

# Approche de la douleur chronique par l'hypnose : expérience d'un médecin praticien



Rev Med Suisse 2009 ; 5 : 1380-5

**M. Grünenwald**

Dr Michèle Grünenwald  
Centre multidisciplinaire de la douleur  
Service de pharmacologie  
et toxicologie cliniques  
HUG, 1211 Genève 14 et  
Groupe médical d'Onex  
Route de Loëx 3, 1213 Onex  
grunenwaldmichele@hotmail.com

## Approach of chronic pain by hypnosis: a general practitioner's experience

Hypnosis is a modified state of consciousness linking the conscious and the unconscious of a person. In the context of chronic pain, hypnosis enables to help controlling the intensity of the pain, managing the pain and the emotions accompanying it and to help the patient finding his own resources allowing him getting involved in his treatment.

L'hypnose est un état de conscience modifié permettant de mettre en lien le conscient et l'inconscient. Dans le contexte de la douleur chronique, l'hypnose permet d'aider à contrôler l'intensité de la douleur, à gérer la douleur et les émotions qui l'accompagnent et aide le patient à retrouver des ressources lui permettant de se mobiliser et de devenir actif dans la prise en charge.

## INTRODUCTION

Soigner par l'hypnose, c'est aussi soigner un être en relation avec lui-même et avec ce qui l'entoure.<sup>1</sup> La description de cette technique dépasse le but de cet article centré sur une approche pratique. Quelques éléments essentiels seront cependant évoqués en guise d'introduction avant de présenter un survol de la littérature et le travail clinique effectué auprès de patients souffrant de douleurs chroniques.

## QU'EST-CE QUE L'HYPNOSE ?

L'hypnose est un état modifié de conscience où le patient est conscient de tout ce qui est dit et de tout ce qu'il se passe autour de lui. Ce n'est pas un état de sommeil comme le pensent certains patients. Les recherches effectuées ont permis de constater qu'à l'électroencéphalogramme et à l'IRM fonctionnelle, les changements observés dans l'état d'hypnose ne correspondent pas à un état de sommeil.<sup>2,3</sup> L'hypnose permet de mettre en lien le conscient et l'inconscient et ainsi d'aller chercher des ressources à l'intérieur de soi-même. Cette démarche est ainsi active et consentante.<sup>4</sup> C'est un outil complémentaire aux autres thérapies médicamenteuses et non médicamenteuses (physiothérapie, massages par exemple) dont bénéficie le patient. En état de transe hypnotique, le thérapeute va utiliser des suggestions, des métaphores (par exemple visualisation et ressenti d'un gant autour de la main pour diminuer des sensations désagréables entre autres), afin de proposer au patient de modifier son rapport avec la douleur, avec d'autres symptômes ou plus largement avec son environnement.

## SUGGESTIBILITÉ ET AUTOHYPNOSE

Des signes propres à l'état de transe hypnotique permettent d'évaluer la suggestibilité d'un patient, comme par exemple la fixité du regard, la diminution du clignement des paupières, un changement de coloration de la peau du visage.

Tout patient peut bénéficier de l'apprentissage de l'autohypnose, consistant à apprendre les techniques pour faire de l'hypnose seul à domicile : apprentissage de l'induction, emplois des suggestions et métaphores élaborées avec le thérapeute et sortie d'hypnose. Le but de cet apprentissage est de pouvoir utiliser cet état de façon constructive et thérapeutique. Par contre, la prise en charge hypnotique chez des patients non stabilisés psychiquement est contre-indiquée.



## APPROCHE DANS LA DOULEUR CHRONIQUE

La douleur est, rappelons-le, définie selon l'Association internationale de l'étude de la douleur (IASP)<sup>5</sup> comme *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion*. C'est donc une expérience complexe comprenant des caractéristiques tant sensorielles, qu'émotionnelles, cognitives et motivationnelles. La douleur est de plus influencée par les représentations du patient, son vécu au sens large (vécu par rapport à d'autres douleurs qu'il a connues, par rapport à ses événements de vie).

L'hypnose, dans le contexte de la douleur chronique, peut être utile pour contrôler le niveau d'intensité de la douleur, pour gérer la douleur et/ou les émotions qui l'accompagnent, afin d'aider le patient à retrouver une qualité de vie acceptable.

L'hypnose permet au patient de découvrir et de développer de nouveaux outils personnels de gestion des différentes composantes de la douleur. Le patient souffrant de douleurs chroniques est souvent envahi par celles-ci et rencontre de la difficulté à se décentrer. L'hypnose permet alors d'élargir son champ de vision, en prenant du recul non seulement par rapport aux douleurs mais aussi par rapport à sa situation. Par ses suggestions pendant la séance d'hypnose, le thérapeute permet au patient de se focaliser sur d'autres éléments que la douleur, de recadrer la situation et de l'amener à découvrir ses propres ressources pour gérer la douleur.

L'hypnothérapie permet d'agir à plusieurs niveaux : le niveau sensoriel (intensité par exemple), la gestion de la douleur (diminuer une anticipation négative par exemple), le niveau cognitif (faire des liens entre la douleur et des pensées négatives), le niveau émotionnel (en lien avec des deuils non faits par exemple), et le niveau motivationnel (l'aider à trouver des ressources lui permettant de se mobiliser, de devenir actif dans la prise en charge).

Les outils hypnotiques utilisés pour moduler une douleur sont multiples, tels la distraction, l'imagerie mentale, l'apprentissage de la gestion des émotions, en particulier de l'anxiété et du stress, et de techniques permettant au patient de ne plus rester dans une pensée binaire du *tout douloureux ou absence totale de douleur*. Toutes ces techniques tendent à permettre au patient de retrouver un contrôle sur la douleur et ses conséquences dans sa vie quotidienne et à retrouver une certaine autonomie. Le patient n'adoptera les suggestions hypnotiques que si elles peuvent s'intégrer dans son système de représentations, d'où l'importance et d'une anamnèse approfondie et du lien thérapeutique.

## ÉTUDES SUR L'UTILISATION DE L'HYPNOSE CHEZ DES PATIENTS SOUFFRANT DE DOULEURS CHRONIQUES

L'étude d'Abrahamsen<sup>6</sup> a évalué l'effet de l'hypnose chez 45 patients souffrant de douleurs orofaciales persistantes idiopathiques. Ils ont été randomisés en deux groupes, un groupe hypnose et un groupe contrôle chez qui seules des suggestions de relaxation étaient faites. Les résultats montrent dans le groupe traité une diminution significative de l'intensité de la douleur mesurée par une échelle visuelle

analogique (EVA), de la consommation des antalgiques ainsi qu'une amélioration du sommeil. Cependant, il n'a pas été noté de bénéfice au niveau de la qualité de vie, ni des symptômes psychologiques associés (anxiété, dépression, symptômes obsessionnels-compulsifs, sensibilité interpersonnelle, symptômes de somatisation), ceux-ci n'ayant pas été inclus dans la prise en charge hypnothérapeutique de l'étude.

L'étude de Grondahl<sup>7</sup> a évalué dans une étude randomisée, contrôlée, l'effet de l'hypnose chez seize patients souffrant de fibromyalgie. L'étude a montré une amélioration significative des symptômes et de la qualité de vie dans le groupe hypnose (n=8) et chez quatre patients du groupe contrôle (n=8) ayant accepté à la fin de l'étude un traitement par hypnose.

Dans l'étude de Castel,<sup>8</sup> 45 patients souffrant de fibromyalgie ont été randomisés dans trois groupes (hypnose avec suggestions analgésiques, hypnose de relaxation et relaxation seule). Les trois techniques diminuaient l'intensité de la douleur (EVA), et les composantes sensibles et émotionnelles de la douleur analysées sur le questionnaire d'évaluation de la douleur de McGill, mais seule l'hypnose avec des suggestions analgésiques montrait un effet marqué sur l'intensité et la composante sensitive. L'effet de l'hypnose avec suggestion de relaxation n'était pas supérieur à celui obtenu par une relaxation seule.

L'étude de Gay<sup>9</sup> a réparti 36 patients souffrant d'une gonarthrose et/ou coxarthrose en trois groupes, un groupe hypnose, un groupe relaxation de Jacobson et un groupe contrôle. Une diminution de 56% (EVA de 4,16 à 1,97) des douleurs était observée à quatre semaines dans le groupe hypnose, et de 31% dans le groupe relaxation à huit semaines (EVA de 3,68 à 2,37) ; dans les deux groupes l'effet antalgique s'est maintenu à six mois. Une diminution de la consommation d'antalgiques était également retrouvée dans les deux groupes.

Une revue de la littérature récente de Jensen et Patterson<sup>10</sup> inclut dix-neuf études mesurant l'effet de l'hypnose dans la douleur chronique. Un effet antalgique a été observé dans 18/19 études, avec très souvent un maintien de l'effet à moyen terme (jusqu'à une année). Les études qui comparaient l'hypnose à un traitement utilisant également des suggestions, comme la relaxation ou le training autonome par exemple, tendaient à montrer une efficacité similaire. A noter que le meilleur facteur prédictif de l'efficacité de l'hypnose y était la suggestibilité hypnotique du patient.

## MON EXPÉRIENCE : DÉROULEMENT DES SÉANCES

J'utilise la *première séance* pour faire une anamnèse extensive tant de l'histoire de la douleur que de l'histoire personnelle du patient, et de découvrir ce qui l'a amené à l'hypnose. Une étape importante est la clarification de ses attentes afin de définir un objectif réaliste, par exemple une diminution et non une disparition de la douleur. Cela passe par la réflexion autour du plus petit changement, au niveau de la douleur ou de la gestion de la situation, qui lui permettra d'être mieux. Certains patients viennent avec l'espoir de ne plus du tout avoir de douleurs après cette



**Tableau 1. Cas cliniques**

AH: autohypnose à domicile; SP: safe place; EVA: échelle visuelle analogique.

Patientes	Critères d'évaluation de la douleur	1 <sup>re</sup> séance	Effet après la 1 <sup>re</sup> séance	Autres séances (quelques exemples de méthodes utilisées)	Effet global en fin de traitement
61 ans Cervicalgies chroniques	Douleurs 5 j/7	SP (lac de montagne) Suggestions d'évacuation des tensions	Douleurs 3 j/7	4 autres séances • Evacuation des tensions • Transformation d'image • Mise à distance des sources de stress	Vie sociale acceptable Douleurs occasionnelles bien gérées. AH tous les jours Diminution des antalgiques et du somnifère
51 ans Lombalgies chroniques	Marche 15-20 min EVA 5-6/10	SP (chapelle) Suggestions de confort, calme	Marche 45 min EVA 4/10	4 autres séances • Deuil des parents • Mise en couleur de la douleur et modification • Pendule	Plus sociable, plus optimiste Marche 1 h 30-2 h 00 facilement Douleurs 2 h 00/j. Acceptation de vivre avec des douleurs AH régulièrement. Reprise de la natation
44 ans Douleurs neurogènes de la fesse G dans un contexte tumoral	EVA 11,5/10!	SP Travail sur les nausées Suggestion de contre-stimulation de la douleur avec de la crème	EVA 8/10	4-5 autres séances • Carte des couleurs • Travail sur les nausées, l'anxiété • 1 séance lors d'un examen invasif avec suggestions d'anesthésie en gant transférée	Gère bien la douleur et les autres symptômes. AH tous les jours
34 ans Céphalées chroniques	EVA 6-9/10	SP	EVA 5/10	3 autres séances • Transformation d'objet • Carte des couleurs • Bulle d'oxygène	EVA < 5, crises gérées en partie par l'autohypnose. Peu d'effets de l'hypnose sur l'intensité des douleurs
53 ans Migraines et céphalées de tension chroniques	EVA 4-5/10	SP (piscine) Ancrage sensation agréable	Moment de détente et relaxation pendant la séance	7 autres séances • Transformation d'objet • Carte des couleurs • Travail sur le sommeil • Valorisation des capacités • Bulle de protection	Amélioration lente au niveau des douleurs, amélioration au niveau du sommeil Permet d'être plus calme lors de la séance. Travaille AH avec un enregistrement d'une séance
58 ans Douleurs neurogènes sur conflit radiculaire L4G	8/10	SP (chalet de montagne) Piscine	EVA 7/10 après, 5-6 pendant Arrive mieux à gérer la douleur	1 autre séance • Carte des couleurs • Travail sur le deuil de son père	3/10. Se dit libérée d'un grand poids
48 ans Douleurs neurogènes de l'épaule G	Douleurs 30-60 min à 5/10. Neurontin (800-700-1200 mg/j)	SP (maison au bord de la mer)	Pas de changement	3 autres séances • Transformation d'objet • Lumière • Bulle d'oxygène	Douleurs très sporadiques et de courte durée gérées par AH ayant permis de diminuer les doses de Neurontin (400-400-1200 mg/j)
69 ans Douleurs mixtes du MID sur PTG et lésion nerveuse	Marche 200-400 m/j. Adaptation du traitement antalgique en même temps	SP: pas trouvé, abréaction, accompagnement d'un deuil	Marche 2-3x400 m/j (effet du traitement antalgique)	3 autres séances • Abréaction (1 <sup>e</sup> ): accompagnement deuil • Carte des couleurs	En cours de traitement 0/10 à la fin de la 3 <sup>e</sup> séance pendant 30 minutes, après la 4 <sup>e</sup> diminution des douleurs de 7 à 3/10
57 ans Douleurs neurogènes sur myélite transverse	EVA 6/10	SP (maison en pierre) Transformation d'objet Transformation par la respiration	Pas de changement de la douleur Amélioration de la marche	3 autres séances • Mobilisation dans l'eau • Réintégration du corps	Diminution de la gêne respiratoire liée aux douleurs, de l'allodynie, moins de fatigue, marche plus vite et plus longtemps, plus active
46 ans Douleurs dorsales sur ostéomyélite	EVA 7-8/10	SP	Pas de changement	5 autres séances • Transformation d'objet • Lumière (inefficace) • Bulle d'oxygène	EVA 1/10. Partie en convalescence en dehors de GE
66 ans Fibromyalgie Cervico-brachialgie G	7-8/10	SP (grange) Bulle d'oxygène	Pas de changement	5 autres séances • Réification du symptôme • Pendule • Scène de théâtre • Montgolfière • Travail sur les émotions	Disparition des douleurs de fibromyalgie, persistance des cervicobrachialgies G, ceci en parallèle avec l'introduction de gabapentine. Activité sociale assez intense, donne des cours de théâtre A trouvé que l'hypnose lui faisait du bien mais sans avoir d'effet sur la douleur



prise en charge, et un recadrage est alors nécessaire. Lors de cette première séance, je définis également le déroulement des séances, le nombre de séances ainsi que leur intervalle. Je propose une réévaluation de la poursuite de la thérapie après 4-5 séances ainsi que des buts à atteindre (ceux-ci pouvant changer selon l'évolution qui a eu lieu).

Dès la deuxième séance, j'invite le patient à entrer en transe par une technique d'induction (qui consiste en la focalisation sur un des sens, la vue, le toucher par exemple) puis je le guide sur un chemin pour aller trouver un endroit où il se sent bien, au calme et en sécurité (*safe place*). Cet endroit est essentiel pour la poursuite de la thérapie puisqu'il permet en cours de transe, lors d'abréactions, si nécessaire, de retourner se ressourcer dans cet endroit confortable. Généralement, la première transe consiste à construire cet endroit et les séances suivantes vont pouvoir être consacrées au travail sur la douleur. Il arrive fréquemment qu'il y ait déjà des effets sur les symptômes du patient dès la première transe.

J'apprends systématiquement à mes patients à faire de l'autohypnose à domicile dès la deuxième transe et leur prescris de l'effectuer si possible quotidiennement. J'ai pu constater que les patients qui évoluaient le plus favorablement étaient ceux qui pratiquaient régulièrement de l'autohypnose à domicile. L'autohypnose donne un rôle au patient, lui permettant de devenir actif dans sa prise en charge.

Dans le cadre d'une proposition de traitement hypnotique faite à des patients consultant le centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur des HUG à Genève, dix-neuf patients ont été intéressés par cette technique et ont accepté de suivre un apprentissage d'autohypnose. Ils présentaient diverses pathologies douloureuses chroniques: migraines, céphalées de tension, lombalgies chroniques, douleurs neurogènes sur section d'un nerf, sur compression tumorale, ou sur conflit radiculaire (tableau 1). Il a été intéressant d'observer que l'utilisation de la même technique et des suggestions antalgiques pouvaient être efficaces sur les douleurs, quelles que soient leurs étiologies. L'efficacité était cependant fortement liée au degré d'implication du patient dans la thérapie. L'amélioration de la gestion de la douleur passait parfois par le contrôle de l'intensité de la douleur, parfois par la gestion des émotions associées, ou par les deux.

## VIGNETTE CLINIQUE

Une patiente de 61 ans souffrait de cervicalgies chroniques non déficitaires presque quotidiennes (5 jours sur 7 en moyenne) associées à trois crises douloureuses intenses par an. Par leur imprévisibilité, les douleurs avaient nettement diminué ses activités quotidiennes et sa vie sociale.

La première séance d'hypnose a été consacrée à la construction d'une *safe place* et elle a reçu des suggestions pour évacuer des tensions (en utilisant la respiration, l'expiration en particulier).

Lors de la deuxième séance, elle a annoncé une diminution de la fréquence des douleurs à trois jours par semaine.

Etant donné l'absence de douleurs lors de cette consultation, le travail s'est focalisé sur les sensations actuelles confortables pour les ancrer (visualisation de la sensation agréable en couleurs, température qui est ancrée par la suite dans un geste facilement reproductible dans la vie quotidienne).

Lors de la troisième séance, la patiente a fait de l'autohypnose tous les jours et n'a eu des douleurs qu'un seul jour dans la semaine. Elle a constaté aussi une diminution de la prise des médicaments antalgiques ainsi que des hypnotiques. Le travail sur le contrôle des tensions s'est poursuivi au cours de cette séance (mise dans le poing des tensions qui se libèrent lorsque la main s'ouvre).

Lors des quatrième et cinquième séances: un travail de mise en image des douleurs pour les transformer a été effectué. La patiente visualisait l'image d'un élastique et a pu ainsi retrouver une souplesse au niveau de sa nuque. Pendant ces séances, la patiente a également appris à gérer les sources de stress péjorant les douleurs en apprenant à se protéger et à se respecter (mise en place d'une bulle autour d'elle).

La dernière séance, six mois après, a permis de consolider le travail de gestion des douleurs et du stress par une technique permettant d'explorer toute la gamme de couleurs des sensations douloureuses (visualisation de la douleur qui est séparée en plusieurs zones d'intensité différente, chaque intensité étant alors représentée par une couleur différente, ce qui permet par la suite de travailler de façon plus approfondie sur la douleur afin de la modifier).

Une année après le début des séances, la patiente pratiquait quotidiennement l'autohypnose. Elle ne ressentait presque plus de douleurs et pouvait parfaitement gérer celles qui parfois survenaient. Elle a pu reprendre une vie sociale satisfaisante.

## CONCLUSIONS

Par une approche, demandant au patient de devenir un partenaire actif, il est possible de modifier son expérience douloureuse aux niveaux sensoriel, émotionnel, cognitif et motivationnel.

Les buts de l'hypnose, et plus particulièrement la pratique de l'autohypnose, permettent au patient de retrouver un certain contrôle de la prise en charge de sa douleur, de mobiliser ses propres ressources et de retrouver une autonomie.

Le but n'est pas de supprimer toutes les douleurs, il arrive même que l'intensité de la douleur ne diminue pas, mais que l'hypnose aide le patient à gérer sa douleur d'une façon nouvelle, plus constructive, lui permettant d'améliorer sa qualité de vie. ■



### Implications pratiques

- > L'hypnose permet d'apprendre au patient, entre autre, à gérer sa douleur au niveau de l'intensité, au niveau des émotions qui l'accompagnent et de l'aider à trouver des ressources l'aidant à se mobiliser
- > La pratique de l'autohypnose à domicile rend le patient actif de sa prise en charge et lui permet d'agir sur sa qualité de vie
- > L'hypnose peut être apprise par tout un chacun
- > Le patient doit être motivé à faire de l'hypnose et doit pouvoir se concentrer

### Bibliographie

- 1 \* Benhaïem JM. L'hypnose pour le contrôle de la douleur. *Doul et Analg* 2006;4:75-80.
- 2 Fingelkurts AA, Fingelkurts AA, Sakari K, et al. Cortex functional connectivity as a neurophysiological correlate of hypnosis: An EEG case study. *Neuropsychologia* 2007;45:1452-62.
- 3 Rainville P. Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation. *Pain* 1999;82:159-71.
- 4 Bioy A, Michaux D, et al. *Traité d'hypnothérapie*. Paris: Ed. Dunod, 2007.
- 5 [www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain\\_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728](http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728)
- 6 Abrahamsen R, Baad-Hansen L, Svensson P. Hypnosis in the management of persistent idiopathic orofacial pain – Clinical and psychosocial findings. *Pain* 2008;136:44-52.
- 7 Grondahl JR, Rosvold EO. 2008, [www.medscape.com/viewarticle/581316\\_1](http://www.medscape.com/viewarticle/581316_1)
- 8 Castel A, Pérez M, Sala J, et al. Effect of hypnotic suggestion on fibromyalgic pain : Comparison between hypnosis and relaxation. *Eur J Pain* 2007;11:463-8.
- 9 Gay MC, Philippot P, Luminet O. Differential effectiveness of psychological interventions for reducing osteoarthritis pain: A comparison of Erickson hypnosis and Jacobson relaxation. *Eur J Pain* 2002;6:1-16.
- 10 \* Jensen M, Patterson DR. Hypnotic treatment of chronic pain. *J Behav Med* 2006;29:95-124.

\* à lire

\*\* à lire absolument