

OSTEOPATHIE ET HYPNOSE : **DES MAINS ET DES MOTS POUR SOIGNER**

Revue de littérature sur l'intérêt de l'hypnose thérapeutique dans une prise en charge ostéopathique



Mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du diplôme
d'ostéopathie

Etudiante : Estelle Champion

Tuteur : Pierre De Lasteyrie

Année 2016-2017

« Le mental et le physique ne sont que des aspects d'une même réalité, d'une même substance. »

B. Spinoza (1632-1677)

*« Traitez les gens comme s'ils étaient ce qu'ils doivent être
et vous les aiderez à devenir ce qu'ils sont capables d'être. »*

Goethe (1749-1832)

REMERCIEMENTS

Mes remerciements s'adressent à toutes les personnes qui, de près ou de loin, m'ont suivie dans cette folle aventure ostéopathique, qui n'en est qu'à ses balbutiements : proches, amis, enseignants, patients, etc.

Je ne puis les citer de manière exhaustive, mais je souhaite leur exprimer ma sincère gratitude pour leurs encouragements, leur amitié, leurs conseils, leur bienveillance et tout simplement pour leur présence de tous les instants.

Je remercie aussi mes futurs confrères et consœurs du Conservatoire Supérieur d'Ostéopathie, en particulier Amélie, Oriane, Margaux, Chonchon, Ben, Yann et Bertrand, qui ont contribué à rendre ces 5 années d'étude à la fois studieuses, moins douloureuses et surtout plus drôles !

Merci à mes parents, qui m'ont inculqué le goût et la valeur du travail bien fait.

Je tiens également à remercier Olivier, pour sa patience et son soutien inconditionnel depuis toutes ces années, sans qui je n'aurais jamais pu mener ce projet à bien. Je te dédie ce travail, ainsi qu'à Léopold, Jade et Charlotte. Vous êtes mes ressources, ma fierté, ma vie.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
I. BASES THEORIQUES DE L'HYPNOSE	7
<i>A. Un peu d'histoire</i>	7
<i>B. Qu'est ce que l'hypnose ?</i>	22
<i>C. Indications et contre-indications de l'hypnose</i>	44
II. METHODOLOGIE	46
<i>A. Stratégie de recherche documentaire</i>	46
<i>B. Critères d'éligibilité d'un article</i>	47
III. L'HYPNOSE EN OSTEOPATHIE	48
<i>A. Ostéopathie et hypnose : des principes communs</i>	48
<i>B. Intégration de l'hypnose dans la consultation ostéopathique</i>	59
IV. INTERET DE L'HYPNOSE DANS LA PRISE EN CHARGE OSTEOPATHIQUE	86
<i>A. Créer une alliance thérapeutique forte</i>	86
<i>B. Personnaliser le traitement</i>	87
<i>C. Créer un état de parasymphicotonie et de relâchement</i>	89
<i>D. Abolir les résistances du patient</i>	90
<i>E. Gestion de la douleur</i>	92
DISCUSSION	94
CONCLUSION	96
REFERENCES	98

INTRODUCTION

Dans *Philosophy of Osteopathy*¹, Andrew Taylor Still, le père fondateur de l'ostéopathie, décrit l'Homme comme étant une unité triple, constituée « en premier, [par] le corps matériel, en second, l'être spirituel, en troisième, [par] un être de pensée de loin supérieur à tous les mouvements vitaux et aux formes matérielles, dont le devoir est de diriger sagement ce grand mécanisme de vie »^{2 3}.

Ce concept de la philosophie ostéopathique, qui stipule que l'Homme doit être envisagé dans sa globalité, nous amène donc à considérer non seulement le versant physique, somatique de nos patients, mais également leur composante émotionnelle, psychique, voire spirituelle dans notre approche. Cela pose la difficile question de la relation entre le psychisme et le somatique, ou plus simplement, entre le corps et l'esprit.

L'ostéopathie consiste, dans une compréhension globale du patient, à prévenir, diagnostiquer et traiter manuellement les dysfonctions de la mobilité des tissus du corps humain susceptibles d'en altérer l'état de santé.

Ces modifications tissulaires peuvent être d'origine traumatique, physiologique, mécanique ou bien encore psychoémotionnelle. Le mécanicien ostéopathe, ajuste la condition anormale vers la normale et la Nature fait le reste.⁴

En ostéopathie, la connaissance de l'anatomie, de la physiologie, de la biomécanique ou bien même encore de l'embryologie et de l'histologie, nous permet d'aborder le corps de nos patients, d'objectiver les signes cliniques et de décrypter les symptômes physiques afin de les soigner.

Or, on ne peut dissocier le corps d'un individu de son versant psycho-émotionnel. Ils forment un tout indissociable. Quelles sont alors les ressources de l'ostéopathe pour aborder la psyché

¹ (Still, *Philosophy of osteopathy*, 1899)

² (Still, *Philosophie et principes mécaniques de l'ostéopathie*, 2009)

³ Traduction de Pierre Tricot dans Still, *Philosophie de l'ostéopathie*, 2003, p. 30

⁴ (Still, *Philosophie et principes mécaniques de l'ostéopathie*, 2009)

de ses patients ? Il se trouvera parfois confronté à ses propres limites, aussi « psychologue » et à l'écoute soit-il, pour aider son patient sur la voie de la guérison.

L'hypnose éricksonienne, ou encore hypnose thérapeutique, se présente comme un moyen pour le patient, de puiser dans ses propres ressources pour soigner ses maux, aussi bien physiques que psychiques.

En tant qu'ostéopathe, on peut alors se demander quel intérêt pourrait présenter l'hypnose éricksonienne dans la prise en charge d'un patient. Peut-elle se révéler être un outil utile pour potentialiser ses traitements? Ce sont les questions auxquelles nous allons tenter de répondre dans cet écrit.

Dans une première partie, nous traiterons de la présentation théorique de l'hypnose. Nous aborderons son histoire, tenterons d'en donner une définition et en explorerons l'aspect neurophysiologique.

Dans une seconde partie, nous aborderons la méthodologie de la recherche employée pour la rédaction de ce mémoire.

Les résultats de ces recherches seront rapportés dans une troisième partie, où nous rapprocherons l'ostéopathie et l'hypnose et décrirons comment il est possible d'intégrer cette dernière dans une consultation ostéopathique.

Enfin, dans une quatrième partie, nous tenterons de répondre à la question posée dans cette introduction, à savoir : l'hypnose présente-t-elle un intérêt pour l'ostéopathe dans la prise en charge de ses patients, et, le cas échéant, à quel(s) niveau(x) ?

I. BASES THEORIQUES DE L'HYPNOSE

A. Un peu d'histoire

Afin de mieux comprendre ce qu'est l'hypnose, il faut examiner son histoire. En effet, depuis sa création, elle a connu de nombreux changements et rebondissements. Elle a changé de nom, changé de théorie, changé de pratique, changé d'indications... Elle a occupé le devant de la scène médicale pour ensuite tomber dans l'oubli, avant de revenir enfin dans les services hospitaliers et dans les laboratoires de recherche du monde entier.

1. L'hypnose : une pratique vieille comme le monde

Les origines lointaines de l'hypnose remontent aux cultures primitives, où les chamans utilisaient les états de transe comme vecteur de guérison.

On la retrouve plus tard à l'époque des Sumériens (4000 av. J.C.), puis chez les Egyptiens (3000 av. J.C.).

Dans la Grèce Antique, il existait également une forme de médecine par les songes qui se rapproche de l'hypnose.

Des rapprochements ont même été établis entre des textes de Tchouang-Tseu, un des pères fondateurs du taoïsme, datant du IV^e siècle av. J.C., et la transe hypnotique.⁵

Au XI^e siècle, le médecin Avicenne, philosophe et médecin Persan, parle pour la première fois de concept de suggestion et d'autosuggestion.

Plus tard encore, au XVI^e siècle, Paracelse, médecin et philosophe Suisse de langue Allemande, est un des premiers à mentionner l'existence des fluides et la continuité entre le corps et l'esprit.

⁵ (Billeter, 2004)

2. Les grands noms de l'hypnose

Franz Anton Mesmer (1734-1815) : le magnétisme animal

Il est officiellement admis que l'histoire de l'hypnose débute à la fin du XVIII^e siècle avec les découvertes du médecin viennois Franz Anton Mesmer.

Mesmer s'intéressait à la place de l'Homme dans l'univers, et dans sa thèse de médecine *De l'influence des planètes sur le corps humain* il développa la notion de magnétisme animal, selon laquelle les planètes, les étoiles et la lune régissaient non seulement les marées terrestres, mais influaient également sur les fluides présents chez les humains, les animaux et les végétaux.

Mesmer est le premier à avoir « l'ambition de donner une interprétation enfin rationnelle à des phénomènes que l'on peut décrire sous le terme général de « transe » et qui, tels quels, semblent désigner l'irrationnel ou la magie »⁶. Il postule l'existence d'un fluide magnétique universel dont on peut faire une utilisation thérapeutique.

Il débuta en utilisant des aimants pour soigner ses patients puis jugea que l'imposition des mains suffisait afin de transmettre le « fluide » guérisseur.

Après avoir obtenu plusieurs étonnants succès avec sa nouvelle technique thérapeutique, il gagne en popularité auprès des patients, mais reste décrié par le corps médical qui le radie de l'Ordre des médecins en 1778 et le prie de quitter Vienne.

Mesmer s'installe donc en France où son succès est rapide, et l'affluence des patients est telle qu'il décide de développer un moyen pour pouvoir traiter plusieurs personnes à la fois. Il créa alors son célèbre « baquet⁷ » et sans le savoir, il sera le précurseur de la thérapie de groupe

⁶ (Stengers, 2002)

⁷ Le baquet est une sorte de tonneau en bois pouvant « contenir » une trentaine de personnes. Son fond est constitué de bouteilles remplies d'eau magnétisée. Le baquet est rempli d'eau d'où sortent des baguettes de fer dont l'extrémité sera appliquée sur les parties malades des patients. Une corde en communication avec le réservoir magnétique relie tous les malades les uns aux autres, afin que le fluide puisse circuler et créer un équilibre entre eux.

que l'on connaît aujourd'hui.

Il a écrit *Mémoire sur la découverte du magnétisme animal*⁸ en 1779, dans lequel il résume l'essentiel de sa doctrine, mais cela ne convaincra pas le milieu médical, qui y restera indifférent.

Mesmer quitte alors la France pour Spa où il rencontre le Dr Deslon, professeur de la Faculté de Médecine de Paris. Ce dernier obtint la création d'une commission chargée de valider le phénomène et la valeur thérapeutique du magnétisme animal. Cette commission, formée d'éminents médecins et membres de l'Académie des Sciences de l'époque (Antoine Lavoisier, Benjamin Franklin, Antoine-Laurent de Jussieu, le Dr Guillotin, Bailly), conclue à l'inexistence du magnétisme animal, et au fait que les « effets produits par ces prétendus moyens de guérison sont tous dus à l'imitation et à l'imagination »⁹.

La publication de ce dernier rapport sans appel dans la France entière discrédite Mesmer et sonne le glas de sa carrière parisienne. Il se retirera au bord du Lac Constance où il meurt en 1815 à l'âge de 81 ans.

Le Marquis de Puységur (1751-1825) : le somnambulisme artificiel

Le Marquis de Puységur, est un élève de Mesmer.

Alors qu'il tente de soulager par le magnétisme un jeune paysan, Puységur constate, au lieu des crises magnétiques habituelles, que le jeune homme tombe dans un sommeil calme et profond.

Etonnamment, bien qu'apparemment endormi, celui-ci manifeste une activité mentale intense, s'exprime sans son patois, répond à des questions, et semble doué de connaissances ou semble avoir accès à des connaissances que son état de conscience habituel ne lui permet pas d'appréhender.

⁸ (Mesmer, 1779)

⁹ (Deslon, Observations sur le magnétisme animal, 1780)

Puységur venait de découvrir de manière fortuite ce qu'il nomma le somnambulisme artificiel.

Le marquis reproduisit ses expériences sur le même patient et découvre avec surprise que lors de ses accès qu'il qualifia de « somnambulisme provoqué » ou « sommeil magnétique »¹⁰, ce dernier est capable de porter un diagnostic sur sa maladie, d'en prescrire le traitement et d'en prévoir l'évolution.

On parlera de « lucidité magnétique » pour qualifier la clairvoyance des somnambules sur leur propre maladie, sur celle des autres et sur les remèdes qui leur conviennent.

L'Abbé de Faria (1756-1819) : apparition de la suggestion

L'Abbé Faria, ne croit pas au magnétisme animal mais pense que les résultats proviennent de la mise en situation et de ce que le patient attend d'une séance. Une autre approche voit alors le jour : la suggestion. Il se distingue également par sa conception individuelle du traitement.

Il décrit les premières suggestions post-hypnotiques, utilise le placebo et mène les premiers essais de l'hypnose en anesthésie.

Malgré le fait qu'il réfute l'existence du magnétisme animal, il ne réussit pas pour autant à gagner l'approbation des médecins.

Il meurt en 1819 sans avoir été reconnu, mais il peut cependant être considéré comme le précurseur de l'hypnose actuelle par sa conception de la relation patient-praticien, dans laquelle le « concentrateur », comme il qualifie le thérapeute, développe les facultés ou les dispositions naturelles de son patient.

¹⁰ (De Puységur, 1811)

Joseph-Philippe-François Deleuze (1753-1845) : la recherche du bien-être du patient

J.P.F. Deleuze, un autre élève de Mesmer, est naturaliste et bibliothécaire au Muséum de Paris.

En 1825, il écrit un ouvrage de renom sur les conditions à respecter pour pratiquer le magnétisme : *Instruction pratique sur le magnétisme animal*¹¹. Cet ouvrage peut être considéré comme le premier code éthique du magnétisme animal.

Parmi les conditions morales nécessaires selon lui à cette pratique, il décrit « *le sentiment de bienveillance qui nous unit à un être souffrant* », « *la patience, qui empêche de se lasser dans une lutte longue et pénible, le désintéressement, qui porte à s'oublier soi-même pour ne s'occuper que de l'être à qui l'on donne ses soins, et qui éloigne la vanité et même la curiosité* », « *on ne doit magnétiser ni par curiosité, ni pour produire des effets surprenants, ni pour convaincre les incrédules ; mais uniquement pour faire du bien* ». ¹²

Deleuze estime que seul le bien-être du patient est important et que ce dernier ne peut faire l'objet d'aucune expérimentation.

A cette époque, le magnétisme animal retrouve certaines lettres de noblesses et s'invite à l'hôpital.

Denis Jules Dupotet, dit le Baron Dupotet (1796-1881)

Le baron Dupotet, magnétiseur, exerce à l'Hôtel-Dieu avec des résultats spectaculaires, ce qui ne l'empêchera pas d'être banni des hôpitaux en 1837 par des opposants farouches, suite à un autre rapport défavorable conclu par une nouvelle Commission.

Dupotet s'exile donc en Angleterre, où il fera la rencontre de John Elliotson, un jeune chirurgien réputé au Royal English College de Londres, où il est également professeur.

¹¹ (Deleuze, 1825)

¹² (*Ibid.*)

Initié par Dupotet, Elliotson réalisera de nombreuses interventions chirurgicales sous sommeil magnétique. Il sera vivement critiqué par ses pairs et choisira de démissionner afin d'ouvrir un hôpital mesmérique en 1849.

Il fonde la revue *The Zoist*¹³ en 1843, qui traite exclusivement du magnétisme animal.

Le succès d'Elliotson est grand, et il décide d'ouvrir 2 autres hôpitaux mesmériques en Ecosse.

James Braid (1796-1860) : naissance de l'hypnotisme

En 1841, James Braid, un chirurgien Ecossais assiste à une démonstration du magnétisme curatif par le Franco-suisse, Charles Lafontaine. D'abord septique, Braid est finalement obligé de reconnaître la réalité du phénomène.

En cherchant à reproduire lui-même le sommeil magnétique, il parvient finalement à en simplifier l'accès et à l'appréhender d'une autre manière.

Il découvre que la fixation prolongée d'un objet brillant disposé à quelques centimètres des yeux du patient le plonge dans un sommeil spécial. Afin de mettre un terme à la connotation magique et « sulfureuse » du magnétisme animal, Braid décida de donner à sa perception de ce processus de guérison une tournure plus scientifique, avec un caractère à la fois neurologique et psychique¹⁴. Ce faisant, il concluait ainsi que le mesmérisme était un concept erroné.

En 1842, Braid employa pour la première fois le terme d'« hypnotisme » dans un article destiné à discréditer le mesmérisme et le magnétisme animal. Cet essai, intitulé « *Practical Essay on the Curative Agency of NeuroHypnotism* » fut toutefois rejeté par la British Medical Association.

Braid continua néanmoins à présenter ses idées dans des conférences et autres manifestations.

¹³ *The Zoist : A Journal of Cerebral Physiology and Mesmerism and their Application to Human Welfare*

¹⁴ (Braid, *Magic, Witchcraft, Animal Magnetism, Hypnotism, and ElectroBiology.*, 1852)

En 1843, il publie *Neurypnology or The rationale of nervous sleep, considered in relation with animal magnetism*¹⁵, qui rendra alors populaire le terme « hypnotisme ».

Braid y définit l'hypnose comme un « état de sommeil nerveux »¹⁶. Ceci induira une certaine confusion dans l'esprit collectif, qui perdure encore de nos jours, puisque la plupart des gens pense à tort que l'hypnose plonge les patients dans un état de sommeil.

Braid utilisera cette méthode, notamment pour obtenir l'anesthésie lors d'interventions chirurgicales.

James Esdaile (1808-1859) : naissance de l'hypnoanesthésie chirurgicale

Sur les traces d'Elliotson, James Esdaile, un chirurgien Ecossais, débute sa carrière de chirurgien magnétiseur en avril 1845 à l'hôpital de la prison de Calcutta en Inde.

Il restera le plus célèbre chirurgien magnétiseur de l'histoire, avec à son actif plus de mille trois cents interventions, dont certaines lourdes, sous hypno-anesthésie et avec, de surcroît, un taux d'infections post-chirurgicales bien inférieur à ceux habituels (5% contre 30%).

En France, les chirurgiens s'intéressent également à l'hypno-sédation. De nombreuses interventions sont alors réalisées sous hypnose, mais les résultats sont mitigés, et l'hypnotisme est rapidement délaissé au profit de l'utilisation du chloroforme, de l'éther ou du protoxyde d'azote qui viennent d'être découverts.

¹⁵ *La Neurhypnologie ou explication rationnelle du sommeil nerveux dans sa relation au magnétisme animal.*

¹⁶ (Braid, *Neurypnology or The rationale of nervous sleep, considered in relation with animal magnetism*, 1843)

Ambroise-Auguste Liébeault (1823-1904)

En France, le Dr. Ambroise-Auguste Liébeault, médecin de campagne français, s'intéresse dès 1848 au magnétisme et à l'hypnose.

Il publie en 1866 *Du sommeil et des états analogues considérés surtout du point de vue de l'action du moral sur le physique*¹⁷ dans l'indifférence la plus totale. Dans ce livre, il fait état de notions théoriques et pratiques largement proches de celles des magnétiseurs du courant imaginationniste tels l'Abbé Faria.

Cependant, les guérisons à son actif se multiplient et attirent l'attention du Dr. Hippolyte Bernheim, professeur de clinique médicale à la Faculté de Nancy.

Après avoir observé Liébeault travailler, Bernheim est bien obligé de reconnaître la réalité et l'efficacité du phénomène et sera tout acquis à sa cause, si bien qu'il l'introduira à l'Hôpital.

Les travaux de Liébeault rencontrèrent la consécration en 1889, au premier Congrès international de l'hypnotisme. Tout au long de sa vie, il conservera sa double appartenance au « clan » des magnétiseurs et à celui de la nouvelle hypnose. Cela lui a permis de concilier l'aspect rationnel et scientifique des travaux officiels et la dimension plus psychologique, relationnelle et « mystérieuse » des magnétiseurs.

Hippolyte Bernheim (1837-1919) : développement de l'hypnose

De 1882 à 1892, c'est l'âge d'or de l'hypnose en France.

En 1884, Bernheim expose ses théories dans « *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille* »¹⁸. Il y mentionne les propriétés physiologiques du cerveau qui rendent possibles le phénomène des suggestions. Naît alors le concept de suggestibilité.

Il réfute alors la notion de fluide magnétique et parle plutôt d'une théorie de l'ordre de l'arc

¹⁷ (Liébeault, 1866)

¹⁸ (Bernheim, *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille*, 1884)

réflexe : de la même manière qu'une stimulation donnée sur le tendon patellaire provoque une extension de la jambe, en raison de la « réponse réflexe » du système nerveux, une suggestion donnée provoque une réponse à cette suggestion de la part du cerveau. Pour Bernheim, le fait d'imaginer tel ou tel état psychique, physiologique, sensoriel, tend à entraîner la réalisation effective de cet état.¹⁹

Avec Liébeault, ils fondent l'École de Nancy, qui défend l'idée que l'hypnose est une manifestation physiologique, qui, bien qu'étant un état exceptionnel, est normale pour le corps humain.

Cela les oppose à une autre école, celle de la Salpêtrière, dirigée par le Dr. Jean-Martin Charcot.

Les deux écoles ont joué un rôle majeur dans le développement de l'hypnose en France durant une décennie.

Jean-Martin Charcot (1825-1893)

Brillant neurologue mondialement reconnu pour ses découvertes médicales et ses nombreux travaux en neurologie (sclérose latérale amyotrophique, sclérose en plaque, syringomyélie, etc.) le Dr. Jean-Martin Charcot, est nommé médecin-chef de l'hôpital de La Salpêtrière en 1862, à l'époque le plus grand hôpital d'Europe.

Son prestige et l'autorité que lui confère sa position lui donnent l'assise nécessaire pour faire admettre au corps médical²⁰ l'intérêt de l'hypnose, notamment en 1882, grâce à une communication devant l'Académie des Sciences, *Physiologie pathologique : Sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotisation chez les hystériques* où il réhabilite l'hypnose comme sujet d'étude scientifique en la présentant comme un fait somatique propre à l'hystérie.

¹⁹ (Tosti, 2015)

²⁰ Jean-Martin Charcot est membre de l'Académie de médecine et de l'Académie des Sciences.

Selon Charcot, « un individu hypnotisable est souvent un hystérique, soit actuel, soit en puissance, et toujours un névropathe, c'est à dire un sujet à antécédents nerveux héréditaires susceptibles d'être développés fréquemment dans le sens de l'hystérie par les manœuvres de l'hypnotisation. »²¹

Dans son livre, il décrit les trois états du grand hypnotisme des malades - la léthargie, la catalepsie et le somnambulisme - et le fait que le sujet fait preuve d'une amnésie totale au réveil.

C'est une période très profuse en travaux cliniques et en recherches sur le thème de l'hypnose. Son enseignement devient officiel et des cours voient le jour dans de nombreux hôpitaux à Paris et en province, ainsi qu'à l'étranger.

En parallèle, une véritable bataille oppose La Salpêtrière de Charcot à l'Ecole de Nancy de Bernheim et Liébeault. Pour cette dernière, l'hypnose repose essentiellement sur le concept de suggestion, et peut être utilisée chez tous les individus dans de larges indications thérapeutiques, alors que pour Charcot et les membres de son école, l'hypnose n'est qu'une manifestation pathologique hystérique.

Cette polémique est de taille, car en corollaire, elle implique d'envisager l'hypnose soit comme une maladie, soit comme un traitement.

L'Ecole de Nancy, où des médecins du monde entier viennent y apprendre, finit par triompher.

Bernheim revendique l'usage de la notion de suggestion en thérapie. Il est le premier à mettre l'accent sur la nature psychologique de l'hypnose, brisant ainsi son association au surnaturel, à la magie, pour lui préférer un modèle psychologique et médical, ce qui constitue une étape importante de la légitimation de l'hypnose.

Bernheim est alors un des pionniers de la notion de psychothérapie, même si cette dernière demeure encore confondue avec l'hypnose.

²¹ (De La Tourette & Richer, 1887)

Sigmund Freud (1856-1939) : le père de la psychanalyse

En 1885, Freud passe quatre mois à la Salpêtrière auprès de Charcot et devient lui-même praticien de l'hypnose.

Il se rendit à l'École de Nancy en 1889, où il rencontra Bernheim, dont il devint l'ami et il traduisit son livre *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique*²² en Allemand.

En parallèle, Freud travaillait avec un neurologue Viennois, Josef Breuer, qui utilisait l'hypnose pour faire revivre des traumatismes affectifs oubliés à ses patients afin de les débarrasser de leurs symptômes. Il appelait cette méthode la « méthode cathartique ».

L'hypnose permettait de faire revivre des souvenirs refoulés et emmagasinés dans leur inconscient²³. Le mécanisme de refoulement est ainsi découvert.

A partir de 1892, trouvant une limite dans son application du fait de la variabilité de la suggestibilité des patients, Freud délaisse progressivement l'hypnose pour l'abandonner définitivement en 1895.

Il considère la suggestion comme un acte magique constituant un véritable viol de la personnalité du patient et reproche à l'hypnose de créer une substitution du symptôme par un autre²⁴.

Pour Freud, le malade a déjà en lui les éléments de la guérison et la cure consiste à les lui faire exprimer librement, pour aider à libérer son inconscient. Il élabore donc la méthode de la « libre association », base de la psychanalyse.

Cette dernière prend son essor, laissant l'hypnose tomber progressivement dans l'oubli.

²² (Bernheim, *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique*, 1886)

²³ Dans les années 1970, une épidémie de « faux souvenirs » apparus sous hypnose voit le jour aux Etats-Unis. Il a alors été démontré que l'hypnose peut créer de faux souvenirs parce qu'elle a pour objectif le soulagement de la souffrance. Ces souvenirs fabriqués de toute pièce n'ont aucune valeur pour la Police ou la Justice. Selon le Dr. Jean-Marc Benhaiem, médecin hypnothérapeute à Ambroise Paré et à l'Hôtel Dieu (Paris), *la vraie application de l'hypnose n'est pas la remémoration, mais l'oubli. Oublier n'est pas ne pas savoir. Oublier c'est ne plus se référer au passé pour exister.*

²⁴ (Tosti, 2015) p. 13.

Clark Hull (1884-1952) et Milton Erickson (1901-1980) : le renouveau

Dans les années 1930, aux Etats-Unis, deux grandes figures, Clark Hull et Milton Erickson contribuent à faire sortir l'hypnose de l'oubli.

En 1933, Hull, un des pères fondateurs de la psychologie expérimentale et des théories de l'apprentissage, publie son traité *Hypnotisme et suggestion : essai expérimental*²⁵, qui sera le premier ouvrage véritablement scientifique sur l'hypnose. Ce livre relancera la recherche sur l'hypnose, qui avait été délaissée au profit de la psychanalyse.

Il démystifia l'hypnose en la décrivant comme une partie tout à fait normale de la nature humaine et considérait la transe comme un élément normal de la conscience, à l'instar du rêve éveillé.

Il avança que l'imagination du patient jouait un rôle prépondérant dans l'induction de l'état de transe.

Milton Erickson (1901-1980) : « Monsieur Hypnose »

Milton Erickson, psychiatre, docteur en psychologie et membre de nombreuses sociétés médicales aux Etats-Unis, en Europe, en Asie et en Amérique latine, réhabilita l'hypnose abandonnée par Sigmund Freud et inventa l'hypnose moderne.

Ceux qui ont eu l'opportunité de le rencontrer le décrivent comme un personnage fascinant. Sa « philosophie » est le corollaire d'une vie personnelle ponctuée d'épisodes sombres, marqués par la maladie, le handicap, la douleur et la souffrance.

Il est atteint de poliomyélite à l'âge de 17 ans et se retrouve alors totalement paralysé, incapable de préciser la position de ses membres.

Il va alors développer un sens de l'observation remarquable, en étudiant et écoutant les membres de son entourage. Il apprendra à décrypter le langage non verbal, celui du corps. Durant cette période, il sera également très attentif à son propre corps en scrutant le moindre

²⁵ (Hull, 1933)

petit mouvement pouvant le parcourir.

Il découvrit par lui-même qu'une image mentale est capable de produire un mouvement sans que ce dernier soit exécuté volontairement.

Fort de cette découverte, il se lance alors dans une véritable rééducation autant mentale que physique. Il utilise l'imagination des mouvements pour favoriser sa récupération. Erickson rechercha dans sa mémoire et passa en revue tous les aspects sensoriels des expériences connues avant d'être handicapé. Au bout d'un an, il était capable de marcher à nouveau en s'aidant de béquilles alors que le corps médical le disait condamné.

Le sens de l'observation qu'il avait acquis lui fit donner plus d'importance à la manière de parler qu'au contenu pour en apprécier le sens²⁶.

En 1923, alors étudiant en médecine, il fait la rencontre de Clark Hull, lors d'une conférence sur l'hypnose. Grâce à lui, il peut étudier dans un contexte scientifique ce qu'il n'a expérimenté que de manière empirique jusqu'alors.

Il réalisera ses propres expérimentations avec l'hypnose et commencera à développer quelques techniques indirectes d'induction.

Contrairement à Hull, qui chercha à développer un modèle « standard » pour induire la mise en transe des patients, Erickson, pensait que l'efficacité de l'hypnose reposait sur la personnalisation du soin, en l'adaptant à chaque patient.²⁷

Une fois diplômé de médecine et de psychologie, il s'orienta vers la psychiatrie, où on lui interdit de pratiquer l'hypnose en milieu hospitalier.

Il s'attacha donc à développer des techniques de communication hypnotique qualifiées d'indirectes, permettant de faire bénéficier les patients de l'hypnose sans la nommer comme telle, et sans l'utiliser de façon conventionnelle.

²⁶ (Bellet, 2016)

²⁷ (Tosti, 2015) p. 16

Amoureux des mots, il inventa un style d'hypnose basé sur la conversation, également appelé « style permissif », allant à l'encontre de l'hypnose classique autoritaire.

Il consacra le reste de sa vie à s'adonner à des travaux de recherche sur l'hypnose. Il développera l'étude des suggestions, des modes de communication, des phénomènes hypnotiques et des techniques d'induction.

Il voyagea à travers tous les Etats-Unis pour assurer des ateliers de formation à l'hypnose.

En 1957, il fonda l'American Society of Clinical Hypnosis, dont il dirigea le Journal pendant une dizaine d'années.

Il finira par abandonner complètement la psychothérapie pour ne plus se consacrer qu'à l'hypnose, et passera les dernières années de sa vie à recevoir des psychothérapeutes venus du monde entier pour discuter de l'hypnose, de thérapie et de la vie en général.

Il mourut en 1980 en laissant derrière lui de nombreuses publications, fruits de ses recherches et observations. Il aura marqué la réhabilitation de l'hypnose non seulement en psychothérapie mais également en médecine.

Aujourd'hui, on considère largement que l'ensemble des techniques utilisées en hypnose est issu de l'hypnose dite « ericksonienne ». L'adjectif est d'ailleurs mis en avant comme étant un gage de qualité.

Dans les années 1980, de nouvelles pratiques thérapeutiques utilisant l'hypnose ont vu le jour, dont la « Nouvelle Hypnose » (terme inventé par le sexothérapeute Daniel Araoz en 1979), la Programmation neurolinguistique (PNL) et les thérapies brèves, inspirées en partie des travaux de Milton Erickson.

3. L'hypnose aujourd'hui : état des lieux

Le développement de l'hypnose a connu des moments de grand engouement et des moments de presque abandon. L'hypnose a servi de creuset à la psychothérapie et son histoire est également liée au développement de l'anesthésie dont elle a été un précurseur.

L'hypnose contemporaine cristallise la synthèse des meilleures contributions de ces personnages qui font partie de son histoire.

La science est aux portes de la conscience, et cette dernière est encore loin d'avoir livré tous ses secrets. Les neurosciences sont en train d'en décortiquer les différents processus mais n'en sont qu'au tout début et, à ce titre, les travaux sur l'hypnose intéressent grandement le monde de la recherche.

Dans le but d'évaluer l'efficacité de cette pratique et de comprendre l'état hypnotique, de nombreuses recherches sont menées dans le secteur hospitalier à l'aide des techniques modernes de neuro-imagerie.

Ces techniques ont permis d'apporter une reconnaissance de l'état hypnotique et d'approfondir son mode de fonctionnement.

Depuis vingt ans, la pratique de l'hypnose thérapeutique s'est considérablement développée dans le champ de la psychothérapie ainsi que dans le champ du traitement de la douleur, du stress et des troubles psychosomatiques.

Son développement est tout particulièrement remarquable dans le domaine hospitalier où le traitement de la douleur physique et psychique est devenu une priorité de santé depuis les directives ministérielles de 1994 et les plans de lutte de contre la douleur de 2002 et 2006.

Après avoir fait l'objet de nombreuses idées reçues, l'hypnose s'est donc démocratisée et est devenue un outil de soin à part entière dans le domaine de la santé psychique et physique.

C'est à ce titre que de plus en plus de paramédicaux (ostéopathes, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens, infirmiers) l'intègrent également à leur pratique aujourd'hui.

B. Qu'est ce que l'hypnose ?

1. Conscient et inconscient

a. Cerveau émotionnel et cerveau cognitif

A l'origine de l'espèce humaine, le cerveau limbique avait pour tâche de gérer l'intégrité des fonctions vitales de l'organisme afin d'assurer sa survie, mais également les émotions, notamment la peur, en cas de menace ou de danger.

Le cerveau limbique se situe en profondeur, et est constitué principalement par l'hippocampe, l'amygdale et l'hypothalamus. Aujourd'hui, c'est le siège de nos jugements de valeur, souvent inconscients, qui exercent une grande influence sur nos émotions et notre comportement. De ce fait, on le nomme également cerveau émotionnel.

Au cours de l'évolution, il a été recouvert par une « nouvelle écorce », le néocortex, encore appelé cerveau cognitif ou rationnel. Celui-ci s'est développé avec l'apparition du langage et de la pensée.

Le cerveau émotionnel existait bien avant le cerveau rationnel. Ce dernier s'est développé à partir de l'émotionnel, d'où une relation très particulière entre la pensée et l'émotion.

Le cerveau émotionnel est le siège de toutes nos émotions peur, colère, anxiété, etc. qui sont en fait des mécanismes d'urgence afin d'assurer notre survie.

Le langage et la conscience ont peu d'influence sur lui. Il n'est pas possible de commander à une émotion d'augmenter ou de disparaître.

Le cerveau émotionnel est sensible au langage métaphorique et aux symboles, mais le langage direct et logique semble lui être étranger. En revanche il est plus rapide et adapté à des réactions nécessaires à la survie. Par exemple, en présence d'un danger, il déclenche la réaction qui lui semble la plus adaptée à la survie, mais pas forcément la plus « logique » au vu de la situation, avant que le cerveau cognitif ait pu évaluer complètement la situation et éventuellement proposer une réaction plus rationnelle.

Le cerveau cognitif contrôle le langage, la pensée abstraite, l'imagination, la conscience, le raisonnement. Le néocortex est souple et a des capacités d'apprentissage quasi infinies. C'est aussi grâce à ce cerveau que peut se constituer la culture.

La réflexion, la planification et la prise de décision sont son domaine. Sa réaction est plus lente en comparaison avec celle du cerveau émotionnel, du fait qu'elle fait intervenir un grand nombre de circuits neuronaux. Il évalue d'abord la situation, la réaction vient ensuite, mais ses jugements sont a priori plus judicieux.

b. Physiologie des réactions émotionnelles

Le cerveau émotionnel a la faculté d'inhiber, de déconnecter le cerveau cognitif. Cette capacité est liée au fait qu'il est en état de vigilance permanente pour assurer notre survie, et qu'il surveille l'environnement en arrière-plan, prêt à intervenir pour nous protéger. Il prend alors les décisions nécessaires à cette fin.

Face à un danger, ou bien, au contraire, face à une opportunité d'augmenter la survie le cerveau émotionnel interrompt en quelques millisecondes l'activité du cerveau cognitif. Les actions instinctives prennent alors le dessus.

Joseph LeDoux²⁸, neurologue américain, fut le premier à démontrer que l'hippocampe est le lieu de stockage de tout ce que nous mémorisons. Les informations reçues y sont classées et rangées, et si elles se doublent d'une émotion, l'amygdale (glande du cerveau limbique par laquelle transitent toutes nos émotions) entre également en jeu.

Chaque émotion possède un marqueur biologique qui lui est propre, reconnu par l'amygdale et déclenchant son activation. Celle-ci communique alors avec l'hippocampe afin qu'il mémorise l'information concernée de manière particulière.

C'est ainsi que l'on mémorise d'autant plus une situation qu'elle est riche en émotions positives ou négatives.

Les émotions facilitent à la fois « l'encodage », la consolidation et le rappel des souvenirs.

La mémorisation se fait de manière automatique, et le cerveau conscient n'intervient pas dans ce processus.

²⁸ (LeDoux, 1998)

Bien souvent, nous n'avons pas conscience de ce que nous avons mémorisé, et nous pensons avoir oublié. Pourtant, il suffira qu'une situation identique survienne, pour que le souvenir refasse surface. C'est la fameuse madeleine dont Marcel Proust fait l'éloge dans le premier volet de *A la recherche du temps perdu, Du côté de chez Swann*^{29 30}.

Il peut s'agir d'un souvenir agréable comme celui de Proust, mais la mémoire des émotions ne fait pas le tri et se souvient également de ceux qui sont moins plaisants, voire traumatisants.

Suite à de tels événements, des croyances limitantes peuvent se développer. Ces pensées pourront se généraliser et caractériser la difficulté ou l'incapacité du sujet à réaliser tel ou tel acte, le figeant dans un schéma d'échec et l'empêchant de se confronter aux mêmes situations dans le futur.

En effet, si une situation nous rappelle un mauvais souvenir, l'hippocampe nous remémore le fait brut, et l'amygdale y ajoute le panel des émotions négatives ressenties alors.

Ces souvenirs enregistrés et entretenus dans le cerveau limbique peuvent être très anciens, car les structures comme l'amygdale sont fonctionnelles dès l'enfance. C'est la raison pour laquelle certaines routines parfois nées dans la prime enfance sont fortement enracinées dans la mémoire inconsciente du sujet.

La réaction proposée par le cerveau émotionnel au moment des événements est également mise en mémoire. Ainsi, face à une nouvelle situation émotionnelle, l'amygdale passe très rapidement en revue tous les souvenirs de réactions mémorisés sans pour autant faire d'analyse, afin de trouver une réponse qu'elle juge adaptée. Elle ne procède que par analogie entre des événements passés et le moment présent, ce qui conduit parfois à des réactions qui ne sont plus en adéquation avec l'actualité.

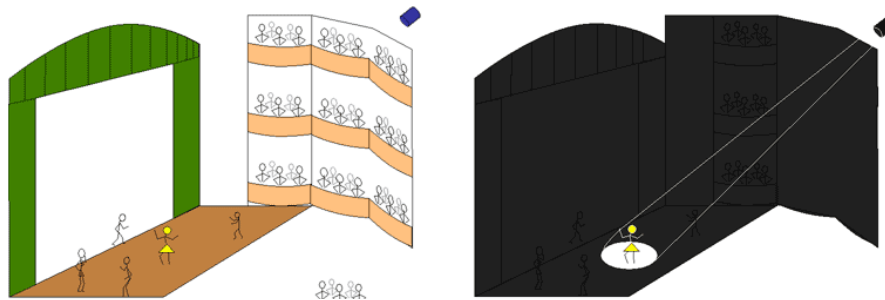
²⁹ (Proust, 1913)

³⁰ « [...] *peut-être parce que, de ces souvenirs abandonnés si longtemps hors de la mémoire, rien ne survivait, tout s'était désagrégé ; les formes [...] s'étaient abolies, ou, ensommeillées, avaient perdu la force d'expansion qui leur eût permis de rejoindre la conscience. Mais, quand d'un passé ancien rien ne subsiste, après la mort des êtres, après la destruction des choses, seules, plus frêles mais plus vivaces, plus immatérielles, plus persistantes, plus fidèles, l'odeur et la saveur restent encore longtemps, comme des âmes, à se rappeler, à attendre, à espérer, [...] à porter sans fléchir, [...] l'édifice immense du souvenir.* »

c. Fonctionnement du conscient et de l'inconscient

Les similitudes entre cerveau émotionnel/inconscient et entre cerveau cognitif/conscient sont manifestes, tout du moins au sens où on l'entend en hypnose.

Pour décrire le fonctionnement de la conscience, Sigmund Freud utilisait la métaphore d'un faisceau de lumière projeté sur la scène obscure d'un théâtre.



Bien que semblant très précise, la conscience ne délivre en effet qu'une vision morcelée d'une pièce dont la majeure partie se joue dans les profondeurs de l'inconscient. La conscience ne sélectionne que la partie congrue parmi l'infinité d'éléments s'offrant à elle.

Nous sommes persuadés que lorsque nous prenons une décision, celle-ci dépend uniquement de notre conscience et notre libre-arbitre.

Or, il s'avère que la conscience n'est la plupart du temps pas nécessaire. Effectivement, la majeure partie des perceptions qui parviennent au cerveau est traitée par celui-ci de manière systématique, sans même que l'individu ne s'en rende compte.

En effet, l'information de la situation que nous vivons parvient au cerveau en utilisant nos cinq sens. Environ deux milliards de fragments d'information transitent chaque seconde via ces canaux sensoriels et le sollicitent. On comprend qu'il est impossible pour l'être humain de traiter l'ensemble de ces flux sensoriels. L'individu sombrerait tout simplement dans la folie si toutes ces afférences devaient être gérées par le conscient.

Au début des années 1980, le neuroscientifique américain Benjamin Libet a montré par électroencéphalographie que le cerveau prépare l'action 350 à 500ms avant que le sujet ait conscience de la vouloir³¹.

Ainsi, avant même que nous n'en ayons conscience, notre cerveau a déjà tout mis en place, sans que nous ayons pu avoir accès aux informations analysées. Notre volonté consciente ne semble donc pas à l'origine de nos actes.

La conscience ne survient qu'à la fin d'un long processus que nous pensons maîtriser, mais qui finalement, nous échappe totalement.

La rapidité de réaction de la « pensée non consciente » montre sa réelle autonomie. Cela est rendu possible lorsque la pensée rationnelle n'a pas eu le temps de « prendre conscience » et d'enchaîner les réactions en fonction de ses conditionnements préalables.

Ainsi, bien que l'individu n'ait pas conscience de tout ce qu'il fait, il possède la capacité d'agir comme il convient.

On peut alors se demander ce que le cerveau fait du reste des informations qui lui deviennent superflues.

Une partie d'entre elles sont conservées dans notre mémoire à court terme, et tout le reste est traité et stocké dans notre inconscient.

Si l'on compare le travail du cerveau à un iceberg, on peut dire que la partie visible située au-dessus de l'eau est le conscient, tandis que l'inconscient représente la partie immergée, beaucoup plus conséquente.

Le conscient et l'inconscient ont leurs missions bien définies et excellent chacun dans des domaines différents.

L'inconscient observe et ressent.

Le cerveau non conscient observe le monde et génère des pensées et des réactions. Sa partie consciente, en revanche, en prend simplement connaissance et les laisse circuler ou bien les inhibe.

³¹ <http://www.jungneuroscience.com/junglibet/>

Quelles que soient les circonstances (sommeil, coma), l'inconscient conserve la capacité d'interagir avec son environnement, et de reconnaître les éléments qui se rapportent à sa propre identité.

En outre, il peut recréer un univers entier d'images et de sensations, notamment lors des rêves, mais, et c'est ce qui nous intéresse ici, également lors de l'état d'hypnose.

Lors de la transe ou bien du rêve, l'inconscient apprend à la pensée ordinaire à prendre conscience et à évoluer dans cet univers.

L'inconscient se développe grâce aux sensations, la conscience s'appuie sur l'apprentissage reçu. Il existe un gouffre entre la spontanéité avec laquelle l'inconscient réagit aux sensations et les raisons qui poussent l'individu à agir. Ces dernières découlent de l'éducation. La réalité est une, mais il peut y en avoir quasiment autant d'interprétations qu'il existe d'individus. Par exemple, la nudité, pourtant indissociable de l'humanité, pourra chez certaines personnes se présenter comme une réalité assumée ou bien chez d'autres, comme un tabou.

L'inconscient peut révéler de nouvelles théories et délivrer une nouvelle compréhension du monde pour peu que la conscience soit un peu diminuée (lors de l'hypnose par exemple).

Effectivement, les pensées issues de la zone primitive du cerveau ne sont pas muettes. Bien que leur langage soit incompréhensible, ces pensées apparaissent alors sous ce qui peut être interprété comme une intuition (en état d'éveil), sous la forme d'un rêve quand le sujet dort, ou bien encore parfois s'imposer sous la forme d'hallucinations (état de fatigue, prise de drogues) L'inconscient impose ses images à une pensée rationnelle (conscience) qui a perdu en partie son contrôle.

La pensée rationnelle semble capable d'adapter le comportement des individus en fonction du groupe social et de ses conventions, mais l'inconscient l'adapte en fonction de l'environnement réel. Il fait appel au raisonnement analogique et à la capacité de déduction que les règles de comportement et la vie en société ont fait perdre à l'Homme.

La conscience n'accepte donc de l'information reçue que la partie qui coïncide avec les valeurs héritées de l'éducation, ou bien en fonction des références collectives, qui peuvent être extrêmement variables.

En revanche, la pensée non consciente exprime davantage des besoins ou des nécessités, sans tenir compte de ces « croyances » et va tenter d’orienter la conscience afin de les satisfaire. La conscience dirige l’individu vers des objectifs qui sont prédéterminés par l’inconscient, qui décide à la fois du but et du chemin.

Le conscient porte un jugement de valeur sur les choses et les actes en accord avec ses « croyances » : tout ce qui ne correspond pas à ses critères est écarté.

Or, le conditionnement, l’éducation, les conventions renforcent les habitudes et affaiblissent les capacités d’adaptation qui permettent de réagir aux diverses situations qui se présentent.

L’inconscient, lui, ne juge pas les informations, il les examine.

Cette capacité fait partie de notre nature profonde et disparaît lors que nous sommes en éveil.

Il existe donc en chacun de nous deux types de pensées aux capacités complémentaires.

La fonction de notre cerveau primitif consiste à déterminer une situation, ses conséquences, et les réactions que nous devrions adopter.

Pour notre inconscient, le jugement en bien ou en mal n’existe que lorsque la situation porte atteinte à notre propre intégrité.

L’inconscient, contrairement au conscient, « enseigne » par l’exemple et non par l’éducation. En situation d’hypnose, la pensée rationnelle est livrée à l’inconscient, qui met en scène tous les éléments nécessaires pour l’amener à comprendre ce qu’il tente de lui expliquer, notamment en lui donnant accès au langage des émotions, ce qu’elle n’est pas en mesure de faire lors de l’éveil.

Pour cela, la pensée inconsciente maîtrise à la perfection l’art de la mise en scène et le maniement des métaphores. Cette mise en situation lui permet de ne pas perdre de temps à expliquer. Elle apprend par l’exemple et non par l’éducation.

Dans *Erickson, hypnose et psychothérapie*³², Dominique Megglé, médecin psychiatre et hypnothérapeute, utilise Don Quichotte et Sancho Pança, les héros de Cervantès, comme métaphore du conscient et de l’inconscient.

³² (Megglé, 2005)

Un conscient qui décide, parfois par des décisions contraires aux intérêts de cette singulière équipe et un inconscient qui gère au mieux ces intérêts, veillant jour et nuit, mais qui n'a pas le pouvoir de décider.

La notion de conscient/inconscient est à la base de l'hypnose. La transe hypnotique se traduit par un « débranchement » des facultés conscientes du sujet au profit d'une connexion avec son inconscient.

Lors de la transe hypnotique, alors que la barrière du conscient est levée, le sujet accepte plus facilement des données différentes qui constituent des informations dont il va pouvoir tenir compte.

La conscience étant modifiée et passant au second plan, elle peut alors laisser place à l'inconscient pour s'exprimer et proposer d'autres solutions.

Toutefois, l'inconscient laissera la conscience trouver elle-même la solution aux différents problèmes auxquels elle est confrontée.

2. L'hypnose comme état de conscience modifié

Comme le souligne Patrick Bellet³³, « il est des mots qui ne laissent pas indifférents, des mots dont l'évocation suscite fascination et crainte, défiance et séduction ; parmi ceux-ci, l'hypnose occupe une place de choix ».

Le terme "hypnose" désigne à la fois un état particulier de conscience, encore appelé « transe hypnotique », l'ensemble des techniques utilisées pour parvenir à cet état de conscience et enfin un processus d'action thérapeutique. C'est peut-être la raison pour laquelle il est si difficile d'en donner une définition précise.

Une des définitions de l'hypnose le plus couramment retrouvée dans la littérature aujourd'hui est la suivante : « l'hypnose est un état modifié de conscience ».

Cet état tout à fait naturel, est qualifié de transe, et chaque individu s'y trouve même plongé spontanément plusieurs fois par jour, généralement lorsqu'il est détendu.

³³ (Bellet, 2016)

De nombreuses situations de la vie quotidienne sont à l'origine de transe spontanée, par exemple lorsqu'il y a saturation de la conscience par un afflux massif d'informations surchargeant notre capacité à réfléchir ou bien en cas d'ennui. C'est la fixité de l'attention sur un événement qui initie cet état de transe : fixité sur un phénomène, une idée, ou encore un sujet.

La conscience est alors absorbée par cet événement et laisse la place à l'inconscient. Cette activité peut être intérieure, telle la remémoration d'un souvenir, la concentration sur un projet, le planning des choses à effectuer avant la fin de la journée, etc., ou au contraire extérieure, initiée par un film, un spectacle, une activité sportive, la lecture, la musique, le bruit du moteur de la voiture que l'on est en train de conduire, etc.

Ces situations peuvent être vécues positivement ou négativement, de manière plus ou moins confortable, tout en restant habituelles et naturelles.

L'état de transe se caractérise par une baisse du niveau d'attention par rapport à la réalité extérieure et la diminution des activités de contrôle. Le sujet laisse de côté la raison pour un monde de perceptions, de sensorialité. Il est ici et ailleurs. La temporalité est également différente. Le « temps hypnotique » est une distorsion, une réinterprétation du temps.

Depuis toujours, le mot hypnose est entouré d'idées reçues et de malentendu. Depuis sa création, il a évolué et s'est modifié en même temps que le concept lui-même, certaines notions ou découvertes étant venues compléter les précédentes, ou au contraire les réfuter.

Le UK College of Hypnosis and Hypnotherapy³⁴ fournit des citations de différentes organisations et d'auteurs reconnus afin de montrer comment l'hypnose est définie par des sources établies et crédibles.

La première définition est la définition originelle, donnée par James Braid en 1841, qui, comme nous l'avons vu précédemment, fut le premier à mentionner le nom d'hypnotisme.

L'origine véritable et l'essence de la condition hypnotique sont l'induction d'un état d'abstraction ou de concentration de l'esprit, dans lequel, comme dans la rêverie ou l'abstraction spontanée, les pouvoirs de l'esprit sont tellement absorbés par une seule idée ou

³⁴ <http://www.ukhypnosis.com>

une seule pensée, qu'ils rendent l'individu inconscient de, ou indifféremment conscient, à toutes les autres idées, impressions ou pensées.^{35 36}

Pour Milton Erickson (1980), l'hypnose est « *un état de conscience dans lequel vous présentez à votre sujet une communication, avec une compréhension et des idées, pour lui permettre d'utiliser cette compréhension et ces idées à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissages.* »

L'Encyclopaedia Britannica donne la définition suivante, écrite par Milton Erickson lui-même : « *un état psychologique spécial avec certains attributs physiologiques, ressemblant superficiellement au sommeil et indiqué par un fonctionnement de l'individu à un niveau de conscience autre que l'état conscient ordinaire. Cet état se caractérise par un degré de réceptivité et de réponse accrus dans lequel il est donné autant de signification aux perceptions empiriques intérieures qu'il en est généralement donné à la seule réalité externe* ».

Selon la British Medical Association à laquelle se réfèrent de nombreux hypnotistes, l'hypnose se définit comme « *un état passager d'attention modifiée chez le sujet, état qui peut être produit par une autre personne et dans lequel différents phénomènes peuvent apparaître spontanément, ou en réponse à différents stimuli verbaux ou autres. Ces phénomènes comprennent un changement dans la conscience et la mémoire, une susceptibilité accrue à la suggestion et 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* ».

Pour le Docteur Jean Godin, historiquement le premier « éricksonien » de France, *c'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*

³⁵ (Braid, *Neurypnology or The rationale of nervous sleep, considered in relation with animal magnetism*, 1843)

³⁶ Traduction personnelle

*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.*³⁷

Pour Chertok³⁸, c'est un « état de conscience modifié, à la faveur duquel l'opérateur peut provoquer des distorsions au niveau de la volition, de la mémoire et des perceptions sensorielles – en l'occurrence dans le traitement des informations algogènes »

Pour Michel Kerouac, psychothérapeute québécois, fondateur de l'Institut Milton H. Erickson du Québec, l'hypnose est *un état et/ou un processus de conscience modifiée, produit par une induction directe, indirecte ou contextuelle, ressemblant parfois au sommeil, mais physiologiquement distinct, caractérisé par une élévation de la suggestibilité et qui produit à son tour certains phénomènes sensoriels et perceptuels. Cet état, que certains auteurs appellent "la transe", est un état naturel que l'on peut vivre tous les jours : lorsqu'on rêve éveillé, lorsqu'on regarde un feu attentivement, lorsqu'on perd temporairement la notion du temps au volant d'une voiture ou, tout simplement, lorsqu'on est « dans la lune »*³⁹

L'hypnose, c'est tout cela à la fois. Et après quatre siècles d'évolution, il demeure difficile encore aujourd'hui d'en donner une définition.

L'hypnose serait donc un mode de fonctionnement qui n'est ni la veille, ni le sommeil, ni même le rêve, et qui permettrait de changer ses perceptions. Certains la qualifie de « quatrième état ».

Dans sa forme la plus achevée, l'hypnose est cette expérience dans laquelle l'homme n'est plus rien qu'un organisme perceptif, qu'un système neurologique ouvert à l'ensemble des informations sensorielles qui lui parvient.

Il s'agit d'un état antérieur à l'intervention organisatrice de la cognition, qui dans un second temps, fragmente la perception généralisée en autant d'éléments qu'il est possible d'identifier, interpréter, contrôler, ranger, pour mieux interagir avec chacun.⁴⁰

³⁷ (Godin, 1992)

³⁸ (Chertok, 1998)

³⁹ (Kerouac, 2012)

⁴⁰ (Tosti, 2015)

Cette expérience se fait dans le cadre de la relation entre l'hypnotisé et l'hypnotiseur.

Dans le contexte qui nous intéresse, c'est-à-dire celui de l'hypnose thérapeutique, l'objectif est de soulager le patient en permettant le changement.

3. Principes neurophysiologiques de l'hypnose

a. Activité cérébrale pendant l'hypnose

Si à ce jour encore, il demeure difficile de donner une définition scientifique précise de ce qu'est l'hypnose, les approches clinique et en particulier paraclinique, notamment grâce aux procédés d'imagerie neuro-fonctionnelle, viennent éclairer les mécanismes neurophysiologiques qui la sous-tendent⁴¹.

Aucun patron d'activité cérébrale véritablement spécifique à l'hypnose n'a pu être mis en évidence. Sous certains aspects, l'état observé se rapproche du sommeil alors que d'autres facteurs relèvent de l'état de veille.

En 1949, Gorton⁴² a démontré grâce à des enregistrements électro-encéphalographiques (EEG) que l'hypnose n'est ni un sommeil, ni un coma mais un état de veille. L'état hypnotique diffère également de la méditation ou des suggestions placebo.

Le sujet hypnotisé est éveillé et est donc conscient, mais dans un état de conscience dit « modifié », appelé également « conscience hypnotique » par rapport à l'état de veille ordinaire dénommé « conscience critique ».

Néanmoins, l'étude des enregistrements EEG n'a pas permis de détecter de fréquences électriques cérébrales spécifiques au processus hypnotique. Les tracés EEG relevés sur des sujets hypnotisés sont composés de rythmes lents de type *alpha* (8-13 Hz)⁴³, que l'on peut également enregistrer chez le sujet éveillé, lorsqu'il a les yeux fermés et qu'il est détendu.

Des rythmes très lents ont pu parfois être relevés (*thêta et delta*), mais ces derniers peuvent

⁴¹ (Conjeau, 2015)

⁴² (Gorton, 1949)

⁴³ (Perlini & Spanos, 1991)

également être retrouvés chez les sujets lors d'une attention soutenue, une visualisation, ou bien encore lors d'une méditation.

L'hypnose est aujourd'hui objectivée grâce notamment à des études utilisant la tomographie par émission de positons (TEP) et l'imagerie fonctionnelle par résonance magnétique (IRMf) qui ont permis de caractériser de manière formelle le phénomène hypnotique et les modifications de l'activité cérébrale qui lui sont propres dans les structures cérébrales mises en jeu.⁴⁴

L'hypnose produit une activation et une inactivation simultanées de certaines zones du cerveau mais également des changements de l'interconnectivité avec d'autres zones corticales et sous corticales impliquées, pour certaines, dans le traitement du message douloureux et d'autres dans celui des émotions et de la mémoire.

Toutes ces structures cérébrales sont en interaction entre elles et peuvent donc influencer la réponse de l'individu à un stimulus.

Il existe en effet deux principes en ce qui concerne l'activité cérébrale humaine :

- une ségrégation fonctionnelle : chaque fonction est localisée dans une région cérébrale déterminée (ex. : la vision au niveau de la région occipitale)
- une intégration fonctionnelle : existence d'une interaction entre ces régions fonctionnelles ségréguées (ex. la région occipitale est en connexion fonctionnelle avec d'autres aires du cerveau).⁴⁵

Rainville *et al.*⁴⁶ ont mesuré le débit sanguin cérébral régional (DSCr) dans différentes régions du cerveau en utilisant la technique de la tomographie par émission de positons. Le débit sanguin élevé reflète une plus forte consommation d'oxygène, et donc une activité plus élevée.

Les états hypnotiques sont associés avec un plus haut niveau de DSCr dans la région cingulaire antérieure ainsi qu'au niveau de l'aire corticale occipitale, du thalamus et dans

⁴⁴ (Grond, Pawlik, Walter, & Heiss, 1995)

⁴⁵ (Faymonville, Joris, Lamy, Maquet, & Laureys)

⁴⁶ (Rainville, K. Hofbauer, Price, Paus, Duncan, & Buschnell, 1999)

certaines régions du tronc cérébral. On note également une diminution de l'activité dans les lobes pariétaux.

Le cortex cingulaire antérieur est une structure du système limbique qui joue un rôle dans l'attention et dans le contrôle du mouvement au cours de tâches cognitives. Le surcroît d'activité dans cette zone peut découler de l'attention portée aux consignes de l'hypnotiseur.

Une apparente corrélation a également été observée entre le degré de relaxation décrit subjectivement par le patient lui-même et une hausse d'activité dans le cortex visuel et une diminution dans d'autres régions pariétales et du tronc cérébral.

Selon Rainville⁴⁷, l'augmentation de l'activité dans le cortex visuel, pourrait être due à un relâchement des mécanismes d'inhibition actifs pendant l'état de veille. Ce relâchement faciliterait la production d'images mentales.

La diminution de l'activité dans les lobes pariétaux et dans le tronc cérébral, quant à elle, toucherait pour sa part des structures liées à l'établissement des distinctions entre le corps et l'environnement extérieur, donc la délimitation du soi.

Des résultats identiques ont été obtenus par Maquet et al.⁴⁸ et Faymonville et al.⁴⁹

La désactivation du précunéus et du cortex cingulaire postérieur au cours du processus hypnotique corroborent le fait que le patient soit en état de conscience modifiée, car ces régions sont normalement impliquées dans le processus conscient chez l'homme et peu activées lors du sommeil ou bien en cas d'atteinte de la conscience (état végétatif)⁵⁰.

Pendant l'hypnose les régions du cerveau communiquent différemment entre elles en faisant appel à des zones liées à la représentation de soi et à l'imagination. Il n'y a pas d'inhibition directe du cortex moteur par les ordres de l'hypnotiseur mais plutôt un changement d'activité du cortex frontal et du cortex pariétal.

⁴⁷ (Rainville, Hofbauer, Bushnell, Duncan, & Price, 2002)

⁴⁸ (Maquet, et al., 1999)

⁴⁹ (Faymonville, et al., 2000)

⁵⁰ (Laureys, Faymonville, Moonen, Luxen, & Maquet, 2000)

C'est également ce qu'a démontré l'équipe de Yann Cojan et Patrik Vuilleumier⁵¹, à l'Université de Genève, en étudiant 12 sujets dont la suggestibilité à l'hypnose avait été établie. La moitié demeurait dans leur état normal, les autres étaient mis sous hypnose.

Il s'agissait de déterminer si le blocage d'un mouvement de la main par suggestion reposait sur des mécanismes cérébraux identiques à un blocage volontaire. Il avait été suggéré aux sujets hypnotisés que leur main gauche était paralysée, les sujets témoins étaient quant à eux chargés de faire comme s'ils étaient incapables de la bouger.

Les résultats ont également révélé que l'hypnose réorganise la communication entre plusieurs régions cérébrales.

Ainsi, chez les sujets hypnotisés, l'activité cérébrale augmente davantage dans le cortex frontal inférieur (contrôle volontaire de tâches) et dans l'aire de Broca (traitement du langage). Dans le même temps, le cortex moteur apparaît déconnecté des aires prémotrices impliquées dans la planification des mouvements (chez les sujets témoins non hypnotisés, ces aires demeurent connectées). En revanche, le cortex moteur communique davantage avec le précunéus associé à la création d'images mentales, à la mémoire autobiographique et aux représentations de soi, contrairement à ce qui se passe chez les sujets témoins.

Trois régions (en rouge) sont systématiquement activées sous hypnose :

- la jonction temporo-pariétale (à gauche),
- le cortex prémoteur (au centre)
- le cortex frontal inférieur (à droite).



Selon Yann Cojan, une telle activité cérébrale suggère non pas une inhibition par les ordres de l'hypnotiseur du cortex moteur, mais un changement d'activité des cortex frontal et pariétal : l'exécution des mouvements serait alors déconnectée de l'intention et de l'attention. Les suggestions de l'hypnotiseur seraient gérées par le biais d'une attitude centrée sur soi (introspection) qui prendrait le contrôle du comportement.

⁵¹ (Cojan, Waber, Schwartz, Rossier, Forster, & Vuilleumier, 2009)

Lorsqu'un sujet en transe hypnotique se remémore un souvenir agréable, guidé par la voix de l'hypnothérapeute qui le lui contera (le patient aura raconté ce souvenir au praticien au préalable), on constate grâce à l'IRMf que les aires cérébrales sensorielles activées ne sont pas les mêmes que lorsqu'il se rappelle simplement ce souvenir en état de vigilance normale.

Sous hypnose, les réseaux activés sont plurimodaux et sont proches de ceux que l'on retrouve dans l'imagination de mouvements.

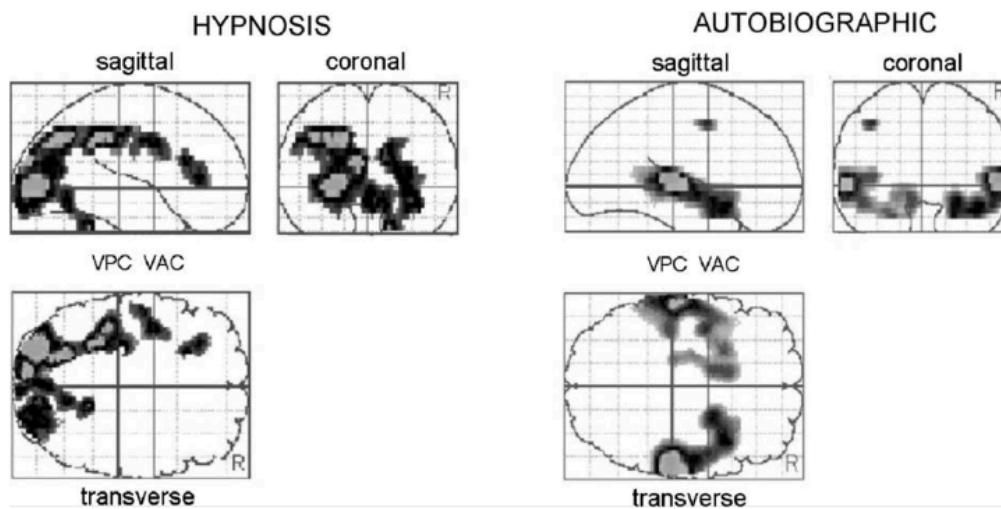


Fig. 1 Régions du cerveau où le débit sanguin cérébral régional est augmenté durant l'hypnose en comparaison à l'imagerie mentale, lors de la remémoration d'un souvenir autobiographique agréable.

52

Fig. 2 Régions du cerveau où le débit sanguin cérébral régional est augmenté durant l'imagerie mentale en comparaison à l'état de veille ordinaire, lors de la remémoration d'un souvenir autobiographique agréable.

Lors de la transe hypnotique, le sujet « sent », « bouge » et « voit » tout en restant immobile. Cela est visible sur les clichés de l'IRMf, et c'est sans doute la raison pour laquelle les patients hypnotisés relatent une fois sortis de transe, cette impression d'avoir réellement revécu leur souvenir agréable plus qu'ils ne se le sont remémoré.

Dans les années 1990, l'équipe de Giacomo Rizzolatti, directeur du département de neurosciences de la faculté de médecine de Parme, découvre un nouveau type de neurones au

⁵² (Cojan, Waber, Schwartz, Rossier, Forster, & Vuilleumier, 2009)

niveau du cortex prémoteur ventral du singe macaque rhésus (aire F5) puis, par la suite, dans la partie rostrale du lobule pariétal inférieur⁵³.

Depuis 2010, l'existence d'un même type de neurones a été démontrée chez l'Humain : les neurones miroirs⁵⁴. Grâce aux procédés d'imagerie cérébrale fonctionnelle (TEP ou IRMf), des chercheurs ont observé une activation dans certaines régions du cortex cérébral (notamment autour de l'aire de Broca, homologue à l'aire F5 du singe, et au niveau du cortex pariétal inférieur) à la fois quand l'individu produit une action et lorsqu'il observe un autre individu exécuter une action plus ou moins similaire.

Les neurones miroirs sont une catégorie de neurones du cerveau qui présentent une activité aussi bien lorsqu'un individu exécute une action que lorsqu'il observe un autre individu exécuter la même action, ou même lorsqu'il imagine cette action.

Les neurones miroirs joueraient un rôle dans le développement de l'individu notamment au niveau de la cognition sociale, lors des apprentissages qui s'effectuent par imitation de nos aînés et de nos pairs. Ils joueraient également un rôle majeur dans les processus affectifs, et notamment en ce qui concerne l'empathie, par la reconnaissance implicite de l'émotion observée chez un autre individu. On les appelle d'ailleurs parfois neurone empathiques.

Les neurones miroirs représentent une découverte majeure dans le domaine des neurosciences. Pour certains chercheurs⁵⁵, ils constituent un élément central de la cognition sociale et interviendraient dans l'apprentissage du langage, dans le domaine de l'art, celui des émotions et la compréhension de ses pairs.

La particularité de ces neurones réside dans le fait qu'ils sont activés lorsqu'un individu exécute un mouvement (c'est le cas pour la plupart des neurones du cortex moteur et prémoteur) mais également quand il est immobile et qu'il voit (ou même entend) une action similaire effectuée par un autre individu, voire seulement quand il pense que ce dernier va effectuer cette action.

⁵³ (Caggiano, Fogassi, Rizzolatti, Thier, & Casile, 2009)

⁵⁴ (Keysers & Gazzola, 2010)

⁵⁵ (Rizzolatti & Sinigaglia, 2007)

En hypnose, les applications d'une telle fonction neurologique sont évidentes. Tout d'abord, elles appuient l'importance de l'imagination dans le processus thérapeutique, puisqu'imaginer faire revient, à un certain niveau, à faire l'expérience. Ensuite, parce que ce jeu de miroir servira de moyen de communication subtil. Il permettra au thérapeute de percevoir l'état émotionnel et l'expérience perceptive de son patient, et inversement, il lui permettra d'influencer le patient s'il montre volontairement une attitude calme, assurée, paisible et sereine. Par imitation, le plus anxieux des patients pourra trouver chez le thérapeute les ressources nécessaires à un travail tranquille et productif.⁵⁶

b. Mécanismes de l'hypnose

Milton Erickson, définissait l'hypnose comme « *une relation pleine de vie qui a lieu dans une personne et qui est suscitée par la chaleur d'une autre personne* »

Le premier temps du processus hypnotique est l'instauration d'un lien thérapeutique de qualité entre le patient et le thérapeute. Cette étape est absolument essentielle, car de là vont découler la confiance réciproque, l'induction, la transe et donc le changement et la guérison. Cela est nécessaire parce que patient et thérapeute se doivent d'être au même endroit au même moment, ici et maintenant. Cela est gage de qualité pour le soin à venir.

Pour le sujet hypnotisé, il s'agit d'une expérience très personnelle.

Comme nous l'avons abordé précédemment, elle se caractérise par la modification des perceptions sensorielles, qui produit un certain détachement des stimuli extérieurs. Souvent, il existe parallèlement une distorsion temporelle.

Pendant l'hypnose, le corps du patient est détendu, mais ses idées sont très claires. Durant la transe hypnotique, la capacité de concentration du patient est supérieure et celle-ci est axée sur l'objet des suggestions du thérapeute.

⁵⁶ (Tosti, 2015)

Même quand il est en transe, le patient garde le contrôle de lui-même tout au long de la séance d'hypnothérapie. L'inconscient continue de le protéger en permanence. Il n'est pas possible de le programmer pour qu'il accepte une suggestion allant à l'encontre de son sens moral ou éthique.

Durant l'hypnose, le sujet ressent généralement un sentiment de relaxation et d'absorption mentale.

Afin de faire l'expérience de la sensorialité, le patient doit savoir faire preuve de lâcher-prise et accepter les événements tels qu'ils surviennent. Cela est nécessaire à l'entrée dans l'expérience hypnotique. Vient alors la phase dite d'induction, durant laquelle le patient va pouvoir se dégager de la perception ordinaire, dominée par la logique, la maîtrise et la raison. Le thérapeute lui demande de focaliser son attention, de se laisser absorber, afin d'induire une dissociation qui sera suivie de l'ouverture dans la sensorialité. Le sujet sera alors en état de transe hypnotique, et soutenue et encouragée par le thérapeute, celle-ci permettra le déploiement de l'imaginaire en vue d'une expérience de modification perceptive.

En effet, en hypnose, l'imaginaire se substitue au réel et sera perçu comme tel tant que durera la transe. L'imaginaire va permettre au sujet, non pas de se soustraire à la réalité, mais de s'y plonger pour prendre appui sur les ressources qui lui sont propres et qui se trouvent à sa disposition. L'imagination prend appui sur le réel et le revêt de nouveaux possibles en lui proposant des alternatives auxquelles le sujet, trop absorbé par ses difficultés, n'aura pas pensé, bien qu'elles soient déjà présentes en son fort intérieur.

L'imagination est souvent bien plus forte que la volonté, et c'est sur elle que l'hypnose doit agir pour favoriser la guérison. Il est possible de conduire et d'orienter l'imagination. Celle-ci incarne le langage de l'inconscient.

Dans le processus d'hypnose thérapeutique, l'objectif est de rechercher dans le psychisme du patient des ressources afin de mettre en place de nouvelles stratégies pour modifier des croyances négatives par exemple.

En quittant la cognition et en redevenant un être ressentant, l'homme revient en quelque sorte à l'état de nouveau-né, où tous les possibles s'offrent à lui, et où les perceptions peuvent s'organiser en adéquation son environnement, et ce, en temps réel.

Ainsi, l'hypnose permet de prendre appui sur ce qui est déjà là, et d'amplifier le mouvement jusqu'à ce que le changement devienne inévitable.

Cela n'a rien de magique. L'hypnose ne permet évidemment aucunement de changer l'environnement. En revanche, elle permet de modifier le rapport du sujet à ce dernier. Ce sont les liens qu'il entretient avec les êtres et les choses qui se voient modifiés, déplacés et ajustés.

Grâce à la transe hypnotique, une prise en compte de tous les paramètres de l'existence devient possible, permettant de mettre au jour des possibles non envisagés jusqu'alors.

Cette focalisation interne naît d'un recul, celui du conscient. Le sujet s'occupe moins de l'extérieur, et se tourne donc vers l'intérieur.

Les stimuli externes perdent de leur importance. Sorti de ce cadre conscient, le sujet change son orientation à la réalité, s'ouvre à de nouvelles ressources, possibilités d'évolution jusque là inconscientes, et les compétences personnelles peuvent se développer : créativité, imagination, ressources d'évolution, changement de représentation, accès à des savoirs, connaissances, etc.

Comme abordé dans un chapitre précédent, la perception des choses est souvent restreinte par les croyances, les peurs, les regrets, la raison, la logique et le contrôle.

Les capacités dont dispose chaque être humain, mais non exploitées, peuvent être révélées grâce à l'hypnose, par le biais de suggestions amenées par le thérapeute.

En fait, l'imagination ne nous permet pas de fuir le réel, mais au contraire, de l'appréhender dans son intégralité. Alors, l'ajustement s'effectue de lui-même.

La suggestibilité et l'hypnotisabilité sont variables d'un individu à l'autre. Différents outils de mesure ont été mis au point pour quantifier ces phénomènes. L'échelle la plus utilisée aujourd'hui est celle de A.Weitzenhoffer et E.Hilgard de l'Université de Stanford en Californie, datant de la fin des années 1960 (Cf. Annexe 1). Les études montrent grâce à cette échelle que 80% des individus sont dans la classe moyennement susceptible, 10% sont hautement susceptible et 10% faiblement susceptibles.

Les croyances et les attentes des patients peuvent recruter l'effet placebo dans n'importe quelle circonstance de soin. Il représente un parfait exemple d'interaction entre le corps et l'esprit, et de la faculté du système nerveux central humain à influencer la physiologie de l'organisme.

L'effet placebo est activé par une suggestion large et souvent complexe, impliquant les croyances du patient, ainsi que la confiance qu'il a envers son thérapeute, donc ne peut-on pas plutôt dire que finalement, l'effet placebo est de l'hypnose ?

Etant donné que l'effet placebo est lié au contexte de soin et à la relation patient-praticien, l'hypnose, comme tout autre soin administré, peut se voir potentialisée grâce à lui.

c. Manifestations physiologiques et psychologiques de l'hypnose

L'état hypnotique est constitué par l'association de différents signes.

Chez les patients hypnotisés, on observe de l'extérieur des signes objectifs, tels que :

- une bradypnée
- une bradycardie
- une modification du tonus musculaire
 - o hypotonie : relaxation musculaire
 - o hypertonie : catalepsie ou rigidité d'un segment de membre
- mouvements automatiques des yeux sous les paupières closes
- diminution voire abolition des mouvements de déglutition
- Littéralité dans la compréhension des paroles du thérapeute. Le patient prend celles-ci « au pied de la lettre ».

Au sortir de la transe, les patients décrivent les signes ressentis et connus d'eux seuls. Ces signes subjectifs sont :

- une relaxation générale
- une lourdeur et/ou une légèreté des membres

- des paresthésies, de la chaleur et/ou de la fraîcheur
- hallucinations « positives » ou bien « négatives ». Cela concerne les modifications des perceptions sensorielles olfactives, auditives, visuelles, gustatives et kinesthésiques. On parle d'« hallucination positive » quand une perception apparaît et d'« hallucination négative » quand un élément de l'environnement n'est plus reconnu comme présent par le patient.
- Détachement, éloignement du contexte

En ce qui concerne les manifestations psychologiques chez le patient lors de la transe hypnotique, on peut noter :

- une activité idéomotrice. Le patient est capable de répondre automatiquement à une suggestion du thérapeute par un petit mouvement de doigt par exemple, et pour communiquer au cours de la séance.
- Distorsion temporelle. Le patient expérimente une modification subjective de l'écoulement du temps et en perd la notion réelle.
- Amnésie parfois
- Régression en âge et hypermnésie. Le patient a la capacité de retrouver dans sa mémoire un souvenir particulièrement riche qui pourra devenir une ressource positive de référence.

Ces signes sont variables d'un sujet hypnotisé à un autre, et une même personne pourra ne pas les connaître d'une séance à une autre.

C. Indications et contre-indications de l'hypnose

Les indications de l'hypnose sont nombreuses car elle est très polyvalente. En effet, elle ne s'intéresse pas, comme on le croit souvent, uniquement à des troubles de l'ordre de la psychopathologie ou de la psychosomatique.

Son utilité peut également s'avérer dans la prise en charge de pathologies somatiques car elle est en mesure d'amener un confort au patient, notamment en modifiant la perception qu'il a de sa maladie.

Nous avons choisi de citer les principales indications de l'hypnose. On peut noter que parmi elles, nombreuses sont celles qui sont communes à l'ostéopathie.

- neuropsychiatrie : migraines, céphalées, insomnies, tics, anxiété, certaines dépressions, phobies, troubles obsessionnels compulsifs, attaques de paniques, névroses traumatiques, troubles alimentaires, addictions, agressivité, troubles de la mémoire, stress, etc.
- neurologie : proprioception, modifications sensorielles
- psychologie : troubles relationnels, deuil, angoisse, etc.
- Douleur : aiguë ou chronique (névralgies, migraines, brûlures, zona, membres fantôme, etc.)
- Anesthésie : traitement de la douleur dans le cadre de la chirurgie
- Pathologies cardiovasculaires : hypertension essentielle, composantes psychologiques de certains troubles du rythme cardiaque
- Dermatologie : eczéma, zona, psoriasis, pelades, prurit, etc.
- ORL : vertiges, acouphènes, dysphonie, toux spasmodiques
- Appareil respiratoire : asthme
- Appareil locomoteur : rééducation d'hémiplégies, de traumatismes crâniens, douleurs
- Gynécologie et obstétrique : approche psychologique dans le traitement de la stérilité, préparation à l'accouchement
- Sexologie : frigidité, dyspareunie, impuissance, éjaculation prématurée, troubles de la libido
- Pédiatrie : troubles du sommeil, eczéma, énurésie

- Gastroentérologie : ulcères gastroduodénaux, composantes psychologiques des troubles du transit, colites, rectocolites hémorragiques, maladie de Crohn, syndrome du côlon irritable, etc.
- Sevrage tabagique
- Dentisterie, stomatologie : analgésie, dentophobie (peur du dentiste)
- Développement personnel : développer l'estime de soi, la confiance en soi, la performance dans les domaines artistique, du spectacle ou du sport, l'atteinte des objectifs, préparation aux examens

En définitive, dans la majorité des problèmes rencontrés par le patient, l'hypnose peut toujours se présenter comme un accompagnement, dans la mesure où en modifiant ses perceptions, elle pourra changer un comportement qui influencera de façon bénéfique sa convalescence ou bien réduira son stress.

Il existe cependant des cas où l'hypnose ne peut-être envisagée.

La principale contre-indication de l'hypnose est directement liée à la compétence du thérapeute, qui se doit d'être en mesure de prendre en charge le problème du patient, et d'avoir la capacité de s'adapter à ses perceptions. C'est la raison pour laquelle elle n'est pas recommandée dans la prise en charge des psychoses ou bien des troubles de la dissociation pathologique, si le praticien n'est pas formé pour prendre en charge ce type de pathologies (psychiatre). Il ne s'agit pas de rajouter de la dissociation à la dissociation déjà existante.

Une autre contre-indication à la pratique de l'hypnose, est l'absence de demande ou d'attente du patient de modification de ses perceptions. Il ne peut y avoir d'hypnose sans le consentement éclairé du patient.

La prise en charge en hypnose est également contre-indiquée dans le contexte médico judiciaire. Il n'est pas possible d'objectiver des faits dans le cadre d'une démarche juridique ou judiciaire tout en délivrant des soins à une victime.

Enfin, la paranoïa avec syndrome d'influence et la dépression mélancolique avec idées suicidaires sont des contre-indications absolues.

II. METHODOLOGIE

A. Stratégie de recherche documentaire

Afin de cibler le champ de nos recherches et d'en définir les mots-clés, nous avons eu recours à deux moteurs de recherche reconnus et utilisés par la communauté scientifique.

Le premier moteur de recherche ayant été utilisé est le Medical Subject Headings (MeSH). Il s'agit du thésaurus de référence dans le domaine biomédical. La NLM (U.S. National Library of Medicine), qui l'a construit et le met à jour chaque année, l'utilise pour indexer et permettre d'interroger ses bases de données, notamment PubMed.

Le MeSH est interrogeable en suivant le lien internet suivant : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>

Partenaire Français de la NLM depuis 1969, L'Inserm (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) a traduit le MeSH en 1986, et met à jour la version française chaque année depuis lors. Il existe donc une version bilingue à la disposition de la communauté francophone. Nous l'avons utilisée comme outil de traduction et également pour l'interrogation de bases de données en français.

PubMed est le principal moteur de recherche de données bibliographiques de l'ensemble des domaines de spécialisation de la biologie et de la médecine. Il donne accès à la base de données bibliographique MEDLINE, qui rassemble des citations et des résumés d'articles de recherche biomédicale.

Nous avons ensuite utilisé le moteur de recherche GoPubMed® (<http://www.gopubmed.com/web/gopubmed/>) qui est une interface sémantique de la base PubMed. Il permet de venir structurer les millions d'articles de la base de données MEDLINE et d'extraire et d'analyser des informations supplémentaires plus précisément, une fois les mots-clés définis.

Il permet notamment de consulter les concepts associés (« top concepts ») au terme décrit. Si l'un d'entre eux semble important, il peut être facilement ajouté à la recherche.

Les mots trouvés dans la base de données MeSh qui seront utilisés sont :

- hypnosis
- osteopathic medicine
- mindbody relations
- behavioral treatment
- short therapy
- bio psychosocial
- somatosensory

Les concepts rattachés à « hypnosis » les plus fréquents sont :

- « pain » (douleur)
- « brain » (cerveau)
- « clinical » (clinique)

Nous avons donc mené une recherche en combinant ces mots-clés avec « hypnosis » dans PubMed et sélectionné les articles qui nous semblaient être en lien avec notre sujet.

Nous avons également mené des recherches via internet sur les pages et le contenu du web, notamment :

- Google Scholar
- JAOA : Journal of American Osteopathic Association

Enfin, pour compléter cette recherche documentaire, nous nous sommes référés à des livres, des essais personnels (mémoires et thèses) et des supports de cours.

B. Critères d'éligibilité d'un article

Nous avons arbitrairement borné nos recherches à des articles parus entre 2000 et 2016.

Toutefois, nous avons également sélectionné certains articles plus anciens dont le contenu nous a permis de venir étayer les explications retenues dans les autres plus récents.

Nos critères d'inclusion ont été :

Articles parus dans une revue à comité de lecture

Articles traitant de l'hypnose, de l'ostéopathie ou bien des deux sujets à la fois.

III. L'HYPNOSE EN OSTÉOPATHIE

A. Ostéopathie et hypnose : des principes communs

1. Principe de globalité : le lien corps-esprit

Andrew T. Still, John. M. Littlejohn, William G. Sutherland, et ceux qui les ont suivis, ont tous évoqué le principe de globalité, chacun à leur manière, plaçant ainsi l'ostéopathie, sans conteste, comme une approche holistique de la médecine.

Cette « universalité », issue de la pensée de Still, peut être abordée de plusieurs manières.

Dans une approche purement mécaniste, Still employait plutôt le terme de « totalité », pour exprimer le fait que le corps constitue une unité fonctionnelle indissociable dont toutes les parties sont inter-reliées entre elles.⁵⁷

Selon ce concept, dès qu'une structure du corps présente une perturbation dans son fonctionnement, cela retentit sur le fonctionnement de structures situées à distance par le biais de ces corrélations tissulaires. Tout rapport anatomique dans le corps humain peut donc être abordé comme une « articulation ».

Le terme d'« unité » quant à lui, était utilisé par Still pour définir la tripartition de l'Homme, constitué « en premier, [par] le corps matériel, en second, l'être spirituel, en troisième, [par] un être de pensée de loin supérieur à tous les mouvements vitaux et aux formes matérielles, dont le devoir est de diriger sagement ce grand mécanisme de vie »^{58 59}. On n'aborde plus ici la globalité du corps, mais bien celle de l'Homme.

Selon ce concept, l'esprit est l'attribut de la vie, la matière incarne sa forme solide et le mouvement son expression visible.

⁵⁷ (Still, Philosophie et principes mécaniques de l'ostéopathie, 2009)

⁵⁸ *Ibid.*

⁵⁹ Traduction de Pierre Tricot dans Still, Philosophie de l'ostéopathie, 2003, p. 30

Plus tard, John Martin Littlejohn, élève de Still, définira le psychisme comme une forme de manifestation de phénomènes nerveux, autrement dits, matériels, et donc comme une forme particulière d'une même corporéité.⁶⁰

L'homme représente donc un ensemble corps-psychisme évoluant au sein d'un environnement avec lequel il interagit.

Dans la pensée ostéopathique actuelle, on peut définir la globalité comme la prise en compte du patient dans tous ses aspects :

- somatique : système myofascial, neurologique, ostéo-articulaire, mécanique, etc.
- psychoémotionnel : vécu, éducation, façon d'appréhender la réalité, résistance au stress, etc.
- environnemental : contexte familial, professionnel, social, alimentation, mode de vie, etc.

On ne peut aborder un patient en occultant un de ces versants. C'est le principe des champs psychosomatique et somatopsychique, qui sous-tendent le lien qui unit les entités corps (*soma*) et esprit (*psycho*).

L'expression de symptômes psychosomatiques laisse entendre que la maladie qui s'exprime au niveau du corps à une origine psychique.

En effet, les états émotionnels modulent l'activité physiologique de l'organisme via le système nerveux autonome, en déchargeant dans la circulation sanguine des hormones informant des récepteurs à distance. S'ensuivent alors des réactions musculaires, hormonales, neurologiques et immunitaires.

Antonio Damasio, professeur de neurologie, neuroscience et psychologie reconnu pour ses travaux sur le cerveau humain, les émotions, la mémoire et le langage parle des émotions en ces termes : « *les émotions s'expriment au sein du corps dans sa totalité, y compris les*

⁶⁰ (Littlejohn, 1999)

circuits cérébraux. La fluctuation des réponses émotionnelles entraîne de profondes modifications corporelles⁶¹ ».

C'est par ce biais que les émotions dites négatives, les traumatismes psychologiques, le stress, laissent des empreintes au niveau des tissus du corps.

Ces charges émotionnelles, prisonnières des tissus, peuvent venir à terme perturber le fonctionnement de la zone anatomique concernée, alors même que le patient aura pu les enfouir au plus profond de son inconscient.

Viola Frymann, éminente ostéopathe américaine, a écrit dans ses recueils de pensées et de conférences : *« certaines choses semblent avoir disparu du champ de la conscience, mais restent cependant bien présentes au fond de nous. Il existe des forces cachées au plus profond de nous même.*

Par exemple, lors d'un traumatisme physique, des forces ont été enfermées et il est nécessaire de libérer tout ce qui est enfermé, tout ce qui est prisonnier de notre inconscient. »

Dans une approche ostéopathique psychosomatique, le travail du thérapeute consistera donc à partir à la recherche de ces tensions tissulaires grâce au toucher afin de les lever.

Quand le praticien parvient à libérer la zone de tension, il peut parfois en découler des abréactions, autres preuves de l'existence de l'interrelation entre psyché et soma. Les abréactions sont des décharges émotionnelles qui peuvent se manifester par des sanglots, de la panique, voire un fou-rire. Elles apparaissent quand une émotion jusque-là refoulée en raison de son caractère pénible réapparaît au champ de la conscience. Généralement, ce processus diminue voire annule les effets jusqu'alors pathogènes de cet affect.

S'il est indéniable que les émotions ont un impact somatique, elles peuvent également être l'expression de notre santé physique. On retrouve effectivement souvent des patients souffrant de syndrome dépressif lorsqu'ils sont soumis à une douleur chronique par exemple.

La relation entre le somatique et le psychique n'est donc pas unidirectionnelle mais réciproque.

⁶¹ (Antonio R. Damasio, 2002)

L'hypnose quant à elle, parce qu'elle modifie la perception et invite au repositionnement au sein de l'univers expérientiel du patient, est également un outil de choix dans la prise en charge et le traitement des maladies psychosomatiques.

En permettant ainsi au patient d'apprendre à désamorcer l'état de tension interne dû au stress (au sens large du terme), l'hypnose permet d'apaiser cet état avant qu'il ne s'installe et se chronicise, limitant ainsi son pouvoir délétère sur la santé de l'organisme.

Ainsi, n'ayant pas l'opportunité ou bien le temps de s'« enkyster » dans les tissus du corps, les tensions générées par les émotions et le stress ne pourront pas s'exprimer au niveau somatique.

En hypnose, il s'agit de faire tomber les barrières du conscient afin de se défaire de ce qui caractérise l'humain, à savoir la pensée, la raison, l'analyse et le contrôle. Ainsi, le corps et l'esprit ne font plus qu'un, et ont la possibilité de travailler conjointement. Il n'y a plus de dichotomie entre les deux, et le patient hypnotisé devient alors disponible pour expérimenter une sensorialité « à l'état brut » et explorer son environnement différemment.

Ostéopathie et hypnose s'appuient donc toutes deux sur le principe de globalité du corps, et interviennent à la fois au niveau somatique et au niveau de la psyché.

2. La structure et la fonction sont étroitement interdépendantes

Selon A. T. Still, « *la maladie est le résultat d'anomalies anatomiques auxquelles succède le désordre physiologique* »⁶²

Cela résume le second principe du concept ostéopathique qui stipule que la structure et la fonction sont étroitement liées à tous les niveaux du corps humain.

Dès lors qu'une structure du corps humain connaît une restriction de mobilité, la fonction qui lui est associée est perturbée, diminuée, et entraîne un trouble fonctionnel.

⁶² (Still, Ostéopathie recherche et pratique, 2001)

L'ostéopathe cherche donc, au sein des structures du corps, celles qui ne présentent pas un degré de mobilité suffisant, dans le but de les libérer pour permettre à la ou les fonctions qui en dépendent d'être assurées de façon optimale.

En ostéopathie, on recense cinq modèles principaux de relations structure-fonction⁶³ :

- le modèle structure-fonction biomécanique.
Il envisage le corps comme l'intégration d'éléments somatiques reliés en un mécanisme de posture et d'équilibre.
- Le modèle structure-fonction respiratoire et circulatoire.
Il a pour rôle de conserver les environnements extra et intracellulaires grâce à la distribution libre d'oxygène et de nutriments et l'élimination des déchets cellulaires.
- Le modèle structure-fonction neurologique.
Ce modèle envisage l'influence de la facilitation spinale, de la fonction proprioceptive, du système nerveux autonome et de l'activité des nocicepteurs sur le fonctionnement du réseau neuro-immuno-endocrinien.
- Le modèle structure-fonction biopsychosocial.
Ce modèle biopsychosocial reconnaît les divers facteurs (environnementaux, socioéconomiques, culturels, physiologiques et psychologiques) et les tensions susceptibles d'affecter l'état de santé des patients et leur bien-être.
- Le modèle structure-fonction bioénergétique.
Ce modèle reconnaît que le corps cherche à conserver un équilibre entre production, répartition et dépense d'énergie. La conservation de cet équilibre aide le corps à s'adapter aux différents facteurs de stress (immunologique, nutritionnel, psychologique, etc.).

Ces modèles d'étroite connivence entre structure et fonction peuvent tout à fait s'envisager en ce qui concerne le domaine de l'hypnose. Plus spécifiquement, puisqu'elle s'intéresse à l'inconscient, à l'imaginaire, toute altération des structures entrant en jeu dans ces

⁶³ (UFOF)

mécanismes (majoritairement le cerveau limbique) aura effectivement un impact au niveau fonctionnel (troubles mnésiques, troubles du langage, troubles psychiques, démence). Réciproquement, tout ce qui touche à la fonction fait écho au niveau de la structure.

C'est ce que le professeur Alvaro Pascual-Leone⁶⁴, enseignant-chercheur en neurologie à la Harvard Medical School, a démontré grâce à l'imagerie fonctionnelle cérébrale. Il a révélé que le cerveau se modifiait lorsque des individus apprenaient à jouer d'un instrument de musique. Un plus grand volume de la zone corticale motrice a été observé chez les débutants qui faisaient quotidiennement leurs gammes, et cela, après une semaine de pratique seulement. Plus surprenant encore, sur un groupe de sujets qui ne faisaient qu'imaginer le mouvement des doigts sur l'instrument, une augmentation semblable a été observée. Ainsi, l'imagination seule est suffisante pour renforcer les circuits neuronaux. Répéter mentalement et pratiquer une activité activent les mêmes zones cérébrales.

Pour conclure, ainsi que le disait Viola Frymann, « *le terme fonction ne s'applique pas seulement aux activités végétatives de l'organisme, telles que la circulation, la respiration, la digestion, etc. Il inclut également des activités telles que la pensée, la sensation, l'expression créatrice, la méditation et même l'aspiration spirituelle* »⁶⁵.

Cela vient confirmer que l'hypnose, partage avec l'ostéopathie ce second principe de relation étroite et d'interdépendance entre structure et fonction.

3. Principe d'autoguérison : l'ostéopathe est un fulcrum

Dans *Autobiography*⁶⁶, Andrew Taylor Still écrivait un autre grand principe du concept ostéopathique : « *Le corps de l'homme est la pharmacie de Dieu et comprend en lui-même tous les liquides, drogues, lubrifiants, opiacés, acides et antiacides, et toutes sortes de drogues que la sagesse de Dieu a pensées nécessaires au bonheur et à la santé humaine*⁶⁷. »

⁶⁴ (Lin, Kobayashi, & PascualLeone, 2002)

⁶⁵ (Frymann, 1998)

⁶⁶ (Still, *Autobiography of Andrew Taylor Still*, 1897)

⁶⁷ (Still, *Autobiographie*, Traduit de l'anglais par Pierre Tricot, 1998)

Selon le fondateur de l'ostéopathie, le corps humain possède ses propres mécanismes pour maintenir un état de santé permanent. Ces processus naturels d'auto-équilibre continu et d'autoguérison contribuent à maintenir l'homéostasie.

L'apparition d'un symptôme ou l'émergence d'une maladie sont les signes d'une rupture ou d'un conflit dans ce processus naturel d'autoguérison du corps.

Rollin Becker définissait ainsi le comportement des tissus en cas de dysfonctionnement. *« Lorsqu'ils manifestent la lésion en leur sein, les tissus entrent dans un schéma délibéré. Ils se rendent vers un point où tout sens de mouvement ou de mobilité semble cesser. C'est le point d'immobilité. Bien qu'il soit immobile, il est doté d'une puissance biodynamique. C'est la zone de potentiel inhérent pour ce schéma de lésion. C'est un still-point au sein de cette unité en fonctionnement⁶⁸ ».*

En d'autres termes, ce point d'immobilité est le centre organisateur du schéma dysfonctionnel. C'est ce que l'ostéopathe va chercher à contacter, en créant lui-même des points d'appuis ou « fulcrums » avec son propre corps (pied ancrés au sol, ischions en contact avec le siège, avant-bras en appui sur la table).

Les fulcrums sont des points d'appui autour et à partir desquels peut exister un mouvement.

Ces points d'appuis sont nécessaires au praticien et lui servent de base afin qu'il puisse référencer ses perceptions et ajuster sa palpation à la réaction des tissus qu'il a sous les mains.

Les points d'appuis mis en place par l'ostéopathe offriront à ces tissus lésés de nouveaux fulcrums. L'organisme pourra alors réorganiser ses ressources internes autour de ces nouveaux points d'appui, immobiles mais capables de s'adapter aux changements du mouvement, leur permettant de se réveiller, se réorganiser et de se rééquilibrer.

Au-delà des points fulcrums qu'il utilise pour palper le patient, c'est l'ostéopathe dans son intégralité qui est un fulcrum, et pas seulement physique.

⁶⁸ (Becker, Life in Motion : the osteopathic Vision of Rollin Becker, 1997)

« Votre façon de vous asseoir, d'appliquer les fulcrums, etc., ne représentent que l'aspect « physique » de votre état de praticien. La seule matière vraiment importante, c'est votre conscience et votre « immobilité »⁶⁹.

Pour se faire fulcrum, l'ostéopathe doit recruter tout un ensemble de possibilités, non seulement physiques (ses pieds, ses ischions et ses avant-bras), mais il doit également mettre en place un référentiel à partir de sa conscience perceptive.

Pour cela, il est nécessaire que l'ostéopathe centre ses sensations. Il doit faire la somme de ses ressentis afin de percevoir de manière unifiée les phénomènes qui s'opèrent au niveau du corps du patient. C'est ce que l'on appelle le *centrage*.

A la fois immobile et tranquille, tel un point d'appui, il fait écho avec les points d'immobilité du patient, qui, rappelons-le, sont les points vers lesquels semblent converger les tissus lésés. Il y a communication entre les fulcrums du patient et l'ostéopathe-fulcrum.

Le fulcrum proposé par l'ostéopathe se présente comme un point d'appui transitoire qui permet de potentialiser les ressources internes d'homéostasie du patient et de laisser la puissance contenue dans l'immobilité s'exprimer librement.

« Le patient devient un acteur réflexif de sa propre santé et l'ostéopathe un fulcrum dans une approche systémique, un «facilitateur thérapeutique⁷⁰ ».

Dans le domaine de l'hypnose thérapeutique, c'est exactement la même chose. Loin de l'image sulfureuse dont elle pâtit encore, où le praticien annihile la personnalité du sujet, réglémentant ainsi ses idées et enrayant son sens critique, l'hypnose place le patient au centre du soin.

Contrairement à la manière dont la majorité des personnes se représente l'expérience de l'hypnose, lors de l'hypnothérapie, le patient ne devient pas un pantin. L'hypnose n'est absolument pas un processus passif, mais réellement une démarche dynamique.

⁶⁹ (Duval, 2008)

⁷⁰ (Upledger, 1997)

Il est suggéré au patient de devenir acteur et responsable de sa transformation, car il possède en lui, même s'il l'ignore parfois, toutes les possibilités inhérentes à sa nature afin de s'adapter à son environnement.

Par sa présence tranquille, le thérapeute ressent la capacité du patient à résoudre son problème et l'invite à passer à l'action. En outre, le patient peut prendre appui sur la présence assurée du thérapeute et la tranquillité de celui qui a servi de passeur à nombre de changements thérapeutiques influera positivement sur la dynamique du changement qui se joue dans l'hypnose. Le mouvement peut alors réapparaître⁷¹.

Le thérapeute ne fait rien d'autre que de mettre en évidence le fait que le patient a en lui toutes les ressources nécessaires pour se remettre en mouvement vers le mieux-être, mais c'est bien le patient lui-même, qui crée son propre chemin pour y parvenir.

C'est ce que François Roustang nomme le « pouvoir réorganisateur »⁷².

Ce dernier offre la possibilité de s'adapter à l'environnement en permanence, afin de pouvoir continuer à avancer dans la vie.

Ce concept rejoint le principe d'homéostasie du vivant, où l'organisme sait de lui-même quels mécanismes mettre en œuvre pour s'adapter, se renouveler, se réparer, se cicatriser.

En hypnose, le patient possède en lui toutes les ressources qui seront utilisées pour potentialiser le traitement. Le praticien représente alors un point d'appui facilitateur, un catalyseur dans l'évolution thérapeutique qui se fait alors d'elle-même.

Les hypnothérapeutes utilisent d'ailleurs parfois la métaphore suivante : « *et maintenant vous pouvez laisser votre petit thérapeute intérieur faire son travail, n'intervenez pas, laissez-le faire. Telles les fois où vous vous coupez par exemple, vous ne vous demandez pas comment votre corps va faire pour cicatriser. Il le sait, c'est tout. Il en est de même pour votre Inconscient. Il sait* ».

⁷¹ (Tosti, 2015)

⁷² (Roustang, 2000)

On retrouve ici le même principe qu'en ostéopathie, qui place le praticien comme une aide et un appui pour le patient sur le chemin de la guérison.

4. La vie c'est le mouvement

Selon la philosophie d'A. T. Still⁷³, on considère en ostéopathie que la vie s'exprime dans les tissus au travers des forces vivantes qui existent au sein du corps. Celles-ci s'expriment au travers de la notion de la vitalité.

Toute modification tissulaire (le plus souvent une densification) a une répercussion sur la vitalité de l'individu, qui peine alors à s'exprimer. Cela est généralement corrélé à une diminution de son pouvoir d'adaptation face aux différents stress qu'il peut subir.

Selon Rollin E. Becker⁷⁴, dans la continuité de ses prédécesseurs A. T. Still et W. G. Sutherland, tout ce qui est en vie est en mouvement, et la vie elle-même s'exprime sous forme de mobilité.

Selon lui, la véritable Santé d'un individu se manifeste par une liberté totale de mouvement, et ce, aussi bien aux niveaux physique, psychique que spirituel.

En effet, les personnes qui souffrent, que ce soit de douleur, mais aussi de dépression, d'angoisses, de phobies, etc., sont immobilisées dans leur vie par leur symptôme, qui les coupe d'une relation équilibrée au monde et à elles-mêmes⁷⁵.

En ostéopathie, un corps sans entrave dans sa mobilité est un corps en bonne santé.

L'ostéopathe s'emploie à déterminer et à traiter les restrictions de mobilité qui peuvent affecter l'ensemble des structures composant le corps humain afin de le préserver d'un déséquilibre de son état de santé.

Dans le cadre de l'hypnose, le thérapeute va également s'appuyer sur ce fondement de

⁷³ (Still, Autobiography of Andrew Taylor Still, 1897)

⁷⁴ (Becker, Life in Motion : the osteopathic Vision of Rollin Becker, 1997)

⁷⁵ (Benhaïem & Roustang, L'Hypnose ou les portes de la guérison, 2012) p. 72

mouvement afin que les perceptions du patient redeviennent conformes à la réalité.

Prenons deux exemples pour démontrer ce propos⁷⁶.

Lorsque nous fixons notre regard et notre attention sur un point fixe de manière prolongée, nous nous apercevons rapidement que l'ensemble de la perception s'en trouve modifié et qu'une sensation de flou s'installe autour du point fixé. La perception de la réalité est modifiée.

Une autre expérience du même type peut s'effectuer avec le sens du toucher. Si l'on pose la pulpe d'un de ses doigts sur une table et que l'on reste immobile quelques minutes, bientôt il devient impossible de percevoir les afférences provenant de cette zone. Le tact épicrotique s'amenuise et l'on ne sait plus définir la texture de la table, ni sa température ou bien même indiquer la position de notre doigt.

Le point commun entre ces deux exercices est l'absence de mouvement qui vient perturber les sens. Dans les deux cas, pour recouvrer ses perceptions, il suffit simplement de remettre du mouvement.

Dans le premier cas, un balayage du regard, et dans le second, le fait de glisser son doigt sur la table, suffisent à percevoir à nouveau les sensations que l'on avait perdues.

L'absence de mouvement engendre donc des modifications de perception subjectives, des distorsions de la perception.

“Ce qui frappe quand on observe un patient qui souffre de douleurs ou de tourments c'est l'appauvrissement, la rigidité, voir l'absence de mouvements qui caractérisent certains de ses comportements. Cette absence de mouvement n'est pas répertoriée dans les diagnostics psychiatriques alors qu'on la retrouve dans la clinique... cette rigidité peut être liée à la dureté de l'élément... la guérison se traduit par la perception d'un espace élargi”⁷⁷

« Supprimer le mouvement fait basculer dans une autre perception. Il faut donc remettre du mouvement pour que les choses redeviennent conformes à la réalité⁷⁸. »

Rester focalisé sur un élément contribue à l'isoler et à l'extraire de son contexte, le sortant donc de la réalité.

⁷⁶ (Tosti, 2015)

⁷⁷ (Benhaiem & Roustang, 2012)

⁷⁸ *Ibid.*

Nous sommes bercés par la douce illusion que la volonté, le contrôle et le mental, en un mot la Conscience, sont les seules choses susceptibles d'amener le changement. Si cela était si simple, tous les individus iraient mieux spontanément, or, on s'aperçoit dans les faits que la logique et la raison ne sont souvent pas suffisantes pour cela. Ainsi, les conseils avisés de nos proches qui se veulent bienveillants, « *il suffit de...* » « *Allez, hauts les cœurs !....* » « *Il faut te secouer...* » « *Va de l'avant...* », etc. – se montrent-ils sans effet sur notre propre perception de notre environnement. Le patient se sent figé, rigide dans son problème.

De cet absence de changement va naître l'immobilisme, et cet immobilisme va faire apparaître les ruminations, les obsessions, la fixation sur une douleur, qui entraîneront à terme l'émergence de symptômes, voire de la maladie.

Les pathologies qui découlent de l'absence de mouvement sont nombreuses, et il reviendra à l'hypnothérapeute de remettre du mouvement dans la perception du patient pour enrayer la fixité.

Remettre du mouvement permet de mieux discriminer les éléments, de percevoir la réalité telle qu'elle est, et non à travers le prisme de l'immobilité.

Lorsque l'on redonne du mouvement à ses perceptions, que l'on élargit le faisceau de l'attention, on a alors plus de chance de pouvoir trouver la solution à son problème. C'est par l'ouverture que peut se faire la guérison.

L'hypnose est un moyen pour le patient d'élargir ses perceptions à la totalité des liens qu'il entretient avec son environnement et donc un outil de plus sur la voie de la guérison.

B. Intégration de l'hypnose dans la consultation ostéopathique

L'inclusion de l'hypnose dans la consultation ostéopathique est possible et s'effectue le plus souvent sous la forme d'hypnose conversationnelle (le patient est à l'état de veille), mais peut également se faire via une séance d'hypnose plus conventionnelle avec mise en transe du patient. Dans le second cas, l'obtention du consentement éclairé du patient est une condition

sine qua non.

L'hypnose peut être intégrée au soin ostéopathique tout au long de la consultation. Elle y ajoute une qualité, une nouvelle dimension à la compétence initiale de l'ostéopathe.

1. Lors de l'anamnèse

Dans une consultation d'hypnose conventionnelle, certains éléments qui lui sont spécifiques sont primordiaux à prendre en compte, notamment durant l'anamnèse, et sont garants d'un interrogatoire réussi.

Certains de ces référents n'apparaissent pas dans l'anamnèse ostéopathique « classique », mais peuvent tout à fait être utilisés par l'ostéopathe.

a. Le langage et les métaphores

Si en ostéopathie une attention toute particulière est apportée à l'observation du corps du patient, la composante psychoémotionnelle demeure souvent au second plan.

Dans l'approche hypnotique, durant l'interrogatoire, on se concentre sur les trois sortes de langage existantes : verbal, non-verbal et paraverbal.

Le langage verbal correspond aux mots employés, à la sémantique, à la syntaxe du patient, à la manière de construire ses phrases.

Le langage non verbal regroupe les gestes et microgestes (rougissement), la position du corps, la respiration, le regard du patient.

Enfin, le langage paraverbal se rapporte aux sons produits lors des communications : le ton, le timbre, le rythme, l'intonation de la voix, les pauses, les soupirs, etc.

Ces langages sont observés, identifiés et respectés par le thérapeute. Grâce à cela, le praticien va s'harmoniser avec le patient, c'est-à-dire qu'il va reproduire ce qu'il voit et ce qu'il entend de son patient, sans pour autant le « singer ». (Cf. neurones miroirs)

Dans le processus hypnotique, le langage verbal occupe une place de premier rang tout au long de la consultation, mais cela est encore plus vrai durant l'anamnèse. L'attention que le praticien lui apporte est déterminante.

Le corps parle également, et parfois, plus que cela, il crie. Il exprime non verbalement les non-dits, les inconcevables, les inacceptables. En somme, tout ce que l'Inconscient du patient a consigné dans ses profondeurs. Le langage courant ne s'y trompe d'ailleurs pas :

- « J'en ai plein le dos »
- « je le porte à bout de bras... »
- « Cela me démange... »
- « Cela m'a coupé les jambes... »
- « la rate au court-bouillon... »
- « des nœuds au cerveau... »

Le sculpteur Auguste Rodin affirmait : « *Le corps exprime toujours l'esprit dont il est l'enveloppe* ».

Ainsi, les mots utilisés par le patient vont-ils être recueillis scrupuleusement par l'ostéopathe et notés littéralement, afin de pouvoir être réutilisés plus tard au cours de la séance.

- « *C'est comme si on m'enfonçait un tournevis dans la tempe* »
- « *J'entends ce « cloc » à chaque fois que je me penche...* »
- « *Je me suis coincé le dos...* »

Ces mots résonneront alors dans l'Inconscient du patient, car ils lui seront familiers et auront alors plus d'impact. L'ostéopathe pourra les réinjecter en cours de consultation pour appuyer son traitement.

Par exemple :

- « *Voilà, nous avons retiré ce tournevis que vous aviez au niveau de la tempe.* »
- « *Vous ne devriez plus entendre le « cloc » habituel.* »
- « *nous avons décoincé les articulations qui vous étaient douloureuses...* »

En utilisant d'autres mots, même s'ils sont synonymes de ceux utilisés par le patient, leur poids ne pèsera pas de la même manière au niveau de l'Inconscient du patient.

Même si le patient ne s'exprime pas d'une manière identique à celle du thérapeute, ce dernier doit absolument utiliser le même langage : il devra utiliser ses expressions, y compris les fautes de syntaxe s'il y en a, les mots familiers et même les déclarations farfelues, incongrues, approximatives, dans la mesure où elles font partie des croyances absolues du patient.

- *« Je me suis fait une entorse de la gorge... »*
- *« Vous avez raison, il existe plusieurs petits ligaments au niveau du larynx, qui ont pu être étirés... »*

- *« J'ai mal à la neuvième cervicale... »*
- *« D'accord. La neuvième cervicale correspond à la deuxième vertèbre thoracique ».*

- *« J'ai une sciatique du bras... »*
- *« Oui, il est possible que vous ayez un nerf qui ait été étiré comme le sciatique »*

La plupart des patients ne sont en effet pas familiers avec le jargon médical, et l'utilisation de leur propre langage leur donne accès au registre de références personnelles (loisirs, travail, sports, valeurs personnelles, etc.) avec lesquelles il sont assurément plus à l'aise.

Ils utilisent alors des métaphores pour décrire leur problème. Celles-ci reflètent le vécu de l'Inconscient. Elles le retranscrivent fidèlement.

En utilisant ainsi des termes non médicaux pour qualifier les symptômes qu'ils décrivent, les patients peuvent percevoir la possibilité d'un changement qui n'était peut-être pas pressenti jusqu'alors, car ils se sentaient prisonniers d'un domaine qu'ils ne maîtrisent pas.

Le thérapeute doit donc porter une attention toute particulière au langage verbal du patient et l'envisager comme une source d'informations précieuses pour évoluer vers le changement. De plus, cela contribue à établir un contexte positif dans la relation thérapeutique

b. L'écoute et le non jugement

Il faut savoir écouter le patient, approuver et respecter ses propos, sans jugement et surtout sans interprétation. Le thérapeute doit également se garder de « contaminer » le patient avec les croyances qui sont les siennes.

Quoi que le patient puisse proposer, quelle que soit sa perception des choses, elle est juste, car c'est la sienne.⁷⁹

En laissant au patient la liberté de s'exprimer, le praticien attentif aura la possibilité de voir se dessiner sa particularité, son système de croyances et les perceptions qu'il a de son environnement.

Il faut l'encourager à parler afin de pouvoir appréhender le vécu de son Inconscient, car c'est ce que retranscrivent les mots qu'il utilise, comme nous l'avons vu précédemment.

Le patient doit ressentir que le thérapeute éprouve de la compassion pour lui, mais sans sensiblerie. Le praticien est présent, impliqué, et cela doit être perçu par le patient.

*En hypnose, on ne juge pas, on ne critique pas, on ne donne pas de leçons de morale ou de bonne conduite. L'hypnothérapeute n'est qu'un passeur d'une perception à une autre. Il se satisfait donc de chacune des expériences qui se vit par le patient dès lors qu'elles sont honnêtes.*⁸⁰

La qualité d'écoute est très importante pour instaurer une relation de confiance. Cela nécessite pour le soignant de se rendre disponible, de se mettre en capacité et dans un état d'esprit de recevoir ce que le patient a à lui dire.

L'anamnèse « hypnotique » ne s'effectue pas au travers des perceptions et des croyances du praticien, mais bien au travers de celles du patient en lien avec son environnement.

⁷⁹ (Tosti, 2015)

⁸⁰ *Ibid.*

Le thérapeute ne doit établir aucune hiérarchie dans le questionnement de son patient et considérer chacune des réponses avec la même attention.

c. Modifier le plan émotionnel

Dans l'anamnèse, si le cas se présente, il faut également calmer « *la folle du logis*⁸¹ », c'est-à-dire l'imagination du patient, car celle-ci a parfois tendance à ne reproduire que l'apparence des choses et n'est qu'un ensemble de représentations confuses.

Calmer l'imagination du patient permet de modifier le plan émotionnel.

Il est nécessaire de légitimer le problème du patient et de l'apaiser à ce sujet.

Par exemple, lorsqu'un patient se présentera en consultation suite à un nomadisme médical avéré :

« *Personne ne trouve ce que j'ai...* »

Le simple fait de lui dire : « *Oui, je comprends* », de le questionner sur son motif de consultation et d'appréhender son problème avec lui, fera que le patient se sentira écouté et considéré.

Lorsque le patient évoque une « équation limitante », le thérapeute doit le recadrer afin qu'il ne reste pas enfermé dans un postulat qui l'empêche d'avancer. Il faut toujours se centrer sur l'essentiel, et remettre le patient en action, en douceur, sans le vexer ni le blesser, sinon on ne pourra atteindre l'objectif fixé.

Par exemple, pour un patient qui viendra nous consulter pour des troubles du sommeil :

- « *Je suis insomniaque...*
- *D'accord. Depuis combien de temps avez-vous des difficultés à dormir ?* »

Ainsi, d'une plainte identitaire permanente, où le « *je suis* » présuppose « depuis toujours » et « en toutes circonstances », on bascule sur une plainte comportementale, temporaire et localisée.

⁸¹ (Malebranche, 2006)

On passe du « être » au « avoir ». Le patient amalgamé avec son symptôme s'associe à lui en tant qu'être. Il se confond avec lui. En le dissociant de son problème, en le décalant, on amorcera le premier mouvement sur la voie du changement.

Autres cas cliniques :

« Je viens vous voir parce que je suis coincé.

Vous n'êtes pas coincé, en revanche, une partie de vous est coincée »

« Je suis bonne à mettre à la casse.

« Et quelle partie de vous souhaiteriez-vous échanger à la casse ? »

d. Définition d'un objectif

Lorsque le patient nous expose son motif de consultation, il faut lui donner du sens. Tout d'abord, il faut situer ce problème : où ? quand ? comment ? combien ?

Ensuite, une des étapes primordiales de l'anamnèse en hypnothérapie, est de demander au patient ce qu'il attend de la consultation.

En précisant ce qu'il espère du soin, il va alors pouvoir mettre des mots sur une demande qui, le plus souvent, n'a jamais été véritablement explicite, et alors formuler un objectif.

Il est nécessaire de définir et de poser clairement cet objectif.

Le fait que ce soit le patient lui-même qui modélise son propre objectif, précise la direction à suivre avec l'aide du thérapeute, mais ne laisse pas la possibilité à ce dernier de présumer à la place du patient ce qui est bien pour lui ou pas.

Le praticien n'est là que pour aider le patient à trouver le chemin, mais c'est bien lui qui est acteur de ce processus qui le conduira au changement.

La définition de l'objectif conditionne toute l'orientation du traitement à venir. En effet, en formulant son objectif, le patient expose ainsi les perceptions qui sont les siennes au moment où il le fait. Celles-ci serviront de base au thérapeute pour effectuer son travail.

On comprend donc bien l'importance de la clarté de l'objectif.

Définir son objectif représente un premier pas vers le mouvement, puisque cela demande au patient de se représenter le soulagement escompté, de se projeter vers un nouveau cadre de perceptions où son problème sera résolu. Le seul fait d'imaginer que cela puisse arriver ouvre une porte vers une potentielle guérison, alors qu'il était jusqu'à présent figé dans son immobilisme.

D'ailleurs, dans la même optique, la phrase « *Qu'est ce qui vous amène aujourd'hui ?* » sera préférentiellement remplacée par « *En quoi puis-je vous être utile aujourd'hui ?* » La nuance peut sembler infime, mais en réalité, elle a son importance. La première phrase implique que la situation est figée, voire immuable, or, dans la seconde phrase, on perçoit la possibilité d'un changement avec l'aide du thérapeute.

Il faut noter que la réponse du patient peut ne pas être celle que le praticien attendait.

L'objectif du patient doit absolument être formulé positivement. Le patient doit exprimer ce qu'il veut et non ce qu'il ne veut pas. Lorsque l'on veut suivre une direction et atteindre un but il vaut mieux savoir vers où aller plutôt que là où on ne veut pas se diriger.

Il faut alors « cuisiner » le patient et l'interroger jusqu'à ce qu'il parvienne à le faire. Cette insistance de la part du thérapeute pourra parfois surprendre le patient, mais c'est une condition nécessaire pour que l'objectif soit efficace.

Exemple de cas où un patient vient consulter en ostéopathie pour une gonalgie :

- « *En quoi puis-je vous être utile aujourd'hui ?* »
- *J'ai mal au genou gauche quand je cours.*
- *Vous avez mal au genou gauche quand vous courez. D'accord. Qu'attendez-vous de cette consultation ?*
- *Et bien, je ne veux plus avoir mal quand je cours !*
- *Très bien, donc vous aimeriez vous sentir comment ?*
- *J'aimerais que mon genou ne me fasse plus mal.*
- *D'accord. Que ressentirez vous quand vous n'aurez plus mal ?*
- *Je me sentirai libre.*
- *Très bien. Donc, si vous deviez formuler un objectif, quel serait-il ?*

- *J'aimerais me sentir libre.*
- *Parfait. »*

Les questions qui peuvent aider le patient à définir son objectif peuvent être les suivantes, et sont puisées dans le formulaire créé par Robert Dilts⁸².

- Que voulez-vous ?
- Que vous apportera la réalisation de votre objectif ?
- Comment saurez-vous que vous aurez atteint votre objectif ? (cela est généralement exprimé par le langage sensoriel)
- Qu'est-ce qui vous empêche d'atteindre votre objectif actuellement ? (obstacles)
- Quelles sont les conséquences positives et négatives de l'atteinte de votre objectif ? (environnement)
- Quelles sont les ressources nécessaires à l'atteinte de votre objectif ? (information, attitude, état interne, finances, soutien des proches, etc.)
- Quel est le premier pas à faire pour atteindre votre objectif ? (plan d'action)
- Y a-t-il plus d'une façon d'atteindre votre objectif ?
- De quel délai avez-vous besoin ?
- Imaginez avoir atteint votre objectif. Retournez-vous et déterminez quelles étapes ont été nécessaires pour y arriver.

L'objectif doit toujours être positif, réaliste, confortable et réalisable par le patient. Il doit aussi, dans la mesure du possible, atteignable dans un délai précis, et ce, afin que celui-ci ne s'éloigne trop du patient. Il n'y aura ainsi pas de place pour la procrastination.

Une dernière méthode peut aider le patient à formuler un tel objectif. C'est ce que l'on appelle « la question miracle ».

On utilise alors une technique dite de « progression en âge », où le thérapeute demande au patient de se projeter vers l'avenir à un moment où son problème aura disparu.

⁸² Robert Dilts est depuis les années 1975 un des principaux chercheurs et développeur de la programmation neurolinguistique (PNL) et de ses applications aux domaines de la santé, de l'éducation et des affaires. Coach, consultant et chercheur de renommée internationale, ses techniques sur les stratégies, les systèmes de croyance, la PNL "systémique", le Réimprinting, l'Intégration des croyances en conflit, "Sleight of Mouth Patterns", et son modèle des niveaux logiques, ont connu une large diffusion.

Ce dernier doit alors relater une description multisensorielle de la situation.

« Imaginez que, ce soir, vous allez vous coucher comme d'habitude, et que pendant la nuit, un miracle se produit. Votre problème disparaît et les questions que vous vous posez trouvent des réponses. Mais comme vous étiez endormi, vous vous réveillerez demain matin comme d'habitude, sans savoir que cela s'est accompli. Quelles seront les premières choses qui vous indiqueront qu'un miracle a eu lieu? Comment découvrez-vous qu'une transformation s'est réalisée ? »

Le thérapeute aidera le patient à formuler ses réponses avec des éléments objectivables, en faisant attention à associer le patient au futur.

Par exemple, si le patient répond : *« je me sentirai(s) mieux »*, sa réponse est au futur ou au conditionnel, ce qui porte sur une émotion subjective. Le thérapeute lui demandera alors : *« Et que faites-vous maintenant, que vous ne faisiez pas avant que ce miracle ne se produise ? »* afin d'obtenir une réponse comportementale présente et objective comme par exemple *« je n'ai plus mal quand je cours »*.

Ainsi, l'esprit étant orienté vers les objectifs, en s'en fixant lui-même un qui soit spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et temporel, le patient peut progresser à la fois consciemment et inconsciemment vers sa réalisation.

e. Recherche des canaux de communication

L'individu perçoit le monde qui l'entoure au travers de ses cinq sens : la vue, l'ouïe, le toucher, le goût et l'odorat.

En hypnose, ce système porte le nom de VAKOG, qui est l'acronyme de Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif et Gustatif.

Parmi ces cinq canaux sensoriels, les individus en développent préférentiellement un, car c'est celui qu'ils exploitent plus volontiers dans leur relation avec leur environnement. C'est d'ailleurs par ce canal sensoriel de prédilection qu'ils communiqueront également le plus facilement.

Il est possible d'avoir plusieurs canaux sensoriels préférentiels, mais un seul sera quand même dominant par rapport aux autres.

Pour le thérapeute, identifier le canal sensoriel préférentiel du patient permet à la fois de mieux appréhender la manière dont celui-ci perçoit son environnement, mais également d'optimiser la communication avec lui.

Comment identifier le canal préférentiel d'un patient ?

On le recherche dans la parole spontanée du patient, dans les verbes, les noms, les adjectifs, et les expressions qu'il utilise.

Le visuel privilégie des mots et expressions comme :

- « je vois »
- « à la lumière de »
- « refléter »
- « en un clin-d'œil »
- « apparaître »
- « décrire »
- « examiner »
- « montrer »
- « illustrer »
- « idées noires »
- « précis »
- « au vu de »
- « en mettre plein la vue »
- « clair comme de l'eau de roche »
- « démesuré »
- « lumineux »
- « net »

L'auditif utilise des mots et expressions comme :

- « écouter »
- « entendre »
- « dire »
- « parler »
- « accorder »
- « bien entendu »
- « tambour battant »
- « être au diapason »
- « être à l'écoute »
- « casser les oreilles »
- « donner le ton »
- « bouche cousue »
- « son de cloche »
- « trouver écho »
- « mot pour mot »
- « à vrai dire »
- « façon de parler »
- « entendu »
- « écouté »
- « silencieux »

Le kinesthésique privilégie des expressions comme :

- « toucher du doigt »
- « bouger »
- « buter »
- « frapper »
- « vous me suivez ? »
- « baisser les bras »
- « mettre le doigt où ça fait mal »
- « casser les pieds »
- « en avoir plein le dos »
- « ça ne me lâche pas... »
- « le sens du contact »
- « donner un coup de main »
- « prendre en main »
- « de sang froid »
- « tenir le bon bout »
- « mettre la main à la pâte »
- « avoir les pieds sur terre »
- « tirer les ficelles »

Le gustatif privilégie des expressions et des mots comme :

- « ça m'écoeure »
- « corsé »
- « avoir un goût amer »
- « je reste sur ma faim »
- « épicé »
- « ça ne passe pas »
- « savourer »
- « boire du petit lait »
- « délicieux »
- « mielleux »

L'olfactif privilégie des expressions et des mots comme :

- « je ne le sens pas »
- « humer »
- « flair »
- « bouquet »
- « parfum »
- « avoir le nez pour »

Il est également possible de déceler le VAKOG en examinant les ressources du patient, qui sont les choses qui lui font du bien dans la vie (nous aborderons cette notion un peu plus loin). Si l'une d'entre elles est le sport par exemple, on pourra dire que l'on a plutôt affaire à un kinesthésique, alors qu'un passionné de musique aura plutôt tendance à être un auditif.

Selon les théoriciens en PNL⁸³, il serait également possible de déterminer le canal préférentiel d'un patient en observant la direction de ses yeux lorsqu'il doit répondre à des questions. Cela est à utiliser avec prudence, car la latéralité du patient (son côté dominant) doit être pris en compte pour interpréter la direction empruntée par le regard. De plus, à ce jour, ce postulat ne repose que sur des observations empiriques.

- Mouvement latéral des yeux = auditif
- Mouvement des yeux vers le haut = visuel
- Mouvement des yeux vers le bas = kinesthésique
- Mouvement de la bouche = gustatif

⁸³ La Programmation neuro-linguistique (PNL) est une pratique et un modèle psychothérapeutique qui trouve son origine dans la formalisation de pratiques communicationnelles et cliniques de certains thérapeutes d'exception, dont Milton Erickson. La PNL tente de modéliser les stratégies de réussite d'experts reconnus afin de les transférer à d'autres personnes.

f. Recherche des failles du patient

Lors de l'anamnèse, il s'agira également de déceler les failles dans les perceptions du patient, les exceptions, afin de les mettre en évidence pour qu'il en prenne conscience.

Par exemple, quand un patient nous indique qu'il a des troubles du sommeil :

- *« Je ne dors pas du tout.*
- *Vous ne dormez jamais ? »*
- *Si, je dors un peu, mais je me réveille à 4 heures du matin tous les jours.*
- *Ah d'accord, donc vous parvenez quand même à dormir quelques heures ?*
- *Oui, je dors entre 4 et 5 heures par nuit mais ça n'est pas suffisant !*
- *D'accord ».*

Cela permet de replacer le patient devant la réalité des faits, de lui faire prendre conscience que la situation n'est pas totalement celle qu'il décrit et de relever un point positif, aussi modeste soit-il.

g. Relever les ressources du patient

Dans ce contexte, les ressources du patient correspondent à tout ce qui « lui fait du bien ».

Elles peuvent intégrer ses proches, ses hobbies, ses passions, ses valeurs, sa culture, sa religion, son travail, etc.

Ce sont également toutes les situations pendant lesquelles le patient se sent bien.

Le thérapeute pourra se servir de ces ressources pour venir amplifier un état de bien-être pendant la séance par exemple. Elles serviront de base pour l'inspiration du thérapeute lors du déroulement de la consultation. Il les utilisera et les mobilisera de façon active et progressive vers la résolution du problème.

h. Certifier l'évidence

Pour les patients qui doutent de pouvoir atteindre leur objectif, et pour les autres aussi d'ailleurs, il est nécessaire de rappeler que la solution est en eux et qu'ils ont les ressources internes nécessaires pour réussir.

Orientée vers l'avenir, l'approche hypnotique doit permettre au patient d'envisager une perspective de changement, définie par un nouveau cadre dans lequel il évoluera avec des critères d'appréciation supplémentaires et différents.

Le praticien devra le certifier comme une évidence : le changement va se produire et modifiera les perceptions du patient, qui trouvera alors forcément la solution à son problème.

Cela pourra avoir pour effet la mise en place d'une prophétie auto-réalisatrice confiante et positive pour le patient, à l'instar de la Méthode Coué⁸⁴.

Pour appuyer sa conviction, le thérapeute pourra par exemple citer le cas d'un autre patient qui avait un problème identique à celui du patient, et qui a pu être résolu.

i. Doubter de sa capacité à aider le patient

En hypnothérapie, le praticien évoque le fait qu'il doute d'être le mieux placé pour venir en aide au patient.

Il insiste sur le fait que la meilleure personne qui puisse trouver la solution au problème du patient, c'est le patient lui-même.

⁸⁴ La méthode Coué est une prophétie autoréalisatrice qui tire son nom des travaux du psychologue et pharmacien français Émile Coué de la Châtaigneraie (1857 - 1926). Elle est fondée sur la suggestion et l'autohypnose. Cette méthode est une forme d'autosuggestion censée entraîner l'adhésion du sujet aux idées positives qu'il s'impose et ainsi un mieux-être psychologique ou physique. Elle se veut autant préventive que curative.

j. Recadrer le patient et le problème.

Lors de la consultation, même si le praticien doit toujours rester humble et « en position basse » par rapport au patient, il ne doit cependant pas se laisser déborder ni par lui, ni par son problème.

Il doit être en mesure de recadrer en douceur le patient sur son objectif afin d'éviter les digressions.

Pour conclure ce chapitre, on peut observer que les spécificités de l'hypnose viennent compléter l'anamnèse ostéopathique, notamment par la notion importante de perception du patient. Cela lui confère une autre dimension.

Avec l'hypnose, l'approche est différente dans la mesure où l'on demande au patient d'exprimer une demande, pas uniquement ses symptômes.

L'approche hypnotique ajoute la prise en compte des dimensions virtuelles, imaginaires et de représentation du patient.

En cumulant les approches ostéopathique et hypnotique, on cherche à déterminer ce qui fait souffrir le patient et ce que ce dernier attend en regard de cette souffrance.

Rappelons que la souffrance, en opposition à la douleur qui est une sensation physique d'inconfort, revêt une composante psycho-émotionnelle se rapprochant d'une certaine détresse, incluant des sentiments d'anxiété, de peur, de dépression, de colère, etc.

En procédant ainsi, l'on peut permettre au patient de se déconnecter de ses pensées et de l'enfermement qu'elles représentent, pour accéder à une autre partie de lui, inconsciente et inhabituelle. Ce changement de perception permettra de remettre du mouvement là où les choses se sont figées.

L'interrogatoire, en associant les deux pratiques, abordent alors le patient dans son intégralité, le plaçant au centre du soin, en prenant en compte son versant aussi bien physique que psycho-émotionnel.

2. lors du soin ostéopathique

Dans le prolongement de l'anamnèse, il est possible de continuer à employer des procédés empruntés à l'hypnose et de les intégrer au traitement prodigué au patient.

Inclure l'hypnose dans un traitement ostéopathique peut se faire de deux manières.

On peut choisir l'hypnose conversationnelle appelée également hypnose informelle, qui pourra passer inaperçue dans la consultation dans la mesure où il n'y a pas d'induction de transe à proprement parler.

Il sera également possible, si le thérapeute y est formé, de pratiquer une séance d'hypnose plus conventionnelle au sein de la consultation, où le praticien pourra induire un état de transe du patient.

La plupart des ostéopathes sont des *Monsieur Jourdain*⁸⁵ et pratiquent l'hypnose conversationnelle intuitivement, sans même en avoir connaissance.

En effet, de manière non consciente, tout thérapeute cherche à entrer en phase avec son patient afin que le soin à venir se déroule dans les meilleures conditions possibles.

L'utilisation d'un vocabulaire positif, d'un ton et d'un rythme de voix pausés, accompagnés d'une attitude calme et sereine du thérapeute pourront contribuer à établir un climat propice au travail dans une ambiance agréable.

L'hypnose conversationnelle est un mode de communication qui permet de s'adresser à l'Inconscient de son patient tout en bavardant tranquillement avec lui en favorisant le climat dissociatif.

Tout en discutant avec le patient, le thérapeute s'efforce de capter son attention, en parsemant son discours d'allusions à l'objectif du patient, en le surprenant, par un

⁸⁵ Dans *Le Bourgeois Gentilhomme* de Molière, (acte II, scène IV), Monsieur Jourdain apprend, au cours d'un échange avec son maître de philosophie, qu'il dit de la prose depuis longtemps, sans le savoir : « *Par ma foi ! il y a plus de quarante ans que je dis de la prose sans que j'en susse rien, et je vous suis le plus obligé du monde de m'avoir appris cela.* ».

comportement peu « classique » ou prévisible par exemple, notamment par le biais de phrases qui peuvent sembler bizarres ou fantaisistes.

Le patient sera d'autant plus réceptif à cette dissociation de l'esprit et à une nouvelle focalisation que le thérapeute relève et ratifie les premières réactions hypnotiques du patient qui apparaissent (respiration ralentie, relâchement musculaire, etc.), tout en lui suggérant que ce type de réaction involontaire peut aller en s'intensifiant (attitude « permissive »). La transition graduelle entre une conversation banale et une conversation hypnotique peut alors se faire très subtilement⁸⁶.

a. Le langage verbal

En ce qui concerne le langage verbal, l'ostéopathe veillera à utiliser une sémantique à connotation positive durant son traitement. D'aucuns diront qu'il n'est pas forcément utile d'être formé pour cela. Cela est vrai. Toutefois, maîtriser les mots, utiliser un vocabulaire adapté et surtout, le faire en ayant pleine conscience de leur intérêt « hypnotique », aboutissent à un soin plus efficace, potentialisé. Dans le « pire » des cas, l'emploi de l'hypnose vient tout simplement sublimer un talent pré-existant chez le thérapeute dans ce domaine.

La langue française est riche et les mots ont un sens précis dont l'action sur l'autre se doit d'être domptée.

De manière concrète, il faut privilégier certains mots ou expressions par rapport à d'autres, car sans y paraître, ils contribuent également à une perception positive de l'environnement. Il faut donc savoir maîtriser « le mot ».

Par exemple, au lieu de « *Vous n'avez pas froid ?* », il conviendra mieux de dire « *Avez-vous assez chaud ?* »

Et pour évoquer la douleur du patient, au lieu de « *Si vous avez mal, dites-le moi* », on utilisera plutôt « *Si ce n'est pas confortable, n'hésitez pas à me le dire* ». Le patient entendra ainsi le mot « confort » et non pas le mot « douleur », ce qui n'aura pas le même impact sur son inconscient. Il en sera de même pour « brûlure », que l'on pourra remplacer par « chaleur ».

⁸⁶ (Salem & Bonvin, 2012)

En outre, l'Inconscient n'entend pas la négation. Si vous dites à quelqu'un « *Ne pensez pas à un éléphant rose !* » Cette personne va immédiatement « voir » un éléphant rose.

L'utilisation de verbes d'actions impliquant une notion de mouvement sera à privilégier. En effet, les mots ont une stimulation motrice (cortex moteur et sensorimoteur) et nous avons vu que la reprise du mouvement était l'objectif recherché pour avancer vers la guérison.

L'inconscient du patient sera en effet sensible aux verbes comme : « avancer », « bouger », « mobiliser », « circuler », « changer », « évoluer », « transformer », « marcher », « courir », « sauter », etc.

De la même manière, le thérapeute pourra utiliser des locutions adverbiales exprimant la progression du mouvement comme « peu à peu », « au fur et à mesure », « de plus en plus », « progressivement ».

Si l'on a démontré que le choix de mots à connotation positive est décisif sur l'effet bénéfique qu'ils auront sur le patient, une étude menée par l'équipe d'Elvira Lang, radiologue à Boston, a mené des recherches en linguistique médicale⁸⁷ et montré que les mots peuvent également blesser les patients voire même augmenter leur douleur et leur anxiété.

Ainsi, certaines phrases prononcées afin de rassurer le patient ou pour s'assurer de son confort, n'auront pas l'effet escompté en raison des mots utilisés.

Il faudra donc éviter le « *N'ayez pas peur...* » dont le patient ne retiendra justement que le mot « peur », ou autres « *Ça ne va pas faire mal...* », « *Ne vous inquiétez pas...* », « *Ne tombez pas...* »

Il sera préférable de les remplacer par des phrases dont le sens sera identique, mais qui auront une toute autre interprétation dans le cerveau inconscient du patient.

⁸⁷ (Lang, et al., 2005)

Par exemple :

« *Tout va se passer pour le mieux* » ou « *Vous pourrez ressentir différentes sensations, peut-être une chaleur, ou bien au contraire une fraîcheur, ou d'autres choses encore...* ».

Ou bien encore « *Rassurez-vous...* »

Tout au long de son traitement, l'ostéopathe pourra également émailler son discours de mots appartenant au champ lexical du confort et du calme, comme : « tranquillement », « sereinement », « calmement », « confortablement ».

b. La ratification

La ratification est un outil très utilisé en hypnose. Elle permet de s'appuyer sur ce qui se passe pour en intensifier la dynamique.

Le thérapeute observe en continu ce qui se passe chez son patient, notamment par le biais de la palpation, mais est également attentif à ses réactions.

L'ostéopathe pourra attirer l'attention du patient sur ce qu'il perçoit afin que celui-ci le constate également par lui-même, ce qui contribuera à en amplifier l'importance.

« *Peut-être avez-vous ressenti que les tensions que vous aviez tout à l'heure se sont relâchées ?* »

Qu'il l'ait éprouvé ou pas, le fait de l'avoir ratifié permet de prouver au patient qu'une modification s'est produite, et ainsi de le placer dans une dynamique de changement.

L'ostéopathe pourra ainsi saupoudrer son traitement de paroles d'encouragement, de sons approuvés accompagnés de hochements de tête.

« *Très bien...* », « *parfait...* », « *excellent !* », « *super...* »

Bien entendu, en fonction du langage employé par son patient, de son âge, de son milieu culturel et social, cela pourra même prendre d'autres formes.

c. Le langage non verbal

Le langage non verbal regroupe l'ensemble des messages transmis par un individu, mais qui ne relèvent pas de la parole.

Il permet de transmettre de façon spontanée une approbation, une désapprobation, un questionnement, ou tout autre émotion possible.

Les informations transmises par le langage non verbal ne parviennent pas toujours à la conscience de celui dont elles émanent, et celles-ci s'adressent également le plus souvent directement à l'inconscient de la personne en face.

Inconsciemment, nous nous sentons plus à l'aise et en sécurité avec les personnes qui nous ressemblent. Dans le but de favoriser un climat de confiance, le thérapeute pourra donc imiter les gestes ou les attitudes du patient : c'est ce qu'on appelle le *mirroring*, de l'anglais *mirror*, qui signifie miroir. L'harmonisation de la respiration de l'ostéopathe, également appelée *pacing*, avec celle du patient en fait également partie. Cette technique est donc utilisée volontairement pour entrer en contact.

Le langage non verbal consistera donc dans la gestuelle et la posture employées par le thérapeute pour appuyer sa communication verbale et également créer un climat de confiance avec le patient.

Ici intervient la notion de neurones miroirs abordée dans le chapitre traitant de l'activité cérébrale de l'hypnose.

Si l'ostéopathe adopte une attitude calme, assurée et paisible, par la mise en action de ses neurones miroirs, le patient ressentira également le calme, l'assurance et la paix.

La gestuelle aura également son importance pour venir marquer ce que le praticien veut faire passer comme message.

Un mouvement de « chasse » de la main pour parler de la douleur, pourra être réutilisé lors du traitement pour rappeler indirectement au patient ce qui avait été dit.

Le thérapeute peut ainsi associer un geste à une ressource du patient lors de son évocation pendant l'anamnèse par exemple. En refaisant exactement ce même geste lors du traitement, il rappellera à l'inconscient du patient ce à quoi il se réfère.

Ce peut être le cas lors d'une technique ostéopathique délicate ou moins agréable par exemple, où l'ostéopathe, par ce geste, pourra ainsi faire « décrocher » le conscient du patient, alors que son inconscient reprendra contact avec cette ressource.

d. Les suggestions

Les suggestions représentent un des outils les plus anciens de la communication hypnotique.

Dans le cadre de l'hypnose, la suggestion est la capacité d'amener une idée pour qu'elle soit acceptée de manière non critique par le patient en état de transe. Son but est donc d'induire une idée, une image ou une conviction dans l'esprit inconscient du sujet en abaissant son niveau de conscience.

Tous les individus ne présentent pas la même sensibilité aux suggestions. On appelle cela la suggestibilité. Les enfants sont les meilleurs sujets pour accepter les suggestions, car leur imaginaire est très prolifique et ils abordent cela comme un jeu. Chez les adultes, chacun réagira en fonction de ses expériences, de son vécu et de ses sensibilités personnelles (VAKOG).

Certains seront donc plus réactifs à des suggestions visuelles, d'autres à un vocabulaire particulier, etc.

Le praticien qui formulera des suggestions devra donc soigneusement étudier le message qu'il souhaite faire passer, et le dire d'une manière simple, claire et imagée. Les termes choisis devront être concis et ne pas nécessiter trop de réflexion pour être compris de la part du patient. Le thérapeute pourra utiliser les mêmes mots plusieurs fois s'il a repéré au préalable qu'ils sont importants aux yeux du patient.

Il existe deux types de suggestions : les suggestions directes et les suggestions indirectes.

Les premières étaient surtout utilisées avant l'émergence de la nouvelle hypnose, plus permissive et moins autoritaire. De par leur formulation explicite, les suggestions directes ne donnent au patient que le choix de les accepter ou bien de les refuser.

« *Dormez !* »

Les suggestions indirectes, quant à elles, sont plus mobilisatrices pour le patient car elle lui laissent le choix (parfois illusoire) de les accepter ou non et ne génèrent aucun sentiment de contrainte chez lui.

Le thérapeute accompagne le patient et est là pour l'aider à faire son propre cheminement.

Le patient est libre ou non de suivre ses suggestions.

Quelques exemples que l'ostéopathe pourra utiliser au cours du traitement :

- « *Vous ressentirez, peut-être, une sensation de chaleur se diffuser dans votre bras...* »
- « *Il est possible que votre ventre s'assouplisse également au moment où les tensions se relâcheront dans votre dos...* »
- « *Pendant je mobilise votre diaphragme et que votre respiration devient plus calme...* »
- « *Vous êtes confortablement installé, donc vous pouvez vous détendre...* »

Les suggestions proposées seront d'autant mieux accueillies par le patient qu'elles feront appel à ses canaux sensoriels préférentiels.

e. Les métaphores

Les métaphores sont des figures de style fondées sur l'analogie. Par la métaphore, on emploie *un terme concret pour exprimer une notion abstraite par substitution analogique, sans qu'il y ait d'élément introduisant formellement une comparaison.*⁸⁸

Utilisée en hypnose, les intérêts de la métaphore sont nombreux.

Tout d'abord, par l'emploi de son langage familier et imagé, et donc sa facilité d'accès, elle capte plus facilement l'attention du patient et permet de favoriser le contact avec le thérapeute.

La métaphore permet également de recadrer une symptomatologie dans ce sens où elle donne une interprétation supplémentaire à la plainte du patient, qui peut ainsi changer de regard dessus.

De la même manière, en permettant le changement de point de vue du patient, elle encourage son imagination personnelle, ce qui pourra permettre de réduire ses résistances éventuelles puisque le problème a changé et qu'il semble donc possible de lui trouver des solutions.

Afin de véhiculer une force de changement pour le patient, les métaphores utilisées doivent résonner chez lui et faire émerger un sentiment d'identification de sa part.

f. Faire comme si... (« As if »)

« C'est en pratiquant les actions justes que nous devenons justes, en pratiquant les actions modérées que nous devenons modérés, et en pratiquant les actions courageuses que nous devenons courageux⁸⁹. »

Cette citation d'Aristote résume bien un principe très utile en hypnose selon lequel l'imitation d'un comportement lié à un état aurait tendance à provoquer le même état⁹⁰.

Imiter sincèrement un comportement aurait les mêmes effets que ledit comportement.

⁸⁸ (Le Grand Larousse Illustré, 2016)

⁸⁹ (Aristote, Éthique à Nicomaque II, 2004)

⁹⁰ (Tosti, 2015)

Cette technique du « comme si... » pourra être utilisée par l'ostéopathe durant le traitement, que le patient soit en transe ou non, pour par exemple faciliter la mobilisation d'une articulation figée, en lui demandant de faire comme s'il était en mesure de la bouger, simplement par la pensée. Cela sera accompagné par des mobilisations douces du praticien. On pourra souvent constater un léger gain d'amplitude au niveau de l'articulation.

C'est ce que l'on appelle une réponse idéomotrice à la suggestion. Les mouvements idéomoteurs consistent en des mouvements de certaines parties du corps qui agissent et réagissent en réponse à des suggestions. La suggestion d'une mobilité possible de l'articulation permet une réponse motrice au niveau de cette articulation.

Le sujet sous hypnose expérimente le mouvement comme quelque chose qui se fait en dehors de sa volonté.

3. Pour prolonger le traitement ostéopathique

L'ostéopathe a généralement pour habitude de dispenser quelques conseils au patient à la fin du traitement, afin de pouvoir en potentialiser le résultat.

Cela permet également de responsabiliser le patient dans sa prise en charge, en lui assignant quelques tâches à effectuer (exercices de respiration, étirements musculaires) ou des consignes à suivre une fois qu'il sera de retour chez lui (conseils posturaux, alimentaire, etc.).

A nouveau, à cette fin, l'hypnose peut se présenter comme un outil complémentaire pour l'ostéopathe.

Nous avons précédemment abordé la notion de suggestion dans le cadre du soin ostéopathique. Une d'entre elle en particulier peut être utilisée par le thérapeute afin de prolonger le traitement : la suggestion post-hypnotique.

Pour les patients les plus initiés, l'autohypnose pourra également se révéler un procédé utile en vue de se rapprocher de l'objectif fixé.

a. La suggestion post-hypnotique

Les suggestions post-hypnotiques, sont formulées pendant la consultation, mais, comme leur nom l'indique, elles seront exécutées après la séance, immédiatement après, ou bien à distance.

L'intérêt de telles suggestions est qu'elles permettent au patient de se projeter dans un avenir plus ou moins proche dans lequel il pourra « *s'observer* se comporter » d'une nouvelle manière, en accord avec les changements désirés et émis dans la définition de son objectif.⁹¹

La suggestion post-hypnotique se présente comme une forme d'expectation positive. Une fois sorti de consultation, le patient va se projeter dans un nouveau mode de pensée et de fonctionnement, celui à adopter pour atteindre son objectif, et en guettera se profiler les premiers signes plus ou moins consciemment, dans son quotidien.

Sauf exception, la plupart des patients qui sortent de consultation ostéopathique ont tous l'envie d'aller mieux après le traitement. Cette intention, à elle seule, matérialise une importante suggestion indirecte de soulagement qui peut se rapprocher d'une suggestion post-hypnotique.

Si durant la consultation, l'ostéopathe a eu recours aux rouages de l'hypnose que nous avons décrits précédemment, sous forme d'hypnose conversationnelle ou bien conventionnelle, il a la possibilité de venir renforcer cette suggestion du patient.

Ce qui est suggéré sur le mode post-hypnotique peut consister par exemple, en une sensation, ou à l'inverse, en une absence ou une diminution de sensation (anesthésie, hypoesthésie). Cela peut être encore une transformation de la sensation en une autre (par exemple une sensation de chaleur dans le cou quand commence à poindre des contractures musculaires).

⁹¹ (Tosti, 2015)

Par exemple :

- « *Tout à l'heure, en sortant de la consultation, vous pourrez garder cette sensation de confort et de souplesse dans l'articulation de votre genou.* »

Ces suggestions post-hypnotiques laisseront une empreinte dans l'inconscient du patient même après la fin de la consultation, et pourront l'accompagner vers la réussite du traitement.

b. L'Autohypnose

L'autohypnose permet au patient d'accéder seul à son inconscient. Pour cela, il lui faut parvenir à déjouer l'esprit critique de sa conscience.

Le procédé d'autohypnose est souvent utilisé dans le cadre des douleurs chroniques, et pour les problématiques récurrentes en général.

L'apprentissage de l'autohypnose s'effectue par l'intermédiaire d'un thérapeute qui aura lui-même été formé à l'hypnose.

L'ostéopathe ayant reçu une formation d'hypnothérapeute pourra donc initier ses patients à l'autohypnose afin qu'ils puissent bénéficier de l'aide de la thérapie hypnotique lorsqu'ils le souhaitent.

Cela leur permettra peut-être de réaliser des exercices de façon quotidienne, ou bien d'y avoir recours toutes les fois où ils pourront en ressentir le besoin.

Par exemple, quand une douleur chronique atteint son paroxysme, ou lorsque le patient sent arriver une migraine, etc.

IV. INTERET DE L'HYPNOSE DANS LA PRISE EN CHARGE OSTEOPATHIQUE

A. Créer une alliance thérapeutique forte

La première étape de toute thérapie, que ce soit en ostéopathie, en hypnose ou toute autre pratique de soins, est l'instauration d'un lien thérapeutique entre patient et praticien.

La qualité de la confiance accordée au thérapeute par le patient est primordiale pour le bon déroulé du traitement.

Le comportement du thérapeute joue un rôle déterminant dans la création de cette alliance.

Son savoir-faire contribuera à l'instauration de cette confiance, mais ne sera pas suffisant s'il est isolé.

En effet, afin de gagner l'adhésion du patient au projet thérapeutique, l'engagement du praticien doit être sincère et perçu comme tel par le soigné.

Adopter les principes de l'hypnose permet au thérapeute de modifier sa façon de faire vis-à-vis de ses patients. Il prend conscience de l'importance du choix des mots et de leur effet sur les patients et est également davantage conscient de ses propres émotions, de sa position corporelle, et de l'influence que cela peut avoir sur l'autre.

Afin de créer l'alliance thérapeutique, le praticien rejoint son patient dans son modèle du monde (« joining »), reflète ses comportements verbaux et non verbaux (« mirroring »), ainsi que son rythme (« pacing »)⁹²

A nouveau, nous pouvons affirmer que l'hypnose, outre ses propriétés thérapeutiques avérées, se présente comme un moyen de communication à part

⁹² (POUPARD, BILHERAN, & MARTIN, 2015)

entière en ce qui concerne le langage – verbal et non verbal - et une manière d’être.

Une bonne communication contribue à la création d’une relation patient-praticien puissante.

Donc, par syllogisme, on peut affirmer que l’hypnose favorise une forte alliance thérapeutique.

Or on sait que la qualité de l’alliance thérapeutique a une forte incidence sur l’issue positive d’un traitement...

B. Personnaliser le traitement

Selon G. Salem, l’hypnothérapie est une science *au singulier*. L’auteur entend par là qu’il ne s’agit pas d’une méthode thérapeutique protocolée au point d’être applicable de la même façon à chaque patient, mais qu’elle doit être « sur mesure », personnalisée pour chacun⁹³.

Chaque sujet se présente à nous avec tout ce qui façonne sa personnalité : son tempérament, sa relation avec son entourage, ses types de conduite en société, ses ressources naturelles conscientes ou inconscientes, ses valeurs, sa culture, ses souffrances, ses limites, son fonctionnement cognitif (intelligence, pensée, jugement, faculté d’abstraction, d’analyse, etc.), son profil sensoriel (VAKOG), son fonctionnement affectif, son style de langage verbal, non verbal et paraverbal, son style d’accordage affectif (patient chaleureux, expansif, ouvert ou bien au contraire, distant, passif, hautain, etc.)

Dire que chaque patient possède une histoire unique est donc une lapalissade.

En hypnose, en se basant ainsi sur ce qui constitue la globalité du patient, le praticien appréhende l’environnement de son sujet à travers le filtre de ses représentations (du

⁹³ (Salem & Bonvin, 2012)

patient) et non via son propre registre de perception (du thérapeute). Il s'agit d'une rencontre entre patient et praticien à l'intérieur de la conception du monde du patient.

La « difficulté » pour le thérapeute, est d'accepter ce patient pour « ce qu'il est », et non pas pour « ce que l'on voit ».

Ainsi, l'hypnose, parce qu'elle laisse la place au patient d'exprimer ses perceptions, et qu'elle considère également le contexte dans lequel il évolue afin de fonder une stratégie thérapeutique, replace le patient au centre de la thérapie.

L'hypnose impose de s'appuyer sur le vécu du patient, sur son ressenti pour mener son traitement, incitant ainsi le thérapeute à personnaliser le soin.

En prenant en compte toutes ses particularités, en les acceptant et en les respectant, le thérapeute s'imprègne de l'identité de son patient et recentre ainsi sa stratégie de soin autour de lui.

Le traitement induit une flexibilité permanente du thérapeute en faisant appel à sa créativité.

Ainsi, l'emploi des métaphores est une technique privilégiée en ce qu'elle permet de respecter les valeurs du patient et implique une adaptation personnelle.

L'approche hypnotique, en apportant du sens, des émotions et du vécu dans la consultation, permet donc de la personnaliser davantage, sans nul doute pour le plus grand intérêt du patient.

C. Créer un état de parasympathicotonie et de relâchement

Lors des mobilisations pendant un traitement ostéopathique, il arrive souvent qu'inconsciemment, le patient souhaite aider l'ostéopathe et focalise son attention sur la zone manipulée. Il cherche ce qu'il faut qu'il fasse, accompagne le mouvement du thérapeute et finit par mobiliser la partie du corps travaillée tout seul.

La suggestion la plus spontanée de l'ostéopathe pour le patient est généralement : “*relâchez vous*”, mais celle-ci sollicite la conscience du patient, qui commande alors une action motrice volontaire à l'opposée de celle attendue, ayant pour conséquence une augmentation du tonus musculaire...

L'hypnose, en permettant d'accéder aux voies de l'inconscient du patient, permet d'évincer l'esprit conscient, à savoir la raison, le contrôle, la logique et l'analytique.

L'entrée dans un état hypnotique, quelle que soit la méthode d'induction utilisée et quel que soit le niveau de transe, va permettre au cerveau conscient du patient de « décrocher » et de laisser place à plus de sensorialité en donnant accès à son cerveau émotionnel. L'état de conscience modifiée atteint est très proche de l'état de parasympathicotonie recherché par l'ostéopathe afin que le patient se détende.

La suggestion hypnotique la plus facile d'accès pour le thérapeute et pour le patient sera de faire déplacer l'attention du patient vers une autre sensation.

L'ostéopathe pourra par exemple inviter le patient à se concentrer sur sa respiration, en allongeant le temps expiratoire par rapport au temps inspiratoire, sans oublier de ratifier son geste.

En faisant focaliser l'attention du patient sur des sensations éprouvées dans d'autres parties du corps que celles traitées, ou bien en utilisant des techniques d'imagerie mentale (se souvenir d'un moment agréable par exemple), l'objectif recherché est identique : détourner l'esprit critique et laisser le champ libre à l'Inconscient du patient.

La plupart des ostéopathes utilise déjà spontanément ces techniques de diversion, sans savoir qu'elles dérivent de l'hypnose, et elles se révèlent efficaces.

Le relâchement du patient est donc un autre domaine où l'hypnose présente un intérêt pour optimiser la pratique de l'ostéopathe.

D. Abolir les résistances du patient

Franchir la porte d'un cabinet d'ostéopathe n'est pas toujours synonyme de détente et de bien-être. Certains patients viennent consulter en ayant des appréhensions, des craintes, et la question n'est pas de rechercher à savoir si elles sont fondées ou non, mais de se demander comment il est possible de les atténuer, voire de les abolir.

Ces réticences forment des émotions qui peuvent se répercuter au niveau du corps sous forme d'une élévation du tonus musculaire par exemple. Ce phénomène est appelé *embodiment*⁹⁴. L'étude de ce concept ne sera pas abordée dans ce mémoire.

On retrouve alors des modifications tissulaires chez le patient.

Par exemple, selon le principe *top-down* d'*embodiment*, un patient présentant un syndrome dépressif aura une posture « avachie », apathique.

Parce qu'il aura connaissance du langage hypnotique dans ses trois versants, l'ostéopathe sera en mesure d'« entendre », de « lire » et d'écouter son patient, en observant sa posture par exemple, aura ainsi une piste à explorer, découlant de cette observation/écoute.

D'autres patients présentent des symptômes fonctionnels, apparus spontanément et qui ne cèdent à aucun traitement. Organiquement ils n'ont aucune raison d'aller mal ou d'avoir mal, mais leur douleur et leur souffrance sont pourtant bien présents et les incitent à pousser la porte d'un cabinet d'ostéopathie.

⁹⁴ L'*embodiment* fait référence aux pensées, aux sentiments et aux comportements basés sur nos expériences sensorielles et sur nos positions corporelles. Ce processus est constitué de deux modes de fonctionnement :

Le mode « *bottom-up* » explique la manière dont les informations provenant du corps influencent notre cognition ;

le mode « *top-down* », correspond à la manière dont notre cognition influence nos mouvements corporels.

Le plus souvent, les patients consultent un ostéopathe pour une symptomatologie somatique et rarement pour des problèmes d'ordre psycho-émotionnel. Certains ne font d'ailleurs pas le lien entre les deux, même s'ils se sont parfois entendu dire après avoir passé des examens médicaux complémentaires « qu'il n'y avait rien », ou que leur douleur était « dans leur tête ».

Lourde tâche alors pour l'ostéopathe, que d'arriver en dernière intention, tel un sauveur, pour apporter le soulagement du patient, à la fois physique, mais également émotionnel...

S'il est aguerri à la lecture et au maniement des différents langages humains, peut-être pourra-t-il le faire. Mais peut-être pas « tout seul ».

L'apport de l'hypnose dans ce domaine peut lui être utile pour l'éclairer et l'aider à décoder les signaux envoyés par le patient à tous les niveaux de communication.

Dans les cas où ces patients répondent à un profil de personnes n'acceptant pas de lâcher-prise, désirant tout contrôler, immobilisées dans leur perception pervertie de leur environnement, l'hypnose peut se révéler être un outil de choix.

En intégrant les dimensions virtuelle et imaginaire ainsi que les représentations du patient concernant sa souffrance, qu'elle soit physique ou psychique, l'hypnose confère une autre dimension à la consultation d'ostéopathie.

En cela, elle peut être utile à l'ostéopathe et se révéler d'une aide précieuse pour remobiliser le patient au niveau psycho-émotionnel, le sortir d'un schéma où il se retrouve complètement sclérosé, figé dans des croyances erronées et invalidantes.

E. Gestion de la douleur

Un des premiers motifs de consultation en ostéopathie est la douleur. Celle-ci peut être de nature aiguë ou bien chronique, c'est-à-dire qu'elle est connue du patient depuis plus de six mois.

Les conséquences d'une douleur chronique sont d'ordre physiologique et psychologique. La perception de la douleur est souvent majorée, moins bien soulagée par les antalgiques usuels, et peut parfois s'accompagner d'une appréhension de certains gestes médicaux ou manipulations ostéopathiques. La douleur chronique peut même parfois s'associer à des troubles du comportement.

L'expérience douloureuse peut quelquefois entraîner des distorsions de la réalité et donc des modifications de la relation à son propre corps, aux autres et à l'environnement.

« L'expérience de la douleur n'est jamais un événement sensoriel isolé, et qui arriverait sans l'influence d'une part d'un contexte donné et d'autre part d'une signification qui lui est associée. La douleur est imprégnée d'une croyance, d'une attention, d'une attente et d'émotions au regard de la façon dont elle arrive dans le cadre d'expériences contrôlées en laboratoire ou dans des circonstances d'un trauma physique ou d'un stress émotionnel ».

Price explique par ailleurs que *« la dimension affective de la douleur possède une fin qui est le fruit de plusieurs facteurs, incluant la sensation de douleur elle-même, son réveil, son activation automatique et sensorimotrice, et également l'évaluation cognitive qui intervient de façon importante »*. Ajoutons que de façon récente, une considération plus grande a été donnée à l'interaction entre les deux composantes de la douleur : la sensation et l'émotion. Ce sont ces deux notions qui différencient la douleur de la souffrance.

La douleur est une conséquence inévitable d'une blessure, d'une maladie ou d'une dysfonction somatique, mais la souffrance n'est pas obligatoire.

Au regard de l'hypnose, cette interaction est importante pour comprendre comment, sur un plan psychologique, l'expérience de la douleur peut se trouver modifiée selon ces deux aspects et pouvoir, précisément, construire « la fin » de la douleur lorsque cela est envisageable.

L'hypnose s'attachant justement à modifier la perception qu'a le patient de son environnement, présente un intérêt pour soulager les douleurs chroniques des patients venant consulter en ostéopathie.

Même si le premier principe du soin est *primum non nocere* (« d'abord, ne pas faire mal »), il arrive parfois qu'un patient soit très algique et que l'ostéopathe ne puisse procéder au traitement sans (re)déclencher la douleur.

Le langage hypnotique pourra alors présenter un intérêt pour le praticien afin de détourner l'esprit conscient du patient pour pouvoir exécuter ses techniques plus facilement et de manière plus supportable pour le patient.

L'ostéopathe pourra par exemple proposer au patient sous hypnose de se projeter dans le futur.

« Vous serez plus libre quand j'aurai fini votre soin, vous mieux bouger votre bras et reprendre le jardinage d'ici peu de temps... ».

Dans le cas de douleur aiguë, le patient est à l'écoute de cette douleur et est focalisé dessus. Il est dans un état de ce que l'on appelle une transe physiologique négative. Pour le sortir de ce schéma délétère, l'hypnose présente un outil intéressant également.

L'efficacité de l'hypnose thérapeutique dans le soulagement des douleurs chroniques et aiguës a été démontrée dans plusieurs études médicales.^{95 96}

⁹⁵ (Faymonville, et al., 2000)

⁹⁶ (Price, Psychological Mechanisms of Pain and Analgesia., 1999)

La douleur étant le principal motif de consultation incitant à consulter en ostéopathie, disposer d'un outil supplémentaire comme l'hypnose dans son arsenal thérapeutique pour y remédier présente un intérêt indéniable.

DISCUSSION

L'ostéopathie est une médecine holistique, c'est-à-dire qu'elle considère le patient dans sa globalité. Cela implique de prendre en compte aussi bien le versant corporel que psycho-émotionnel des patients, les deux pouvant avoir une action réciproque sur l'autre.

D'aucuns diront que l'ostéopathe n'est pas un psychothérapeute, et que son rôle n'est pas de traiter les problèmes psychologiques de ses patients. Mais comment alors parler de prise en charge globale si on laisse cela de côté, puisque cela fait partie intégrante du patient ?

L'hypnose ajoute à la pratique de l'ostéopathe la dimension du monde de la perception : comment le patient perçoit-il les choses ?

Elle ne se substitue pas à l'ostéopathie, mais elle apporte à l'ostéopathe une compétence supplémentaire à son savoir-faire pré-existant et permet d'appréhender les notions fondamentales de communication et d'alliance thérapeutique dans la relation patient-praticien.

Si ces concepts semblent familiers pour la plupart des ostéopathes, et qu'il est possible de les mettre en application même sans avoir recours à l'hypnose, l'étude de cette dernière permet d'en comprendre les nuances et les rouages, mais surtout de prendre conscience du pouvoir du langage (verbal, non-verbal et paraverbal) dans la prise en charge somato-émotionnelle.

L'étude de l'hypnose permet de répondre à des questions que l'on ne s'était pas posées, ou dont on croyait la réponse tellement « logique » qu'elle n'avait pas nécessité d'être approfondie.

A cet effet, ne serait-il pas intéressant d'aborder cette notion auprès des étudiants en ostéopathie afin qu'ils puissent bénéficier d'un outil supplémentaire potentiellement capable d'améliorer leurs futurs traitements ?

L'emploi de l'hypnose stimule, donne du sens et permet d'approfondir la relation entre patient et praticien.

Elle peut agir à la fois, nous l'avons vu, comme catalyseur et susciter une action, mais également tel un solvant où les perceptions du patient pourront se dissoudre puis se réharmoniser.

Son intérêt pour l'ostéopathe est qu'elle permettra à celui qui en fera usage de pouvoir associer tout cela à sa pratique, et ainsi aborder son patient dans son entière globalité.

La littérature scientifique fait ressortir de nombreuses études portant sur les effets de l'hypnose dans le domaine de l'algologie et le bien-être « psychologique » des patients. L'existence de ses bienfaits bénéficiant maintenant de preuves scientifiques irréfutables, lui a redonné légitimité aux yeux du corps médical.

En revanche, à notre connaissance, les publications sont très peu nombreuses en ce qui concerne l'étude du rapprochement de l'hypnose et de l'ostéopathie.

Peut-être cela est-il dû au fait que l'ostéopathie n'ait pas encore beaucoup avancé dans le domaine encore peu exploré de l'évaluation clinique et scientifique ?

Concernant le thème de l'alliance entre ostéopathie et hypnose et de son intérêt pour la prise en charge du patient, peut-être serait il intéressant de réaliser un essai clinique mené par des ostéopathes formés aux techniques d'hypnose ? Il pourrait être intéressant d'étudier si l'action conjointe des deux thérapies au cours d'une même

consultation est plus efficace qu'une séance de chaque dans une temporalité différente par exemple. On pourrait également chercher à découvrir si le fait que la séance d'hypnose seule soit pratiquée par un thérapeute qui n'est pas l'ostéopathe donne des résultats différents quand c'est l'ostéopathe-hypnothérapeute qui effectue également cette séance d'hypnose conventionnelle.

Cela permettrait de faire un pas supplémentaire vers la reconnaissance technique et scientifique de l'ostéopathie.

CONCLUSION

L'hypnose change la perception du patient face à son environnement, pas la réalité.

Elle traite aussi bien la souffrance morale et psychique que la douleur physique.

L'hypnose permet une prise en charge respectueuse et globale du patient.

Ainsi découle tout naturellement la réponse à la problématique posée en introduction de ce mémoire.

L'hypnose est non seulement applicable à la pratique de l'ostéopathie mais elle permet également de potentialiser les traitements de l'ostéopathe en y apportant une dimension émotionnelle et perceptuelle.

Le fait de prendre en compte les émotions dans la consultation d'ostéopathie n'empêche aucunement de s'abstraire de la réalité physique et mécanique et de continuer à l'investiguer et à travailler avec elle.

La découverte de l'hypnose à titre personnel, concomitante avec la rencontre fortuite de personnes y ayant eu recours avec succès, a initié le projet de la rédaction de ce mémoire.

Les recherches menées et le suivi d'une formation d'initiation en hypnothérapie ont permis d'effectuer les premiers pas dans le monde de l'hypnose, et de découvrir les prémisses de cette pratique aux possibles insoupçonnés.

On ne peut faire l'expérience de l'hypnose sans en ressortir un peu (voire beaucoup) transformé.

Dans la mesure où cette thérapie partage les principes du concept ostéopathique, qu'elle apporte du confort et au patient et au praticien dans sa pratique, il n'y a, a priori, aucune contre-indication à son utilisation dans la prise en charge ostéopathique.

REFERENCES

- Antonio R. Damasio. (2002). *Le Sentiment même de soi - Corps, émotions, conscience*. Paris: Odile Jacob.
- Aristote. (2004). *Éthique à Nicomaque II*. Paris: GF Flammarion.
- Aristote. (2014). *Oeuvres complètes*. (P. Pellegrin, Éd.) Paris: Flammarion.
- Becker, R. (1997). *Life in Motion : the osteopathic Visoin of Rollin Becker*. Portland: Rachel Brooks.
- Becker, R. (2000). *The stillness of life - The osteopathic phylosophy of Rollin E. Becker*. (R. E. Brooks, Éd.) Portland: Stillness Press.
- Bellet, P. (2016). *L'hypnose*. Paris: Odile Jacob.
- Benhaeim, D. J.-M. (2005). *L'hypnose aujourd'hui*. Paris: IN PRESS EDITIONS.
- Benhaiem, J.-M., & Roustang, F. (2012). *L'hypnose ou les portes de la guérison*. Paris: Odile Jacob.
- Bernheim, H. (1884). *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille*. Paris: Octave Doin.
- Bernheim, H. (1886). *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique*. Paris: DOI.
- Billeter, J.-F. (2004). *Etudes sur Tchouang-Tseu*. Paris: Allia.
- Braid, J. (1852). *Magic, Witchcraft, Animal Magnetism, Hypnotism, and Electro-Biology*. Londres: John Churchill.
- Braid, J. (1843). *Neurypnology or The rationale of nervous sleep, considered in relation with animal magnetism*. London: John Churchill.
- Caggiano, V., Fogassi, L., Rizzolatti, G., Thier, P., & Casile, A. (2009). Mirror neurons differentially encode the peripersonal and extrapersonal space of monkeys. *Science*, 324, 403-406.
- Celeghin, A., Gelder, B. d., & Tamietto, M. (2015). From affective blindsight to emotional consciousness. *Consciousness and Cognition*, 414-425.
- Chertok, L. (1998). *Le non-savoir des psy. L'hypnose entre la psychanalyse et la biologie*. Le Plessis-Robinson: Les empêcheurs de penser en rond.

Cojan, Y., Waber, L., Schwartz, S., Rossier, L., Forster, A., & Vuilleumier, P. (2009). The Brain under Self-Control: Modulation of Inhibitory and Monitoring Cortical Networks during Hypnotic Paralysis. *Neuron* , 862-875.

Conjeau, B. (2015). *Voyage ostéopathique au coeur des émotions, la chair de l'esprit*. Vannes: Sully.

De La Tourette, G. G., & Richer, P. (1887). « *Hypnotisme* », *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Paris: G. Masson.

De Puységur, A. M. (1811). *Recherches, expériences et observations physiologiques sur l'homme dans l'état du somnambulisme naturel, et dans le somnambulisme provoqué par l'acte magnétique*.

Deleuze, J.-P.-F. (1825). *Instruction pratique sur le magnétisme animal*. Paris: Dentu.

Deslon, C. (1780). *Observations sur le magnétisme animal*. Paris: P. Fr. Didot.

Deslon, C. (1784). *Observations sur les deux rapports de MM. les Commissaires nommés par Sa Majesté pour l'examen du magnétisme animal*. Paris: Clousier.

Duval, J. A. (2008). *Techniques Ostéopathiques d'Equilibre et d'Echanges Réciproques : Introduction à l'approche ostéopathique du Dr Rollin, Becker, DO*. Vannes: Sully.

Eckert, M. (2012). *Le concept de globalité en ostéopathie*. Bruxelles: De Boeck Université.

Eimer, B. N. (2002). *Hypnotize Yourself Out of Pain Now! A powerful, User-Friendly Program dor Anyone Searching for Immediate Pain Relief*. Carmarthen: Crown House Publishing Ltd.

Erickson, M., L., R. E., & I., R. S. (2006). *Traité pratique de l'hypnose - La suggestion indirecte en hypnose clinique*. (C. Brédelet, Trad.) Escalquens: Editions Grancher.

Faymonville, M.-E., Boly, M., & Laureys, S. (2006). Functional neuroanatomy of the hypnotic state. *Journal of Physiology* , 99, 463-469.

Faymonville, M.-E., Joris, J., Lamy, M., Maquet, P., & Laureys, S. Hypnose : des bases neurophysiologiques à la pratique clinique. *Conférence d'actualisation 2005* (pp. 56-59). Elsevier SAS.

Faymonville, M.-E., Laureys, S., Delgueldre, C., Fiore, G. D., Luxen, A., Franck, G., et al. (2000). Neural Mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. *The Journal of the American Society of Anesthesiologists* , 92, 1257-1267.

Frymann, V. (1998). Viola Frymann : Philosophy of Osteopathy. *Collected Papers of Viola Frymann* , 280. Indianapolis: American Academy of Osteopathy.

- Godin, J. (1992). *La nouvelle hypnose*. Paris: Albin Michel.
- Gorton, B. E. (1949). The physiology of hypnosis. *Psychiatric Quarterly* , 23 (2), 317-343.
- Grond, M., Pawlik, G., Walter, H., & Heiss, W.-D. (1995). Hypnotic catalepsy-induced changes of regional cerebral glucose metabolism. *Psychiatry Research* , 173-179.
- Hull, C. (1933). *Hypnosis and Suggestibility : an Experimental Approach*. New-York: Appleton-Century-Crofts.
- Kerouac, M. (2012). *Métaphore : Manuel de communication métaphorique : métaphores et contes populaires, pédagogiques et thérapeutiques. Ve édition.* _: MKR Editions.
- Keysers, C., & Gazzola, V. (2010). Social Neuroscience : Mirror Neurons Recorded in Humans. *Current Biology* , 20 (8), 353-354.
- Lang, E., Natsiopoulou, O., Koch, T., Berbaum, K., Lutgendorf, S., Kettenmann, E., et al. (2005). Can words hurt? *Pain* , 303-309.
- Laureys, S., Faymonville, M.-E., Moonen, G., Luxen, A., & Maquet, P. (2000). PET scanning and neuronal loss in acute vegetative state. *The Lancet* (355), 1825-1826.
- Le Grand Larousse Illustré*. (2016). Paris: Larousse.
- Ledochoski, I. (2003). *The deep Trance training manual Volume I*. Carmarthen, Wales, UK: Crown House Publishing.
- LeDoux, J. e. (1998). *The emotional brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life*. London: Simon & Schuster.
- Liébeault, A.-A. (1866). *Du sommeil et des états analogues considérés surtout du point de vue de l'action du moral sur le physique*. Paris: Victor Masson et fils.
- Lin, K., Kobayashi, M., & Pascual-Leone, A. (2002). Effects of musical training on speech-induced modulation in corticospinal excitability. *Neuroreport* , 899-902.
- Littlejohn, J. M. (1999). Principes de l'ostéopathie. *ApoStill, Le journal de l'Académie d'Ostéopathie* , 29-33.
- Malarewicz, J.-A. (1990). *Cours d'hypnose clinique, Etudes éricksoniennes*. Issy-Les-Moulineaux: ESF Editeur.
- Malebranche, N. (2006). *De l'imagination De la recherche de la vérité, Livre II*. Paris: Vrin Bibliothèque des textes philosophiques.
- Maquet, P., Faymonville, M.-E., Delguèdre, C., Delfiore, G., Franck, G., Luxen, A., et al. (1999). Functional neuroanatomy of hypnotic state. *Biological Psychiatry* , 45, 327-333.

- Megglé, D. (2005). *Erickson, hypnose et psychothérapie*. Paris: Retz.
- Mesmer, F. A. (1779). *Mémoire sur la découverte du magnétisme animal*. Paris: P. Fr. Didot Le Jeune.
- Perlini, A. H., & Spanos, N. P. (1991). EEG Alpha Methodologies and Hypnotizability: A Critical Review. *Psychophysiology*, 28 (5), 511-530.
- Philips, J.-P. (1860). *Cours théorique et pratique du Braidisme ou l'hypnotisme nerveux*. Paris: J.-B. Baillière et Fils.
- Platon. (2008). *Phédon : Platon, Oeuvres complètes*. (Flammarion, Éd.) Paris: Luc Brisson; Monique Dixsaut .
- Poupard, G., Bilheran, A., & Martin, V. S. (2015). *Manuel pratique d'hypnothérapie: Démarche, méthodes et techniques d'intervention*. Paris: Armand Colin.
- Price, D. D. (1999). *Psychological Mechanisms of Pain and Analgesia*. Seattle: IASP Press.
- Price, D. D., & Buschnell, C. (2004). Overview of Pain dimension and their Psychological Modulation. *Psychological Methods of Pain Control : Basic Science and Clinical Approach. Progress in Pain and Research Management. Vol. 29*, 3-17.
- Proust, M. (1913). *A la recherche du temps perdu. Du côté de Chez Swann*. Paris: Grasset.
- Rainville, P., Hofbauer, R. K., Bushnell, C., Duncan, G. H., & Price, D. D. (2002). Hypnosis modulates activity in brain structures involved in the regulation of consciousness. *Journal of cognitive neuroscience*, 14, 887-901.
- Rainville, P., K. Hofbauer, R., Price, D. D., Paus, T., Duncan, G. H., & Buschnell, M. C. (1999). Cerebral Mechanisms of Hypnotic Induction and Suggestion. *Journal of cognitive neuroscience*, 11, 110-125.
- Ridley, C. (2006). *Stillness, Pratique Crânienne Biodynamique et l'Evolution de la Conscience*. Berkeley: North Atlantic Books.
- Rizzolatti, G., & Sinigaglia, C. (2007). *Les neurones miroirs*. (M. Raiola, Trad.) Paris: Odile Jacob.
- ROF. (s.d.). Récupéré sur ROF Resigstre des ostéopathes de France: <http://www.ostéopathie.org>
- Roumi, C. (2014). *Lumière sur l'ostéopathy*. Maubec: Claude Roumi D.O.
- Roustang, F. (2000). *La fin de la plainte*. Paris: Odile Jacob.

Salem, G., & Bonvin, E. (2012). *Soigner par l'hypnose* (éd. 5e édition). Issy-Les-Moulineaux: Elsevier Masson SAS.

Stengers, I. (2002). *L'hypnose, entre magie et science*. Paris: Les empêcheurs de penser en rond.

Still, A. T. (1998). *Autobiographie, Traduit de l'anglais par Pierre Tricot*. Vannes: Sully.

Still, A. T. (1897). *Autobiography of Andrew Taylor Still*. Kirksville: Andrew Taylor Still.

Still, A. T. (2001). *Ostéopathie recherche et pratique*. Vannes: Sully.

Still, A. T. (2009). *Philosophie et principes mécaniques de l'ostéopathie*. (P. Tricot, Trad.) Vannes: Sully.

Still, A. T. (1899). *Philosophy of osteopathy*. Kirksville: Andrew Taylor Still.

Sutherland, W. G. (1988). *Contributions of thought*. Portland: The Sutherland Cranial Teaching Fondation, Inc.

Tosti, D. G. (2015). *Le grand livre de l'hypnose*. Paris: Groupe Eyrolles.

UFOF. (s.d.). *Formation*. Consulté le Janvier 2, 2017, sur Ostéopathes de France: https://osteofrance.com/assets/legacy/news/media/pdf/ufof_Rapport_OMS.pdf

Upledger, J. E. (1997). *Your Inner Physician and You: Cranoio Sacral Therapy and Somato Emotional Release*. Berkeley: North Atlantic books.

Virost, C., & Bernard, F. (2010). *Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie*. Rueil-Malmaison: Arnette Wolters Kluwer France.

Wernham, J. (2004). *Dr J.M.Littlejohn's Lectures on the Principles of Osteopathy*. Maidstone: John Wernham.

RESUME

L'ostéopathie est une médecine holistique, c'est-à-dire qu'elle considère le patient dans sa globalité en prenant aussi bien en compte son versant corporel que psychique. L'hypnose, en donnant accès à un état modifié de conscience, permet de communiquer directement avec l'Inconscient du patient. Elle ajoute à la pratique de l'ostéopathe une approche émotionnelle et perceptuelle. Quel intérêt peut-elle alors présenter pour l'ostéopathe afin de potentialiser un traitement somato-émotionnel ?

La rédaction de cette revue de littérature s'est effectuée via des recherches sur Pubmed, Google Scholar et différents sites internet médicaux ou ostéopathiques. La lecture d'ouvrages et les informations recueillies lors de séminaires de formation à l'hypnose sont venues les compléter. Il en ressort qu'en favorisant la communication, l'hypnose crée une alliance thérapeutique forte entre l'ostéopathe et son patient, facilitant ainsi les soins et laissant donc présager des résultats potentialisés.

Mots-clés : hypnose, alliance thérapeutique, communication, Conscient, Inconscient.

ABSTRACT

Osteopathy is an holistic approach, which considers patient as a whole, taking into account his psycho-emotional side as much as his body.

Hypnosis, giving access to modified state of consciousness, allows to communicate directly with unconscious mind. Hypnosis adds emotion and perception concepts into osteopathic treatments.

What are the benefits of adding hypnosis in osteopathic care, and how is it a way to improve osteopathic treatment ?

Researchs have been lead on Pubmed, Google Scholar et different medical and osteopathic internet websites. Books, Journal readings and informations collected during hypnosis seminars have completed them. They lead to conclude that by improving communication, hynosis allows stronger therepeutic alliance between patient and osteopath , thus making treatment easier to conduct and boding well regarding results to come.

Key- words: hypnosis, therapeutic alliance, communication, consciousness, subconscious, motion