



Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
  
www.em-consulte.com



## ENTRETIEN

# Hypnose et douleur : questions posées au Docteur Antoine Bioy<sup>☆</sup>

Hypnosis and pain: Questions for Doctor Antoine Bioy

Patrick Sichère

*Hôpital Delafontaine, 2, rue Pierre-Delafontaine, 93200 Saint-Denis, France*

Disponible sur Internet le 25 septembre 2011

**Patrick Sichère : L'hypnose devient presque un classique du traitement non médicamenteux de la douleur. Pouvez-vous nous faire un bref historique de ce lien ?**

Antoine Bioy : L'événement fondateur a, sans doute, été le 7 novembre 1820, à l'Hôtel Dieu, où une jeune fille de 18 ans a été hypnotisée dans le service du Dr Husson pour induire une analgésie, afin que Joseph Récamier procède sans douleur à une cautérisation par moxa. Cependant, hypnose et douleur n'ont réellement commencé à être étroitement liés qu'à partir des années 1970, avec notamment en France, les travaux de Chertok et à l'étranger, Hilgard, Barber, etc. Ils ont en commun de s'appuyer sur un travail de recherches pour développer une clinique de ce que l'on nomme maintenant « hypnoanalgésie ». Auparavant, l'usage de l'hypnose concernait, depuis le XVIII<sup>e</sup> siècle, les « troubles nerveux » – un champ pour le moins hétérogène à l'époque – et à partir de 1829, le champ de l'anesthésie, avec Jules Cloquet.

**PS : Quels sont les critères d'une bonne formation en hypnose ?**

AB : Des formations courtes existent (une semaine), mais elles forment qu'à certains aspects de la pratique,

par exemple : prise en charge de la douleur aiguë en complément d'autres méthodes. Une formation complète à l'hypnose est d'au moins un an, afin que le participant entre chaque session puisse expérimenter ce qu'il aura appris, avec en formation un retour sur expérience et supervision de la pratique. Cet « aller-retour » est essentiel et nécessite que les formateurs soient eux-mêmes des professionnels exerçant dans le champ de la santé. Le contenu doit évidemment faire la part belle à l'apprentissage de la méthode hypnotique, en mêlant sessions théoriques et ateliers de mise en pratique, mais également à des temps d'acquisition des données historiques et scientifiques qui légitiment et nourrissent la pratique de l'hypnose. En synthèse : un apprentissage dans le temps, théorique et expérientiel, avec des temps de supervision et de retour sur la pratique, encadrés par des formateurs qui sont, par ailleurs, des professionnels de la santé physique et psychique. Dans les faits, trois types de centres répondent à ces exigences : les DU d'hypnose et, dans le secteur privé, les formations de l'Institut français d'hypnose et des centres affiliés à la confédération francophone d'hypnose et de thérapies brèves.

**PS : Et les moyens pour reconnaître si un patient s'est bien approprié la technique ?**

AB : Le signe le plus simple est qu'il dise l'utiliser ! L'acquisition n'est pas linéaire, mais progressif avec le plus souvent une difficulté initiale à reproduire seul, ce qui a été appris avec le praticien (auto-hypnose). Mais après tout, l'hypnose c'est surtout cela : une façon de structurer un

<sup>☆</sup> Dr en psychologie clinique et maître de conférences des universités. Responsable du DU d'hypnothérapie de l'université de Bourgogne et co-responsable du DU d'hypnose en anesthésie de l'université de Paris XI.

Adresse e-mail : [patrick.sichere@gmail.com](mailto:patrick.sichere@gmail.com)

accompagnement du patient, en vue d'une meilleure gestion de sa douleur par ce dernier et en complément d'approches plus traditionnelles.

**PS: Existe-il un profil particulier de douloureux pour en bénéficier ?**

AB: Non, mais il est nécessaire que le patient accepte de rentrer dans la situation hypnotique, c'est-à-dire qu'il consente à apprendre une façon de percevoir autrement sa réalité, dont la douleur fait partie. On ne peut pas forcer quelqu'un à un travail hypnotique.

**PS: Quelles phrases utilisez-vous pour convaincre un patient ignorant des bienfaits de cette technique ?**

AB: En fait, je reste assez discret sur les résultats que l'on peut en attendre, car la façon dont un patient s'approprié la méthode hypnotique est très variable d'une personne à l'autre, comme ce que l'hypnose va venir modifier chez le patient (l'intensité de la douleur, sa fréquence, l'anxiété ou le catastrophisme qui y sont liés, la qualité de vie ou un confort général, etc.). Aussi, je demande plutôt initialement au patient s'il est d'accord pour faire des choses par lui-même et pour lui-même et s'il serait d'accord pour apprendre une méthode qu'il pourra utiliser quand bon lui semblera, pour en tirer un bénéfice plus ou moins important, qu'il pourra déjà me rapporter dans quelques semaines. Comme on le voit, le début est déjà très suggestif... Je l'accompagne de quelques exercices courts de modification de l'attention et de changement perceptif de la douleur. C'est assez simple, car il existe une bonne interaction entre hypnose et expression aiguë de la douleur. C'est concernant la douleur chronique que les choses sont plus complexes. Ce qui n'est d'ailleurs pas vraiment une surprise pour les praticiens confrontés à ce champ de pratique.

**PS: Comment convaincre un médecin traitant ?**

AB: Le médecin traitant est rarement opposé à cette forme de prise en charge; autant que je m'en souviens, cela ne m'est d'ailleurs jamais arrivé. Simplement car à partir du moment où il adresse le patient à une consultation spécialisée, c'est qu'il a accepté l'expertise de l'autre. D'autant plus si la consultation en question est en structure douleur, où précisément l'offre d'emblée multiple est privilégiée. Le plus difficile d'ailleurs dans le centre auquel je suis rattaché, le CHU Bicêtre, n'est pas de convaincre nos interlocuteurs mais au contraire de les freiner car ils nous adresse de plus en plus des patients uniquement pour de l'hypnose, alors que la structure n'a pas cette vocation, ni cette méthodologie. En moyenne, on doit recevoir cinq à dix demandes par semaine pour une prise en charge par hypnose uniquement, qu'il s'agit la plupart du temps après une première évaluation, d'orienter vers d'autres lieux.

**PS: Faut-il mettre en scène une séance d'hypnose et comment ?**

AB: L'hypnose bénéficie d'une aura particulière, avec des représentations « fortes ». On sait maintenant que le patient ne dort pas en hypnose, qu'il n'est pas spontanément amnésique au retour de son expérience hypnotique et que le praticien ne prend pas possession de lui du fait d'un pouvoir qu'il posséderait. Pourtant, même si l'hypnose n'est pas cela, il est important, dans un premier temps, de respecter cette représentation communément partagée et de mettre en place une certaine mise en scène, qui, par exemple, ne contredit pas que c'est le praticien qui fait,

qui initie, quelque chose, même si l'on sait que dans la réalité, c'est le patient qui contrôle tout ce qu'il se passe. Il s'agit en somme d'une « illusion fondatrice » nécessaire au moins dans les premières séances, comme on commence à le montrer, avant moi, des chercheurs comme Jacqueline Carroy.

**PS: En pratique, combien de séances proposer ? Quel rythme ? Quelle surveillance à longue échéance ?**

AB: Le nombre de séances en individuel est rarement défini par avance, puisqu'il s'agit avant tout de s'articuler avec la temporalité du patient, en fonction d'objectifs définis avec lui et réévalués régulièrement. Ceci dit, je propose souvent un « package » de trois séances après lequel nous faisons le point avec le patient, pour voir si l'approche hypnotique lui paraît adapté et profitable. En groupe en revanche, le plus habituel est de proposer un cycle de dix séances avec un entretien individuel avant et après. Concernant le rythme, il est évidemment fonction du cadre d'emploi de l'hypnose (psychothérapeutique par un psychologue ou psychiatre, d'éducation thérapeutique par un infirmier, d'acquisition d'une meilleure gestion personnelle de la douleur par un médecin, etc.). Mais lorsque l'on vise une certaine autonomie du patient avec apprentissage de techniques d'auto-hypnose, un minimum de deux semaines entre les séances me semblent nécessaires. Une fois que les objectifs d'équilibre thérapeutique par rapport à la douleur sont atteints, le patient peut n'être revu qu'à sa demande. Une situation ordinaire est que les patients équilibrés dans les thérapeutiques proposés ne reprennent rendez-vous que tous les six mois à un an pour faire le point et bénéficier d'une longue séance un peu « piqûre de rappel ».

**PS: Comment inclure l'hypnose dans un programme d'éducation thérapeutique ?**

AB: L'hypnose est une pratique qui mobilise tous les « modulateurs psychologiques naturels » de la douleur : processus attentionnels, mémoriels/d'apprentissage, émotionnels et le système d'interprétation perceptif. En cela, je dirais qu'il est difficile de concevoir un programme d'éducation thérapeutique pour patients douloureux chroniques sans envisager l'intégration possible de l'offre hypnotique, sous deux formes principales : soit des groupes d'apprentissage de l'auto-hypnose (comme il en existe déjà dans certains hôpitaux) et/ou une forme de « communication hypnotique filée », c'est-à-dire une distillation ordonnée de suggestions d'analgésie et d'anticipation positive au fil du programme. Mais il est important de rappeler que l'éducation thérapeutique ne saurait se substituer si nécessaire à une aide psychologique individuelle, où l'hypnose peut aussi avoir sa place.

**PS: L'hypnose en anesthésie est-elle comparable à celle que vous allez proposer à une patiente fibromyalgique ?**

AB: Pas vraiment, car la pratique en anesthésie, que l'on nomme hypnosédation, est une application particulière de l'hypnose : le patient bénéficie d'une couverture médicamenteuse minimale mais néanmoins facilitante, il est en position d'accompagnement passif, sa communication est restreinte (pour des raisons évidentes de confort opératoire) et surtout l'objectif n'est ici pas thérapeutique. Alors que dans l'accompagnement d'un patient douloureux chronique, comme la personne fibromyalgique que vous

évoquez, on recherche plutôt une forme de mobilisation des ressources internes pour stimuler un changement : on ne s'appuie que sur les capacités naturelles de transe du patient, on l'accompagne de façon active, en stimulant plutôt l'interaction. À noter concernant l'hypnosédation que les bénéfiques sont maintenant bien documentés scientifiquement et, de ce fait, cette pratique se développe en France comme, par exemple, au CHU de Rennes, de Trousseau ou encore sur Bicêtre, après nos voisins belges (équipe de Marie-Elisabeth Faymonville) et suisses (équipe de Alain Forster, notamment).

**PS : Qu'est-ce qui orientera le prescripteur pour choisir entre relaxation et hypnose ?**

AB : Il s'agit de deux méthodes psychocorporelles cousines, aussi il me semble qu'il vaut mieux privilégier, avant tout, une méthode que le patient pourrait déjà connaître et dans laquelle il se sent bien. S'il est encore vierge de ces approches, le choix me semble être à faire en fonction non pas de la méthode, mais du professionnel envisagé. On doit adresser les patients avant tout vers une individualité, un professionnel avec qui on sait que la dynamique de travail sera bonne et qui nous semble avoir un relationnel qui pourrait convenir au patient. Après tout, n'oublions pas que toutes les études dans le champ de l'alliance thérapeutique depuis 40 ans montrent, concernant la question du moteur du changement, la part ridicule de la technique par rapport aux autres aspects de la prise en charge dont l'importance de la relation et de ses ajustements.

**PS : Qu'apporte l'imagerie en IRM fonctionnelle par exemple ?**

AB : D'abord, l'imagerie apporte une objectivation de l'état hypnotique et, en particulier, de sa « cartographie cérébrale ». C'est important, car depuis ces études menées, notamment par Pierre Rainville, la question de savoir si l'hypnose existe et a sa place dans les milieux médicaux ne se pose plus. La réponse est oui aux deux interrogations. Ensuite, ces études montrent comment l'hypnose interagit avec les circuits neurophysiologiques de la douleur. En tout cas de la douleur aiguë, car pour la douleur chronique, les choses sont moins connues sans doute pour une question d'opérationnalisation scientifique : on sait provoquer expérimentalement une douleur ponctuelle, mais comment monter un modèle expérimental concernant la douleur chronique ? Cela est évidemment plus complexe à envisager.

**PS : Quels sont les liens entre hypnose et effet placebo ?**

AB : Passionnante et difficile question, déjà abordé par d'autres, comme François Roustang. Nous parlons bien ici de l'effet placebo dans un cadre clinique et non en étude expérimentale. Si on lit ici ou là que l'hypnose n'est pas l'effet placebo, on ne peut cependant qu'être troublé par le fait que les « ressorts » de l'hypnose sont les mêmes que ceux généralement évoqués pour expliquer l'effet placebo. Rapidement dit : l'importance de la suggestion, de l'imagination anticipative, du cadre de rencontre/decorum médical, etc. Bref, l'un et l'autre processus s'appuie sur la façon dont une dynamique interactive d'influence se met en place entre un praticien et son patient, et dont les effets sont réels, observables et en partie mesurables. Ceci m'a conduit à proposer depuis quelques temps de voir l'hypnose comme un « effet placebo structuré », c'est-à-dire comme une méthode permettant d'agir intentionnellement sur des

ressorts relationnels et communicationnels qui d'ordinaire se déroulent à l'insu des protagonistes ou ne font pas l'objet d'une attention spécifique.

**PS : Un exemple de cela ?**

AB : Je prendrais l'exemple du moment de la prescription, un temps sur lequel j'ai initialement travaillé avec Isabelle Nègre, puis avec Chantal Wood, qui a développé un certain nombre de « stratégies » inspirées de la pratique de l'hypnose. Naturellement, un médecin peut dire, « je vous prescris tel médicament à prendre par voie orale toutes les 12 heures. En cas de douleurs durant la journée, je vous prescris tel autre médicament. Mais si vous en consommez un toutes les heures sur une période de plus de quatre heures ou si vous en consommez plus de six sur toute la journée, alors appelez-moi. Comme cela peut occasionner des constipations, je vous prescris un laxatif au cas où et un dernier médicament si vous avez des nausées ou des vomissements. Avez-vous bien compris ce qu'il s'agit de faire ? ». Dans cette phrase, que suggère le médecin ? En positif, qu'un traitement va avoir une action efficace sur la douleur du patient et qu'il est joignable en cas de difficulté. Mais à quel prix ? Celui annoncé par les suggestions suivantes : le traitement sensé couvrir la journée peut ne pas suffire, est potentiellement nocif, et comporte des effets indésirables qui nécessitent la mise en place d'emblée d'une « chaîne médicamenteuse ». Pourtant, cette façon de présenter est très habituelle, elle est aussi légitime si on place le curseur sur un simple aspect fonctionnel et de bonnes pratiques de prescription.

Or, quelqu'un de familiarisé avec la pratique hypnotique aura conscience du poids des suggestions faites au moment de la prescription et pourra procéder autrement, en formulant ses phrases autrement et en glissant quelques moments d'hypnose au moment de cette prescription visant à anticiper un moment de soulagement de la douleur. Autrement dit, il est possible dans le « setting » de l'écriture d'une ordonnance, en relation avec le patient, de jouer sur des facteurs qui stimuleront ce que l'on nomme « effet placebo » et qui, d'ordinaires, ne sont pas intentionnellement maniés pour stimuler le mieux être.

**PS : Qu'est-ce que l'hypnose conversationnelle ?**

AB : Il s'agit d'une pratique de l'hypnose interactive, le plus souvent sous la forme d'un dialogue, c'est-à-dire sans formalisation stricte d'une séance. Cette forme d'hypnose joue beaucoup sur des stratégies de communication et bien sûr doit mener à ce que le patient entre dans un état modifié de conscience, certes léger mais réel, afin de modifier la façon dont il perçoit sa réalité. C'est une forme d'hypnose très pratiquée dans le domaine du médical, car elle peut facilement s'articuler avec un geste soignant, une évaluation de la douleur, en même temps qu'un examen clinique, etc. Les principes de communication hypnotique ne sont, d'ailleurs, pas valables que dans ce cadre et peuvent être exportés. Avec Chantal Wood, nous avons formalisé dix règles principales issues de l'hypnose conversationnelle mais qui peuvent s'utiliser hors hypnose pour visée une amélioration de la relation au patient.

**PS : Pouvez-vous les résumer ici ?**

AB :

- Chercher les expériences agréables que le patient peut spontanément évoquer et les sensations corporelles associées pour proposer quelques anticipations positives type « là, fermez ou ouvrez simplement la main et observez

combien vos articulations peuvent à nouveau ressentir cela » ;

- Utiliser des tournures encourageantes, valorisantes et le renforcement positif : « je suis sûr que vous ferez cela très bien », « il est évident pour moi que vous pourrez faire cela facilement », etc ;
- S'adapter correctement au patient : à son langage (niveau culturel, âge...), son rythme (rapide, saccadé...) et son canal sensoriel (utiliser des expressions comme « vous voyez ce que je veux dire » si le patient est facilement dans la visualisation des choses, par exemple) ;
- Privilégier lorsque possible le temps présent, la forme affirmative et ouvrir le champ des possibles. Pour ce dernier point, il est souvent utile de partir à la recherche du « plus petit événement repérable » : « comment imaginez-vous que le changement va survenir ? Il arrive de façon brusque du jour au lendemain ou progressivement ? Comment saurez-vous alors qu'il commence à être là ? Quelle partie de votre corps ressentira le soulagement en premier ? » ;
- Prendre le temps de raconter plutôt qu'expliquer : il est possible, par exemple, de raconter sa douleur au patient « lorsque vous vous levez, alors vos muscles qui ont été peu mobilisés durant la nuit... » comme une histoire. Il est possible de faire appel, à ce moment là, à des dessins personnalisés ;
- Indiquer clairement ses intentions : que les objectifs que l'on se fixe à court, moyen et long terme soient bien perceptibles pour le patient et en verbalisant ce qui facilite l'atteinte de ces objectifs, mais aussi ce qui le freiner (pour trouver des solutions). Cela, en évitant « l'argument d'expert » mais en positionnant le patient comme un véritable acteur du processus thérapeutique ;
- Faire un rappel lorsque nécessaire avec le patient des expériences antérieures de soulagement et/ou de proposer des anecdotes mettant en scène des expériences de tiers (« un autre patient qui souffrait comme vous d'une hernie discale me disait que pour soulager par ses propres moyens sa douleur, il faisait... » : on suggère ainsi de façon indirecte mais impliquant un comportement d'antalgie que l'on souhaiterait que le patient adopte) ;
- Proposer des cadres en « comme si » : « levez-vous comme si la douleur n'était plus là », « comme si vous saviez que vous pouvez déjà parcourir cette longueur », etc ;

- Stimuler la surprise et la rupture de rythme, en faisant, par exemple, appel à un trait d'humour inattendu pour le patient et ainsi ne pas rester dans un cadre convenu ;
- Inciter au contrôle en positionnant le patient non seulement comme acteur mais également comme un partenaire expert (en insistant, par exemple, sur les éléments de contrôle et de maîtrise autour de la question des interdosés). La notion de contrôle doit être dite explicitement au patient.

**PS : Comment mieux organiser la formation des médecins sur cette technique afin que tous parlent le même langage avec leurs patients ?**

AB : Idéalement, une meilleure sensibilisation à la question de la relation et une approche plus « sciences humaines » à des questions comme la place du corps dans la dynamique relationnelle seraient à retrouver dès la formation initiale. En fait, il s'agit non pas de familiariser le médecin à de simples principes de communication, mais surtout à la question de la relation, qui est plus large et englobe une pensée autour de la question de l'influence et de son éthique. L'hypnose permet cela en grande partie, mais elle ne constitue pas une réponse unique.

Je crois en tout cas que l'une des bonnes réponses est la formation en équipe à une méthode de prise en charge psychocorporelle telle que l'hypnose. Cela ne veut pas dire que tout le monde va pratiquer l'hypnose à la fin de la formation, mais ils auront ensemble appris un nouveau langage, une nouvelle façon de parler des patients, avec le corps au centre des choses. C'est toute une relation au patient qui se trouve alors modifiée, puisque la « pensée d'équipe », à son propos, aura évolué vers autre chose. C'est très marquant les retours que j'ai des équipes à l'issue des formations à l'hypnose, lorsque précisément l'équipe dans son ensemble s'est formée en même temps. Ils me relatent un partage différent entres eux à propos des patients, des temps d'échange qu'ils n'avaient pas eu jusque-là. Et ce n'est pas qu'un effet de la dynamique de groupe : remettre la question du corps et de la relation au centre de la réflexion modifie le regard que l'on porte au patient douloureux. On pourrait presque voir l'hypnose comme une nouvelle langue que l'on peut parler non seulement avec le patient, mais aussi avec nos collègues. Pourquoi pas ?