



Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



## PRATIQUE CLINIQUE

# Hypnose en gériatrie : un outil thérapeutique supplémentaire

Hypnosis in geriatrics: An additional therapeutic tool

**A. Burlaud**

*Docteur. Pôle gériatrie, hôpital Paul-Brousse, hôpitaux universitaires Paris-Sud, AP-HP, 14, avenue Paul-Vaillant-Couturier, 94800 Villejuif, France*

Disponible sur Internet le 2 mai 2013

### MOTS CLÉS

Hypnose ;  
Douleur ;  
Démence ;  
Prise en charge non  
médicamenteuse ;  
Personnes âgées

### KEYWORDS

Hypnosis ;  
Pain ;  
Dementia ;  
Elderly ;  
New therapeutic tool

**Résumé** L'apport de l'imagerie fonctionnelle a permis d'accroître la légitimité de la pratique de l'hypnose dans de nombreuses spécialités. La gériatrie nécessitant une prise en charge globale du patient peut bénéficier des apports de ce nouvel outil thérapeutique, non médicamenteux. Si les études sont plus nombreuses dans le cadre de l'analgésie, le champ des symptômes accessibles à l'hypnose est vaste. Dans le cadre des atteintes neurodégénératives, la pratique devra être adaptée en fonction de chacun et permettrait un accompagnement supplémentaire des aidants.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Summary** The contribution of functional imaging has made it possible to increase the legitimacy of the practice of hypnosis in many specialties. Since geriatrics require global management of the patient, it would profit from the contributions of this new therapeutic tool. Although studies are more numerous in analgesia therapy, the field of symptoms accessible to hypnosis is vast. Within the framework of neurodegenerative disorders, the practice will have to be adapted according to each patient and would allow an additional accompaniment for caregivers.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Adresse e-mail : [aurore.burlaud@pbr.aphp.fr](mailto:aurore.burlaud@pbr.aphp.fr)

L'hypnose est une pratique ancienne. Depuis le XVIII<sup>e</sup> siècle, sa définition et sa pratique ont été en constants remaniements. Les bases actuelles datent du début du XX<sup>e</sup> siècle, sous l'influence notamment de Milton Erickson [1]. L'hypnose éricksonienne est à la base aujourd'hui de l'hypnose médicale.

L'hypnose a longtemps souffert d'une image de pratique occulte et controversée, mais sa légitimité médicale est aujourd'hui de plus en plus affirmée. L'apport de l'imagerie fonctionnelle, en particulier la tomographie par émission de positons [2,3], a permis une meilleure compréhension des mécanismes physiologiques en jeu.

Il n'existe pas de définition consensuelle de l'hypnose. L'état hypnotique est un processus naturel, familier de tous. Dans un cadre thérapeutique, cet état ou « transe » est volontairement induit, permettant de passer d'un état de « veille restreinte » ordinaire à un état de « veille paradoxale » [4]. C'est cet état de veille paradoxale, favorable à la mobilisation des ressources du patient, qui est recherché dans l'hypnose thérapeutique. Cet état n'est pas un état de sommeil.

Schématiquement, après un entretien avec le patient, une séance d'hypnose se déroule en plusieurs phases [4–6].

« L'induction » permet de quitter la perception ordinaire ou restreinte dédiée aux activités banales du quotidien par la fixation d'éléments proposés, accompagnée ou non de suggestions directes ou indirectes. Les techniques d'induction sont variées et sont différentes d'un patient à un autre en fonction de son propre registre sensoriel. Il est intéressant de noter qu'un état de relaxation n'est pas nécessaire, même si des suggestions de relaxation peuvent être parfois utilisées.

La fixation va entraîner une confusion sensorielle et conduire à un état de « dissociation » de la perception.

La capacité d'imagerie mentale et de créativité va s'amplifier jusqu'à la « perceptude » décrite par François Roustang [4] ou « veille paradoxale » au cours de laquelle plusieurs exercices peuvent être proposés (suggestions, métaphores). Cette dernière phase permet alors un réaménagement sensoriel et sensitif, un cheminement et une flexibilité mentale propres au patient.

La séance se termine sur un retour à la perception ordinaire.

Le but de la thérapie est d'entraîner, par des moyens simples, un changement en utilisant les capacités et les ressources du patient. Le thérapeute est un accompagnant, le patient n'étant pas privé de son libre arbitre.

Sur le plan de l'imagerie, les études [2,3] mettent en évidence, durant une séance d'hypnose, une augmentation du débit sanguin dans les zones corticales occipitales, frontales gauches ou droites, dans le cortex cingulaire antérieur droit et une diminution dans les cortex temporaux et pariétaux. L'activation cérébrale est alors bien distincte de la veille ou du sommeil.

La pratique de l'hypnose se développe à l'heure actuelle dans de nombreuses spécialités : anesthésie, obstétrique, pédiatrie et soins dentaires, oncologie, douleurs, brûlures, dermatologie, addictologie, soins palliatifs. La gériatrie nécessitant une prise en charge globale du patient et de son environnement peut bénéficier des apports de ce nouvel outil thérapeutique, non médicamenteux.

## Hypnose et douleur

De nombreux actes chirurgicaux ont été réalisés sous hypnose jusqu'à l'utilisation de produits anesthésiques chimiques comme l'éther en 1846. La description d'un cas de mammectomie sous hypnose en 1829 [7] en est un exemple.

Les études cliniques sont difficiles à réaliser, la définition de l'état hypnotique et les pratiques étant disparates [8]. Pour le Dr Benhaïem [8], « l'hypnose thérapeutique est une expérience relationnelle mettant en jeu des mécanismes physiologiques et psychologiques permettant à l'individu de mieux supporter, d'atténuer, voire de supprimer une pathologie douloureuse aiguë ou chronique ».

Malgré les divergences d'écoles, les champs d'application en analgésie sont larges et reconnus, la pratique de l'hypnose offrant un outil supplémentaire dans la prise en charge de la douleur aiguë ou chronique [8–16].

Des études expérimentales [8,9] ont mis en évidence une élévation du seuil douloureux et une modification du vécu par les suggestions proposées. Les composantes émotionnelles et sensorielles sont ainsi modifiées ensemble ou distinctement [10]. Le travail est centré sur le ressenti et non l'analyse ou la recherche d'une explication ou d'une origine. L'hypnose propose la recherche de solutions pour atténuer les symptômes et la création d'un mouvement pour éviter la fixation de l'attention sur la douleur. Pour François Roustang, « les pratiques hypnotiques visant à l'analgésie séparent le patient de la réalité environnante et l'immergent dans une réalité imaginaire » [5].

Dans le cas de la douleur chronique [11], l'hypnose, dans un cadre pluridisciplinaire, permet de prendre en charge la douleur elle-même ainsi que les conséquences de celle-ci : anxiété, insomnie, dépression... Le travail proposé peut alors être répété en autohypnose par le patient lui-même.

L'hypnose dans le cadre de réalisation de procédures douloureuses [13,14] permet de diminuer l'anxiété, l'appréhension et la douleur, avec de moindres doses d'analgésiques et d'anxiolytiques et des durées d'intervention diminuées. Cette méthode peut être également utilisée chez des patients atteints de démence [13]. La réalisation de pansements peut en bénéficier.

D'un point de vue neurophysiologique, des expérimentations douloureuses expérimentales ont mis en évidence une inhibition du réflexe nociceptif spinal R-III sous hypnose [15]. Les suggestions hypnotiques d'analgésie produisent une diminution de l'activité dans les régions cérébrales impliquées dans l'expérience de la douleur (thalamus, cortex somatosensoriel primaire et secondaire, cortex de l'insula et cortex cingulaire antérieur) [2,3,16].

## Hypnose et soins palliatifs

Une prise en charge globale de nos patients âgés est une nécessité et cela est encore plus marqué dans le cadre de la fin de vie [17]. Le champ des symptômes accessibles à l'hypnose est vaste : douleur, souffrance, nausées, vomissements, dyspnée, insomnie, anxiété... La prise en charge de ces symptômes permet une amélioration du confort physique et psychique des patients en fin de vie. Au-delà des symptômes, l'hypnose est une « expérience existentielle »

[17] permettant de reprendre contact avec l'intégralité de son corps, de ses sensations et de ses émotions.

La durée et le déroulement des séances en soins palliatifs gériatriques ou non doivent être adaptés à la situation et aux symptômes [18]. Des exercices simples sont proposés afin de permettre leur utilisation par le patient en autohypnose. Les symptômes les plus améliorés semblent être la dyspnée, l'anxiété, la douleur et l'acceptation de fin de vie proche [18].

L'approche est réalisée dans un contexte de pluridisciplinarité, en complément de la prise en charge habituelle. Des formations sont proposées aux équipes soignantes dans certaines unités de soins palliatifs.

## Hypnose, démence et troubles du comportement

Les liens entre hypnose et mémoire sont importants et ont été parfois exploités de manières abusives et dommageables dans les milieux judiciaires ou thérapeutiques [19]. L'imagination en stimulant la mémoire est propice aux apprentissages, et est à la base du travail hypnotique. « [...] La perception, l'encodage et la rétention sont potentialisés durant les temps de l'induction et de la confusion de la transe hypnotique. Cela se poursuit durant la transe elle-même qui du même coup potentialise aussi les dynamiques de rappel et de narration de la mémoire » [19].

La pratique de l'hypnose chez des patients atteints de pathologies neurodégénératives est très peu étudiée. Une étude de Liverpool publiée en 2007 dans le journal *Alzheimer's Care Quarterly* [20] réalisée sur un petit nombre de patients suggère que des séances hebdomadaires d'hypnose amélioreraient la qualité de vie des personnes atteintes de démence, même si la notion de qualité de vie est difficile à définir. Sept critères d'évaluation ont été choisis : concentration, relaxation, motivation, activités quotidiennes, mémoire immédiate, mémoire d'événements significatifs de la vie et socialisation. Trois groupes ont été étudiés. Un groupe de patients qui bénéficiait d'une séance hebdomadaire d'hypnose, un deuxième qui participait à un groupe de discussion et un troisième groupe qui avait une prise en charge habituelle. Ces sept critères de qualité de vie mettaient en évidence une amélioration chez les volontaires ayant été hypnotisés, non seulement pendant toute la durée de l'étude (neuf mois), mais également 12 mois plus tard. En réduisant l'anxiété et la dépression, les séances d'hypnose ont permis une meilleure disponibilité des ressources des patients.

L'univers sensoriel des patients âgés se restreint progressivement par déficit ou par manque de stimulation. Les pathologies démentielles ont un impact important sur l'image de soi et la relation aux autres. La démence entraîne une perte de contact et il n'est pas rare que les proches dissocient le corps et l'esprit de leur parent, cela dès le diagnostic. « Le patient sera enfermé dans la généralité d'une notion clinique [...]. En objectivant le patient par le diagnostic nous l'immobilisons [...] » [21]. Cela se retrouve particulièrement dans la démence. Certains patients eux-mêmes, à des stades légers de la maladie, opèrent une distinction entre leur mémoire d'un côté et le reste du corps de l'autre. Les troubles anxiodépressifs, les troubles

du sommeil et les troubles du comportement s'ajoutent aux troubles mnésiques, majorant la diminution de qualité de vie et la perte d'autonomie.

Dans le cas de démences évoluées, les troubles attentionnels des patients sont déjà importants et focaliser leur attention est limité. Les études d'imagerie fonctionnelle [2] ont mis en évidence la participation active des fonctions exécutives dans l'établissement et le maintien de l'état hypnotique. Les troubles attentionnels évolués apparaissent comme la plus grande entrave à une induction « classique » nécessitant une attention focalisée. De plus, s'ajoutent aux perturbations cognitives les difficultés auditives.

La prise en charge de l'anxiété et de l'agitation nécessite un mélange de communication verbale et non verbale. La pratique de l'hypnose se fait alors davantage sur le mode conversationnel. « Si l'on admet que, dans une interaction, tout comportement a la valeur d'un message, c'est-à-dire qu'il est une communication, il suit qu'on ne peut pas ne pas communiquer, qu'on le veuille ou non » [22]. Les pathologies démentielles sont marquées par des difficultés croissantes de communication, de comportement et de contact relationnel. Cependant « tout comportement, et pas seulement les discours, est communication, et toute communication [...] affecte le comportement » [22].

L'hypnose fait appel avant tout au ressenti et même si l'induction et le travail sont davantage aléatoires d'un patient à un autre, la vie psychique ne s'arrête pas pour autant. Avec ces patients, le temps de présence doit être important, mais les exercices d'hypnose sont souvent très courts. « Les représentations désormais plus imagées que verbales, nécessitent un mode de communication plus théâtral » [23].

Lors des consultations mémoires, les patients présentant des stades légers ou modérés peuvent bénéficier d'un travail d'hypnose « plus conventionnel ». Ce temps de consultation est souvent un temps idéal de synchronisation avec le patient et/ou le proche accompagnant. L'hypnose pourrait également être un outil supplémentaire dans l'accompagnement des aidants présentant des troubles anxiodépressifs et des troubles du sommeil.

L'hypnose peut ici répondre à des symptômes sans risque iatrogénique, dans un cadre adapté de prise en charge pluridisciplinaire.

## Conclusion

La pratique de l'hypnose montre à l'heure actuelle des bénéfices dans de nombreuses spécialités, appuyée par une imagerie cérébrale spécifique, même si des études complémentaires doivent être entreprises.

La pluralité des approches médicales est une nécessité dans la prise en charge globale des patients et de leurs proches. La place de l'hypnose apparaît légitime dans la prise en charge quotidienne des malades âgés, d'autant plus dans le cadre des politiques actuelles de prise en charge « non médicamenteuse » des troubles du comportement et la valorisation de la qualité de vie, même si cette dernière est d'évaluation complexe. La prise en charge de l'anxiété, de la dépression, des troubles du comportement, des symptômes douloureux, ou la réalisation de soins anxiogènes ou douloureux peut bénéficier légitimement de

l'hypnose. Dans le cadre des atteintes neurodégénératives, la pratique devra être adaptée en fonction de chacun et permettra un accompagnement supplémentaire des aidants. Si les troubles attentionnels évolués sont une difficulté à une induction «classique», la vie psychique de nos patients ne peut pas être ignorée. Et l'évolution du praticien n'en sera que meilleure... François Roustang avançait «que la pratique de l'hypnose pourrait bien être l'exercice d'un art de vivre» [21].

## Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

## Références

- [1] Haley J. Un thérapeute hors du commun: Milton H. Erickson. Paris: Desclée de Brouwer; 2007.
- [2] Rainville P. L'imagerie cérébrale fonctionnelle et la «neurophénoménologie» de l'hypnose. In: Benhaiem JM, editor. L'hypnose médicale. Medline Ed: Paris; 2003. p. 51–61.
- [3] Faymonville ME, Boly M, Laureys S. Functional neuroanatomy of the hypnotic state. *J Physiol* 2006;99:463–9.
- [4] Roustang F. Qu'est-ce que l'hypnose? Paris: Les éditions de Minuit; 1994/2003.
- [5] Benhaiem JM. Les principes actuels de la thérapie par l'hypnose. L'hypnose aujourd'hui. Paris: Ed In Press; 2005. p. 17–23.
- [6] Benhaiem JM. Les états hypnotiques: schématisation. L'hypnose médicale. Paris: Medline Ed; 2003. p. 63–65.
- [7] Lassner J. Hypnose en anesthésiologie. In: Benhaiem JM, editor. L'hypnose aujourd'hui. Paris: Ed In Press; 2005.
- [8] Benhaiem JM. Les caractéristiques et le champ d'application de l'hypnose en analgésie. *Douleurs* 2002;3:16–25.
- [9] Benhaiem JM, Attal N, Chauvin M, et al. Local and remote effects of hypnotic suggestions of analgesia. *Pain* 2001;89:167–73.
- [10] Rainville P, Carrier B, Hofbauer RK, et al. Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation. *Pain* 1999;82:159–71.
- [11] Pellegrini M. L'hypnose éricksonienne dans la prise en charge de la douleur chronique. *Douleurs* 2008;9:65–70.
- [12] Roustang F. Mystérieuse hypnose. In: Benhaiem JM, editor. L'hypnose aujourd'hui. Paris: Ed In Press; 2005. p. 25–29.
- [13] Simon EP, Canonico MM. Use of hypnosis in controlling lumbar puncture distress in an adult needle-phobic dementia patient. *Int J Clin Exp Hypn* 2001;49:56–67.
- [14] Lang EV, Benotsch EG, Fick LJ, et al. Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. *Lancet* 2000;355:1486–90.
- [15] Kiernan BD, Dane JR, Phillips LH, et al. Hypnotic analgesia reduces R-III nociceptive flexion reflex: further evidence concerning the multifactorial nature of hypnotic analgesia. *Pain* 1995;60:39–47.
- [16] Faymonville ME, Laureys S, Degueldre C. Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. *Anesthesiology* 2000;92:1257–67.
- [17] Bioy A. Quelle pratique de l'hypnose pour les soins palliatifs? *Med Pal* 2006;5:328–32.
- [18] Becchio J, Jousselin C. Nouvelle hypnose psychodynamique. Paris: Ed Desclée de Brouwer/La méridienne; 2009.
- [19] Bonvin E. L'hypnose et la mémoire. In: Soigner par l'hypnose. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson Ed; 2012, p. 243–78.
- [20] Duff S, Nightingale D. Alternative approaches to supporting individuals with dementia: enhancing quality of life through hypnosis. *Alzheimer Care Today* 2007;8:321–31.
- [21] Roustang F. Il suffit d'un geste. Paris: Odile Jacob; 2004.
- [22] Watzlawick P, Helmick Beavin, Jackson DD. Une logique de la communication. Paris: Ed. Le Seuil; 1972.
- [23] Delage M, Lejeune A. La résilience de la personne âgée: un concept novateur pour prendre en soin la dépendance et la maladie d'Alzheimer. Paris: Solal Ed; 2009.