

ARTICLE ORIGINAL

Hypnose et douleur : le paradoxe. Du pouvoir de l'hypnothérapeute au contrôle du patient

The paradox of hypnosis and pain: From the power of the hypnotherapist to the patient's sense of control

A.-S. Nyssen

Résumé : L'intérêt majeur de l'exercice de l'hypnose dans le traitement de la douleur réside dans son approche intégrative de la douleur, centrée sur la relation patient-médecin et sur le sentiment de contrôle qui en découle pour le patient. Les chercheurs se sont intéressés aux aspects cognitifs de la douleur qui incluent l'attention, le sentiment de contrôle lié à la douleur et les manières cognitives de gérer la douleur. Paradoxalement, l'hypnose est souvent comprise et représentée comme une relation d'influence, une suggestion, une domination, un pouvoir de l'hypnotiseur sur l'hypnotisé. Pour comprendre ce paradoxe apparent que pose l'hypnose en termes de contrôle et de pouvoir, nous examinons la relation médecin-patient sous l'angle du partage du pouvoir et voyons comment l'hypnose renégocie ce partage au profit du patient pour une meilleure gestion de la douleur.

Mots clés : Hypnose – Sentiment de contrôle – Relation patient-médecin

Abstract: One of the main advantages of hypnosis in the management of chronic pain is its holistic approach, which centers on the patient-doctor relationship and the sense of control perceived by the patient. Researchers have been interested in the cognitive aspects of pain, including attention, sense of control and pain coping strategies. Paradoxically, hypnosis is often considered a mix of influence, suggestion, and the power of the hypnotist over the hypnotized patient. To better understand the apparent paradox created by hypnosis, in terms of power

and control, we examine the aspects of power in the relationship between the patient and doctor and examine how hypnosis redistributes this power to help patients better manage pain.

Keywords: Hypnosis – Sense of control – Doctor-patient relationship

Avec le développement des connaissances et des technologies, la médecine est devenue une véritable discipline scientifique basée sur des faits objectifs, pratiquée par des spécialistes de mieux en mieux formés, qui travaillent dans des organisations hospitalières de plus en plus départementalisées et complexes. Mais cette spécialisation de la médecine a tendance à oublier l'homme derrière le patient, ou plutôt conduit à une vision d'un homme morcelé, désintégré selon l'anatomie, les pathologies et les spécialités, et en quelque sorte « non vivant ». Ce patient morcelé n'est pas celui qui nous consulte, celui qui souffre, qui pleure, qui a peur, celui qui cherche à savoir, qui agresse ou qui parle de ses émotions.

On estime que 70 à 80 % des plaintes et des poursuites judiciaires en matière médicale sont liées à des problèmes de communication et de relation : manque d'attention d'un médecin pressé, vocabulaire scientifique d'un médecin hyperspécialisé et qui se protège derrière son jargon incompréhensible pour le patient, échec de l'échange d'informations entre médecins, manque de collaboration entre médecins ou entre médecins et infirmières, perception d'un médecin hautain... Ces difficultés de communication manifestent leurs conséquences à la fois chez les patients et chez le personnel soignant, qui ne sort pas indemne de ces contentieux. Son stress, ses cauchemars s'ajoutent à ceux des patients. Même si on dispose de peu de données sur la santé physique et mentale du personnel

hospitalier, plusieurs rapports récents font état d'une augmentation du taux d'anxiété et de dépression chez les médecins spécialistes et généralistes et d'une diminution de la satisfaction au travail dans le secteur médical [4,7,10]. Les grèves successives du personnel hospitalier auxquelles la majorité des états d'Europe sont confrontés régulièrement témoignent de l'ampleur du malaise.

C'est à ce patient inquiet, chosifié et souffrant, et à ce médecin stressé, enfermé dans sa rationalité-carapace que s'adresse l'exercice de l'hypnose en milieu hospitalier. Son but est l'ouverture : ouverture au relationnel, à l'expérience, à l'empathie, à la communication, à l'impalpable, à l'inconnu, à la créativité dans l'échange.

L'intérêt majeur de l'exercice de l'hypnose en milieu hospitalier réside dans son approche de la relation patient-médecin basée sur la communication et sur le sentiment de contrôle qui en découle pour le patient. Paradoxalement, l'hypnose est souvent comprise et représentée comme une relation d'influence, une suggestion, une domination, un pouvoir de l'hypnotiseur sur l'hypnotisé. Pourtant, comme l'argumentait déjà Chertok en 1965 dans son livre sur la relation médecin-patient [1], « l'idée de domination dans la relation hypnotique ne correspond à rien. Même dans les cas où le patient entre très facilement en transe, l'hypnotiseur ne fait pas ce qu'il veut ». Et il raconte le cas d'une femme opérée au poignet gauche sous hypnose à qui la suggestion d'analgésie avait été réalisée par erreur au bras droit, et qui a rétabli d'elle-même le message pour insensibiliser son bras gauche. S'il a existé des visions autoritaires de l'hypnose, tout se passe néanmoins comme si, en hypnose, le sujet gardait la capacité (consciente ou non consciente) d'accommodation des suggestions en fonction de ses besoins. En cela, l'état hypnotique préserverait en quelque sorte le processus d'autorégulation décrit par Piaget [8] qui assure l'équilibre et préserverait le patient d'une suggestion incompatible avec ses schèmes préexistants. Le patient n'adoptera la suggestion que si elle peut s'intégrer dans son système de représentations et de croyances. C'est une des raisons pour lesquelles le discours suggestif indirect tel qu'Erickson [2] l'a développé dans son approche de l'hypnose se montre plus efficace chez un grand nombre de patients que l'hypnose autoritaire. M. Erickson utilise de multiples formes de suggestions indirectes (les métaphores, les suggestions permissives) qui n'éveillent pas les résistances du patient. Ainsi, le patient se laisse progressivement accompagner vers une expérience de vécu différente de celle qui prévaut habituellement. Son état d'éveil est atténué, ses stratégies de contrôle associées sont mises en état de veille et les suggestions du thérapeute peuvent résonner d'autant plus facilement dans cet état de conscience « autre » qu'elles sont de nature permissive.

Cependant, même si la forme est indirecte, la suggestion est bien là et le thérapeute exerce une influence et, par conséquent, un certain pouvoir.

Mais au fond, qu'entend-on par « pouvoir » ? Le pouvoir est une relation entre des acteurs. Pour reprendre la définition de Max Weber, la relation de pouvoir s'exerce quand un individu accomplit conformément à la volonté d'un autre individu, une action qu'il n'aurait pas accomplie spontanément. On distingue en général deux sortes de pouvoir : le pouvoir d'injonction qui repose sur la contrainte et le pouvoir d'influence reposant sur un consentement.

Pour comprendre le paradoxe apparent que pose l'hypnose en termes de contrôle et de pouvoir, il faut examiner la relation médecin-patient sous l'angle du partage du pouvoir et voir comment l'hypnose renégocie ce partage au profit du patient.

Plusieurs chercheurs ont examiné la relation médecin-patient sous l'angle du pouvoir, en tentant de situer le « locus décisionnel », c'est-à-dire la personne qui exerce le contrôle prépondérant dans la prise de décision médicale et ont proposé une typologie des relations de pouvoir [3].

Pendant longtemps, l'approche paternaliste du médecin a dominé la relation médecin-patient, le pouvoir exercé par le médecin était de type autocratique avec peu ou pas de contrôle exercé par le patient, mais la relation s'inscrivait dans une histoire de vie, autant pour le patient que pour le médecin qui la construisait à travers un processus durable de prise en charge du patient. C'est la durée de la relation qui constituait l'élément fondateur de la relation et de la confiance mutuelle.

Avec le développement des sciences, le discours médical s'est précisé, technicisé, spécialisé et articulé autour de la catégorisation. Les médecins spécialistes se multiplient au chevet du patient, à intervalle variable, les entrevues sont de plus en plus courtes, chacun se construit une représentation précise mais fragmentée du patient selon sa spécialisation. Le pouvoir exercé du médecin est toujours de type autocratique, mais son autorité repose aujourd'hui sur sa légitimité scientifique.

Depuis une trentaine d'années, l'approche centrée sur le patient se propage et insiste sur la coopération patient-médecin. L'accès des patients à des connaissances médicales via Internet et le « droit » des patients renforcent cette évolution, mais le patient reste un être fragmenté dans sa prise en charge. Les technologies informatiques qui envahissent les hôpitaux facilitent l'accès et le partage des données, mais n'assurent pas la coopération entre médecins en temps réel, en présence du patient, ni la qualité de la communication entre médecins et entre médecins et patient.

Depuis une dizaine d'années, le modèle centré sur la relation renvoie à une conception multidisciplinaire des soins et vise une communication professionnelle de qualité et une plus grande autonomisation du patient. En 1996, la communication est explicitement reconnue par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada comme

une des sept compétences essentielles que doivent maîtriser les médecins. Mais quelle place occupe-t-elle aujourd'hui dans l'enseignement ? Jusqu'à une date récente, on considérait que l'art de communiquer s'apprenait à travers l'exercice de la profession. Le modèle centré sur la relation postule que le médecin comme le patient seront changés par leurs interactions au cours d'une journée. Or, l'analyse des plaintes judiciaires révèle clairement que l'expérience dans le domaine de la communication professionnelle en santé ne suffit pas. Les habiletés communicationnelles peuvent s'enseigner. L'hypnose ericksonienne repose sur un enseignement spécifique de techniques de communication. Au-delà de son efficacité thérapeutique dans le traitement de la douleur, la pratique de l'hypnose s'inscrit pleinement dans ce modèle de soins centré sur la qualité de relation et accentue encore le degré d'autonomie du patient, notamment avec l'enseignement de l'autohypnose. Le thérapeute au moyen de suggestions permissives propose des choix au patient et évite une approche parternaliste et dominatrice. Il apprend aux patients un ensemble d'exercices qui leur permet de trouver cet état d'hypnose par eux-mêmes, ce qui augmente leur sentiment d'autonomie.

Même si le thérapeute d'aujourd'hui est réticent à l'idée d'exercer un pouvoir, l'hypnose est bien la construction d'un pouvoir d'influence, qui repose sur le consentement du patient, à travers un processus de communication spécifique. Il n'y a pas d'hypnothérapie sans communication. Certes, comme le disent Watzlavitch et al. [11], « on ne peut pas ne pas communiquer », et le thérapeute quel qu'il soit ne peut pas soigner sans communiquer, et à travers cette communication, influencer, suggérer, et donc exercer, y compris à son insu, un pouvoir sur son patient. Mais l'hypnothérapeute va au-delà. Il intègre la communication dans sa thérapie, l'utilise comme un vecteur d'influence dont le but paradoxal est de doter le patient du pouvoir de s'aider lui-même et, notamment, en reprenant le contrôle sur des multiples comportements automatiques, non volontaires ou de multiples ressentis dont la douleur.

La douleur, telle qu'elle est vécue et racontée par le patient, est le produit de multiples dimensions sensorielle, émotionnelle, motivationnelle et cognitive. Elle est avant tout une expérience subjective et individuelle qui semble être en grande partie influencée par les pensées rattachées à la situation douloureuse et par les attributions qui lui sont décernées [12], tout comme l'hypnose est une expérience subjective et unique à chaque patient qui lui permet de découvrir un « autre » état de conscience, d'accéder à d'autres points de vue, de prendre de la distance et du recul au moyen, là encore paradoxal, d'une hyperfocalisation. Comme une loupe nous permet de percevoir des choses que l'on ne voit pas habituellement et du coup transforme notre « vision », notre compréhension de la situation. C'est à ce niveau que se situent les techniques d'induction hypnotiques dans la prise en charge de la douleur. L'hypnose permet d'accéder à l'expérience douloureuse dans toutes ses

dimensions. Le thérapeute peut alors recadrer le vécu douloureux au moyen de suggestions dans une autre expérience, favorable pour le patient, qui l'oriente vers ses propres ressources, vers ses propres capacités d'action et de gestion. Cela permet alors de donner la sensation au patient qu'il commence à reconstruire la situation plutôt que d'être sous le contrôle de la douleur et de diminuer l'anxiété. Les travaux de psychologie ont appréhendé les aspects relationnels entre le sentiment de contrôle et le stress ressenti. Dans le modèle développé par Lazarus et Folkman [5], le stress est le résultat d'une évaluation que le sujet fait de la situation. Le stress est ressenti quand le sujet perçoit un déséquilibre, une divergence, une inadéquation entre les demandes (internes et/ou externes) perçues d'une situation et l'idée qu'il se fait de ses ressources pour y répondre. Le sujet a alors le sentiment de perdre le contrôle de la situation : c'est la réaction de stress. Si ce sentiment persiste ou se répète : c'est l'état de stress. À l'inverse, l'adéquation entre les demandes perçues et l'évaluation qu'il fait de ses compétences suscite un sentiment de contrôle et de confiance qui influence favorablement la performance.

Dans le domaine des soins, quand la douleur est mal soulagée et que l'expérience des soins est mauvaise, cela a des conséquences sur le plan de l'évaluation cognitive que le patient se fait de la situation et de ses capacités pour y faire face. Certains patients vont ressentir un déséquilibre et anticiper la douleur. Le stress peut alors déclencher et entretenir la douleur. Le sujet a le sentiment de ne pas pouvoir faire face, de perdre le contrôle.

L'approche hypnotique de la douleur inclut un travail sur la perception des demandes et des ressources. Le thérapeute peut modifier favorablement les perceptions du patient grâce à des suggestions appropriées qui permettent au patient de prendre conscience de sa propre capacité à s'auto-organiser. Comment procède-t-il ? Dans un premier temps de l'induction, le thérapeute est spectateur des phénomènes externes puis internes qui se passent chez le patient et les lui renvoie comme un miroir en énonçant des messages de type « vous êtes assis dans ce fauteuil, vos pieds posés sur le sol, le rythme de votre respiration ralentit progressivement et vos paupières se ferment par elles-mêmes... ». La sémantique, la paralinguistique (intonation, débit, arrêts...) et les signaux non verbaux (posture, mimiques, gestes...) permettent d'induire chez le patient la relaxation, la visualisation, la distraction et la dissociation. Ses comportements lui sont décrits comme se produisant par eux-mêmes, ayant leur propre spontanéité. Leur contrôle tout comme leur déclenchement lui échappent. Le sujet est donc dans ce premier temps positionné en spectateur des phénomènes neurophysiologiques automatiques qui se passent en lui, et il ne peut que les accepter. Progressivement, le thérapeute va suggérer des comportements et le simple fait de les énoncer en amènera la réalisation (*self-fulfilling prophecy* [6]). L'hypnotiste dira par exemple : « vous pouvez découvrir une sensation d'engourdissement agréable qui s'installe naturellement

peut-être au niveau du pied gauche, peut-être au niveau du pied droit, ou autre part ; je ne sais pas où cette sensation s'installe chez vous, et observer comment cette sensation agréable peut remonter du pied au genou... ». En pratiquant ainsi, le thérapeute suggère un « autre » vécu au patient. Il peut alors moduler favorablement les perceptions du patient et lui faire prendre conscience de sa capacité à modifier son expérience de la douleur, ce qui donne naissance au sentiment d'être davantage maître de sa destinée et artisan de sa liberté.

L'approche par hypnose de la douleur n'exclut pas la pharmacologie, mais elle y associe des techniques communicationnelles de façon à parvenir à un contrôle optimal de l'ensemble de ses dimensions sensorielles, émotionnelles, motivationnelles et cognitives.

Les chercheurs se sont intéressés aux aspects cognitifs de la douleur qui incluent l'attention, le sentiment de contrôle lié à la douleur et les manières cognitives de gérer la douleur. Le locus de contrôle lié à la douleur renvoie à la mesure dans laquelle les patients ont le sentiment de contrôler leur douleur et à la façon dont ils se comportent en conséquence [9]. Dans l'approche hypnotique, le thérapeute restitue une partie du contrôle au patient et donc du pouvoir. Il accompagne le patient, il lui propose des choix, ce qui implique une remise en question de sa propre pratique et de soi-même pour mieux comprendre comment son comportement interfère avec la relation et la prise en charge du patient.

Ce qui fait le charme et l'efficacité de la pratique de l'hypnose dans le domaine des soins en constitue peut-être la difficulté principale pour sa propagation au sein du système de santé. En redistribuant le pouvoir, l'approche hypnotique peut attiser des frustrations, des résistances. Le patient demandeur d'une intervention chirurgicale pourrait choisir de se diriger vers tel hôpital, vers tel anesthésiste pratiquant l'hypnose, plutôt que vers tel chirurgien proche. De cette redistribution, pourra naître soit un refus de la part de l'équipe, soit une collaboration interprofessionnelle accrue. La pratique de l'hypnose

bouleverse le travail de chacun ; en salle d'opération par exemple, elle exige un certain silence et nécessite une collaboration encore plus accrue au sein de l'équipe pour anticiper et réguler les suggestions hypnotiques en fonction du vécu du patient et du travail en cours. En somme, la pratique de l'hypnose ne peut pas reposer sur une méconnaissance de l'autre, sur des préjugés, sur des croyances, elle repose au contraire sur un processus relationnel et une capacité d'influence de celui qui la pratique liée à sa compétence pour accompagner le patient mais aussi ses collègues et l'institution toute entière vers l'établissement d'une relation de collaboration.

Déclaration de conflit d'intérêt : Je déclare ne pas avoir de déclaration de conflit d'intérêt.

Références

1. Chertok L (2000) La relation médecin-patient. Paris, Coll. Les empêcheurs de tourner en rond
2. Erickson MH (1999-2001) L'intégrale des articles de Milton H. Erickson sur l'hypnose, 4 tomes, Bruxelles, Satas
3. Giroux L (2005) Les modèles de relation médecin-patient. In: C. Richard et M.-T. Lussier. La communication professionnelle en santé. Québec, Éditions du renouveau pédagogique Inc.
4. Hale R, Hudson L (1992) The Tavistock study of young doctors: report of the pilot phase. *Br J Hosp Med* 47: 452-64
5. Lazarus RS, Folkman S (1984) *Stress, appraisal and coping*. New York, Springer
6. Merton R (1968) *Social Theory and Social Structure*, Free Press
7. Nyssen AS, Hansez I, Baele P, et al. (2003) Occupational stress and burnout in anesthesia. *Br J Anesth* 90(3): 333-7
8. Piaget J (1967) *La psychologie de l'intelligence*, Paris, Colin
9. Rotter JB (1966) Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monogr*, 80(1): 609-33
10. Sutherland VJ, Cooper CL (1992) Job stress, satisfaction, and mental health among general practitioners before and after introduction of new contract. *Br Med J* 304: 1548-8
11. Watzlawick P, Helmick Beavin J, Jackson D (1972) *Une logique de la communication*. Paris, Seuil
12. Williams ACdeC, Richardson IH, Richardson PH (1997) Les approches psychologiques de la gestion de la douleur : considérations théoriques et pratiques. In: L. Brasseur, M. Chauvin, G. Guilbaud (eds.) *Douleurs, bases fondamentales, pharmacologie, douleurs aiguës, douleurs chroniques, thérapeutiques*. Paris : Maloine 811-25