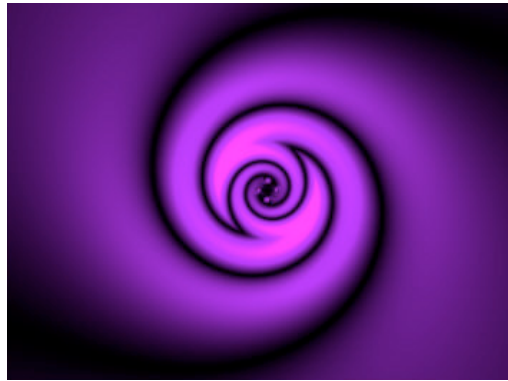


# Dossier SFETD du mois



## Hypnose et douleur : où en est-on ?

**Antoine Bioy<sup>1</sup>**

*Du statut de « mal nécessaire » permettant de jauger l'avancée d'une pathologie ou de celui de signe clinique nécessaire au processus diagnostique, la douleur est devenue une perception dont la médecine souhaite se passer chaque fois qu'elle le peut.*

*Des structures douleurs se sont alors ouvertes, des comités de lutte contre la douleur (CLUD) se sont créées, des plans gouvernementaux ont permis de faire évoluer les pratiques. Mais après quelques messages hasardeux (type : « la douleur n'est pas une fatalité »), il a bien fallu se rendre à l'évidence : la douleur chronique est cliniquement complexe à prendre en charge, et le salut ne viendra pas des seuls recours médicamenteux.*

*Il a donc fallu développer deux objectifs : d'une part développer la voie non médicamenteuse, et d'autre part de permettre aux soignants de se donner un cadre de pratique qui autorise l'approche de la complexité de « l'humain subjectif qui souffre ». L'hypnose a répondu aux deux aspects.*

*Parce que l'hypnose aiguë est facilement opérationnalisable en laboratoire, des preuves scientifiques claires sont rapidement obtenues pour attester de l'intérêt de la méthode sur les tableaux algiques.*

*Egalement, elle est une thérapie à médiation corporelle, c'est-à-dire qu'elle permet de parler le même langage que le patient, celui du corps qui s'exprime. Cela aussi est un élément d'appréciation positive. Et enfin, il ne faut pas se le cacher, l'hypnose exerce un pouvoir de fascination important qui rend séduisante sa pratique.*

*Où en est-on de sa pratique dans le champ de la douleur ?*

### Développement de l'hypnose

Depuis les premières traces écrites de la médecine, nous savons que les états de conscience modifiée ont été utilisés à visée thérapeutique (médecine sumérienne, hippocratique, persane...). Un phénomène universel, puisqu'on le retrouve dans toutes les civilisations, sous des appellations différentes : trances, extases, danses thérapeutiques...

En Europe occidentale, ce n'est qu'au 18<sup>ème</sup> siècle que l'hypnose va se formaliser en une pratique mettant intentionnellement au centre de sa pratique ces états de conscience modifiée, tout en les situant comme des phénomènes non surnaturels.

---

<sup>1</sup> Professeur de psychologie clinique et psychopathologie, université de Bourgogne Franche-Comté. Expert scientifique pour l'Institut Français d'Hypnose.

A cette époque, le Dr Franz Anton Mesmer (1734-1815) utilisait des aimants dans sa pratique médicale. La croyance était que par magnétisme minéral, les aimants posés sur le corps du patient attiraient puis emportaient avec eux le mal une fois qu'ils étaient retirés (et la douleur était un « mal » bien courant).

S'interrogeant sur ce qui agissait vraiment dans cette pratique, Mesmer conclut que ce n'est pas l'action des aimants mais un principe plus subtil, lié à la présence de l'autre, à sa proximité physique, qui agit. Il nommera ce principe « fluidisme » ou « magnétisme animal », une théorie qui sera rapidement récusée mais dont les effets seront attestés et attribués à une forme de médecine par l'imagination.

Les principaux premiers ingrédients de l'hypnose sont identifiés dès cette époque :

- une relation thérapeutique spécifique
- l'utilisation de la suggestion comme proposition thérapeutique
- l'importance d'un état de conscience modifié pour faciliter les effets thérapeutiques
- le pouvoir de l'imaginaire qui peut « prendre corps » chez les patients, avec un alliage subtil d'anticipation des effets et de mobilisations émotionnelles vers le but assigné
- la présence d'un rituel de soins particuliers

C'est à un disciple de Mesmer que l'on doit le véritable élan vers ce qui va devenir l'hypnose. Il s'agit du marquis de Puységur (1751-1825). Il va opérer une révolution épistémologique par rapport à son maître en ne situant plus le pouvoir thérapeutique du côté d'un agent extérieur (le magnétiseur tout puissant) mais du côté du patient et de ses ressources internes.

C'est lui qui peut se guérir, le praticien n'étant là que pour faciliter ce processus, notamment en suscitant un état de conscience modifiée qui facilite l'émergence des processus de guérison. Pour autant, pour Puységur, la dimension thérapeutique n'est pas uniquement due au potentiel « d'auto-guérison » du patient.

Il développe également toute une pensée sur la posture du praticien avec notamment son adage : « croyez et veuillez ! » qui met l'accent sur les notions de volonté et de conviction que le thérapeute doit mettre dans sa pratique, et qui influencent les résultats obtenus.

A partir de là, plusieurs auteurs vont préciser la pratique et développer les connaissances (Abbé de Faria, Joseph Deleuze...). Des opérations sont réalisées en « sommeil magnétique », préfigurant de l'hypnosédation<sup>2</sup> moderne. Citons par exemple Jules Cloquet qui effectua avec succès en 1829 une ablation du sein, Eliotson qui publia en 1843 un rapport sur les nombreuses chirurgies utilisant les états de conscience modifiée, dont des actes d'amputation.

Esdaile, en 1852, relate l'utilisation de l'hypnose dans plus de mille interventions dont deux cent soixante et une majeures. Il note particulièrement une meilleure récupération post-chirurgicale et un taux de mortalité opératoire diminué de façon très importante.

L'utilisation de la méthode lors d'actes médicaux douloureux déclina avec le développement de l'utilisation des procédés anesthésiques chimiques (éther, chloroforme...) applicables plus aisément à tous les patients.

A la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, l'hypnose est l'objet de nombreuses attentions, tant ses effets paraissent spectaculaires. Hippolyte Bernheim (1840-1919) démontre l'importance des suggestions dans les phénomènes hypnotiques obtenus, et fait de la suggestibilité l'élément central de la vie psychique de tout individu. Il s'oppose en cela à Jean-Martin Charcot, qui pense que l'hypnose est un fait psychopathologique en lien avec l'hystérie.

Des études ultérieures contrediront Charcot, et ne donneront que partiellement raison à Bernheim : la suggestion est l'un des ingrédients centraux de la pratique de l'hypnose, mais n'est pas au centre du phénomène. Citons de plus Pierre Janet, qui le premier décrira le phénomène de dissociation psychique, donnant ainsi une explication psychologique complète de l'hypnose, qui reste

---

<sup>2</sup> Terme désignant la pratique de l'hypnose au bloc opératoire et les actes de soins nécessitant une pré-médication et/ou une sédation partielle avec accompagnement hypnotique.

d'actualité, et ouvrira la voie des premières explications psychologiques de la façon dont l'hypnose agit sur la douleur, et l'importance des processus dissociatifs en hypnoalgésie<sup>3</sup>.

La seconde moitié du 20<sup>ème</sup> siècle verra le renouveau de la pratique de l'hypnose avec le psychiatre américain Milton Erickson. Ce dernier propose une méthode où la qualité du lien au patient est une invitation à assouplir ses mécanismes psychologiques et à actualiser ses apprentissages.

Le travail de la suggestion, aidé par l'état hypnotique, a pour but de soutenir la recherche d'une solution personnelle par le patient dans un contexte de plus grande flexibilité, alors que jusque-là l'hypnose avait pour but d'imposer une solution au patient par suggestion directe et diminution des résistances grâce à l'état hypnotique (Bioy, 2015).

Durant cette période, la recherche s'empare de deux objets d'étude majeurs : l'hypnotisabilité et ce qui l'active, ainsi que la douleur (Barber, Hilgard...). Au cours des années 90, les neurosciences permettent de démontrer que l'état hypnotique correspond à une activité cérébrale spécifique, différent d'autres états de conscience comme la veille, le sommeil, la somnolence, la distraction... (Rainville et al, 1999). Quant aux recherches médicales, elles sont essentiellement centrées sur l'évaluation de l'efficacité de la méthode avec toujours au premier plan la douleur, mais aussi celui de l'anesthésie avec notamment Alain Forster (1998) puis Marie-Elisabeth Faymonville (1999), figure contemporaine centrale de cette pratique.

Au niveau des pratiques, après une hypnose dirigiste (« classique ») centrée sur le praticien, puis une hypnose plus axée sur le patient et plus fine relationnellement (« Ericksonienne »), un nouveau courant se développe que nous désignons sous le terme sans doute transitoire de « travail de l'instant ».

Son chef de file est sans conteste François Roustang<sup>4</sup>, avec d'autres praticiens cliniquement créatifs tel Gaston Brosseau (2012). Le point commun est d'amener le patient à vivre l'instant où il se trouve, à ouvrir son champ de perception à l'ensemble des éléments présents. Alors que les patients sont souvent focalisés sur le problème qui les préoccupe, on pourrait parfois dire fascinés, ce travail autour de l'instant, de ce qui est simplement là sans qu'il n'y ait besoin de rien faire permet d'ouvrir le champ de la perception de façon importante.

Il en résulte une flexibilité psychologique plus grande, et une plus grande fluidité des processus dynamiques qui vont dans le sens du changement (Bioy, 2015). Signalons également que l'hypnose trouve un prolongement avec la réalité virtuelle appliquée au domaine du soin.

Ainsi, le programme « Snow world » a été conçu notamment par des spécialistes de l'hypnose (dont David Patterson) et utilise auprès de patients grands brûlés les ressorts de l'hypnoalgésie : utilisation des compétences du sujet, imaginaire actif, saturation de l'attention, travail de suggestions.

## **Qu'est-ce que l'hypnose ?**

Pour ce que nous en savons actuellement, l'hypnose est fondamentalement une pratique visant à une plus grande flexibilité psychologique des sujets, flexibilité qui s'organise autour d'une modification des perceptions du sujet (champ de conscience). Ces modifications sont influencées par les propositions formulées (suggestions) dans le cadre d'une relation intersubjective particulière. Nous avons proposé la définition suivante de l'hypnose : « mode de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi. » Ainsi se trouvent posées les deux dimensions qui constituent l'hypnose : l'état de conscience modifiée et le rapport hypnotique (Bioy, 2007).

---

<sup>3</sup> Terme désignant la pratique de l'hypnose en douleur.

<sup>4</sup> Signalons ce que nous considérons comme son triptyque central concernant la fascinante perspective que cet auteur propose à propos de l'hypnose : « La fin de la plainte », « Il suffit d'un geste » et « Savoir attendre » (les trois étant publiés chez Odile Jacob). Ajoutons également le très beau commentaire qu'il fait du texte de Hegel « Le magnétisme animal » (PUF, 2005) et la préface de grande qualité à l'ouvrage de Brosseau (2012).

- L'état de conscience modifiée : il a été objectivé au cours des années 90, par imagerie cérébrale (Rainville, 1999) et ses caractéristiques neuroanatomiques sont maintenant bien identifiées (Faymonville et al, 2006). L'une de ses grandes particularités est d'activer deux circuits cérébraux de façon concomitante : celui de l'absorption de l'attention et celui de la détente. Sur un versant psychologique, l'explication de l'état de conscience modifiée renvoie aux travaux de Pierre Janet et ses successeurs.
- La dimension relationnelle (anciennement nommée « rapport hypnotique ») qui renvoie à la dimension intersubjective, d'alliance thérapeutique, et à l'ensemble des données qui organisent la mise en lien entre praticien et patient.

En état hypnotique, le patient ne dort pas, ne perd pas son libre arbitre, n'est pas frappé d'amnésie. Les caractéristiques suivantes sont par contre typiques de l'expérience hypnotique (Bioy, 2015) :

- Une modification de l'orientation temporo-spatiale : ce qui est ressenti est une altération dans la façon dont les patients perçoivent leur corps (ressentis différents...) et la position de ce dernier dans l'espace. Une expérience assez courante est la sensation d'un flottement ou à l'inverse d'une douce et agréable lourdeur. Également, la perception du temps se trouve altérée, qu'elle soit étirée ou contractée (une séance de 10 minutes peut donner l'impression d'avoir duré le double ou seulement 2 ou 3 minutes).
- Un sentiment de détente : une sensation de détente mentale est présente même si elle n'est pas suggérée explicitement. Le principe de dissociation, l'entrée dans la phase de « perceptude » selon le mot de Roustang, explique cela. Si le travail thérapeutique peut être épuisant du fait des mobilisations psychiques, pour autant l'état hypnotique lui-même induit une sensation de relâchement (parfois exploitée pour obtenir une relaxation).
- Une hyper-absorption de l'attention : comme nous l'avons dit plus haut, l'hypnose consiste en une activation à la fois des circuits de détente mais aussi d'absorption de l'attention. La troisième dimension est donc tout naturellement celle d'une attention facilement concentrée et focalisée sur un élément donné. Cela permet par exemple à un patient de décrire avec autant d'attention que nécessaire une sensation physique, ou de s'absorber dans son imaginaire.
- Une diminution du jugement et de la censure : tout se passe comme si les expériences du patient étaient vécues sous la forme d'un arc réflexe, c'est-à-dire ne passaient pas par le processus d'intellectualisation. Les choses sont perçues, senties, mais pas analysées (elles pourront éventuellement l'être dans un second temps, en dehors du processus de transe). De ce fait, le jugement et la censure sont altérés. Autrement dit, le patient entre dans une logique proche des rêves et quitte la logique rationnelle.
- Une expérience de réponse quasi-automatique (ou « principe d'involontarité » selon le mot du Pr Jean-Roch Laurence) : il s'agit de la dimension la plus typique de l'expérience hypnotique. Lorsque le patient accepte une suggestion faite, il la réalise sans avoir l'impression que c'est bien lui qui la mène. Ainsi, si on suggère que la main du patient est de plus en plus légère jusqu'à s'envoler tranquillement, le patient sentira sa main se soulever « comme si » elle se soulevait toute seule, sans l'intervention de sa volonté.

## **Hypnose et douleurs**

L'hypnose concerne de nos jours de nombreux domaines de la pratique en santé (Bioy, 2015) :

- Médecine : l'hypnose concerne tant le champ du curatif que du palliatif. L'idée est toujours de pouvoir potentialiser les prises en charge en s'appuyant sur les ressources propres des patients. Le champ de la rééducation, le travail autour du mouvement, de l'équilibre, de l'image du corps, sont en plein développement.
- Chirurgie : il s'agit d'une étape importante dans les parcours, car elle est source d'angoisse et d'espoir, celui de la guérison ou a minima du soulagement. L'hypnose permet une prise en charge incluant des suggestions de mieux-être, de temps de récupération moins important et dans de meilleures conditions. Les pratiques en anesthésie se trouvent très améliorées.
- Obstétrique : l'hypnose permet d'accompagner les désirs d'enfant, les temps de grossesse et d'accompagner les premiers liens parents/enfants. Le travail autour de la sexualité, de la procréation, de l'accouchement et de leurs troubles associés sont à la fois spécifiques et riches.
- Dentaire : l'importance des soins dentaires n'est pas toujours bien perçue, pourtant le champ de la dentisterie est transversal à de nombreuses pathologies (algies, cancers...). L'hypnose concerne tant le champ de la gestion de la douleur (et de l'anxiété) que le changement des comportements pour améliorer son état de santé (lutte contre le bruxisme<sup>5</sup>, amélioration des pratiques alimentaires, lutte contre le tabagisme...), que celui de l'approche de pathologies singulières comme la glossodynie.
- Prévention : ce secteur n'est pas encore très développé si ce n'est, en hypnoalgésie, l'usage de l'autohypnose qui permet de prévenir certaines rechutes et aggravations (Mubiri et al, 2015)

Le métier « d'hypnothérapeute » n'existe pas, et chaque professionnel possède avec l'hypnose non pas un moyen nouveau de prise en charge mais une méthode qui vient se greffer à la profession d'origine. Par exemple, un algologue pratiquant l'hypnose n'aura pas la même approche ni les mêmes objectifs qu'un psychologue utilisant l'hypnose quant bien même ils travailleraient de concert autour d'un même patient. L'hypnothérapie<sup>6</sup> va par exemple permettre un travail sur des dimensions singulières en lien avec la douleur comme le deuil ou le trauma psychique, très typique de l'approche psychologique, en complément de l'approche médicale et paramédicale (Leplus-Habeneck & Bioy, 2016).

Les mécanismes neurophysiologiques sont maintenant bien identifiés (Vanhaudenhuyse et al, 2014 ; Oakley & Halligan, 2010 ; Wood & Bioy, 2006 ; Rainville & Price, 2004). Les chercheurs utilisent les EEG pour étudier les états et le PET Scan et IRMf pour localiser les régions impliquées dans la neurophysiologie de l'hypnose. Quelques grandes données ont émergé et continuent à être approfondies (Jensen et Patterson, 2014) :

- De même que la douleur implique plusieurs localisations, l'hypnose correspond à un réseau d'activations/désactivations et non à un centre monodéterminé.
- Les grandes structures impliquées sont : l'insula, le cortex pré-frontal, le thalamus, le cortex primaire et secondaire, le cortex cingulaire

---

<sup>5</sup> Grincement automatique des dents qui se produit de façon chronique, essentiellement durant le sommeil

<sup>6</sup> Le terme d'hypnothérapie désigne la pratique psychologique et/ou psychothérapeutique de l'hypnose, quel que soit le champ d'application de l'hypnose.

- Un système de contrôle inhibiteur existe, notamment via la moelle épinière, pour limiter un peu plus grâce à l'hypnose les perceptions et répercussions de la douleur
- Le type de suggestions oriente le « travail du cerveau » : demander une diminution de l'intensité douloureuse va agir sur le cortex sensoriel primaire mais pas sur le gyrus cingulaire antérieur alors que si on demande une diminution de la pénibilité en lien avec la douleur, seule l'activité du gyrus cingulaire antérieur va se modifier (Rainville et al, 1997).
- Une douleur imaginée est cérébralement aussi active qu'une douleur « réelle » (Derbyshire, 2004).

L'hypnose n'est donc pas une « simple » distraction ou imagination, mais elle est une imagination créatrice qui prend corps dans les perceptions du sujet. La réalité en hypnose devient le réel du patient. L'illusion devient tangible et là se situe l'intérêt de l'hypnose : si on peut *halluciner* un soulagement alors il devient percept et prend corps chez le patient. L'illusion suscitée par hypnose devient le réel du patient. Pour autant, même si l'hypnose n'est pas la distraction, il est clair que le jeu attentionnel proposé par l'hypnose offre des avantages réels, notamment en douleur aiguë. Ainsi, Rainville et Price montrent que l'hypnose permet de passer d'un mode actif à passif d'attention, ce qui a pour conséquence de diminuer le niveau de contrôle et ainsi de laisser l'expérience hypnotique, faites de suggestions de soulagement, se dérouler plus simplement (2004).

Si l'utilisation de l'hypnose dans le champ de la douleur n'est pas nouvelle (Pintar & Lynn, 2008), elle possède des indications très diverses et notamment en douleur aiguë comme nous avons commencé à en parler (Cazard-Fillette, Wood & Bioy, 2015 ; Bioy & Célestin, 2014 ; Célestin & Bioy, 2014).

Particulièrement la pratique de l'hypnose dans le cadre de la prévention et de la gestion des douleurs provoquées par les soins possède un niveau de preuve scientifique indiscutable (Birnie et al, 2014 ; Bertholet et al, 2013 ; Kuttner, 2012 ; Stoelb, 2009).

Il est à noter que dans le champ de la douleur aiguë, l'utilisation de l'hypnose relève d'un souhait d'usage de méthode sans « effets secondaires » (puisque non médicamenteux) en même temps que cela fait appel aux ressources immédiates du patient (« l'imagination créatrice » comme nous venons de le désigner).

Mais en fait, il y a peu de publications novatrices dans le champ de l'hypnoalgésie aiguë ces 20 dernières années.

Certes, les publications actualisent les savoirs avec quelques connaissances supplémentaires et des méthodes plus innovantes, comme le recours à la réalité virtuelle déjà cité, mais globalement la connaissance des mécanismes en jeu et des indications à privilégier sont connues depuis les années 70 à 90 (en psychologie expérimentale puis psychologie clinique et médecine).

Il s'agit maintenant que les pratiques suivent, puisque les éléments de preuve sont maintenant réunis à l'instar de l'hypnosédation (Vanhaudenhuyse et al, 2008) ou le domaine de l'urgence (Iserson, 2014).

Les études montrent aussi que l'état de conscience modifié permet d'obtenir des résultats supérieurs à la simple suggestion. Ainsi, Vanhaudenhuyse et collaborateurs (2014) précisent l'intérêt de l'hypnose combinée à une anesthésie locale et une sédation consciente en chirurgie (amélioration péri- et postopératoire du confort des patients et des chirurgiens), là où les « simples » suggestions d'algésie et d'anxiolyse semblent moins pertinentes (Kekecs et al, 2014).

En fait, le développement des connaissances en hypnoalgésie concerne plutôt ces dernières années le domaine du chronique (Bioy, 2012).

Elles sont plutôt de nature empirique pour l'instant, ce qui est dû notamment à la difficulté voire l'impossibilité de créer un modèle fiable de douleurs chroniques dans le cadre d'études expérimentales.

Ainsi, ces vingt dernières années, le recours à l'hypnose dans le cadre de la douleur chronique a fait de nombreuses avancées (Tomé-Pires & Miro, 2012 ; Montgomery et al, 2010 ; Stoelb et al, 2009). Il nous paraît important de situer d'emblée le cadre de ce développement.

Le recours à l'hypnose ne s'explique pas par le fait que l'on aurait trouvé un équivalent aux traitements médicamenteux, qui compléterait l'arsenal des pharmacopées antalgiques.

Il faut plutôt y voir une forme de réponse à la complexité des tableaux cliniques présentés et la nécessité de penser et de mettre en œuvre des prises en soins pluriprofessionnels et qui intègrent une dimension psychocorporelle comme « ciment ».

La prise en charge médicamenteuse seule est en effet non seulement une impasse mais une voie clinique inepte et déraisonnable (Turk, Wilson et Cahana, 2011).

Que montrent les études ? L'approche la plus pertinente en douleur chronique est bien sûr le modèle holistique, et la pratique de l'hypnose procure des avantages réels dans les suivis des patients. Ainsi, l'équipe de ME Faymonville (Vanhauzenhuysse et al, 2015) publie les résultats du modèle qu'ils appliquent dans la prise en charge du patient douloureux chronique : approche physiologique, d'éducation thérapeutique, d'autohypnose et d'apprentissage du « prendre soin de soi ».

Cette étude concerne 527 patients, douloureux chroniques depuis en moyenne 10 ans. Ils bénéficient de 20 sessions sur 9 mois (dont 6 d'apprentissage de l'autohypnose).

Les résultats sont plus que positifs tant concernant la douleur, que les aspects psychologiques en lien avec l'expérience algique. La pratique de l'autohypnose est centrale en douleur chronique.

Dans ce domaine, 10 séances ont été la norme pendant longtemps, avant que des modèles 3 ou 5 séances soient testés.

On est finalement revenu à 10 séances quel que soit la douleur chronique dont il est question, avec des bénéfices qui tiennent dans le temps lorsque l'on franchit le seuil de 7 séances (Jensen et al, 2009 ; Mubiri et al, 2015).

Ce « seuil » peut être abaissé dans le cadre où l'autohypnose est couplée à d'autres approches, ce qui est le cas pour l'approche développée sur Liège par Faymonville.

Les études montrent que ce qui va être notablement amélioré, et qui fait l'objet de l'attention des patients, est l'amélioration de leur tableau clinique global (qualité de vie, diminution de la pénibilité associée à la douleur, moins de catastrophisme...) bien plus que le « simple » niveau de perception de la douleur (contrairement à l'aiguë, évidemment).

On pourrait synthétiser en disant que les études montrent des bénéfices à l'hypnose sur l'ensemble des tableaux de douleurs chroniques, avec des résultats particulièrement positifs pour les troubles fonctionnels comme le syndrome du côlon irritable (Lee, Choi & Choi, 2014) ou certains types de dorsalgies (Tan et al, 2014).

En fait, la littérature scientifique est unanime sur le fait que l'avantage de l'hypnose ne se situe pas tant dans une amélioration de la façon dont la perception douloureuse est plus ou moins présente, mais dans la diminution de la « charge négative » associée à la douleur dans la vie du patient. D'autant qu'une diminution qui peut paraître minoritaire est en fait perçue comme une avancée importante par les patients.

Ainsi, une diminution de 30% est devenue une référence (Dworkin et al, 2005). Mais plutôt sur les éléments de pénibilité associés à la perception douloureuse (Crawford et al, 1998), cela étant évidemment majoré dans les situations de douleurs complexes et inexplicables (Turk et al, 1998).

La question n'est donc plus « est-ce que cela marche ? », mais « pour quoi cela marche ? ». La psychologie en particulier s'intéresse aux données relationnelles des suivis (Bioy & Celestin, 2014) et particulièrement actuellement selon le modèle de l'attachement, qui a le vent en poupe comme nous nous en faisons l'écho au congrès SFETD déjà en 2012 (Zelinka et al, 2014 ; Varga et al, 2014).

La recherche n'est cependant pas simple car l'hypnose étant une méthode psychologique et non une pratique médicamenteuse, la variabilité de réponse inter-patient est très importante :

- le niveau d'hypnotisabilité varie d'une personne à l'autre (Cardeña & Terhune, 2014), même si elle est assez stable dans le temps. En laboratoire, ce niveau d'hypnotisabilité est prédictif du succès des suggestions sur la douleur aiguë (Hilgard & Hilgard, 1975) mais ne l'est pas en situation clinique (Montgomery et al, 2011) ni pour la douleur chronique (Patterson & Jensen, 2003) où l'autre dimension devient au premier plan, principalement :

- la dynamique relationnelle engagée va induire des vécus intérieurs de nature différente, et donc des réponses très singulières. Les auteurs s'accordent à décrire cela comme un apprentissage : le patient fait l'expérience en hypnose d'une flexibilité psychologique, d'une fluidité dans ses ressentis et comportements et enfin d'une modification dans son rapport à la douleur qui constituent autant d'importants éléments de maturation.

On peut cependant s'entendre sur trois axes de suggestion importants en douleur chronique, délivrés dans un cadre d'état de conscience modifiée (Jensen & Patterson, 2014) :

- des suggestions à la fois pour des effets à court terme et à long terme
- des suggestions pour potentialiser les effets du traitement
- des suggestions pour trouver des avantages annexes à la diminution de la douleur : baisse de la dépression (Alladin, 2010), favoriser le niveau d'activité, travailler les stratégies de coping, et améliorer la qualité de sommeil (Jansen, 2011).

## Conclusion

*Le récent rapport INSERM<sup>7</sup> (Guegen et al, 2015) conclut selon des critères d'analyse très stricts à des avantages indiscutables de l'hypnose dans le champ de l'anesthésie (diminution de la consommation de sédatifs et/ou d'antalgiques) et dans le syndrome du côlon irritable. D'autres études aux critères allégeant la méthodologie pour tenir compte de la difficulté d'évaluer une méthode psychologique, qui dépend d'une expérience singulière, élargie considérablement le spectre des indications et des avantages. Toute forme de douleur aiguë répond très bien à la méthode hypnotique, et en douleur chronique on note un avantage certain à permettre aux patients d'avoir accès à l'autohypnose. Ces avancées ne sont cependant pas isolées ; l'ensemble des pratiques psychologiques ont connu des avancées importantes dans le cadre des prises en soins des patients douloureux (Jensen et Turk, 2014 ; Defontaine & Bioy, 2014 ; Dionne, 2013 ; Bioy, 2013 ; Allaz et al., 2011) ; ainsi que la panoplie des pratiques à médiation corporelle (Wood & Bioy, 2013). Les pratiques avancent, certains processus restent à identifier alors que d'autres sont déjà connus, la particularité de l'hypnose est qu'elle semble les « condenser » dans sa pratique (dynamique relationnelle, processus attentionnels, activité intrapsychique, état de conscience modifié comme favorisant la flexibilité psychologique...). Elle n'a donc pas fini de nous étonner, et nous n'avons pas fini à apprendre d'elle...*

Alladin, A. (2010). Evidence-based hypnotherapy for depression. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58, 165–185

Allaz A-F., Cedraschi C., Rentsch D, Canuto A. (2011). Douleurs chroniques chez les personnes âgées : dimensions psychologiques. *Rev Med Suisse*;7 :1407-1410

---

<sup>7</sup> Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose Expertise scientifique réalisée par l'unité Inserm U1178 à la demande du Ministère de la Santé (Direction Générale de la Santé). Juin 2015



Bertholet O, Davadant M, Cromec I, Berger MM. Hypnosis integrated in burn care: impact on the healthcare team's stress. *Rev Med Suisse*. 2013 Sep 11;9(397):1646-1649.

Bioy, A. (2015, sous presse). L'hypnothérapie. In A. Untas, C. Bungener & C. Flahault (Ed). *Interventions psychothérapeutiques dans les maladies somatiques. Accompagner les patients et leurs proches*. Paris : DeBoeck.

Bioy, A., Célestin-Lhopiteau, I. (2014). *Aide mémoire d'hypnothérapie et d'hypnose médicale*. Paris : Dunod. Préface de Gaston Brosseau.

Bioy A (2013) Regard clinique autour de l'incertitude en douleur chronique. In: Barruel F, Bioy A. *Du soin à la personne – clinique de l'incertitude*. Dunod, Paris, 189-198

Bioy, A. (2012). Hypnose et douleur : connaissances actuelles et perspectives. *Revue médicale suisse*, 347, 1399-1403

Bioy A. (2007). *Découvrir l'hypnose*. Paris, InterEditions (réédité en 2015 aux éditions Marabout).

Birnie KA, Noel M, Parker J, Chambers C, Uman L, Kisely S, McGrath P. Systematic Review and Meta-Analysis of Distraction and Hypnosis for Needle-Related Pain and Distress in Children and Adolescents.[Review]. *Journal of Pediatric Psychology*. 39(8):783-808,

Brosseau, G. (2012). *L'hypnose, une réinitialisation de nos cinq sens*. Paris, InterEditions.

Cardeña E, Terhune, DB. Hypnotizability, Personality Traits, and the Propensity to Experience Alterations of Consciousness. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice* 2014, Vol. 1, No. 3, 292–307

Cazard-Fillette, C., Wood, C. & Bioy, A. (2015, sous presse). *Vaincre la douleur par l'hypnose et l'autohypnose*. Paris, Vigot-Maloine.

Célestin-Lhopiteau, I., Bioy, A. (2014). *Aide mémoire d'hypnoanalgesie*. Paris : Dunod. Préface du Pr Marie-Elisabeth Faymonville.

Crawford, H. J., Knebel, T., Kaplan, L., Vendemia, J. M., Xie, M., Jamison, S., & Pribram, K. H. (1998). Hypnotic analgesia: 1. Somato- sensory event-related potential changes to noxious stimuli and 2. Trans- fer learning to reduce chronic low back pain. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 46, 92–132.

Defontaine-Catteau MC, Bioy A (2014) Place du traumatisme psychique en clinique de la douleur. *Douleur Analg* 27:68–74

Derbyshire, S. W., Whalley, M. G., Stenger, V. A., & Oakley, D. A. (2004). Cerebral activation during hypnotically induced and imagined pain. *Neuroimage*, 23(1), 392–401. doi:10.1016/j.neuroimage.2004.04 .033

Dionne, F., Blais, MC, & Monestès, JL. (2013). Mieux vivre avec la douleur chronique grâce à la thérapie d'acceptation et d'engagement. *Revue Santé Mentale au Québec*, 38, 131-152(2).

Dworkin, R. H., Turk, D. C., Farrar, J. T., Haythornthwaite, J. A., Jensen, M. P., Katz, N. P., . . . Witter, J. (2005). Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT

recommendations. *Pain*, 113(1–2), 9–19

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

Faymonville, M.E., Meurisse, M., Fissette, J. (1999). Hypnosedation: a valuable alternative to traditional anaesthetic techniques. *Acta Chir. Belg.*, 99, 141-46

Forster A. L'Hypnose en anesthésie. *Nouvelles Techniques en Anesthésie Générale*. JEPU, Création Relation Impression: 163-170, 1998

Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. *INSERM*, 2015. 213p.

Hilgard, E. R., & Hilgard, J. R. (1975). *Hypnosis in the relief of pain*. Los Altos, CA: W. Kaufmann.

Iseron KV. An hypnotic suggestion: review of hypnosis for clinical emergency care. *J Emerg Med*. 2014 Apr;46(4):588-96

Jensen, M. P. (2011). *Hypnosis for chronic pain management: Therapist guide*. Oxford, England: Oxford University Press.

Jensen, M. P., & Turk, D. C. (2014). Contributions of psychology to the understanding and treatment of people with chronic pain: Why it matters to ALL psychologists. *American Psychologist*, 69, 105–118

Jensen MP, Patterson DR. (2014) Hypnotic Approaches for Chronic Pain Management - Clinical Implications of Recent Research Findings. *American Psychologist*, 69(2) : 167-177.

Jensen, M. P., Barber, J., Romano, J. M., Molton, I. R., Raichle, K. A., Osborne, T. L., . . . Patterson, D. R. (2009). A comparison of self- hypnosis versus progressive muscle relaxation in patients with multiple sclerosis and chronic pain. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57(2), 198–221

Kekecs Z, Nagy T, Varga K. The effectiveness of suggestive techniques in reducing postoperative side effects: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Anesth Analg*. 2014 Dec;119(6):1407-1419

Kuttner, L. Pediatric hypnosis: pre-, peri-, and post-anesthesia. *Pediatric Anesthesia*. 22(6):573-577

Lee HH, Choi YY, Choi MG. The Efficacy of Hypnotherapy in the Treatment of Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Neurogastroenterol Motil*. 2014 Apr 30;20(2):152-62.

Leplus-Habeneck, JS, Bioy, A. Un autre visage de la douleur : accompagnement hypnothérapeutique d'un deuil pathologique exprimé par des névralgies post-zostériennes (2016, sous presse). In N. Dumet, L. Fernandez (Eds). *Psychopathologie clinique du somatique : 12 études de cas*. Paris : InPress.

Montgomery, G. H., DuHamel, K. N., & Redd, W. H. (2000). A meta- analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 138 – 153

- Montgomery, G. H., Schnur, J. B., & David, D. (2011). The impact of hypnotic suggestibility in clinical care settings. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59, 294–309. doi:10.1080/00207144.2011.570656
- Mubiri MA, Richard M, Bioy, A. (2015). Place de l'autohypnose dans la prise en charge de la douleur. *Douleurs*, 16(3), sous presse.
- Patterson, D. R., & Jensen, M. P. (2003). Hypnosis and clinical pain. *Psychological Bulletin*, 129, 495–521.
- Pintar, J., & Lynn, S. J. (2008). *Hypnosis: A brief history*. Malden, MA: Wiley-Blackwell
- Rainville, P., Duncan, G. H., Price, D. D., Carrier, B., & Bushnell, M. C. (1997). Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science*, 277(5328), 968–971. doi:10.1126/science.277.5328.968
- Rainville, P., Hofbauer, R.K., Paus, T. et al. (1999). Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 11, 110-125.
- Rainville, P., & Price, D. D. (2004). The neurophenomenology of hypnosis and hypnotic analgesia. In D. D. Price & M. C. Bushnell (Eds.), *Psychological methods of pain control: Basic science and clinical perspectives (Progress in Pain Research and Management, Vol. 29)*. Seattle, WA: IASP Press.
- Stoelb, B. L., Molton, I. R., Jensen, M., & Patterson, D. R. (2009). The efficacy of hypnotic analgesia in adults: A review of the literature. *Contemporary Hypnosis*, 26, 24–39
- Tan G, Rintala DH, Jensen MP, Fukui T, Smith D, Williams W. A randomized controlled trial of hypnosis compared with biofeedback for adults with chronic low back pain. *Eur J Pain*. 2014 Jun 17. doi: 10.1002/ejp.545
- Tomé-Pires, C., & Miró, J. (2012). Hypnosis for the management of chronic and cancer procedure-related pain in children. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 60, 432–457
- Vanhaudenhuyse A, Laureys S, Faymonville ME. Neurophysiology of hypnosis. *Neurophysiol Clin*. 2014 Oct;44(4):343-353
- Vanhaudenhuyse A, Gillet A, Malaise N, Salamun I, Barsics C, Grosdent S, et al. Efficacy and cost-effectiveness: A study of different treatment approaches in a tertiary pain center. *Eur J Pain*. 2015 Feb 24. doi: 10.1002/ejp.674
- Vanhaudenhuyse A, Boverous P, Boly M, Schnakers C, Bruno MA, Kirsch M, demertzi A, Lamy M, Maquet P, Laureys S, Faymonville ME. Hypnose et perception de la douleur. *Rev Med Liege* 2008; 63 : 5-6 : 424-428
- Varga K, Kekecs Z. “Oxytocin and Cortisol in the Hypnotic Interaction1”. *Int J Clin Exp Hypn*. 2014 January-March;62(1):111-128.
- Wood C, Bioy A. (2013). *Thérapies à médiation corporelle & douleur*. Paris, IUD.
- Wood, C., & Bioy, A. (2010). De la neurophysiologie à la clinique pédiatrique de l'hypnose. *Médecine et pédiatrie*, 30 (7), 321-329.
- Zelinka V, Cojan Y, Deseilles M. Hypnosis, “Attachment, and Oxytocin: An Integrative Perspective”. *Int J Clin Exp Hypn*. 2014 January-March;62(1):29-49