



Hypnose et douleur: connaissances actuelles et perspectives

Rev Med Suisse 2012; 8: 1399-403

A. Bioy

Pr Antoine Bioy
 Centre de prise en charge des
 douleurs et des soins palliatifs
 du CHU Bicêtre
 Institut français d'hypnose
 Centre de recherches et de formation,
 Paris
 Laboratoire de psychopathologie
 et de psychologie médicale
 Université de Bourgogne
 Esplanade Erasme – Pôle AAFE
 21000 Dijon – France
 antoine.bioy@u-bourgogne.fr

Hypnosis and pain: current and perspective knowledge

After further controversies, the definition of hypnosis is to be at the same time a modified state of consciousness and a particular intersubjective relation between a practitioner and his patient. In a synthetic way, we can say that mechanisms of hypnosis on acute pain are now well known, and its efficiency is particularly proved in the pain provoked by the care. On the other hand, the knowledge concerning the action of the hypnosis on chronic pain is much more complex to understand. If the hypnosis allows connoting differently pain and to decrease its implication in patient's life, otherwise the long-term reorganizations of hypnosis on chronic pain are still for the study.

In practice, the field which has particularly in development is the analogical processes of the speech, because they are particularly present in pain medicine, and easy to use in hypnotic method.

Après de multiples controverses, l'hypnose se définit actuellement à la fois comme un état de conscience modifié et une relation intersubjective particulière entre un praticien et son patient. De façon synthétique, on peut dire que les mécanismes en jeu dans la façon dont l'hypnose agit sur la douleur aiguë sont maintenant bien connus, et son efficacité est particulièrement prouvée dans la douleur provoquée par les soins. Par contre, les connaissances concernant l'action de l'hypnose sur la douleur chronique sont encore en développement, car beaucoup plus complexes à comprendre. Si l'hypnose permet de connoter autrement la douleur, d'en diminuer son implication dans la vie du patient, pour autant les remaniements dans la durée sont encore à l'étude.

En pratique, le champ qui se développe actuellement particulièrement est celui des processus analogiques du discours, car ils sont très présents en clinique de la douleur et faciles à reprendre en méthode hypnotique.

INTRODUCTION

L'hypnose est une méthode qui date du XVIII^e siècle, mais qui connaît un regain d'intérêt important dans le champ de la douleur ces dernières années. Ceci est dû en grande partie au développement de l'imagerie cérébrale, qui a montré d'une part

qu'il existait bien un état hypnotique¹ et d'autre part que l'on pouvait expliquer par imagerie les grandes modalités d'action de l'hypnose sur la douleur.² Utilisée dans un cadre médical, cette méthode possède une triple particularité:

- étant a-théorique, elle peut facilement venir compléter d'autres approches du soin (antalgiques...);
- sa nature psychocorporelle est particulièrement bien adaptée aux consultations qui ont pour motif initial une plainte somatique;
- elle peut être utilisée «pour soi» (une séance d'hypnose en tant que telle) ou «par petites touches» (techniques de communication hypnotique au décours d'une conversation, renforcement de l'effet thérapeutique d'une prescription par des suggestions ciblées au moment de la rédaction d'une ordonnance, etc.).

Si l'hypnose a connu de nombreux avatars dans la compréhension que les auteurs et praticiens en ont eue (une forme de sommeil, par exemple), cette méthode peut maintenant se définir comme *un état de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi*.³

Autrement dit, faire de l'hypnose, c'est entrer dans un certain état de conscience dans le cadre d'une relation avec un praticien avec qui l'on est en lien et qui communique avec nous pour induire et orienter le processus hypnotique (dans le sens des objectifs souhaités).

COMMENT SE DÉFINIT L'ÉTAT HYPNOTIQUE?

Loin de l'image tronquée d'un patient «possédé» par son thérapeute, endormi et amnésique au réveil, les caractéristiques de l'hypnose sont maintenant bien



connues.⁴ En hypnose, le patient fait l'expérience d'un sentiment de détente (un laisser-aller des tensions). Son attention est soutenue (capacité importante d'absorption de l'attention), et il connaît des modifications dans sa perception du temps, de l'espace et dans la perception de soi («sens de soi»). Caractéristique importante, l'état hypnotique mène à la réalisation des suggestions proposées sans effort et en faisant l'expérience d'une certaine automaticité des processus («principe d'involontarité»). Par exemple, si l'on demande à un patient hypnotisé qui a le poing fermé de le laisser s'ouvrir à mesure que sa douleur devient de plus en plus acceptable, le patient aura l'impression que ce poing «libère» sa douleur sans que sa conscience ou sa volonté ne soit intervenue.

En fait, les connaissances actuelles permettent d'affirmer que l'état hypnotique est un état naturel, banal, qui peut se produire dans des contextes de concentration ou focalisation, comme lorsqu'on est absorbé par une tâche qui demande de la concentration, ou encore qu'on laisse son attention être emportée par les mouvements des nuages dans un ciel de traîne. «Faire de l'hypnose» avec un patient consiste donc à reproduire cet état naturel que nous connaissons tous. L'objectif est ici de permettre au patient de se détacher un peu de sa souffrance, de sa peur, de sa difficulté à vivre une situation, etc., pour lui permettre de se réapproprier sa réalité autrement.⁵

QUE PERMET L'HYPNOSE ?

La douleur, pour le cerveau, n'est qu'une information qui lui parvient sur un dysfonctionnement corporel. En cela, cette information possède un statut identique à celui d'un bruit que l'on perçoit, d'un niveau de pression de la main lorsque l'on serre celle d'un interlocuteur, etc. Ce qui fait que la douleur est si particulière, c'est qu'elle est associée d'emblée à un certain niveau de souffrance et de pénibilité, qui la situe selon les situations sur un continuum entre le désagréable et l'intolérable.

Précisément, c'est cet «à côté» qui donne sa particularité à la douleur que l'hypnose vient modifier. La méthode hypnotique n'a pas pour vocation d'empêcher l'influx nerveux de prévenir le cerveau d'une effraction au moment de l'injection d'un vaccin, ou de supprimer au niveau central toute information concernant par exemple les douleurs articulaires dans le cadre d'une polyarthrite rhumatoïde. L'hypnose, par contre, va permettre de diminuer la dimension de pénibilité ou de connoter autrement la douleur pour qu'elle devienne plus supportable. L'objectif étant que le message douloureux devienne le moins investi possible et que le patient gagne en sentiment de contrôle. A ces deux conditions, le patient pourra ne plus investir sa douleur, ou beaucoup moins, et de ce fait gagnera en qualité de vie, en autonomie, et pourra solliciter bien mieux ses capacités à faire face.

AU-DELÀ DE LA DISTRACTION

Sur quel mécanisme fondamental s'appuie l'hypnose ?

a Dans le domaine des neurosciences: Jensen MP. Topical review. Hypnosis for chronic pain management: A new hope. *Pain* 2009;146:235-7.

Les progrès récents des neurosciences et de la neuro-imagerie démontrent l'effet direct de l'hypnose sur les sites supraspinaux liés à l'expérience douloureuse.^a En clinique, il s'agit essentiellement d'une médecine de l'imaginaire. Non pas qu'il s'agisse d'une méthode fondée sur une illusion, mais dans le sens d'une pratique qui s'appuie sur le fait suivant: lorsqu'on imagine que l'on fait du vélo, alors tout se passe comme si on faisait réellement une balade en vélo (mêmes zones cérébrales activées, vécu très proche d'une expérience à l'autre). En aparté, précisons que c'est la raison pour laquelle lorsqu'un patient anticipe une douleur, il ressent réellement une douleur avec une activation corticale démontrable.⁶ Ces mécanismes sont maintenant de mieux en mieux identifiés,⁷ ouvrant le champ à de nouvelles formes thérapeutiques intégrant par exemple la réalité virtuelle.

L'hypnose va donc permettre d'entrer dans un processus d'imaginaire qui prend corps dans l'expérience du patient, lui permettant de modifier ses perceptions (dont la douleur), ses sensations (dont la pénibilité), et donc *in fine* sa réalité.

Pour atteindre ce point de conscience particulier où la réalité peut être modifiée par l'imagination, l'hypnose utilise le principe de dissociation. Faisant suite aux travaux de Pierre Janet, la dissociation peut se comprendre comme la capacité de la conscience à expérimenter de façon concomitante des états différents. Ainsi, un patient peut à la fois ressentir ce qui se passe dans un ici et maintenant (une salle de consultation durant un examen difficile car pourvoyeur de douleurs) et en même temps éprouver des sensations comme s'il était non pas allongé sur le brancard, mais sur son lit dans l'univers feutré et protecteur de sa chambre.

Tout est finalement dans le «comme si» que nous venons de citer: en hypnose, le patient se crée mentalement et se projette dans un univers nouveau, et en même temps cet univers est ressenti comme une réalité effective, un ensemble de perceptions réellement ressenties.

L'hypnose n'est donc pas qu'une distraction, un détournement de l'attention, elle est également un acte de création dans la réalité. Ceci dit, la distraction est déjà un premier pas vers l'hypnose dans le sens où elle induit une perception déjà différente de la réalité, moins focalisée sur la douleur.

LES APPLICATIONS DE L'HYPNOSE

L'hypnose a démontré son efficacité dans le domaine de la douleur provoquée par les soins,⁸ par exemple chez les grands brûlés.^{9,10} Elle offre également de nombreux avantages dans des situations de santé spécifiques, comme en salle d'accouchement.¹¹ Mais elle apporte également un mieux-être et une meilleure gestion de la douleur lorsque cette dernière est en lien avec une pathologie somatique telle que le cancer,¹² ou encore l'arthrose juvénile.¹³ Evidemment, tout le champ des syndromes douloureux chroniques est concerné, ainsi que les douleurs neuropathiques au sens large,¹⁴ les migraines et céphalées,¹⁵ ou encore les douleurs abdominales.¹⁶

Il reste un autre domaine où l'hypnose est souvent évo-



quée comme une méthode de choix, celui des douleurs dites inexplicables, qui impliquent des mécanismes somatoformes et l'implication importante du stress.⁷ Il reste cependant que la compréhension que nous avons de l'action de l'hypnose sur ces problématiques reste partielle car des difficultés méthodologiques rendent complexe la compréhension des processus en cause. Pour autant, de nombreux avantages existent dans l'usage de l'hypnose pour ces pathologies, dont il est reconnu qu'il s'agit d'une méthode agissant «en profondeur» sur la gestion du stress, la façon dont la maladie est perçue et sur les stratégies d'adaptation du patient.⁵

EN PRATIQUE

«Faire de l'hypnose» peut prendre la forme d'une simple communication (ce que l'on nomme «hypnose conversationnelle»). Dans cette forme de communication, certains principes sont à respecter, comme privilégier la forme affirmative à la forme négative. En effet, le cerveau traite la négation comme une affirmation et l'information non désirée est alors traitée. Par exemple, si l'on demande à quelqu'un de penser à tout, sauf à un chat noir, ledit chat vient malgré tout à l'esprit... Il est alors simple d'imaginer l'impact possible de phrases pourtant bienveillantes et banales comme: «n'ayez pas peur», «ne vous inquiétez pas», «ça ne fera pas mal», etc. De plus, des phrases comme «pensez à autre chose» ou «soyez détendu» doivent être évitées car ce sont des «injonctions paradoxales», favorisant la recherche par le patient de ce qui devrait être évité. L'hypnose conversationnelle tente de gommer ces «imperfections de langage», en faisant appel à d'autres façons de parler avec le patient.

On peut bien sûr également faire usage de méthodes plus complexes qu'un simple jeu conversationnel, pour utiliser en plein cette «médecine de l'imaginaire» que nous décrivons.

Par exemple, on peut demander à un jeune patient en état d'hypnose: «et pour ce feu que tu ressens dans la gorge, peut-être pourrais-tu faire venir des animaux-pompiers pour l'éteindre même un tout petit peu... et qu'il ne reste plus qu'une douce chaleur, comme lorsque l'on boit un chocolat au lait... Tu peux te souvenir du goût du chocolat lorsqu'on le boit?».

Notons que dès que l'on accompagne une douleur chronique, la méthode hypnotique inclut l'objectif d'une appropriation des outils présentés par le patient. D'une part pour prolonger les effets positifs de ce qui a été travaillé en hypnose, d'autre part pour symboliquement amener le patient à prendre une place plus active dans sa prise en charge, mais aussi pour travailler la notion de lien, d'accompagnement qui se poursuit également entre deux séances.¹⁷ Ceci est bien sûr ce que l'on nomme «autohypnose», terme qui renvoie à la fois à la reproduction par le patient lui-même d'exercices vus en séance avec le praticien, mais aussi de séances construites *ad hoc*. Ainsi, la répétition des séances d'autohypnose aide le patient dans la gestion de ses douleurs, simplement en usant de méthodes simples. Par exemple, on peut demander au patient de s'installer confortablement sur une chaise, de porter son attention sur les

bruits alentour tout en fermant les yeux. Puis d'écouter sa respiration et la façon dont cette dernière met le haut de son corps en mouvement. Enfin, on propose au patient de se répéter intérieurement, au moment de l'expiration, une phrase comme «je respire, tout mon corps respire, mon corps est détente et respiration». Cet exercice peut être répété tous les jours si nécessaire, en tout cas chaque fois que le patient en ressentira le besoin. Le bénéfice antalgique de l'autohypnose est aujourd'hui documenté (Jensen, 2009).

EMPLOI DES MÉTAPHORES

Comme on le voit dans les exemples qui ont précédé, l'hypnose utilise beaucoup d'images métaphoriques, particulièrement dans le champ de la douleur. Il s'agit là de l'outil le plus pointu et le plus caractéristique de la pratique de l'hypnose.¹⁸

Parce que la douleur est une expérience intime, en lien avec la souffrance et difficilement communicable, le patient doit passer par des «ruses de langage» pour essayer de communiquer à l'autre son expérience éprouvante et difficile nommée douleur. Ces ruses de langage sont ce que l'on nomme des métaphores, autrement dit des images construites sur un principe d'analogie et qui, de ce fait, empruntent à un champ de langage une représentation pour exprimer un autre champ de langage. Ainsi, lorsque le patient dit «ça brûle», «ma douleur est un coup de poignard», etc., il ne s'agit bien sûr ni de flammes envahissant le corps dont il est question ni, pour le second exemple, d'une réelle arme contondante. Mais le patient extrait d'un champ (celui de l'incendie, celui du meurtre) l'image dont il a besoin pour susciter l'aide d'autrui.

En hypnose, parce que l'imaginaire est aussi affaire de représentations, on est enclin à reprendre ces images et à les utiliser pour aider le patient en fonction de ses propres créations: «ce qui brûle là, à quoi pourriez-vous le comparer? Une braise trop proche de la peau, très bien. Va-t-il être plus simple d'éloigner la braise ou de l'éteindre? Et comment fait-on pour éloigner une braise, décrivez-moi cela...». L'intérêt de cela est qu'en employant les images du patient, on est dans son monde, on utilise les représentations au plus proche de ses propres constructions internes, mais cette fois rendues sur le champ de l'imaginaire et de l'hypnose. Ceci améliore la qualité de la relation au patient et facilite un travail de collaboration (alliance thérapeutique).

CONCLUSION

L'hypnose fait intervenir des principes de communication précis et une «bascule» vers le monde de l'imaginaire dont on attend des effets dans la réalité des perceptions du patient.

Ce qui facilite cette forme particulière de travail est l'entrée dans un état de conscience modifiée, appelée transe hypnotique, dont Forster et coll.¹⁷ rappellent qu'elle n'a pas en soi d'efficacité thérapeutique. Ils précisent: «La forme que prend la transe, sa profondeur et son impact dépendent avant tout de l'interaction patient-thérapeute, de la



qualité des suggestions émises par le thérapeute, de la motivation et des attentes du sujet, du contexte social et culturel, et finalement peu de son degré d'hypnotisabilité» (autrement dit, sa facilité intrinsèque à entrer en hypnose). Ceci demande à la fois une bonne écoute clinique et une formation spécifique.

L'hypnose permet finalement d'approcher autrement le patient, en proposant de façon complémentaire à une approche «traditionnelle» (médicaments...) une «entrée» par le corps, qui mobilisera également des données plus psychologiques. ■

Implications pratiques

- > De simples mesures de distraction sont des préambules à l'hypnose et aident déjà le patient à mieux accepter un acte médical potentiellement douloureux
- > De façon répétée, une focalisation de l'attention avec une écoute de sa respiration par le patient (autohypnose) permet au patient de mieux gérer sa douleur chronique
- > Réutiliser les images des patients pour décrire leurs douleurs permet d'installer une meilleure alliance thérapeutique

Bibliographie

- 1 ** Rainville P, Hofbauer RK, Paus T, et al. Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion. *J Cogn Neurosci* 1999;11:110-25.
- 2 Wood C, Bioy A. Hypnosis and pain in children. *J Pain Symptom Manage* 2008;35:437-46.
- 3 ** Bioy A. Découvrir l'hypnose. Paris: InterEditions, 2007.
- 4 Large RG, et al. Proceedings of the 10th World Congress on pain. *Progress in Pain Research and Management* 2003;24:839-51.
- 5 Bioy A, Célestin I, Wood C. L'aide mémoire d'hypnose. Paris: Dunod, 2010.
- 6 Porro CA. Functional imaging and pain: Behavior, perception, and modulation. *Neuroscientist* 2003;9: 354-69.
- 7 * Bioy A (Ed). Manuel de psychologie médicale et de psychologie du soin. Paris: Dunod, 2012.
- 8 Lioffi C, White P, Hatira P. Randomized clinical trial of local anesthetic versus a combination of local anesthetic with self hypnosis in the management of pediatric procedure related pain. *Health Psychol* 2006; 25:307-15.
- 9 Bayat A, Ramaiah R, Bhananker SM. Analgesia and sedation for children undergoing burn wound care. *Expert Rev Neurother* 2010;10:1747-59.
- 10 Berger MM, Davadant M, Marin C, et al. Impact of a pain protocol including hypnosis in major burns. *Burns* 2010;36:639-46.
- 11 Landolt AS, Milling LS. The efficacy of hypnosis as an intervention for labor and delivery pain: A comprehensive methodological review. *Clin Psychol Rev* 2011; 31:1022-31.
- 12 Sohl SJ, Stossel L, Schnur JB, et al. Intentions to use hypnosis to control the side effects of cancer and its treatment. *Am J Clin Hypn* 2010;53:93-100.
- 13 Walco GA, Varni JW, Ilowite NT. Cognitive-behavioural pain management techniques in children with juvenile rheumatoid arthritis. *Pediatrics* 1992;89:1075-9.
- 14 * Guastella V, Mick G, Laurent B. Traitements non médicamenteux de la douleur neuropathique. *Presse Med* 2008;2:354-7.
- 15 Hammond DC. Review of the efficacy of clinical hypnosis with headaches and migraines. *Int J Clin Exp Hypn* 2007;55:207-19.
- 16 Sokel B, Devane S, Bentovim A. Getting better with honor: Individualized relaxation/self hypnosis techniques for control of recalcitrant abdominal pain in children. *Fam Syst Med* 1991;9:83-91.
- 17 * Forster A, Cuddy N, Colombo S. Hypnose et soins palliatifs. *INFOKara* 2004;4:143-8.
- 18 Bioy A, Keller PK. Hypnose clinique et principe d'analogie. Bruxelles: DeBoeck, 2010.

* à lire

** à lire absolument