



**Christine BERLEMONT**, Infirmière ressource douleur,  
Hypnopratricienne Unité Evaluation et Traitement Douleur  
CH – MEAUX

# Traiter la douleur par l'Hypnose

L'hypnose reste entourée d'un halo de magie, de surnaturel, de « super pouvoir » et ce, malgré les nombreux écrits scientifiques et le nombre grandissant de professionnels de santé médicaux et paramédicaux utilisant cet outil dans leurs pratiques quotidiennes.

En fait, l'état hypnotique n'a rien de « magique », et chacun peut entrer en hypnose lorsque par exemple on est absorbé par un film, un livre ou que l'on est simplement « perdu dans ses pensées ».

Le monde médical se tourne de nouveau vers l'hypnose, après l'avoir délaissée, développant l'hypnosédation, l'hypnoanalgésie qui viennent compléter l'hypnothérapie utilisée en psychologie et psychiatrie. La prise en compte de la douleur a permis à l'hypnose de trouver une place à part entière dans les modalités de prise en charge variées et complémentaires.

L'histoire de l'hypnose commence au XVIII<sup>ème</sup> siècle avec Mesmer qui s'intéressait à la magnétothérapie, pensait qu'un fluide existait dans le corps humain. Il nommera ce fluide « magnétisme animal » et travaillera avec l'imposition des mains servant à rééquilibrer ce fluide.

Le marquis de Puységur, disciple de Mesmer, développera sa théorie : le somnambulisme (le patient est son propre médecin intérieur). D'autres suivront : Braid, Faria, Charcot, Bernheim... cherchant à comprendre la suggestion et ses mécanismes. La médecine, qui jusque là, utilisait l'hypnose, se tourne vers de nouvelles techniques (apparition du chloroforme...) jugées plus « fiables ».

Puis, Freud poursuivra ses travaux en utilisant l'hypnose et développera la psychanalyse.

Erickson, quant à lui, apportera une dimension plus permissive à la pratique de l'hypnose, une façon d'« être à l'autre », de rentrer en communication pour mener l'autre à faire l'expérience de l'état hypnotique.

Puis de nouveau, la médecine se rapproche de l'hypnose, démontrant par l'imagerie médicale l'existence d'un état hypnotique très caractéristique, et bien différencié d'autres états de conscience comme l'état de veille, de sommeil, de distraction, de somnolence, etc.

**Une des définitions de l'hypnose** est un « mode de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, expérimente un champ de conscience élargit ». Deux domaines ont permis de mieux comprendre cet état modifié de conscience : celui des neurosciences qui a démontré l'existence de l'état hypnotique par imagerie et la psychologie qui a permis d'établir que la dissociation psychique est une activité normale, banale et non pathologique.

François Roustang parle de « perceptude », forme d'« éveil paradoxal » où le patient est amené à explorer sa position par rapport à ce qui est ressenti, en lien avec ce qu'il pense, ressent et l'ensemble de ce qui est présent dans l'ici et maintenant : entendre, percevoir dans le « ici et maintenant » mais vivre une 2<sup>ème</sup> réalité « comme s'il y était ».

L'hypnose associe un état de relaxation mentale et une attention focalisée sur un élément d'un environnement donné (un son, une image, un ressenti corporel comme la douleur, etc.) avec une logique de pensée particulière (comme une modification du vécu temporel et spatial). Dans le domaine du soin, l'hypnose consiste donc à proposer au patient de recréer un état d'activation mentale qu'il peut connaître, mais qu'il n'a pas l'idée d'utiliser dans une situation donnée : gestion de la douleur, de l'anxiété, d'une phobie du soin ou simplement pour améliorer le sommeil ou encore anticiper sur un examen ou un soin redouté.

**La pratique de l'hypnose** est aussi un mode de communication à l'autre pour réveiller ses ressources et l'aider à dépasser une difficulté, un symptôme ou autre. Elle fait partie du champ de ce que l'on nomme « les thérapies à médiation corporelle ».

Les données relationnelles sont parmi les plus importantes dans la pratique de l'hypnose. Il ne peut y avoir de mise sous hypnose si le patient n'a pas confiance en son soignant. Une majorité de personnes pense qu'en état hypnotique, elles vont être « déconnectées » de la réalité, dans un état proche du sommeil avec une forme d'amnésie une fois « réveillés ». Bien que cela ne soit pas exact, cette représentation de l'hypnose est celle que la plupart des patients ont avant de faire l'expérience de l'état hypnotique.

Alors, comment pourraient-ils accepter cette « domination » qu'ils prêtent à l'hypnopratricien, s'ils n'ont pas confiance ?

A contrario, si le patient se sent « fragile », s'il est dans une situation traumatisante, la situation hypnotique pourra être ressentie comme déstabilisante, car associée à une forme de lâcher prise, de laisser aller total qui semble impossible à vivre pour le patient. Seule une bonne relation soignant/soigné va permettre de sécuriser le patient afin qu'il accepte de s'en remettre à l'hypnopratricien. Hypnopratricien qui saura encadrer, contenir, accueillir tout ce qui pourra être ressenti comme négatif par le patient.

A côté de ces données relationnelles, il y a les données du ressenti corporel. En effet, en état hypnotique, le corps est ressenti de façon différente par le patient, lui donnant l'occasion de prendre de la distance et de percevoir autrement son problème corporellement. Si par exemple le patient est anxieux à l'idée d'une pose de voie veineuse, l'état hypnotique va lui permettre de ne plus être sidéré, envahi, par son anxiété : il pourra dire comme il perçoit son anxiété (respiration haletante, boule dans la gorge, sensation de serrement...) et à mesure qu'il décrit avec précision ses symptômes, il va apprendre grâce aux suggestions de l'hypnopratricien à modifier un à un ses ressentis, et jusqu'à ce que l'angoisse disparaisse permettant au soignant de réaliser le geste.

Enfin, interviennent des données de l'ordre de la visualisation. L'hypnose pourrait être assimilée à une forme de rêve éveillé permettant au patient de donner une structure imaginaire à son symptôme (« c'est comme une boule de feu dans l'estomac ») qui sera utilisée sous hypnose (par exemple, suggestion que la boule de feu peut s'éteindre peu à peu à chaque déglutition de salive).

Le patient visualise la scène et agit par imagination sur son symptôme. Le cerveau réagit à une action pensée comme s'il s'agissait d'une action réelle d'où une certaine efficacité. La seule différence étant que la « commande » initiant le mouvement physique est inhibé, mais le processus est bien réel.

Aussi, si le patient arrive à bien percevoir l'arrivée de la salive sur la boule de feu et celle-ci s'éteignant peu à peu, tout se passe comme si cela était vrai et le symptôme se modifie en intensité. Si le patient n'arrive pas à le visualiser, cette technique n'aura pas d'efficacité. On sait que l'hypnose n'a pas réellement fait disparaître le ressenti douloureux et que l'information « douleur » est toujours perçue par le cerveau, mais l'interprétation de cette information douloureuse va être modulée, modifiée par l'utilisation de l'hypnose.

Autrement dit, ce qui est modifié par hypnose n'est pas le message lui-même (le cerveau « sait » que le corps est meurtri) mais ce qui en est fait (les deux autres dimensions de la douleur : affectivité et cognition). Avec l'hypnose, on peut donc leurrer son cerveau pour aller mieux, d'où ce halo encore mystérieux autour de l'état hypnotique, même si le voile se lève peu à peu...

## Découpage d'une séance classique en situation de soins (cadre hospitalier).

Bien sûr, ces phases ne sont données qu'à titre indicatif, elles pourront être modulées selon le lieu, l'urgence d'utilisation et d'autres variables.

### Phase 1 : Prise de contact et proposition d'hypnose

Le patient est souvent connu par le soignant qui recueille la façon dont ce dernier voit la technique, et recadre par rapport à celle-ci (non un sommeil, mais un état d'éveil particulier, etc.). Cette phase n'est pas toujours possible selon le lieu (par exemple aux urgences).

### Phase 2 : Préliminaire à l'hypnose

Le patient décrit son mal, son symptôme. Le soignant recueille dans le discours du patient tout ce qui va pouvoir servir à la séance : images et mots utilisés par le patient pour décrire ce qui ne va pas, nature de la souffrance (est-ce plus la douleur elle-même ou le handicap par exemple ; est-ce plus le stress qui est insupportable ou la honte de ne pas être à la hauteur, etc.). A cette phase, on peut éventuellement demander au patient ce qu'il souhaite et notamment s'il désire faire un voyage particulier dans un lieu qui est perçu comme confortable. Tout dépendra de la technique d'hypnose utilisée.

### Phase 3 : Induction hypnotique

Par différentes techniques de communication (suggestions indirectes, double lien, focalisation de l'attention...), on propose au patient de glisser à son rythme vers l'état hypnotique. Plus le patient aura l'habitude de la technique et plus cette phase sera courte. Le choix de tel ou tel type d'induction est en partie déterminée en fonction des caractéristiques du patient (plutôt visuel, auditif...), de sa situation interne

(niveau de stress, d'anxiété, qualité de résistances à l'hypnotisation...) mais aussi du contexte où la séance se passe. En effet, on pense souvent que pour être hypnotisé il faut être dans un endroit calme, si possible dans la pénombre, allongé, immobile et les yeux fermés. Cela est faux, on peut très bien utiliser l'hypnose dans des cadres très différents, y compris bruyants et lumineux. Cette phase peut être de très courte durée selon le contexte (urgences, accouchement car le patient peut être déjà en partie en état « dissocié » par sa douleur ou le traumatisme).

### Phase 4 : L'état hypnotique

Les techniques employées à ce stade sont très variables : suggestions directes de modification du ressenti, visualisation, usage de métaphores, accentuation du vécu de détente, et bien d'autres choses. Tout dépend des objectifs à atteindre. Durant cette phase, le patient peut souhaiter rester silencieux, ou bien entrer en interaction avec le soignant : il peut communiquer verbalement avec lui ou par geste (Par exemple, lever un doigt de la main droite dès que la proposition faite est atteinte). Le maître mot est créativité. Du fait de son expérience, de la qualité relationnelle au patient, de ses associations d'idées, l'hypnoticien utilisera une palette très riche d'outils qui lui viendront plus ou moins spontanément.

### Phase 5 : Retour à l'état ordinaire de conscience

Le patient revient peu à peu, et le soignant discute avec lui de la façon dont la séance s'est passée, comment il se sent, comment a évolué le symptôme. C'est une sorte de phase de débriefing, où également va se décider si d'autres séances sont nécessaires et des objectifs futurs.

Il est possible également d'apprendre au patient à utiliser seul ce qui a été fait (apprentissage de l'autohypnose) par exemple si l'hypnose a été proposée pour réguler des troubles du sommeil et que le patient doit réutiliser la technique avant de s'endormir, ou si l'on utilise l'hypnose pour préparer un accouchement ou simplement réduire une anxiété en préopératoire avec la nécessité d'entrer en auto-hypnose en salle d'accouchement ou au bloc opératoire.

L'hypnose est une pratique vivante, qui stimule l'imagination à la fois du soignant et du soigné et donne des effets dans le réel de chacun d'eux.

L'état hypnotique est donc vécu par chacun d'entre nous (livre qui absorbe, geste automatique,...) donc tout le monde est hypnotisable (puisque l'état hypnotique est universel), mais pas de la même façon. Certains réagissent mieux que d'autres à la suggestion (on parle de personnes plus ou moins suggestibles),

certaines ont besoin d'être détendu, d'autres totalement vigiles, etc. L'environnement (contexte, situation générale, niveau de confort ou d'inconfort...) ainsi que les données personnelles (croyances...) et psychiques vont intervenir sur le niveau de « résistance » du patient.

De ce fait, il n'existe pas de « profil de personnalité » qui ferait que certains seraient plus hypnotisables que d'autres : l'origine socioculturelle du patient, son niveau de QI ou d'éducation, sa personnalité ne permettent pas de préjuger de sa réaction à l'hypnose. Ce qui intervient ce sont les données relationnelles, sur la façon dont se construit et se vit l'alliance entre le patient et son hypnoticien.

Les enfants restent plus facilement hypnotisables que les adultes du fait sans doute d'une plus grande suggestibilité (très réceptifs aux « ordres », notamment parentaux) et d'un imaginaire très présent. Les adultes étant plus ancrés dans la réalité et le concret, les inductions hypnotiques seront souvent moins immédiates. Bien sûr, chaque patient est un individu singulier, et le travail hypnotique requiert que l'on s'intéresse à chacun de façon différente, en fonction d'éléments qui lui sont propres, et quelque soit son âge.

Comme toute pratique soignante qui s'adresse à l'humain, la notion d'efficacité est très variable. On est parfois surpris de réduire une douleur intense chez un patient ne bénéficiant pas de mesure antalgique, alors qu'on n'a pas réussi à soulager une douleur à 4/10 chez un autre patient. L'hypnose est une technique s'inscrivant dans le cadre d'une relation d'aide, et demande une certaine humilité du soignant, qui peut authentiquement s'investir pour que le patient aille mieux, mais sans prévoir le niveau d'efficacité. Dans une grande majorité de cas, des effets seront présents, mais savoir à l'avance l'importance de ces effets ou leur nature, cela reste difficilement possible.

## Bibliographie

### Ouvrage d'initiation

1. *Découvrir l'hypnose* Bioy A.. Paris : InterEditions, 2007

### Ouvrages de prise en mains

2. *L'aide mémoire d'hypnose* Bioy A, Wood C, Célestin I. Paris : Dunod, 2010

3. *Manuel d'hypnose pour les professions de santé* Michaux D, Halfon Y, Wood, C. Paris : Maloine, 2007

4. *Hypnose et hypnothérapie chez l'enfant* Olness K, Kohen DP. Bruxelles : Satas, 2010.

### Ouvrages de perfectionnement

5. *Traité d'hypnothérapie* Bioy A, Michaux M (Eds). Paris : Dunod, 2009.

### Ouvrage de réflexion :

6. *Hypnose Clinique et principe d'analogie* Bioy A, Keller PH. Bruxelles : DeBoeck, 2009.