



## DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

# Origine, conception actuelle et indications de l'hypnose

## Origin, current conception and indications of hypnosis

Antoine Bioy<sup>a,b,\*</sup>, Louis Crocq<sup>d</sup>, Maximilien Bachelart<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Centre d'étude et de traitement de la douleur du CHU de Bicêtre, 78, rue du Général-Leclerc, 94275 Le Kremlin-Bicêtre cedex, France

<sup>b</sup> Laboratoire de psychopathologie et de psychologie médicale, EA4452, université de Bourgogne, esplanade Erasme, pôle AAFE, 21000 Dijon, France

<sup>c</sup> Institut français d'hypnose, 75010 Paris, France

<sup>d</sup> Université René-Descartes, 75006 Paris, France

### Résumé

Cet article fait le point sur ce qu'est l'hypnose pour comprendre où l'on en est actuellement de la compréhension de ses mécanismes et de ses indications. Pour ce faire, nous faisons une brève revue documentée de son histoire, afin de montrer que très tôt, l'importance d'un état particulier de conscience a été identifiée, tout autant que la constatation que la pratique de l'hypnose menait à une dynamique relationnelle particulière et nécessaire. La compréhension moderne de l'hypnose reprend ces deux caractéristiques, tout en permettant que soient identifiés plus exactement les leviers thérapeutiques à l'œuvre, qui s'appuient notamment autour des analogies du discours.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### Abstract

This article reviews what hypnosis is, to understand the actual conception of its mechanisms and its indications. To reach this goal, we make a brief review of the hypnosis' history to show that very early the importance of a particular state of consciousness was identified, just as much as the constation which the practice of the hypnosis led to a particular and necessary relational dynamics. The modern understanding of the hypnosis resumes these two characteristics, while the therapeutic levers are more exactly identified, in particular around the concept of analogy.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

*Mots clés* : Dissociation ; Histoire de la médecine ; Hypnose

*Keywords* : Dissociation; History of medicine; Hypnosis

## I. PERSPECTIVE HISTORIQUE

Il est maintenant assez évident pour qui s'intéresse à l'histoire de la médecine que cette dernière a depuis ses origines employé les états de conscience modifiée de façon ponctuelle ou plus habituelle [1]. On retrouve ces pratiques tant dans la médecine égyptienne, romaine, arabe, que dans les pratiques toujours actuelles de la médecine chinoise ou

ayurvédique par exemple [8]. Et finalement, ce que l'on nomme hypnose va apparaître pour désigner une pratique systématique et structurée de ces états de conscience modifiée utilisés depuis bien longtemps. Nous sommes alors au XVIII<sup>e</sup> siècle.

Franz Anton Mesmer (1734–1815), médecin, posa l'hypothèse de l'existence d'un fluide universel, à l'origine d'un traitement qu'il proposait pour les « maladies nerveuses » (1798) [13]. En effet, pour Mesmer, les pathologies sont dues à une mauvaise conductance de ce fluide dans le corps du patient. Ainsi, par des passes et autres impositions des mains, il propose de rétablir l'équilibre du fluide. Cette possibilité d'influence d'un être humain sur le corps d'un autre était nommée par

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : antoine.bioy@u-bourgogne.fr (A. Bioy).

Mesmer « magnétisme animal », par analogie avec le magnétisme minéral (qui était utilisé à l'époque dans la magnétothérapie). Certes, l'hypnose n'est pas le magnétisme. Pour autant, cette période met au jour ses premiers principes : un usage des suggestions comme support au principe d'influence (le fameux « dormez, je le veux ! » est issu de cette pratique), un appui sur ce que l'on pourrait nommer une « médecine de l'imaginaire » (ce sont les patients qui mobilisent leurs ressources internes par un effet de croyance et du désir de guérir) et enfin, la présence d'un état de conscience particulier, à l'origine d'une abréaction qui survient lorsqu'il doit y avoir guérison (nommée ici « crise magnétique »). Cet état de conscience modifiée est à l'époque assimilée à une forme de sommeil, et avant que l'éther puis le chloroforme ne soient découverts et répandus, il arrive aux chirurgiens d'y faire appel pour l'anesthésie (« sommeil magnétique »).

La théorie du fluide fut cependant réfutée scientifiquement dès 1784, et la pratique du magnétisme (ou mesmérisme) est découragée, et même interdite par les autorités médicales de l'époque. Il faudra attendre le chirurgien écossais James Braid (1795–1860 ; c'est lui qui popularisera le terme d'hypnotisme/hypnose, forgé par le baron Étienne Félix d'Hénin de Cuvillers en 1819), pour que la méthode retrouve une consistance scientifique qui la réinscrive comme une méthode possible dans le champ de la santé. Braid rejette l'idée du fluide et montre l'importance de la fixation de l'attention sur un élément pour produire de façon simple un état hypnotique (il est à l'origine de l'emploi du pendule, pratique maintenant abandonnée car trop caricaturale). Induire un état de transe à visée de guérison devient une pratique standardisée, où l'on soupçonne dès cette époque une action et des modifications au niveau du système nerveux central. Si Charcot va penser à tort que cet état qui modifie la neurologie du sujet est un état pathologique associé à l'hystérie (1890), son disciple Pierre Janet (1859–1947) sera plus prudent mais aussi plus subtil pour comprendre les phénomènes hypnotiques, en les définissant comme une forme de dissociation psychique (1889). De fait, Janet ouvrira non seulement la voie à une pratique de l'hypnose dans le champ du trauma, mais aussi plus largement dans tout le champ de la psychopathologie et des psychothérapies [11]. Bernheim (1840–1919), son contemporain, avait ouvert la voie en mettant au jour l'importance des suggestions dans les accompagnements par hypnose et le processus de guérison, et proposa une première forme structurée de psychothérapie en 1903, utilisant « l'influence provoquée par une idée suggérée et acceptée par le cerveau » (1884). Coué, Delboeuf ou encore Freud le côtoyèrent. Ce dernier mit en exergue la dynamique relationnelle particulière existant entre un patient et son praticien, qu'il explique partiellement par les phénomènes de transfert, sans toutefois la comprendre complètement, bien qu'il pratiquât l'hypnose durant presque toute sa vie [5].

Chertok (1911–1991) fut celui qui interrogea les liens entre hypnose et la question psychosomatique, réouvrant son usage vers la médecine du corps en plus de celle de l'esprit, mais la pratique hypnotique restait assez confidentielle, la psychanalyse et les thérapies cognitivo-comportementales naissantes prenant presque tout l'espace jusqu'au dernier tiers du

XX<sup>e</sup> siècle, exception faite pour quelques indications comme celle du traumatisme psychique [9]. C'est finalement l'Américain Milton Erickson (1901–1980) qui permit à l'hypnose de reprendre un essor dans le champ des psychothérapies, mais aussi de celui du somatique (dont la douleur). Il développa toute une approche psychopédagogique, fortement inspirée de ce que propose son contemporain Carl Rogers, dans le champ de la psychologie humaniste. Erickson remit très fortement la lumière autour de l'état hypnotique et comment l'obtenir. Non pas qu'il pensât que cet état était thérapeutique en soi, mais il avait bien saisi comme Bernheim ou encore Freud que l'état de conscience modifiée facilitait la dynamique du changement, en facilitant le travail des suggestions thérapeutiques. De fait, les neurosciences vont poursuivre cette mise en lumière de l'état hypnotique. Ainsi, ces vingt dernières années ont été marquées par des découvertes en lien avec le développement de l'imagerie cérébrale et le déploiement des neurosciences s'appuyant sur ce procédé d'investigation. Il découle de ces très nombreuses études une double connaissance [10,15] :

- l'état hypnotique engage des processus de détente mentale en même temps que d'activation de processus attentionnels ;
- les voies de l'hypnose modulent l'impact d'un percept douloureux au niveau cortical, parfois de façon aussi importante que des antalgiques puissants (morphiniques). Ainsi, se trouve actualisés la question de la psychosomatique et le fait qu'une méthode de nature psychologique puisse avoir des effets sur le corporel.

Enfin, citons François Roustang qui propose depuis quelques années une nouvelle évolution dans la compréhension de l'hypnose, en la plaçant dans le champ du perceptif et d'une certaine façon aussi de la sensorialité (2003) [16]. Il propose ainsi de voir l'hypnose comme une façon de vivre autrement l'ensemble de ses perceptions, et donc ce qui les nourrit (pathologiquement ou non). Une hypnose qui permettrait — dans un mouvement simple mais qui mobilise complètement et avec complexité — de « faire reset » selon le mot de Brosseau (2012) [7] pour évoluer autrement dans sa vie et dépasser un état, motif à une plainte.

## 2. CONCEPTION ACTUELLE DE L'HYPNOSE

Comme nous venons de l'esquisser, l'état de conscience modifiée nommé « état hypnotique » ou « transe », est l'élément qui a été le plus vite identifié comme appartenant à la méthode dont nous parlons. D'un élément de pure phénoménologie, elle est devenue, avec l'imagerie médicale qui en a attesté l'existence, l'élément qui permet actuellement de ne plus remettre en question sa scientificité. Ce que ces études ont montré, c'est une activation particulière qui ne correspond pas à un autre état de conscience (sommeil, veille, somnolence...). Ainsi, l'hypnose peut se définir comme « un état de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargie » [6]. On retrouve ainsi les dimensions propres à l'hypnose ; la première, dont nous parlons : un état de conscience modifiée, qui renvoie en psychologie à la notion

de dissociation psychique et en neurosciences à une activation corticale particulière. Également, une relation singulière au patient, dont le contenu a fait l'objet d'analyses psychodynamiques, tout autant que les aspects de communications développés à partir de la clinique d'Erickson et qui constituent la partie « technique » de la pratique de l'hypnose (par exemple, savoir induire par suggestions verbales une transe hypnotique). En fait, cette question d'une relation singulière a été identifiée par les praticiens depuis le XVIII<sup>e</sup> siècle. Mesmer parle de « rapport instauré par le toucher », Puységur d'une « relation d'élection » (et Charcot d'une « électivité »), Deleuze d'un « attachement tendre », Janet de « passion somnambulique », Braid d'une « forme particulière de sympathie ». . . Tous ces termes renvoient à la même idée : celle de la constitution d'un lien intersubjectif aux caractéristiques différentes de celles des autres thérapies ; un lien faisant la part belle aux processus résultant de l'empathie [14]. Quoique cette dimension de la relation soit au cœur du phénomène hypnotique et connu depuis longtemps, elle est paradoxalement celle qui reste la plus difficile à saisir et à comprendre. On peut la décrire, faire le lien avec la question de la dissociation psychique, mais pour partie ce phénomène reste à expliquer plus complètement.

### 3. SES CARACTÉRISTIQUES

Assez rapidement dans son histoire, l'hypnose a été assimilée à une forme de sommeil produite par une personne possédant des aptitudes particulières et qui conduisait à un état de soumission. À l'issue de la séquence d'hypnose, il y aurait une amnésie. Il s'agit là de la représentation la plus prégnante de l'hypnose, d'autant qu'elle est prolongée par les hypnotiseurs de spectacle qui mettent en scène ces éléments pour rendre leurs tours plus extraordinaires. Pour autant, les recherches en hypnose soutiennent une clinique pour le moins différente. L'hypnose n'est pas une forme de sommeil, mais plus un état de veille singulière ; il n'y a pas d'amnésie au réveil, et l'hypnose peut être pratiquée par tous. En fait, durant une séance, les patients restent dans une conscience particulière de la situation, ils conservent leur libre arbitre, et s'ils n'ont pas confiance en la situation, quel que soit le degré de pratique du professionnel, une induction hypnotique ne pourra se faire sans le consentement du patient [6]. La question est alors de savoir si ces éléments ne signifient pas une expérience hypnotique, quelles sont les caractéristiques associées à cette pratique. Large et al. [12] synthétisent les cinq caractéristiques de l'hypnose :

- une absorption de l'attention : le patient en état d'hypnose est non seulement en éveil, mais dans un état d'attention soutenue qui va lui permettre notamment de se plonger avec une grande acuité dans son imaginaire, ses visualisations ;
- une sensation de détente mentale : même si cette dernière n'est pas suggérée, un patient en hypnose est plus relaxé qu'en état de conscience ordinaire ;
- une diminution du jugement et de la censure : lorsqu'une suggestion est proposée à un patient en état hypnotique, il la réalise ou la refuse, mais tout se passe comme si la suggestion

en question n'était pas soumise au filtre de la logique rationnelle. Ainsi, si l'on propose à un patient anxieux de visualiser puis desserrer un à un les nœuds qu'il ressent au ventre, il réalisera la suggestion si elle lui convient, mais ne se demandera pas si cette suggestion est réaliste ou non. L'effet facilitant de l'hypnose dans les suivis thérapeutiques réside beaucoup ici : elle permet de travailler autour des métaphores et analogies du patient de façon plus simple que si les processus d'intellectualisation étaient totalement à l'œuvre ;

- une modification du rapport à l'espace et au temps : la perception de la durée des choses varie en état hypnotique (une séance de 15 minutes peut en paraître cinq ou trente), tout autant que les ressentis corporels et la façon dont l'image du corps est perçue (là aussi, pouvant mener à un travail spécifique, comme auprès des personnes anorexiques) ;
- une expérience de réponse quasi automatique : il s'agit là sans doute de la dimension la plus caractéristique de l'hypnose, que les Canadiens nomment parfois « principe d'involontarité ». En hypnose, le sujet a l'impression que ce qui se produit se passe sans son intervention propre (alors même que c'est évidemment le cas). Ainsi, si l'on propose à un patient que son bras se soulève peu à peu par la légèreté qu'il retrouve à mesure qu'une solution se dessine à son problème, le patient va ressentir sa main se soulever « toute seule », de façon quasi automatique, sans son intervention volontaire.

On perçoit ainsi que l'expérience du patient, son vécu hypnotique, sont profondément singuliers, et très différents par exemple d'un suivi par la parole. L'intérêt de ce vécu est qu'il facilite le travail des suggestions (si le patient en ressent l'intérêt), dans un état d'éveil paradoxal et soutenu, où une logique proche du rêve prend le pas sur une logique rationnelle.

### 4. INDICATIONS

L'intérêt d'une pratique de l'hypnose dans le champ de la psychothérapie (« hypnothérapie ») se situe dans le fait qu'elle propose une façon différente d'appréhender des troubles présentés par patient, que ceux-ci soient à dominante somatique ou psychique. Ainsi, on peut tout autant se centrer sur le sentiment d'inertie qu'un patient dépressif peut exprimer pour en comprendre l'expression, que l'aborder hypnotiquement par le biais des perceptions qui en résultent : où se situe cette lourdeur à agir, comment s'exprime-t-elle actuellement, que faire pour en diminuer l'intensité, la faire migrer dans le corps, ou effectuer toute autre manœuvre qui permettrait de faciliter une certaine malléabilité de ce symptôme ?

Les indications de l'hypnose sont ainsi assez larges : elles concernent toute la psychopathologie « traditionnelle », ainsi que certains troubles somatiques (douleurs, dermatologie. . .). Elle ne possède qu'une contre-indication : les états d'expression délirante active, puisque dans ces moments, le patient n'est plus en lien avec son praticien [4]. Si on parle beaucoup de l'hypnose dans le champ de la dépendance à la cigarette et du contrôle alimentaire, il est important de préciser que l'hypnose

n'est pas magique, elle facilite « simplement » certains processus de changement. Par exemple, pas d'arrêt du tabac sans travail autour de la motivation (aidé certes par hypnose), et sans adaptation au profil du patient en face de soi. Sinon, il est clair que la méthode hypnotique ne pourra faire mieux que les autres modalités possibles de prise en charge.

## 5. CONCLUSION

L'hypnose est une méthode ancienne, au centre de l'histoire des psychothérapies, dont la pratique est maintenant renouvelée et soutenue par des connaissances scientifiques précises. Si son renouveau est fortement inscrit dans le champ de la psychologie médicale et de celui de la douleur en particulier, pour autant elle conserve son intérêt en pratique psychopathologique [2].

Si la méthode Ericksonienne est la plus connue et pratiquée au monde (car elle s'articule bien à la pratique de professionnels différents : psys, somaticiens, infirmiers...), d'autres méthodes existent également. Citons en particulier l'hypnoanalyse, à l'articulation entre la cure type et le dispositif hypnotique standard, en encore le rêve éveillé « post-Desoille ».

Beaucoup des leviers thérapeutiques de l'hypnose ont été identifiés. Citons trois des principaux : dissociation, dynamique relationnelle et travail des analogies du discours. C'est d'ailleurs parce que l'hypnose utilise en plein les analogies du discours via l'utilisation de métaphores thérapeutiques qu'elle est aussi en lien avec la question psychosomatique, elle-même affaire d'analogies [3].

Tout n'est pas encore connu du fonctionnement hypnotique, et des recherches se poursuivent, mais on est maintenant très éloigné de l'image un peu ésotérique que l'hypnose donnait

d'elle-même il y a encore trente ans, et son intérêt dans le large éventail des psychothérapies est maintenant bien établi.

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

## RÉFÉRENCES

- [1] Barrucand D. Histoire de l'hypnose en France. Paris: PUF; 1967.
- [2] Bioy A. L'aide-mémoire de psychologie médicale et de psychologie du soin. Paris: Dunod; 2012.
- [3] Bioy A, Keller PH. Hypnose clinique et principe d'analogie. Bruxelles: DeBoeck; 2009.
- [4] Bioy A, Wood C, Celestin-Lhopiteau I. L'Aide mémoire d'hypnose. Paris: Dunod; 2010.
- [5] Bioy A. Freud et l'hypnose. Une histoire complexe. *Perspect Psy* 2008;47:171–84.
- [6] Bioy A. L'hypnose. Paris: InterEditions; 2007.
- [7] Brosseau G. L'hypnose – une réinitialisation de nos cinq sens. Paris: InterEditions; 2012.
- [8] Celestin-Lhopiteau I. Changer par la thérapie. Paris: Dunod; 2011.
- [9] Crocq L. Les traumatismes psychiques de guerre. Paris: Odile Jacob; 1999.
- [10] Faymonville ME, Laureys S, Degueldre C, et al. Neural mechanism of antinociceptive effects of hypnosis. *Anesthesiology* 2000;92:1257–67.
- [11] Janet P. Névroses et idées fixes. Paris: Alcan; 1898.
- [12] Large, et al. Proceedings of the 10th World Congress on pain. *Prog Pain Res Manage* 2003;24:839–51.
- [13] Mesmer FA. Mémoires de FA Mesmer sur ses découvertes. Paris: BNF; 1798–2012.
- [14] Palaci J. Empathie et relation. In: Stengers I, editor. Importance de l'hypnose. Le Plessis Robinson : Les empêcheurs de penser en rond; 1993. p. 219–30.
- [15] Rainville P. Neurophénoménologie des états et des contenus de conscience dans l'hypnose et l'analgésie hypnotique. *Théologiques* 2004;12:15–38.
- [16] Roustang F. Il suffit d'un geste. Paris: Odile Jacob; 2003.