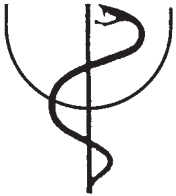


# L'hypnose en pratique ambulatoire

Tawfik Chamaa



## Introduction

La pratique d'une activité thérapeutique permet de constater dans de nombreuses situations l'influence que peut exercer la dimension psychologique sur les symptômes physiques et inversement.

Cette interaction peut expliquer en particulier les effets thérapeutiques appartenant à la sphère de la suggestion, qui s'étend de l'effet placebo jusqu'à la relation soignant-soigné exprimée à travers diverses approches libellées sous différents noms (hypnose, sophrologie, PNL).

L'hypnose, en tant qu'technique, s'inscrit dans le cadre d'une prise en charge globale, bio-psycho-sociale, qui s'intègre à la pratique médicale dans son ensemble [4].

Selon la Société Médicale Suisse d'Hypnose (SMSH), l'hypnose se définit comme «une forme de communication au plan verbal et non verbal centrée sur le patient. Ainsi, on aide le patient à atteindre un état de transe de profondeur variable où l'être humain peut se vivre à un autre niveau de conscience (état de conscience modifié): non pas rationnel, analytique et influencé par la volonté, mais au contraire intuitif, plein de fantaisie et centré sur le sensoriel. Cette forme de communication particulière approfondit la relation patient-médecin et il est ainsi possible de promouvoir de manière significative des capacités créatrices et le potentiel d'autogénération du patient».

## L'hypnose du passé au présent

La technique hypnotique a traversé les âges et les cultures sous différents noms (magnétisme, somnambulisme, exorcisme [1]) en faisant appel à des méthodes d'induction toutes aussi variées qu'originales. Plusieurs cultures ancestrales continuent à faire l'amalgame entre les pratiques de médecines traditionnelles et l'hypnose en tant qu'technique thérapeutique reconnue. Cette confusion s'étend même à une partie du milieu médical qui considère encore l'hypnose comme l'une des techniques des médecines dites parallèles [2].

L'utilisation de l'hypnose dans les milieux académiques a commencé dans les premières

décennies du vingtième siècle, années charnières qui avaient permis sa reconnaissance comme une méthode scientifiquement reproductible [1,6].

Actuellement l'hypnose est une pratique médicale courante. Elle est reconnue et enseignée dans un grand nombre d'universités de par le monde.

## Indications à l'hypnose médicale

Les indications à l'hypnose dans le cadre de la médecine ambulatoire sont assez nombreuses (Tableau 1) [3, 4, 7].

Chez les praticiens de premier recours, l'importance des manifestations psychosomatiques comme motif de consultation pourrait donner à l'hypnose un certain intérêt pour l'avenir.

La gestion d'une plainte par l'hypnose ne peut, et à aucun moment, se passer de la considération prioritaire du symptôme en tant que signal d'alarme d'une pathologie, somatique, psychosomatique ou purement psychiatrique [3, 5]. L'examen clinique détaillé ainsi que des investigations complémentaires sont indispensables afin d'exclure toute entité traitable par des méthodes médicamenteuses ou chirurgicales (ex. une méningite ou un tunnel carpien, pour prendre des exemples symbolisant les douleurs aiguës et chroniques). Dans un deuxième temps, et après l'éventuel traitement antibiotique ou chirurgical, il n'est pas exclu de recourir à l'hypnose pour alléger des céphalées (séquellaires d'une méningite) ou des dysesthésies résiduelles (suites d'une cure d'un tunnel carpien).

### Comment induire un état hypnotique? (induction)

Tout en se basant sur des techniques reconnues (fixation: du regard sur un point, de l'attention sur le rythme respiratoire, sur une idée ou un souvenir agréable), chaque induction doit être personnalisée en fonction du patient, son histoire, ses symptômes et ses attentes. Cette première phase peut durer quelques minutes. Elle vise à obtenir une dissociation entre les perceptions conscientes du monde extérieur et le fonctionnement intérieur du patient. Ce dernier laisse sa vigilance s'atténuer et lâche prise (fermeture des paupières avec quelques frémissements transitoires,

relâchement musculaire apprécié en particulier au niveau du visage, une respiration régulière, profonde et bien rythmée). Ces signes indiquent qu'une transe hypnotique est en cours. C'est à ce moment que le thérapeute peut accompagner son patient en suggérant des consignes hypnotiques basées sur la nature de la plainte, l'histoire du patient et l'expérience propre du soignant en matière d'hypnose.

### Cas cliniques

Trois cas prétextes vont nous aider à envisager l'hypnose dans le cadre d'une activité ambulatoire d'un médecin de premier recours. Le premier est celui d'une paralysie de conversion suite à un accident de la route, le deuxième est une douleur disproportionnée par rapport à son substrat organique, celui d'une entorse bénigne, et le troisième est une énurésie nocturne chez un jeune garçon.

#### Premier cas

Un jeune homme de 20 ans a été victime d'un accident de la circulation. Conducteur d'une voiture qui s'était précipitée dans un ravin, les secouristes durent employer des moyens spectaculaires pour le sortir de la carcasse de son véhicule. Il était choqué émotionnellement. Il présentait une paralysie complète du membre inférieur gauche, les territoires de cette para-

lysie s'arrêtant net au pli inguinal et ne correspondaient à aucune délimitation neurologique. Les radiographies du rachis cervico-dorso-lombaire ainsi que celles du membre inférieur ne montraient aucune fracture. Les parties molles étaient également conservées hormis quelques contusions et ecchymoses superficielles. Le patient fut adressé au service d'urgence pour une suspicion d'une contusion médullaire nécessitant un avis neurochirurgical. En attendant l'arrivée du chirurgien, le statut neurologique soulignant une paralysie atypique fut complété par une induction hypnotique facilitée par l'état de choc émotionnel. Une lévitation spontanée du membre supérieur gauche fut obtenue facilement. Le membre inférieur gauche prétendument paralysé put se mettre également en lévitation répondant aux consignes d'imitation entre les deux membres. Durant cette transe de brève durée, la mobilité et la sensibilité du membre en question ont pu être vérifiées et se sont avérées intactes. A la «sortie» de l'hypnose, une consigne post-hypnotique fut suggérée. Ainsi, une fois réveillé, le patient demanda d'aller aux toilettes pour vider sa vessie, ce qu'il a fait spontanément en se mettant debout sur ses deux jambes et en marchant sans aucune aide ni boiterie. La reprise de l'histoire récente du patient révéla un accident dramatique de la circulation qui avait touché un ami proche, le rendant paraplégique. Une longue discussion (débriefing) suivit cette récupération toute aussi complète que surprenante.

#### Deuxième cas

Une jeune femme de 26 ans se présenta en urgence pour une importante douleur à la cheville droite consécutive à une entorse. Elle ne pouvait plus s'appuyer sur le pied et se faisait aider par une amie pour se déplacer. Elle était tendue et refusait de patienter à la salle d'attente considérant son problème comme majeur. La priorité lui fut accordée dans la mesure où aucune autre urgence ne se présenta au même moment.

L'examen clinique s'avéra très difficile. Il se limita à l'observation d'une tuméfaction malléolaire externe, la palpation étant impossible et encore moins la mobilisation passive ou active. La radiographie pour exclure une fracture s'imposait. L'anamnèse soulignait, avec émotion et larmes, une grossesse dans sa sixième semaine, rendant la pratique de la radiographie peu souhaitable. Les

Tableau 1. Indications à l'hypnose médicale.

Douleurs	aiguës: anesthésie locale (suture, réduction d'une luxation ou d'une fracture); douleurs dentaires; aide à l'accouchement
	chroniques: arthrose; lombalgies chroniques; métastases; migraine/céphalées chroniques; névralgies
Troubles psychosomatiques	stress management; asthme*; hypertension artérielle*; anxiété; troubles sexuels; ulcère gastro-duodénal*; côlon irritable (spastique); trouble panique; phobies; stomatite aphteuse récidivante; acouphènes (tinnitus); algodystrophies (maladie de Sudeck)*; obésité / polyphagie; anorexie; syndrome d'hyperventilation (spasmophilie)
Dermatologie	prurit; urticaire; psoriasis*; verrues; herpès; ichtyose
En tant qu'adjonction thérapeutique lors de gestes techniques (biopsies, sondages); chimiothérapie	
Autres indications	troubles de sommeil; dyskinésies; hoquet; blépharospasmes; maladie de Parkinson; sclérose en plaque; bégaiement; troubles de transit; incontinence urinaire; désaccoutumance: tabac, alcool*, toxicomanie*, somnifères*; maladies auto-immunes*

\* Indications du type *adjonction* aux traitements médicamenteux.

larmes accompagnant l'annonce de la grossesse étaient liées à un conflit de couple survenu récemment. Un moment d'écoute avec empathie lui fut accordé. Puis, des consignes de détente et de relâchement ont donné une transe hypnotique d'une profondeur moyenne, ce qui permit de compléter l'examen clinique: pas de fausse mobilité, ni craquement, ni laxité ligamentaire majeure. Le diagnostic d'une entorse bénigne fut retenu et celui d'une fracture ou d'une entorse majeure fut confortablement exclu sans passer par la radiographie. Une simple bande élastique avec un AINS local ont été appliqués.

#### *Troisième cas*

Un jeune garçon de 12 ans se présenta avec sa mère pour un problème d'énurésie nocturne d'apparition récente. Cette apparition concordait avec la disparition tragique du père causée par une maladie foudroyante huit mois auparavant. Le bilan urologique ne démontra pas de problèmes organiques. La prise en charge psychiatrique ne put améliorer l'énurésie. Dans l'anamnèse, on releva un intérêt particulier du patient pour le surf/monoski comme l'une de ses activités sportives préférées. Il était fier de ses performances, encouragées autrefois par le père. Plusieurs séances d'hypnose, imagée par le déroulement d'une descente en surf, un parcours mentalement simulé lors de l'état de transe hypnotique, permirent de focaliser son intérêt sur la performance sportive plutôt que sur l'éventuelle sensation d'une vessie bien remplie qui demandait à être vidée au plus vite. L'intérêt pour le parcours sportif avait réussi à remettre l'ordre des priorités dans le bon sens. Il fallait attendre la fin de la descente pour se soulager. Dans un deuxième temps, l'apprentissage de l'*autohypnose* [1] eut pour but de visualiser le début d'une descente en surf, juste au moment de sa mise au lit avant l'entrée en sommeil. Les suites furent favorables et l'énurésie fut éradiquée.

### **Discussion**

On peut facilement distinguer entre l'application de l'hypnose dans le cadre de l'urgence de celle qu'on envisage dans les situations chroniques.

En effet, l'induction hypnotique dans la première situation était facilitée par l'état de choc émotionnel lié aux circonstances de

l'accident. L'entrée en matière par rapport à l'hypnose peut se faire, en cas d'urgence, d'une façon tacite, sans l'annoncer au patient en tant que telle, ce qui donne au praticien une liberté d'action correspondant à la diligence exigée par la situation.

Quant aux problèmes chroniques (3<sup>e</sup> cas), un entretien préalable impliquant l'anamnèse détaillée, les antécédents personnels et familiaux, en passant par les hobbies et les phobies éventuels, sont indispensables à l'entrée en matière, explicite, de l'hypnose. Les attentes doivent être tempérées, redonnant ainsi au patient autant de responsabilité que de contrôle.

La durée de la prise en charge doit être planifiée dans le temps, un schéma thérapeutique peut être dressé dès la première consultation. Les objectifs clairement fixés et une «pause» d'évaluation du travail accompli doivent être également programmés après un certain nombre de séances.

Le dénominateur commun des cas précités est celui de l'écoute active.

Le rejet du patient de l'examen médical (palpation, 2<sup>e</sup> cas), est à chaque fois un élément-clé qui conduit vers la «vraie» pathogenèse: des circonstances psychoaffectives, à prendre en considération, qui sont souvent extérieures à la plainte motivant la consultation. L'éventuelle insistance du médecin sur la priorité à donner à la *maladie* sans s'occuper des priorités propres au *malade* n'aboutit qu'à des déceptions. Le symptôme représente dans chaque cas un vécu marquant (non résolu) pour le patient.

Dans le premier cas, c'est l'accident dramatique rendant paraplégique l'ami du patient qui était à l'origine d'une projection hystérisiforme.

Dans le deuxième cas, c'est le conflit de couple dans une période de fragilité émotionnelle, telle qu'une grossesse, qui a produit la fixation sur le symptôme (la douleur de la cheville) et son amplification disproportionnée. La prise en considération de la plainte dans son contexte familial a permis la diminution des douleurs en les ramenant à un seuil supportable.

Le troisième cas est l'exemple d'une symptomatologie chronique dont le substrat organique est absent. La pathogenèse réside dans un deuil non résolu. L'hypnose a donné au patient la possibilité de procéder à une certaine résolution.

## Conclusion

L'utilisation de l'hypnose en pratique médicale quotidienne peut apporter un complément précieux, diagnostic et thérapeutique. A cela peut même s'ajouter une certaine dimension économique: le coût des investigations supplémentaires peut être substantiellement réduit dans la mesure où cette approche vise, en premier, à atténuer les appréhensions du patient, l'une des sources de la multiplication des examens complémentaires.

Cette approche globale ajoute ainsi à la palette thérapeutique du médecin du premier recours un instrument incisif dont le maniement, avec certaine expérience, permet d'apporter une amélioration tangible dans des situations bien précises.

### A savoir:

- 1 L'hypnose est un état naturel que la majorité des personnes peut atteindre.
- 2 L'hypnose est un état de conscience modifié, différent du sommeil et de la perte de connaissance.
- 3 L'hypnose clinique vise uniquement à obtenir des effets thérapeutiques.
- 4 Un hypnotiseur est une personne qui a acquis des connaissances et applique des techniques. Rien de mystérieux ...

- 5 Les personnes hypnotisables ne sont pas particulièrement faibles ou malades.
- 6 L'hypnotiseur accompagne la volonté de l'hypnotisé, sans la contraindre, pour solliciter les changements souhaités.
- 7 Le sujet n'est pas sous le contrôle de l'hypnotiseur qui l'obligerait à faire des choses qu'il ne ferait pas habituellement ou l'entraînerait à révéler des secrets.
- 8 Les femmes et les hommes ont un degré d'hypnotisabilité semblable.
- 9 La suppression du symptôme n'entraîne pas l'apparition d'un nouveau symptôme.

### Références

- 1 Arcas G. Guérir le corps par l'hypnose et l'autohypnose. Ed. Sand 1997.
- 2 Barraud Ph. Paranormal (300 médecines parallèles en Suisse). L'Hebdo;2001;18.
- 3 Bourgois Ph. Les possibilités et les limites de l'hypnose: quelques repères. Perspectives Psychiatriques 1983;11;91.
- 4 Chamaa T. Indications à l'Hypnose Clinique. Brochure d'information. 1994.
- 5 Lalond, Grunberg. Psychiatrie Clinique – Approche bio-psyco-sociale – (Danger de l'hypnose P. 1235);Ed. Gaëtan Morin 1988.
- 6 Pauli HG, Balsiger PW, et al. Evolution de la pensée et de l'activité médicale – une chance à saisir. Bulletin des médecins suisses, 1993;74.
- 7 Rhue WJ, Lynn SJ, Kirsch I. Handbook of Clinical Hypnosis. Ed. American Psychological Association. Washington, DC. 1994.