

L'hypnose: réalités scientifiques

Dans notre premier article (id 11 du 21 mars), nous avons abordé ce qu'était l'hypnose, en précisant ce qu'elle n'était pas. Nous vous proposons aujourd'hui de poser un autre regard sur l'hypnose : que nous dit la science, de l'hypnose ?

Marie-Laure Grard Bobo

*Exercice libéral, Montpellier
Ancien attaché hospitalier, Service de prothèse
Responsable scientifique du DU d'Hypnose Dentaire,
Faculté d'odontologie, Montpellier
Formateur IMHEM*

Vianney Descroix

*Professeur en sciences biologiques, Université Paris Diderot
Praticien hospitalier, Service d'Odontologie, Pitié-Salpêtrière
Consultation de la douleur chronique et hypnose médicale
Enseignant pour l'Institut Français d'Hypnose*

L'hypnose n'est qu'un mot. Nous, occidentaux, l'utilisons pour décrire tout à la fois :

- un état : « être en hypnose », mais où sommes-nous quand nous sommes en hypnose ?
- un processus : comment accéder à cet état ?
- un vécu : que vivons-nous quand nous sommes en hypnose ?
- une procédure : « pratiquer l'hypnose », comment faire en sorte qu'un patient accède à cet état ?

L'hypnose est un état

Il y a eu débat autour de la question de l'état. Légitimement, on souhaitait savoir si l'hypnose existait, ou si elle n'était qu'illusion. Depuis plus de cinquante ans, les controverses sur la nature de l'hypnose foisonnent de réflexions toutes plus exaltantes les unes que les autres. Pour le courant non étatiste, proche des théories de la cognition sociale*, l'hypnose n'est qu'un jeu de rôle, un faire semblant, une illusion, un simple plaisir de l'imagination ou de désirabilité sociale.

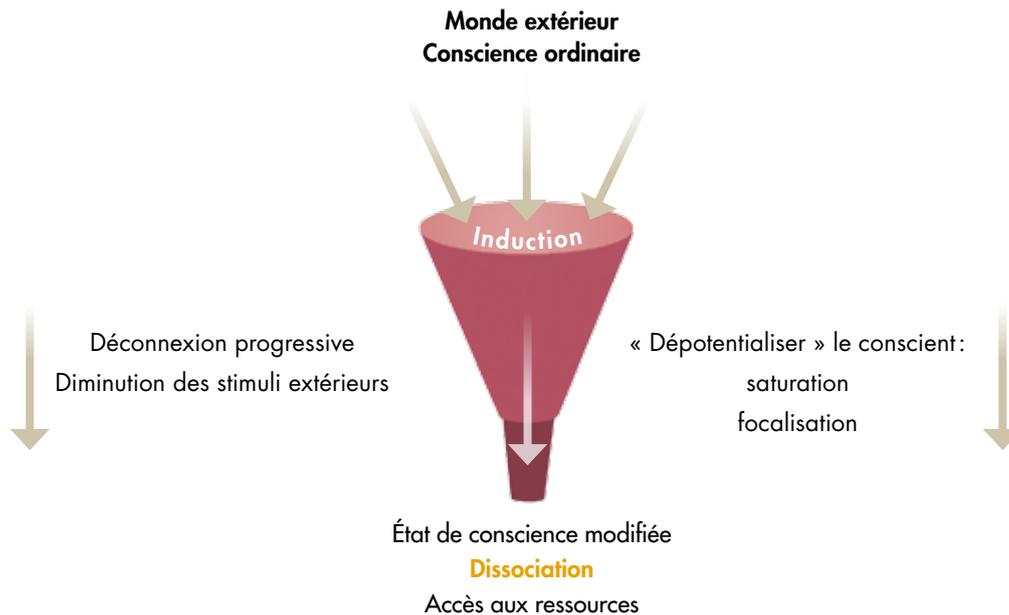
Avec la fin du XX^e siècle, et l'avènement de la neuro-imagerie fonctionnelle, les scientifiques ont pu observer le fonctionnement d'un cerveau en état d'hypnose. L'état

hypnotique a ainsi été validé en tant qu'activité cérébrale spécifique, différente d'autres états de conscience, comme ceux de la veille, du sommeil, du coma. Compte tenu de ces données biologiques, nous considérons aujourd'hui que l'hypnose est un état de conscience modifiée. La définition internationale de l'hypnose la plus récente (2014 [1]) la propose comme un « état de conscience impliquant une focalisation de l'attention avec une attention périphérique diminuée, et caractérisé par une capacité accrue à répondre à la suggestion ».

Alors que la doxa disait que l'hypnose relevait du lâcher prise, Pierre Rainville, avec son travail sur l'observation du fonctionnement cérébral, montre dès 1999 [2], qu'au contraire, l'hypnose est focalisation de l'attention et détente mentale.

Depuis, David Spiegel a mis en évidence que l'on pouvait observer deux choses en état d'hypnose. D'une part, une diminution de l'activation des régions cérébrales qui évaluent le contexte, le sujet est alors focalisé sur une chose, un détail, et ce qui est autour s'estompe. D'autre part, une augmentation des connexions entre différentes régions du cerveau, ce qui permet au sujet de mieux contrôler ses réactions physiques en réponse à des pensées, des facteurs de stress [3]. Au final, en état d'hypnose, le sujet présente une réduction de la conscience de soi et une forme de détachement. Le travail de l'équipe de David Spiegel valide ainsi d'un point de vue neurobiologique les grandes caractéristiques du vécu hypnotique : une absorption de l'attention, un détachement, une expérience de réponse quasi-automatique (le principe d'involontarité).

L'état d'hypnose peut aussi être décrit à travers la notion de dissociation. Il est important de faire la distinction entre la dissociation pathologique, présente dans la schizophrénie et décrite par Janet et Bleuler, et la dissociation physiologique, associée au processus hypnotique.



La dissociation hypnotique fut décrite par le psychologue américain Ernest Hilgard (1904-2001) et ses travaux sur l'observateur caché: le sujet est simultanément acteur et observateur de lui-même. La dissociation est au cœur de l'état hypnotique.

Ces définitions ne doivent pas occulter que l'hypnose n'est pas qu'un état, c'est un vécu, un processus, une mise en mouvement, une rencontre, une alliance, c'est avant tout une expérience.

Ainsi, selon le psychologue Antoine Bioy**, l'hypnose est une mode de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi. C'est pour cela que la pratique de l'hypnose tient nécessairement compte de ce qui se joue entre le sujet et le praticien, du contexte dans lequel est pratiquée l'hypnose, d'un degré de suggestibilité, mais encore de l'expérience corporelle que cela génère. L'état d'hypnose ne peut être obtenu sans tenir compte de la relation.

L'hypnose est un processus

Il est possible d'accéder à cet état de transe, de dissociation, de plusieurs façons:

- spontanément: des trances naturelles, physiologiques, se produisent selon un cycle de 90 minutes environ;
- guidé par un praticien formé: ce sont des trances induites;
- en pratiquant l'autohypnose: ce sont des trances auto induites.

Même si plusieurs voies sont donc possibles, une seule porte d'entrée existe, l'induction. L'induction va permettre de se réorienter, par focalisation sur une pensée, un objet, une sensation..., de l'extérieur vers l'intérieur. C'est la porte d'entrée de l'état de conscience modifié, comme le montre le schéma 1.

Une chose est certaine, quand bien même cet état est tout à fait naturel, l'hypnose dans le soin nécessite, de la part du soignant, des efforts et du travail.

L'hypnose est un vécu

Il est admis que l'hypnose est une thérapie à médiation corporelle. La transe provoquée et vécue par le sujet permet de mobiliser des ressources nécessaires pour modifier le symptôme (douleur, peur, anxiété, phobie...). C'est parce que le sujet vit ce qu'il vit durant la transe, que l'hypnose est thérapeutique. La phénoménologie de l'hypnose est exceptionnellement riche, puisqu'elle est totalement subjective. C'est la personne qui vit la transe qui sait de quoi elle est faite. Les travaux les plus récents, notamment ceux de l'équipe de Derbyshire [4], montrent qu'alors que nous pouvons tous répondre à des suggestions en dehors de l'hypnose, lorsque nous sommes en transe, nous devenons particulièrement suggestibles. La transe est une sorte de catalyseur à suggestions!

* Ensemble des processus cognitifs impliqués dans les interactions sociales.

** Professeur de psychologie clinique et psychopathologie, université Paris 8.

À la question : « L'hypnose, est-ce que ça marche ? », la réponse est oui, et ce n'est pas si simple. En effet, les variations interindividuelles sont très importantes. Malgré cela, il est indispensable, d'un point de vue éthique, de pouvoir évaluer les effets de cette pratique. Un rapport très sérieux et complet de l'Inserm a été publié en 2015 [5]. Il concerne l'« Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose ». Il met en évidence de manière indiscutable l'intérêt de l'hypnose dans deux indications : l'anesthésie (sédation et douleur) et l'accompagnement de personnes souffrant du syndrome de l'intestin irritable. L'utilisation de l'hypnose à visée antalgique est reconnue par les instances sanitaires, et la Sécurité sociale lui a octroyé un code CCAM : ANRP001.

Les liens entre hypnose et douleur, la recherche de l'anesthésie hypnotique, ne datent pas d'aujourd'hui. Dès 1843, le chirurgien anglais John Elliotson rapporte une chirurgie durant laquelle la seule anesthésie pratiquée était celle de l'hypnose. En 1859, en France, Paul Broca et Eugène Azam rendent compte devant l'Académie des sciences d'une intervention chirurgicale pratiquée sous anesthésie hypnotique.

L'utilisation de certaines suggestions lors d'une transe hypnotique provoquée peut agir sur l'une et/ou l'autre composante de la douleur. Un travail séminal de Pierre Rainville [8] a mis en évidence une diminution de l'activité du cortex cingulaire antérieur (partie affective) lors de l'utilisation de suggestions réduisant l'aspect émotionnel de la douleur. D'autres travaux montrent que les suggestions ciblant l'intensité de la douleur modulent les activités des aires sensorielles, notamment le cortex somatosensoriel et/ou l'insula. De manière encore plus spectaculaire, différentes études montrent un effet de l'hypnose sur les voies spinales de la douleur, notamment par modulation du réflexe cutané, des modifications électromyographiques des masséters, ou encore des réactions musculaires des chevilles. Cela confirme la façon dont la transe hypnotique peut agir directement sur les conductions nerveuses.

Et pour finir de vous convaincre, sachez que l'équipe de Stuart W.G. Derbyshire, en 2004, a suggéré une expérience douloureuse chez des sujets en état d'hypnose. Ils ont obtenu l'activation des mêmes aires cérébrales de la douleur que celles qui sont activées durant une véritable expérience douloureuse. On peut induire une douleur, on peut diminuer une douleur grâce à l'hypnose : c'est l'hypno analgésie, hypno anesthésie.

Autant d'études scientifiques qui mettent en avant que le vécu en transe hypnotique ne relève pas d'une simple

distracted ou relaxation. Dans le cas du travail avec la douleur, la personne en transe hypnotique accède à une modification de la perception de la sensation douloureuse, et, de façon concomitante, du désagrément lié à cette perception : « Je ressens moins la sensation douloureuse, et ce que je ressens, je ne lui apporte que peu d'intérêt ! »

L'hypnose est une procédure

Pour terminer cet article, quelques mots pour évoquer la procédure. La question est de savoir comment accéder, ou comment nous permettre de faire accéder un patient, à cet état. Et tout cela, bien sûr, à un moment stratégique pour nous ! Comment et quelles suggestions utiliser pour déclencher une anesthésie, une sensation de confort ? Que faire en hypnose pour permettre à un patient anxieux, nauséux, d'accéder aux soins dentaires et donc à la santé buccale ?

Comme nous l'avons évoqué, permettre à un patient de mobiliser ses ressources accessibles en état d'hypnose relève d'un véritable travail. Ce travail, cette procédure s'apprennent et nécessitent une phase d'apprentissage clinique. Même si un temps plus ou moins long semble nécessaire pour parvenir à un certain niveau, des procédures simples peuvent changer l'exercice du chirurgien dentiste. L'utilisation de l'hypnose en dentaire trouve alors naturellement sa place dans nos exercices. 

Bibliographie

1. Elkins GR, Barabasz AF, Council JR, Spiegel D. Advancing research and practice: the revised APA Division 30 definition of hypnosis. *Am J Clin Hypn* 2015; 57 (4): 378-385.
2. Rainville P et al. Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion. *J Cogn Neurosci* 1999; 11 (1): 110-125.
3. Jiang H, White MP, Greicius MD, Waelde LC, Spiegel D. Brain activity and functional connectivity associated with hypnosis. *Cereb Cortex* 2017; 27 (8): 4083-4093.
4. Derbyshire SW, Whalley MG, Oakley DA. Fibromyalgia pain and its modulation by hypnotic and non-hypnotic suggestion: an fMRI analysis. *Eur J Pain* 2009; 13 (5): 542-550.
5. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissar B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose – Inserm. 2015
6. Rainville P, Duncan GH, Price DD, Carrier B, Bushnell MC. Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science* 1997; 277 (5328): 968-971.

Correspondance
dr.grardbobo@wanadoo.fr
drvdescroix@gmail.com