, l'hypnose relancée dans le XX^{ème} siècle, voit naître d'autres courants largement inspirés de celui d'Erickson : c'est « la nouvelle hypnose », en opposition à l'hypnose traditionnelle¹⁰ pendant laquelle le patient reste majoritairement passif aux suggestions directes du thérapeute. Elle est aussi qualifiée de « contemporaine » par l'institut de Nouvelle Hypnose. D'autres types d'hypnose ont fait leur apparition au début du 21^{ème} siècle. Ne bénéficiant d'aucune reconnaissance scientifique, elles ne seront pas détaillées dans ce travail. Il paraît plus judicieux de décrire la forme d'Hypnose la plus utilisée aujourd'hui.

3. L'hypnose contemporaine : ERICKSONNIENNE

3.1 Milton H. Erickson : Un personnage hors du commun (2)

Pour mieux comprendre la nouvelle vision de l'hypnose amenée par Erickson, il est nécessaire de préciser le contexte dans lequel cette façon de penser est apparue. Né en 1900 dans le Nevada, la vie de ce jeune homme bascula à 17 ans. Une poliomyélite très grave le priva de toutes sensations. Forcé de rester alité, le médecin lui annonça qu'il ne remarquerait certainement pas.

⁹ En 1892, le premier congrès international d'hypnose est organisé à la faculté de médecine à Paris.

¹⁰ Cette vision de l'hypnose est toujours très présente et médiatisée dans le monde du spectacle, du divertissement et même de la publicité.

Pour compenser ce manque de motricité, il développa une capacité d'analyse et une attention aux mouvements corporels particulière. Il observa, et observa encore, ce qui constituera par la suite l'un des points majeur de son enseignement de l'hypnose. Il retrouva progressivement les sensations de contacts puis la motricité de ses membres. Après un an d'efforts quotidiens, il redevint capable de se déplacer à l'aide de béquilles. Sa volonté et la pertinence des mots qu'il utilise lui permettent d'obtenir une bourse d'étude à l'université du Wisconsin. L'utilisation des mots est restée importante tout au long de sa vie pour construire ses relations. Sans le savoir, il crée une nouvelle forme de suggestion. Elle sera qualifiée par la suite d'indirecte, lorsqu'elle apparaîtra largement dans les thérapies mise en place par Erickson. Il sut tirer profit de ses expériences de jeunesse. Il viendra à conclure pendant ses conférences (10) que son *« sens développé de l'observation »* le mena à *« accorder plus d'importance à la manière de parler qu'au contenu pour apprécier le sens de la parole »*. La découverte de l'hypnose pendant ses études de psychologie lui permit d'ouvrir un cabinet de consultations. Une nouvelle attaque de poliomyélite le força à s'établir dans sa dernière demeure. Il débuta des consultations dans un entourage familial. Les patients étaient accueillis dans *« le plus grand confort disponible »*, ce qui, selon Erickson, *« crée déjà un lien relationnel particulier »*. Grâce à ses enseignements, l'école de Palo Alto forma plusieurs disciples fidèles à l'inventivité et à la curiosité d'Erickson. De grands noms comme Bateson, Rossi ou Zeig développèrent l'hypnose inspirée de leur formateur, resté actif encore une semaine avant sa mort en 1980.

La deuxième partie du 20^{ème} siècle sonne la renaissance de l'hypnose sous une nouvelle pratique. La seconde guerre mondiale relance de nombreuses techniques pour lutter contre la douleur des grands blessés. Son objectif pour la douleur est exclusivement thérapeutique, se basant sur la psychologie et le physique. Le 3^{ème} congrès international à Paris en 1965 attire de nombreux scientifiques qui s'attèleront à prouver l'efficacité thérapeutique de l'hypnose et de la suggestion indirecte.

3.2 Définitions et objectifs

3.2.1 Définitions

L'hypnose :

Il est aujourd'hui difficile de trouver une définition claire de l'hypnose moderne. Certains désaccords apparaissent selon les sources. La dernière version de la définition de l'hypnose selon le Larousse 2012 est *« un état psychique plus proche du sommeil que de la conscience »*. Pourtant à la fin du 20^{ème} siècle, la plupart des auteurs précise que cet état est à exclure du sommeil. Selon le Dr Teresa Robles, (11) c'est *« un état de conscience amplifiée dont la conscience est tournée vers l'intérieur, en même temps que la personne reste en contact avec l'extérieur »* et cette conscience

« est plus réceptive aux suggestions et développe une perception amplifiée. » La conservation de la volonté pendant l'état hypnotique est discutée par les auteurs des différentes décennies. Freud, au début du siècle, parle d'une « paralysie de la volonté » alors que Bellet (5) reprend Erickson et cite : *« il n'est pas possible d'hypnotiser quelqu'un sans son consentement. »* De manière générale, le patient et le thérapeute sont dans une situation de coopération mutuelle. La plupart des pratiquants s'accordent : l'Hypnose dans sa globalité est un dialogue particulier entre deux personnes. Les techniques développées par Erickson favorisent la communication, le dialogue dans la relation soignant-soigné, ainsi que le dialogue intérieur qu'entreprend le patient. Cet échange a lieu entre ce qui est conscient pour le sujet et ce qui ne l'est pas.

Conscience/Inconscience :

Pour Erickson, « tout ce qui n'est pas conscient est inconscient ». Il précise que la conscience est régie par l'éthique, l'éducation et l'expérience de la vie. L'inconscient est alors assimilé à « un réservoir actif de ressources ». Grâce aux avancées technologiques, l'étude de l'état de conscience a évolué. Le scanner, la tomographie à émission de positon (T.E.P.) ou l'électroencéphalogramme permettent aujourd'hui de suivre les réactions du cerveau dans ses différents états de conscience. Les neurologues Steven Laureys et Giulio Tononi ont menés plusieurs études et mettent en avant les résultats des enregistrements médicaux dans un consensus paru en 2008. (12) Ceux-ci (présentés ci-dessous) montrent les différents états d'éveils, et prouvent que l'état hypnotique est un état de conscience modifié. (Tableau 3)

- Dans un état éveillé et alerte, les imageries ont enregistré des ondes émises par le cerveau à une fréquence comprise entre 13 et 30 hertz (Hz). Ce fonctionnement du cerveau est communément appelé activité « bêta » par les professionnels. Elle correspond aux états d'éveil et d'attention habituels de chacun. Cette conscience est dominée par une « attention très mobile » et qui « permet d'observer l'ensemble des informations disponibles à un moment donné de manière à les intégrer et à nous y adapter ». Claude Virot précise aussi que cette conscience peut être dirigée vers l'extérieur par nos perceptions, mais aussi vers l'intérieur par nos sentiments, nos connaissances et nos valeurs. C'est la conscience critique, qui analyse chaque situation afin d'agir en conséquence.
- Une fois plus détendu, mais toujours conscient, la fréquence des ondes diminue entre 8 et 12 Hz et correspond à une activité « alpha ». Cet état est assimilé aux états méditatifs légers utilisés dans des techniques comme l'hypnose. Cet état est donc à mi chemin entre le sommeil et l'éveil, vérifiant l'hypothèse émise par Erickson.

- Le sommeil est un changement de l'état de conscience qui se caractérise par une modification de l'activité électrique du cerveau. Ce fonctionnement physiologique est appelé activité électrophysiologique. Les ondes émises varient de 0.5 à 7 Hz, selon la période de sommeil observée.
 - Ondes de 4,5 à 7Hz : Sommeil superficiel ou léger. Les experts parlent d'assouplissement ou de phase de neutralité, sans stress ou stimuli externes. C'est l'activité « thêta ». Cette étape peut être atteinte pendant l'hypnose, lors d'un certain niveau de concentration. Dans ce cas, la conscience critique est en veille mais reste prête à réagir, ce qui explique la fragilité du sommeil. Il est difficile d'y rester, plus facile de passer dans le sommeil profond ou revenir dans l'éveil.
 - Un sommeil plus profond est atteint pendant la phase de rêve. A ce moment, c'est l'inconscient qui prend le dessus sur les sensations externes. Cette activité « delta » laisse une place exclusive à l'imagination et laisse de côté la conscience critique.
- Les fréquences cérébrales émises peuvent ralentir jusqu'à un tracer plat, synonyme de mort cérébrale. Certaines substances comme les barbituriques peuvent entraîner un état similaire.

Tableau 3 : Récapitulatif des états de conscience

Etat de conscience	Activité	Fréquence (Hz)
Eveil	Bêta	[13-30]
Relâché	Alpha	[8-13]
Détente complète	Thêta	[3,5-7]
Sommeil profond	Delta	[3-0,1]
Mort	Aucune	[0]

Beaucoup d'études neurophysiologiques ont décrit ces différentes phases d'activité en fonction de la fréquence des ondes émises par le cerveau. D'autres auteurs comme Robert Monroe, aidé de plusieurs psychologues et neurologues, ont délimité ces phases d'une façon encore plus complexe. Pour plus de clarté, nous ne développerons pas ces phases. Quant à l'hypnose, tout le monde s'accorde à dire qu'il est possible de se placer dans un état de conscience modifié. Les frontières de cet état ne sont pas toujours bien délimitées mais elles se situent entre l'activité « delta » et l'activité « alpha ». L'état de transe n'est pas seulement un état de relâchement corporel. Il est important de faire la différence entre celui-ci et la productivité cérébrale. Dans un état de calme apparent ou détente (« alpha » ou « thêta ») la productivité du cerveau est augmentée. En transe, le corps paraît détendu mais le cerveau fonctionne encore plus intensément.

La Transe :

Ce phénomène décrit dans le domaine de l'hypnose thérapeutique est totalement différent de l'image des incantations vaudou que certains préjugés peuvent parfois créer. Comme le précise Ericksen : « *Il s'agit d'un processus de comportement dans lequel les patients modifient leurs relations avec l'environnement* » (10). Le comportement adopté est dirigé par un état de conscience modifiée. Le patient focalise son attention sur ce qui est important pour lui, une seule idée domine : c'est le monoïdéisme décrit par James Braid au 19^{ème} siècle.

De cette façon, l'image choisie peut être positive ou négative selon l'idée de base ou la sensation ressentie. Chacun fait cette expérience, sans en être tout le temps conscient, plusieurs fois par jour¹¹. Cette banalité, ou « légèreté » de dissociation est couramment associée à une notion de profondeur de transe par les puristes, qui précisent l'existence de différents niveaux. Ce niveau constituerait le premier palier (à l'image de la plongée sous marine où la visibilité reste bonne) mais d'autres seraient accessibles plus en profondeur (où la lumière passerait de moins en moins jusqu'au fond, noir, comparable au sommeil profond). (13) Ces niveaux ne tiennent pas du domaine scientifique et aucune étude n'a été réalisée pour délimiter ces paliers car « *l'intérêt du patient se situe ailleurs* », « *dans le bien être par exemple* ». Ce phénomène est qualifié de transe positive lorsque l'idée dominante est agréable et qu'elle apporte du confort. Si elle devient douleur ou tristesse, on la qualifie de transe négative.

Fixation de la pensée (la transe) et conscience critique alterne chaque jour pendant l'état d'éveil. L'état d'hypnose s'appliquerait seulement lorsque la transe est volontairement provoquée par le thérapeute, comme l'indique C.Virot. (14) L'état de pensée hypnotique est alors provoqué par des inductions appelées suggestions, directes ou indirectes.

3.2.2 Objectifs thérapeutiques :

L'hypnose dans sa globalité a pour but la recherche de solutions de façon individuelle et inconsciente. L'état d'hypnose n'est pas une fin en soit, c'est l'effet d'accès au bien être qui est recherché. Lors du dialogue, le thérapeute joue le rôle d'accompagnant, permettant potentiellement au patient de trouver lui-même les ressources nécessaires au règlement de ses problèmes. L'hypnose contemporaine a donc un objectif exclusivement thérapeutique et plus précisément, atténuer la souffrance. La tendance actuelle étant de démontrer l'efficacité des soins, de nombreux scientifiques s'appliquent à prouver l'utilité d'un tel outil thérapeutique.

¹¹ « Dans la lune », quand notre corps est là mais la pensée nous fait oublier les sensations du moment présent (ne pas entendre le voisin qui nous parle au cinéma)

Jusqu'à récemment, la tâche paraissait difficile, même si de nouveaux moyens médicaux ont permis l'exploitation d'informations offrant aujourd'hui une utilité médicale reconnue à cette thérapie complémentaire. (15)

3.3 L'hypnose formelle

3.3.1 Qu'est ce que c'est ?

On parle de séance d'hypnose ou d'hypnose formelle lorsque celle-ci se déroule pendant un temps défini. En accord avec l'article (16) de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (l'A.N.A.E.S.), pour s'assurer que l'information soit correctement transmise et pour qu'aucune place ne soit laissée à l'incompréhension, le patient aura préalablement été averti du déroulement de la séance. Les temps développés par la suite reprennent les étapes importantes de la séance d'hypnose formelle. Ces temps sont aussi résumés à la fin de ce travail écrit. (Annexe 2)

- Le temps de l' « accueil »

Ce temps très court peut pourtant déterminer le bon déroulement ou non, de plusieurs séances de soins. Le soigné s'attachant à la première impression, ce moment donne une idée globale de la situation. Arrivant dans un lieu médical inconnu, il ne se situe pas dans son environnement naturel. Ce court laps de temps peut générer un regain de méfiance, associé à l'anxiété du patient, ou permettre de retrouver l'assurance qu'il possède avant son arrivée. Cette « réassurance » est très clairement décrite par G. Besson, infirmier anesthésiste de formation puis formateur en communication thérapeutique et hypnose médicale. Son article (17) montre l'importance de cette phase dans le soin. L'importance des mots qu'il choisit permet de modifier la vision négative du patient vis-à-vis du lieu, le bloc opératoire. En effet, l'utilisation de formule ou de mots positifs à l'instar d'expressions évoquant un inconfort, permet au patient de fixer son attention sur quelque chose d'agréable. Il est certainement plus disposé à se détendre pour la suite du soin. On peut aisément faire l'analogie avec une première séance de kinésithérapie où les premières impressions et paroles sont déterminantes pour la suite de la rééducation.

- Le temps de la parole

Comme tout traitement, l'hypnose ne déroge pas à la règle de l'entretien préalable. Basé sur la communication, cette étape est primordiale pour la suite de la thérapie. La prise de connaissance de la symptomatologie de la maladie et du cadre de vie du patient détermine la prise en charge à venir. Le thérapeute s'imprègne au mieux du langage du patient, pour ensuite s'y adapter. L'écoute du patient est importante et la description des symptômes est prise au « premier degré ».

Le but sera de dialoguer en utilisant son vocabulaire. La fixation sur des détails de la symptomatologie va solliciter sa mémoire et la recherche des sensations vécues va induire une transe légère sans que le concerné ne s'en aperçoive. On parle alors d'hypnose conversationnelle. Ce temps de parole peut être utilisé pour préciser le déroulement de la séance et s'assurer des attentes du patient, de ses impressions.

- Le temps de l'installation

Pour que l'imagination et la mémoire soient utilisées de façon optimale, le patient est confortablement installé. Les sensations désagréables susceptibles de détourner l'attention seront diminuées pour la fixer sur la séance. Le confort est ensuite illustré par des détails réels, indiscutables, offrant une crédibilité rassurante.

- L'induction hypnotique

Un point de repère réel est nécessaire au patient. Cet élément est en général suggéré de façon indirecte pour que le perceuteur reste acteur de cet entretien. Ce détail lui permet de se repérer physiquement dans l'immédiat, et d'observer une différence avec un aspect physique plus profond et intérieur. Il sert de point de départ mais aussi de point d'arrivée de la séance ; sa conservation doit être respectée jusqu'à la fin pour se « *ré ancrer dans l'instant présent* », (18) dans « *l'ici et maintenant* ». Ainsi, une expérience réelle sécurise le patient, accroît sa confiance et son confort. Luc Farcy propose, dans son article paru en 2006 (19) plusieurs techniques possibles amenant ces sensations¹². Il cite aussi « *la respiration* » qui, selon son rythme et son amplitude, peut être source de confort et de sécurité.

D'autres auteurs (F.Bernard et C.Virot) annoncent qu' « *une bonne technique est d'activer successivement les cinq sens en respectant l'ordre VAKOG : Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif et Gustatif* ». Les suggestions sont utilisées de façon indirecte pour fixer l'attention sur les repères sensoriels: c'est l'induction hypnotique. La durée de cette phase (environ quelques minutes) est variable selon la facilité de fixation sur le détail en question et la qualité de l'induction. Pierre Rainville présente en parallèle de cette induction sécurisante, une technique d'induction particulière. Il utilise l' « *imprévisibilité et la surprise* » pour induire cet état, qui sont pour lui moteur de changement et de créativité. Il établit un lien entre le sentiment volontaire de contrôle de la pensée et la créativité. « *L'hypnose met en suspend ce sentiment* » de régulation et « *augmente à la fois l'accès...à des réponses somatiques involontaires* ».

¹² « ...l'attention portée aux sensations physiques » comme la luminosité de la pièce ou les différents sons environnants

- Le départ dans le souvenir

L'analogie entre l'instant présent et un souvenir agréable va être plus facilement trouvée par le patient. Des suggestions indirectes vont entretenir ou induire la transe, si celle-ci n'était pas déjà déclenchée par l'induction. La réponse du patient se traduit soit par la parole, soit par des gestes simples, orientant le thérapeute dans sa séance. Celui-ci doit donc s'adapter et parler le « langage du patient ». Weakland et Watzlawick confortent cette idée dans leurs publications (20). La réalité de chacun est créée par les expériences de la vie et par l'ensemble des idées construites ou reçues par l'éducation.

Le langage employé est le reflet de cette connaissance. De même, ces expériences et cette construction du patient vont déterminer le contenu de sa mémoire, de ses souvenirs. Les suggestions hypnotiques sont basées sur des propositions vagues, correspondant à des périodes de la vie. De cette façon, Conway et Bekerian montrent dans leurs travaux que le retour au souvenir est facilité (21). Selon eux, le thérapeute donne « *l'architecture globale du souvenir* » et le patient « *étoffe les détails* » au fur et à mesure de la séance, grâce à l'accompagnement verbal du thérapeute. Outre la stratégie observée pour l'obtention du souvenir, Allan Baddeley montre depuis le début de ses travaux en 1966, (22) que « *le contexte de mémorisation influait sur la qualité du souvenir* ».

Les cinq sens (vue, odorat, gout, olfaction, ouïe) en éveil à ce moment précis du passé constituent la majorité du souvenir, l'autre partie étant de l'interprétation subjective due au contexte émotionnel. Ces émotions peuvent faire varier la notion de véracité de la situation, mais cela ne comporte pas d'intérêt thérapeutique majeur. Le thérapeute, pour aider le patient à retrouver ce souvenir, proposera de connaître à nouveau ces différentes sensations, à la manière de Proust, lorsqu'il décrit son souvenir de la madeleine dans *A la recherche du temps perdu* en 1913. Le souvenir n'en sera que plus précis et par conséquent la fixation plus intense. Vient alors l'un des outils principaux dans la communication hypnotique : la métaphore.

- La finalité de l'hypnose formelle: un aspect thérapeutique.

Maintenant que le patient est situé dans un état de conscience amplifié, il va être plus réceptif aux paroles et plus créatif dans la recherche de solutions pour améliorer son confort face à la maladie. L'hypnose dans son terme général, a pour but de proposer une solution de changement à toutes personnes possédant une souffrance, qu'elle soit psychique, somatique ou combinées. L'aspect psychique n'étant pas le but de cet écrit, les techniques spécifiques concernant l'aspect somatique seront détaillées dans la troisième partie.

- Retour progressif « dans l'ici et maintenant » (14)

A la manière d'un voyage, le patient est invité à garder de cette expérience un souvenir agréable. L'inviter à faire un choix va activer sa conscience critique. A la fin du soin, le patient aura un bon souvenir de ce moment et sera mieux disposé à aborder la suite de sa guérison. Ce souvenir pourra être utilisé lors des prochaines entrevues ou à chaque fois que le patient en aura besoin.

Une métaphore très pertinente signalée par N. Guillou lors d'un congrès en 2012 (23) permet d'illustrer cet enchaînement de techniques. « *L'état de transe est comparable à un phare très haut. On est obligé d'y monter par des escaliers. C'est un peu long, mais lorsqu'on y est, qu'est ce qu'on se sent bien! Pour revenir, un seul choix, refaire le chemin dans le sens inverse* ». Provoquer un retour brutal à la réalité correspondrait alors à sauter directement du phare.

- Fin de transe et conscience critique retrouvée

Lors du retour à la conscience de départ, le thérapeute reprend progressivement les timbres et rythmes normaux de sa voix. Grace aux stratégies mises en place pour obtenir puis conserver la transe, il va utiliser les mêmes repères physiques et sensoriels décrits plus tôt. Cela prouve, de façon implicite, que le patient se situe dans l'ici et maintenant : le patient n'est plus dans ses pensées. Sa conscience critique a repris le cours « normal » des choses. Il peut ensuite reprendre ses repères Gustatifs, Olfactifs, Kinesthésique, Auditifs, Visuels (dans l'ordre inverse du VAKOG initial). Le patient, souvent resté immobile pendant la transe, peut retrouver ses sensations de mouvements volontaires en s'étirant tel un « réveil matinal ». Ce moment confirme aussi le fait qu'il est dans la temporalité ordinaire.

- Vérification de la présence

Pour vérifier que le patient est bien dans l'instant présent, le soignant vérifie son confort après la transe et lui demande ce qu'il ressent. Il peut aussi vérifier les signes cliniques extérieurs comme la respiration, les mouvements oculaires ou le timbre de voix.

- Le départ

Comme l'accueil, le départ du patient est important. Il conditionne la prochaine séance. Cloisonner cet entretien relationnel est nécessaire pour ne pas fausser les attentes du patient.

3.3.2 Comment ça fonctionne ?

Toutes ces étapes peuvent paraître empiriques et dénuées de sens, sans preuve scientifique d'efficacité. Le progrès médical dans la deuxième partie du 20^{ème} siècle a permis d'expliquer en partie le fonctionnement du cerveau dans ces cas de conscience particuliers. De nombreuses études ont souhaité démontrer que le fonctionnement cérébral est différent pendant la transe.

- Les neurones miroirs¹³

Ce sont les russes, Pavlov et Platonov qui ont débutés en 1959 les recherches neurophysiologiques. Pendant l'hypnose, une région différente du cortex cérébral est stimulée par le timbre monotone du thérapeute. En effet, cette façon de parler produit des stimulations différentes observables physiologiquement¹⁴. (24)

Pour rejoindre cette idée, Rossi a entrepris en 2006 une étude à Los Angeles, en Californie. (25) Cette étude d'observation de la conscience et de la réaction des neurones miroir pendant la transe montre des résultats probants. L'image tomographique par émission de positon (T.E.P.) montre qu'un état hypnotique entraîne une stimulation des neurones miroirs, situés dans le lobe pariétal inférieur. (26) Ce dernier est connecté au cortex prémoteur ventral, ayant une action sur la vie de relation (système limbique). Ces neurones miroirs ont été décrits par Rizzolatti en 1996 chez l'humain (27). Leurs fonctions ne seraient pas uniquement motrices et connues pour entrer en action lorsqu'un mouvement est exécuté ou observé en train d'être exécuté par un tiers.

En effet leur fonction s'étendrait à la vie de relation, plus spécifiquement à l'empathie. Selon Singer, « *Recent evidence suggests that the mirror mechanism is also involved in empathy, that is in the capacity of feeling the same emotions that others feel* »¹⁵ (28). Ces neurones permettent de comprendre la signification d'un geste. Rizzolatti ajoute dans l'une de ses conférences (29) : « *L'activation du circuit miroir est ainsi essentielle pour donner à l'observateur une compréhension réelle et expérientielle de l'action qu'il voit* ». Ces neurones permettent de comprendre la signification d'un geste et d'en initier l'imitation. Pour exemple, la maman qui nourrit son enfant, ouvre la bouche en même temps que lui ; la vue d'une chute impressionnante d'un proche nous fait grimacer en pensant à la douleur qu'il éprouve. Il existe aussi cette homologie au niveau du langage : « *Grâce à ces neurones, ce qui compte pour l'émetteur du message compte aussi pour le receveur* ».

¹³ Utilisation gestuelle des neurones miroirs : le mirroring

¹⁴ « *This then is the manner of hypnotic induction, internal inhibition produced through circumscribed excitation zones established by monotonous verbal patter* »

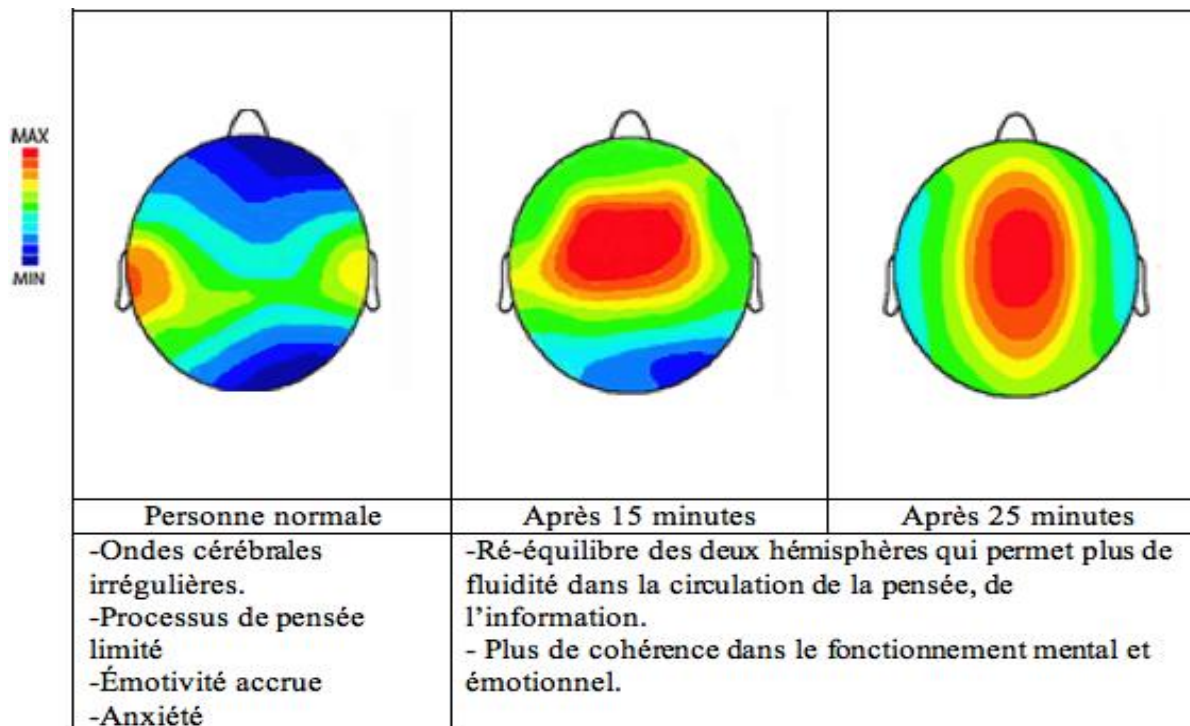
¹⁵ « *De récentes preuves suggèrent que le mécanisme miroir soit aussi impliqué dans l'empathie, qui est la capacité de sentir les mêmes émotions que d'autres sentent* »

Lors de la communication entre le patient et le soignant, ce sont ces neurones qui permettent d'entretenir la relation d'empathie (30). Cette capacité à s'identifier à l'autre est aussi très utile lors d'une séance d'hypnose, afin que les deux protagonistes soient « en phase » ou en « résonance » (31), et qu'un dialogue efficace puisse exister.

- La désinhibition

D'autres études d'imagerie médicales montrent que lors de la transe, l'hémisphère droit de l'imagination et de la créativité, généralement minoritaire, est désinhibé. A l'inverse, l'hémisphère gauche, celui du rationnel et de la logique, généralement dominant, est inhibé. Cette latéralisation a été mise en évidence en 1981 par le Dr Roger Sperry (32), puis confirmée à nombreuses reprises par d'autres chercheurs. (Fig.8) L'imagerie a ensuite montré que l'activité cérébrale de chaque hémisphère pouvait s'équilibrer jusqu'à une synchronisation, lors d'un état de calme avéré. Lorsque le cerveau fonctionne de cette façon, il serait plus sensible aux suggestions et la communication serait alors plus efficace. C'est cette désinhibition de l'hémisphère droit décrite par Rossi¹⁶ dans ses travaux en 1986 (25), qui « *facilite les mécanismes hypnotiques neuronaux spécifiques comme la lévitation, la distorsion du temps et l'anesthésie des doigts* »

Fig. 8 : Illustration des ondes cérébrales (Thêta) avant et après une synchronisation

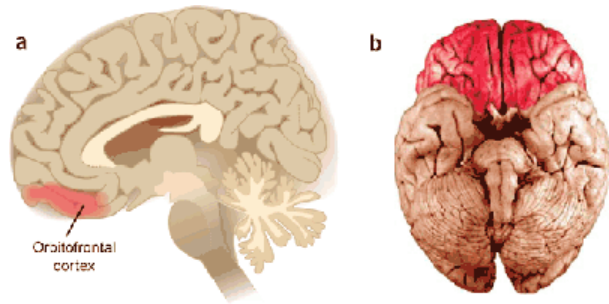


¹⁶ « *facilitating classical hypnotic phenomena such as hand levitation, arm heaviness, finger anesthesia, sensory hallucinations, time distortion* »

- La physiologie globale

En plus du fonctionnement cérébral, c'est la physiologie du corps dans sa globalité qui change. Le fonctionnement hormonal est différent pendant l'état de transe. Une étude récente en anesthésie (33) a démontré que l'état de transe hypnotique provoquée diminuait le rythme cardiaque et limitait donc le phénomène inflammatoire. Dirigé essentiellement par le cortex orbito-frontal (Fig.9) et l'hypothalamus, les émotions générées lorsque le souvenir est retrouvé, modifient la voie humorale, les fréquences cardiaque et respiratoire (34). Il peut être aussi moteur avec des mouvements involontaires des doigts (action du mésencéphale) ou avec le ralentissement des mouvements oculaires (35). Ce ralentissement peut être observé de façon empirique, lorsqu'une personne est « dans la lune » (en transe spontanée) et regarde fixement dans le « vide ». L'intégration d'un stimulus externe par la conscience critique ramène la personne dans l'« ici et maintenant ».

Fig. 9 : Cortex orbito-frontal



Madame Faymonville a récemment montré (36) que la région liée à la modulation de la douleur pendant la transe hypnotique¹⁷ était connectée avec les éléments anatomiques de la modulation des émotions¹⁸. « *Le processus hypnotique permet ainsi un recrutement des régions critiques à la gestion de la douleur. Ceci mène à une meilleure évaluation discriminative, émotionnelle, cognitive du stimulus douloureux* ».

Plus concrètement, l'induction et l'état hypnotique vont être provoqués et maintenus par plusieurs facteurs :

- L'intonation et la monotonie de la voix.
- La ponctuation des phrases utilisées (Certaines phrases peuvent être coupées pour en modifier la forme vers la suggestion).
- La qualité du souvenir et des détails qui l'entourent.
- La capacité et la perspicacité du thérapeute, les mots qu'il emploie pour s'adapter au patient et maintenir l'état de transe.
- Les termes sont volontairement vagues. Cela permet au patient d'utiliser ses propres perceptions sans être influencées par celles du thérapeute.

Tous ces éléments neurophysiologiques ont été démontrés en hypnose formelle et délimitée. On peut faire l'analogie de cette technique avec le style plus conversationnel de la pratique.

¹⁷ Partie médiane du cortex cingulaire antérieur

¹⁸ Et notamment de sa motivation ainsi que son attention

3.4 L'hypnose non formelle ou conversationnelle

L'hypnose conversationnelle s'observe, comme son nom l'indique, pendant tout échange entre un patient et son soignant, ou entre deux personnes sorties du contexte médical. Les buts de la communication entre les patients et les soignants sont nombreux. Dans le domaine de l'hypnose, il est de favoriser le lien relationnel qui s'établit entre les deux sujets, pour obtenir la meilleure prise en charge possible. Différentes méthodes sont décrites afin d'augmenter la pertinence de notre communication, qu'elle soit verbale, para verbale ou non verbale.

3.4.1 Qu'est ce que c'est ?

- Les termes choisis ne sont pas anodins

Il est courant d'observer, dans le milieu médical, l'état de stress ou d'inconfort de certains patients. Cet état provient notamment de l'appréhension de la douleur, du lieu et du futur soin. Une étude allemande (37) a démontré que le patient est dans un état d'hyper suggestibilité. Plus un patient appréhende le soin, plus les informations fournies doivent être mesurées. L'étude précédemment citée met en évidence que des expressions d'incertitudes (« nous allons *essayer* de monter ces marches »), un jargon médical compliqué et l'usage de la négation (« ca ne fera pas mal ») sont délétères au patient et à son ressenti de la situation. Il est plus pertinent de signaler quelque chose vrai. Par exemple : « Lorsque je vais vous mobiliser, vous sentirez peut être quelque chose ». Cette phrase est ouverte à toutes les sensations possibles et le patient ne s'attend pas à avoir mal. « Ne pensez pas à la douleur ». A quoi le patient va alors penser ? À la douleur, à l'accident, au nombre de séances de rééducation restantes ?

Il va bien sûr se fixer sur cette idée négative (transe négative). D'autres le décrivent comme l'effet nocébo, à l'inverse de l'effet placebo, bénéfique. Une étude expérimentale a montrée que la suggestion de mots négatifs pouvait générer de la douleur lors d'une stimulation pourtant jugée non douloureuse par l'ensemble de la population témoin. (38)

- L'encouragement, ou la méthode Coué

Les mots choisis pendant les séances ont une importance déterminante dans l'évolution des patients. L'utilisation d'encouragements a montré des diminutions des douleurs de colon sur une population malade comparée à une population témoin sans contact avec un thérapeute. Cette méthode positive a été décrite par Coué afin de « *se suggérer chaque jour que l'on va bien, de mieux en mieux, chaque jour* ». L'effet bénéfique apporté par la parole est peut être placebo, mais important dans la thérapie. La technique de saupoudrage c'est-à-dire la répétition de mots agréables comme confort, agréable, réussite, tend à amener le patient vers un échange verbal agréable.

- La métaphore pour contourner

En pédiatrie, mais plus généralement en thérapie, la métaphore est une figure de style utilisée pour expliquer, par exemple, les détails de la pathologie. Elle permet d'utiliser un langage adapté au vocabulaire du patient, améliorant sa compréhension. En effet, ce langage analogique décrit (18) « *est beaucoup plus proche de l'imaginaire que de la conscience critique* ». L'imagination est préférentiellement sélectionnée, ce qui permet de détacher la personne du problème. « Mon genou me brule ! On dirait une boule de feu ». Le patient assimile son genou à une boule de feu pour décrire la sensation désagréable de chaleur. Pour comprendre le déroulement de la rééducation, il est nécessaire de conserver cette image pour le « traitement de la boule de feu ». Cette image permet de traiter le genou, sans vraiment l'identifier. Ainsi la douleur n'est « plus sollicitée », c'est la boule de feu qui est traitée. (39)

- La modulation, le timbre de la voix, le silence

Une voie calme, un timbre grave, similaire au conte d'une histoire, active cette créativité. « *Tout le monde n'a pas une voix de comédien, d'animateur radio... mais chacune de nous peut modifier sa voix pour que les messages soient entendus consciemment et inconsciemment* ». (18)

A la fin de ses phrases, le thérapeute abaisse la voix pour que le patient puisse imaginer ce que vient d'être dit. Cette technique de communication aide le patient à se tourner vers ses propres sensations, son confort, la chaleur éprouvée selon l'idée de la phrase. De la même façon, pour aider le patient à revenir dans la conscience critique, le timbre, le rythme et la modulation des phrases pourront être plus élevés.

Un silence, observé à la fin d'une métaphore ou d'une phrase amenant à la réflexion, permet au patient de prendre le temps de le faire. Le contenu de la phrase précédant ce silence est donc important. La pause permet au patient d'avoir le temps de se saisir de la suggestion positive.

- La communication non verbale

Son utilisation est aussi importante que la communication verbale. Deux auteurs décrivent (18) les nombreux attraits que possède ce type de message. La façon d'être (souriant, avenant lors de la « poignée de main ») et le contenu du contexte ont une signification importante. Qu'il s'agisse de l'habillement, de la poignée de main, des mouvements involontaires que nous faisons ou encore de la proximité observée, le patient interprète toujours (inconsciemment ou consciemment) notre expression non verbale. Ces détails sont importants pour l'effet contextuel de la prise en charge thérapeutique. Depuis trente ans déjà, il existe des stratégies de communication élaborées à des fins thérapeutiques.

En 2011, une étude (40) propose un nouvel acronyme¹⁹, plus adapté aux buts des soins actuels, basés sur l'empathie et la compassion présent dans le domaine paramédical infirmier :

S « <i>Sit at an angle to the client</i> »	=	se placer sur le côté du patient
U « <i>Uncross legs and arms</i> »	=	décroiser les jambes et les bras
R « <i>Relax</i> »	=	se relâcher
E « <i>Eye contact</i> »	=	conserver un contact visuel
T « <i>Touch</i> »	=	utiliser le contact
Y « <i>Your intuition</i> »	=	suivre vos intuitions

3.4.2 Comment ca fonctionne ?

Les différentes stratégies de communications exposées ci-dessus sont connues par la plupart des professionnels de santé. Certaines sont utilisées efficacement mais généralement de façon empirique. Le mirroring, faisant partie de ces stratégies, a été prouvé par de récentes études (25) : La sollicitation des neurones miroir permet de ressentir intérieurement ce que nous percevons de l'extérieur. Le patient est interpellé par les ressemblances, créant un lien entre le thérapeute et lui. Les techniques synchronisant la respiration²⁰, le timbre de voix, le rythme de parole ou les gestes avec le patient illustre ce lien potentiel.

D'autres études « open-hidden »²¹ concernant le choix des mots dans le cadre du traitement de la douleur, proposent de comparer deux populations ayant reçu les mêmes stimulations électriques normalement non douloureuses. Une des deux possède, en plus, des stimulations orales de phrases évoquant la douleur (« pique », « mal », « arraché »). (41) Cette population développe une sensibilité à la douleur supérieure à l'autre. L'évocation d'un terme douloureux accélère l'apparition de la douleur. Nous éviterons : « ça risque de faire un peu mal, alors RELACHEZ VOUS ! »

3.5 L'autohypnose, un but thérapeutique?

L'objectif du kinésithérapeute souvent recherché est l'autonomie du patient. Lorsque le patient a expérimenté ses premières séances d'hypnose formelle, il a appris les bases de cette technique. Il va pouvoir alors en faire l'expérience lui-même. Les stratégies pour atteindre une transe constructive sont les mêmes que celles citées précédemment. Il est donc possible d'atteindre l'état de transe soi même. Nombreux d'entre nous l'ont sûrement fait sans le savoir. Dans l'exemple d'un effort physique intense, la douleur, les fourmillements ou la fatigue amènent le corps à ralentir son activité. Se concentrer sur autre chose de plus agréable et confortable peut aider :

¹⁹ L'ancien acronyme était S.O.L.E.R. (Sit squarely, Open posture, Lean towards the other, Eye contact, Relax) de G.Egan.

²⁰ Le « pacing » est la synchronisation de la respiration du thérapeute avec le patient.

²¹ Les études « Open(population informée du soin)-Hidden (population prévenue d'un possible soin) »

« *Quand la fin de course devient difficile, on sert les dents et on pense à ce qu'il y a au bout. J'ai pensé à une première place mondiale* ». Yannick Agnel, champion olympique du 200m nage libre à Londres, acteur d'une autohypnose.

Le but thérapeutique de cette technique est évoqué dans de nombreux domaines. Quelques exemples d'application concernent l'enfant asthmatique, douloureux chronique ou aigue. Kohen et Olness ont mené une étude sur 505 enfants, en comparant l'évolution, d'une part avec apprentissage d'autohypnose et d'autre part sans apprentissage d'« auto-prise en charge ». Les résultats ont montré une amélioration pour 32% des patients ayant bénéficié de l'apprentissage, contre 7% pour ceux qui n'en ont pas bénéficié. Une éducation à l'autohypnose est donc préférable à une absence de conseil thérapeutique.

4. Une technique thérapeutique paramédicale ?

Aujourd'hui, l'hypnose est utilisée dans le milieu médical, notamment en anesthésie, en chirurgie dentaire et en psychologie.

4.1 Etat actuel : De multiples terrains d'applications

Les premières applications de l'Hypnose ont été décrites au 18^{ème} siècle dans différentes villes du monde. Essentiellement dirigée vers la chirurgie, l'objectif principal de cette technique était l'anesthésie. Ce mot a depuis été modéré : anesthésie signifie absence de sensations. Aujourd'hui, l'hypnose ne possède en aucun cas la prétention d'abolir cette sensibilité. Le mot utilisé aujourd'hui est « *hypnosédation* ». Décrit par M.H.Faymonville durant la dernière décennie (42). Il consiste à utiliser l'hypnose comme un outil associé à un traitement sédatif intraveineux basique. L'auteur a plus récemment mis en évidence que la sédation diminuait quant à elle la qualité de la transe hypnotique. Une hypno-analgésie est aujourd'hui préférable. Ce mode opératoire permet d'éviter au patient une anesthésie générale. Le temps de convalescence nettement amélioré, le patient a alors vécu un agréable « *souvenir de ses vacances passées* » et reste dans de bonne disposition pour une potentielle future hospitalisation.

Cette idée d'anesthésie a récemment été reprise dans une étude Britannique (43) pour montrer son efficacité lors du travail des femmes pendant l'accouchement. Parallèlement, une autre étude randomisée (44) montre qu'il n'y a pas d'effet notable entre relaxation, autohypnose et aucun traitement en plus de la sédation. Concernant le groupe en transe hypnotique, le temps de travail, la sensation de douleur et la prise d'analgésiques sont toutes trois significativement diminuées. Le rôle de l'apprentissage prénatal puis de l'autohypnose est aussi abordé dans ce sujet.

Ce mode opératoire largement répandu en Suisse, améliorerait l'efficacité de la technique le jour de l'accouchement.

A partir du postulat qui donne à l'hypnose la capacité de moduler les sensations de douleur, son champ d'action s'étend au-delà des limites médicales. Ainsi, dans le domaine du paramédical, l'Hypnose peut être utilisée dans le traitement de la douleur, qu'elle soit chronique ou aigue. On imagine alors son utilité lors d'un soin.

4.2 Son utilité en kinésithérapie

4.2.1 Champs d'action théoriques

Selon l'article 9 du décret de compétence du masseur-kinésithérapeute (DECRET n° 2000-577), il contribue à lutter contre la douleur. Il existe aujourd'hui de nombreux outils thérapeutiques, tels que la physiothérapie. L'hypnose par ses propriétés variées peut constituer une alternative au kinésithérapeute. Qu'elle soit chronique ou aigue, le traitement de la douleur est l'une des préoccupations du professionnel de santé.

Malheureusement, le nombre d'études françaises cherchant à montrer l'intérêt de l'hypnose en kinésithérapie est encore faible.

Une étude de cas américaine (45) sur un patient parkinsonien a montré des résultats encourageants. A raison de trois séances d'hypnose par semaine, le patient de 51 ans a diminué ses tremblements de repos de 94%. Ces tremblements ont été mesurés par des actographies régulières. Ils notent aussi certaines améliorations dans les relations sociales du patient. On peut penser que l'hypnose joue un rôle d'outil dans ce genre de thérapie, mais son accréditation nécessiterait une randomisation de plus grandes populations.

Une autre étude préliminaire a été menée sur 8 patients atteints de sclérose latérale amyotrophique. La douleur, le bien être et la qualité de vie s'améliorent chez les patients ayant bénéficié d'un apprentissage de l'hypnose et de l'autohypnose pendant un mois (46). « *La diminution des symptômes physiques tels que la douleur, les troubles du sommeil, la labilité émotionnelle et des fasciculations ont été rapportés par nos patients.* »

Une étude (47) sur 49 jeunes patients (18,1 an de moyenne) atteints de mucoviscidose, a montré une amélioration de la gestion des difficultés respiratoires. Après avoir appris l'utilisation de cette technique, les patients ont observé des améliorations durant les soins médicaux et pour l'acceptation de la prise de médicament.

Une étude sur seize cas cliniques mettant en lien l'imagerie mentale et l'hypnose a rendu un verdict clair. L'état d'hypnose active les mêmes régions du cerveau que lors de l'imagerie mentale, et favorise le développement de ces neurones spécialisés grâce à la stimulation de l'imagination (48). L'imagerie mentale, beaucoup utilisée dans la thérapie par le miroir, dans la préparation du sportif, peut donc être favorisée par l'hypnose.

Plus généralement en pédiatrie, la douleur reste un frein à la rééducation. Il faut communiquer différemment pour faire oublier la douleur à l'enfant, et le placer dans les meilleures conditions pour le soin. L'utilisation pertinente de la surprise ou de l'humour peuvent rendre un dialogue tout aussi efficace.

Pour une pratique rééducative, il est possible de visualiser le fonctionnement d'une articulation, pour en saisir les détails. Le patient peut fixer son attention sur son mouvement, sur ce qui peut le bloquer. Théoriquement, cette stratégie est applicable pour la plupart des soins en kinésithérapie. Des déficits cognitifs ou psychiatriques constituent les principales limites de cette stratégie. La mauvaise compréhension de la consigne entraîne l'incapacité d'un état d'hypnose. De la même façon, une altération de la mémoire épisodique va compliquer la pratique de la transe de façon. Le patient va rencontrer des difficultés pour restituer un souvenir agréable déjà vécu.

Hors du contexte pathologique, un défaut de motivation ou de volonté du patient va rendre la pratique impossible. Le patient doit être acteur investi dans cette thérapie. Concernant le thérapeute, le manque d'imagination, de créativité et d'adaptation vont être un obstacle à son efficacité.

Selon Teresa Robless (39), cette stratégie par le langage hypnotique, peut être un élément unificateur dans un service hospitalier, un centre de rééducation ou un groupe de travail. La communication est optimisée. La perception et l'empathie sont amplifiées, permettant une meilleure compréhension entre professionnels. Si chacun possède les mêmes outils, il sera possible de régler des situations potentiellement conflictuelles de manière plus positive. L'utilisation de métaphores peut rendre la forme d'un désaccord plus souple et acceptable pour chaque interlocuteur. La collaboration n'en serait que meilleure.

4.2.2 Techniques particulières

Certaines techniques plus spécifiques n'ont pas été abordées précédemment car elles restent difficilement maîtrisables sans formation préalable. Quelques unes de ces techniques servent principalement à l'analgésie lors de l'hypnose formelle.

La réification (« chosification » (49)) est une technique permettant d'atténuer la douleur de façon efficace. Elle utilise les images et les métaphores, décrites par Teresa Robless (11) pour identifier et matérialiser une sensation. La description précise d'une sensation oblige le patient à se fixer sur ses détails²². La sensation est alors changée en objet modulable, dont on modifiera par la suite un des détails. En kinésithérapie, la sensation la plus souvent traitée est la douleur. Un changement d'un seul de ses paramètres va montrer au patient que la douleur ressentie, chronique ou aiguë, est modifiable. « *C'est le début du changement, voir le début d'une amélioration...* » (50).

La catalepsie peut être utilisée comme témoin de la transe. La position « surélevée et immobile » d'un membre (en général la main) habituellement désagréable lorsqu'elle est prolongée, n'est plus gênante pendant la transe. Cette technique est un marqueur de l'état de transe. Retrouver des sensations désagréables dans cette main surélevée correspond à une domination de la conscience critique et par conséquent un arrêt de la transe.

La méthode « en gant » est une méthode hypnotique du domaine de l'analgésie. Très utilisé chez l'enfant, cette technique permet au patient de diminuer la douleur de sa main de façon transitoire. A la manière d'un gant de protection, le patient peut imaginer l'enfiler. La création d'un lieu sûr pour sa main est susceptible d'en diminuer les douleurs, voire de les supprimer. Grâce à la « transmission de l'analgésie » possible dans une autre partie du corps, les douleurs vont potentiellement diminuer à l'endroit recherché. Cette technique est décrite de façon très claire dans par Christine Vervaeke, kinésithérapeute et hypnothérapeute (51).

La lévitation est une technique particulière parfois associé à la réification, mettant en œuvre l'imagination et la comparaison à un objet. Ici, elle ne fait pas référence à une sensation mais à une partie du corps (la main est souvent décrite dans les ouvrages). Comme son nom l'indique, cette technique propose une fois la transe induite, au patient d'élever une main. La légèreté de la main suggérée dans les paroles du kinésithérapeute (image de plume qui s'envole par exemple) amène une sensation de confort au patient qui peut élever sa main²³ pendant plusieurs minutes et ne ressent aucun besoin de la reposer. En Kinésithérapie, elle peut être appliquée pour des déficits de mobilité articulaire et dans le cas de douleurs chroniques ou de syndrome douloureux régional complexe.

L'hypnose offre l'opportunité d'aborder différemment du traitement de la douleur en kinésithérapie.

²² La forme, la température, la couleur, les contours, etc.

²³ Le patient ne se rend pas toujours compte de ce mouvement.

4.2.3 Témoignages

Les masseurs kinésithérapeutes diplômés d'état (M.K.D.E.) ayant témoigné sont tous formés à l'Hypnose. Ils ont été choisis selon leur façon de la pratiquer.

Christine Vervaeke, exerce actuellement au pôle MPR de Saint Hélier à Rennes. Intéressée par ce qu'offrait l'hypnose, elle choisit de réserver des horaires spécifiques pour la pratiquer, principalement dans un but analgésique. Le succès et l'efficacité de cette pratique, devant les difficultés thérapeutiques rencontrées, lui permettent d'augmenter le nombre de séances formelles journalières. Aujourd'hui, sa pratique est exclusivement composée de séance d'hypnose. A raison de *« huit à dix séances par jour, mon rôle est d'accompagner le patient pour qu'il recherche des moyens nouveaux pour traiter sa douleur »*. Les patients qui souhaitent changer leur *« routine de traitement »*, peuvent donc profiter de cet abord différent du traitement de la douleur. Qu'il s'agisse d'une limitation articulaire ou d'une douleur instantanée, cette expérience leur permet d'essayer une autre technique afin de diminuer la souffrance.

D'une façon différente, Thierry Quideau²⁴ (kinésithérapeute au CRF de Tréboul et Hypnotérapeute depuis 4 ans) décrit des applications de l'hypnose très étendues. En utilisant l'hypnose de façon formelle la moitié de son temps, il traite des patients présentant des pathologies très variées. *« Les principales pathologies représentées sont les douleurs rachidiennes avec environ 50% de ses prises en charges, et les algoneurodystrophies : environ le tiers »*. Il reprend un collègue (P.Villien) pour décrire sa vision de l'hypnose : *« c'est un truc de feignant qui utilise l'activité du patient pour soigner »*. Il exprime ici la simplicité du fonctionnement de ce domaine thérapeutique.

D'un autre point de vue, l'Hypnose a aussi son utilité dans l'exercice libéral de la profession. Jeanne Marie Jourden, kinésithérapeute exerçant à Lannion, a été formée en *« hypnose et thérapies brèves »* en 2004. Depuis, elle a progressivement appris à maîtriser le domaine relationnel de la thérapie. Pour elle, l'Hypnose permet une *« utilisation du vocabulaire adapté au fonctionnement propre de chacun pour être le plus cohérent avec le mouvement de chaque patient »*. A raison de 2 à 3 séances d'hypnose formelle par jour, elle utilise cette approche lorsque les autres outils thérapeutiques n'apportent pas toutes les solutions attendues par le patient. La majorité des séances formelles qu'elle pratique, cible le traitement de la douleur (chronique ou aigue). *« Un grand nombre de patient présentant des algoneurodystrophies ou des fibromyalgies viennent au cabinet pour trouver d'autres solutions après leurs échecs thérapeutiques antérieurs »*. L'hypnose conversationnelle a, elle aussi, un rôle prépondérant pour cette kinésithérapeute.

²⁴ Kinésithérapeute au C.R.F. de Tréboul et hypnotérapeute depuis 4 ans.

Elle lui permet d'utiliser un vocabulaire adapté et d'observer une communication optimale, *« qu'elle soit verbale ou non verbale, et cela pour n'importe quel patient »*, et par conséquent quelque soit la pathologie. Lorsqu'elle décrit la prise en charge d'un patient présentant une entorse de cheville, elle utilise différentes techniques comme la réification, de façon informelle. Le patient décrit *« comment c'est dans la cheville »*, c'est à dire les sensations qu'il va progressivement retrouver. *« Le patient sera à l'écoute »* de sa cheville et donc attentif à ce qu'il ressentira à l'avenir.

L'utilisation de l'hypnose conversationnelle a une importance toute particulière pour Yann Potier, jeune diplômé de kinésithérapie en 2011. Formé au domaine de l'hypnose depuis l'obtention de son diplôme, il a ressenti le besoin de consolider les approches de sa formation initiale. Cette approche relationnelle supplémentaire lui a permis d'approfondir ses connaissances à ce sujet, et de présenter une adaptation optimale à ses patients et ses différentes prises en charge. *« Il est maintenant plus facile de communiquer efficacement, avec plus d'attention et d'être plus pertinent »*. Le fait de poser des mots sur des détails de communications permet de savoir comment les utiliser et de les adapter de façon plus juste. Ainsi, la thérapie commence dès le premier contact. Le choix de l'intonation de la voix est aussi abordé. Celle-ci *« varie en fonction de ce que l'on veut amener au patient. Parler calmement amène un apaisement ; parler plus fort est stimulant »*. *« Le même raisonnement peut être appliqué au contexte présent: le positionnement proche ou détaché, la façon de l'aborder va déterminer une partie de son investissement dans la thérapie »*. Il justifie ces différentes stratégies de communication par le mirroring. Pour lui qui pratique 4 à 5 séances d'hypnose par semaine, (sur 80 à 90 patients) l'Hypnose est *« surtout utilisée à visée conversationnelle et cela quelque soit le patient et sa pathologie »*.

Pour appuyer ces témoignages, une enquête (18) téléphonique sur 20 professionnels de santé formés à l'hypnose a été menée en 2004. Les résultats montrent que 76% des interrogés pratiquent l'hypnose pour des soins analgésique formels, alors que 90% l'utilise de façon conversationnelle, pendant et hors du temps de soin.

5. Apports personnels et discussion

Les informations existantes dans le domaine de l'hypnose sont très variées. Certaines en font l'éloge, d'autres la discrédite. Aujourd'hui, son utilisation dans le milieu médical s'étend à nouveau. Les recherches physiologiques actuelles montrent de façon certaine que l'état d'hypnose entraîne une modification du fonctionnement de la conscience.

Le but initial de cette stratégie étant le bien être du patient, il va de paire avec le traitement de la douleur. C'est à ce moment qu'intervient la kinésithérapie, même si elle a déjà de nombreux outils pour y remédier.

L'hypnose par son abord non formel, permet de se concentrer sur les détails agréables et le confort plutôt que la douleur et les souffrances occasionnées. L'hypnose conversationnelle peut offrir au kinésithérapeute un outil de communication thérapeutique supplémentaire non négligeable au point de vue relationnel. La communication permet la transmission d'une information et demande aussi un échange, aspect primordial de cette thérapie. Le domaine de l'Hypnose s'applique à poser des mots sur des qualités communicatives. Le fait de les délimiter permet d'optimiser sa communication, qu'elle soit verbale, para verbale ou non verbale.

Par son abord formel, l'hypnose en kinésithérapie a le même but qu'en médecine : modifier le vécu de la douleur. Le thérapeute estime d'une grande importance le traitement de la douleur, surtout lorsque celle-ci dure depuis plusieurs jours (52). Les séances vont permettre un vécu différent d'une expérience potentiellement douloureuse. Un mouvement habituellement douloureux pour un patient va changer pendant l'hypnose. La focalisation de son esprit sur autre chose que sa douleur va modifier le mouvement initialement douloureux en une autre sensation. Le but de cette expérience n'est pas de guérir un symptôme, mais plutôt de changer le comportement et le ressenti de celui-ci.

Malheureusement, les études concernant la modulation de la douleur par l'état hypnotique sont peu fréquentes en kinésithérapie. Pour l'instant, les postulats visant à montrer son efficacité pendant le soin manquent de niveau preuve scientifique²⁵. Le docteur Olivier Despond²⁶ explique qu'« *il est difficile de mener des études scientifiques sur l'hypnose, car celles-ci doivent normalement être réalisées en double aveugle avec un placebo* ». Pour cette raison, les pratiquants de l'hypnose étaient autrefois (et parfois encore) vus comme des originaux. Actuellement et depuis quelques années, l'hypnose thérapeutique revient dans le milieu médical par l'intermédiaire d'essais cliniques. Cette technique accompagne un effet de nouveauté dans la vision et le traitement de la souffrance. Ses effets sont encore mal connus, mais elle modifie indéniablement la physiologie du patient. Les études montrent que cette technique reste moins efficace que de puissants analgésiques, mais ses effets secondaires sont inexistant et laissent au contraire un souvenir agréable. Cette méthode non invasive ne présente aucun risque particulier, si ce n'est le fait de ne pas fonctionner dans le cas où le patient ne se sent ni concerné, ni investi dans cette expérience.

²⁵ Selon L'A.N.A.E.S.

²⁶ Membre de la société Suisse d'anesthésiologie et de réanimation

Un rapport de l'Académie de médecine paru le 5 mars 2013 préconise l'utilisation de l'hypnose comme thérapie complémentaire (15). Même si elle ne figure pas dans le décret de compétences du masseur kinésithérapeute, elle peut bénéficier du titre d'outil supplémentaire venant s'insérer dans le traitement initial de la douleur, ainsi que dans l'optimisation des stratégies de communication thérapeutique.

6. Conclusion

Après l'étude de plusieurs documents sur l'hypnose moderne, ma vision de celle-ci a évolué. A défaut d'être quelque chose de mystérieux comme les médias peuvent l'exposer, la transe fait parti du quotidien. Utilisée de différentes façons, elle permet notamment la modulation de la sensation douloureuse. Si certaines études montrent son manque d'efficacité, l'avantage majeur reste son caractère non invasif. Dans le pire des cas, elle ne fonctionne pas.

L'utilisation des capacités du patient et sa sollicitation active me paraissent être importantes pour optimiser une prise en charge en masso-kinésithérapie. De la même façon, l'utilisation d'un langage adapté et pertinent permet d'atteindre cet objectif. L'hypnose conversationnelle n'invente rien de révolutionnaire, mais identifie clairement certaines stratégies de communications que nous utilisons chaque jour, de manière empirique. Elle peut permettre au thérapeute d'utiliser ces stratégies de façon plus avisée et plus efficace.

Mes recherches dans ce domaine m'ont permis de trouver un intérêt particulier à l'optimisation du contact relationnel et m'encourage à approfondir ces connaissances. L'aspect formel de l'hypnose reste, selon moi, un outil thérapeutique supplémentaire, non invasif, pour lutter contre la douleur. Mon manque d'expérience professionnelle m'amène à vouloir maîtriser les autres moyens d'analgésie abordés pendant ma formation. Dans un second temps, si le manque d'alternative thérapeutique se présente, il me sera possible de me former à l'hypnose en kinésithérapie.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Chiche, Sarah.** Hypnose: le retour en grâce? *Sciences Humaines*. 2012, 240.
2. **Haley, Jay.** *Milton Erickson, un thérapeute hors du commun*. s.l. : Desclée de Brouwer, 1995.
3. **AGORA,** *De la transe spontanée à l'hypnose médicale*. **Viro, Claude.** Rennes : s.n., 2002.
4. **Peyrouse, Christian.** Le langage hypnotique. *Kinésithérapie Scientifique*. 2000-04, 339.
5. **Bellet, Patrick.** *L'Hypnose*. Paris : Odile Jacob, 2002.
6. **FIGUIER, Louis.** *Histoire du merveilleux dans les temps modernes*. Paris : librairie Hachette et compagnie, 1860.
7. **Braid, James et Brown-Sequard, Charles Edouard.** *Neurypnologie, traité du sommeil nerveux ou hypnotisme*. s.l. : Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, 1883.
8. **Liébeault, Ambroise-Auguste.** *Du sommeil et des états analogues*. Paris et Nancy : Nicolas Grosjean et Victor Masson et fils., 1866.
9. **Bernheim, Hyppolite.** *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans la veille*. s.l. : L'Harmattan, 1886 .
10. **Malarawicz, Jacques-Antoine.** *L'hypnose Thérapeutique; quatre conférences*. Issy-les-moulineaux : ESF éditeur, 2010.
11. **Robless, Teresa.** *Concerto pour quatres hémisphères*. s.l. : Le Germe, 2009. 9782872931095.
12. **Laureys, Steven et Tononi, Giulio.** *The neurology of consciousness*. s.l. : Academic press- Eselvier, Octobre 2008.
13. *L'hypnose médicale et son intérêt en pratique quotidienne*. **Viro, Claude.** mars 2008.
14. **Viro, Claude.** *Stratégies thérapeutique de la dépression chaotique*. Bruxelles : édition de l'Arbousier, 1998.
15. **Médecine, Groupe de travail de l' Académie Nationale de Médecine.** *Thérapies complémentaires, leur place parmi les ressources de soins*. 5 mars 2013.
16. **l'A.N.A.E.S., Groupe de travail de.** *information des patients*. mars 2000.
17. *L'accueil au bloc opératoire, 10 secondes, 4 phases*. **Besson, Gilles.** Saint Brieux : s.n., 2010.
18. **Viro, Claude et Bernard, Frank.** *Hypnose: Douleur aigue et anesthésie*. s.l. : Arnette Blackwell, 2010.
19. *La thérapie commence dès la première seconde*. **Farcy, Luc.** 2006.

20. **Watzlawick, Pau I, Weakland, John et Fish, Richard.** *Langage du changement, paradoxe et psychothérapie*. Paris : edition du seuil, 2000.
21. **Bekerian, Debra et Conway, Martin.** *Organisation in autobiographical memory*. Cambridge : Memory and cognition, 1987.
22. **Baddeley, Allan.D.** The episodic buffer: A new component of working memory? *Trends in Cognitive Sciences*. 2000.
23. *4^{ème} congrès international "hypnose et douleur"*. **Guillou, Nicolas.** Quiberon : s.n., 2012.
24. *Pavlov, conférence 23,1927.* **Robertson, Donald.** 2008-2009.
25. **Rossi, Ernest.** The Neuroscience of Observing consciousness & mirror neurons in therapeutic hypnosis. *American Journal of clinical hypnosis*. avril 2006.
26. **groupe de travail (Lefaucheur, J.-P. & Ass).** *Recommandations françaises sur l'utilisation de la stimulation magnétique transcrânienne*. s.l. : Elsevier Masson, 2011.
27. **Rizzolatti, Giacomo, Fogassi, Leonardo et Gallese, Vittorio.** Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation of action. *Nature reviews neuroscience*. [En ligne] September 2001.
28. **Singer, T.** The neuronal basis and ontogeny of empathy and mind reading: review of literature and implications for future research. *Neuroscience and biobehavioral reviews*. 2006.
29. *Reception des Associés étrangers élus en 2005.* **Rizzolatti, Giacomo.** Parme, Italia : Académie des sciences, Déc 2006.
30. **Laurent, Bernard et Peyron, Laurent.** Integration centrale de la douleur chronique et apport de l'imagerie fonctionnelle. *science direct*. Elsevier, 2009.
31. *Abstract du congrès "hypnose et douleur"*. **Virost, Claude.** Quiberon : s.n., 2012.
32. *Mind-brain interaction: Mentalism, yes; dualism, no.* **Sperry, Roger.** Pasadena, Californie : s.n., 1981.
33. **Hammond, Corydon.** Hypnosis as sole anesthesia for major surgeries: historical and contemporary perspectives. *American journal of clinical hypnosis*. 2011, Vol. 51.
34. **Guillot, A., Di Rienzo, F. et Daligault, S.** *Inhibition of the motor command during motor imagery: A Meg single-case clinic with a quadriplegic patient*. [PDF] Villeurbanne : University Claude Bernard Lyon 1, 2012.
35. **Faymonville, M.H., Maquet, P. et Laureys, S.** Comment l'hypnose agit sur le cerveau. *La Recherche*. 2005, 392.
36. **Faymonville, M.E., Roediger, L. et Del Fiore, G.** Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. *Pubmed*. [En ligne] 17 juillet 2003.

37. **Häuser, W, Hansen, E et Enck, P.** Nocebo Phenomena in Medicine: Their Relevance in Everyday Clinical Practice. *Aerzteblatt-international.de*. [En ligne] 2012.
38. **Schenk, Paul.** Just breath normaly:word choices that trigger nocebo responses in patients. *AJN*. 2008, Vol. 108, 3.
39. **Viro, collectif sous direction de Claude.** *Hypnose contemporaine et thérapies brèves: le temps de la maturité*. Gap : Le souuffle d'or, 2007.
40. **Stickley, T.** From SOLER to SURETY for effective non-verbal communication. *Pubmed*. [En ligne] 11 Novembre 2011.
41. **Benedetti, Fabrizio.** Neurobiological Mechanisms of the Placebo Effect. *The journal of neuroscience*. [En ligne] 9 Novembre 2005.
42. **Faymonville, M.-E. et Joris, J.** Hypnose : des bases neurophysiologiques à la pratique clinique. *conférence d'actualisation*. Eselvier, 2005.
43. *Hypnosis for pain relief in labour and childbirth: a systematic review*. **Cyna, A.M. et McAuliffe, G.L.** Oxford : British journal of anesthesia, 2004, Vol. 93.
44. **Werner, A., Uldbjerg, N. et Zachariae, R.** Self-hypnosis for coping with labour pain: a randomised controlled trial. *Pubmed*. [En ligne] 27 Novembre 2012.
45. **Elkins, G., Sliwinski, J. et Bowers, J.** Feasibility of clinical hypnosis for the treatment of Parkinson's disease: a case study. *Pubmed*. [En ligne] Avril 2013.
46. **Palmieri, A., Kleinbub, J.R. et Calvo, V.** Efficacy of hypnosis-based treatment in amyotrophic lateral sclerosis: a pilot study. *Pubmed*. [En ligne] 5 Novembre 2012.
47. **D., ANBAR ran.** Self-hypnosis for patients with cystic fibrosis. *REFDOC*. [En ligne] 2000.
48. **Rainville, Pierre.** Neurophénoménologie des états et des contenus de conscience dans l'hypnose et l'analgésie hypnotique. *Théologiques*. 2004, Vol. 12, 1-2.
49. **Raquin, Bernard.** *pratique de l'autohypnose*. Paris : Jouvence, 2010.
50. **Viro, Claude.** La réification, une douleur palpable. *hypnose et thérapies brèves*. L'Arbousier, 2009.
51. **Vervaeke, Christine.** Douleur et hypnose en kinésithérapie. *Kinésithérapie, la revue*. Eselvier, 2009, 95.
52. **Terreau, Jérôme.** Face à la douleur, l'effet thérapeutique. *kinéactu*. Janv 2011, 1221.
53. **Nicolas, Serge.** *L'hypnose: Charcot face à Bernheim*. s.l. : L'Harmattan, 2004.
54. **Fiorletta, Patrick.** Fondements et théories de la sophrologie Caycédiennne. *Kinésithérapie, la revue*. science directe, 2010, 103.

ANNEXES

ANNEXE 1: Récapitulatif historique de l'évolution de l'hypnose

	ANTIQUITE	1700	1800	1850	1900	1950	2000
Panacée ou Pratique satanique		<ul style="list-style-type: none">• Mesmer Magnétisme et « fluide animal » puis suggestion directe <i>Théorie physique</i>• Abbé de Faria Effet contextuel Notion de suggestibilité Sommeil précaire par fixation <i>Théorie psychologique</i>	FRANCE Charlatan ; Pratique interdite (rapport académie)	ETRANGER	<u>Retour en France</u> Charcot Utilisation <i>Physique et pathologique</i> (hystéries) démonstrations	FREUD <i>Psychologique</i> +++ PAVLOV Mécanique et <i>physique</i> +++ ERICKSON Hypnose contemporaine <i>psychiopsychologie et physique</i>	Rossi Ramachandran Bateson Développement de la nouvelle hypnose en psychologie, milieu médical et paramédical

ANNEXE 2 : Résumé du protocole de l'hypnose formelle associé à l'image de N GUILLOU.

