



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1  
ANNÉE 2007

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY  
N°

## **THESE**

pour obtenir le grade de

### **DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement  
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

**Carole HILPERT-FLORY**

le 12 octobre 2007

## **L'HYPNOSE ET SES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES**

### **A L'ENFANT ET L'ADOLESCENT**

Examineurs de la thèse :

M. D. SIBERTIN-BLANC,  
M. M. VIDAILHET,  
Mme C. VIDAILHET,  
Mme P. BUJON-PINARD,  
M. F. LEGRAND,

Professeur, Président  
Professeur, Juge  
Professeur, Juge  
Docteur en Médecine, Juge  
Docteur en Médecine, Juge

**FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY**

-----

**Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE**

**Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER**

**Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE**

**Asseseurs :**

du 1<sup>er</sup> Cycle :

**M. le Professeur François ALLA**

du 2<sup>ème</sup> Cycle :

**M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**

du 3<sup>ème</sup> Cycle :

**M. le Professeur Marc BRAUN**

de la Vie Facultaire :

**M. le Professeur Bruno LEHEUP**

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND

=====

**PROFESSEURS HONORAIRES**

Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT

Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE –

Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT

Gérard DEBRY – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET

Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES

Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT -

Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU - Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT

Michel WEBER – Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Hubert GERARD

Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN – Michel STRICKER – Daniel BURNEL – Michel VIDAILHET – Claude BURLET –

Jean-Pierre DELAGOUTTE – Jean-Pierre MALLIÉ – Danièle SOMMELET – Professeur Luc PICARD

Professeur Guy PETIET

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

**PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

**42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anatomie)**

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cytologie et histologie)**

Professeur Bernard FOLIGUET

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)**

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

-----

**43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)**

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)**

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

**44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)**

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Physiologie)**

Professeur Jean-Pierre CRANCE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Biologie Cellulaire (type mixte : biologique))**

Professeur Ali DALLOUL

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Nutrition)**

Professeur Olivier ZIEGLER

-----

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)**

Professeur Alain LOZNIEWSKI

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Parasitologie et mycologie)**

Professeur Bernard FORTIER

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)**

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

-----

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)**

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine et santé au travail)**

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)**

Professeur Henry COUDANE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)**

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUSSON

-----

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Hématologie ; transfusion)**

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)**

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Immunologie)**

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Génétique)**

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

-----

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)**

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Réanimation médicale)**

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)**

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Thérapeutique)**

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

-----

**49<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,  
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Neurologie)**

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI  
Professeur Xavier DUCROCQ

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Neurochirurgie)**

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE  
Professeur Thierry CIVIT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Psychiatrie d'adultes)**

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Pédopsychiatrie)**

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)**

Professeur Jean-Marie ANDRE – Professeur Jean PAYSANT

-----

**50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Rhumatologie)**

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)**

Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Dermato-vénéréologie)**

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)**

Professeur François DAP

-----

**51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pneumologie)**

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cardiologie)**

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)**

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)**

-----

**52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)**

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie digestive)**

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Néphrologie)**

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Urologie)**

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

-----

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Médecine interne)**

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS – Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie générale)**

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ayav AHMET

-----

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,  
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pédiatrie)**

Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET –  
Professeur Cyril SCHWEITZER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie infantile)**

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)**

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)**

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

-----

**55<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)**

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Ophtalmologie)**

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)**

Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

**A. PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

**64<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

**B. MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS  
HOSPITALIERS**

**42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anatomie)**

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cytologie et histologie)**

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)**

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

-----

**43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)**

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

-----

**44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)**

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Physiologie)**

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUUEL

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Nutrition)**

Docteur Didier QUILLIOT – Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

-----

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)**

Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Parasitologie et mycologie)**

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Docteur Marie MACHOUART

-----

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)**

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

**4<sup>ère</sup> sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)**

Docteur Pierre GILLOIS

-----

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Hématologie ; transfusion)**

Docteur François SCHOONEMAN

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))**

Docteur Lina BEZDETAYAYA épouse BOLOTINE

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Immunologie)**

Docteur Anne KENNEL – Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Génétique)**

Docteur Christophe PHILIPPE

-----

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,  
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)**

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)**

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

-----

**50<sup>ème</sup> Section : RHUMATOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Rhumatologie)**

Docteur Anne-Christine RAT

-----

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,  
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)**

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

**C. MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

**5<sup>ème</sup> section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE**

Monsieur Vincent LHUILLIER

-----

**40<sup>ème</sup> section : SCIENCES DU MÉDICAMENT**

Monsieur Jean-François COLLIN

-----

**60<sup>ème</sup> section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE**

Monsieur Alain DURAND

-----

**61<sup>ème</sup> section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

**64<sup>ème</sup> section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS  
Monsieur Franck DALIGAULT

-----

**65<sup>ème</sup> section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY  
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS  
Madame Natalia DE ISLA

-----

**66<sup>ème</sup> section : PHYSIOLOGIE**

Monsieur Nguyen TRAN

-----

**67<sup>ème</sup> section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE**

Madame Nadine MUSSE

-----

**68<sup>ème</sup> section : BIOLOGIE DES ORGANISMES**

Madame Tao XU-JIANG

=====

**D. MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS**

**Médecine Générale**

Professeur associé Alain AUBREGE  
Docteur Francis RAPHAEL  
Docteur Jean-Marc BOIVIN  
Docteur Jean-Louis ADAM  
Docteur Elisabeth STEYER

=====

**E. PROFESSEURS ÉMÉRITES**

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN - Professeur Daniel ANTHOINE  
Professeur Paul VERT - Professeur Pierre MATHIEU - Professeur Gilbert THIBAUT  
Mme le Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Alain BERTRAND - Professeur Jean-Pierre NICOLAS  
Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Marie-Claire LAXENAIRE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ  
Mme le Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Danièle SOMMELET  
Professeur Luc PICARD - Professeur Guy PETIET

=====

**F. DOCTEURS HONORIS CAUSA**

Professeur Norman SHUMWAY (1972)  
*Université de Stanford, Californie (U.S.A)*  
Professeur Paul MICHELSSEN (1979)  
*Université Catholique, Louvain (Belgique)*  
Professeur Charles A. BERRY (1982)  
*Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)*  
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)  
*Brown University, Providence (U.S.A)*  
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)  
*Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)*  
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)  
*Cornell University, Nashville (U.S.A)*  
Professeur Harry J. BUNCKE (1989)  
*Université de Californie, San Francisco (U.S.A)*

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)  
*Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)*  
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)  
*Université de Pennsylvanie (U.S.A)*  
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)  
*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)*  
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)  
*Université d'Helsinki (FINLANDE)*  
Professeur James STEICHEN (1997)  
*Université d'Indianapolis (U.S.A)*  
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)  
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des  
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*



A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur D. SIBERTIN-BLANC

Professeur de Pédopsychiatrie

Vous m'avez accepté dans votre service et m'avez accordé votre confiance.

Votre enseignement et votre grande expérience clinique ont beaucoup contribué à mon intérêt pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la Présidence de cette Thèse.

J'ai été très touchée par l'accueil bienveillant que vous m'avez réservé à cette occasion, et vous suis très reconnaissante de l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude.

A mon Juge

Monsieur le Professeur M. VIDAILHET

Professeur de Pédiatrie

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

J'ai eu l'occasion de bénéficier de votre collaboration et de votre savoir lors de ma pratique professionnelle.

Vous m'avez fait l'honneur de participer à mon Jury de Thèse et je vous en remercie.

A mon Juge

Madame le Professeur C. VIDAILHET

Professeur de Pédopsychiatrie

Vous m'avez fait l'honneur de participer à mon Jury de Thèse.

J'ai eu l'occasion de suivre et d'apprécier votre enseignement durant mon cursus.

Veillez acceptez l'expression de ma reconnaissance.

A ma Directrice de Thèse

Madame le Docteur P. BUJON-PINARD

Vous avez accepté de me diriger dans mon travail.

Je vous remercie pour votre aide et votre extrême patience.

A mon Juge

Monsieur le Docteur F. LEGRAND

J'ai eu la chance de travailler à vos côtés.

Votre savoir, votre sens de l'éthique et votre disponibilité de chaque instant m'ont beaucoup apporté.

Vos conseils m'ont été précieux.

Je vous remercie d'avoir accepté de juger cette Thèse.

A mes enfants :

Pauline, Pierre, Colin, Malo et Lucile,

Vous êtes mon bonheur et ma richesse.

A Joël mon compagnon de tous les jours pour son aide, sa patience, son soutien sans faille durant ces longues années. Avec tout mon amour.

A ma mère, malheureusement trop tôt disparue, qui m'a encouragé à choisir cette voie et n'a jamais douté de mes capacités.

A mon père, toujours présent et qui m'a épaulé durant toutes mes études.

A ma tante Blanche, pour son soutien et son aide.

A ma sœur, Valérie, pour ses conseils judicieux et son enthousiasme jamais fléchissant. A Jean-Luc, Lorette et Thomas.

A mes beaux-parents pour leurs encouragements.

A tous mes proches et tous mes amis, je ne peux tous vous citer, mais je vous remercie de m'avoir toujours encouragée.

Un remerciement tout particulier à Monique, pour son regard "littéraire".

## SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

*Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.*

*Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

# TABLE DES MATIERES

<b>Chapitre 1 : Historique</b>	<b>17</b>
I Le Magnétisme Animal	19
II Le Somnambulisme provoqué	25
A). La découverte de Puységur	25
B). Deleuze	27
C). De Villers	28
D). L'abbé De Faria	29
E). Bertrand	31
F). L'hypnotisme de Braid	34
G). Azam et Broca	36
III Charcot et l'école de la Salpêtrière	37
IV L'école de Nancy	42
A). Liébeault	42
B). Bernheim	45
C). Coué	51
V Freud et la naissance de la psychanalyse	53
VI Pierre Janet	69
VII Une lente réhabilitation de l'hypnose	79
<b>Chapitre 2 : Description du phénomène hypnotique</b>	<b>83</b>
I La transe hypnotique "classique"	85
A). L'induction	85
B). L'approfondissement de la transe	87
C). Un état de conscience modifié	90
D). Le réveil	93
E). Limites de cette description de l'hypnose classique	93
II L'hypnose expérimentale et la querelles des étatistes et non-étatistes	95



III	Données neuro-physiologiques actuelles	106
	A). Données électroencéphaliques	106
	B). Données de l'imagerie fonctionnelle cérébrale	107
IV	Peut-on définir l'hypnose actuellement ?	112
<b>Chapitre 3 : Hypnose et psychothérapie</b>		<b>116</b>
I	L'hypnose traditionnelle	122
II	L'hypnose Ericksonienne	123
III	L'hypno-analyse	127
IV	Le rêve-éveillé en hypnose	128
V	L'hypnose en thérapie cognitive et comportementaliste	129
<b>Chapitre 4 : Utilisation de l'hypnose chez l'enfant</b>		<b>130</b>
I	Historique	131
II	Particularité de l'hypnose chez l'enfant	132
III	Les échelles de susceptibilité hypnotique	137
IV	Utilisation de l'hypnose chez l'enfant	142
	A). Utilisation de l'hypnose en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	142
	B). Les techniques utilisées	145
	C). Utilisation de l'hypnose en médecine pédiatrique	146
<b>Chapitre 5 : Illustrations cliniques</b>		<b>152</b>
I	Vignette clinique n°1	153
II	Vignette clinique n°2	162
III	Vignette clinique n°3	168
IV	Vignette clinique n°4	177
<b>Conclusion</b>		<b>184</b>
<b>Bibliographie</b>		<b>190</b>
<b>Annexes</b>		<b>199</b>

# **CHAPITRE 1**

## **HISTORIQUE**

L'utilisation de la transe et de la suggestion pour soulager les souffrances est connue de très longue date et pourrait confondre son origine avec celle de l'humanité. La vie, la mort, et tout ce qui les accompagne, paraissaient régis par de mystérieuses puissances. L'homme qui souffrait attribuait ses douleurs à la colère des dieux. Tous les peuples avaient leurs prêtres, sorciers ou autres medecine-men qui savaient communiquer avec les Dieux par différentes pratiques rituelles ou magiques.

Chez les grecs anciens, par exemple, les membres de la famille d'Orphée cultivaient la musique, la poésie, l'astrologie et la médecine. Des tables orphiques portaient des formules magiques qui servaient à l'art de guérir. Des cérémonies et des pratiques religieuses avaient lieu dans les temples d'Esculape pour obtenir des Dieux la guérison des malades. Les sanctuaires n'étaient ouverts aux profanes qu'après de nombreuses purifications, une abstinence sévère était prescrite. Esculape soignait par les paroles autant que par les médicaments. A quelques remèdes tirés du règne végétal, il ajoutait presque toujours des chants agréables ou des prières mystiques qu'on appelait "charmes".

Chez les hébreux, l'exercice de la médecine était entre les mains des lévites qui guérissaient les maladies en purifiant le corps et en faisant des sacrifices expiatoires. Plus tard, le don de guérir appartint aux prophètes. Puis, avec l'avènement du christianisme, ce furent les moines qui s'attribuèrent le pouvoir de guérir en multipliant les prières et les cérémonies religieuses pour combattre l'influence des puissances maléfiques sur les malades, avec, en parallèle à ces guérisons miraculeuses, des pratiques s'apparentant à la magie ou la sorcellerie.

Avec la fin du Moyen-Age et le début de la Renaissance, les connaissances dans le domaine de la chimie, la physique, l'astronomie ou encore la physiologie vont s'affiner. La théorie alchimique, selon laquelle un fluide universel permettrait de rendre la matière première vivante, va permettre aux alchimistes de donner une explication plus "rationnelle" aux phénomènes occultes. L'histoire retiendra Paracelse (1493-1541) qui utilisa la théorie du fluide universel pour procéder à des guérisons; il en admettait cependant le caractère "relationnel" : "*Supprimez l'imagination et la confiance et vous n'obtiendrez rien*" avait-il coutume de dire, et aussi "*Que l'objet de votre croyance soit vrai ou imaginaire, vous obtiendrez le même résultat.*"

## **I LE MAGNETISME ANIMAL**

Le lien entre l'action suggestive et les guérisons miraculeuses va se poursuivre encore longtemps. Mais de nouvelles idées voient le jour : en effet, et alors qu'on brûle encore des sorcières, un médecin allemand, Frantz Anton MESMER, soutient à Vienne, en 1766, une thèse intitulée "*De planetarum influxu in corpus humanum*" qui présente une théorie selon laquelle tous les corps vivants sont soumis à l'influence des astres par l'action d'un fluide magnétique universellement répandu. La maladie résulterait d'une mauvaise distribution du fluide dans les différents organes.

MESMER naquit en 1734 en pays souabe. Issu d'un milieu modeste, il étudia d'abord la théologie puis partit à Vienne pour y faire ses études de médecine.

Il fut fortement influencé par une démonstration de l'Abbé GASSNER, un exorciseur réputé qui avait obtenu de nombreuses guérisons en demandant au démon de manifester sa présence en reproduisant les symptômes dont se plaignaient les possédés. Le procédé selon lequel GASSNER provoquait une crise intéressa particulièrement MESMER qui l'appliqua à sa théorie sans recourir à l'exorcisme.

En mettant en application sa théorie, il commença à pratiquer la médecine magnétique. Il appliquait un ou plusieurs aimants sur l'organe malade pour drainer la mauvaise répartition du fluide. Cela déclenchait une crise qui, par le fait qu'elle rétablissait une distribution plus harmonieuse, permettait une disparition du symptôme.

Alors qu'il pensait au départ que le déclenchement de cette crise était la résultante du mécanisme physique produit par l'application de l'aimant, il s'aperçut rapidement que cette capacité à provoquer la crise salutaire ne résidait pas dans l'aimant lui-même : *"J'ai observé que la matière magnétique est presque la même chose que le fluide électrique et qu'elle se propage de même que celui-ci par des corps intermédiaires. L'acier n'est pas la seule substance qui y soit propre : j'ai rendu magnétique du papier, du pain, de la laine, de la soie...en un mot tout ce que je touchais, au point que ces substances produisaient sur les malades les mêmes effets que l'aimant."*(1)

Il conclut alors que ce principe curatif n'était pas dû à l'aimant mais au thérapeute lui-même, en émettant l'hypothèse de l'existence d'une force magnétique particulière aux êtres animés, qui pouvait se transmettre d'un sujet à un autre. Il abandonna donc l'usage de l'aimant.

Son traitement consista alors essentiellement à établir un rapport avec son malade en appuyant sur ses genoux ou en frottant ses pouces contre les siens, puis il entreprenait une série de passes destinées à faire circuler le fluide dans le corps du patient en déplaçant ses mains autour du corps du patient. Les malades affluaient à Vienne car Mesmer affirmait magnétiser tout ce qu'il touchait et ainsi guérir les affections les plus diverses.

Cependant, son manque de déontologie et la légèreté de ses mœurs ne tardèrent pas à lui attirer l'hostilité du milieu médical viennois. Un scandale l'obligea à quitter Vienne pour émigrer en France. Il arriva à Paris en 1778, au lendemain de la mort de Voltaire, et s'installa dans un hôtel particulier situé place de la Bourse. Son succès fut considérable. Sa doctrine, selon laquelle "*la nature offre un moyen universel de guérir et de préserver les hommes*" fut très bien reçue dans ce Siècle des Lumières. Mesmer se lia d'amitié avec Deslon, le médecin du Comte d'Artois, frère du roi, qui favorisa sa réputation, et fut protégé par la reine Marie-Antoinette.

Il recevait dans son hôtel, il dispensait sa technique dans une ambiance feutrée et très luxueuse. L'affluence fut telle que, même avec l'aide de son valet toucheur, il devint rapidement incapable de répondre à toutes les demandes.

Il construisit alors son célèbre baquet pour pouvoir organiser des séances collectives. Il s'agissait d'une vaste cuve remplie d'eau, d'éclats de verre, de pierres, de limailles et de tiges de fer qui émergeaient de manière à pouvoir toucher les malades entre lesquels une corde faisait circuler le fluide.

Mesmer, vêtu d'une robe de chambre de couleur lilas et chaussé de pantoufles dorées, se promenait entre les malades, pratiquant ses passes, appliquant ses mains sur les parties malades ou exerçant de longues pressions de ses doigts sur les hypochondres. Il suscitait des crises convulsives qui se prolongeaient dans des petites chambres particulières matelassées où l'on transportait le patient. Dans un coin de la pièce, un petit orchestre jouait différents airs qui ajoutaient à l'ambiance particulière.

Le succès du mesmérisme fut rapidement prodigieux.(42)

Le roi Louis XVI qui restait sceptique malgré l'engouement de sa femme et de son frère, nomma alors, en 1784, deux commissions chargées de l'examen scientifique du magnétisme animal. Elles réunissaient les plus grands noms de la science et de la médecine française, tels que le chimiste Lavoisier, le botaniste Jussieu ou Benjamin Franklin.

Ces commissions tentèrent tout d'abord de mettre en évidence la présence du fluide "magnétique". Ils ne purent que constater qu'il n'avait rien à voir avec l'électricité ou l'aimantation.

Dans l'incapacité d'objectiver ou de mesurer ce fluide, ils se concentrèrent sur les signes physiques visibles sensés affirmer la présence du fluide. Ces traitements par magnétisme furent reproduits dans un cadre expérimental : ses effets apparurent bien moins spectaculaires même si les patients évoquaient la présence de sensations particulières à cet état. Cette différence de résultat en fonction du contexte plaida contre l'existence d'un fluide magnétique.

Les commissions conclurent que la crise induite par Mesmer ne pouvait être expliquée par l'action d'un fluide et l'attribuèrent à l'imagination : "*Les expériences sont uniformes et sont également décisives; elles autorisent à conclure que l'imagination est la véritable cause des effets attribués au magnétisme...*".

Par ailleurs, un rapport secret, rédigé par l'astronome Bailly, décrivait les troubles provoqués chez les femmes magnétisées par des hommes et déclarait pour finir : "*Le traitement magnétique ne peut être que dangereux pour les mœurs.*"

Il faut aussi cependant signaler que Jussieu refusa de signer le rapport de sa commission et établit un rapport séparé. Il y attribuait les effets produits par les magnétiseurs, non certes à "*un fluide universel non démontré*", mais à "*la chaleur animale. Celle-ci est "développée, augmentée ou diminuée dans un corps par des causes morales et par des causes physiques"*. Pour Jussieu, "*un usage plus étendu et plus réfléchi de cet agent fera mieux connaître la véritable action et son degré d'utilité*".



Peu après le verdict des commissions, malgré le rapport de Jussieu et le soutien de Deslon qui ne voyait pas pourquoi il ne fallait pas se servir de la médecine d'imagination si elle soignait, la popularité de Mesmer diminua considérablement, il fut contraint de quitter Paris et la France, couvert d'opprobre par le peuple, maudit par ses anciens partisans. Il se retira en Suisse où il mourut en 1815.(8)

Entre-temps, Mesmer avait fait autour de lui un grand nombre d'émules qu'il avait formés à la pratique du magnétisme, après avoir monnayé leur initiation aux secrets du magnétisme contre une grosse somme d'argent.

Une société s'était constituée, la "Société de l'harmonica", qui avait acheté les secrets de Mesmer et avait publié un abrégé de sa doctrine, permettant ainsi le développement de cette pratique. Le magnétisme animal continuera ainsi sa carrière en France, en donnant lieu à plusieurs courants distincts.

Les **fluidistes**, tout d'abord, qui se voulaient les fidèles élèves de Mesmer et qui continuaient à se servir de passes, de baquets ou d'autres objets pour obtenir des crises salutaires.

Les **animistes**, dissidents du mesmerisme, niaient l'action d'un quelconque fluide mais affirmaient l'existence d'une force vitale. Ils soutenaient que la foi, la volonté, la concentration de la pensée peuvent agir sur la matière et ainsi permettre des guérisons.

Entre ces deux mouvements opposés évoluaient différents courants plus ou moins transitionnels. C'est parmi eux que l'on retrouve le marquis de Puységur, qui allait donner une nouvelle forme au magnétisme.

## II LE SOMNAMBULISME PROVOQUE

### A). LA DECOUVERTE DE PUYSEGUR

Armand Marie Jacques de Chastenet (1751-1835), marquis de Puységur, officier d'artillerie, a été converti au magnétisme par son frère cadet. Il sera d'abord l'élève de Mesmer, puis entreprendra de pratiquer des cures dans sa Picardie natale, au château de Buzancy, près de Soissons.

Il utilisera le magnétisme pour soulager, avec succès, la fille de son régisseur d'une douleur dentaire. Cet épisode gagna la région et il fut amené à œuvrer auprès de nombreuses personnes. Afin de soigner un plus grand nombre de personnes, Puységur avait magnétisé un grand orme à Buzancy. Les patients venaient attraper les cordes qui pendaient de l'arbre grâce auxquelles ils pouvaient être magnétisés, toujours sous la surveillance du marquis.

Un jour, en magnétisant un jeune paysan du nom de Victor Race qui souffrait d'une "fluxion de poitrine", et dont la famille était au service de la sienne depuis plusieurs générations, il fit une découverte qui donnera une nouvelle tournure au magnétisme : au lieu d'obtenir la crise attendue, Victor sombra dans une sorte de sommeil étrange, dans lequel il semblait être paradoxalement plus attentif qu'habituellement. Il pouvait dialoguer avec Puységur, chanter des chansons ou vaquer à ses occupations habituelles. A son réveil, Victor ne gardait aucun souvenir de l'expérience. Malgré l'absence de crise, le patient fut guéri. L'expérience put être reconduite avec d'autres personnes avec succès.

Puységur en déduisit que la crise salutaire n'était pas nécessaire et ne la rechercha plus. Pour lui, ce sommeil particulier était une sorte de somnambulisme artificiel, par analogie au somnambulisme naturel.

Il fit part de sa découverte à Mesmer qui avait lui aussi observé de telles réactions mais les avait considérées comme des phénomènes de fuite par rapport à la crise salutaire. Mesmer préféra ignorer cette possibilité de rentrer en communication verbale pour s'en tenir au domaine physiologique.

Puységur s'appliqua alors à démontrer que l'élément curatif ne résidait pas dans la fameuse crise convulsive mais insista sur les vertus du somnambulisme provoqué. Il en décrivit les différents aspects, la possibilité d'accès de catalepsie ou de paralysie, l'apparente docilité du patient par rapport à son magnétiseur, la dépendance à l'égard de celui-ci. Puységur relata aussi la possibilité d'une lucidité exceptionnelle du patient durant l'état de somnambulisme, qui permet au sujet de préciser lui-même la maladie dont il est atteint et le traitement qu'il convient d'appliquer. Il observa la nécessité de la confiance dans le magnétiseur tout en étant conscient de la possibilité d'interférences érotiques, préjudiciables à l'action thérapeutique, qu'il pensait éviter au moyen de rigoureuses consignes déontologiques.

Sa technique marqua une évolution par rapport au magnétisme animal : il abandonna progressivement les passes et ne conserva qu'un léger frottement des yeux pour induire le somnambulisme. Il privilégia la communication verbale avec les patients.

Puységur fut donc le premier à utiliser et à décrire la méthode hypnotique, rompant avec le magnétisme animal à la Mesmer mais sans rejeter véritablement l'idée de l'existence d'un fluide.(106)

Puységur passera sa vie durant à magnétiser des personnes, et cela malgré les troubles de la Révolution. Il forma de nombreux adeptes, publia plusieurs ouvrages et rédigea ses mémoires qu'il conclue par sa devise : "*Croyez et veillez*".

## B). DELEUZE

Joseph Philippe François Deleuze (1753-1835) était bibliothécaire au Museum de Paris et sa renommée de savant était bien établie. S'il resta dans l'idée abordée par les travaux de Puységur, il rejeta la théorie du fluide universel. Il préféra soutenir l'hypothèse d'un fluide individuel qui émanerait du magnétiseur sous l'impulsion de sa volonté. Cette volonté était essentielle pour permettre l'action du magnétiseur : "*Touchez attentivement des malades avec la volonté de leur faire du bien et que cette volonté ne soit distraite par aucune idée... Le magnétisme exige : volonté active vers le bien, croyance ferme en sa puissance, confiance entière en l'employant. La volonté dépend de vous.*" (7)

Dans la lignée de Puységur, il chercha à obtenir une apparence de sommeil calme, puis à entrer en communication verbale avec le patient, qui répond sans se réveiller. Pour lui, le somnambule a la capacité de voir l'intérieur de son corps, de diagnostiquer sa maladie et d'énoncer le moyen d'en guérir.

Il peut aussi retrouver dans sa mémoire des souvenirs extrêmement anciens et parfois prévoir l'avenir. Il insista aussi sur l'amnésie du réveil.

Deleuze était cependant plus réservé quant aux indications du magnétisme qu'il réservait à certaines pathologies dont on retiendra surtout les douleurs des rhumatismes, sciatiques et névralgies, et les maladies nerveuses. Il s'était, en effet, particulièrement penché sur les anesthésies provoquées et les suggestions différées. Deleuze reconnaît l'importance des sentiments dans le mécanisme thérapeutique. Il affirmait que *"pour agir efficacement il faut qu'il (le magnétiseur) se sente attiré vers la personne qui réclame des soins, qu'il prenne intérêt à elle, qu'il ait le désir et l'espoir de la guérir, ou du moins de la soulager."* (33)

Il observa aussi ce que nous nommons le transfert en décrivant les possibilités de survenue d' un *"attachement tendre"* du patient vers son magnétiseur.

### C). DE VILLERS

Charles de Villers (1765-1815), moins connu que ses prédécesseurs, va aller plus loin dans ses observations. En effet, dans son roman *"Le magnétiseur amoureux"* paru en 1787, il rejeta simplement l'idée qu'un fluide puisse avoir un rôle dans l'action thérapeutique du magnétisme. Pour lui, ce sont les sentiments réciproques entre magnétiseur et magnétisé qui rendent possible la guérison.

Il insistait particulièrement sur l'importance que pouvait avoir l'attitude du magnétiseur : "*Je porte donc en moi de quoi soulager mon semblable; c'est la portion la plus sublime de mon être qui est consacrée à cet emploi; et c'est dans le sentiment du plus doux intérêt que mon ami est sûr de trouver un remède à ses maux*".(33)

Cette évolution se traduisit aussi dans sa pratique puisque de Villers oeuvrait à une certaine distance de son patient, n'ayant plus de contact physique avec ce dernier. De telles idées furent difficilement acceptées à cette époque et il est intéressant de noter que son ouvrage fut condamné et mis au pilon.

#### D). L'ABBE DE FARIA

D'origine portugaise, José Custodio de Faria (1755-1819) est né en Inde. Prêtre, Docteur en théologie, professeur de philosophie, il s'installa à Paris en 1788. Il fut d'abord l'élève de Mesmer, mais s'écarta rapidement de la doctrine de son maître en récusant la théorie fluidique. Il considérait qu'aucune force particulière n'émanait du magnétiseur, mais soutenait que tout se passait dans l'esprit du sujet.

Pour se démarquer du magnétisme animal, il utilisa un autre vocabulaire, parla de "concentration" pour évoquer le principe actif, les magnétiseurs étaient les concentrateurs et les magnétisés des concentrés. Les somnambules devinrent des "époptes" (du grec : celui qui voit tout à découvert).

Pour l'Abbé, les épopées entraient dans le sommeil "*lucide*" tel qu'il le nommait parce qu'ils étaient naturellement prédisposés à accéder à cet état. Les meilleurs somnambules seraient des femmes, et spécialement les anémiques et les hystériques.

De Faria conférait un rôle essentiel à la confiance qui s'établit dans la relation magnétiseur – magnétisé.

Il utilisait une technique nouvelle, qui rompait clairement avec le magnétisme animal et annonçait l'hypnose moderne. Il plaçait ses sujets dans un siège confortable, puis leur demandait de fermer les yeux, de concentrer leur attention et de penser au sommeil. Après un certain moment, de Faria leur disait simplement : "*Dormez*" et les individus sensibles entraient dans ce que de Faria appelait le sommeil lucide.

Il pouvait aussi demander au patient de fixer sa main qu'il tenait à une certaine distance de ses yeux, ou encore exercer de légères pressions à des endroits précis du corps de son patient, mais en recommandant de toujours reproduire la même technique pour un même patient.

Les résultats étaient à peu de chose près les mêmes que ceux que l'on décrit aujourd'hui : les signes somatiques spontanés sont minimes, dépendant de l'attente du sujet; en revanche, des sensations très diverses pouvaient être obtenues, par suggestion. Les contemporains de De Faria se moquèrent de lui lorsqu'il prétendit déclencher des sensations, des mouvements, des paralysies ou des hallucinations sensorielles sans l'intervention d'un fluide magnétique. (8)

De Faria décrit aussi les suggestions post-hypnotiques : *"Ils gardent en mémoire tout ce qu'on désire, dès qu'on leur enjoint dans le sommeil d'y replier leur attention pour s'en rappeler au réveil"*.

De Faria perdra tout crédit au près du public après avoir été ridiculisé par un acteur qui simula la maladie pour assister à une de ses séances. Désapprouvé par les personnalités médicales en vue, accusé de charlatanisme, il se retirera dans un pensionnat. Il ne sera réhabilité qu'à la fin du siècle par Bernheim qui écrira de lui : *"A De Faria appartient incontestablement le mérite d'avoir le premier établi la doctrine de la méthode de l'hypnose par la suggestion et de l'avoir nettement dégagée des pratiques inutiles et singulières qui cachaient la vérité"*.

## E). BERTRAND

Alexandre Bertrand (1795-1831), né à Rennes, passa sa jeunesse à lire Rousseau. Bon mathématicien, il fut reçu à Polytechnique en 1814, où il suivit les leçons d'Ampère. Il renonça, par convictions politiques, à faire carrière et il entreprit des études de médecine. Il devint adepte du magnétisme en 1818, après avoir assisté aux traitements d'un magnétiseur de rue dans sa ville natale. Il se convertit aux idées de De Faria par l'entremise d'un condisciple polytechnicien. Il étudia le magnétisme avec une grande rigueur.



Il fut le premier à avoir eu l'intuition que les phénomènes psychologiques observés pendant l'état magnétique ne sont pas des phénomènes exceptionnels, que ce sont des phénomènes normaux ou du moins susceptibles d'être observés dans bien d'autres circonstances. Il supputa que la cause principale du somnambulisme provoqué était à rechercher dans l'imagination du sujet et non dans celle du magnétiseur. *"Le malade qui s'endort sur la suggestion du magnétiseur ne pense alors qu'à lui, et de là vient qu'ensuite il n'entend que lui dans son somnambulisme. Il y a donc dans ce dernier état une relation élective comparable à celle qui existe dans le sommeil ordinaire : la mère qui s'endort auprès du berceau de son fils n'en continue pas moins de veiller sur lui, puisqu'elle entend le moindre de ses cris alors qu'elle reste insensible à des bruits plus forts".*(31)

Il observa lui aussi les effets des suggestions post-hypnotiques et modéra l'aspect inéluctable des amnésies du réveil : *"Si, pour des raisons quelconques, les somnambules ont la volonté de se souvenir de quelque chose, ils ne manquent jamais de se le rappeler au réveil".*(7)

Le magnétisme animal, appuyé presque uniquement sur les phénomènes du somnambulisme, étranger à son berceau, semblait devoir enfin se relever du discrédit dans lequel il était plongé. Il regagna ainsi, dans le public, une bonne partie du chemin qu'il avait perdu. Les magnétiseurs, qui étaient devenus très rares depuis l'agitation et l'insécurité de la période révolutionnaire, se firent à nouveau plus nombreux et on en trouvait dans toutes les régions de France.

Différentes personnalités, scientifiques ou médecins, réclamèrent alors de la part de l'Académie Royale de Médecine un nouvel examen du magnétisme, ne serait-ce que pour l'affranchir du charlatanisme qui l'exploitait à son profit. D'abord réticente à se pencher une nouvelle fois sur ce sujet, l'académie accepta, en 1826, de nommer une commission. En 1831, Husson, chargé de rédiger le rapport, déposa des conclusions si catégoriquement favorables au magnétisme animal, que l'académie en refusa la publication.

De fait, la commission accepta nombre d'invraisemblances, telles que la magnétisation à distance, la clairvoyance et le transfert des sens (possibilité, par exemple, de lire, les yeux fermés, par son estomac ou d'entendre, les oreilles bouchées, par les orteils). Dès lors, le magnétisme animal, sous ces cautions presque officielles, se porta de mieux en mieux. Certains membres de l'Académie furent des fervents magnétiseurs.

L'académie nomma alors une nouvelle commission en 1837, dans laquelle les partisans du magnétisme animal (dont Cloquet, qui venait de se rendre célèbre par l'amputation d'un sein cancéreux chez une de ses patientes mise en somnambulisme) sont en minorité par rapport à ses adversaires.

Les expériences furent menées de façon rigoureuse, et la conclusion, de façon trop rigoureuse sûrement, nia simplement l'état de somnambulisme magnétique. Sur quoi l'académie décida de ne plus revenir sur la question.

La période qui suit cette condamnation marque un net déclin du magnétisme animal dans les milieux scientifiques.

Le dernier magnétiseur à avoir connu quelque célébrité fut Lafontaine (1803-1892), qui se déplaçait de ville en ville pour donner des représentations publiques, préfigurant ainsi l'hypnose de spectacle actuelle.

Disciple de Puységur, il utilisait une technique reposant sur la fascination du patient par le magnétiseur au cours d'un face à face prolongé.

Durant plus d'un quart d'heure, il se plaçait en face du patient, maintenant un contact avec ses genoux et ses pouces et demandant au sujet de le fixer du regard ce qui entraînait l'occlusion des yeux; puis, pendant un autre quart d'heure, il imposait ses mains sur la tête du sujet pour finir par une série de passes, après lesquelles il se mettait à questionner son sujet.

Lors d'une démonstration publique de sa méthode à Manchester, en 1841, celle-ci séduisit James Braid, un chirurgien de la ville, qui était resté jusqu'alors très sceptique à l'égard du magnétisme.

## F). L'HYPNOTISME DE BRAID

En rentrant chez lui, après le spectacle, James Braid va expérimenter le magnétisme sur son entourage. Il essaya tout d'abord sur son épouse, à qui il fit fixer le couvercle d'un sucrier, et qu'il endormit facilement, puis sur son assistant qu'il fit fixer le haut d'une bouteille, enfin sur un domestique non prévenu de l'expérience auquel il demanda de fixer une préparation pharmaceutique dans le but de la surveiller.

A chaque fois, la fatigue oculaire entraîna une catalepsie palpébrale accompagnée de sommeil somnambulique.

Braid débuta alors différentes expérimentations sur le somnambulisme. Il conclut à l'inutilité des passes et nia catégoriquement l'existence d'un quelconque fluide. A la place du fluidisme, il proposa une théorie "psycho-neurophysiologique" et nomma le sommeil somnambulique par un nouveau terme, "l'hypnotisme". En fait, Braid n'a pas inventé ce terme, qui est dû au baron Hénin de Cuvilliers, nettement moins célèbre, et qui en 1819 déjà identifiait hypnotisme et sommeil nerveux.

Sa théorie est développée dans un ouvrage paru en 1843 : "*Neurohypnologie. Traité du sommeil nerveux ou Hypnotisme.*" dans lequel il explique que l'hypnotisme est un sommeil spécial, secondaire à une stimulation rétinienne.

Braid définit l'hypnotisme comme "*un état particulier du système nerveux, déterminé par des manœuvres artificielles ou encore, un état particulier du système nerveux, amené par la concentration fixe et abstraite de l'œil mental, sur un objet, qui n'est pas lui-même de nature excitante*".(19)

Sa technique était très simple et facilement reproductible. Elle consistait à exiger du sujet sa concentration sur un objet.

Braid l'utilisa à des fins anesthésiques et pratiqua quelques opérations chirurgicales sous hypnotisme. Il mit aussi sa théorie au service de celle d'un confrère, le Dr Gall, phrénologue, qui voyait dans le cerveau un assemblage de parties distinctes et multiples, chacune d'elles correspondant à une fonction particulière. Il pratiquait le "phréno-hypnotisme" en exerçant, pendant le sommeil hypnotique, différentes pressions sur différentes localisations crâniennes.

La théorie "psycho-neurophysiologiste" du sommeil hypnotique de Braid a surtout eu le mérite de rendre acceptable le phénomène hypnotique aux yeux de la communauté médicale qui avait condamné le mesmerisme.

Le braidisme aura de nombreux émules dans les milieux chirurgicaux anglais. Ces travaux restèrent assez longuement inconnus en France, probablement en raison de la condamnation officielle de l'Académie de Médecine.

### G). AZAM ET BROCA

L'introduction du Braidisme en France est l'œuvre du Pr Eugène Azam (1822-1899), un chirurgien bordelais, et du Pr Paul Broca (1824-1880). En 1859, ils entreprirent de refaire et de vérifier les expérimentations décrites par Braid.

Broca effectua des opérations chirurgicales en utilisant l'hypnotisme comme méthode d'anesthésie et en rendra compte à l'Académie des Sciences.(30)

Azam insista aussi sur l'anesthésie, défendant vivement l'hypnotisme en chirurgie contre le chloroforme. Ses travaux ne furent guère pris en compte car il décrivit, lors de sa première communication en 1860, des phénomènes d'hyperesthésie durant l'hypnotisme qui étaient peu vraisemblables. Il soutenait, par exemple, que ses patients pouvaient l'entendre parler à voix basse alors qu'ils se trouvaient à plusieurs étages de lui.

Azam suscita l'intérêt de ses pairs quelques années plus tard. En effet, il avait procédé à des expérimentations hypnotiques sur une jeune patiente qui présentait de nombreuses "crises" et symptômes divers.

L'observation de Felida (c'était son prénom) fut l'une des toutes premières d'un cas de personnalités multiples qui fut publiée. Elle retiendra en particulier l'attention de Charcot qui préfaça l'ouvrage qu'Azam publia en 1893 ("*Hypnotisme et double conscience*" chez Alcan ) en saluant "*son attitude excellente et courageuse*" dans la campagne de 1860.(17)

### **III CHARCOT ET L'ECOLE DE LA SALPETRIERE**

Jean Martin Charcot (1825-1893) est né à Paris dans une famille de modeste condition. Il entreprit des études de médecine et fut reçu à l'internat des hôpitaux de Paris en 1848. Il prit ses premières fonctions dans le vieil hôpital de la Salpêtrière qui recueillait alors surtout des vieilles indigentes. Les pathologies étaient multiples, variées et parfois inconnues. Il fut agrégé en 1860 et fut nommé médecin–chef de service à la Salpêtrière en 1862. Il va alors se consacrer à l'étude des maladies nerveuses avec une grande rigueur clinique et anatomo-pathologique.

Ses découvertes dans ce domaine furent nombreuses : il étudia la sclérose en plaque, la sclérose latérale amyotrophique ("*maladie de Charcot-Marie-Tooth*"), l'arthropathie tabétique, les aphasies et l'ataxie locomotrice.

En 1870, lors de travaux dans l'hôpital, Charcot prit en charge le quartier des "*épileptiques simples*" qui regroupait les convulsives non-aliénées. Il succéda à Vulpian à la chaire d'anatomie pathologique de la Faculté de Médecine en 1872.

Charcot contribua à dégager l'hystérie des maladies neurologiques. Il l'étudia avec la même rigueur et la même méthode dont il avait usé pour ses précédentes découvertes des maladies neurologiques.

Avec l'aide de son assistant Paul Richer, il fit une description clinique minutieuse de la crise d'hystéro-épilepsie: la période épileptoïde, le clownisme, les attitudes passionnelles et l'accès final.

Charcot était absolument certain que la crise d'hystérie majeure se déroulait toujours de façon identique, avec ses quatre phases bien définies. Cependant, à côté du type complet, il a décrit de nombreuses variantes cliniques qu'il a dénommé "*formes frustres*".

Bien que Charcot réfutait toute idée de simulation de la part de ses patientes, il avait tout de même noté que la présence de public influençait le nombre et l'intensité des crises. Le caractère particulièrement uniforme des crises des hystériques de la Salpêtrière devait très certainement beaucoup à l'influence collective, et P. Janet a donné plus tard une explication très séduisante de ces particularités cliniques. Il pensait que se trouvaient, parmi toutes les hystériques du service, d'anciennes patientes de magnétiseurs qui avaient gardé le souvenir de leurs expériences et les auraient transmis aux autres.(126)

Charcot avait été séduit par les expérimentations de Victor Burq, un vieux médecin original qui travaillait depuis 1840 sur l'application des métaux dans l'hystérie.

Il avait pu constater que les interventions de Burq sur les patientes de son service provoquaient des modifications symptomatologiques. Il entreprit alors d'étudier ces phénomènes et émit l'hypothèse qu'ils seraient dus à des effets électriques.

Cependant les vertus thérapeutiques de la métallothérapie s'avérèrent vite limitées sur les patientes hystériques; l'application de métaux provoquait plus souvent des déplacements de symptômes plutôt que leur suppression.

A partir de la métallothérapie, Charcot va progressivement s'intéresser à l'hypnose. Il se mit à pratiquer l'hypnotisme en 1878 en choisissant particulièrement comme sujets d'expérience des hystériques affectées de stigmates organiques constantes et de crises typiques. Pour lui, l'hypnose était avant tout un moyen d'investigation clinique, expérimental, et non un agent thérapeutique. Il s'attacha à mettre l'hystérie en conformité avec la pathologie générale, recherchant des symptômes constants, qui permettraient d'affirmer le diagnostic de cette maladie peu reconnue jusque-là.

Charcot distingua trois états nerveux spécifiques des hystériques hypnotisées : la léthargie, la catalepsie et le somnambulisme. L'ensemble des trois phases constituait le "*grand hypnotisme*". L'intérêt essentiel de l'hypnose résidait, à ses yeux, dans le fait que la capacité à être hypnotisé, l'hypnotisabilité, serait très spécifique de l'hystérie. Les expériences de la Salpêtrière visaient à découvrir les lois d'apparition des symptômes.(126)



En 1882, Charcot fit une communication à l'académie des sciences "*Sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotisation chez les hystériques*" qui fut très bien reçue. L'hypnose, enfin débarrassée de toutes notions d'occultisme ou de magnétisme, devint un respectable sujet d'étude scientifique. Un grand nombre de publications suivirent. La même année, il obtint la création de la chaire de "*clinique des maladies du système nerveux*".

Les expériences se multiplièrent, les leçons de la Salpêtrière attirèrent un public hétéroclite mêlant les internes du service, des médecins et de nombreux curieux d'origines diverses, devenant de véritables spectacles publics. Les patientes étaient soigneusement choisies et préparées par les internes avant les leçons du maître.

Certaines furent probablement hypnotisées à de très nombreuses reprises. Quelques hystériques tirèrent bénéfice de leur statut de sujet de la Salpêtrière, se plaçant en ville comme "sommambules" chez des magnétiseurs ou même comme soignantes elles-mêmes.

La plus célèbre d'entre-elles, Blanche Wittmann, une alsacienne assez corpulente hospitalisée à la Salpêtrière depuis son enfance, qui a été portraiturée par Brouillet, fut le sujet d'élection de Binet pour ses recherches de psychologie expérimentale par l'hypnotisme, puis elle se convertit en aide-soignante et mourut d'un cancer contracté au service radiologique de l'Hôtel-Dieu.(23)

La notoriété de Charcot ne cessa de croître, entraînant de fait inimitiés et critiques.

Mais, alors que sa doctrine de l'hypnotisme comme étant une névrose expérimentale évoluant chez les seules hystériques, et par là même sa conception physiologique de l'hystérie, est remise en question par "l'école de Nancy", comme nous le verrons plus loin, Charcot ne prit guère part au débat opposant les deux écoles qui fit rage pendant quelques années. Son enseignement fût défendu par ses élèves que furent Babinski, Gilles de la Tourette, et Pierre Marie qui lui vouèrent un véritable culte.

Pendant ce temps, Charcot poursuivit ses recherches sur l'hystérie, évoluant progressivement vers une conception plus psychologique de cette pathologie, inspirée probablement par les travaux de Pierre Janet. Même s'il précisa en décembre 1892 dans une de ses leçons de la Salpêtrière *"que la psychologie appartient, dans une certaine mesure, au domaine de la médecine et qu'elle est en somme, au moins pour la majeure partie, que la physiologie des parties supérieures ou nobles du cerveau."* (95), il écrivit dans son ultime ouvrage inspiré par les guérisons miraculeuses : *"...je crois que, pour qu'elle trouve à s'exercer, il faut à la foi qui guérit des sujets spéciaux et des maladies spéciales, de celles qui sont justiciables de l'influence que l'esprit possède sur le corps. Les hystériques présentent un état mental éminemment favorable au développement de la foi qui guérit, car ils sont suggestibles au premier chef, soit que la suggestion s'exerce par des influences extérieures, soit surtout qu'ils puisent en eux-mêmes les éléments si puissants de l'autosuggestion. Chez ces individus, hommes ou femmes, l'influence de l'esprit sur le corps est assez efficace pour produire la guérison de maladies que l'ignorance, où on était il n'y a pas si longtemps encore, de leur nature véritable faisait considérer comme incurables..."*.(34)

## IV L'ECOLE DE NANCY

Un an après la communication de Charcot à l'Académie des Sciences, un professeur de Nancy, Hippolyte Bernheim, fit connaître les recherches qu'il poursuivait depuis quelques années dans un petit livre intitulé : "*De la suggestion dans l'état d'hypnose et dans l'état de veille*".

Dans ce pamphlet, il s'opposait point par point à l'enseignement de Charcot. Il ne reconnaissait pas l'existence du grand hypnotisme avec ses trois formes de modification de l'état physique. Il soutenait que l'hypnose n'était pas l'apanage d'une névropathie quelconque, en particulier de l'hystérie. Tout le monde ou presque pouvait être hypnotisé. De fait, pour lui, l'état hypnotique n'était que le sommeil déterminé par la suggestion et, comble de la provocation, l'hypnose avait la vertu d'être thérapeutique.

### A). LIEBEAULT

Si Bernheim est considéré comme le chef de file de l'Ecole de Nancy, son véritable père spirituel est le Docteur Ambroise Liébeault (1823-1904).

Ambroise-Auguste Liébeault est né à Favières en Meurthe et Moselle.

Ses parents souhaitaient qu'il se consacre à la prêtrise mais il quitta le séminaire pour s'inscrire à la Faculté de Médecine de Strasbourg. Durant ses études, il découvrit le magnétisme et se mit à le pratiquer sur ses patients.

Cependant, son maître d'alors, le Professeur Schiltzenberger, qui connaissait l'opprobre lancé sur le magnétisme animal par l'Académie de Médecine, le dissuada de poursuivre une telle pratique qui s'apparentait au charlatanisme.

Ses études terminées, il retourna dans la région nancéienne et s'installa à Pont-Saint-Vincent en 1850 pour se consacrer à la médecine de campagne.

C'est en prenant connaissance des travaux de Braid présentés en France par Azam et Broca que Liébeault se reprit d'intérêt pour les phénomènes hypnotiques. Il se remit alors à utiliser cette pratique et proposa aux patients qui acceptaient la méthode hypnotique d'être soigné gratuitement. Il alla jusqu'à renoncer au titre de Docteur, ne voulant plus être que guérisseur. Le nombre de malades qui choisissait le traitement par hypnotisme augmenta très rapidement de telle sorte que Liébeault eut alors une clientèle énorme mais qui ne lui rapportait à peu près rien. Il partit alors s'installer à Nancy où il créa sa propre clinique. Les patients faisaient la queue devant cette clinique déjà tôt le matin. Liébeault y soignait aussi bien les "*mauvaises habitudes*" des écoliers, que les tics et les phobies, les ulcères, les sciatiques ou les diarrhées.(23)

Sa technique d'hypnotisation tenait de Braid mais empruntait aussi quelques procédés à De Faria.

Faisant fixer son propre regard par le sujet, il lui intimait l'ordre de dormir, accompagné par l'annonce des symptômes que le patient allait ressentir : besoin de dormir, pesanteur des paupières, diminution de l'acuité sensorielle, etc...

Ces suggestions multiples, qui tendaient toutes à provoquer le sommeil, étaient répétées plusieurs fois d'une voix douce.(30)

En 1866, il publia le bilan de ses travaux : *"Du Sommeil et des états analogues considérés surtout du point de vue de l'action du moral sur le physique"*.

Il y étudia l'hypnotisme en le comparant au sommeil physiologique. Il constata que tous deux nécessitent les mêmes conditions (consentement et isolement sensoriel) et ont en commun la concentration cérébrale de l'attention. L'hypnose provoque un isolement du sujet par rapport au monde environnant, à l'exception de l'opérateur vis-à-vis duquel le sujet maintient un rapport de dépendance étroit, à l'origine de l'efficacité des suggestions. Liébeault conclut que le facteur hypnotisant ne résidait pas dans une action physique, mais dans la suggestion verbale, qui était une idée, une réalité psychologique. La suggestion est pour lui *"la clef du braidisme"*.

L'ouvrage fut quasiment ignoré par le monde médical de l'époque qui refusa d'accréditer le traitement qu'il proposait.

Liébeault estimait que tout à chacun pouvait être hypnotisé dans la mesure où tout le monde pouvait accéder au sommeil naturel. Cependant, il limitait les indications de l'hypnotisme à la pathologie fonctionnelle et psychosomatique. Le principe thérapeutique résidait, pour lui, dans le déplacement de l'attention du sujet qui s'était focalisé sur une partie du corps ou un organe, par la suggestion.

Ses guérisons intéressèrent le docteur Sizaret, médecin chef de l'hôpital de Maréville, hôpital qui accueillait les aliénés de la région nancéenne, qui lui proposa de venir expérimenter sa méthode dans son établissement.

C'est ainsi que le Professeur Bernheim, interniste réputé de la Faculté de Médecine de Nancy eut connaissance de cette pratique de Liébeault. Il lui rendit visite et assista à ses expériences. Constatant les résultats obtenus, il s'initia à la technique du sommeil provoqué et l'introduisit dans son service hospitalier.

## B). BERNHEIM

Hippolyte Bernheim (1837-1919) est originaire d'un petit village près de Mulhouse. Il fit de brillantes études de médecine à Strasbourg et s'apprêtait à faire une belle carrière hospitalière en Alsace. Cependant, il refusa de se soumettre au régime prussien et quitta les Hôpitaux de Strasbourg après la défaite de 1871. Il se réfugia à Nancy, comme nombre de ses condisciples. La Faculté de Médecine fut fondée pour accueillir les Professeurs strasbourgeois qui voulaient rester français.

Bernheim, dont la réputation était déjà établie grâce à ses recherches sur la fièvre typhoïde, les maladies du cœur et des poumons, fut nommé en 1879, Professeur de médecine interne à Nancy. Clinicien exceptionnel, Bernheim examinait toujours ses malades de façon très rigoureuse et il n'était pas rare de le voir découvrir un épanchement pleural non soupçonné chez un malade que lui adressait l'un ou l'autre de ses confrères pour obtenir son avis. Il éprouvait la nécessité de vérifier sur pièces ses observations et avait d'ailleurs passé, juste après son concours d'agrégation, plusieurs mois à Berlin chez Virchow.

A l'époque, à Nancy, tous les malades décédés à l'hôpital étaient autopsiés et Bernheim ne manquait pas de descendre au laboratoire de Morgagni pour examiner lui-même les cadavres.

Peu après avoir fait la connaissance de Liébeault, il se mit à pratiquer l'hypnotisme dans sa clinique, puis dans sa consultation privée. Bernheim procédait de manière très autoritaire, et constata que l'hypnotisme donnait ses meilleurs résultats avec les sujets habitués à une obéissance passive plutôt qu'avec des personnes émanant des classes supérieures.

Il fit sa première communication sur l'hypnotisme à la Société Médicale de l'Est en 1882, la même année durant laquelle l'hypnose fut présentée comme un objet scientifique sérieux à l'Académie des Sciences par Charcot. Deux ans après, il publia un ouvrage important : "*De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille*" qui parut en 1884. Bernheim y reprend les théories sur la nature de l'hypnose déjà développés par Liébeault mais va plus loin que son initiateur.

Dans cet ouvrage, il va attaquer les théories de Charcot, en menant des contre-expériences par rapport à celles de la Salpêtrière. Il affirma que l'hypnose n'a rien d'un état pathologique pathognomonique de l'hystéro-épilepsie, qu'il s'agit d'un état normal proche du sommeil qui peut être provoqué chez la plupart des personnes saines. Il réfuta le "grand hypnotisme" et sa séparation en différentes périodes en assurant qu'il s'agissait de comportements suggérés par l'ambiance et l'expérimentateur : "*Une seule fois, j'ai vu un sujet qui réalisait à la perfection les trois périodes : léthargique, cataleptique, somnambulique. C'était une jeune fille qui avait passé trois ans à la Salpêtrière...*" (10)

Bien entendu, ces démonstrations ne laissèrent pas le maître de la Salpêtrière indifférent et Charcot riposta vivement aux théories soutenues et surtout amplifiées par les partisans de l'une ou de l'autre école, prenant même un caractère politique et dépassant les frontières nationales.

Bernheim va privilégier le rôle de la suggestion jusqu'à expliquer entièrement par elle le phénomène de l'hypnose. La deuxième édition de son livre, parue en 1886, changea de titre pour s'intituler : *"De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique."* où l'on peut constater la disparition du mot "hypnose".

Bernheim y écrit en avant-propos : *"C'est la suggestion qui domine la plupart des manifestations de l'hypnose : les prétendus phénomènes physiques ne sont, suivant moi, que des phénomènes psychiques. C'est l'idée conçue par l'opérateur qui, saisie par l'hypnotisé et acceptée par son cerveau, réalise le phénomène, à la faveur d'une suggestibilité exaltée, produite par la concentration d'esprit spéciale de l'état hypnotique."* (31)

On venait de loin pour assister aux visites du professeur à la clinique. Bernheim s'arrêtait à chaque lit, interrogeait longuement le malade, sans élever la voix, le mettant en confiance, puis l'examinait avec soin. Il y avait avant tout des tuberculeux aux divers stades de leur évolution, des affections cardio-vasculaires, des pathologies rhumatismales, des maladies du système nerveux et aussi beaucoup de typhoïdes car Nancy était une ville à typhoïde et les nouveaux venus étaient particulièrement touchés. Quand il détectait parmi les patients un psychopathe, Bernheim jubilait. De suite, il avait fait son diagnostic et, pour en éprouver la réalité, il étendait tout droit un bras du malade lui affirmant doucement : "Ce bras est dur comme une barre de fer, personne ne peut le blier".

Bernheim avait conservé un fort accent alsacien et était d'ailleurs surnommé "voï" à sa façon particulière de prononcer les ouïs par ses étudiants comme le rapporta le Dr Simon, un de ses derniers externes.



Mais, le plus souvent, il rassurait le patient, puis, lui mettant la main sur le front, le pouce et l'index sur les yeux, il ordonnait doucement : "*tornez, tornez*" et plus ou moins rapidement le patient s'endormait. Commençait alors la suggestion, l'assurance de la guérison et après un bon moment, il lui demandait de se réveiller.

Bernheim connaissait les limites de la suggestion verbale mais il établit que même lorsqu'elle ne pouvait guérir, elle pouvait contribuer à la guérison en redonnant confiance au malade, en lui faisant supporter ses douleurs, en réduisant dans les maladies le facteur émotionnel. Mais, toujours d'après Simon, quand un visiteur étranger était présent, Bernheim pouvait sortir le grand jeu et Simon comparait les visites du patron aux séances d'hypnotisme dans les foires. Il raconta qu'une fois, ayant endormi une patiente, Bernheim lui fit des suggestions post-hypnotiques : "*Vous foyez cet étudiant, c'est un filain, il faut le chasser, fous le mettez à la porte et puis fous entendrez la musique, celle du 26<sup>ème</sup> qui passera dans la rue...*". Et à son réveil, elle entendait, voyait et il n'y avait rien.

La réputation de Bernheim était telle que, en ville, de peur d'être hypnotisé, personne n'osait s'asseoir en face de lui dans le tram qui le ramenait chez lui. Conscient de cette crainte, il avait renoncé à s'asseoir et il restait debout sur la plate-forme où Simon lui tenait compagnie.(113)

"*Je ne suis pas un thaumaturge, disait Bernheim, tout le monde peut faire ce que je fais parce que la suggestibilité est une des possibilités fondamentales de l'être humain.*" (113) et "*...la suggestion est vieille comme le monde : elle a été pratiquée par tous, soit inconsciemment, soit sciemment..*

*Ce qui est nouveau et ce qui appartient à l'école de Nancy, c'est d'abord l'application systématique et raisonnée de la suggestion au traitement des malades; c'est ensuite l'association de l'hypnotisme comme adjuvant utile, souvent nécessaire à la suggestion. C'est la suggestion hypnotique utilisée comme méthode psychothérapeutique." (10)*

Le premier Congrès International d'Hypnotisme eut lieu en 1889, réunissant de nombreux médecins et savants, dont certains devaient connaître plus tard la célébrité, comme Freud ou Janet. La communauté scientifique de l'époque avait pris part à la querelle qui opposait les deux écoles. L'autorité de Charcot avait été mise en difficulté, le bruit courait que ses patientes étaient préparées et éduquées sans qu'il s'en rende compte, pour produire un beau "grand hypnotisme". Les membres du congrès semblèrent majoritairement favorables aux thèses de Bernheim. Ils se mirent d'accord pour définir par le mot "hypnotisme" tous les phénomènes produits par suggestion.

Henri Beaunis, Professeur de physiologie à la Faculté de Nancy, et Jules Liegeois, Professeur de droit, s'allièrent à Bernheim pour mener des expériences sur les rapports de suggestion entre l'hypnotisé et son hypnotiseur, les fameux "*crimes de laboratoires*" comme ils seront nommés à cette époque.

Les expérimentateurs nancéens multiplièrent les expériences dans lesquelles ils ordonnaient à leur sujet de commettre des actions extravagantes ou répréhensibles.

Ainsi, une hypnotisée de Liégeois tira sans émotion au pistolet sur sa mère. L'arme était chargée à blanc mais le sujet ne le savait pas. Pour eux, il pourrait y avoir des crimes sous hypnose.

Cette thèse, soutenue par Liégeois dans le procès de "l'affaire Gouffe-Bompard" fit grand bruit et jeta un certain discrédit sur les théories des nancéens. (En 1889, le corps sans tête d'un huissier véreux, Gouffe, fut retrouvé dans une malle à la gare de Lyon. L'assassin, Eyraud, fut arrêté à la Havane en compagnie de sa complice, la prostituée Bompard. Beaunis accepta d'être nommé comme témoin pour démontrer que Melle Bompard avait agi en état d'hypnose. Eyraud fut guillotiné, sa complice fut condamnée à vingt ans de réclusion.)

Bernheim poursuivra ses idées jusqu'à dire quelques années plus tard qu'"il n'y a pas d'hypnotisme, que seule existe la suggestion" (1892, Congrès de Londres). En cela, il se démarqua nettement de la position de Liébeault qui se retrouva parfois embarrassé d'avoir été désigné comme étant le fondateur de cette école qui s'éloignait de ses pensées. Sans se lancer dans une longue polémique, il écrivit en 1895 : "*Ceux qui prétendent sans preuves à l'appui que la suggestion est aussi efficace pendant la veille que pendant le sommeil, n'ont pas compris que toute la valeur curative de l'action morale réside précisément dans la production préalable de l'hypnotisme dans les états passifs*".(37)

De fait, Bernheim évolua dans sa pratique jusqu'à dire, en 1903, qu'*"aujourd'hui, quand je fais de la suggestion verbale dans un but thérapeutique, je m'inquiète peu de savoir si le sujet dort ou ne dort pas"*.(10) Il abandonna même l'hypnose, estimant que la suggestion à l'état de veille était tout aussi efficace et appela cette pratique "psychothérapie".(10)

Desservi par ses positions totalitaires, victime d'attaques antisémites, Bernheim fut bientôt mis à l'écart de la vie scientifique française. Il pris sa retraite en 1910, et mourut en 1919, oublié de tous. Ses théories furent reprises par un autre nancéen, Emile Coué.

### C). COUE

Emile Coué né à Troyes, obtint en 1882 son diplôme de pharmacien à Paris. De retour en Champagne, il y installa son officine. Il s'aperçut rapidement des effets de la suggestion sur les patients. Coué réactualisa l'effet placebo en soignant des patients avec de l'eau distillée qu'il accompagnait de paroles rassurantes. Il était convaincu du pouvoir de l'imagination dans le développement des maladies et s'intéressa de plus en plus à l'influence bénéfique que pouvait avoir les paroles des soignants sur la santé des malades. Ayant eu connaissance des pratiques de Liébeault et après avoir lu le livre de Bernheim, il se rendit à Nancy pour rencontrer le vieux médecin en 1885.

Après cette rencontre, il s'essaya à cette nouvelle pratique chez lui. Ses succès thérapeutiques lui valurent un considérable succès.

Coué s'inscrit à la Faculté de Médecine pour parfaire ses connaissances puis s'installa définitivement à Nancy en 1910, rue Jeanne D'arc, et sa demeure vit défiler les patients.

Il tenta d'expliquer le phénomène suggestif et en vint à soutenir avec force et conviction le pouvoir de l'imagination sur la volonté du sujet. Il prôna l'autosuggestion, assuré que chacun est maître de sa santé physique et psychique et que, de même, chacun possède en lui les moyens de sa guérison. Un de ses conseils fit le tour du monde et est encore connu : Coué préconisait d'utiliser chaque jour une petite ficelle à vingt nœuds et de l'égrener en répétant : "*Chaque jour, en tout point de vue, je vais de mieux en mieux*".

S'il fut snobé en Lorraine, sa pensée intéressa le monde médical. Il donna de nombreuses conférences en France.

Alors que son succès fit naître des cabales pour l'accuser d'exercice illégal de la médecine, les Etats-Unis le réclamèrent. Il y fera sa première conférence en 1923. Toutes ses conférences se déroulent suivant le même rituel. Il commençait par énoncer ses principes : "*Nous sommes ce que nos pensées nous font*", "*Chacun est l'artisan de sa volonté.*" et expliquait les pouvoirs de l'autosuggestion. Après, Coué énumérait ses succès. Puis, il abordait la partie technique durant laquelle "*il se recueille, prie tout le monde d'être attentif, croise les bras, ferme les yeux et se met à parler trente minutes d'une voix mesurée, d'un ton monotone, récitant sa suggestion générale qu'il complétera ensuite par des suggestions particulières*".(11)

Sa popularité lui amena les attaques des facultés, des églises, dénonçant les unes le charlatanisme, les autres l'incompatibilité avec la religion. En France, il reçut le soutien de Barrès, de Forel et de Lowenstein. Il continua à recevoir des patients chez lui mais fut terrassé par une pneumonie en 1926.

## **V FREUD ET LA NAISSANCE DE LA PSYCHANALYSE**

Né à Freiberg (actuellement Příbor) en Moravie le 6 mai 1856, Sigmund Schlomo Freud n'avait que trois ans quand son père, négociant en textile, dut faire face à la faillite et alla se réfugier à Vienne. Après un parcours scolaire brillant, Freud hésita entre une orientation en faculté de Droit ou de Médecine. C'est à la suite d'une conférence sur l'œuvre de Goethe "*Essais sur la nature*" qu'il opta pour les sciences de la nature et la médecine.

A l'université, il fit l'apprentissage de l'antisémitisme. Cette expérience contribuera à forger en lui un sens de l'opposition et sa résistance à l'isolement.

Durant ses études, il se passionna pour l'anatomo-physiologie sous l'influence de Ernst von Brücke. Promu docteur en médecine en 1881, il réalisa, à l'Institut de physiologie et au laboratoire d'anatomie cérébrale, de nombreux travaux sur la moelle épinière, l'anatomie et les maladies organiques du système nerveux. Puis il entra dans le service du Pr Meynert où il étudia et pratiqua la neurologie.

En 1885, Freud fut chargé de cours de neuropathologie (Privat-docent) à l'université de Vienne.

A l'occasion d'une étude sur la cocaïne, il mit en évidence ses propriétés analgésiques et publia "Über Coca", un ouvrage louant les vertus de cette substance, ce qui lui sera reproché plus tard par le corps médical.

Toujours la même année, il obtient une bourse de voyage pour aller suivre les cours de Jean Martin Charcot à la Salpêtrière. Freud avait déjà assisté à des séances d'hypnotisme à Vienne, lors d'une exhibition publique du magnétiseur danois Hansen. Il constata que l'un des sujets devint pâle comme un cadavre lorsqu'il entra dans la phase cataleptique. Cette concordance physiologique à la rigidité observable l'avait convaincu de l'authenticité du phénomène hypnotique.

Freud avait été sensibilisé à l'hypnose par le récit de son ami Josef Breuer (1842-1925), qui utilisait cette technique pour soigner une de ses patientes, Anna O. (qui était en fait Bertha Pappenheim, connue pour son militantisme féministe). Cette jeune femme présentait différents symptômes (parésies des membres, anesthésies, différents troubles de la vue, du langage...) qui avaient débuté alors qu'elle s'occupait de son père malade et qui s'aggravèrent à la mort de ce dernier.

A ces multiples ennuis s'ajoutait un tableau de double personnalité. Les deux états s'alternaient de façon imprévisible : dans l'un elle se montrait anxieuse, triste, relativement normale; alors que dans l'autre, elle était en proie à des hallucinations, elle devenait méchante et ne reconnaissait pas son entourage.

Elle semblait passer d'un état à l'autre par auto-hypnose, ce dont se servit Breuer qui se mit à l'hypnotiser quotidiennement, voire matin et soir, ayant constaté que dans cet état particulier, sa patiente pouvait resituer la genèse de ses symptômes et permettre ainsi leurs disparitions. Breuer suivit cette patiente durant deux ans, de façon quasi quotidienne.

Anna O. avait appelé cette prise en charge par hypnose, durant laquelle elle évoquait ses souvenirs ou certaines de ses hallucinations, une "talking cure" (durant cette période, elle eut une période durant laquelle elle ne put s'exprimer qu'en anglais). Breuer mit fin au traitement, en juin 1882, en grande partie en raison de la jalousie de Mme Breuer. Anna ne supporta pas cette rupture et présenta un état de grande agitation, évoquant un accouchement. La mère d'Anna rappela Breuer qui calma une dernière fois sa patiente avant d'emmener son épouse à Venise pour un deuxième voyage de noces. Breuer était d'autant plus étonné qu'il avait toujours considéré la jeune femme comme peu intéressée par l'élément sexuel.(21)

Freud avait ainsi été informé de l'usage possible de l'hypnose dans les névroses et de la découverte par son ami de l'effet de la méthode cathartique sur les symptômes hystériques.

Peu avant son départ pour Paris, Freud effectua un remplacement dans le sanatorium privé d'Obersteiner où se pratiquait l'hypnothérapie et il est possible qu'il ait essayé lui-même.



Le séjour à Paris fut décisif dans la carrière de Freud : alors qu'il se préparait à se spécialiser en neuropathologie et avait demandé ce voyage pour se perfectionner en matière d'anatomie cérébrale, Freud fut subjugué par Charcot dès les premières leçons du maître auxquelles il va assister. Il écrivit à Martha Bernays, sa fiancée qu'il épousera en 1886 : "*Charcot est tout simplement en train de démolir mes conceptions et mes desseins.*"(52) et dit de lui, dans l'hommage posthume qu'il lui adressa : "*Comme enseignant, Charcot était littéralement fascinant, chacune de ses conférences était un petit chef-d'œuvre de construction et d'articulation, à la forme achevée et à ce point pénétrant que toute la journée on ne pouvait chasser de son oreille la parole entendue et de son esprit l'objet de sa présentation.*"(58)

Freud se chargea d'ailleurs de traduire en allemand les leçons du mardi; "*Leçons sur les maladies du système nerveux*" fut publié en 1886.

Il délaissa d'ailleurs rapidement ses travaux sur les anomalies morphologiques du cerveau pour s'intéresser davantage à la psychopathologie. Freud fut particulièrement intéressé par la possibilité de créer expérimentalement des paralysies grâce à l'hypnose et de les refaire disparaître. Il put constater que ces paralysies ne correspondaient pas à la réalité anatomique des trajets du système nerveux mais pouvaient concorder à l'idée que s'en faisaient ces patients. Charcot avait démontré que les névroses n'étaient pas la conséquence de lésions structurales du système nerveux, mais qu'elles se déclenchaient à l'occasion de traumatismes psychiques. Cette explication séduisit Freud et fut probablement à l'origine de ses travaux sur la dynamique de l'inconscient.

Il encensa cette théorie en assurant à Charcot "*pour tous les temps la gloire d'être le premier à avoir expliqué l'hystérie*".(58)

A son retour de Paris, Freud se devait de faire un rapport sur son voyage d'études. Sa conférence fut très mal reçue, s'opposant nettement aux idées de ses maîtres autrichiens et particulièrement de Meynert. Sa carrière universitaire s'en voit alors compromise. Ce fut ainsi que, poussé par des impératifs matériels, il s'installa comme praticien spécialisé en neuropathologie, au 7 de la Rathausstrasse à Vienne en avril 1886.

Il utilisait les méthodes les plus répandues à l'époque : électrothérapie, hydrothérapie et massages. Bien qu'enthousiasmé par l'hypnotisme, Freud ne le fit pas entrer dans sa pratique lors des premiers temps. D'après Chertok, Freud avait hésité à recourir à cette forme de traitement qui avait très mauvaise presse dans le milieu médical viennois.(31) Trois après-midi par semaine, il travaillait comme neurologue à la clinique de pédiatrie du Professeur Max Kassowitz où il pu faire l'observation de nombreux enfants.

Il se décida finalement à employer l'hypnose à partir de décembre 1887, peut-être déçu par les pauvres résultats thérapeutiques obtenus avec l'électrothérapie. Freud avait eu connaissance des travaux de Liébeault et de Bernheim à Nancy qui, contrairement à ce qu'il avait pu observer à la Salpêtrière, utilisaient l'hypnose dans un but thérapeutique.

Il se montra très satisfait par sa nouvelle pratique : *"Quant à moi, je suis plongé ces dernières semaines dans l'hypnotisme et j'ai obtenu toute sorte de succès, petits mais surprenants. Je projette aussi de traduire le livre de Bernheim sur la suggestion."* (52)

*"Le travail au moyen de l'hypnose était fascinant. On éprouvait pour la première fois le sentiment d'avoir surmonté sa propre impuissance, le renom d'être un thaumaturge était très flatteur".*(53)

Freud n'utilisa la méthode cathartique telle que son ami Breuer la lui avait décrite qu'à partir de 1889. Au départ, il cherchait toujours à faire parler ses patients de leurs symptômes sous hypnose tout en continuant à formuler des suggestions directes, comme il le relata dans la cas d'Emmy von N.(21)

L'avantage de la méthode cathartique, aux yeux de Freud, fut qu'elle *"satisfaisait aussi le désir de savoir du médecin, qui avait tout de même le droit d'apprendre quelque chose de l'origine du phénomène qu'il s'efforçait de supprimer"*.(57)

Cependant, Freud allait se heurter à une difficulté *"technique"* : il ne pensait la méthode cathartique possible seulement si le patient était en hypnose profonde, somnambulique. Or, il constata qu'il lui était difficile d'obtenir ce degré d'hypnose avec tous ses patients et que même certains se montraient totalement résistants. Il pensa alors que c'était sa technique personnelle qui était en cause et décida de se rendre à Nancy pour rencontrer Bernheim. C'est ce qu'il fit en juillet 1889, en se faisant accompagner par une de ses patientes, Emmy von N., chez laquelle justement il avait beaucoup de mal à induire une hypnose profonde.

Il rendit visite à Liébeault : *"Je vis le vieux et touchant Liébeault à l'œuvre, auprès des femmes et des enfants de la population prolétaire; je fus témoin des étonnantes expériences de Bernheim sur ses malades de l'hôpital, et c'est là que je reçus les plus fortes impressions relatives à la possibilité de puissants processus psychiques demeurés cependant cachés à la conscience des hommes."* (56)

Mais il entendit aussi le grand maître de l'hypnotisme, le Dr Liébeault, dire : *"Ah! si nous avions la possibilité de rendre tout le monde somnambule, la thérapeutique hypnotique deviendrait la plus puissante de toutes."* (21)

Bernheim d'ailleurs n'arriva guère plus que Freud à mettre la patiente en hypnose profonde, avouant par ailleurs qu'il parvenait rarement à des hypnoses profondes dans sa clientèle privée.(31)

Freud pensa alors qu'il lui fallait renoncer à la méthode cathartique chez nombre de ses patients, étant persuadé que seule l'hypnose profonde pouvait produire un élargissement du champ de la mémoire qui rendait possible l'accès aux souvenirs pathogènes. Il se rappela avoir entendu dire à Bernheim que les souvenirs du somnambulisme n'étaient oubliés qu'en apparence à l'état de veille. Ils pouvaient être évoqués par une petite exhortation alliée à un contact de la main pour marquer un autre état de conscience. Et Bernheim avait procédé devant lui à une expérience durant laquelle il avait suggéré à une patiente somnambule qu'il n'était plus présent. A son réveil, alors qu'elle ne se rappelait rien, Bernheim lui affirma qu'elle se souviendrait de tout et lui posa la main sur le front pour qu'elle réfléchit. Elle finit alors par lui raconter ce qu'elle n'avait soi-disant pas perçu pendant son somnambulisme et qu'elle prétendait ignorer à l'état de veille.(21)

Freud en déduisit qu'il existait des représentations psychiques dont le patient n'avait pas conscience mais dont il gardait le souvenir dans sa mémoire inconsciente. De là, il se mit à employer la "*Druckmethode*" qui consistait à exercer une pression sur le front du patient, ou à prendre son visage entre les deux mains, tout en l'exhortant à former des images à partir des symptômes.

Il en fut très satisfait : "*Je fus moi-même étonné de constater qu'il me livrait justement ce dont j'avais besoin et je puis dire qu'il ne m'a presque jamais déçu; il m'a toujours montré la voie à suivre dans mes investigations et m'a permis de mener ces sortes d'analyses jusqu'au bout sans recourir au somnambulisme*".(21)

Freud pouvait alors se passer de l'hypnose; il lui reprochait, outre le caractère aléatoire de l'hypnotisabilité du patient, l'aspect superficiel de la guérison : "*La relative faiblesse de la suggestion au regard du mal à combattre se trahit encore dans le fait qu'elle provoque certes la suppression des phénomènes morbides, mais seulement pour une courte durée. Une fois ce temps écoulé, les signes du mal réapparaissent et il faut une fois de plus les chasser en renouvelant l'hypnose et la suggestion. Si le processus se répète trop souvent, il épuise généralement la patience et du malade et du médecin, et il entraîne l'abandon du traitement hypnotique. C'est aussi dans ces cas-là, qu'ont tendance à s'installer chez le malade une dépendance à l'égard du médecin et une sorte d'addiction à l'hypnose*".(58)

Un autre motif a peut-être motivé Freud pour pouvoir se passer de l'hypnose : les implications érotiques possibles de la relation particulière entre l'hypnotiseur et l'hypnotisé(e).

Il décrit plus tard l'épreuve à laquelle il avait été confronté : *"Je fis un jour une expérience qui me révéla sous un éclairage cru ce dont je me doutais depuis longtemps. Alors qu'une fois, j'avais délivré de son mal l'une de mes patientes les plus dociles chez qui l'hypnose avait permis de réaliser les plus remarquables prodiges, en ramenant l'accès douloureux à sa cause, elle me passa à son réveil les bras autour du cou.*

*L'entrée inopinée d'une personne de service nous évita une explication embarrassante, mais par un accord tacite nous renonçâmes dès ce moment à poursuivre le traitement par hypnose. Je gardai la tête assez froide pour ne pas porter ce hasard au compte d'un charme personnel irrésistible et je pensai avoir désormais saisi la nature de l'élément mystique (mystérieux) qui était à l'œuvre derrière l'hypnose. Pour le mettre hors circuit ou tout au moins pour l'isoler, il fallait abandonner l'hypnose."*(57)

Peu à peu, Freud se rendit compte qu'il n'avait pas besoin de pression ou de contact physique, *"que chez le patient les idées subites surgissaient presque toujours en abondance, mais que celles-ci étaient, par des objections déterminées qu'il se faisait à lui-même, tenues à l'écart de la communication et même de la conscience"*.(59)

Freud modifia alors sa technique, invitant le patient à ne recueillir toujours que la surface de sa conscience, de se faire un devoir de la plus totale franchise et à n'exclure de la communication aucune idée subite. Le procédé de l' *"association libre"* était né.

Freud va délaisser progressivement l'hypnose, pour la rejeter définitivement à partir de 1896. De même, il abandonna aussi la "Druckmethode".

Sa pratique évolua, il proposa à ses patients de s'installer confortablement sur un divan, alors que lui-même prenait place derrière, pour ne pas influencer le patient par ses attitudes. Il ne leur demanda plus de fermer les yeux et évitait de les toucher, s'éloignant par là de la technique hypnotique.

Il conseilla aux médecins de s'abandonner à eux-mêmes, dans un état d'attention uniformément flottante, de sorte qu'il capte l'inconscient du patient.

Pour rompre définitivement avec la méthode cathartique, il nomma cette pratique "*psycho-analyse*".

Nous avons vu comment le physiopathologiste S. Freud, qui se destinait à une carrière en laboratoire essentiellement, s'orienta vers une pratique au contact des patients, passa de l'observation à la Charcot à la suggestion pratiquée par l'école de Nancy, puis se mit à l'écoute des patients, ne s'autorisant plus d'intervention pouvant influencer ceux-ci.

Freud ne prit jamais réellement position dans la discussion qui séparait l'école de la Salpêtrière de l'école de Nancy. Charcot et Bernheim s'opposaient sur la nature même de l'hypnose : pour Charcot, l'hypnose est un état pathologique, qui reproduit la symptomatologie hystérique et peut être induit par des manœuvres externes; pour Bernheim, l'hypnose est un état normal proche du sommeil, qui peut être provoqué chez la plupart des personnes, de nature psychique comme en témoigne son induction par la suggestion.

Charcot utilisait l'hypnose comme une méthode expérimentale de diagnostic des hystéries, Bernheim s'en servait de façon thérapeutique pour normaliser les comportements, comme un traitement psychique.

Impressionné favorablement par Charcot, Freud entreprit de traduire les "*Leçons sur les maladies du système nerveux*" en 1886. Puis, ayant pris connaissance de l'ouvrage de Bernheim, il traduisit la version de 1888 de "*De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique*". Mais, dans la préface de celle-ci, il prit fait pour Charcot comme il s'en expliqua à Fliess : "*Je ne partage pas les opinions de Bernheim qui me semblent par trop unilatérales et j'ai cherché dans l'avant-propos à défendre les points de vue de Charcot. J'ignore si je l'ai fait adroitement mais je sais que ce fut sans succès. La théorie suggestive, c'est-à-dire introsuggestive de Bernheim agit sur les médecins allemands à la façon d'un sortilège banal.*

*Ils n'auront pas beaucoup de chemin à faire pour passer de la théorie de la simulation, à laquelle ils croient actuellement, à celle de la suggestion".(56)*

Après le voyage à Nancy et le "*Premier congrès international de l'hypnotisme expérimental et thérapeutique*" qui eut lieu en août 1889 et auquel il prit part, Freud changea de position en ne prenant parti ni pour une école ni pour l'autre. Il reconnut dans l'éloge posthume écrit pour Charcot, que "*la limitation de l'étude de l'hypnose aux hystériques... sa caractérisation par des phénomènes somatiques, tout ceci s'écroula dans l'appréciation des contemporains lorsque Bernheim, élève de Liébeault, entreprit d'édifier la doctrine de l'hypnotisme sur une base psychologique plus large et de faire de la suggestion le noyau de l'hypnose".(58)*



Freud reconnaîtra plus tard ses constantes oscillations : *"En ce qui concerne l'hypnotisme, j'ai pris parti contre Charcot et je n'ai pas été non plus entièrement d'accord avec Bernheim."*(52)

Il ne pouvait reconnaître l'hypnose comme un traitement universel, ayant expérimenté lui-même certaines résistances à ce traitement. Quant à la suggestion thérapeutique sous hypnose, elle est tout aussi aléatoire et la suggestibilité d'un patient varie avec la nature même de la suggestion : *"L'hypnotisé consent à de petits sacrifices, mais refuse d'en faire des grands, exactement comme à l'état de veille."*(58)

Freud s'interrogea sur la nature même de la suggestion. Il reprocha à Bernheim de ne pas s'expliquer sur l'essence de celle-ci.

Cette énigme va l'intéresser particulièrement : *"Maints phénomènes de l'hypnose, comme par exemple les modifications de l'activité musculaire, ne présentent qu'un intérêt scientifique. Mais le trait le plus significatif, et pour nous le plus important de l'hypnose, réside dans l'attitude de l'hypnotisé à l'égard de son hypnotiseur.*

*Alors que l'hypnotisé se comporte vis-à-vis du monde extérieur comme un dormeur, c'est-à-dire en a détourné tous les sens, il est éveillé vis-à-vis de la personne qui l'a plongé en hypnose, n'entend et ne voit qu'elle, la comprend et lui répond. Ce phénomène qu'on appelle dans l'hypnose le rapport, trouve son pendant dans la façon de dormir de certaines personnes, par exemple la mère qui nourrit son enfant. Il est tellement frappant qu'il devrait nous mener à la compréhension de la relation entre l'hypnotisé et l'hypnotiseur."*(58)

Ce "*rapport*" (ce mot avait été employé par Mesmer pour qualifier les sentiments qui entraient dans la relation hypnotique), il allait le retrouver dans sa pratique ultérieure, alors qu'il avait déjà abandonné la pratique de l'hypnose.

Freud utilisa le mot transfert au sens psychanalytique du terme dans "*Etudes sur l'hystérie*" qu'il écrivit en collaboration avec Breuer. En confrontant leurs expériences personnelles, les deux médecins en arrivèrent à conclure que ce n'était pas leur propre personne qui suscitait de tels sentiments de la part des patientes, mais qu'il s'agissait d'une troisième figure qui entrait dans la relation "*quand la malade craint de reporter sur la personne du médecin les représentations pénibles nées du contenu de l'analyse. C'est là un fait constant dans certaines analyses. Le transfert au médecin se réalise par une fausse association.*"(21)

De cette découverte commune, il dira plus tard : "*C'est là, je crois, la chose la plus importante que nous ayons tous deux à révéler au monde.*"(53)

Pour Freud, il était important que le médecin montre une "*attitude de bienveillante patience*" à l'égard du malade, grâce à quoi celui-ci ferait un transfert positif sur sa personne.

Ses résistances seraient levées lorsque, à force d'investigations et d'explications, le médecin aurait ramené à sa conscience ce qui était dissimulé dans son inconscient. Ainsi, "*les malades apprenaient peu à peu que, dans de semblables transferts à la personne du médecin, il s'agissait d'une pulsion et d'une erreur que la fin de l'analyse dissiperait.*"(21)

Freud fit de l'analyse des résistances et de la liquidation du transfert le but de la cure analytique.

Ses recherches sur les transferts vont l'amener progressivement, en étudiant les mécanismes de refoulement, sur les traces de la sexualité infantile jusqu'aux premiers stades de la relation d'objet.

Mais la question que lui suscitait l'hypnose n'était pas pour autant résolue et, même s'il avait affirmé : "*Je suis en droit de dire que la psychanalyse proprement dite ne date que du jour où l'on a renoncé à avoir recours à l'hypnose.*"(54), il continua tout de même à s'intéresser à sa problématique. Ainsi, en 1921, dans "*Psychologie des foules et analyse du moi*"(54), il reviendra sur le débat de la fin du siècle précédent.

A nouveau, Bernheim apparaît pour Freud comme l'auteur d'"*étonnants tours d'adresse*" suscitant chez lui une "*sourde hostilité ... contre cette tyrannie de la suggestion*". Il revint sur sa "*révolte contre le fait que la suggestion, qui expliquerait tout, devrait elle-même être dispensée d'explication*" et répéta à ce propos une vieille devinette :

Christophe portait le Christ

Le Christ portait le monde entier

Dis-moi où Christophe

A ce moment-là a mis le pied ?

Et, évoquant les différents travaux sur la suggestion menés durant ce long laps de temps en se référant particulièrement à ceux de Tarde, Brugeilles et Le Bon, il affirma : "*Si maintenant, après m'être tenu à distance pendant quelque trente ans, j'aborde à nouveau l'énigme de la suggestion, je trouve que rien n'y a changé.*"

Il s'essaya à théoriser l'hypnose. Il la compara avec l'état amoureux, retrouvant la *"même soumission humble, même docilité, même absence de critique envers l'hypnotiseur comme envers l'objet aimé. Même résorption de l'initiative personnelle; aucun doute, l'hypnotiseur a pris la place de l'idéal du moi. Simplement, dans l'hypnose les rapports sont encore plus nets et plus intenses, si bien qu'il conviendrait plutôt d'expliquer l'état amoureux par l'hypnose que l'inverse."*(54)

La différence essentielle, d'après lui, est que dans l'hypnose la satisfaction sexuelle est exclue.

Il tenta aussi d'apparenter la relation hypnotique à *"une formation en foule à deux"* mais seulement dans le sens où elle s'approche du comportement d'un élément de la foule envers le meneur. *"L'hypnose s'écarte de la formation en foule par cette limitation du nombre, comme de l'état amoureux par le manque de tendances directement sexuelles. En ce sens, elle tient le milieu entre les deux"*.

Mais Freud reconnaît qu' *"il y a encore beaucoup de choses en elle (l'hypnose) dont il faut reconnaître qu'elles sont incomprises, mystiques."* Et il va s'appuyer sur l'éthologie et les idées de Darwin qui assimilait la société humaine primitive à une horde dominée par un mâle tout-puissant pour tenter d'expliquer le mode de fonctionnement de la suggestion. Freud estimait que la psychologie de la foule pouvait correspondre *"à un état de régression, à une activité psychique primitive, telle qu'on pourrait justement l'assigner à la horde originaire"*.

Et il estima que ce qui restait de mystérieux dans la relation hypnotique pouvait renvoyer à cet héritage archaïque, à une reproduction de l'attitude de complète soumission d'un individu de la horde à l'égard du père originaire.

Il rejoignait là Ferenczi qui reconnaissait deux sortes d'hypnose selon que l'hypnotiseur utilisait une technique autoritaire et menaçante pour induire le sommeil hypnotique qu'il nommait alors paternelle, ou bien qu'il soit plutôt doux et apaisant, se rapportant au modèle maternel. *"C'est l'histoire des quatre premières années, en particulier la manière dont se construit la relation aux parents, qui détermine si un individu restera toute sa vie réceptif à l'une, à l'autre ou aux deux formes d'influence. La réceptivité à l'hypnose d'un sujet adulte ne dépend donc pas d'une aptitude particulière de l'hypnotiseur, mais d'une disposition innée ou acquise (phylogénétiquement ou ontogénétiquement) du "médium" à se dépouiller de sa volonté propre sous l'influence de la douceur ou de la crainte, qui sont précisément les moyens éducatifs dont disposent les parents."*(51)

Pour Freud, *"le père originaire est l'idéal de la foule qui domine le moi à la place de l'idéal du moi. L'hypnose peut prétendre à juste titre à cette appellation : une foule à deux; il reste comme définition de la suggestion : une conviction qui n'est pas fondée sur la perception et le travail de la pensée, mais sur un lien érotique."*(54)

Bien qu'ayant supprimé de sa panoplie thérapeutique la pratique de la suggestion thérapeutique, Freud n'avait pas pour autant rejeté totalement l'usage de l'hypnose dans une pratique psychothérapeutique : *"nous serons obligés de mêler à l'or pur de l'analyse, une quantité considérable du plomb de la suggestion directe. Parfois même nous devrons, comme dans le traitement des névroses de guerre, faire usage de l'influence hypnotique."*(55)

## VI PIERRE JANET

Pierre Janet (1859-1947), philosophe et médecin, fut l'un des rares français qui ait continué à étudier l'hypnose après le déclin d'intérêt que connu l'hypnotisme dans les suites de la bataille qui opposa l'école de la Salpêtrière à celle de Nancy.

Il est le premier enfant issu de l'union de Jules Janet et de Fanny Hummel. Ellenberger, qui s'est beaucoup penché sur l'œuvre et la vie de Pierre Janet, décrit le père comme psychasthénique et réservé. La mère, originaire de Strasbourg, bilingue, était une fervente catholique et une ardente patriote française. A l'âge de quinze ans, Pierre Janet traversa une période de dépression accompagnée d'une crise religieuse ce qui l'obligea à interrompre ses études pendant plusieurs mois. Il réussit à surmonter cette épreuve et redevint brillant élève.(116)

Janet, neveu du philosophe Paul Janet, suivit au départ la même voie que son oncle. Tous deux ont étudié au Lycée Louis-le-Grand, sont entrés à L'Ecole Normale Supérieure après le baccalauréat, et sont devenus agrégés de philosophie et professeurs de lycée. D'abord nommé au lycée de Châteauroux, Janet prit ensuite un poste au Havre de 1883 à 1889. Là, il fit la connaissance de Gibert et Powilewicz, deux médecins havrais qui se passionnaient de spiritisme. Ils étudièrent ensemble les textes des anciens magnétiseurs et Gibert permit à Janet de faire ses premières expériences d'hypnotisme. Gibert se servait surtout de l'hypnose comme un moyen de traitement de symptômes, il connaissait l'efficacité thérapeutique de la suggestion. De ses expériences d'hypnotisme et de ses observations de malades hospitalisés, Janet allait se passionner pour la psychologie et rédiger sa thèse de philosophie "L'automatisme psychologique" présentée à la Sorbonne en 1889.

Il y développa l'idée de l'existence d'un inconscient psychologique. Ses études du somnambulisme provoqué l'amènèrent à supposer que la personnalité humaine se compose de deux instances, "*l'une qui conserve les organisations du passé, l'autre qui synthétise, qui organise les phénomènes du présent.*"(71) Les états de somnambulismes induits, d'anesthésies provoquées, d'écritures automatiques, de perceptions insolites et d'actes apparemment involontaires lui laissèrent penser qu'il existait une seconde conscience qui persiste au-dessous de la pensée normale. Janet en tint pour preuve tous ces souvenirs, toutes ces images, sensations et conduites qui paraissent échapper à la volonté du sujet et qui cependant lui sont dictés par une part de lui-même. Cette découverte lui parut importante pour la compréhension et le traitement de ces symptômes hystériques semblables à ceux que l'on peut provoquer par l'hypnose. Pour Janet, la personnalité humaine peut perdre de sa cohésion, et laisser émerger des activités automatiques : il évoqua "*une conscience réduite aux sensations et aux images, sans aucune de ces idées de relations qui constituent la personnalité et les jugements*". L'hystérique présente nombre de ces manifestations d'automatisme psychologique, ce qui serait révélateur, selon Janet, d'un affaiblissement de la synthèse mentale, par un "*rétrécissement du champ de la conscience*".(71)

De là, Janet en déduisit que pour permettre à certains symptômes hystériques de disparaître, il fallait découvrir quels souvenirs traumatiques enfouis dans l'inconscient les sous-tendaient et permettre leur évacuation. Dans sa thèse, il développa particulièrement le cas de Marie, une jeune fille de vingt ans, qui présentait des crises convulsives à périodicité mensuelle, des anesthésies et une cécité fonctionnelle.

Il amena cette malade, par hypnose, à différentes périodes de sa vie où elle pouvait retrouver l'origine de ses troubles actuels : à l'instauration de la puberté en ce qui concernait les crises convulsives; à six ans, à une époque où on l'a forcée à dormir avec une enfant de son âge "*qui avait de la gourme sur le côté du visage*" (71) dont elle n'avait pu supporter la vue et encore moins le contact. Après quoi, elle avait développé une anesthésie faciale gauche et cette cécité de l'œil gauche. L'évocation de ces souvenirs permirent, par une série de suggestions, la disparition des symptômes. Janet avait utilisé la psychothérapie cathartique avant Breuer, on pourrait presque dire qu'il en fut l'initiateur, mais il faut tout de même citer Bourru et Burot qui exposèrent une méthode proche de la méthode cathartique, comportant le rappel du traumatisme et l'abréaction, dans leur ouvrage "*Les variations de la personnalité*" paru en 1888.(26)

Janet présenta cette thèse en juin 1889. Elle fut accueillie comme un événement d'importance majeure par les instances universitaires et médicales de ce temps. C'est ainsi que, d'emblée, la *Revue de l'hypnotisme* annonça "une ère nouvelle pour l'étude de l'hypnotisme, du somnambulisme et de l'hystérie". Deux mois plus tard eut lieu à Paris le "Premier Congrès International de l'Hypnotisme Expérimental et Thérapeutique" auquel Janet assista. Le président du Congrès, Dumont-Pallier, médecin de l'Hôtel-dieu, termina son discours d'ouverture en réservant une place d'honneur à Pierre Janet, qui fut personnellement désigné à l'attention de toutes les personnalités présentes. "*La Sorbonne, s'exclama Dumont-Pallier, ...vient de donner une magistrale approbation à la thèse de Mr Pierre Janet, thèse où l'automatisme psychologique a été analysé à l'aide des divers procédés fournis par l'hypnotisme.*"



Charcot avait appris à connaître Pierre Janet dans le cadre de la Société de Psychologie Physiologique qui avait commencé en 1885 à donner corps à des recherches expérimentales en psychologie comme il en existaient déjà en Allemagne et en Angleterre. Les figures de proue de cette société étaient Théodule Ribot, un philosophe qui a permis l'institutionnalisation de la psychologie dans les universités françaises, Paul Janet, professeur d'histoire de la philosophie à la Sorbonne, et Charles Richet, jeune physiologiste de la faculté de médecine, amateur d'hypnotisme et d'explorations mentales aux limites de l'occultisme. Ce trio avait fait solliciter Charcot pour présider leur groupe et lui donner une caution académique et scientifique. Paul Janet présenta un jour les travaux de son neveu. Charcot, intéressé, encouragea Pierre Janet à demander sa mutation dans un lycée parisien pour qu'il puisse venir travailler à la Salpêtrière.

Très vite après avoir entrepris ses recherches sur le psychisme humain, Janet s'était rendu compte de la nécessité de recourir aux méthodes cliniques utilisées par les psychiatres pour permettre une exploration plus complète : c'est pourquoi, à peine a-t-il passé son doctorat ès-lettres, il s'imposa la lourde tâche de faire des études médicales. Il les poursuivra parallèlement à ses obligations de professeur de lycée, et il obtiendra son doctorat en médecine en un minimum de temps : l'appui de Charcot lui permit d'effectuer un cursus abrégé, sans devoir suivre la filière de l'internat et du clinicat. Charcot lui avait offert de travailler à la Salpêtrière et lui proposa, dès 1890 lorsque Janet obtint sa mutation dans un lycée parisien, de diriger le laboratoire de psychologie de la clinique neuropsychiatrique de cet hôpital. Il présenta en 1893 sa thèse intitulée "L'état mental des hystériques" devant un jury présidé par Charcot, deux semaines avant la mort de celui-ci.

Le successeur de Charcot, le Pr Raymond, lui permit de poursuivre ses expériences au laboratoire de psychologie. La technique de Janet était simple, essentiellement suggestive. Ses suggestions étaient souvent renforcées par des "passes" mais surtout, Janet insistait déjà sur le rôle aujourd'hui reconnu des répétitions, du rythme et de la régularité que se soit dans le geste ou dans la parole : "*Ces propriétés très intéressantes sont caractéristiques des phénomènes physiologiques et psychologiques élémentaires.*"(71)

Au début de ses recherches, Janet envisageait la suggestibilité comme un caractère anormal, s'opposant directement à Bernheim dans l'esprit de l'école de la Salpêtrière. Pour lui, tout somnambule est plus ou moins hystérique. "*En fait, un individu normal n'est pas suggestible.*"(71) De plus, la suggestibilité n'explique pas à elle seule l'hypnose; certaines de ses expériences lui firent même penser qu'elle pouvait diminuer dans des états d'hypnose profonde. Nous avons vu qu'il estimait que le somnambulisme était une forme d'automatisme psychologique, résultant d'une diminution de l'activité spirituelle, synthétisante et organisante. Il avait défini divers niveaux dans cette activité automatique : la catalepsie résulterait d'un automatisme des sensations, le somnambulisme, plus élaboré, d'un automatisme des perceptions. Pour Janet, il y a dans l'hypnose une réactivation d'une tendance inférieure, c'est à dire un retour aux croyances qu'il qualifiait d'asséritives : "*cette forme de croyance qui existe chez les enfants, chez les prélogiques, chez les débiles, et qui caractérise un stade de développement antérieur au stade réfléchi. Cette croyance, qui est caractérisée par l'exagération, l'illogisme, la brutalité, dépend du sentiment prédominant.*

*La croyance réfléchie, qui dépend au contraire non d'un sentiment unique, mais de la moyenne des tendances et des sentiments opposés les uns aux autres, peut conserver une certaine stabilité. La croyance asséritive change dès qu'un sentiment nouveau devient momentanément plus puissant."*(76)

Le phénomène primaire de la suggestion est pour lui une suppression du contrôle personnel, par chute du niveau psychologique au stade asséritif. L'idée, éveillée dans l'individu lui-même ou amenée par l'extérieur, va se développer automatiquement pour devenir action ou croyance. Et l'on peut constater que Janet se rapprochait de la conception nancéienne de l'hypnose. Il le reconnut beaucoup plus tard : *"Je suis disposé à rendre de plus en plus justice à l'œuvre de Mr Bernheim et à reconnaître une part considérable de suggestion dans les phénomènes de l'aesthésiogenie...Pourtant, comme je le disais déjà en 1889, j'ai l'impression, peut-être illusoire, qu'il y a dans les somnambulismes complets quelque chose de plus que dans la suggestion."*(76)

Janet chercha la nature exacte de l'hypnose en étudiant plus particulièrement le somnambulisme complet. Il remarqua que les suggestions post-hypnotiques fonctionnaient surtout dans cet état spécifique. Il constata aussi l'existence d'"une période d'influence somnambulique" dans les suites d'une séance d'hypnose. Celle-ci correspondrait à un élargissement du champ de conscience et permettrait une amélioration clinique. Puis interviendrait une "période de passion somnambulique" dans laquelle le sujet, qui désirerait la présence de son hypnotiseur, réitérerait ses symptômes. Si l'hypnothérapie est bien conduite, la deuxième période peut souvent être allongée, surtout si la relation hypnotiseur-hypnotisé est satisfaisante.(76)

Janet se pencha sur cette relation, qu'il appela le "rapport magnétique", dans lequel le sujet hypnotisé éprouve pour son hypnotiseur des sentiments particuliers, le plus souvent de l'amour, parfois de la peur mais il existe toujours un sentiment de lien : *"L'hypnotiseur prend une situation prépondérante."*(68) La relation peut prendre différentes formes selon les personnes et selon les circonstances : ainsi, Janet est "comme un fils" pour une de ses patientes âgées, pour un autre il est "comme le bon Dieu"; mais dans la plupart des cas *"les sujets se sentent humbles et petits et se comparent à des enfants devant leurs parents."*(68)

Pour Janet, la plupart de ces sentiments se rapportent à un besoin fondamental de direction, et cela même quand il existe une lutte contre la pensée de l'hypnotiseur. Le désir de satisfaction de ce besoin expliquerait donc pourquoi le sujet montre beaucoup de bonne volonté pour entrer dans l'état hypnotique.

Janet insista aussi particulièrement sur deux autres mécanismes intervenant dans l'hypnose. Tout comme Bernheim, il va évoquer le rôle de l'apprentissage dans la facilité d'accéder à cet état : *"Il est évident que les sujets se dressent à l'emploi de ce procédé thérapeutique et qu'ils l'utilisent au bout d'un certain temps beaucoup plus facilement. Quand des séances de ce genre ont été interrompues pendant longtemps chez un sujet, elles sont ensuite beaucoup plus difficiles à recommencer et à mettre en train."*(70)

Il s'arrêta aussi sur l'importance de l'excitation, qui caractérise l'état du sujet pendant et un peu après l'hypnose, qui correspondrait à une élévation de la tension psychologique. Cette excitation permet l'activation des prototendances, qui rendent possible le consentement du sujet aux suggestions qui lui sont formulées.

Durant toutes ses recherches sur l'hypnose, Janet modifia quelque peu son opinion sur la nature de celle-ci par rapport à ses premières positions.

Après avoir dénoncé les erreurs des magnétiseurs de la grande époque, il chercha à analyser les causes de la nouvelle disgrâce de l'hypnose : *"L'hypnotisme à trois phases de Charcot, comme Mr Bernheim l'a très bien remarqué dès 1884, n'a jamais été qu'un hypnotisme de culture, c'est lui qui a gagné la bataille...La lutte entre l'école de la Salpêtrière et l'école de Nancy a été néfaste pour l'hypnotisme lui-même. La victoire des animistes fut mal accueillie, au moins dans le monde scientifique : on l'enregistra, mais en la déplorant. La doctrine de Charcot, qu'elle renversait, était claire, nette et facile à étudier, elle semblait faire rentrer le magnétisme animal dans le cadre de la physiologie : cela semblait un beau progrès scientifique. Qu'est-ce que l'école de Nancy mettait à la place de ce beau rêve ? Quelques vagues affirmations sur la suggestivité et la crédibilité que l'on ne pouvait ni discuter ni comprendre sans entrer dans les études nouvelles de la psychologie.... Dans ces conditions, la décadence de l'hypnotisme n'a pas grande signification, elle est déterminée par des causes accidentelles, des regrets et des déceptions après des enthousiasmes irréfléchis; elle n'est qu'un accident momentané dans l'histoire du somnambulisme provoqué et dans l'histoire de la psychothérapie."*(69)

Evoquant les vertus thérapeutiques de l'hypnose, Janet se trouva *"obligé de constater que ce traitement n'a pu être appliqué d'une manière heureuse que dans un petit nombre de cas"*.(70) En 1923, il reprit l'analyse de 3500 dossiers de névropathes, notamment des hystériques, et ne recensa plus que 250 cas favorables.

Parmi ceux-ci, il n'y a que quelques cas de guérison rapide et définitive, des cas plus nombreux de guérison lente et durable et une majorité d'améliorations temporaires et itératives.(69)

Grâce à cette étude à grande échelle, Janet se permit de répondre à certaines critiques : *"On a beaucoup exagéré les dangers que peuvent présenter ces traitements et je serai disposé à dire que l'hypnotisme et la suggestion sont malheureusement très peu dangereux. Je dis malheureusement, car il est bien difficile de concevoir une thérapeutique qui soit à la fois efficace et dans tous les cas inoffensive."*, *"La suggestion hypnotique n'est plus une thériaque vague que l'on ne peut discuter. C'est un traitement déterminé et en somme d'application restreinte."*(69)

Pour Janet, en effet, elle ne doit être appliquée qu'à certaines affections fonctionnelles. Il entendait par maladie fonctionnelle le fait qu'elle puisse guérir par un changement du fonctionnement et donc est justiciable d'une thérapeutique psychologique. Janet envisageait donc surtout l'hypnose au sein de la psychothérapie, et notamment comme une méthode de rééducation psychologique. Dans l'état hypnotique, l'individu a certaines caractéristiques de départ, de même que l'enfant naît avec un certain capital psychologique génétique, et durant l'hypnose le sujet, comparable à un enfant, peut acquérir en sus une éducation, des connaissances et un caractère comme il en a acquis un pendant son enfance. Ceci rend compte de l'influence capitale du "rapport magnétique", influence qu'il faut utiliser à bon escient, et dont il faut se méfier : *"Cette éducation du somnambule par celui qui l'endort est le grand danger de ces expériences"*.(71)

Janet estimait que l'hypnothérapie était généralement un traitement essentiellement symptomatique, cela ne constituait pas pour lui une raison pour l'abandonner : "*S'il faut renoncer à demander aujourd'hui à l'état hypnotique le développement de puissances merveilleuses et surhumaines, ne peut-il pas rendre des services plus humbles ?*".(69)

Janet poursuivit sa vie durant ses travaux et recherches sur la psychologie humaine. Il quitta son poste à la Salpêtrière en 1898 puis prit la succession de Théodule Ribot à la chaire de psychologie expérimentale et comparée du Collège de France en 1902. Il continua à exercer ses deux professions, enseignant la psychologie tout en poursuivant sa pratique médicale dans des hôpitaux et en clientèle privée. Il ne cessa de prendre en charge des patients, les écoutant avec attention, prenant en notes tous leurs dires, étudiant leurs conduites, dressant des biographies minutieuses. C'est ainsi plus de cinq mille observations méticuleuses qui furent consignées sur papier et conservées dans son appartement parisien, et qui servirent de base pour les théories qu'il enseigna et qui, par la suite, constituèrent la matière de ses publications.(47)

Ce sont ainsi une vingtaine de volumes et près de trois cent articles actuellement répertoriés qui forment une œuvre gigantesque, englobant à peu près tous les domaines de la psychologie normale et pathologique. Les recherches de Janet lui permirent de concevoir une théorie du dynamisme psychique et d'exposer ses idées sur les psychothérapies qui "*sont presque toujours des traitements de longue durée, parce qu'elles consistent en réalité en une éducation de l'esprit*".(8)

Les ressemblances étroites entre les premières théories de Freud et les idées de Janet furent à l'origine d'un conflit entre les deux auteurs, dont la nature concernait un problème d'antériorité dans la découverte du fonctionnement du psychisme humain et de leurs méthodes thérapeutiques. Janet estimait que ses propres découvertes étaient à l'origine de celles du médecin viennois, ce dont ce dernier se défendait. Une véritable polémique eut lieu, chacun des deux auteurs ayant ses défenseurs et pourfendeurs.(83)

Mais si les travaux de Freud ont été à l'origine d'un large mouvement connu de la plupart et maintes fois vulgarisés, l'œuvre de Janet est restée confidentielle.

## **VII UNE LENTE REHABILITATION DE L'HYPNOSE**

Avec la propagation des études de Freud et sa réticence grandissante par rapport à l'hypnose, l'étude des phénomènes hypnotiques et la pratique de cette technique furent rapidement abandonnés en Europe. En France, Janet fut le seul à conserver un certain intérêt pour l'hypnose mais l'on vient de voir que son œuvre, pourtant remarquable, ne connut pas une grande diffusion. Lacan acheva de jeter l'opprobre lorsqu'il prononça en 1956 une interdiction très claire lors de son discours de Rome : *"Nous désavouons tout appui pris dans ces états (hypnose, narcose) tant pour expliquer le symptôme que pour le guérir."*(80)

La pratique de l'hypnose en France persista de façon tout à fait confidentielle, alors même qu'elle suscita de nombreuses études et expérimentations dans d'autres pays tels que l'Union soviétique et les Etats-Unis.



En Union soviétique, Pavlov (1849-1936) et ses collaborateurs construisirent une théorie de l'hypnose en partant de leurs fameuses expérimentations sur les chiens : lorsqu'un chien a été conditionné à un signal sonore annonçant qu'on allait le nourrir, alors, un fois endormi, il ne se réveille qu'à ce même signal sans réagir aux autres sons. Le cortex du chien est inhibé, mais il persiste des points vigiles dans certaines zones.

Pour Pavlov, il en est de même chez le sujet hypnotisé dont le cortex présente aussi des zones qui restent en activité pour maintenir la relation avec l'hypnotiseur. L'équipe soviétique tenait évidemment compte du fait que chez l'homme, le langage intervenait dans les phénomènes de conditionnement. Ils considéraient le langage comme un "deuxième système de signalisation", toute parole pouvant être un signal, un stimulus aussi "matériel" que n'importe quel stimulus physique.

Pavlov reconnaissait toutefois que ces deux sortes de stimuli ne pouvaient être assimilés en raison de l'existence d'un vécu particulier à chaque humain, mais sans donner une part importante à cette notion dans la mesure où il ne reconnaissait pas l'existence de l'inconscient.

Ces travaux sur l'hypnose débutés au début du vingtième siècle, purent se poursuivre très facilement après 1917 et furent même favorisés par les bolcheviques car l'hypnose était considérée comme une psychothérapie à base physiologique.

Aux Etats-Unis, la recherche expérimentale sur l'hypnose se développa en reprenant la question qui opposait à l'époque l'école de Nancy à celle de la Salpêtrière : l'hypnose correspond-t-elle à un état particulier ou n'est-elle que suggestibilité ?

Menées dans une perspective comportementale, ces expériences ne permirent pas d'aboutir à une théorie admise par tous les expérimentateurs. Elles remirent au goût du jour la querelle des animistes et des fluidistes, devenant cette fois celle des étatistes et des non-étatistes.

En France, il fallut attendre les années 1950 pour voir réapparaître des publications traitant de l'hypnose (Bachet et Padovani, Chertok, Montassut et Gachkel, Faure et Burger). Mais c'est principalement à Léon Chertok, psychiatre psychanalyste, que revient le mérite d'avoir donné un nouvel essor à l'hypnose en France.

Alors qu'il était assistant à l'hôpital psychiatrique de Villejuif au Centre de médecine psychosomatique, il eut affaire à une malade, qui se disait célibataire, âgée de vingt-deux ans, et qui avait perdu totalement le souvenir des douze dernières années de sa vie. Les premiers entretiens qu'il eut avec la malade ne donnèrent à peu près aucun résultat. C'est alors que, se souvenant d'un procédé qu'il avait vu utilisé des années auparavant par un professeur viennois, il demanda à sa patiente de s'allonger, de fixer deux doigts de sa main et de se relaxer. Elle parut alors s'endormir. Lorsque Chertok la questionna ensuite sur son âge, elle répondit sans hésiter qu'elle avait trente-quatre ans, qu'elle était mariée et avait un fils. Il lui suggéra alors qu'à son réveil, elle se souviendrait des douze dernières années de sa vie, et c'est ce qui se produisit effectivement.

Satisfait de ce résultat, Chertok n'en éprouva pas moins une certaine culpabilité en rapport avec sa formation d'analyste : il avait enfreint un interdit. Il fit part de son expérience à son analyste qui se trouvait être Jacques Lacan.

Celui-ci ne répliqua pas lors de cette séance mais Chertok estima que le maître lui donna une réponse tardive dans son fameux discours de Rome.

Pour saisir quels processus psychophysiologiques déclenchés par ses paroles ou ses gestes avaient permis à la patiente de surpasser son amnésie, Chertok se lança dans l'étude de l'hypnose. Il prit connaissance des expériences menées à l'étranger tout en continuant à pratiquer occasionnellement l'hypnose.

Il quitta l'hôpital psychiatrique pour créer un nouveau département de médecine psychosomatique (L'Elan retrouvé) à l'Institut de Psychiatrie La Rochefoucauld. S'entourant de psychologues expérimentaux et de quelques psychanalystes qu'il avait réussi à intéresser à ses recherches, il créa alors, en 1972, le Centre Dejerine qui comportait un laboratoire d'hypnose et où se pratiquèrent de nombreuses expériences plus particulièrement orientées sur la psychophysiologie de l'hypnose.

Les résultats des multiples expériences menées par l'équipe française ou les autres groupes de chercheurs font l'objet du chapitre suivant.

# **CHAPITRE 2**

## **DESCRIPTION DU PHENOMENE**

### **HYPNOTIQUE**

Les différentes expérimentations entreprises le siècle dernier nous permettent-elles de mieux connaître et comprendre le phénomène hypnotique ? Qu'est-ce que l'hypnose ? Que savons-nous actuellement de ce qui a été appelé "magnétisme animal", "somnambulisme", "sommeil nerveux", ou encore "état pathologique caractéristique de l'hystérie" ?

Diverses définitions ont été données à ce phénomène :

En 1955, pour la British Medical Association *"l'hypnose est un état passager d'attention modifiée chez le sujet, état qui peut être produit par une autre personne et dans lequel divers phénomènes peuvent apparaître spontanément ou en réponse à des stimuli verbaux et autres. Ces phénomènes comprennent un changement dans la conscience et la mémoire, une susceptibilité accrue à la suggestion et à l'apparition chez le sujet de réponses et d'idées qui ne lui sont pas familières dans son état d'esprit habituel. En outre, des phénomènes comme l'anesthésie, la paralysie, la rigidité musculaire et des modifications vasomotrices, peuvent être dans l'état hypnotique, produits et supprimés."*(31)

En 1961, pour L'American Psychiatric Association, *"L'hypnose est une procédure psychiatrique spécialisée et constitue en tant que telle un aspect des relations médecin-malade. Dans la pratique psychiatrique, l'hypnose fournit un adjuvant utilisable dans la recherche, le diagnostic et le traitement. Elle présente aussi un intérêt dans d'autres domaines de la pratique médicale."*(111)

En 1989, Chertok crut pouvoir avancer la définition suivante de l'hypnose : *"c'est, au stade du somnambulisme, un quatrième état de l'organisme, actuellement non objectivable (à l'inverse des trois autres : veille, sommeil, rêve); une sorte de potentialité naturelle, de dispositif inné prenant ses racines jusque dans l'hypnose animale, caractérisé par des traits qui renvoient apparemment aux relations pré-langagières d'attachement de l'enfant et se produisant dans des situations où l'individu est perturbé dans ses rapports à l'environnement."*(31)

## **I LA TRANSE HYPNOTIQUE "CLASSIQUE"**

### **A). L'INDUCTION**

L'induction est la première étape du processus hypnotique. C'est elle qui permet au sujet d'accéder à l'état d'hypnose. Sa durée est très variable, de quelques secondes à de nombreuses minutes.

Différentes techniques peuvent être utilisées :

Braid, par exemple, se servait de la fixation oculaire, qui générait une fatigue musculaire entraînant une fatigue générale et l'état d'hypnose.

De Faria demandait à ses sujets de concentrer leur attention sur l'idée du sommeil.

Charcot utilisait en général la fixation d'un jet lumineux, parfois d'un objet, ou même d'une source sonore intense. (95)

Liébeault procédait à une induction par la parole, Bernheim associait le visuel et la parole.

Les hypnotiseurs de foire utilisent plus particulièrement la fixation de leur propre regard, ce qui a contribué et contribue encore à donner à l'hypnose une auréole de mystère et aux hypnotiseurs la possession d'un pouvoir inquiétant.

Ces différentes méthodes provoquent l'augmentation de la concentration du sujet sur une idée ou un stimulus unique en même temps que sa vigilance diminue, permettant ainsi l'entrée dans l'état d'hypnose.

Pour donner un exemple de technique d'induction, voici celle proposée par Chertok, qu'il a nommé : *Méthode de simples suggestions verbales* :

*"Je voudrais que vous vous détendiez, que vous détendiez tout votre corps. Je voudrais que vous ressentiez toutes les tensions qui existent dans vos muscles, et que vous vous détendiez ensuite.*

*Détendez votre front, détendez les muscles de votre visage. Détendez-vous. Détendez les muscles de votre nuque, de vos bras, de vos jambes, de tout votre corps. Etirez vos bras et vos jambes. Vous sentez la pression de l'oreiller contre votre tête. Vous sentez la pression de l'oreiller contre votre nuque et contre vos épaules. Vous sentez le divan le long de votre dos. Maintenant vous portez votre attention sur vos cuisses et vous sentez que le divan soutient votre corps. Vous êtes très, très détendu. C'est comme si votre corps s'enfonçait dans le divan, s'y enfonçait complètement. Je veux que vous vous représentiez un endroit très plaisant, très agréable où vous pouvez vous allonger, oublier tous vos soucis, tous vos ennuis, un endroit où vous pouvez dormir. Cela peut être le bord de la mer, la montagne ou tout autre endroit que vous préférez. Vous respirez lentement et profondément.*

*Etirez vos jambes, vos bras. Votre corps est mou et détendu (l'opérateur prend le bras du patient et le laisse retomber). Vous êtes très détendu, très, très détendu. Tout votre corps est très détendu. Vous êtes allongé dans un pré en montagne. C'est une journée très calme. Vous sentez l'odeur des pins, vous apercevez l'eau d'un lac. Votre esprit devient aussi tranquille que la surface de ce lac. Détendez-vous et dormez, dormez, dormez, dormez calmement et profondément. Dormez."(27)*

Chez les enfants, en général facilement hypnotisables, l'induction peut se faire en utilisant les jeux ou les contes, auxquels ils adhèrent spontanément.

## B). L'APPROFONDISSEMENT DE LA TRANSE

La transe hypnotique est une expérience avant tout subjective. Généralement certains signes observables de l'extérieur permettent de la reconnaître. Elle se manifeste par un état de concentration accrue, centrée vers les phénomènes internes, accompagné d'une diminution de la réceptivité aux stimuli extérieurs. Le corps connaît en général une détente musculaire profonde, accompagné d'un désintérêt envers tout effort entraînant un état de léthargie (67). La respiration et le pouls sont habituellement ralentis, la tension artérielle diminuée. Les réflexes ostéo-tendineux sont présents, contrairement à ce qui se passe durant le sommeil. Les mouvements volontaires sont inhibés, les muscles du visage relâchés et davantage irrigués par un effet de vasodilatation périphérique.



Le sujet décrit souvent des sensations inhabituelles et parfois étranges ou paradoxales, comme une impression de lourdeur et de légèreté associées du corps ou des membres, la sensation d'une modification du schéma corporel, la sensation d'être tout à fait présent tout en étant loin, etc. (108)

Indices fréquents de la transe hypnotique (108)

Indices corporels :

- léthargie, détente (ou activité rythmée)
- catalepsie (inhibition des mouvements volontaires)
- mouvements automatiques
- relaxation de la musculature volontaire (visage, cou, nuque, dos, abdomen, bassin, ceintures pelvienne et scapulaire, membres, etc.)
- petites saccades musculaires, clignotement ou fibrillation des paupières
- larmoiement, rhinorrhée
- activation passagère de la musculature lisse (salivation, péristaltisme, toux, dilatation bronchique, vasodilatation périphérique)
- inhibition du réflexe de déglutition
- ralentissement du débit verbal, dysarthrie légère
- changement du rythme cardiaque et respiratoire (en général diminution)
- diminution de la pression artérielle
- sensation de lourdeur ou de légèreté (en accord avec le thème abordé)
- sensation de chaleur ou de fraîcheur (en accord avec le thème abordé)
- modification du schéma corporel
- perception accentuée (hyperesthésie) partielle ou générale du corps
- hypoesthésie ou anesthésie partielle ou générale
- lévitation spontanée d'un ou plusieurs membres
- inhibition ou excitation sensorielle spontanée (en accord avec les suggestions)

Indices psychologiques :

- relâchement des associations
- pensée de type plus analogique que digitale
- interprétation littérale
- logique particulière (*trance logic*)
- comportement *as if*
- distorsion temporelle
- production d'images abstraites ou concrètes
- évocation de scènes vécues ou fantasmées, "rêves éveillés"
- expression facilitée des émotions, abréactions affectives
- facilitation des souvenirs
- capacité de s'imaginer dans le passé ou le futur
- hallucinations psychiques (perçues "dans la tête")
- amnésie, hypermnésie, paramnésie

On reconnaît à la transe hypnotique différents degrés de profondeur. En hypnose classique, ces degrés sont définis en fonction des phénomènes hypnotiques observables de l'extérieur.

La transe légère est un état de relaxation musculaire mais qui n'exclut pas les mouvements volontaires.

Dans la transe moyenne, des variations du rythme respiratoire, des modifications du tonus musculaire et des réajustements de positions peuvent survenir en fonction des suggestions proposées, et comme dans le rêve, des mouvements oculaires rapides peuvent être observés.

Dans la transe profonde (ou somnambulique), la motricité est ralentie, on peut noter parfois des mouvements pseudo-athétosiques, ou même une révulsion des yeux.

Durant la même séance, le sujet peut passer d'un degré de profondeur à un autre, selon le thème abordé. L'hypnotiseur peut aussi suggérer au sujet d'approfondir son état d'hypnose.

Différentes échelles de profondeur ont été mises au point, dont voici un exemple :

*Echelle de DAVIS et HUSBAND (40)*

Profondeur	Score	Symptômes
Réfractaire	0	
Hypnoïde	1	Relaxation
	2	Battement des paupières
	3	Fermeture des yeux
	4	Relaxation physique complète
	5	Catalepsie oculaire
Transe Légère	6	Catalepsie des membres
	7	Catalepsie rigide
	8-9-10 11-12	Anesthésie (main gantée) Amnésie partielle post-hypnotique
Transe moyenne	13-14	Anesthésie post-hypnotique
	15-16	Changements de personnalité
	17-18-19	Illusions kinesthésiques
Transe profonde	20	Amnésie totale post-hypnotique
	21-22	Capacité d'ouvrir les yeux sans modifier la transe
	23-24	Somnambulisme complet
	25	Hallucinations visuelles positives post-hypnotiques
	26	Hallucinations auditives positives post-hypnotiques
	27	Amnésies post-hypnotiques systématisées
	28	Hallucinations auditives négatives
	29	Hallucinations visuelles négatives
	30	Hyperesthésies

C). UN ETAT DE CONSCIENCE MODIFIE

Mais l'état d'hypnose ne peut se résumer aux signes physiques dont on sait que toutes les caractéristiques définies ci-dessus sont facilement obtenues par d'autres techniques comme la relaxation ou le yoga.

L'hypnose est avant tout décrite par la plupart des chercheurs et des cliniciens actuels comme un "état de conscience modifié" ou un "état mental particulier".

La plupart des sujets ayant connus cette expérience décrivent volontiers des phénomènes psychologiques particuliers :

L'attention sélective : toute l'attention du sujet se retrouve focalisée sur les stimuli provenant de l'hypnotiseur. L'environnement sonore ou lumineux peut varier sans que la personne en état d'hypnose le remarque. L'attention sélective représente une polarisation de l'attention sur une expérience particulière tout en occultant toutes les autres stimulations ; il n'y a plus qu'un seul centre en éveil au niveau de la conscience.

La dissociation : particulièrement mise en évidence par Pierre Janet, elle correspond pour lui à un fonctionnement plus autonome d'une partie de l'activité mentale, une division du psychisme qui est ainsi mise en évidence par l'hypnose. Cette activité, plus régressive, avec une diminution de niveau de la pensée intellectuelle et de la volonté, permet la sensibilité accrue aux suggestions.

Pour d'autres auteurs, plus particulièrement les anglo-saxons, ce terme décrit le phénomène de vigilance à plusieurs niveaux. Un de ces niveaux conserve toute la force logique de la raison, tandis que l'autre, engagé dans le processus, vit complètement l'expérience en ayant diminué ou aboli tout esprit critique. Cette partie de la fonction psychique, qui demeure lucide et critique, est appelée "l'observateur caché".

La suggestibilité : pour de nombreux auteurs, elle explique à elle-seule tous les phénomènes hypnotiques. Bernheim mit en avant toute l'importance de la suggestibilité, démontant ainsi la théorie de l'école de la Salpêtrière. Pour lui, c'est la mise en "veilleuse" des fonctions de contrôle et de réalité qui permet à une idée de se faire acte. Il cultiva les phénomènes spectaculaires pour démontrer toute l'importance de la suggestion (24). Le ton qu'il utilisait était très autoritaire, plaçant ses sujets dans une position soumise.

Pour Ferenczi, d'ailleurs, la suggestion est une expression de soumission due à l'établissement d'une relation "parent-enfant" entre l'hypnotiseur et le sujet. Le psychanalyste hongrois parle même d'hypnose "maternelle" et "paternelle".(51)

La logique de transe : dans l'état hypnotique, le sujet présente une forme de réceptivité au discours que l'on appelle aussi l'interprétation littérale. Il a tendance à prendre à la lettre ce qui lui est dit, les mots sont pris dans leur signification concrète et immédiate, sans nuance. Il accepte facilement ce que lui propose l'hypnothérapeute, même si ce qu'il lui est proposé ne correspond pas à son vécu ou à la réalité, sans se montrer sceptique ou trop réaliste. Cette attitude "comme si", caractéristique de l'état d'hypnose, a été expliquée par certains comme un type de raisonnement spécifique, une logique particulière à ces situations de transe hypnotique, comme si les sujets faisaient preuve d'une grande tolérance à l'égard du scénario qui leur est soumis, nonobstant tout esprit critique.(108)

## D). LE REVEIL

C'est la phase inverse de l'induction qui a pour but de faire sortir le patient de l'état hypnotique. Certains auteurs réfutent le terme de réveil pour éviter tout rapprochement avec le sommeil et privilégient l'expression "sortie de l'état hypnotique". Pour le confort du sujet, il est préférable de le ramener graduellement à l'état de vigilance habituelle. Mais, même si le réveil n'est pas proposé lors d'une séance et que l'hypnotiseur quitte son sujet sans le prévenir, celui-ci sortira tout seul de l'état d'hypnose au bout d'un temps variable selon les sujets.

Voici une méthode possible :

*"Maintenant, je vais vous réveiller. Peu à peu, vous sortirez de votre état de transe, je vais compter de 5 à 1. Quand vous serez réveillé, vous vous sentirez bien, reposé, sans aucune sensation désagréable. Vous vous sentirez comme lorsque vous avez fait un somme."*(27)

## E). LIMITES DE CETTE DESCRIPTION DE L'HYPNOSE

### CLASSIQUE

Cette description de l'hypnose dite classique ne fait, à priori, appel à aucune théorie qu'elle soit psychologique ou physiologiste. Elle se contente de décrire ce qui est observable par une personne extérieure ou de rapporter les dires des sujets ayant vécu une expérience de la transe hypnotique.

Ce type de description part du principe que l'hypnose représente un état psychique particulier, dont il existerait divers degrés de profondeur objectivables par divers phénomènes. Cette théorie, dite étatiste, est loin d'être admise par tous. Suivant les auteurs, les mêmes phénomènes observables ou décrits par les sujets sont parfois d'emblée présents dès l'entrée dans la transe ou alors sont signes d'hypnose profonde. La plupart des signes obtenus par une induction hypnotique peuvent apparaître aussi sans que l'étape "transformation de l'état de conscience" soit apparemment présente. L'expérience de la transe hypnotique diffère beaucoup selon les hypnotiseurs et les sujets. La description de l'hypnose a d'ailleurs beaucoup varié avec les époques et les théories auxquelles se réfèrent les hypnotiseurs.

Du temps de Mesmer et du fluide magnétique, les patients entraient en "crise" et présentaient des convulsions violentes.

Avec Puységur et Victor Race, simple valet de ferme qui n'avait pu entendre ou voir de description de crises dues au magnétisme, la transe prit un aspect plus proche du sommeil et fut nommée somnambulisme provoqué.

A la Salpêtrière, à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle l'hypnose correspondait à un état neuropathologique et comportait trois phases bien définies : léthargie, catalepsie et somnambulisme.

A Nancy, Liébeault et surtout Bernheim critiquèrent fortement la conception parisienne de la transe hypnotique et évoquèrent un hypnotisme dépendant de la relation médecin-malade, en mettant en avant l'importance du facteur suggestibilité et en réveillant ainsi la vieille querelle qui avait opposé les fluidistes aux animistes.

Pendant le XX<sup>ème</sup> siècle, c'est surtout aux Etats-Unis que la recherche sur l'hypnotisme se poursuit. Elle va s'attacher à en étudier tous les phénomènes en multipliant les expériences. Cette recherche expérimentale va raviver la question qui opposait déjà l'école de Nancy à celle de la Salpêtrière : est-ce que l'hypnose est un état psychique ou physiologique particulier ou bien n'est-elle que suggestion ?

Chaque théorie avait ses partisans :

- les "étatistes" essayèrent d'isoler un comportement caractéristique de l'hypnose qui soit facilement observable et quantifiable.
- Les "non-étatistes" qui rejetaient la théorie d'un état particulier et tentèrent d'expliquer les phénomènes hypnotiques par des mécanismes psychologiques et sociologiques.

## **II L'HYPNOSE EXPERIMENTALE ET LA QUERELLE**

### **DES ETATISTES ET NON-ETATISTES**

Les recherches expérimentales sur l'hypnose, quasiment abandonnées en France à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle hormis les travaux de Janet, furent reprises aux Etats-Unis en 1933 par Clark L. Hull un psychologue "behaviouriste". Il lança le premier programme de recherches à grande échelle consacré à l'hypnose. Ses travaux à l'université de Yale inaugurèrent l'ère moderne de l'étude de cette discipline. Il défendit l'idée que l'état hypnotique est une activité mentale normale.



S'opposant à la conception Pavlovienne de l'hypnose qui définissait cet état comme une sorte de sommeil partiel, Hull appliqua les méthodes expérimentales et statistiques de la psychologie moderne à l'étude de l'hypnose et de la suggestibilité. Pour lui, la suggestibilité a pour principaux effets de maintenir à l'état de passivité les tendances verbales du sujet ("symbolic processes") et de permettre aux incitations verbales ("symbolic stimulations") qui lui sont communiquées de se traduire en actes. Sa théorie n'est pas très éloignée de la loi de l'idéo-dynamisme établie par Bernheim.(27)(108)

En 1941, White mit en avant l'importance de la motivation. Il définit le comportement hypnotique comme *"significatif, orienté vers un but, lequel consiste essentiellement à se comporter comme une personne hypnotisée conformément aux indications constamment données par l'expérimentateur et aux idées que s'en fait le sujet"*.(27)

Sarbin assimila l'hypnose à un jeu de rôle ("role-playing"), le jeu étant pour lui un comportement socio-psychologique normal dont l'hypnose n'est qu'un exemple particulier. A l'appui de cette théorie, des recherches ont démontré que, si un échantillon de sujets instruits en vue d'un comportement tel qu'ils puissent simuler l'état hypnotique ("as if"), des experts chevronnés restent incapables de les distinguer d'un échantillon de sujets réellement hypnotisés.(110)

M. T. Orne, au laboratoire de Philadelphie, va poursuivre les travaux de White et Sarbin. Pour lui, si le sujet se comportait "comme si" il hallucinait un objet, conformément aux suggestions de l'hypnotiseur, celui-ci agirait aussi comme si le sujet hallucinait réellement. Il avança que l'hypnose pouvait être considérée comme constituant une folie à deux, chacun des personnages impliqués dans la relation hypnotique jouant le rôle que l'autre attend de lui.

Le sujet se conduit comme s'il ne pouvait pas résister aux suggestions de l'hypnotiseur et ce dernier joue le rôle d'un personnage tout-puissant. Cette adhésion des deux personnes au rôle qui leur est respectivement attribué se ferait à leur insu. Cette influence réciproque de l'hypnotiseur et de l'hypnotisé a été mise en évidence dans des cas où l'hypnotiseur rencontrant son sujet, était convaincu d'avoir affaire à un simulateur, ce qui n'était pas vrai. Or les séances furent des échecs, les sujets se montrant hostiles aux hypnotiseurs qui, bien qu'utilisant leurs techniques habituelles, n'avaient pu jouer correctement leurs rôles et convaincre leurs sujets. Pour délimiter le rôle des informations transmises par l'hypnotiseur, Orne fit des expériences avec des simulateurs dont la tâche fut de simuler un comportement hypnotique à partir des informations données en situation hypnotique. L'hypnotiseur utilisait une induction standardisée, et ne savait pas qu'il était en présence de simulateurs. Les simulateurs purent présenter toute la gamme des phénomènes hypnotiques classiquement décrits.

Cependant Orne put isoler quatre comportements permettant de différencier les simulateurs des sujets hypnotisés :

1. La congruence et l'incongruence du comportement : les sujets ont des comportements plus en harmonie avec la situation globale. Ainsi, si lors d'une séance où l'induction avait suggéré la détente et le sommeil, on demandait aux sujets de lever le bras, les personnes réellement hypnotisées eurent des gestes lents, moins toniques que les simulateurs.

2. La réaction en l'absence de l'hypnotiseur : si ce dernier quittait la salle de l'expérience, les simulateurs cessaient immédiatement leur comportement pseudo-hypnotique alors que les sujets hypnotisés réagissaient progressivement, et mettaient une quinzaine de minutes pour sortir de leur état et rouvrir les yeux.
3. Les suggestions post-hypnotiques : lors d'une séance, il fut demandé aux sujets de pratiquer un geste bien particulier lorsqu'ils entendraient un mot précis. En séance, les simulateurs réalisèrent la suggestion plus souvent que les sujets réellement hypnotisés. Cependant, en absence de l'hypnotiseur et alors que la séance fut officiellement terminée, seuls les sujets hypnotisés continuèrent d'exécuter ce geste à l'annonce du mot prononcé par une personne apparemment étrangère à l'expérience.
4. La logique de transe : différentes expériences mirent en évidence que les simulateurs continuaient d'obéir aux exigences de la logique. Si, par exemple, il est demandé aux sujets d'halluciner une personne qui leur ferait face, les simulateurs ne peuvent décrire ce qui se situe derrière cette personne, alors que cette exigence logique n'empêche pas les sujets hypnotisés de décrire ce qu'il y a derrière l'hallucination.

Orne en conclut que l'hypnose induisait des modifications sur le plan du fonctionnement mental, qui ne se retrouvaient pas chez des sujets non-hypnotisés.(96)

R. E. Shor, un collaborateur d'Orne, a effectué des expériences sur l'analgésie hypnotique avec des groupes de simulateurs. Ceux-ci pouvaient contrôler leurs réactions à la douleur de telle façon qu'il était impossible de les distinguer des sujets réellement hypnotisés. Pourtant, en interrogeant les deux groupes une fois l'expérience finie sur leur perception de la douleur, il s'est avéré que les simulateurs avaient ressenti de façon bien plus intense cette douleur que les sujets hypnotisés.(30)

A Boston, T.X. Barber, lui aussi très suspicieux sur la réalité de l'hypnose, va aussi réaliser des expériences avec des groupes de contrôle. A la différence des précédentes expériences où les simulateurs étaient soumis aux mêmes suggestions que les personnes hypnotisées mais sans subir d'induction ou recevoir d'autres instructions, Barber préparait ses groupes de contrôle en les informant qu'ils allaient participer à un test destiné à apprécier leur imagination et les incitait à faire de leur mieux, ou étaient soumis à un texte de motivation à la tâche dont Barber pensait que c'était l'élément essentiel sous-jacent à l'induction hypnotique.

Il conclut que rien de spécifique ne résultait de l'induction hypnotique : tous les phénomènes ainsi provoqués pouvaient aussi être reproduits à l'état de veille en procédant à certaines manipulations comme la motivation et la formulation particulière des instructions. Il persista dans son idée que l'hypnose n'est qu'un type de comportement, un rôle qui est suggéré. Elle n'est donc pas un état spécifique caractérisé par un changement d'état de conscience.(5)

Plus récemment, N. P. Spanos, l'un des anciens collaborateurs de Barber, réalisa des expériences qui s'intéressaient plus spécifiquement aux stratégies cognitives déployées par les sujets pour répondre aux exigences particulières de la situation. Il en arriva à conclure que l'induction hypnotique trouvait son efficacité par la motivation qu'avaient les sujets à vouloir rentrer en hypnose, d'où une grande concentration et la mise en œuvre de capacités cognitives adaptées. En recevant des instructions qui leur permettaient de déployer les mêmes stratégies, les groupes de contrôle qui restaient à l'état de veille parvinrent à présenter le même comportement et la même expérience subjective de l'hypnose. Les travaux qu'il mena sur l'analgésie montrèrent que celle-ci peut considérablement varier selon que les sujets du groupe de contrôle aient été ou non explicitement autorisés à ne pas sentir la douleur.

A Stanford, le laboratoire du Professeur E. Hilgard, constatant la pauvreté des moyens de mesure, se consacra d'abord à la mise au point d'échelles permettant de mesurer le degré de suggestibilité. Ces échelles furent affinées au fur et à mesure de l'avancée de leurs expériences.

Hilgard et ses collaborateurs entreprirent de très nombreuses recherches concernant l'hypnose et la suggestibilité : ils étudièrent et cherchèrent des effets physiologiques, la variation des résultats en fonction de l'âge, du sexe, de l'éducation, etc.

Cette équipe procéda d'une autre méthode pour ses expériences que les équipes précédentes. En effet, pour Hilgard, l'hypnose est un état de conscience particulier résultant d'une capacité normale présente chez chaque individu à la naissance et inhibée de façon variable au cours du développement de chacun.

De même, la suggestibilité est présente chez chacun à l'état de veille et ne doit pas être confondue avec l'hypnose. De fait, pour effectuer leurs différentes expériences, ils testèrent un grand nombre de personnes en situation hypnotique mais en confrontant les résultats obtenus avec un groupe contrôle formé des mêmes individus dans la même situation expérimentale mais sans induction hypnotique.(91) Leurs expériences sur l'analgésie furent particulièrement intéressantes. Ils comparèrent les réactions à la douleur chez des mêmes sujets placés dans trois situations différentes : pas de suggestion; suggestion à l'état de veille; suggestion hypnotique. Les sujets, soumis à une stimulation douloureuse croissante, devaient évaluer leur ressenti douloureux en fonction d'une échelle numérique allant de 0 à 10. Cela leur permit d'affirmer que l'analgésie obtenue était plus importante lorsque les sujets avaient été hypnotisés que lorsqu'ils étaient soumis à une suggestion d'analgésie à l'état de veille.

Mais ces expériences mirent aussi en évidence que sous hypnose, la sensation douloureuse était pourtant perçue, bien qu'elle ne parvienne pas à la conscience du sujet. Ceci fut constaté grâce à l'utilisation de la technique de l'écriture automatique : ainsi, alors que l'on demandait au sujet d'indiquer verbalement l'intensité de la douleur ressentie, on lui suggérait que sa main allait enregistrer par écrit cette même intensité sans qu'il en fut lui-même conscient. De façon générale, l'évaluation écrite était plus élevée que l'évaluation orale.

Cependant, après cette expérience, il fut suggéré aux sujets de se remémorer l'intensité de ce stimulus douloureux, en insistant sur le fait qu'une partie d'eux-mêmes était restée consciente de tout ce qui s'était passé durant l'expérience.

Les réponses verbales des sujets furent alors identiques à leurs réponses écrites obtenues lors de cette précédente expérience.

Il semblerait donc que l'information sensorielle douloureuse est bien perçue du sujet, mais qu'elle est rendue inaccessible, dans un fonctionnement proche de l'amnésie.

L'hypnose agirait par un mécanisme de dissociation du psychisme, en laissant inconsciente l'information douloureuse. Hilgard fit l'hypothèse "d'un observateur caché" qui percevrait la douleur et pourrait l'évaluer correctement. L'analgésie permise par l'hypnose serait un processus mental résultant d'une réorganisation des interactions entre les structures mentales. Cet auteur a créé le terme de "néodissociation" pour décrire l'action de l'hypnose et qu'il définit par : "*des sous-systèmes de contrôle sont temporairement dissociés du contrôle exécutif conscient, et sont activés directement par la suggestion.*"(63)

De façon plus générale, les nombreuses expérimentations menées dans le laboratoire de Stanford par Hilgard et son équipe les amenèrent à soutenir que même en contrôlant la motivation et l'imagination des sujets, l'hypnose entraîne une modification de la suggestibilité et ne pouvait donc pas être réduite à celle-ci.

Nous devons à cette équipe la mise au point d'échelles permettant de mesurer le degré de suggestibilité. Ces échelles comportent deux parties distinctes :

Une première partie, le texte d'induction, comporte une série de consignes qui demandent au sujet de se concentrer visuellement et auditivement, et d'autres qui induisent l'isolement par rapport à son entourage et l'endormissement.

Une seconde partie, le texte de suggestion, est formée de textes comprenant des suggestions visant à obtenir différents phénomènes.

Le niveau de susceptibilité hypnotique est mesuré en fonction du comportement des sujets : plus le comportement correspond à la suggestion, plus le score obtenu à l'exercice sera important. Le score total est l'addition des scores des différents exercices et représente la susceptibilité hypnotique du sujet.

Le laboratoire de Stanford a ainsi établi différentes échelles : échelles A, B, C, et profil I et II. Elles vont dans un ordre croissant de difficulté, pour essayer de permettre de mieux cerner les différences entre les sujets et les secteurs d'activités psychiques concernés par la suggestibilité.

Les deux plus couramment utilisées dans les expériences de recherches sont l'échelle A (S.H.S.S.A) et l'échelle C (S.H.S.S.C)

L'échelle A comporte 12 exercices dont 10 sont des suggestions d'ordre moteur, les deux autres sont l'hallucination d'une mouche volante et l'amnésie post-hypnotique.

C'est la plus brève et la plus facile à noter.

L'échelle C est beaucoup plus diversifiée : outre des exercices moteurs, elle propose aussi des suggestions de distorsions sensorielles et des suggestions touchant au vécu du sujet comme la régression dans le temps et le rêve. Elle est bien plus longue à faire passer, plus difficile à noter et nécessite une certaine habitude du sujet à l'hypnose.



Le laboratoire de recherche du centre Déjerine, dirigé alors par L. Chertok, a traduit ces différentes échelles en français. Après avoir appliqué les échelles A et C sur des échantillons d'étudiants volontaires, les membres de ce laboratoire ont créé une échelle de difficulté située entre la A et la C, plus brève et sans les textes visant à motiver le sujet. (voir en annexe).

Celle-ci a été appliquée à un certain nombre de sujets volontaires. Les résultats obtenus auraient tendance à montrer que la susceptibilité hypnotique est une aptitude harmonieusement distribuée dans la population étudiée. Les scores moyens sont les plus représentés, tandis que les scores très faibles ou très forts s'avèrent nettement moins fréquents.

Les résultats ne diffèrent quasiment pas en fonction des expérimentateurs, et la même distribution des scores selon une courbe de Gauss est retrouvée. Il faut cependant noter qu'il s'agit là des résultats obtenus lors de séances d'hypnose effectuées à visée expérimentale, avec un hypnotiseur-expérimentateur et non lors de séances d'hypnose à visée thérapeutique avec un hypnotiseur "classique". En se fiant aux dires des sujets ayant participé aux précédentes expériences et ayant déjà vécu des séances d'hypnose clinique, il semblerait qu'il n'y ait pas de différences entre le ressenti de la profondeur de l'hypnose dans les deux situations, mais les sujets évoquent plutôt des différences au niveau du ressenti affectif et émotionnel dans les situations d'hypnose classique.

La différence de scores apparaît donc comme résultante de la personnalité propre à chaque sujet, et non pas due aux hypnotiseurs.

Actuellement, après plus d'un demi-siècle de recherches expérimentales sur la nature de l'hypnose, les partisans des différentes théories sur la nature de l'hypnose ont trouvé quelques points d'accord concernant la nature de l'hypnose.

Parmi ceux-ci, ils admettent tous maintenant que les personnes les plus "hypnotisables" ne sont pas simplement celles qui cherchent à répondre le mieux à la demande de l'expérimentateur. En réponse aux suggestions, les personnes font réellement l'expérience d'une réduction de la perception de la douleur, ou de mouvements involontaires ou encore d'amnésie sélective. Ces expériences font de l'hypnose autre chose que simplement un comportement compliant.

Le second point où les deux écoles commencent à s'entendre est sur la nature même de l'expérience hypnotique ; la plupart des sujets ayant vécu une telle expérience la décrivent comme étant un état de conscience particulier, qu'ils nomment en utilisant le terme de transe. Les non-étatistes ne rejettent pas le fait que ces expériences soient réelles, mais estiment que dans beaucoup de cas, il ne s'agit que d'un état de relaxation profonde qui est interprété comme une transe, car il intervient dans un contexte où le sujet attend un état de transe.

Cependant, ces principaux points d'accord entre les étatistes et non-étatistes sont caduques si l'on considère qu'il n'y a que l'état hypnotique qui joue un rôle causal dans la production des expériences suggérées.

Dans ce contexte, la pire chose qui puisse arriver est que les sujets les plus suggestibles ne fassent pas l'expérience de l'hypnose comme étant un état modifié de conscience spécial.

Un autre point sur lequel les deux écoles s'accordent concerne les variations physiologiques produites par des suggestions. Spanos, qui fut parmi les plus sceptiques des chercheurs et les théoriciens de l'hypnose, conduisit une série d'études avec ses étudiants et ses collègues qui montrèrent l'efficacité de la suggestion sur les guérisons des verrues.(115)

Nombreuses sont les études qui cherchent à mettre en évidence un ou plusieurs marqueurs neurophysiologiques permettant d'attester la réalité d'un état hypnotique.

### **III DONNEES NEURO-PHYSIOLOGIQUES**

#### **ACTUELLES**

##### **A). DONNEES ELECTROENCEPHALIQUES**

Les variations électroencéphalographiques survenant durant la transe hypnotique ont été étudiées depuis plus de quarante ans.

Certaines études observèrent une participation prédominante de l'hémisphère droit dans l'hypnose, s'appuyant sur l'observation d'une augmentation des mouvements oculaires latéraux gauches et une meilleure réponse aux suggestions hypnotiques de la partie gauche du corps.(1)

D'autres recherches contestèrent ces données en concluant à des résultats contradictoires.

D'autres encore, plus nombreuses, se fiant aux résultats électro-encéphalographiques, suggérèrent des interactions complexes entre les deux hémisphères lors de l'état hypnotique. Certaines recherches ont mis en évidence une augmentation du rythme thêta lors d'une induction hypnotique.(118)

La comparaison entre l'état d'hypnose "blanche" (sans suggestion) et l'état d'éveil classique a intéressé pas mal de chercheurs. Certaines études ont montré une augmentation de l'activité alpha durant la transe hypnotique (90)(119); particularité que l'on retrouve aussi dans les enregistrements lors de relaxation ou de méditation; dans d'autres, l'état hypnotique serait marqué par une prédominance d'activité delta et thêta, concomitamment à une réduction alpha et bêta.(109)

Pour d'autres encore, l'augmentation de l'activité thêta ne serait que l'effet de la relaxation, et des suggestions déplaisantes données alors à ce moment provoquent une augmentation nette des activités gamma, bêta 3 et bêta 2.(112)

D'autres encore n'observèrent aucune variation électroencéphalographique alpha durant une séance d'hypnose.

De telle sorte qu'au début des années 1990, les chercheurs concluaient en une absence de phénomènes EEG spécifiques de l'état hypnotique.

## B). DONNEES DE L'IMAGERIE FONCTIONNELLE CEREBRALE

Par contre, l'arrivée de la tomographie par émission de positons (PET scan) et de l'imagerie fonctionnelle par résonance magnétique (IRMf) ont permis de visualiser des modifications de l'activité cérébrale.

De nombreuses études se sont penchées sur les effets de l'hypnose dans la perception de la douleur :

L'équipe d'E. Faymonville, médecin-anesthésiste à Liège, a mis en évidence, en utilisant le PET scan lors de l'étude de la suggestion d'analgésie, une activité particulière dans le cortex cingulaire antérieur (49). Elle a aussi identifié les aires cérébrales qui entrent en jeu lors d'une stimulation douloureuse sous l'action modulatrice de l'utilisation de l'hypnose. L'analyse des données recueillies montre que la suggestion hypnotique d'analgésie, comparée à celles données dans un état d'éveil normal, augmente significativement la modulation fonctionnelle entre le cortex cingulaire médian et un large réseau neuronal incluant les cortex insulaires bilatéraux, le cortex cingulaire antérieur, l'aire motrice pré-supplémentaire, le cortex préfrontal droit, le striatum, le thalamus et le tronc. (49)(50)

Il faut rappeler toutefois que l'attention et la nociception activent des aires cérébrales proches l'une de l'autre, et que, encore non clairement délimitées, elles se chevauchent sans doute.

L'équipe de Laurent, neurologue à St Etienne, a pu mettre en évidence une composante affective et émotionnelle dans la perception douloureuse, constatant que l'hypno-analgésie atténuée ou fait carrément disparaître la réponse cingulaire, qu'une suggestion de douleur la renforce, et que l'attention ou l'attente d'une douleur ou, a contrario la distraction, ont les mêmes effets modulateurs visibles par le PET scanner. (81)(60)

L'équipe de Rainville, à Montréal, a constaté que seuls les débits de la région du cortex cingulaire antérieur se modifient lorsqu'on donne une suggestion d'augmentation de l'intensité douloureuse sans que cette dernière ne varie réellement, alors que l'activité des aires somesthésiques primaires restait identique. (99)

D'autres études ont pu mettre en évidence que les suggestions hypnotiques d'analgésie avaient un effet inhibiteur descendant du cerveau vers la moelle épinière en diminuant ou en abolissant le réflexe post-synaptique de R III (le réflexe R III est un réflexe nociceptif de flexion), réflexe souvent utilisé pour objectiver le seuil douloureux. (39)(74)

Par ailleurs, l'analgésie hypnotique n'est pas contre-carrée par l'administration de naloxone, antagoniste spécifique de la morphine, ce qui exclurait un effet antalgique par sécrétion d'opioïdes endogènes. (128)

Travaillant sur d'autres domaines que l'hypno-analgésie, Rainville a voulu tester l'hypothèse qui soutient que l'hypnose est un état modifié de conscience. Pour que cela puisse être démontré, il a cherché à vérifier le fait que la sensation d'être hypnotisé corresponde à une variation d'activité dans le réseau des structures cérébrales impliquées dans la régulation des états de conscience.

L'étude consistait à examiner le flux sanguin cérébral de sujets durant des conditions de base, puis après une induction hypnotique standard, lorsque le sujet signalait qu'il était d'après lui en état d'hypnose.

Dans une seconde phase, il fut demandé aux sujets d'évaluer leur propre état de relaxation et d'absorption dans chacune des deux conditions. Les données retrouvées dans ces deux phases étaient en accord avec celles d'une précédente étude réalisée par l'équipe de Maquet. (87)

Les résultats de ces études semblent prouver que l'induction hypnotique engendre des variations importantes et constantes dans l'activité de plusieurs régions cérébrales :

Une induction simple montre une augmentation d'activité dans les structures du tronc, le thalamus et le cortex cingulaire antérieur.

Les sensations de relaxation sont associées assez spécifiquement à une baisse du débit sanguin dans la partie mésencéphalique du tronc, du thalamus et du cortex cingulaire antérieur dans sa partie rostrale, mais augmenté dans sa partie médiane, structures dont l'implication dans la régulation des niveaux d'éveils est fortement suspectée. Une diminution d'activité fut aussi relevée dans le cortex pariétal postérieur limité aux aires associées aux stimuli extérieurs (audition, vision). Ces dernières données pourraient expliquer la désorientation dans le temps et l'espace et la distorsion de la perception de sa propre enveloppe corporelle souvent relevées dans le vécu de l'hypnose.

Les sensations d'absorption correspondraient, elles, à une augmentation du niveau d'activité dans la partie ponto-mésencéphalique, le thalamus et le cortex cingulaire antérieur rostral.

Ces données contrastées pourraient, d'après Rainville, suggérer des schémas de fonctionnement concurrent dans les mêmes structures, agissant en parallèle ou en interaction avec ceux associés à la relaxation.

La baisse d'activité notée dans certaines structures durant la phase ressentie de relaxation pourrait refléter la diminution de l'éveil et de la vigilance, partiellement compensée dans le but d'atteindre un certain degré d'absorption. Cet accroissement d'activité relevé durant l'absorption pourrait représenter une activation de mécanismes compensateurs pour passer outre les effets préjudiciables que la relaxation profonde et la baisse de vigilance peuvent avoir sur les processus attentionnels.

Il en émet l'hypothèse que cette coordination de variations pourrait résulter d'une diminution d'activité des neurones cholinergiques ascendants du tronc cérébral; celle-ci impliquant une diminution de l'activation corticale par les stimuli sensoriels. En retour, cette diminution agit sur l'action inhibante noradrénergique en la diminuant, provoquant ainsi une augmentation de l'activité du cortex occipital et de zones pariétales plus limitées, du thalamus et du cortex préfrontal, entraînant alors une augmentation de l'absorption.

Rainville en conclut que l'hypnose induit des changements dans les systèmes et les mécanismes cérébraux impliqués dans la régulation des différents états de conscience, sans pouvoir affirmer que l'hypnose est un état modifié de conscience mais que les prochaines avancées dans le domaine neurobiologique permettra sûrement d'en savoir plus sur l'hypnose. (100)

L'équipe de S. Rosjo, de la clinique de la douleur d'Oslo, a procédé à une étude approfondie de la douleur de membre fantôme. L'hypnose est un mode de contrôle de ces douleurs qui aurait fait ses preuves et est de plus en plus utilisée dans les centres de lutte contre la douleur.



En étudiant au Pet-scan les modifications de l'activité cérébrale, il leur est apparu que l'état hypnotique activait les zones connues responsables de l'activité sensorielle et motrice de membre perdu. (104)

Dernièrement, l'équipe de Faymonville s'est penchée sur la modulation des perceptions sous hypnose. Lorsque un sujet est réveillé et se rappelle un souvenir, il active surtout les lobes temporaux droit et gauche. Ces mêmes régions ne s'activent pas lorsque le sujet éveillé ne pense à rien de particulier (en écoutant une bande sonore à l'envers dans le test). En revanche, sous hypnose, elle remarque une activation des régions occipitales (vision), pariétales (sensations tactiles) et précentrales (motricité). Les sujets de l'étude corroborent ces données car ils évoquent la sensation d'avoir revécu ces moments agréables sous hypnose alors qu'éveillés, ils disent se souvenir de ces moments sans plus. L'état hypnotique permettrait un fonctionnement des zones cérébrales comme si le sujet entendait et vivait réellement la scène suggérée.

## **IV PEUT-ON DEFINIR L'HYPNOSE**

### **ACTUELLEMENT ?**

Ces différentes données de la recherche en matière d'hypnose expérimentale (aucune de ces recherches n'ont été effectuées dans un cadre clinique, il faut bien le noter) ont apporté certaines notions sur le mode de fonctionnement de l'hypnose.

Il faudra encore poursuivre les pistes découvertes lors de ces expériences, pouvoir les reproduire sur un grand nombre, pouvoir procéder à des investigations poussées sans être invasifs pour affiner nos connaissances dans le fonctionnement du cerveau humain pour définir avec précision la nature de l'hypnose.

Cependant, afin de présenter au mieux l'hypnose que ce soit aux cliniciens ou au public, la division 30 de l'Association Américaine de Psychologie (APA) a proposé une nouvelle définition de l'hypnose que nous avons tenté de traduire le plus fidèlement possible :

"L'hypnose implique habituellement une introduction à cette procédure durant laquelle le sujet sait que des suggestions d'expérience imaginatives vont lui être proposées. L'induction hypnotique est une suggestion initiale à utiliser sa propre imagination; elle peut revêtir plusieurs formes. La procédure hypnotique est utilisée afin d'encourager les réponses aux suggestions. Lors de l'utilisation de l'hypnose, une personne (le sujet) est guidée par une autre (l'hypnotiseur) afin de répondre à des suggestions de changements au travers d'expériences subjectives, de modifications de perception, de sensation, d'émotion ou de comportement. Les personnes peuvent apprendre l'autohypnose, et s'administrer elles-mêmes les procédures hypnotiques. Si les sujets répondent aux suggestions hypnotiques, il est en général admis qu'il y a eu une induction. Certains pensent que ces expériences et ces réponses hypnotiques seraient caractéristiques d'un état de conscience particulier. Si pour certains, il n'est pas jugé nécessaire d'utiliser le mot "hypnose", d'autres l'estiment absolument indispensable.

Les détails des procédures et suggestions hypnotiques seront différents en fonction des objectifs des praticiens, et selon que ce soit dans le cadre d'une recherche ou d'une prise en charge clinique. Classiquement, la procédure hypnotique implique des suggestions de relaxation, cependant la relaxation n'est pas nécessaire pour parvenir à un état hypnotique, et différentes variétés de suggestions peuvent être utilisées, y compris celles qui encouragent à augmenter son état d'alerte. Les suggestions qui permettent d'approfondir cet état et d'en évaluer la profondeur en les comparant aux résultats des échelles standardisées peuvent être utilisées dans un cadre clinique ou de recherche.

Comme la majorité de la population répond au moins à quelques suggestions, les scores aux échelles standardisées s'échelonnent de négligeable à fortement suggestible. Traditionnellement, les résultats sont catégorisés en faiblement , moyennement et fortement répondeur.

Comme dans le cas d'autres échelles de mesures des marqueurs psychologiques de l'attention et de l'éveil, les signes de profondeur de l'hypnose augmentent avec le score individuel."

Par rapport à la définition de cette même APA, il est dommage que la notion de relation médecin-patient ne soit pas reprise. Elle ne fait pas non plus état des dernières données de la recherche neuropsychologique à son sujet, par prudence ou pour ménager les deux écoles (étatiste et non-étatiste) et ainsi satisfaire chacun ?

Peut-être est-elle très "politiquement" correcte, n'offrant guère de sujets de discorde, mais somme toute, elle ne renseigne pas vraiment sur la nature même de l'hypnose.

Pour ma part, et en attendant que les différentes études sur ce qu'est l'hypnose puissent aboutir à un consensus et qu'elles soient validées, il me semble que la définition proposée par J. Godin pour l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale en 1991 donne une vision plus ouverte de l'hypnose :

*"L'Hypnose est un mode de fonctionnement psychologique dans lequel un sujet, grâce à l'intervention d'une autre personne, parvient à faire abstraction de la réalité environnante tout en restant en relation avec l'accompagnateur. Ce "débranchement de la réaction d'orientation à la réalité extérieure", qui suppose un certain "lâcher-prise", équivaut à une façon originale de fonctionner, à laquelle on se réfère comme à un état.*

*Ce mode de fonctionnement particulier fait apparaître des possibilités nouvelles : par exemple des possibilités supplémentaires d'action de l'esprit sur le corps, ou de travail psychologique à un niveau inconscient."*

## **CHAPITRE 3**

# **HYPNOSE ET PSYCHOTHERAPIE**

Comme nous avons pu le voir dans notre historique, l'histoire de l'hypnose est liée à l'histoire de la psychothérapie.

Lorsque Mesmer établit sa théorie de magnétisme animal, influencé certes par sa thèse sur l'influence des corps célestes sur les corps vivants, et les démonstrations d'exorcisme de l'abbé Gassner, c'est aussi après avoir pu constater que sa présence auprès du malade pouvait modifier certains symptômes chez ce dernier. Il en vint donc à l'idée d'un fluide magnétique qui agirait à distance, expliquant les guérisons non plus par un miracle, mais grâce à un processus physique.

Durant sa pratique, Mesmer eut souvent l'occasion de constater que ses patients entraient en crise avant même d'avoir touché le fameux baquet, et se permit donc d'abandonner baquet et aimants pour procéder à des contacts physiques. *"Le magnétiseur est l'agent thérapeutique de ses guérisons, c'est en lui-même que réside son pouvoir. Pour être en mesure de guérir, il lui faut d'abord établir une relation étroite avec son malade, c'est à dire en quelque sorte, se mettre en harmonie avec lui."*(42)

Sa théorie mise à mal par les deux commissions scientifiques chargées de prouver l'existence du fluide animal, Mesmer n'en poursuivit pas moins sa réflexion sur la nature du "fluide" qui lui permet de soigner les causes de certains symptômes. En 1799, il écrivit ce qui pourrait être comme une ébauche de représentation de l'appareil psychique :

*"Il s'agit d'examiner ce qui s'opère dans leur substance interne. Je n'y vois que des mouvements aussi variés que l'est l'action des différentes matières sur les sens externes. Les mouvements ainsi modifiés, reçus d'abord à la superficie, sont propagés vers un centre commun formé par la réunion et l'entrelacement des nerfs dont les extrémités sont ce que nous appelons les sens....C'est cet ensemble qui constitue l'organe que j'appelle le sens interne ou sixième sens."* (1)

Puységur, qui abandonna les crises convulsives pour un état moins bruyant et spectaculaire, fit lui aussi de nombreuses observations de ce qui se passait durant les cures de somnambulisme provoqué.

Il découvrit l'importance d'être à l'écoute du patient, constatant dans cet état de semi-sommeil comme une clairvoyance. Durant une séance d'hypnotisme provoqué, il demandait au sujet de fixer son diagnostic (le siège et la nature du mal), les modalités de son traitement, ce qui concerne les remèdes ainsi que les manipulations du magnétiseur. Il lui demandait aussi de prévoir le déroulement du traitement : quand devaient avoir lieu les séances, quand il guérirait..(30)

Il précisa la notion de lien de confiance qui devait s'établir entre le patient et son magnétiseur : *"On ne peut être magnétisé malgré soi, et la confiance dans le magnétiseur devra toujours être le préliminaire des secours que l'on attendra."*(28)

Puységur avait aussi découvert le lien de dépendance qui pouvait unir le patient à son médecin , remarquant que *"plus un être est malade, plus sa dépendance est absolue à l'égard de son magnétiseur, et à mesure qu'il guérit, elle diminue jusqu'à ce qu'enfin il entre en relation étroite avec tout le monde"*.(28)

Deleuze, de par ses observations, mit en évidence un processus psychique qui n'est pas sans rappeler ce que Freud nommera plus tard l'inconscient : *"Toutes les sensations que nous avons éprouvées dans le cours de notre vie ont laissé des traces dans notre cerveau. Ces traces sont légères, et nous ne les percevons point, parce que les sensations présentes nous en empêchent; mais elles existent, et souvent des choses que nous avons oubliées se présentent à notre souvenir lorsqu'une circonstance imprévue échauffe notre imagination"*.

Afin de mettre ses patients dans de bonnes dispositions au traitement, Deleuze attacha beaucoup d'importance au cadre des séances : *"Il faut autant que possible ordonner le traitement de la manière la plus uniforme et la plus régulière : de là, retour périodique des séances, éloignement de toute influence étrangère, exclusion absolue de tout curieux et de tout autre témoin que ceux que l'on a d'abord choisis"*(106)

Au début du XIXème siècle, l'Abbé De Faria proposa une théorie psychologique, déclarant qu'aucune force particulière n'émane du thérapeute, mais que tout se passe dans l'esprit du sujet. Il est le premier à décrire la suggestion hypnotique et post-hypnotique : *"Ils gardent en mémoire tout ce qu'on désire, dès qu'on leur enjoint dans le sommeil d'y replier leur attention pour s'en rappeler au réveil"*.(7)

Sa pratique est fortement basée sur les suggestions et les injonctions, se libérant de toutes passes ou autres contacts physiques, cherchant à produire dans ses cures un phénomène que l'on peut facilement comparer à l'abréaction :



*"Toutes les fois que les impressions que les organes internes ont reçues d'un excessif contentement, ou d'un profond chagrin, restent étouffées au fond du cœur, elles trouvent dans le calme interne que produit la concentration la liberté de suivre leur direction primitive et d'éclater d'une manière violente"(106)*

Il insista sur le rôle de l'autosuggestion : *"On influe sur ses propres actions et on ignore sa propre influence"(7)*

Durant les vingt dernières années du XIX<sup>ème</sup> siècle, Liebeault et, après lui Bernheim, par leur pratique et leurs théories sur l'importance de la suggestion, firent de l'hypnotisme un traitement psychologique. Bernheim trancha nettement avec les courants précédents, en affirmant que *"les phénomènes de suggestion ne sont fonction ni d'un état magnétique, ni d'un état hypnotique, ni d'un sommeil provoqué, mais de certaines propriétés physiologiques du cerveau mises en action à l'état de veille : la suggestibilité, c'est-à-dire l'aptitude à transformer une idée en acte".(67)*

Le professeur de médecine de Nancy définit en 1891, dans son livre "hypnotisme, suggestion, psychothérapie" le terme même de psychothérapie comme étant le *"traitement des troubles du corps et de l'esprit par le biais de la suggestion hypnotique".(10)*

Nous avons vu qu'avec l'opprobre lancée sur thérapie hypnotique par Freud, sa pratique tomba en désuétude lors du début du XX<sup>ème</sup> siècle en France et en Europe de manière générale, au profit tout particulièrement de la psychanalyse.

L'hypnose a continué à fasciner les foules, mais cette fois comme un spectacle sans aucune intention de soigner, au travers des hypnotistes de music-hall, à l'autorité vindicative et dans une mise en scène évoquant fortement la magie, renvoyant la technique à un secret, un pouvoir qu'aurait son utilisateur.

Par contre, aux Etats-Unis, l'hypnose a continué à évoluer au sein des psychothérapies, dans des formes qui allaient progressivement varier et s'inspirer des différents courants psychothérapeutiques qui émergèrent durant tout le vingtième siècle.

Dans les années qui suivirent le premier conflit mondial, l'hypnose fut souvent utilisée pour soigner les névroses post-traumatiques en reprenant la méthode cathartique de Janet, puis devint vers les années 30 l'objet de recherches expérimentales, lancées par Clark Hull.

Durant tout le siècle dernier, l'hypnose a connue une évolution radicale en ce qui concerne la place tenue par l'hypnotiseur dans l'interaction.

De la position très autoritaire à la Bernheim "*Dormez, je le veux*", les thérapeutes ont progressivement remplacé ces suggestions injonctives par des suggestions plus permissives, plus "suggestives" : "*et vos paupières peuvent commencer à vous paraître lourdes et pesantes, il est possible que vous ayez envie de les fermer, si c'est le cas, vous pouvez vous laisser aller à fermer vos paupières...*"

Sortie de cette notion de toute-puissance de l'utilisateur de l'hypnose, celle-ci a pu regagner la faveur des thérapeutes et du public, et cette technique s'est diversifiée pour emprunter aux différentes théories qui sous-tendent le vaste panel de psychothérapies qui est proposé à l'heure actuelle. En voici quelques unes parmi les plus représentées :

## **I L'HYPNOSE TRADITIONNELLE**

Toujours d'actualité, elle se sert de suggestions directes pour lever le symptôme. Celles-ci sont souvent utiles, dans une stratégie thérapeutique, pour lever des blocages d'ordre conversionnel, et permettre un travail plus en profondeur. (14)

L'attitude fortement empathique de l'hypno-thérapeute et la relaxation physiologiques qui accompagne le plus souvent la transe peuvent, à eux seuls, en provoquant un recentrage sur l'individu, participer à l'amélioration de son vécu et libérer les résistances qui peuvent empêcher un patient d'entrer dans une relation psychothérapique. (103)

Le champ d'application de l'hypnose est vaste : toutes, ou presque, les spécialités médicales peuvent être concernées à un titre ou à un autre. Elle peut être un apport non négligeable pour nombre de pathologies dites "psychosomatiques" et trouve une place toute particulière dans le domaine du traitement de la douleur. (85)

Cependant, pour l'instant, il n'y a encore peu d'études de validation de l'intérêt de l'hypnose dans la prise en charge de ces pathologies par rapport à d'autres types de soins.

## **II L'HYPNOSE ERICKSONNIENNE**

Le renouveau de l'hypnose doit beaucoup à un psychiatre américain, Milton Erickson. Ce médecin, élève de Hull, a rompu avec l'hypnose dite traditionnelle en se basant sur sa propre expérience.

Atteint d'une poliomyélite à l'âge de 17 ans dont il faillit mourir et qui le laissait fortement handicapé moteur, il mis au point une technique basée sur la visualisation en observant minutieusement les premiers mouvements de sa petite sœur qui apprenait à marcher : il conçut des exercices mentaux qui n'étaient pas de simples travaux d'imagination, mais des exercices de réactivation de souvenirs sensoriels de l'époque où il était en bonne santé.

Il retrouva ainsi un ensemble d'images sensori-motrices qui durent lui permettre de tenir en éveil la coordination de ses mouvements et les réseaux neurologiques nécessaires à sa guérison et pu ainsi retrouver sa mobilité.

Il lui était apparu comme une évidence qu'il pouvait adopter une attitude similaire devant tout problème humain, qu'il soit physique ou psychique. Il considéra que l'hypnose n'est rien d'autre qu'un outil d'apprentissage pour faire entrer dans la vie de nouveaux comportements appropriés à la situation nouvelle à laquelle le sujet est confronté.

Pour Erickson, loin des batailles sur l'existence ou non d'un état hypnotique, l'hypnose est avant tout un phénomène naturel et banal, que chacun connaît lorsque, absorbé par ses pensées, il reste indifférent à ce qui se passe autour de lui.

Il n'y a pas d'expérience standard de l'hypnose, les réponses et les réactions du patient dépendent des nombreux apprentissages qu'il a effectués antérieurement. Le médecin s'intéressa tout particulièrement à la dimension de relation interpersonnelle de cette thérapie.

Il insista sur la nécessité de faire alliance avec la personne qui venait demander de l'aide, pour ensemble déjouer les résistances de l'inconscient et se servir de l'hypnose pour mettre en place un nouveau schéma de fonctionnement psychophysiologique.

Pour permettre à la transe de se développer chez le patient, Erickson insistait sur la nécessité pour le thérapeute d'entrer lui-même dans un état de plus grande concentration sur le sujet. Il avait l'habitude de se synchroniser sur la gestuelle, la voix et le rythme de respiration de son patient, comme une certaine manière de rentrer dans le cadre de référence de son patient, qui se sentirait mieux compris, comme si le thérapeute parlait de la même voix que lui. Il utilisait différentes techniques pour chercher à contourner les résistances de ses patients :

- Le truisme ou dire l'évidence : en énonçant des évidences, Erickson plaçait le sujet dans un état d'esprit d'acceptation et dans une situation où il était difficile de discuter ce qui lui est proposé. Ainsi "Tous les enfants font un jour l'expérience de la naissance" ou "vous êtes là, maintenant, à chercher une solution à votre problème" sont des mises à plat sécurisantes puisque ce qui est énoncé ne peut pas être mis en doute. Ces affirmations permettent aussi au patient de se concentrer sur leur vécu intérieur.

- L'implication : celle-ci constitue pour Erickson une des clés de la suggestion indirecte. Ce n'est pas ce qui est dit qui importe, mais plutôt ce que le patient entend. Par exemple, la proposition "Pour entrer en transe, il faut être assis confortablement" implique que lorsque le sujet est assis confortablement installé, il peut alors entrer en transe. Ces mots sont des stimuli qui mettent en route des associations, entraînent des réponses survenant de façon autonome. Erickson utilisait ces implications dans une perspective thérapeutique, s'adressant au patient en affirmant pour lui le résultat qu'il veut obtenir et ainsi en l'impliquant dans une démarche de réussite.
- L'amalgame ou les suggestions composées : Il s'agit d'énoncer des informations évidentes et absolues, amalgamées à une information aléatoire, ce qui tend à les associer comme étant toutes absolues et évidentes. Par exemple : "Vous êtes maintenant dans mon bureau, confortablement installé dans ce fauteuil, et vous trouvez une solution acceptable à ce problème". L'impulsion du processus des deux premières affirmations induit la facilité et l'évidence; c'est avec ces impressions qu'il envoie ensuite le troisième message.
- Les suggestions ouvertes : pour Erickson, il serait présomptueux de croire que l'on peut donner au patient "la" bonne suggestion, celle dont il a précisément besoin. Il offrait ainsi au patient de nombreuses possibilités de réponses, de sorte que le patient, ou plutôt l'inconscient du patient, puisse choisir ce qui, pour lui, était le plus approprié.

- Les suggestions négatives : Erickson utilisait cette technique pour contourner le système de défense d'un patient anxieux. Elle permet au sujet de dire "non", tout en conservant un lien de confiance. Par exemple "Je ne sais pas si vous pouvez imaginer le moment de votre réussite"
- Le saupoudrage : lors d'une conversation ou d'une induction, Erickson mettait l'accent, de façon imperceptible, sur certains mots ou certaines locutions, de façon à ce que les notions qui s'y rattachaient puissent inconsciemment laisser des traces chez le sujet.
- La métaphore : Erickson racontait beaucoup d'histoires à ses patients. Il lui arrivait de conduire toute une thérapie, par exemple avec un obsessionnel en lui racontant des cas cliniques d'obsessionnels dans lesquels son patient pouvait alors projeter son propre problème et surtout imaginer le chemin qui pouvait lui permettre de le résoudre. La métaphore, ou ce qui lui en tient lieu, est facilement acceptée par le patient parce qu'elle introduit une dissociation entre la réalité immédiate et un ailleurs lointain et autonome. En ce sens, elle n'est pas dangereuse et n'entraîne pas habituellement la résistance du sujet. Erickson en avait fait son outil de prédilection et il déplaçait constamment le contenu d'une conversation en parlant d'un autre sujet animé d'un processus similaire. La métaphore offre la possibilité de parler d'une chose en décrivant une autre, c'est à dire en gardant l'essentiel du processus tout en l'habillant d'un autre contenant. Elle doit être évolutive, porter en elle-même une dynamique de changement. (97)(108)

Erickson eut une influence importante sur le groupe de l'Ecole de Palo-Alto (M Mead, G Bateson, P Watzlawick) et leurs travaux sur les relations interpersonnelles et leurs premières théories sur la systémie familiale. Pareillement, sa stratégie thérapeutique qui utilisait différents modes de communication, qui se servait de la capacité de chacun à faire de nouveaux apprentissages, favorisa les recherches en matière de programmation neurolinguistique.

Milton Erickson définissait l'hypnothérapeute avant tout comme un catalyseur de l'inconscient, un compagnon du patient, conduisant celui-ci vers ses ressources intérieures, sa mémoire consciente et inconsciente, ses facultés d'apprentissage.  
(108)

### **III L'HYPNO-ANALYSE**

Cette approche se sert de l'induction hypnotique pour favoriser un laisser-aller, un lâcher-prise propice à l'attention flottante qui permet la libre association. Dans ce type de psychothérapie, l'hypnose n'a plus comme seul but l'élimination du symptôme par la suggestion et le revécu, mais est une technique qui permet l'exploration de l'inconscient.

Le cadre de la cure est fixée en préalable : le thérapeute ne procède à une induction hypnotique que pour permettre l'accès à un état oniroïde favorisant la régression, la résurgence, la réactualisation et l'élaboration des conflits, des traumatismes, des fantasmes.



La règle de neutralité consiste à ne jamais précéder le patient, mais à le suivre dans l'alliance thérapeutique afin de laisser les transferts s'actualiser tout au long du déroulement de la cure. Le travail de l'hypno-analyste s'inscrit dans la tradition inaugurée par Freud de placer le sujet dans état de libre-association, afin d'accéder à un authentique revécu des conflits psychiques dans un cadre d'analyse du transfert.

## **IV LE REVE-EVEILLE EN HYPNOSE**

Inspirée des travaux de Robert Desoille sur le rêve-éveillé, cette psychothérapie se sert de la transe hypnotique pour inviter le sujet à une production onirique.

Le thérapeute accompagne et même conduit cette production en proposant une thématique de rêve. Après plusieurs séances, le thérapeute peut trouver une structure particulière à ces rêves, avec toujours le même schéma comportemental.

Le travail du thérapeute se fait à l'intérieur du champ onirique, afin d'aider le patient à trouver les moyens de se dégager de son mode de fonctionnement habituel, de lui offrir une perspective nouvelle.

## **V L'HYPNOSE EN THERAPIE COGNITIVE ET**

### **COMPORTEMENTALISTE**

En alliant l'hypnose à une thérapie cognitivo-comportementaliste, c'est tout le travail d'apprentissage de nouveaux comportements qui se trouve facilité.

Durant la transe, le thérapeute demande au patient de revivre une des situations qui lui pose problème, d'en analyser les schémas comportementaux et les affects qui s'y rattachent.

Dans un deuxième temps, le thérapeute va proposer au patient, toujours en hypnose, d'agir sur son fonctionnement inadapté, en l'encourageant à trouver un autre mode de réaction, une autre façon d'interagir avec le monde extérieur et intérieur.

Les thérapies cognitivo-comportementalistes sous hypnose ne s'intéressent pas particulièrement à l'histoire du sujet, ses traumatismes et ses conflits intérieurs, elles travaillent sur la partie visible et actuelle du trouble, celui qui provoque une souffrance.

Le traitement consiste à se servir de la transe pour agir sur les sensations, modifier les croyances erronées, et, par l'apprentissage, de proposer d'autres comportements et mode de réaction aux patients. (18)(101)

# **CHAPITRE 4**

## **UTILISATION DE L'HYPNOSE**

### **CHEZ L'ENFANT**

## I HISTORIQUE

L'hypnose semble avoir été utilisée dès ses débuts avec succès chez l'enfant.

Puységur, dont nous avons vu la découverte du somnambulisme provoqué avec Victor, un adolescent, rapporta avec minutie la cure du jeune Alexandre Hebert, dans les années 1811-1812. Ce jeune garçon souffrait de "crises de rage convulsives", (que nous appellerions aujourd'hui très probablement colère clastique). Il pressentit le rôle pathogène du climat affectif familial et le déclenchement idéogène des crises d'Alexandre et déclara : "*Il semble que cet enfant n'existe moralement que de réminiscences*". Il vit Alexandre tous les jours durant le temps de la cure, et, par son empathie et son écoute bienveillante, réussit à améliorer l'état de son patient. (106)

Sur la deuxième partie du XIXème siècle, il y eu beaucoup de publications concernant l'hypnose chez l'enfant. Weitzenhoffer fit une longue énumération de celles-ci, dont nous citerons tout particulièrement un article de Liébeault, paru en 1888 dans la Revue de l'Hypnotisme, "*Emploi de la suggestion hypnotique pour l'éducation des enfants et des adolescents*". (125)

Au début du siècle précédent, l'hypnose chez l'enfant subit le même sort que celle appliquée aux adultes, alors que l'intérêt de la prise en charge psychothérapeutique des enfants commençait à intéresser les analystes. L'utilisation de l'hypnose chez les enfants connu un regain de faveur dans les années soixante, tout particulièrement aux Etats-Unis.

Pour la France, il est intéressant de signaler que dès 1971, une équipe Strasbourgeoise rendit compte de ses travaux sur l'hypnose chez l'enfant. (15)

## **II PARTICULARITE DE L'HYPNOSE CHEZ L'ENFANT**

L'état hypnotique pourrait être un état bien connu des enfants. Dès leur naissance, leur mère ou les personnes amenés à s'occuper d'un bébé se servent de techniques pour apaiser leur enfant : comment ne pas comparer les bercements et les berceuses qu'elles peuvent chanter à des inductions hypnotiques ?

Tout un contexte est mis en place pour obtenir l'apaisement du bébé : confort, sécurité, mécanismes permettant une mise à l'écart de la réalité.

Vers l'âge de 4 mois, le nourrisson va lui-même s'approprier des gestes pour trouver le calme : certains ont besoin de sucer quelque chose pour s'endormir, d'autres ont besoin de caresser et manipuler un tissu ou leurs cheveux, ou encore de se balancer légèrement...

Un peu plus tard, il y aura toutes ses situations où l'enfant est plongé dans son jeu, ou captivé par un dessin-animé, et comme sourd et aveugle à tout ce qui se passe autour de lui. (77)

Et que penser de toutes les techniques qu'utilisent les parents pour soulager la douleur chez leur enfant ? Souffler sur une plaie ou une bosse, faire envoler la douleur en demandant à l'enfant de regarder cette douleur qui s'en va (testé à l'instant sur ma petite dernière de 2 ans qui s'est cogné le front), n'est-ce pas là une technique de distraction, pour sortir du contexte douloureux du réel ?

L'enfant vit dans un monde où tout est possible, où la frontière entre le rêve et la réalité n'a pas les mêmes limites que chez l'adulte. Imaginer, jouer et apprendre sont parmi ses activités favorites.

Il a donc, de manière générale, de plus grandes capacités à se détacher du réel, à accepter les suggestions sans être limité par son esprit critique encore en voie de formation.(36)

Lors du retour en faveur de l'hypnose, les thérapeutes avaient buté devant l'apparent manque d'adhésion aux inductions hypnotiques des jeunes enfants. Certains en avaient même conclu que les enfants n'étaient pas hypnotisables avant l'âge de six ans. Hilgard, plus prudent, remarquait que *"les inductions verbales habituelles commençaient à fonctionner vers l'âge de 5-6 ans, pour atteindre une réponse maximale après 10 ans"*. (61)

Liebeault, qui, à priori, manipulait avec succès la suggestion hypnotique sur les enfants, aurait abandonné la suggestion verbale sur les jeunes enfants et utilisait principalement des attouchements et des passes sur les enfants de moins de trois ans. Il aurait obtenu des résultats thérapeutiques satisfaisants dans des cas de vomissements, diarrhée et d'anorexie. (15)

Les thérapeutes plus "modernes" en vinrent à développer les méthodes d'induction hypnotique plus adaptées au développement cognitif et psychologique de l'enfant et à ses centres d'intérêt.

Chez le tout-petit, les techniques pour induire l'hypnose, lors d'un geste médical par exemple, font volontiers appel à des activités d'attention (lui présenter un mobile, jouer avec une marotte à coucou-caché) ou de stimuli tactiques en manipulant un de ses membres (étirements, caresses), ou kinesthésiques en le balançant, de façon à capter son attention et la porter sur autre chose que le geste qu'il subit.

Un peu plus tard, alors que l'enfant a déjà acquis un certain niveau de compréhension verbale, les histoires qu'on lui raconte le plongent très rapidement dans un état hypnotique, parfois même la locution "il était une fois" suffit à le faire se concentrer et oublier ce qui se passe autour de lui.

Différentes techniques ont été décrites pour une induction hypnotique selon l'âge de l'enfant :

Techniques d'induction adaptées à l'âge de l'enfant

(d'après Olness et Kohen)

<p>Age préverbal De 0 à 2 ans</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une stimulation tactile, des caresses, des câlins</li> <li>- Une stimulation kinesthésique : bercer, faire bouger un bras en faisant des aller-retour</li> <li>- Une stimulation auditive : la musique ou un bruit continu, tel qu'un sèche-cheveux, un rasoir électrique ou un aspirateur, qui sont placés loin de l'enfant</li> <li>- Une stimulation visuelle : des mobiles ou d'autres objets qui peuvent changer de taille, de position, de couleur</li> <li>- Tenir une poupée ou un petit animal en peluche</li> </ul>
<p>Age verbal De 2 à 4 ans</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Souffler des bulles</li> <li>- Raconter une histoire</li> <li>- Livres avec des personnages animés</li> <li>- Visionneuse stéréoscopique</li> <li>- L'activité favorite</li> <li>- Parler à l'enfant à travers une poupée ou un petit animal en peluche</li> <li>- Se regarder sur une vidéo</li> <li>- Utiliser une poupée toute molle</li> </ul>

<p>Age pré-scolaire ou âge scolaire débutant De 4 à 6 ans</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Souffler l'air</li> <li>- Un endroit favori</li> <li>- Des animaux multiples</li> <li>- Un jardin avec des fleurs</li> <li>- Raconter une histoire (seul ou dans un groupe)</li> <li>- Le grand chêne</li> <li>- Fixer une pièce de monnaie</li> <li>- Regarder une lettre de l'alphabet</li> <li>- Des livres avec des personnages animés</li> <li>- Une histoire télévisée fantasmagorique</li> <li>- La vision stéréoscopique</li> <li>- La vidéo</li> <li>- Des boules qui se balancent</li> <li>- Biofeedback thermique ou autre</li> <li>- Les doigts qui s'abaissent</li> <li>- Une activité dans une salle de jeu</li> </ul>
---	---

<p>De 7 à 11 ans</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'activité favorite</li> <li>- L'endroit favori</li> <li>- Regarder les nuages</li> <li>- La couverture volante</li> <li>- Des jeux vidéo vrais ou imaginaires</li> <li>- Monter sur une bicyclette</li> <li>- Souffler l'air à l'extérieur</li> <li>- Ecouter de la musique</li> <li>- S'écouter sur une cassette</li> <li>- Fixer une pièce de monnaie</li> <li>- Rapprochement des mains</li> <li>- La rigidité du bras</li> </ul>
----------------------	--

<p>Adolescence De 12 à 18 ans</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'endroit favori ou l'activité favorite</li> <li>- Activité sportive</li> <li>- Catalepsie du bras</li> <li>- La respiration</li> <li>- Les jeux vidéo vrais ou imaginaires</li> <li>- Des jeux informatiques vécus ou imaginés</li> <li>- La fixation des yeux sur une main</li> <li>- Conduire une voiture</li> <li>- Ecouter ou entendre de la musique</li> <li>- Lévitiation de la main</li> <li>- Le rapprochement des mains</li> <li>- Des jeux fantasmagoriques</li> </ul>
---------------------------------------	--



Après de nombreuses observations et expérimentations de transe hypnotique chez l'enfant, Hilgard en vint à conclure en 1970 qu'il y avait une étroite corrélation entre le degré d'hypnotisabilité et la capacité imaginative des enfants d'âge scolaire.

Gould et Singer se sont eux penchés sur les plus jeunes et ont publié les résultats de leurs travaux qui tendent à prouver l'aptitude à imaginer des enfants dès l'âge de deux ans et probablement plus tôt, mais cela reste une supposition difficilement démontrable, du fait du développement cognitif et psychomoteur de ces derniers.(61)

Vandenberg est allé plus loin dans sa réflexion, et affirme que le jeune enfant possède les capacités de communication non verbale qui sont identiques à celles nécessaires à l'hypnose. Il estime qu'il faut considérer ces particularités de la capacité hypnotique des enfants en bas âge en fonction du développement cognitif de l'enfant et de sa capacité à lier des relations de confiance envers les adultes qui l'entourent. (121)(122)

D'ailleurs, pour faire de l'hypnose avec un enfant, il est nécessaire d'abord de bien connaître l'enfant, son environnement, ses activités favorites et ses centres d'intérêt, sa façon d'exprimer ses affects, de façon à pouvoir rentrer dans son monde.

Les parents sont souvent d'une aide précieuse pour mettre en place une relation de confiance entre l'enfant et le thérapeute : ils peuvent apporter des informations précieuses sur le comportement de l'enfant, et surtout peuvent, par leur accord, permettre que s'établisse ce lien particulier qui caractérise les relations thérapeute/sujet.

Bien souvent, il est judicieux d'inviter les parents à être présents lors des séances, afin qu'ils puissent devenir des alliés, et peut-être aussi participer aux changements souhaités, en renforçant le lien, ou en profitant eux-mêmes de la dynamique d'évolution que le thérapeute cherche à mettre en place. (114)

Chez le jeune enfant, les capacités d'attention sont limitées dans le temps et rendent assez difficile le maintien d'une stabilité hypnotique. De fait, malgré leur grande facilité à utiliser leur imagination ou à capter leur attention, les fluctuations de la profondeur de la transe hypnotique sont bien plus fréquentes chez l'enfant et demandent au thérapeute une attention soutenue, une capacité à réactiver l'imaginaire ou l'attention de l'enfant très fréquemment. (102)

Il apparaît aujourd'hui que les limites de cette technique sont plus proches des propres limites créatives du thérapeute, plutôt que de celles de l'enfant.

### **III LES ECHELLES DE SUSCEPTIBILITE**

#### **HYPNOTIQUE**

Nous avons vu un peu plus haut que l'équipe de Hilgard s'était intéressée à l'hypnotisabilité des enfants. De même qu'elle avait mis au point des échelles de susceptibilité hypnotique pour les adultes (la Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, A, B et C, profil I et profil II ), elle eut à cœur d'étudier la suggestibilité des enfants.

Les échelles mises au point pour les adultes, utilisables dans un cadre expérimental, lui parurent vite inadaptées pour les enfants. De même, le cadre expérimental en lui-même n'est pas adapté pour les enfants.

L'équipe de Stanford mit alors au point en 1979 une échelle spécifique pour les enfants, utilisable dans un cadre thérapeutique : la Stanford Hypnotic Clinical Scale for Children. (94)

Avant chaque réalisation du test, l'enfant et ses parents étaient longuement reçus en entretien, durant lequel le contenu du test était présenté en détail, le thérapeute devant s'assurer que l'enfant, même jeune, avait bien compris ce qu'on allait lui proposer, que lui et ses parents étaient tout à fait d'accord.

Les items qui composent la SHCS Child sont variés, ils relèvent des domaines de prédilection des enfants et peuvent représenter un intérêt et une utilisation thérapeutique. Le temps nécessaire à la réalisation du test n'excède pas vingt minutes.

Cependant, après avoir tenté de coter un nombre certain d'enfants d'âge allant de 3-4 ans à 16 ans, les données recueillies poussèrent Hilgard et ses collaborateurs à repenser l'échelle pour les enfants de 4 à 6 ans. En effet, alors que l'induction de la première échelle se basait sur la relaxation et la fermeture des yeux, ils ne purent que constater que les jeunes enfants ne manifestaient pas facilement de détente musculaire, et que la plupart refusait de fermer les yeux.

Détente et fermeture des yeux commencent à être facilement obtenus à partir de l'âge de 7-8 ans.

L'équipe proposa alors deux formes de cette échelle :

L'une appropriée aux enfants de 6 à 16 ans : la **SHCS Child forme standard.**

L'induction se base sur le relâchement musculaire et la fermeture des yeux :

*"Je vais t'aider à apprendre quelque chose d'intéressant sur ton imagination aujourd'hui. Beaucoup de personnes trouvent cela amusant. Je vais te demander de penser à différentes choses et nous pourrons voir ensemble comment ton imagination fonctionne. Certaines personnes trouvent plus facile d'imaginer certaines choses que d'autres. Nous voulons trouver ce qui est le plus intéressant pour toi. Il te faut juste m'écouter très attentivement, et nous verrons ce qui se passe. Installe-toi bien confortablement dans le fauteuil, et laisse-toi aller à imaginer quelque chose. Ferme tes yeux s'il te plait, pour que tu puisses plus facilement imaginer..... Maintenant, j'aimerais que tu te vois flotter dans une piscine d'eau chaude..... Comment est-ce?..... Et est-ce que tu peux te représenter toi-même en train de flotter dans un nuage doux et agréable dans l'air ?..... Comment est-ce ?..... C'est bien..... tu peux ouvrir tes yeux..... Maintenant, je voudrais te montrer comment tu peux te sentir complètement relâché et confortable, parce que ainsi, il est plus facile d'imaginer quelque chose..... Je vais dessiner un petit visage sur mon pouce..... le voilà..... Fais la même chose sur ton propre pouce. Tu peux le faire ?.....(placer sa main en face de lui pour qu'il voit le visage dessiné sur son pouce),..... ou tu préfères que ce soit moi qui le fasse ? C'est un chouette visage ! Maintenant mets ta main en face de toi comme ça (le thérapeute aide l'enfant à placer sa main en veillant à ce que son coude ne puisse prendre appui sur rien) et regarde le petit visage tout en écoutant attentivement ma voix. Tout en fixant ton pouce, essaye de ne penser qu'aux choses dont je vais te parler, et laisse ton corps se relâcher complètement....."*

*Laisse ton corps entier se sentir détendu, mou et complètement relâché..... complètement relâché..... laisse tous les muscles de ton corps se relâcher..... complètement relâché..... Sois tout autant détendu que quand tu t'imaginais flottant dans une piscine, ou flottant sur le nuage..... sens ton corps devenir de plus en plus détendu..... de plus en plus détendu..... Tes paupières aussi sont relâchées. Elles commencent à se sentir lourdes. Alors que tu continues à fixer le visage dessiné sur ton pouce, tes yeux sont de plus en plus fatigués..... Tes yeux commencent à cligner un peu, et c'est un très bon signe. Cela veut dire que tu es vraiment bien détendu maintenant. Continue à fixer le petit visage et écoute ma voix..... Tes paupières sont lourdes. Très bientôt elles se sentiront si lourdes qu'elles commenceront à se fermer d'elles-mêmes..... Laisse-les se fermer si c'est ce que tu sens..... Et quand elles se seront fermées, laisse-les fermées. Maintenant, ton corps tout entier se sent bien, très confortable, complètement relâché....."*

Les épreuves proposées et notées ensuite sont :

- la chute d'un bras
- la rigidité d'un bras
- l'accès à des hallucinations visuelles
- l'accès à des hallucinations auditives
- le rêve
- la régression en âge
- la réponse à une suggestion post-hypnotique

Les résultats sont maximaux vers l'âge de 11-12 ans. Ces résultats sont en accord avec les stades de développement cognitif de Piaget, qui situe l'acquisition de la pensée hypothético-déductive vers 11-12 ans. (88)

L'autre spécifique aux enfants les plus jeunes (4-6 ans, voir jusqu'à 8 ans pour les enfants très anxieux) : la **SHCS Child forme modifiée**.

L'induction de la forme modifiée se sert de la capacité imaginative des enfants pour provoquer la distraction; relaxation et fermeture des yeux ne sont pas proposés :

*"J'aimerais parler avec toi de la façon dont une personne peut utiliser son imagination pour faire ou ressentir différentes sortes de choses. Tu comprends ce que je veux dire avec le mot "imagination" ? (si nécessaire, expliquez : tu sais ce que c'est que de faire-semblant ? Est-ce qu'il t'arrive de prétendre des choses, ou de te prendre pour quelqu'un d'autre ?)*

*Quand tu peux faire tout ce que tu as envie de faire, qu'est-ce que tu fais ? Quelle est la chose que tu préfères faire par-dessus tout ? (au besoin, recherchez avec lui, par exemple nager, faire du toboggan, du manège, aller en pique-nique..... choisir une activité et proposer à l'enfant de se l'imaginer).*

*Ok, on va commencer maintenant. Imagine-toi que nous sommes en pique-nique et qu'il y a un grand panier de pique-nique en face de nous. A quoi ressemble ce panier ?..... Je vais étendre cette nappe jaune clair sur l'herbe à côté de nous..... Qu'est-ce que tu vas sortir du panier maintenant ? Comment est-il ?..... C'est bien.....Qu'y a-t-il d'autre dans ce panier ? (continuer jusqu'à ce que l'enfant soit complètement dans son activité imaginaire)*

*Tu sais, tu peux faire un tas de choses intéressantes en les pensant comme ça. En les imaginant très fort, elles deviennent presque réelles. Et là, ça t'a paru réel ? bien..... Maintenant, nous allons imaginer autre chose....."*

Les items proposés pour tester leur suggestibilité restent les mêmes, mis à part la réponse à une suggestion post-hypnotique qui en a été exclue (car elle prenait pour base l'induction classique par relâchement musculaire et relaxation).

La réalisation du rêve reste rare chez les plus jeunes. Les suggestions motrices sont réalisées par 69 % des 3-4 ans, 91% des 5-6 ans. 50 % des 3-4 ans ont accédé aux hallucinations visuelles, avec la particularité pour une bonne partie d'entre eux de l'accompagner de mouvements moteurs pour mettre en scène leur hallucination.(94)

## **IV UTILISATION DE L'HYPNOSE CHEZ L'ENFANT**

Le domaine d'application de l'hypnose chez l'enfant est vaste, et pourrait concerner presque toutes les spécialités médicales.

### **A). UTILISATION DE L'HYPNOSE EN PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT**

Nombre de syndromes de la psychiatrie infantile ont bénéficié d'une prise en charge par hypnothérapie.

Classiquement, les hypnothérapeutes appliquent plus facilement ce type de prise en charge aux troubles d'ordre névrotique plutôt que psychotique, mais certains auraient associés avec succès des psychothérapies avec hypnose en plus de la prise en charge classique chez des enfants souffrant de troubles psychotiques.(62)

La littérature actuelle fait état de nombreuses études de cas, nécessaires et utiles, mais nous n'avons pas retrouvé d'études randomisées portant sur un nombre suffisant de patients qui pourraient prouver la validité de ce type de prise en charge.

On retrouve dans les indications classiques de l'hypnose :

- l'anxiété
- les phobies
- l'angoisse de séparation
- les difficultés d'endormissement
- les troubles de l'apprentissage
- l'énurésie
- l'encoprésie
- le bruxisme
- le bégaiement
- les troubles obsessionnels et compulsifs
- la dépression
- la conversion hystérique



Il est toutefois très important de préciser que l'hypnose est en général utilisée en plus des entretiens psychothérapeutiques classiques; que le travail en hypnose ne peut pas faire l'impasse sur la prise en compte des relations entre l'enfant et ses parents, de l'histoire de l'enfant, de l'histoire familiale, de la personnalité des parents. Le symptôme présenté par l'enfant n'est en général que l'expression d'un conflit interne, et il serait illusoire de vouloir le faire disparaître sans aider l'enfant à gérer ce conflit, sans associer ses parents à une réflexion sur leur relation avec l'enfant.

L'hypnose, sans être magique, peut être d'une aide précieuse dans les situations figées, où la famille vient consulter après déjà un ou des suivis en psychothérapie, où le symptôme est présent depuis un bon bout de temps, et où tout tourne autour de ce symptôme. Dans ces cas-là, agir sur le symptôme peut permettre de relancer une certaine dynamique d'évolution, afin que l'enfant puisse réussir quelque chose et reprendre une certaine confiance en lui, s'approprier une certaine maîtrise de son corps, de ses réactions. (72)

L'énurésie, par exemple, est l'un des symptômes dont le traitement par hypnose a été l'objet de nombreuses études. Celles-ci concluent à l'efficacité de cette méthode, en comparaison avec une prise en charge uniquement médicamenteuse, ou une prise en charge uniquement comportementaliste. Les enfants ayant bénéficié d'une prise en charge par hypnose rechutent moins que les autres, et les résultats sont plus rapides (4)(84). Il est fort probable que l'enfant, rendu acteur principal de sa prise en charge, puisse ainsi sortir du contexte qui était à l'origine de son symptôme, et changer la dynamique familiale, faire évoluer sa propre position.

Podoll, un pédiatre américain, signale tout de même qu'il n'a jamais pu obtenir de résultats positifs avec les enfants énurétiques dans la famille desquels on retrouve une énurésie longue transgénérationnelle. (98)

## B). LES TECHNIQUES UTILISEES

Les différents types d'hypnose sont applicables aux enfants. Hypnose traditionnelle avec suggestions directes, hypnose de type ericksonnienne, le choix reste de la responsabilité du thérapeute, qui utilisera plutôt une pratique que l'autre, en fonction de sa propre sensibilité, du stade de développement de l'enfant, du motif de la demande.

La diversité des pratiques chez l'enfant est au moins tout aussi riche que chez l'adulte, et l'hypnose peut tout aussi bien accompagner une psychothérapie d'ordre analytique, qu'une prise en charge cognitivo-comportementaliste avec son schéma de progression bien défini à l'avance.

Le plus important est de faire alliance avec l'enfant et sa famille, de s'assurer de la demande de l'enfant, de s'efforcer de le connaître le mieux possible pour coller au mieux à son monde.

Concernant l'hypnothérapie chez l'enfant, Erickson avait formulé ces recommandations : *"la bonne technique hypnotique est celle qui offre au patient, qu'il soit enfant ou adulte, l'opportunité d'être aidé au moment le plus adéquat, l'opportunité de réagir aux stimuli et aux idées, et aussi de faire l'expérience de la satisfaction de faire de nouveaux apprentissages et de la réussite."* (45)

## C). UTILISATION DE L'HYPNOSE EN MEDECINE PEDIATRIQUE

### Les maladies psychosomatiques :

Ces maladies sont caractérisées par des symptômes physiques dont les causes sont multiples, mais où des facteurs émotionnels jouent un rôle déclenchant, favorisant ou d'entretien.

Elles affectent habituellement un organe ou un système physiologique. Des émotions réprimées ont une action physiologique qui, si elle est durable et intense, peut amener des perturbations de la fonction, voire une lésion d'organe. Le malade n'est pas conscient de la relation qui existe entre sa maladie et ses émotions. (12)

Dans ce type de pathologie, l'hypnose illustre par excellence la possibilité de l'action de l'esprit sur le corps.

La littérature est riche en illustrations de ce type de prise en charge : troubles digestifs fonctionnels, troubles respiratoires, urinaires, dermatologiques, neurologiques...

Cela a donné lieu aussi à beaucoup d'études sur la valeur de la prise en charge par l'hypnose, les symptômes organiques étant facilement quantifiables.

L'équipe de Gershwin, en Californie, a réalisé une revue de littérature sur l'apport de l'hypnose dans le traitement de l'asthme : les études effectuées sont nombreuses, les résultats apparaissent comme significatifs, évoquant un apport réel de l'hypnose dans cette pathologie, mais trop souvent basés sur des données subjectives, ou sans groupe de contrôle.

Ainsi, Gershwin évoque un intérêt probable de l'hypnose dans l'asthme mais souhaite que cette idée soit validée par des études randomisées et basées sur des mesures physiques. (65)

Anbar rapporte une étude prospective sur 303 patients suivis durant 30 mois dans un centre de Pneumologie Pédiatrique et auxquels une prise en charge par hypnose fut proposée. Pour tous ces patients, une grande participation psychologique au symptôme était suspectée par leur médecin.

L'hypnose aurait entraîné une amélioration des symptômes chez 80% des patients présentant un asthme persistant, des douleurs thoraciques, une toux chronique, une hyperventilation et un souffle court. Certains des symptômes ont été suivis par un pneumologue, d'autres ont été jugés directement par les jeunes patients, de manière très subjective. Aucune aggravation n'a été constatée, il n'a pas été observé d'apparition de symptômes nouveaux. (2)

Si ces résultats paraissent encourageants, ils ne renseignent pas sur ce qui pourrait expliquer ces améliorations : effet des entretiens approfondis et de l'intérêt portés à l'enfant ? Effet de la relaxation musculaire qui accompagne l'hypnose ? Effet des suggestions ? Effet de l'apprentissage d'un auto-contrôle de l'état de stress ? On ne peut que souhaiter que d'autres études plus rigoureuses et objectives clarifient l'apport réel de l'hypnose dans ces pathologies.

En allergologie, l'équipe du Pr Ciavaldini de Brest s'est penchée sur les effets de l'hypnose sur l'histamino-libération : l'étude consista à mesurer la taille de la papule du prick-test à l'histamine chez des personnes allergiques et non-allergiques, avant séance d'hypnose et après.

Les résultats du test à l'histamine, réalisé après une séance de transe hypnotique, montrent une diminution de 42 % de la taille de la papule. (64)

#### L'hypnose dans la prise en charge de la douleur chez l'enfant :

C'est dans le domaine de l'analgésie que l'hypnose a fait un retour très remarqué. Alors qu'il y a encore quelques dizaines d'années, la douleur chez l'enfant n'était quasiment pas prise en compte, qu'elle fut considérée comme normal et faisant partie des soins ou qu'elle fut carrément niée. Heureusement, les idées reçues ont changé, et maintenant tenter de réduire au maximum la douleur fait partie des priorités médicales.

La grande suggestibilité des enfants rend l'usage de l'hypnose assez facile pour s'en servir en analgésie.

L'hypnose peut être utilisée seule, ou en accompagnement d'une analgésie médicamenteuse (comme avec le Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote par exemple).

Dans des situations d'urgence (arrivée aux urgences pour une fracture, une douleur abdominale aiguë par exemple) ou pour effectuer un geste douloureux, il est possible de se servir de l'hypnose. Il faut au préalable expliquer à l'enfant ce qu'est l'hypnose, afin qu'il adhère et participe à ce qui va lui être proposé. Il est primordial qu'il accorde sa confiance à la personne qui va l'accompagner.

Chantal Wood, médecin anesthésiste responsable de l'Unité d'Evaluation de Traitement de la Douleur de l'Hôpital Robert Debré, estime que l'arrivée à l'hôpital en urgence ou la préparation d'un soin représentent déjà des situations toutes particulières, qui créent une dissociation.

Fort de sa pratique de l'hypnose chez l'enfant, elle insiste sur le fait qu'il faut apporter une grande attention aux paroles qui vont être prononcées : le cerveau n'entend pas la négation! Si on demande à quelqu'un : "ne pensez pas à un éléphant rose", le sujet va immédiatement penser à un éléphant rose. Elle met en garde contre l'utilisation des phrases, au combien courantes, comme :

- "N'aie pas peur..." qui amène l'idée qu'il y a matière à avoir peur
- "Tu n'auras pas mal..."

qui représentent des injonctions paradoxales.

Dans l'accompagnement verbal effectué durant le soin, il peut être judicieux de proposer à l'enfant de se projeter dans le futur, après le moment qu'il va vivre :

- "Imagine combien tu seras heureux, quand j'aurai fini mon examen, de regarder ton émission favorite à la télé..." par exemple.

Lors de la prescription d'un médicament, il est possible de renforcer l'effet attendu :

- "le médicament que je vais te donner, va te permettre de te sentir bien, tu pourras mieux dormir..."

En cas d'utilisation concomitante du MEOPA, le masque peut être présenté comme :

- "un masque magique qui apporte un air qui peut sentir la fraise, un air pur de la montagne....., ou même, pour les plus grands,..... un gaz hilarant mais il faudra que tu te concentres pour ne pas rigoler"(129)

L'hypnose peut aussi être utilisée comme une technique d'anxiolyse préopératoire. Une équipe de Rennes a comparé l'hypnose à l'administration de midazolam pour la prémédication de cinquante enfants âgés de 2 à 11 ans. L'étude montre qu'il y a une différence significative entre le groupe ayant eu une induction hypnotique et celui ayant pris du midazolam. L'anxiété préopératoire, estimée avec le mYPAS (modified Yale Préoperative Anxiety Scale), est de 39% en moyenne dans le groupe "Hypnose" contre 68% dans l'autre. Les désordres comportementaux post-opératoires sont aussi moindres chez les enfants ayant bénéficié d'une induction et d'un accompagnement hypnotique. (22)

Dans les cas de douleurs chroniques ou répétées, lorsque un recours à l'hypnoanalgésie est tenté en plus de toute la prise en charge habituelle, il est souhaitable de prendre le temps de réaliser une induction profonde avant de proposer une suggestion, une métaphore. Il est tout aussi nécessaire de faire de l'enfant douloureux un véritable acteur de sa réaction face à la douleur, et lui permettre d'apprendre l'auto-hypnose qu'il utilisera en fonction de ses besoins est un réel atout. (128)(25)

#### L'hypnose en accompagnement des enfants gravement malades et/ou en fin de vie :

Quelques auteurs ont rapporté leur expérience d'accompagnement par hypnose d'enfants et d'adolescents en fin de vie. Sans qu'il y ait forcément un but antalgique, les séances d'hypnose permettent d'offrir un plus en confort et une diminution de l'anxiété.

Dans ce contexte qui inclût souvent de nombreuses hospitalisations, des soins fréquents, une perte d'autonomie physique, le lâcher-prise de l'hypnose peut représenter une pause très appréciée. La dissociation permet d'oublier ce contexte difficile, l'enfant ou l'adolescent peut être l'acteur et le décideur de ce qu'il veut vivre en hypnose : revivre des sensations agréables, ou même pour certains, aller se promener sur un nuage, près de l'au-delà.(66)

L'hypnose, dans cette situation, peut aussi être un moyen d'aborder les questions souvent tabou de la mort : famille et patient ont souvent du mal à parler de cette fin, de ce qui va se passer après. Par les métaphores, ces différents sujets sont abordés en contournant les mots trop difficiles à prononcer. Récemment, une maman d'une enfant en phase palliative a écrit un conte pour évoquer le sujet avec son enfant. Ce conte a été distribué à d'autres familles dans la même situation, et l'équipe du service qui accueillait ce petit, a recueilli les impressions de ces autres familles : ce conte (Falikou, de Catherine Loëdec, illustré par Jörg, paru en 2006 aux éditions Les Buveurs d'encre) a facilité le dialogue avec l'enfant mourant et aucune des familles n'a regretté de l'avoir raconté. Bien que raconté sans utilisation de l'hypnose de façon explicite (quoique, nous avons vu que le fameux "il était une fois" pouvait représenter une induction à lui tout seul) cette enquête nous confirme la valeur de la métaphore dans ces situations. (3)



# **CHAPITRE 5**

## **ILLUSTRATIONS**

### **CLINIQUES**

Pour clore cette thèse, voici quelques uns des suivis par hypnose que j'ai été amené à conduire depuis que j'ai fini ma formation à l'Institut français d'hypnose :

## **I VIGNETTE CLINIQUE N°1**

Soline, 10 ans, est la deuxième enfant d'une fratrie de 2, elle a une sœur de 2 ans de plus qu'elle. Elle est accompagnée de sa maman, sans profession, le papa est ouvrier spécialisé et travaille au moment de la consultation. Soline est scolarisée en Cm1, elle est bonne élève.

Soline me raconte qu'elle vient consulter car elle a eu, depuis 3 ans, une telle peur des chiens qu'elle ne sort plus toute seule, de peur d'en rencontrer un sur son chemin. Leur maison est située en retrait de la rue, et pour y accéder, il faut passer entre deux autres maisons dont les propriétaires ont chacun un chien. Ce qui fait qu'elle ne va plus jouer chez ses copines, qu'elle ne veut pas aller à l'école toute seule.

Elle aimait beaucoup les chiens jusqu'au jour où le chien de sa marraine, avec lequel elle adorait jouer, l'a profondément mordu dans la main gauche. Elle me montre les cicatrices qui restent sur le dos de sa main. Soline n'a jamais compris pourquoi ce petit chien qui semblait l'apprécier l'a ainsi attaqué sans raison, car elle ne l'avait pas blessé, ni taquiné.

Sa maman poursuit l'entretien en précisant que ce petit chien avait été confié à la SPA après ça.

Elle a du mal à accepter que sa fille ait maintenant une telle peur des chiens, que c'est idiot, qu'elle ne risque rien en sortant de la maison car les deux chiens des voisins sont dans un enclos et puis, de plus, ils sont gentils. Elle me dit ne pas comprendre pourquoi ça dure aussi longtemps, que parfois, son mari et elle s'énervent, voudraient que Soline prenne un peu sur elle.

Par ailleurs, ils n'ont pas d'autre souci avec leur fille, elle est gentille, travaille bien à l'école, aide volontiers sa maman à la maison.

Les deux sœurs s'entendent assez bien, même s'il y a des disputes de temps à autre.

Les antécédents familiaux et personnels de Soline sont sans particularité, son enfance est tout à fait classique, tout juste émaillée de quelques petites maladies infectieuses banales.

Après deux autres entretiens classiques avec Soline et sa maman, je note une petite perte de confiance et de l'estime de soi de l'enfant, accompagnée d'une difficulté de séparation, que mère et fille situent comme ayant débutée après la morsure.

Je retiens le diagnostic de phobie des chiens ; l'impossibilité actuelle pour Soline de surmonter toute seule cette phobie handicapante malgré la demande pressante de sa famille entraînant une auto-dévaluation et une régression de la maturité affective.

A l'issue des trois premières consultations, et devant l'incidence qu'a sur la vie familiale cette peur du chien, je propose à Soline d'utiliser l'hypnose pour travailler cette phobie.

Soline a une idée de l'hypnose qui se réfère directement au serpent Ka dans le dessin animé "Le livre de la Jungle", avec utilisation du regard et soumission directe aux suggestions ; je la rassure sur la possibilité qu'elle aura à tout moment d'arrêter la séance et sur le fait que je ne me servais pas de suggestions directes.

La première séance d'hypnose est surtout consacrée à la découverte de cette technique qui continue à l'inquiéter un peu. Elle a d'ailleurs lieu en présence de sa maman, comme je lui en offre la possibilité. Après une induction assez classique, visant à obtenir une relaxation corporelle, en proposant à la fillette de relâcher ses muscles les uns après les autres, je lui propose d'imaginer un escalier, qui monte ou qui descend, à sa guise, de dix marches, et chacune des marches qui sera gravie permettra de se relaxer encore plus, d'oublier sa situation actuelle dans son fauteuil, dans la pièce, et de parvenir à ce que je nomme "*son endroit de sérénité, de sécurité*". Lorsqu'elle parvient à imaginer cet escalier, Soline me fait un petit signe de la main et je l'accompagne dans ce "passage" : les trois premières marches sont consacrées à l'ancrage : bien repérer les bruits environnants pour pouvoir les oublier, se laisser bercer par eux, bien repérer la luminosité qui l'entoure, bien se concentrer sur les contacts qui existent entre son corps et le fauteuil, se sentir rassurée et portée.

A la quatrième marche, je lui propose de s'imaginer dans un hamac, un cocon ou une bulle, selon ses préférences, qui serait constituée par tous les éléments sur lesquels nous nous sommes penchées juste avant.

A la cinquième marche, je lui suggère de se mettre encore plus à l'aise, d'être encore plus confortablement installée.

A la sixième, je lui indique une poubelle, posée là, qui peut recevoir tout ce dont elle voudrait se débarrasser, tout ce qui l'ennuie et lui rend la vie compliquée. Elle pourra retrouver tout ceci si nécessaire à l'issue de la séance, ou les y laisser, elle verra bien.

Septième, huitième et neuvième marches sont consacrées à l'approfondissement, en lui suggérant d'être de plus en plus attentive à ma voix, d'oublier les bruits autres, et de se laisser totalement porter.

A la dixième, je lui demande de s'imaginer dans un endroit, un lieu, qu'elle aime beaucoup, où elle s'est sentie bien, heureuse. Cela peut être une pièce chez elle à la maison, un endroit dehors, dans un lieu de vacances, chez des amis..... et dès qu'elle peut se représenter un tel endroit, je lui propose d'y revivre les sensations, les bruits, les odeurs. Soline est, à ce moment-là, bien détendue, le visage serein. Je lui demande de bien profiter de ce moment de détente, de permettre à son corps et à sa tête de se reposer comme ils en ont besoin.

Je l'encourage à prendre le temps qui lui faut avant de me faire un petit signe lorsqu'elle sera prête à reprendre l'escalier dans l'autre sens. La progression dans l'escalier se fait dans le sens contraire cette fois, et, sur l'avant-dernière marche, je l'assure qu'elle trouvera déjà plus facilement le calme quand elle en aura besoin, maintenant que son esprit conscient et son esprit inconscient ont fait l'expérience du calme et de la sérénité.

Soline sort doucement de son état de profonde relaxation, avec le sourire, et en disant qu'elle appréciait beaucoup

Lors de la deuxième séance d'hypnose, après toute la phase d'induction et d'approfondissement, je lui demande de se représenter une couleur qui serait associée à l'état de bien-être, de sérénité qu'elle ressent lorsqu'elle est dans son espace de sécurité, puis je lui propose de s'imaginer face à l'un des chiens des voisins, de ressentir tout ce qu'elle ressent lors de ces moments-là, et de se représenter là encore une couleur qui définirait ces moments de peur-panique. Je lui demande ensuite de se remettre dans l'endroit où elle est bien, de se détendre à nouveau. Lorsque les signes physiques de cette détente sont à nouveau apparents, je lui demande d'imaginer qu'elle a deux petites bouteilles, que ces bouteilles contiennent chacune un liquide de la couleur des moments heureux pour l'un, des moments difficiles pour l'autre, et qu'elle peut mélanger ces deux liquides dans un troisième bouteille plus grande, et observer la couleur qui résulte de cette mixture. Cette couleur va représenter les moments "neutres", et cette couleur ne répond pas forcément aux lois de la physique, mais plutôt à ses propres émotions.

L'exercice suivant consiste à passer d'un état émotionnel à un autre, en passant bien par une phase plutôt neutre, et en y associant à chaque fois la couleur qu'elle aura attribuée à cet état. Il se termine en lui faisant remarquer qu'elle a la possibilité de changer ces états, et qu'il lui sera plus facile maintenant de ne pas céder à la panique, et de se calmer elle-même devant des situations qu'elle vit comme terrifiantes.

Après la séance, Soline s'amuse en me disant que son mélange de bleu (les moments heureux), et de rouge (les moments très difficiles) a donné du gris et pas du violet.

Pour l'instant, elle ne note pas de grands changements dans sa peur des chiens, mais dit apprécier les séances et s'amuser à en faire toute seule le soir quand elle se couche "*....comme ça, je m'endors mieux !*".

Etonnée par la rapidité avec laquelle l'enfant s'est approprié cette méthode, je l'encourage à poursuivre et reprécise le but des séances : lui permettre de maîtriser ses peurs pour ne plus être dépendante de sa famille dans ses sorties de la maison. Avant la troisième séance, Soline évoque des cauchemars avec des chiens aux crocs énormes et ensanglantés, elle se réveillerait toute affolée et, à ces moments-là, n'arrive pas à se détendre sans que sa maman fasse le tour de la chambre pour lui prouver qu'il n'y avait aucun molosse caché par là. Sa peur des chiens reste bien présente pour l'instant, mais elle est ravie de se sentir aidée.

Durant cette séance, après l'induction et l'approfondissement, je lui suggère d'imaginer qu'elle observe un chien "sympathique", en l'occurrence " Beethoven" qui est un St-Bernard, héros d'un film pour enfant. Comme Soline est d'accord pour le faire, je l'invite à s'approcher de ce gros chien, de constater qu'il ne manifeste aucune animosité vers elle, qu'il bouge sa queue en signe de bienvenue. Si la fillette le souhaite, elle pourrait maintenant caresser le chien, heureuse de ne sentir aucune peur, ravie de constater que Beethoven accepte ses caresses.

A la quatrième séance, le travail de désensibilisation systématique empruntée à la thérapie comportementale peut aller plus loin : Soline peut s'imaginer jouant avec Beethoven, acceptant d'être bousculée par ce grand chien, acceptant ses aboiements comme des manifestations de joie de l'animal.

Nous reprenons aussi le thème des couleurs associées aux émotions, pour pouvoir s'envelopper de bleu afin d'être très bien relâchée, ou passer du rouge au gris dès que le rouge s'installe.

Soline a essayé plusieurs fois d'emprunter le petit chemin qui relie sa maison à la rue, mais a toujours rebroussé chemin en courant quand elle a entendu l'un ou l'autre des chiens des voisins courir vers elle. Elle me dit que son papa s'impatiente, la traite de mauviette. Je demande à la maman de venir avec le papa de Soline la prochaine fois, expliquant qu'une attitude compréhensive et encourageante serait plus judicieuse. Cependant, les cauchemars aux molosses ont disparus et sa maman se réjouit de ceci, ses propres nuits n'étant plus hachées du coup. Il est probable que le travail avec un chien sympathique et aussi tout le travail d'élaboration autour des chiens permette une évacuation de la charge anxieuse, en dehors des situations phobogènes.

Lors de la cinquième séance, après tout un moment où elle continue de jouer avec Beethoven, je lui propose de regarder autour d'elle et de remarquer un des chiens des voisins (un berger allemand) qui observe ses jeux avec envie : Soline accepte mais précise "il reste dans son jardin". Nous reprenons à nouveau ensuite les couleurs, et elle imagine se confectionner un manteau bleu ciel dans lequel elle serait très à l'aise, protégée.

La fin de la séance s'accompagne d'une petite phrase de réassurance "*et je ne sais pas si tu réussiras à prendre le chemin pour aller jouer chez tes amies sans fuir devant les deux chiens demain ou vendredi, mais tout ce que tu fais pour t'aider est en train de porter ses fruits*".



Sixième séance : Soline vient avec sa maman, le papa n'ayant pas pu se libérer pour venir. Il y a du mieux, elle peut maintenant emprunter le chemin avec sa sœur, et si elle a encore le cœur qui s'emballe et la peur au ventre, elle ne se met plus à courir. Elle est aussi retournée jouer chez une petite copine qui a un chien, la maman de cette dernière ayant enfermé le chien dans la maison pendant que les fillettes jouaient dehors.

Durant la séance, Soline me raconte qu'elle a mis des poches à son manteau bleu, des poches à peurs. Vêtue de ce manteau qui la protège, elle peut s'imaginer passer près des chiens et ne pas ressentir de peur : le grillage a disparu !

Septième séance : toujours avec sa maman, qui salue le fait de n'être plus tout le temps obligée d'accompagner sa fille pour aller à l'école : des amies viennent la chercher et elles vont ensemble à pied à l'école. Soline est particulièrement souriante quand sa maman dit cela.

La séance d'hypnose permet à Soline d'imaginer qu'un chien arrive sur elle en aboyant. Soline cherche à ne pas fuir et enfile son manteau protecteur.

Huitième séance : Le papa ne peut pas se libérer encore une fois. Soline, cependant, me dit qu'il ne se montre plus irrité par le comportement de sa fille, qu'au contraire, il l'encourage en lui disant qu'elle est capable d'affronter les chiens.

Elle-même a rencontré un chien sur sa route, et me dit toute fière qu'elle s'est d'abord immobilisée, tétanisée par la peur, mais qu'elle s'est calmée et a continué son chemin. Le chien ne s'est plus intéressé à elle.

Son instituteur trouve aussi qu'elle a pris de l'assurance et peut prendre une autre place dans son groupe d'amies.

La séance consiste à se promener dans son village en rencontrant différents types de chiens et en parvenant à les côtoyer. J'insiste sur ses capacités à trouver elle-même des conduites de réassurance, et à observer les chiens en cherchant les signes de non-agressivité.

Neuvième séance : Soline parle surtout de la sixième qui se profile à l'horizon, et du statut de collégienne demi-pensionnaire. Elle se réjouit de prendre ses repas au collège avec ses amies. Concernant sa peur des chiens, elle me dit *"c'est encore là, mais j'arrive à continuer de faire ce que je voulais faire."*

Ses paroles sont rassurantes quant à sa capacité à se séparer de sa mère, et il apparaît que tout le travail visant à renforcer son estime de soi porte ses fruits.

Durant cette séance, je l'invite à imaginer un repas au collège, les confidences et les fous-rires entre amies, le retour à la maison en bus et le fait qu'elle emprunte le petit chemin sans plus porter d'attention aux chiens qui courent près d'elle.

Dixième séance : Soline arrive très souriante, tout va bien, elle sait qu'elle passera en sixième. Elle a toujours peur de rencontrer un chien, mais cela n'a plus de répercussion sur son quotidien. Elle se sent fière d'elle-même mais rajoute que *"quand même, c'est normal que j'ai peur, avec ce que m'a fait le chien de ma marraine ! Un chien, on ne sait pas vraiment ce qu'il va faire, on ne parle pas chien !"* Elle aimerait arrêter là les séances et profiter entièrement de ses mercredis. Sa maman est d'accord, nous convenons donc de mettre fin à la psychothérapie.

Le suivi par hypnose a surtout permis que Soline trouve un peu de compassion, et puisse regagner de la confiance en elle. La demande pressante de ses parents pour qu'elle surmonte sa peur, chose qu'elle n'arrivait pas à faire, semble avoir créé un doute sur ses propres capacités à trouver une solution.

Les jeux imaginaires avec un chien sympathique ont eu pour but de redresser l'image qu'elle avait des chiens. Le rôle des parents a été important, et même si son papa n'a jamais eu l'occasion de venir accompagner sa fille, son attitude envers elle a quand même évolué, devenant moins dénigrante et favorisant la confiance en elle, et permis qu'elle puisse surmonter sa phobie.

## **II VIGNETTE CLINIQUE N°2**

Nicolas, 7 ans, vient me voir avec sa maman pour un problème d'énurésie secondaire. Il est l'unique enfant du couple, le père est ouvrier en Allemagne, la maman agent de service hospitalier. Il est scolarisé en CP, est un élève moyen qui "écrit comme un cochon" d'après la maman. Il a beaucoup de copains, joue au football dans le club de son village, aime jouer aux Légos, à sa console de jeux et regarder les dessins animés. Quand ses parents sont au travail, il est gardé par ses grands-parents maternels qui habitent dans la même maison que lui.

Dans ses antécédents personnels, on note une grossesse très surveillée car il y a eu un risque d'avortement tardif pour décollement placentaire. L'accouchement s'est bien déroulé à 38 semaines d'aménorrhée, le bébé a crié tout de suite.

Dans la petite enfance, la maman évoque un bébé qui pleurait souvent la nuit, dormait le jour, et ce jusqu'à l'âge de 4-5 mois. Il a pris régulièrement du poids, la station assise était tenue à 9 mois, la marche acquise à 15 mois. Le développement du langage s'est fait normalement. Il a été propre de jour à 3 ans, il y a une période de propreté de nuit durant les grandes vacances entre la moyenne section et la grande section, mais la rentrée en grande section s'est accompagnée d'un retour des mictions de nuits. Il a eu son lot de maladie infantiles durant les deux premières années d'école maternelle, ça va mieux maintenant. Il a bu le biberon jusqu'à l'entrée au CP.

Rien de particulier dans les antécédents familiaux hormis un diabète de type 2 chez la grand-mère maternelle.

Resté seul avec moi avec une petite appréhension, Nicolas se montre de bon contact et parle volontiers. Il peut évoquer son énurésie, dire son envie de se passer des couches, qu'il voudrait bien parfois dormir chez un copain mais qu'il ne veut pas que toute la classe connaisse son problème. Il ne veut pas quitter ses couches, parce que, quand il essaye, il mouille son lit à chaque fois. A la maison, porter des couches ne le dérange pas trop. Le médecin traitant lui a conseillé de ne plus boire après 18h00, mais il a trop soif le soir pour ne pas boire avant d'aller se coucher. Nicolas me raconte aussi que sa chambre est au bout du couloir, à l'opposé des toilettes. Il a peur du noir, dort avec une veilleuse, et l'interrupteur qui allume la lumière du couloir est loin de sa chambre aussi. Il fait parfois des cauchemars avec des monstres effrayants, appelle alors sa maman et ça va mieux. C'est toujours sa maman qui se lève la nuit.

Quand la maman revient dans le bureau, nous évoquons ensemble ces cauchemars: elle m'apprend qu'ils ne sont pas réguliers, mais qu'effectivement, c'est elle qui vient rassurer Nicolas, parce que c'est encore "son petit bébé".

Une petite discussion à ce sujet amène la maman à se rendre compte qu'elle est ambivalente dans ses désirs pour son fils, partagée entre son désir de le voir grandir et devenir autonome, et sa difficulté à le "lâcher". Elle peut alors faire la relation avec le désir de Nicolas de pouvoir quitter la maison (dormir chez un copain) et n'être finalement pas gêné de porter encore des couches. Ils décident ensemble que l'enfant va arrêter de porter des couches comme un bébé. J'explique à l'enfant comment fonctionne son appareil urinaire, on parle du muscle qui ferme la vessie et lui demande de me serrer le plus fort possible la main pour vérifier sa force. Il est tout fier de la force de sa main, et quitte la consultation avec l'idée que son sphincter du trigone vésical possède la même force.

Lors de la deuxième consultation, Nicolas dit avoir été se coucher plusieurs fois sans couche, après avoir réduit ses boissons le soir et veillé à bien se vider la vessie avant le couché. Malheureusement, il a mouillé son lit toutes les nuits sauf une fois. Mère et fils ont préféré recourir à nouveau aux couches pour la nuit "en attendant l'été". En fait, c'est surtout Nicolas qui aurait voulu remettre des couches, par confort et pour éviter l'échec : *"Avec une couche, quand je me réveille le matin, le lit est sec et je ne suis pas embêté et triste"*.

Notre entretien va principalement porter sur l'envie de grandir, la peur de grandir, la peur, au final, que sa maman s'occuperait moins de lui quand il sera grand.

Sa maman le rassure à ce sujet, peut lui dire combien elle est fière de tous ses progrès, du travail fourni à l'école depuis le début de l'année scolaire. Elle a beaucoup aimé s'occuper de lui étant bébé, mais elle apprécie plus encore de partager autre chose avec lui maintenant. Elle précise en riant que si elle n'avait plus besoin d'acheter des couches, le budget familial s'en porterait mieux. Nicolas retrouve un peu plus de confiance en ses capacités à être propre de nuit, surtout qu'il a déjà réussi cela sur quelques semaines.

Lors de la troisième consultation, il annonce fièrement un mieux : "J'y arrive parfois, mon lit était sec plusieurs fois". Les draps mouillés restent fréquents tout de même d'après la maman, et Nicolas a réclamé plusieurs fois une couche au coucher, argumentant le noir dans le couloir qui l'empêchait de trouver les toilettes la nuit. Les parents ont branché une veilleuse dans ce couloir, pour rassurer leur petit bonhomme, mais "de toute façon, il fait pipi en plein sommeil" dit la maman.

J'encourage Nicolas à poursuivre et lui parle de son muscle qu'il est en train d'entraîner à la résistance, comme un footballeur s'entraîne tous les jours pour être le meilleur lors des matchs. Je lui propose alors d'utiliser une technique pour l'aider à devenir fort plus vite et lui explique rapidement en quoi consiste l'hypnose.

Un premier essai est réalisé dans la foulée : je dessine sur la pulpe du pouce de l'enfant un petit bonhomme, avec deux yeux, un nez et une bouche. Il doit fixer son regard sur son pouce tout en écoutant ma voix, juste là pour l'aider à atteindre tout seul cet état entre "rêve et réalité, qui va t'aider à régler ton problème".

Pendant qu'il se concentre sur son pouce, je lui demande de s'imaginer dans son lit, confortablement couché, bien au chaud, bien au sec, en entendant vaguement les petits bruits que font ses parents à l'étage inférieur.

Quand l'enfant, sur ma proposition, ferme les yeux et se détend sur sa chaise, je lui parle de ses premiers pas, quand il était tout petit, de son envie de marcher et de sa peur de tomber, de ses premières chutes et de la force qui l'a fait ressayer encore et encore, de l'assurance qu'il a pris au fur et à mesure des jours et que, finalement, quelques semaines plus tard, il a même réussi à courir. Je termine ce petit récit en l'assurant que ce qu'il avait réussi avec la marche, il allait réussir avec son contrôle de sa vessie, que nuit après nuit son muscle devient plus fort et que très bientôt il pourra aller dormir sans peur chez son copain.

A la quatrième consultation, Nicolas ramène un calendrier où il note ses nuits sèches qu'il symbolise par un soleil (proposition faite par une amie de la maman). Il y a des séries de 5-6 soleils. Nicolas veut refaire une séance d'hypnose pour être encore plus fort, dit-il.

Après la même méthode d'induction, je lui propose d'imaginer qu'il joue avec sa console de jeux. Le jeu consiste à guider un pompier pour éteindre un incendie dans un immeuble : pour cela, le pompier doit aller remplir son camion citerne à la bouche à incendie au début de la rue, et parvenir à ramener l'eau par le tuyau sans en laisser échapper sur le chemin, pour avoir toute l'eau nécessaire au niveau du foyer de l'incendie. Le pompier doit penser à serrer bien fort l'embout du tuyau pour éviter toute fuite . Nicolas entre très vite dans le jeu, manipule un embout virtuel et s'amuse à éteindre plein d'incendies.

Je lui suggère de ressentir la fierté d'être un aussi bon pompier, qui n'a pas perdu d'eau en chemin et de fait, à sauvé plusieurs maisons tout en restant parfaitement sec.

A la cinquième consultation, les nuits mouillées restent en minorité, mais persistent encore. La maman dit que maintenant, s'il a fait pipi au lit, il se réveille vite et pleure souvent. "Je n'aime pas être mouillé" dit Nicolas.

Nous refaisons une séance durant laquelle je lui raconte l'histoire d'un petit berger qui devait passer son été en alpage, pour garder les moutons de son père et les protéger des loups. Ce petit berger, très courageux, a cependant un sommeil de plomb et n'entend pas forcément quand un loup s'approche du troupeau. Plusieurs moutons sont attaqués et le petit berger ne se réveillait qu'au bruit de la bagarre et aux cris des moutons. Bien sûr, il soigne les moutons blessés mais il pleurait beaucoup, persuadé que son papa ne sera pas très content de lui. Le vieux berger de l'alpage voisin l'entendit pleurer et vint le voir pour savoir ce qui se passait. Quand le petit berger eut tout raconté, le vieux lui dit qu'il avait un secret et que ça allait l'aider. Il lui mit les mains derrière les oreilles et lui expliqua qu'il lui mettait là une clochette qui le réveillerait dès qu'un loup approcherait du troupeau. Pouvait-il entendre le tintement de cette clochette ? Nicolas acquiesce . Les nuits qui suivirent, la clochette sonna et le petit berger fut réveillé à temps pour protéger son troupeau. Quand son père vint le chercher un peu après, il se montra fier de son garçon si courageux et si à l'écoute des moindres dangers.



A la sixième consultation, Nicolas me dit que c'était bon, il ne mouillait plus son lit. La maman dit qu'il n'y avait eu qu'un seul accident. Nicolas attendait avec impatience les prochaines grandes vacances pour aller dormir chez son copain. Il passait au CE1, lisait quelques petites histoires tout seul, et s'il faisait peut-être encore des cauchemars, il ne l'appelait plus la nuit. Elle me dit en souriant que même si je n'avais rien fait pour son écriture, la maîtresse le trouvait plus soigneux et plus appliqué. Nicolas souhaitait arrêter là les consultations.

Je les ai rencontrés fortuitement quelques mois après et l'énurésie n'était pas réapparue.

Les séances d'hypnose ont surtout eu pour but de renforcer ses capacités d'apprentissage et de maîtrise de son corps. Les entretiens préliminaires ont permis de mettre en évidence l'ambivalence de la maman par rapport à la séparation de son "petit bébé", et à l'enfant d'évoquer son anxiété quant à l'amour que sa maman porterait à un grand garçon.

### **III VIGNETTE CLINIQUE N°3**

Inès, 15 ans, se présenta seule à sa première consultation. C'était une grande fille qui se tenait courbée, la tête penchée vers le sol, qui gardait les yeux fixés sur ses chaussures pour expliquer qu'elle venait consulter au CMP parce qu'elle n'allait pas bien.

Elle resta dans cette position un petit moment sans rien dire de plus et quand je cherchai à lui faire préciser la raison de son mal-être, elle secoua la tête en signe de négation, soupira et me regarda enfin pour me lâcher un "*pfffff, de toute façon, je n'arrive pas à parler de moi, ça sert à rien que je reste !*". Elle se leva, et se dirigea vers la porte. Je la rattrapai, lui dis qu'effectivement, elle ne me donnait pas l'impression de rayonner de bonheur, qu'il n'était sûrement pas facile de parler de son mal-être mais que je ne pouvais la laisser retourner au lycée dans cet état-là, elle me paraissait aller trop mal pour suivre efficacement un cours tout de suite. Je lui proposai de se reposer un peu et de faire un petit peu de relaxation, sans rien de plus, juste histoire de pouvoir se détendre un peu.

Inès se retourna vers la pièce et s'inquiéta de savoir où : il n'y a ni lit ni tapis de yoga dans le bureau ! Je lui avançai le fauteuil dont le dossier bascule et une chaise pour les jambes. Une petite discussion s'engagea sur le yoga qu'elle essayait de pratiquer, qu'elle appréciait mais c'était toujours des cours en groupe et ça la gênait. Avec mon aide, Inès se laissa aller à une détente musculaire avec suggestion de calme et d'apaisement. A l'issue de ce petit moment, je lui proposai de continuer sur ce modèle-là, juste de la relaxation, et peut-être arriverions-nous à discuter un peu plus d'elle ? Elle accepta un prochain rendez-vous.

Cette proposition d'aide directe en passant par le bien-être corporel m'avait paru évidente, tant son attitude corporelle "parlait" pour elle. Elle lui a permis de penser que quelque part, un soutien était possible pour elle.

Au deuxième entretien, je lui demandai de m'en dire un peu plus sur elle-même. Elle était en seconde, avait des résultats très moyens sauf en allemand où elle avait de bonnes notes. Elle était enfant unique, vivait chez ses parents mais ne supportait plus son père, qui était un "vrai dictateur" d'après ses propres mots. Inès raconte qu'il voulait que tout soit parfaitement rangé dans leur maison, sinon il humiliait son épouse et sa fille, les traitant de souillons et bonnes à rien. Elle ne faisait jamais assez bien pour lui, et il lui promettait un avenir bien sombre. Ce monsieur a une très bonne situation sociale, gagne bien sa vie. Depuis qu'elle est toute petite, elle a toujours eu l'impression de le décevoir, de ne pas être à la hauteur, de l'énerver. Elle faisait de l'asthme et petite, elle se souvient très bien de son papa qui l'engueulait parce qu'elle toussait et qu'elle n'avait qu'à arrêter. De peur, elle se cachait sous les couvertures. Sa maman est bien plus douce mais n'a pas le droit de défendre sa fille. Inès n'avait pas d'ami, se disait rejetée par les autres, et de façon plus nette encore depuis qu'elle était au lycée. Personne ne lui adressait la parole, elle restait seule dans son coin à la cantine et aux pauses. Elle se définit différente des autres filles qui ne parlent que mode et télé, et qui se montrent si méchantes entre elles. Quant aux garçons, à ses yeux, ils ne s'intéressaient aux filles que pour avoir des relations sexuelles.

Inès m'expliqua aussi qu'elle est très effacée en cours, ne prenait jamais la parole de peur de se tromper et de susciter moqueries de ses camarades et de ses professeurs. Aller au lycée était pénible, elle devait supporter le regard des autres, mais rester chez elle était encore moins supportable.

Je lui demandai ce qu'elle souhaitait voir changer dans sa vie et sa réponse fut très claire : "les autres !"

En reconnaissant qu'elle avait finalement pu parler très facilement de son malaise actuel, elle accepta de revenir régulièrement sur ses temps creux dans son emploi du temps, mais me demanda de ne pas écrire à la maison chez elle, car, si sa maman était au courant, elle ne voulait pas devoir en parler avec son père qui en profiterait pour se moquer d'elle à nouveau : "*lui, il va bien, il n'a pas besoin des psy !*"

A la troisième rencontre, Inès arriva à nouveau toute courbée, cachée dans une grande parka informe qu'elle n'enleva pas une fois arrivée dans le bureau. Elle dit juste quelques mots pour expliquer qu'elle avait très mal vécu les cours de la matinée, et me demanda si on pouvait faire plutôt un peu de relaxation, ce que j'acceptai.

Elle s'installa dans le fauteuil, mais tourna son visage côté mur, de telle façon que je ne puisse la voir. Son corps donna rapidement des signes de détente, et lorsqu'il me sembla qu'elle est bien relâchée, je lui demandai de repenser à un endroit où elle était bien, chez elle ou ailleurs, et de me faire savoir par un mot ou un signe quand elle aurait trouvé cet endroit. Inès commença à s'agiter, me dit qu'elle ne trouvait pas, qu'elle n'était pas spécialement bien où qu'elle soit. Je lui proposai alors de partir en promenade ; "*préfères-tu la mer, ou la montagne, ou encore une ballade en ville ?*" : "*la montagne !*".

Je lui suggérai alors de se promener par une belle journée d'été, dans un magnifique paysage de montagne.

L'accent fut mis sur l'utilisation de ses sens :

- sentir l'air pur et agréablement frais
- sentir la caresse du soleil sur son visage
- admirer les sommets enneigés dont la blancheur contraste avec le vert tendre des prairies, les fleurs aux si belles couleurs vives
- écouter les chants des oiseaux, les clarines des vaches, le bruit du torrent
- et se laisser envahir par la paix de ce paysage
- profiter de l'air pur pour respirer en profondeur, faire le plein de calme, de sérénité, et voir combien elle pouvait vivre en parfaite harmonie avec la nature

Avant de quitter cette séance de relaxation, je lui demandai de laisser le temps à son corps et à son esprit de bien s'imprégner de cette ballade, de prendre toute la sérénité et l'harmonie de ce paysage, de cette nature qui est bien comme elle est, où tous les éléments construisent un équilibre, et qui ne se soucie pas du regard de ses promeneurs.

Inès resta encore longtemps allongée sur le fauteuil, et, quand elle se redressa, me dit que c'est difficile de revenir ici, qu'elle était vraiment bien détendue, presque en train de dormir réellement en faisant un très beau rêve.

La quatrième consultation se déroula sur un mode conversationnel. Inès, qui présentait toujours la même plainte dans sa relation aux autres, la même souffrance dans sa relation avec son père et un début de colère par rapport à la position de sa mère, put cependant commencer une ébauche d'analyse de sa propre position dans tout cela.

Elle quitta le bureau en me disant que, finalement, on n'avait pas eu le temps de faire un peu de relaxation mais qu'il faudrait en faire la prochaine fois, que cela lui fait du bien. Je lui expliquais que ce qu'elle avait fait s'était bien entendu servi de la relaxation musculaire, mais que le fait de lui suggérer une ballade dépassait le cadre de la relaxation pure. Inès me coupe en souriant *"je sais, vous m'avez fait un peu d'hypnose, je crois ! Il y avait un reportage sur l'hypnose médicale à la télé, et ça y ressemble"*.

Elle donna son plein accord pour continuer ces séances sur un mode hypnotique.

La cinquième consultation partit sur le même principe que la dernière fois, mis à part qu'elle me dit qu'elle pouvait très bien imaginer un endroit où elle se sentait bien : la montagne. La ballade se déroula à peu près pareillement, mais nous mena aux abords d'un petit village de montagne, avec ses chalets, ses habitants, qui la saluaient avec le sourire sans plus s'intéresser à elle.

Après la séance, je la questionnais sur un précédent voyage en montagne dont elle se serait souvenue. Oui, elle allait souvent se promener dans les Vosges avec ses parents, mais n'en garde pas de très bons souvenirs, il fallait marcher vite et jamais prendre le temps de se reposer. Cet endroit agréable pour elle faisait directement référence à la séance précédente où elle s'était vraiment sentie bien.

A la sixième consultation, il m'était paru nécessaire de fixer un but, un objectif à la psychothérapie. Se sentir bien lors d'une séance d'hypnose était déjà bien, mais cela ne pouvait suffire. Inès était très dubitative quand à pouvoir provoquer un changement durable dans sa vie de tous les jours "*comment est-ce que ça pourrait changer puisque les autres resteront sûrement toujours aussi désagréables ?*"

Tout l'entretien porta sur l'interactivité des relations, sur les pré-supposés, sur les idées qu'on se fait et sur ..... provoquer le changement.

La septième consultation fut aussi sur un mode de tête à tête, Inès eut beaucoup à dire sur les pré-supposés de ses camarades !

Elle ne se sentait pas le courage de sourire aux autres ou de discuter quelques mots avec ses voisins de table, mots qui n'auraient pas forcément à voir avec le travail scolaire. "*De toute façon, ils ne m'écouteront pas !*"

A la huitième consultation, durant une séance d'hypnose, toujours sur le thème de la ballade en montagne, je lui demandais de choisir entre le chalet aux volets tous ouverts, aux alentours soignés et fleuris, avec des hôtes souriants et accueillants, et un chalet aux volets tous fermés avec une lourde porte en bois plein fermée, des abords non entretenus, et des habitants qui ne cherchaient pas le contact. Sa préférence va au chalet très accueillant ..... et de la nécessité de faire savoir qu'on est ouvert aux autres.

Le suivi se prolongea sur 2 ans, sur un mode alternant séances d'hypnose et séances d'introspection.

Après une position très défensive où elle accusait les autres d'être à l'origine de son mal-être, elle connut une période de forte auto-dévalorisation avec une forte culpabilité et évoquait de nombreuses idées noires. J'eus alors l'occasion de m'entretenir avec sa maman lors d'un appel téléphonique de sa part, car elle s'inquiétait pour Inès qu'elle voyait très triste et très renfermée. Cette dernière expliquait qu'elle avait fini par voir en sa fille une éternelle geignarde et comprendre les réactions de son mari. Elle ne souhaitait pas venir au CMP, sachant son époux pas d'accord avec ce suivi, mais cherchait à aider au mieux sa fille. Son attitude envers Inès changea en devenant plus empathique. Mère et fille se sont mises à partager des moments agréables ensemble, malgré l'opprobre paternelle. Le papa restait fixé sur la nécessité de travailler toujours et toujours les leçons, le bac approchant !

Grâce à la compréhension de sa maman et du regard plus valorisant qu'elle portait sur sa fille, Inès se détacha des opinions de son papa et put s'investir plus à fond dans le travail scolaire.

Ses relations avec ses pairs s'améliorèrent, elle se fit même des amis, filles et garçons, et eu alors une vie sociale bien plus riche.

Dans ses moments d'abattements, qui intervenaient dès qu'une remarque ou une note plus mauvaise la décourageait, Inès réclamait une séance d'hypnose consolatrice, me faisant penser que la projection vers ailleurs qu'elle pouvait vivre dans ces séances était comme un étayage à ses capacités à aller de l'avant.

Le baccalauréat en poche, Inès mit fin au long suivi car elle partait faire ses études dans un autre département.



Elle marqua son désappointement quand je ne pus lui fournir, à sa demande, l'adresse d'une hypno-thérapeute qui pourrait la recevoir là-bas et douta fort de ses propres capacités à pratiquer l'auto-hypnose en cas de besoin. Lors de cette dernière séance, je repris avec elle les objectifs de la psychothérapie, et toute sa capacité à se mettre en question et à chercher elle-même des solutions, en dehors de toute séance d'hypnose. Elle partit alors avec les coordonnées du bureau d'aide psychologique aux étudiants, prête à prendre contact pour continuer sa psychothérapie.

Durant ce suivi parfois difficile et éprouvant, tant pour la jeune patiente que pour moi, l'hypnose nous a permis parfois de contourner des moments très difficiles où elle n'arrivait pas à verbaliser quoique se soit de son mal-être. Il était tellement visible physiquement qu'il m'apparut vraiment nécessaire de s'en préoccuper. L'utilisation de suggestions et de métaphores lors des séances avaient pour souci de permettre d'envisager une autre façon de voir les relations avec les autres, de développer sa confiance en elle. L'évolution n'a pas été miraculeuse, son humeur restait bien instable et fragile, mais au moins a-t-elle pu poursuivre ses études.

Il est évident qu'il aurait été vraiment souhaitable de pouvoir associer ses parents à ce suivi, que très probablement sa situation aurait pu évoluer favorablement plus rapidement, mais Inès n'a jamais donné son accord pour cela, et ce, malgré mon insistance répétitive. Il m'avait paru important de respecter sa demande, pour ne pas trahir sa confiance.

## **IV VIGNETTE CLINIQUE N°4**

Maéva, 5 ans, vient consulter avec sa maman. Elle est l'aînée d'une fratrie de deux, elle a une jeune sœur de 3 ans ½. Il n'y a rien de particulier dans ses antécédents périnataux : la grossesse et l'accouchement se sont bien déroulés, elle a marché à 13 mois, propre de jour à 2 ans ½, de nuit à 3 ans. Elle est scolarisée normalement en grande section maternelle, sait écrire son prénom en lettres cursives, effectue des additions de base, ne pose aucun souci de comportement à l'école. A la maison, par contre, la maman se plaint de disputes un peu trop fréquentes avec sa jeune sœur, un caractère volontiers opposant et très affirmé. Maéva fait parfois de grosses colères, peut taper du pied et faire claquer les portes.

Sa maman a demandé une consultation de psychiatrie sur les conseils du pédiatre et du dermatologue, car sa fille présente depuis un an des lésions cutanées disséminées sur tout le corps, diagnostiquées comme étant du psoriasis par le dermatologue. Au début, un traitement par corticoïdes locaux avait été institué, avec plus ou moins de succès, mais n'empêchant pas la multiplication des poussées.

La dermatose continue d'évoluer sans facteur aggravant repéré et devient gênante sur un plan esthétique, car l'enfant, qui a subi les moqueries de ses camarades de classe, refuse maintenant d'aller à la piscine avec sa classe, et fuit les jeux de récréation où il faut faire une ronde ou se mettre deux par deux. Pour autant, elle manifeste toujours son plaisir à aller à l'école.

Le dermatologue ne veut pas aller plus loin dans les traitements possibles, et a recommandé un suivi psychothérapique pour aider Maéva à accepter cette maladie dont elle guérira sûrement dans un temps prochain et à moins souffrir des railleries de ses petits camarades.

En cherchant plus avant ce qui aurait put être un facteur déclencheur de cette maladie, j'apprends que les premières lésions sont apparues peu de temps après le décès du grand-père maternel, emporté en 6 mois par un cancer pulmonaire. La maman de Maéva ne peut retenir ses larmes en évoquant cette disparition encore trop douloureuse pour elle, sa petite fille la regarde alors avec une grande anxiété et se gratte une lésion située sur son avant-bras gauche. Elle peut dire aussi combien elle est triste et combien son papy lui manque, et évoque tous ces médicaments qu'il devait prendre, qui n'étaient pas bons et qui ne l'ont quand même pas guéris.

En poursuivant la discussion juste avec la petite fille, il apparaît que Maéva est bien plus inquiète pour sa maman et sa mamy qui pleurent tout le temps, que pour ses "boutons" qu'elle a un peu partout, mais, précise-t-elle, elle sait qu'elle ne va pas mourir à cause d'eux. Elle a une bonne estime d'elle-même, mais ne veut plus que ses camarades se moquent d'elle parce qu'elle n'est pas malade, qu'ils n'ont rien compris !

Les séances suivantes se font sur un mode de psychothérapie de soutien classique, en y associant soit la maman, soit la grand-mère maternelle. La maman comprend alors vite l'angoisse de sa fille quant à son propre moral parfois fluctuant, et peut alors trouver les paroles qui rassurent Maéva.

Avec la grand-mère maternelle, les échanges sont plus difficiles, cette dernière supporte moins bien la jalousie de l'aînée vis-à-vis de la cadette, et se plaint de leurs éternelles chamailleries. Elle a les petites filles en garde pour les repas de midi et les mercredis. Elle mélange volontiers dans son discours sa propre difficulté à accepter le décès de son mari, l'intense fatigue qu'elle subit depuis cette dure maladie. Elle devait tellement souvent se lever la nuit pour l'aider à tousser qu'elle n'arrive plus à dormir plus de deux heures d'affilée. *"Heureusement qu'il y a les petites qu'il faut garder, sinon je ne serais plus là"* annonce-t-elle. Dans sa discussion avec Maéva, elle reproche à l'enfant son caractère trop dur, les coups qu'elle porte à sa sœur, et lui demande ce que pense son papy au ciel de la voir si méchante parfois, *"déjà que tes disputes avec ta sœur le fatiguaient tellement, il t'a demandé pourtant d'être sage même s'il n'était plus là pour vous gronder"*.

Elle peut heureusement aussi lui dire combien elle est fière d'elle, de son travail scolaire, de sa sagesse quand elle n'était pas avec sa sœur, et reconnaît que sa petite-fille doit souffrir aussi beaucoup du décès de son grand-père, qu'elle veut toujours l'accompagner sur la tombe du papy, lui portant de beaux dessins. Elle peut aussi parler du psoriasis de Maéva, disant que de la voir se gratter ainsi lui était difficile, qu'elle lui prenait ses mains dans les siennes pour qu'elle arrête.

Plusieurs entretiens se font autour de cette culpabilité que pourrait porter Maéva, de sa jalousie envers sa jeune sœur décrite comme beaucoup plus calme et plus douce par la grand-mère, qui ne peut pas disparaître par sa simple volonté.

L'attitude de la grand-mère devient plus compréhensive, et elle se rend compte de sa propre détresse face au deuil.

Cependant, durant ce temps, les poussées psoriasiques poursuivent leur évolution, mais la petite fille se sent moins gênée par eux, sans toutefois accepter de retourner à la piscine.

Je propose alors à la maman d'essayer d'utiliser l'hypnose sur ces lésions. Après les quelques explications nécessaires sur cette pratique et l'adhésion très franche de Maéva, je pointe mon index à hauteur des yeux de la petite fille et lui annonce que je vais lui raconter une belle histoire, que je lui demande de l'écouter attentivement :

*"Il était une fois, dans un lointain pays, un royaume où tous les habitants vivaient en paix. Ils étaient heureux de vivre, riaient beaucoup et travaillaient tout autant. Ils ne manquaient de rien et vouaient une grande estime à leur roi, toujours si bon pour ses administrés. Il savait faire régner la justice et la paix, savait toujours consoler ceux qui étaient tristes et apportait bonheur et joie de vivre à tout le royaume.*

*Malheureusement, un jour, une très vilaine sorcière voulut rentrer dans ce royaume pour se reposer un peu lors d'un grand voyage qu'elle avait entrepris.*

*Le roi l'a reçue, mais constatant rapidement à quel point elle se pouvait se montrer néfaste pour son peuple, il l'a fit jeter hors du royaume. La vilaine sorcière, très fâchée, voulut alors se venger et jeta un sort sur le roi. Celui-ci tomba rapidement et gravement malade. Tous les médecins du royaume vinrent porter des remèdes, mais pas grand chose ne l'aida. Il tentait de rester souriant et à l'écoute de son peuple, mais se fatiguait de plus en plus, et mourût.*

*Tous les habitants du royaume devinrent tristes et fatigués eux-aussi, ils ne prirent plus autant soin de leur terre, la laissèrent se couvrir de ronces.....A quoi bon, puisque plus personne ne l'admirait !*

*Une fée, amie du roi, se rendit compte de la situation et trouvait ce royaume si triste qu'elle voulu faire un dernier plaisir au roi, qui ne souhaitait que le bonheur de son peuple. Elle chercha dans son livre de fée et trouva la formule qui rendrait sa baguette magique capable de faire disparaître les ronces de la terre, et rendre cette terre à nouveau si belle que les habitants ne pourraient que avoir envie de s'en occuper.*

*Abracadabra ! (je touche alors une à une les taches de psoriasis sur les endroits de peau visible de l'enfant, et les encercle en massant doucement). Une à une, elle travaille à faire disparaître ces ronces qui piquent. C'est beaucoup de travail ! Alors elle voit une petite fille qui la regarde et qui est heureuse de voir ces mauvaises plantes partir. Elle lui demande : "voudrais-tu m'aider ?". La petite fille veut bien essayer. Elle lui demande alors de lui tendre son doigt (Maéva le fait tout à fait spontanément) et y applique sa baguette. A partir de maintenant, la petite fille peut elle aussi débarrasser la terre de ces mauvaises épines, à deux, elles iront plus vite. (nous continuons ensemble à masser doucement chaque plaque, mon index entraînant le sien). La petite fille est ravie de voir combien elle peut aussi faire du bien à la terre, et combien il est agréable de ne plus se faire piquer, et combien son royaume allait retrouver de sa beauté."*

La fois suivante, nous reprenons ensemble la même histoire, le même royaume en plein chantier, et j'associe Maéva au conte, afin qu'elle trouve elle-même ce qu'elle pourrait faire encore pour que ce royaume retrouve sa joie d'avant. Elle y plante des fleurs, des arbres, met des balançoires et des toboggans.

Beaucoup de plaques sont en voie de blanchiment, elle met moins de corticoïdes locaux.

La troisième fois, à peine installée dans sa petite chaise, elle pointe son doigt et découvre ses jambes parce que "*là, il y a encore des ronces qui piquent*" dit-elle.

Et la petite fille devient dans ses paroles une jeune et belle princesse, que tout le monde aime, et qui va épouser un prince.

Elle a repris pour elle-même cette technique et sa maman me rapporte, qu'à la sortie de la douche, c'est Maéva elle-même qui applique la pommade sur les quelques rares plaques qui subsistent.

La séance d'après, Maéva arrive tout sourire ! On est à l'approche des grandes vacances et elle va partir avec ses parents, dans un hôtel où il y a une piscine au bord de la mer me raconte-t-elle avec enthousiasme. Elle ira au CP à la rentrée et peut-être qu'elle saura nager. Sa peau a bien meilleur aspect que quelques mois plus tôt. Bien sûr, c'est le début de l'été et l'ensoleillement a du bien aider à cette amélioration. Mais il me semble que Maéva a pu retrouver une meilleure relation avec sa peau, pouvant maintenant lui faire du bien en la massant, plutôt que de l'attaquer par son grattage incessant.

Tous les entretiens du début de ce suivi ont permis d'évaluer le contexte familial et de chercher à comprendre qu'elle pouvait être la souffrance psychique de Maéva. Ils ont probablement (ou du moins je me plais à le croire) permis à la grand-mère d'avoir un autre regard sur sa petite fille et d'éviter certaines paroles maladroitement et culpabilisantes, et peut-être de l'aider à accepter ce deuil qu'elle venait de vivre.

La métaphore hypnotique, directement inspirée des contes pour enfants et des rêves de princesse des petites filles de cet âge, n'avait comme objectif que de faire évoluer son rapport à sa propre peau et à sa propre image.

Maéva n'est pas revenue en consultation comme nous l'avions convenu avec sa maman si les lésions psoriasiques redevenaient importantes.



# CONCLUSION

L'hypnose est une technique très ancienne, dont, nous l'avons vu, l'utilisation se perd dans la nuit des temps.

C'est un séminaire de sensibilisation à l'hypnose proposé dans le cadre du cursus universitaire du DES de psychiatrie qui a suscité mon intérêt pour cette méthode assez particulière.

J'ai eu envie de connaître un peu plus cette technique et me suis adressée à l'Institut Français d'Hypnose à Paris pour suivre une formation plus approfondie dans le domaine de l'hypnothérapie, formation qui s'adresse principalement aux psychiatres et aux psychologues. Le cycle de formation a lieu sur trois ans, présentant un panel des différentes façons de se servir de l'hypnose, la dernière année étant surtout consacrée à la présentation de cas cliniques des étudiants avec une supervision.

Convaincue que cette méthode pouvait être d'un apport intéressant dans la prise en charge des petits patients consultant dans le service de pédopsychiatrie où je suis nommée, j'ai intégré l'hypnothérapie à ma pratique professionnelle.

Cependant, j'ai eu tout le loisir de constater que l'hypnose suscite encore beaucoup de discussions, voire de la réticence ou du rejet. Pour expliquer au mieux ce qu'est ma pratique de l'hypnose avec les enfants et les adolescents, j'ai ressenti la nécessité d'aller plus loin dans la recherche de "qu'est-ce que l'hypnose ?" "comment s'en sert-on ?" "qu'est-ce qu'elle apporte ?"

Contrairement à une idée répandue qui suppose l'hypnose apparue dans la mouvance de ces nombreux courants de psychothérapie différents qui ont vu le jour dans la deuxième partie du XX<sup>ème</sup> siècle, l'hypnose est utilisée depuis très longtemps.

Au fil des siècles, elle a d'abord été attribuée à un don divin, puis est devenue pouvoir magnétique, puis somnambulisme ou sommeil particulier, sortant du domaine du magique, du surnaturel, pour devenir capacité du corps humain. L'hypnose aura permis une réelle réflexion sur les propriétés du psychisme à influencer sur la santé physique et mentale des êtres humains.

La nature même de l'hypnose fait débat depuis plus d'un siècle : pour les uns il s'agirait d'un état modifié de conscience, pour les autres elle n'est qu'un jeu de rôles consenti entre le sujet et son opérateur. Grâce aux avancées technologiques actuelles, certaines équipes effectuent des études dans le but de trouver des preuves neurophysiologiques à l'une ou l'autre des théories. Si quelques unes de ces études sont la promesse de prochaines découvertes, elles se heurtent tout de même à de nombreux biais, le premier et le plus important à mon sens étant l'impossibilité d'éliminer toute subjectivité quant au vécu de l'état hypnotique et au ressenti par rapport à l'opérateur, à contrario, le deuxième problème est lié au cadre expérimental (condition essentielle pourtant) qui est réducteur par rapport au cadre clinique.

Etat modifié de conscience ou non, les deux courants de pensée s'accordent toutefois sur la valeur de l'hypnose dans le cadre des psychothérapies.

Mais là encore, il est très difficile d'évaluer une psychothérapie par rapport à une autre, ou par rapport à un traitement médicamenteux, tant il est impossible d'éliminer tout caractère subjectif dans la mesure des résultats. Le rapport de l'INSERM établi en 2004 sur "Psychothérapie. Trois approches évaluées" pose cette question de la difficulté méthodologique de l'évaluation d'une psychothérapie, mais conclue en la nécessité de le faire. Il serait donc souhaitable que des telles études soient réalisées sur l'hypnothérapie, dans l'espoir qu'elle puisse retrouver une place à part entière dans le champ étendu des psychothérapies.

Les effets thérapeutiques de l'hypnose peuvent intéresser différents domaines médicaux : on en trouve des applications dans le domaine de la gestion de la douleur, (et là, des études récentes ont pu mettre en évidence une modification de la composante émotionnelle de la douleur par l'hypnose), mais aussi de troubles fonctionnels divers, de troubles psychiques. L'avancée des connaissances dans le domaine de la neurobiologie sur l'interaction entre neurotransmetteurs et complexes cellulaires devrait pouvoir nous informer plus sur le mécanisme d'action de l'hypnose.

Si le recours à des fins thérapeutiques de l'hypnose est de plus en plus connu du grand public, son utilisation possible avec les enfants semble moins courante.

Pourtant, les enfants sont en général de très bons sujets : leur capacité imaginative, leur facilité à rompre avec le réel, la plasticité de leur raisonnement sont autant de facteurs favorisants. Simplement, la manière d'induire l'état hypnotique sera différente selon le stade de leur développement cognitif. Les publications concernant les effets favorables de l'hypnose chez l'enfant et/ou l'adolescent sont nombreuses.

Utilisée à bon escient, après une démarche diagnostique et thérapeutique sérieuse, par un thérapeute attentif, l'hypnose semble représenter un adjuvant thérapeutique intéressant et sans qu'il ait été retrouvé d'effets secondaires indésirables.

Dans le domaine de la psychiatrie de l'enfant, l'hypnose apparaît être une technique qui peut trouver son intérêt et sa place dans plusieurs formes de psychothérapies. La facilité avec laquelle la relation hypnotique se met en place représente souvent un atout dans des situations où l'enfant n'est pas forcément demandeur d'une psychothérapie, voir parfois où il serait désigné coupable de ses symptômes.

L'hypnose permet de vivre un moment de rupture avec la réalité, elle peut permettre de redynamiser les capacités imaginatives d'un enfant souffrant, de l'aider à trouver lui-même des solutions. Par son côté ludique et créatif, elle est parfois une aide précieuse pour rentrer en relation avec l'enfant ou l'adolescent jusqu'alors plutôt réticent à évoquer ses problèmes.

Il est cependant essentiel que l'utilisation de l'hypnose s'inscrive dans une démarche thérapeutique, qui s'attacherait à connaître l'enfant dans sa globalité, dans ses interactions avec ses proches et son environnement, en connaissant son histoire, sans se limiter à tenter de réduire un symptôme, mais pour rendre possible une évolution durable.

La pratique de l'hypnose doit se garantir d'une éthique rigoureuse, et son utilisation judicieusement réfléchie; et ceci même si il n'a pas été décrit d'effets indésirables majeurs sur les nombreuses années d'utilisation à des fins thérapeutiques.

Même si pour l'instant il n'y a pas dans la littérature de preuve scientifique irréfutable de la nature même de l'hypnose, cette technique est à nouveau de plus en plus utilisée et nombreuses sont les publications qui relatent des effets thérapeutiques non négligeables, que se soit dans le domaine somatique ou psychique. Il serait dommage de la rejeter par faute d'explication scientifique précise sur son fonctionnement, mais il faut au contraire poursuivre toutes les investigations qui pourront nous renseigner sur sa nature, et peut-être nous en apprendre plus sur le fonctionnement émotionnel et relationnel de l'être humain.

Pour terminer, j'aimerais citer Milton Erickson qui se plaisait à dire : *"l'hypnose, c'est une relation pleine de vie qui a lieu dans une personne et qui est suscitée par la chaleur d'une autre personne."*

# **BIBLIOGRAPHIE**

1. *AMADOU R.* : F.A. Mesmer : le magnétisme animal. Paris, Payot. 1971.
2. *ANBAR R.D.* : Hypnosis in pediatrics : applications at a pediatric pulmonary center. *BMC Pediatr* 2002, 3; 2: 11.
3. *AVRIGNON A., FASALA S., LOEDEC C., AUMONT C., NOMDEDEU S., LANDMAN-PARKER J., GERVAISE S., VAIDRE G., RENOLLEAU S., LEVERGER G.* : Comment parler de la mort à un enfant en fin de vie : un conte peut-il être une aide ? *Arch. Pediatr.* 2006; 13, 5 : 488-500.
4. *BANERJEE S., SRIVASTAV A., PALAN B.* : Hypnosis and self-hypnosis in the management of nocturnal enuresis : a comparative study with imipramine therapy. *Am. J. Clin. Hypn.* 1993; 36, 2 : 113-19.
5. *BARBER T.X., CALVERLHEY D.* : Multidimensional analysis of "hypnotic" behavior. *J. Abnorm. Psychol.* 1969, 74 (2) : 209-20.
6. *BARBER T.X.* : A deeper understanding of Hypnosis : its secrets, its nature, its essence. *Am. J. Clin. Hypn.* 2000; 42, 3-4 : 208-72.
7. *BARRUCAND D.* : Histoire de l'hypnose en France. Paris P.U.F. 1967
8. *BARRUCAND D.* : L'hypnose de 1769 à 1969. *Encephale* 1969; Sept.-Oct. 58(5) : 447-70.
9. *BARUK H.* : Signification de l'œuvre de Pierre Janet. *Ann. Med.-Psychol.*, 1989, 147 (9) : 940-41.
10. *BERNHEIM H.* : Hypnotisme, suggestion, psychothérapie. Paris Doin 1891.
11. *BERTONI N.* : Le réveil de l'hypnose. Réflexion sur l'hypnose et la suggestion à propos de cinq observations personnelles et d'une revue de la littérature. These med. Nancy 1988.
12. *BERUBE L.* : Terminologie de neuropsychologie et de neurologie du comportement. In *Recherche et Redaction* p 176, Ed de la chenelière. 1991
13. *BIEDER J.* : Freud, suggestion et hypnose. *Ann. Med.- Psychol.* 1971; 2(3) : 423-30.
14. *BOLZINGER A., SCHMITT J.-L., KRESS J.-J.* : Hypnose et relation psychothérapique : à propos de quelques observations. *Rev. Med. Psychosom. Psychol. Med.* 1970; 12(4) : 339-46.
15. *BOLZINGER A., EBTINGER R.* : Intérêt de l'hypnose en psychosomatique de l'enfant : à propos d'un cas d'hyperhydrose. *Rev. Neuropsychiatr. Infant.* 1971; 19, 9 : 573-579.
16. *BOLZINGER A.* : Freud et Janet dans l'après-Charcot. *L'information Psychiatrique* 2000, 76(5) : 580-88.



17. *BOURGEOIS M., GERAUD M.* : Eugène AZAM (1822-1899), un chirurgien précurseur de la psychopathologie dynamique ("hypnotisme et double conscience"). *Ann. Med. Psychol.* 1990 Oct.; 148(8) : 709-16.
18. *BOURGEOIS Ph.* : De la désensibilisation systématique aux modifications cognitives sous hypnose. *Ann. Med. Psychol.* 1982; 140(5) : 509-517.
19. *BRAID J.* : Neurohypnologie, Traité du sommeil nerveux ou hypnotisme. (traduit par J. Simon) Delahaye et Lecronier; Paris, 1883
20. *BRAVARD N.* : Demande de thérapie par hypnose. *Soins Psychiatr.* 1990 Nov. 121 : 14-5.
21. *BREUER J., FREUD S.* : Etudes sur l'hystérie. 1895. Paris, P.U.F. 5ème édition, 1975.
22. *CALIPEL S., LUCAS-POLOMENI M.M., WODEY E., ECOFFEY C.* : Premédication in children : hypnosis versus midazolam. *Paediatr. Anaesth.* 2005; 15, 4 : 275-81.
23. *CARROY J.* : Hypnose, suggestions et psychologie; Presses Universitaires de France, 1991.
24. *CARROY J.* : Magnétisme, hypnotisme et philosophie. In : Importance de l'hypnose. Sous la direction d'I. STENGERS. Les empêcheurs de penser en rond, 1993.
25. *CELESTIN-LOPITHEAU I.* : Hypnose et migraines chez l'enfant. *Soins Pédiatr. Pueric.* 2005; Feb, 222: 25-30.
26. *CHERTOK L.* : A propos de la découverte de la méthode cathartique. *Bulletin de Psychologie.* 1960 (n° spéc en hommage à P Janet), no v : 33-37
27. *CHERTOK L.* : L'hypnose. 1972, Payot, Paris.
28. *CHERTOK L.; DE SAUSSURE R.* : Naissance du psychanalyste. De Mesmer à Freud. Ed. Payot, 1973.
29. *CHERTOK L.* : Hystérie, hypnose, psychopathologie : histoire et prospective. *Ann. Med. Psychol.* 1974; 2(5) : 695-709.
30. *CHERTOK L.* : Le non savoir des psy. L'hypnose entre la psychanalyse et la biologie. Payot, 1979.
31. *CHERTOK L.* : Hypnose et suggestion. P.U.F. Ed. Paris, 1989.
32. *CHERTOK L., STENGERS I.* : L'hypnose, blessure narcissique. Les empêcheurs de penser en rond. Ed. laboratoires Delagranges, 1990.

33. *CHERTOK L.* : L'énigme de la relation au cœur de la médecine. Les empêcheurs de penser en rond, 1992.
34. *CLERVOY P., CORCOS M., MINVIELLE S.* : Jean-Martin Charcot. Le thaumaturge et l'hystérique. Perspectives Psy. 2000, 39(3) : 238-44.
35. *COOPER L. M., LONDON P.* : The children's hypnotic susceptibility scale. Am. J. Clin. Hypn. 1978; 21,2-3 : 170-85.
36. *COWLES R.* : The magic of hypnosis : is it a child play ? J. Psychol. 1998; 132, 4 : 357-66.
37. *CUVELIER A.* : Hypnose et suggestion, de Liébeault à Coué. Presse Universitaire de Nancy, 1987.
38. *DANION J.-M., KOEPEL P.* : Le différent entre Charcot et Bernheim : la lecture de Freud. Psychol. Méd. 1987; 19, 2 : 247-250.
39. *DANZINGER N., FOURNIER E., BOUHASSIRA D., MICHAUD D., DE BROUCKER T., SANTARCANGELO E., CARLI G., CHERTOK L., WILLER J.-C.* : Different strategies of modulation can be operative during hypnotic analgesia : a neurophysiological study. Pain 1998; 75(1) : 85-92.
40. *DAVIS L.W., HUSBAND R.W.* : A study of hypnotic susceptibility in relation to personality traits. J. Abnorm. Soc. Psychol. 1931; 20 : 175
41. *DE PASCALIS V.* : Psychophysiological correlates of hypnosis and hypnotic susceptibility. Int. J. Clin. Exp. Hypn. 1999; 47, 2 : 117-43.
42. *ELLENBERGER H.-F.* : A la découverte de l'inconscient. Histoire de la psychiatrie dynamique. Ed. Simep, 1974
43. *ELLENBERGER H.-F.* : Développement historique de la notion de processus psychothérapique. Psychother. Psychosom. 1978 ; 29, 1-4 : 1-12.
44. *ENGEL M.* : Brève histoire de l'hypnose. Soins Psychiatr. 1990; Nov. 121 : 7-10.
45. *ERICKSON M.H.* : Pediatric hypnotherapy. Am. J.Clin. Hypn. 1958; 1 : 25-29
46. *FAURE H.* : Actualités de Pierre Janet. Soins Psychiatr. 1985; Déc. 62 : 4-6.
47. *FAURE H.* : L'automatisme psychologique. Soins Psychiatr. 1985; Déc. 62 : 34-35.
48. *FAURE H.* : Allocution du Président de la Société Pierre Janet. Ann. Med.-Psychol., 1989, 147 (9) : 936-39.
49. *FAYMONVILLE M.E., LAUREYS S., DEGUELDRE C., DEL FIORE G., LUXEN A., FRANCK G., LAMY M., MAQUET P.* : Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. Anesthesiology; 2000; 92 : 1257-67.

50. *FAYMONVILLE M.E., ROEDIGER L., DEL FIORE G., DELGUEDRE C., PHILLIPS C., LAMY M., LUXEN A., MAQUET P., LAUREYS S.* : Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. *Brain Res Cogn Brain Res.*; 2003 Jul; 17(2) : 255-62.
51. *FERENCZI S.* : Œuvres complètes : Tome II : Psychanalyse II (1913-1919). Payot, 1978.
52. *FREUD S.* : Correspondances, 1873-1939. Gallimard, 1966.
53. *FREUD S.* : Ma vie et la psychanalyse. Gallimard, 1974.
54. *FREUD S.* : Essais de psychanalyse. Payot, 1981.
55. *FREUD S.* : La technique psychanalytique. P.U.F., 1981.
56. *FREUD S.* : Naissance de la Psychanalyse. P.U.F., 1986.
57. *FREUD S.* : Sigmund Freud présenté par lui-même. Gallimard, 1986.
58. *FREUD S.* : Résultats, idées, problèmes, I, 1890-1920. P.U.F., 1995.
59. *FREUD S.* : Résultats, idées, problèmes, II, 1921-1938. P.U.F., 1995.
60. *GARCIA LARREA L., LAURENT B., CONVERS P., PEYRON R.* : Douleur, attention et émotions. *Doul. Analg.* 2001, 1 : 79-87.
61. *GARDNER G.* : Hypnosis with infants and preschool children. *Am J Clin Hypn.* 1977, 19, 3 : 158-62.
62. *GARDNER G., TARNOW J.D.* : Adjunctive hypnotherapy with an autistic boy. *Am J Clin Hypn* 1980, 22,3 : 173-9.
63. *GODIN J.* : Hypnothérapie. *Encycl. Méd. Chir., Psychiatrie* 37820B<sup>50</sup>, 1991, 10p.
64. *GUILLET G., FAVENNEC F., CIAVALDINI P.* : Effets de l'hypnose-relaxation sur le test à l'histamine : des perspectives en thérapeutique ? *Rev.fr.Allergol.*, 1999, 39 (7) : 561-63.
65. *HACKMAN R., STERN J., GERSHWIN E.* : Hypnosis and asthma : a critical review. *J. Asthma* 2000; 37,1 : 1-15.
66. *HARPER G.-W.* : A developmentally sensitive approach to clinical hypnosis for chronically and terminally ill adolescents. *Am. J. Clin. Hypn.*; 1999; 42, 1 : 50-60.
67. *HOAREAU J.* : Hypnose clinique. Masson, collection Abrégés de Médecine, 1992.
68. *JANET .P.* : Névroses et idées fixes. Alcan, 1898.
69. *JANET P.* : La médecine psychologique. Flammarion, 1923.

70. *JANET P.* : Les médications psychologiques. Alcan, 2<sup>ème</sup> ed., 1925.
71. *JANET P.* : L'automatisme psychologique. Réédition selon le texte de la 4<sup>ème</sup> édition, CNRS, 1973.
72. *KAFFMAN M.* : Hypnosis as an adjunct to psychotherapy in child psychiatry. Arch. Gen. Psychiatr., 1968; 18 : 725-38.
73. *KEMPER K.J.* : Complementary and alternative medicine for children : does it work ? Arch. Dis. Child., 2001, 84 (1) :6-9.
74. *KIERNAN B.D., DANE J.R., PHILLIPS L.H., PRICE D.D.* : Hypnotic analgesia reduces R-III nociceptive reflex : further evidence concerning the multifactorial nature of hypnotic analgesia. Pain, 1995; 60(1) : 39-47.
75. *KIRCH I.* : The response set theory of hypnosis. Am. J. Clin. Hypn., 2000; 42, 3-4 : 274-92.
76. *KISSEL P., BARRUCAND D.* : L'hypnose selon Pierre JANET : décadence et actualité. Ann. Medicopsychol. I, 4 : 505-520.
77. *KROJANKER R.J.* : Human hypnosis, animal hypnotic states and the induction of sleep in infants. Am. J. Clin. Hypn., 1969; 11, 3 : 178-79.
78. *KUBIE L.-S., MARGOLIN S.* : The process of hypnotism and the nature of the hypnotic state. Am. J. Psychiatr., 1944; 100 : 611-622.
79. *KUBIE L.-S.* : Hypnotism : a focus for psychophysiological and psycho-analytic investigations. Arch. Gen. Psychiatr., 1961; 4 : 40-54.
80. *LACAN J.* : Ecrits. Seuil, Le champ freudien, 1966.
81. *LAURENT B., PEYRON R., GARCIA LARREA L., MAUGUIERE F.* : La tomographie par émission de positrons comme moyen d'étude de l'intégration centrale de la douleur. Rev. Neurol. 2000; 156 : 4, 341-351.
82. *LAXENAIRE M.* : Introduction à la réunion sur "Les écoles de Nancy". Psychologie Med., 1987, 19 (2) : 231.
83. *LAXENAIRE M.* : Les relations Janet-Freud : Pourquoi la guerre ? Ann. Med-Psychol., 1989, 147 (9) : 1004-07.
84. *LAZAROVICI H.* : Quelques observations sur le traitement par l'hypnose de l'énurésie nocturne et d'autres affections névrotiques chez l'enfant. Rev. Neuropsych. Infant. 1975; 23, 5-6 : 355-64.
85. *LOCHARD J.-L., PARIS P.* : "L'hypnothérapie". Soins Psychiatr., 1995, Fév., 172 : 38-42.

86. *MALAREWICZ J.-A.* : L'hypnose dans l'actualité. *Soins Psychiatr.*, 1990, Nov., 121 : 4-6.
87. *MAQUET P., FAYMONVILLE M.-E., DEGUELDRE C., DELFIORE G., FRANCK G., LUXEN A., LAMY M.* : "Functional neuro-anatomy of hypnotic state". *Biol. Psychiatry* 1999, 45, 3 : 327-333.
88. *MAZET P., HOUZEL D.* : *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Ed Maloine, 1994.
89. *MEGGLE D.* : L'hypnose Ericksonienne. *Ann. Med. Psychol.*, 1988, 146 : 4.
90. *MELZACK R., PERRY C.* : Self-regulation of pain: The uses of alpha-feedback and hypnotic training for the control of chronic pain. *Exp Neurol* 1975, 46 : 452-469.
91. *MICHAUX D.* : Hypnose : le conflit phénomène / représentation sociale et ses enjeux, dans *Importance de l'hypnose*. Coll *Les empêcheurs de penser en rond*, Synthélabo 1993.
92. *MICHAUX D.* : Introduction à l'hypnose contemporaine. *Abstract Psychiatr.* 2000, 215 : 19-23.
93. *MIRABEL V.* : Hystérie et hypnose. *Soins Psychiatr.* 1990, Nov., 121 : 11-13.
94. *MORGAN A.H., HILGARD J.R.* : The Stanford hypnotic clinical states for children. *Am. J. Clin. Hypn.*, 1979, 21, 2-3 : 148-69.
95. *NICOLAS S.* : L'école de la Salpêtrière en 1885. *Psychologie et Histoire*, 2000, 1 : 165-207.
96. *ORNE M.T.* : The nature of hypnosis : Artifact and essence. *J. Abnorm. Soc. Psychol.*, 1959, 58 : 277-299.
97. *PAUL-CAVALIER F.* : *L'hypnose ericksonienne*. Ed Morisset, 1995.
98. *PODOLL E.* : The use and misuse of hypnosis in children. *J. Am. Soc. Psychosom. Dent. Med.*, 1981; 28, 2 : 57-62.
99. *RAINVILLE P., HOFBAUER R.-K., PAUS T., DUNCAN G.-H., BUSHNELL C., PRICE D.-D.* : Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion. *J. Cogn. Neurosci.*, 1999 ; 11 : 110-25.
100. *RAINVILLE P., PRICE D.* : Hypnosis phenomenology and the neurobiology of consciousness. *Int J Clin Exp Hypn.*, 2003; 51, 2 : 105-129.
101. *REITTER M., RIOU B., ROI J.-F., VILLIEN P.* : Hypnose ericksonienne et thérapies brèves. *Rev. Française Psy.*, 1990; 8, 1 : 8-11.

102. *RICHARD P.* : L'hypnose, l'enfant et la douleur. Arch Pediatr. 2006; 13, 6 : 660-662.
103. *RITTER M., KAMMERER T.-H.* : Enseignement de l'hypnose en psychiatrie. Revue de médecine psychosomatique 70; 12, 4 : 339-346.
104. *ROSEN G., WILLOCH F., BARTENSTEIN P., BERNER S., ROSJO S.* : Neurophysiological processes underlying the phantom limb pain experience and the use of hypnosis in its clinical management: an intensive examination of two patients. Int. J. Clin. Exp. Hypn., 2001; 49, 1 : 38-55.
105. *ROSSI E.-L.* : In search of a deep psychobiology of hypnosis : visionary hypotheses for a new millennium. Am. J. Clin. Hypn., 2000; 42, 3-4 : 178-207.
106. *ROUSSILLON R.* : Du baquet de Mesmer au "baquet" de S. Freud. Ed P.U.F., 1992.
107. *ROUSTANG F.* : Suggestion au long cours. Nouvelle Revue de Psychanalyse 1978; 18 : 169-192.
108. *SALEM G.* : Soigner par l'hypnose. Masson, collection Médecine et psychothérapie, 1999.
109. *SALETU B.* : Brain function during hypnosis, acupuncture and transcendental meditation. In Taneli B., Perris C., Kemali D. : Advances in biological Psychiatry : Neurophysiological correlates of Relaxation and psychopathology, Vol 16, Basel, Karger, 1987, pp18-40.
110. *SARBIN T., COE W.* : Hypnosis : a social psychological analysis of influence communication. Holt Rinehart and Wilson, New York, 1977.
111. *SCHEFLIN A.-W., FRISCHHOLZ E.-J.* : Significant dates in the history of forensic hypnosis. Am. J. Clin. Hypn., 1999; 42, (2) : 84-107.
112. *SEBASTIANI L., SIMONI A., GEMIGNANI A., GHELARDUCCI B., SANTARCANGELO E.L.* : Human hypnosis : autonomic and electroencephalographic correlates of a quided multimodal cognitive-emtional imagery. Neurosci Lett 2003, 20; 338 : 41-44.
113. *SIMON R.* : Hippolyte Bernheim. Journ. Med. Strasbourg, 1975, 6 (4) : 233-37.
114. *SITBON H.* : L'hypnose au service du changement et la démarche thérapeutique pour l'enfant. Perspectives Psy., 2005; 44, 5 : 365-70.
115. *SPANOS N.P., WILLIAMS V., GWYNN M.I.* : Effects of hypnotic, placebo and salicylic acid treatments on wart regressions. Psychosom Med., 1990, 52(1) : 109-14.
116. *STOÏANOFF-NENOFF L., CROMBEZ Y., DOLLANDER P., TRIDON P.* : Pierre Janet et la langue universelle. Ann. Med-Psychol., 1989, 147 (9) : 961-968.

117. *SUTTER J.* : Le réel dans la psychologie de Pierre Janet. *Ann. Med.-Psychol.*, 1989, 147 (9) : 956-60.
118. *TEBECIS A.K., PROVINS K.A., FARNBACH R.W.* : Hypnosis and EEG. *J. Nerv. Ment Dis*, 1975, 161 : 1-17.
119. *ULETT G., AKPINAR S., ITIL T.* : Hypnosis : physiological, pharmacological reality. *Am J Psychiat.*, 1972, 128 (7) : 799-805.
120. *VALENTE S.* : Clinical hypnosis with school-age children. *Arch. Psychiatr. Nurs.*, 1990, 4, (2) : 131-6
121. *VANDENBERG B.* : Infant communication and the development of hypnotic responsivity. *Int. J. Clin. Exp.*, 1998; 46, 4 : 334-350.
122. *VANDENBERG B.* : Hypnotic responsivity from a developmental perspective : insights from young children. *Int. J. Clin. Exp. Hypn.*, 2002; 50, 3 : 229-47.
123. *VERBIZIER J.* : Le subconscient chez Pierre Janet. *Soins Psychiatr.*, 1985 Déc., 62 : 7-10.
124. *VIGNIER M.* : Hypnose et douleur. *Soins Psychiatr.*, 1990, Nov., 121 : 16-18.
125. *WEITZENHOFFER A.* : A bibliography of hypnotism in paediatrics. *Am. J. Clin. Hypn.*, 1959; 2 : 92-95.
126. *WIDLOCHER D., DANTCHEV N.* : Charcot et l'hystérie. *Rev. Neurol.*, 1994; 150, 8-9 : 490-497.
127. *WILLIAMS D., SINGH M.* : Hypnosis as a facilitating therapeutic adjunct in child psychiatry. *J. Am. Acad. Child Psych.*, 1976; 15, 2 : 326-42.
128. *WOOD C., DUPARC N., LEBLANC V., CUNINROY C.* : L'hypnose et la douleur. *Médecine clinique pour les pédiatres*, 2004; 11 : 40-48.
129. *WOOD C., BIOY A.* : Hypnose chez l'enfant : le jeu du "comme si". *Hypnose et Thérapies Brèves*. 2007; 3 : 44-53.

# **ANNEXES**



# ECHELLE REDUITE DE SUGGESTIBILITE HYPNOTIQUE

## 1. Forme "R" dérivée des échelles "A" et "C" de Hilgard

## 2. Mise au point et validation : D. Michaux, 1979

(Version Standard & limitée aux items notés)

### Induction hypnotique

(Fermeture des yeux)

Vous êtes confortablement installé ... Vous continuez à vous détendre ... Vous allez fixer maintenant sur le mur en face de vous ... le bout du micro ... Si vous l'observez bien, vous remarquerez une strie lumineuse sur la partie chromée ... C'est ce que nous appellerons la cible ... Il s'agit du petit relief sur le bout lumineux ... Vous pouvez le voir ...

Je vais vous demander maintenant de fixer intensément ce point lumineux. Vous le fixez intensément et tout en gardant les yeux fixés sur ce point vous allez écouter ce que je vais vous dire.

Vous ne pouvez être hypnotisé que si vous l'acceptez véritablement. Laissez se produire ce que vous sentez venir en vous.

Progressivement, vous sentirez vos yeux se fermer. Détendez-vous. Ne soyez pas contracté ... Gardez les yeux sur la cible ... Regardez-la aussi fixement que vous pouvez. Si vos yeux s'en écartent, ce n'est pas grave. Ramenez simplement vos yeux sur la cible.

Au bout d'un moment, vous verrez peut-être la cible se brouiller ... ou bouger ... ou même changer de couleur ... C'est tout à fait normal...

Si vous avez sommeil, c'est très bien.

Quoi qu'il arrive, laissez le advenir et continuez à regarder fixement la cible.

Mais il viendra un moment où vos yeux seront si fatigués, où vos paupières vous sembleront si lourdes, que vous serez incapable de les garder ouvertes, et qu'elles se fermeront peut-être tout à fait involontairement.

Quand cela arrivera, laissez advenir.

Détendez-vous complètement ... détendez chaque muscle de votre corps.

Laissez se détendre les muscles de vos jambes, les muscles de vos mains ... de vos doigts.

Relâchez les muscles de votre cou ... de votre poitrine ... Relâchez tous les muscles de votre corps.

Relâchez-vous encore ... encore ... encore.

Détendez-vous complètement ... détendez-vous complètement ... complètement.

A mesure que vous vous relâchez, vous sentez peut-être une sensation de lourdeur qui se répand dans tout votre corps.

Une sensation agréable de chaleur et de lourdeur qui se diffuse dans tout votre corps qui prend vos jambes et vos bras, vos pieds et vos mains ... Tout votre corps.

Vos jambes sont lourdes et molles ... lourdes et molles ... vos bras sont lourds ... lourds.

Tout votre corps est lourd ... de plus en plus lourd ... comme du plomb.

Vos paupières surtout sont lourdes ... lourdes et fatiguées...

Vous commencez à être somnolent ... ensommeillé ... vous êtes de plus en plus somnolent ... de plus en plus ensommeillé.

Et vos paupières deviennent lourdes ... lourdes ... de plus en plus fatiguées et lourdes.

Vous êtes détendu ... complètement détendu et vous pouvez vous détendre encore plus si vous le voulez ... si vous le permettez. Vous allez atteindre bientôt un état de détente, de relâchement profond ... vous vous sentez de plus en plus somnolent ... ensommeillé.

Une sensation agréable de chaleur et de lourdeur se répand à travers tout votre corps, vous vous sentez si détendu ... si ensommeillé.

Seule ma voix vous intéresse ... ma voix que vous écoutez en dormant. Bientôt il n'existera plus pour vous rien d'autre que ma voix...; ma voix à laquelle vous consacrez toute votre attention ... et en même temps vous continuez à vous détendre ... à vous détendre de plus en plus ... de plus en plus.

Vous êtes détendu ... complètement détendu ... et vous pouvez vous détendre encore plus si vous le voulez. Vous allez atteindre bientôt un état de détente ... de relâchement profond.

Vous vous sentez de plus en plus somnolent ... ensommeillé. Une sensation agréable de chaleur et de lourdeur se répand dans tout votre corps.

Vous vous sentez si détendu ... si ensommeillé.

Seule ma voix vous intéresse ... ma voix que vous écoutez en dormant ... bientôt il n'existera plus pour vous rien d'autre que ma voix ... ma voix à laquelle vous consacrez toute votre attention. Et en même temps vous continuez à vous détendre ... à vous détendre de plus en plus.

Vous êtes détendu ... très détendu ... Une sensation agréable de chaleur ... de lourdeur ... de léthargie se diffuse dans tout votre corps...

Vous êtes fatigué et somnolent ... fatigué et ensommeillé ... ensommeillé ... assoupi.

Vous n'avez maintenant ni souci ni tracas ... Vous êtes profondément et agréablement détendu.

Et vous vous détendez encore plus ... de plus en plus profondément.

Tout ce qui n'est pas ma voix s'éloigne ... s'éloigne ... de plus en plus. Ma voix seulement est importante. Rien d'autre ne vous intéresse maintenant. Seule ma voix et ce que je vais vous dire. Et même, peut-être, ma voix vous arrive comme dans un rêve.

Et vous vous détendez de plus en plus ... de plus en plus profondément ... vers un état de léthargie ... un état de détente ... de relâchement.

Détendez-vous ... détendez-vous ... profondément détendu ... de plus en plus ... profondément détendu.

Maintenant vous vous sentez somnolent ... assoupi.

Continuez simplement à écouter ma voix ... prêtez-lui toute votre attention ... Concentrez votre pensée sur ce que je dis ...

Vous allez devenir de plus en plus somnolent ... de plus en plus assoupi ... Bientôt vous serez profondément endormi ... mais vous continuerez à m'entendre ... Vous ne vous réveillerez pas avant que je vous le dise.

Je vais maintenant compter. A chaque chiffre, vous vous sentirez glisser profond ... profond... dans un sommeil profond et agréable ... un sommeil profond et reposant ... Un sommeil dans lequel vous pourrez faire tout ce que je vous proposerai de faire.

UN ... vous allez vous endormir profondément.

DEUX ... profond ... profond ... dans un sommeil profond ... serein ... à poings fermés.

TROIS ... QUATRE ... Vous êtes de plus en plus ... de plus en plus ... endormi.

CINQ ... SIX ... SEPT ... Vous allez vers un sommeil profond ... profond ... Rien ne peut vous déranger ... Ne soyez attentif qu'à ma voix et à ce que je vais vous dire.

HUIT ... NEUF ... DIX ... ONZE ... DOUZE ... de plus en plus profond ...

TREIZE ... QUATORZE ... QUINZE ... Vous êtes profondément endormi ... mais vous m'entendez parfaitement ... Vous continuez à m'entendre même si vous vous sentez profondément endormi.

SEIZE ... DIX-SEPT ... DIX-HUIT ... Vous vous êtes endormi profondément ... entièrement ... Rien ne peut vous déranger et vous allez ressentir tout ce que je vous dirai de ressentir ...

DIX-NEUF ... VINGT ... Vous dormez profondément !

Vous ne vous réveillerez pas avant que je vous le dise ...  
Vous voudrez dormir ... et vous allez faire et ressentir ce que je  
vais vous proposer de faire ou de ressentir.

## **Suggestions hypnotiques**

### **(Rapprochement des deux mains)**

Maintenant je vais saisir vos deux mains et les soulever ...  
Voilà ...

Vous pouvez maintenir aisément vos deux bras dans cette  
position ... Vous les maintenez et ... continuez à vous détendre  
physiquement ...

Maintenant je voudrais que vous imaginiez une force qui  
attire vos mains ... Une force qui tire pour rassembler vos  
mains ... Vos deux mains sont comme deux aimants de pôles  
contraires ... Elles s'attirent ... elles s'attirent.

Plus vous pensez à cette force qui tire vos mains l'une  
vers l'autre ... et plus elles vont se rapprocher ... d'abord  
lentement ... puis de plus en plus vite ... Elles vont se  
rapprocher de plus en plus ... de plus en plus près l'une de  
l'autre ... comme si une force les y obligeait.

Vos mains sont attirées ... Elles bougent ... elles bougent  
... elles bougent.

De plus en plus près ... de plus en plus près, de plus en  
plus près.

( ... 10 secondes ... )

Voilà ... C'est très bien ... Vos deux mains se reposent  
sur les accoudoirs des fauteuils ... Elles sont très détendues ...  
elles ne s'attirent plus ... Vous vous sentez très ... très détendu  
... très reposé.

(Inhibition verbale)

Vous êtes très détendu ... profondément détendu ...  
Pensez comme il serait difficile de parler quand on est aussi  
profondément détendu ... peut-être aussi difficile que de parler  
quand on dort ... Je me demande si vous pourriez dire votre  
prénom ... je ne crois vraiment pas que ce soit possible.

Vous pourrez essayer ... tout à l'heure ... quand je vous le  
dirai ... Mais je crois que vous trouverez cela vraiment trop  
difficile ... Impossible.

Pourquoi n'essayeriez-vous pas de dire votre prénom  
maintenant ... Essayez ... Essayez simplement de le dire.

( ... 10 secondes ... )

C'est bien n'essayez plus ... vous pouvez vous détendre  
...

Vous pouvez maintenant très facilement ... très facilement  
... dire votre prénom ... Allez-y ... Dites-le ...

( ... 10 secondes ... )

C'est bien.

Maintenant détendez-vous ... détendez-vous  
complètement.

(Hallucination de la mouche)

J'en suis sûr, vous avez tellement concentré votre  
attention sur ce que nous faisons, que vous n'avez pas  
remarqué cette mouche ... Cette mouche qui bourdonne autour  
de vous ...

Mais maintenant que j'attire votre attention sur elle, vous  
prenez progressivement conscience de cette mouche ... de  
cette mouche qui bourdonne autour de vous ... de cette  
mouche qui tourne ... qui tourne ... autour de votre tête ... de  
plus en plus près de vous.

Elle bourdonne ... elle bourdonne ... C'est vraiment  
crispant ... Ecoutez ce bourdonnement qui augmente ... quand  
elle fonce sur vous ...

Elle vous ennue de plus en plus cette mouche ... Vous voudriez la chasser ...

Débarrassez-vous en ... Elle vous agace ...

TOP

( ... 10 secondes ... )

Voilà elle s'en va ... elle est partie. Elle ne vous ennue plus ... plus de mouche.

Détendez-vous ... Détendez-vous ... Détendez-vous.

### (Rêve)

Maintenant vous allez faire une expérience intéressante. Vous allez rêver ... Vous allez faire un rêve à propos de l'hypnose.

Je vais compter de 1 à 5 ... et à 5 vous allez vous endormir véritablement ... profondément ... Un peu plus tard, je compterai à nouveau jusqu'à 5 et à 5, vous serez en train de rêver.

Je vais maintenant compter :

UN ... DEUX ... TROIS ... QUATRE ... CINQ.

Vous vous endormez profondément.

.....

Maintenant je vais à nouveau compter jusqu'à cinq, et à cinq vous vous mettez à rêver ... un rêve à propos de l'hypnose.

UN ... DEUX ... TROIS ... QUATRE ... CINQ.

Vous rêvez.

( ... 3 minutes ... )

Maintenant votre rêve s'achève ... Si vous avez rêvé, vous pouvez vous rappeler nettement ... très nettement ... tous les détails de ce rêve.

Continuez à être profondément hypnotisé, aussi profondément hypnotisé qu'avant votre rêve.

Avez-vous rêvé ?

.....

Si oui j'aimerais que vous me racontiez ce rêve.

Voilà ... maintenant c'est tout pour ce qui est du rêve ... Vous pouvez vous détendre à nouveau ... Complètement.

### (Rigidité bras)

S'il vous plaît maintenant ... étendez votre bras gauche ... droit devant vous ... le poing fermé ... Le bras gauche bien droit devant vous ... le poing bien serré.

Je voudrais que vous fassiez bien attention à ce bras et que vous imaginiez qu'il devient raide ... très raide ... rigide ...

Et maintenant vous remarquez que quelque chose arrive à votre bras ... Vous sentez la raideur qui l'envahit ... il devient raide ... de plus en plus raide ... rigide comme une barre de fer.

Et vous savez comme c'est difficile ... comme c'est impossible de plier une barre de fer ...

Votre bras est devenu une barre de fer ... Il est raide ... Il est rigide ... Constatez comme il est raide ... comme il est rigide.

Essayez de le plier ... Essayer.

TOP

( ... 10 secondes ... )

Voilà c'est bien, n'essayez plus ... votre bras n'est plus raide ... il peut se plier aisément ... il se détend complètement ... complètement.



(Suggestion post-hypnotique)

Vous êtes très bien maintenant ... très détendu ... Vous allez vous reposer quelques instants ... tranquillement.

Maintenant faites bien attention à ce que je vais vous dire.

Tout à l'heure, je compterai à rebours de 20 à 1 et à 1 vous serez parfaitement réveillé.

Lorsque vous serez réveillé, je frapperai sur la table avec mon crayon ... En entendant ce bruit, vous ne pourrez vous empêcher de retirer votre chaussure droite. Vous ferez cela et vous oublierez que je vous ai dit de le faire.

Donc une fois la séance terminée, lorsque je frapperai sur la table avec mon crayon, vous retirerez votre chaussure, sans même vous rendre compte du geste que vous aurez à faire.

(Hallucination musicale)

Maintenant ... vous vous concentrez ... vous vous détendez.

Et je vais mettre en route un magnétophone afin que vous puissiez entendre une musique enregistrée. Voilà ... il est en route ...

Cette musique vous est familière. Un air que vous aimez bien. Vous l'entendez d'abord très faiblement ... puis elle va s'intensifier ... devenir de plus en plus forte et vous allez progressivement avoir envie de fredonner ou de battre la mesure ...

Je vais encore augmenter la puissance, maintenant vous ne pouvez vous empêcher de suivre le rythme ... vous ne pouvez vous empêcher de fredonner ...

Qu'est-ce que vous entendez ?

C'est très bien. Détendez-vous ... Détendez-vous complètement.

### (Réveil)

Vous restez totalement détendu ... et vous allez faire très attention à ce que je vais vous dire maintenant.

Dans un moment ... je vais compter à rebours de 20 à 1 ... Vous allez vous réveiller progressivement ... mais pendant la plus grande partie de ce compte à rebours ... vous resterez dans l'état où vous êtes maintenant.

Quand je serai à cinq ... vous ouvrirez les yeux ... mais vous ne serez pas complètement éveillé ...

Quand j'arriverai à un ... vous serez parfaitement alerte ... dans votre état de veille normal.

Quand vous aurez ouvert les yeux ... vous vous sentirez mieux que jamais ... et cela n'aura rien laissé de désagréable.

Je vais maintenant compter à partir de 20 ... et à 5 ... pas avant ... vous ouvrirez les yeux mais vous ne serez parfaitement dispos que lorsque je dirai 1. A 1 vous serez parfaitement réveillé.

Je vais commencer à compter.

VINGT ... DIX-NEUF ... DIX-HUIT ... ... DEUX ... et UN.

Ça va ?

### (Enquête post-hypnotique)

Demander au sujet d'évoquer, dans l'ordre qui lui convient, les différents moments de la séance. Noter, ainsi que ses diverses impressions.

Lui rappeler rapidement les événements marquants et ses comportements à cette occasion. Noter ses réactions.

Revenir plus particulièrement sur le rêve afin de pouvoir noter la réponse.

## Critère de notation de "l'Echelle Réduite" de suggestibilité hypnotique

- 1- Fermeture des yeux
- + Fermeture totale avant 6 minutes
  - p+ De 6 à 8 minutes
  - p- De 8 à 10 minutes
  - Rien ou après décompte
- 2- Mains qui se rapprochent
- + Mains se touchent
  - p+ Mains se rapprochent et sont à 6 à 10 cm. (ou doigts se touchent)
  - p- Mains à plus de 10 cm.
  - Rien
- 3- Inhibition verbale
- + Ne dit rien (aucun son du moins)
  - p+ Son indistinct
  - p- Son compréhensible mais altéré
  - Normalement dit
- 4- Mouche
- + Chasse mouche (bouge soit main, soit yeux, ...)
  - p+ Mouvement léger mais clairement rattachable à la suggestion
  - p- Mouvement non rattachable à la suggestion
  - Rien
- 5- Rêve
- Attendre le réveil pour noter
- + Si le sujet dit qu'il a rêvé
- Si le sujet a eu des images :
- + si elles sont réelles ou comme Rêve
  - p+ images du type rêverie
  - p- si du type imagination
- 6- Bras rigide
- + S'il ne plie pas le bras
  - p+ Si il le plie de moins de 5 cm. en 10 sec. (après la consigne : essayer)
  - p- Si il le plie difficilement mais de plus de 5 cm.
  - Plie totalement
- 7- Musique
- + Si mouvement rythmé et persistant
  - p+ Si mouvement du type suggéré (doigts, pieds, lèvres, ...) peu durable
  - p- Mouvement mal identifiable – non durable
  - Rien
- 8- Suggestion posthypnotique
- + Si retrait chaussures
  - p+ Si mouvement main vers pied ou début retrait, mouvement de retrait non exécuté totalement
  - p- Un mouvement difficilement identifiable
  - Rien

VU

NANCY, le 13 septembre 2007

Le Président de Thèse

**Professeur D. SIBERTIN-BLANC**

NANCY, le 14 septembre 2007

Le Doyen de la Faculté de  
Médecine

Par délégation

**Professeur F. ALLA**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 20 septembre 2007

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

**Professeur J.P. FINANCE**

L'hypnose, après avoir été délaissée au début du vingtième siècle, connaît depuis plusieurs décennies un regain de faveur tant en médecine qu'en psychiatrie et notamment en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Ses indications concernent ainsi de nombreuses situations cliniques allant des troubles psycho-fonctionnels à la gestion de la douleur. Mais faute d'explication scientifique probante de son fonctionnement, elle reste une pratique marginale qui continue de susciter beaucoup de réticence au sein du monde médical et psychiatrique. L'auteur, s'appuyant sur son expérience clinique de psychiatre d'enfant et d'adolescent et forte d'une formation spécifique, a voulu dans sa thèse nous présenter cet outil thérapeutique encore trop méconnu.

Dans une première partie, l'auteur brosse un rappel historique très complet de cette pratique clinique très ancienne et nous livre un riche aperçu des données actuelles de la recherche en neurophysiologie et neurobiologie pour en définir la nature et tenter d'en comprendre les mécanismes de fonctionnement, entre un état modifié de conscience et un jeu de rôle consenti.

Dans une seconde partie, l'auteur en examine les applications possibles chez l'enfant dans le champ pédiatrique (par exemple sur la douleur) et psychopathologique en insistant sur son intérêt dans certaines psychothérapies. Elle insiste à cet égard sur la nécessité d'une méthode et d'une éthique rigoureuse. Elle illustre son propos par quelques vignettes cliniques tout à fait démonstratives.

Hypnosis, after having been abandoned at the beginning of the twentieth century, knows since several decades a renewal of favour both in medicine and in psychiatry, particularly in psychiatry of children and teenagers.

Its indications concern numerous clinical situations, going from psycho-functional diseases to management of pains. But lack of convincing scientific explanation of its functioning, it keep a marginal practice which continues to arouse a lot of hesitation within the medical and psychiatric world.

The author, leaning on her clinical experience of children's psychiatrist and supported by a specific formation, wanted in her thesis to present us this still too underestimated therapeutic tool.

In a first part, the author presents a very completed historical inventory of this very old clinical practice and shows us a rich outline of current data of the research in neurophysiology and neurobiology to define the nature and try to understand how it works, between an altered states of consciousness and a role play with consent.

In the second part, the author examines the possible applications to children in the paediatric (for example the pain) and psychopathological fields by insisting on its interest in some psychotherapies. She insists on the necessity of a method and rigorous ethics. She illustrates her presentation by some demonstrative clinical cases.

---

### **Hypnosis and its therapeutic applications to the child and the teenagers**

---

THÈSE : MEDECINE SPÉCIALISÉE – ANNÉE 2007

---

Mots clés : enfance, adolescence, hypnose, hypnothérapie, psychothérapie

---

**Faculté de Médecine de Nancy**

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex