

Introduction

DIDIER MICHAUX

La douleur est pour ceux qui en sont affligés une expérience incontournable. En effet, face à la violence des sensations douloureuses, il paraît bien difficile de faire comme si tout allait bien. Ceux qui ont connu une douleur intense ont pu constater l'inefficacité de leurs tentatives pour la museler : une journée entière totalement polarisée sur telle ou telle partie du corps devenue brutalement le centre même de la conscience et, pour lutter, toutes ces stratégies inutiles : fuite de la lumière, fuite des bruits, fuite des mouvements et des pensées mobilisant l'attention... Et voilà l'hypnothérapeute qui parle à son patient. Qui lui parle de sa douleur, d'un espace de vacances, de routes ensoleillées, de presque tout... Et la douleur s'estompe, le corps se fait de plus en plus discret. Voici un patient, souffrant de blessures importantes, qui part dans ses souvenirs et qui s'apaise, un enfant à qui l'on raconte une histoire et qui peut alors supporter une piqûre d'habitude intolérable, une patiente atteinte de fibromyalgie échappant en quelques minutes à des sensations douloureuses qui d'habitude ne se taisent jamais. Voici aussi des patients préparés à une intervention chirurgicale par un mélange d'hypnose et de sédatif qui leur permet, à leur grande surprise, de ne pas avoir besoin de l'anesthésie générale d'ordinaire nécessaire pour ce type d'interventions.

On pourrait être tenté d'expliquer ces modifications de la sensibilité douloureuse par différents mécanismes sans liens ni avec l'hypnose ni avec les suggestions. On pourrait parler d'*augmentation des motivations*. On pourrait dire que le sujet veut réussir et qu'il fait donc « comme si ». Mais ce qui vient d'être rappelé, à propos de la douleur et de l'impuissance généralement ressentie par la personne souffrante dans sa lutte contre celle-ci, rend vraiment peu convaincant ce type d'explication. Pourquoi le sujet douloureux ne mettrait-il pas en

place, de lui-même, ces mécanismes toujours disponibles ? Pourquoi attendrait-il l'induction hypnotique et les suggestions ?

C'est d'ailleurs parce que chacun d'entre nous a pu faire l'expérience de cette quasi-immuabilité de l'expérience douloureuse (du moins pour une personne donnée dans un contexte également donné) qu'il manifeste une intense surprise face au changement inattendu qui apparaît en réponse à l'analgésie hypnotique. Devant ce changement, les réactions du spectateur oscillent entre incrédulité et émerveillement. Incrédulité : mise en cause de la sincérité du thérapeute, du patient, minoration du niveau de douleur, etc. Émerveillement : l'hypnotiseur apparaît doté d'un don, on est aux confins du magique et du surnaturel. Mais de l'émerveillement l'on débouche souvent sur une réaction d'effroi : que signifie ce qui est perçu comme un « pouvoir », et quel usage l'hypnotiseur va-t-il en faire ? Ces deux réactions conduisent donc souvent à une mise à l'écart, à un « oubli » de cet effet qu'on pourrait dire « scandaleux », dans la mesure où il contredit si brutalement les connaissances implicites de chacun d'entre nous par rapport à la douleur.

Le docteur Léon Chertok qui réalisa, il y a maintenant vingt-sept ans, l'anesthésie hypnotique¹ de deux de ses patientes qui devaient subir une intervention chirurgicale, faisait régulièrement observer aux journalistes, qui venaient le questionner à propos de l'analgésie hypnotique, en parlant comme d'une méthode récemment « découverte », que cette méthode récente était seulement connue depuis deux cents ans !

Par ailleurs, j'aimerais ici citer la phrase d'un médecin, ancien collaborateur du docteur Chertok qui, à propos de l'anesthésie suggérée de ces deux patientes, éliminait de façon lapidaire le problème en disant : « Si ça marchait, ça se saurait ! » Sa confiance dans le docteur Chertok ne résistait pas à l'inconfort de la situation, et il choisissait d'aligner la réalité sur la vraisemblance. Pourtant, les effets analgésiques de l'hypnose sont connus depuis fort longtemps et l'histoire de l'hypnose — on disait autrefois « magnétisme animal » — se confond pratiquement avec celle de son application à la douleur. Ainsi, dès l'origine, le marquis de Puységur (1784-1785) soigne « Victor » de douleurs dentaires², mais surtout, au début du XIX^e siècle, une série d'interventions chirurgicales sur des patients anesthésiés par traitement magnétique est réalisée et divulguée par orale et par écrit.

Cloquet, en 1829, réalise une ablation du sein chez une patiente rendue insensible par un magnétiseur³. La patiente pendant l'intervention paraît endormie, tranquille, et ne donne aucun signe de douleur. Au réveil et ensuite, elle n'aura aucun souvenir de l'inter-

vention. En 1843, Elliotson publie un rapport de cinquante-six pages décrivant diverses opérations avec utilisation du magnétisme animal⁴. Il décrit, entre autres, une amputation de la jambe. Le patient dont la douleur est initialement extrême peut, après magnétisation, retrouver tout son calme et rester insensible au contact et au pincement de sa jambe. Cette insensibilité durera tout le temps de l'intervention. Le cas est présenté devant la Société royale de médecine.

Esdale, en 1852, chirurgien écossais intervenant dans un contexte militaire, fait état dans son ouvrage d'une application de l'anesthésie magnétique dans plus de mille cas dont deux cent soixante et un concernant des interventions majeures⁵. Il note, outre l'effet d'anesthésie, un effet positif sur la récupération postchirurgicale. Selon lui, le taux de décès sans anesthésie magnétique est de 50%, alors qu'il n'est que de 5 à 8% avec anesthésie magnétique.

Ainsi la capacité d'intervenir sur la douleur par ce que nous appelons aujourd'hui un changement d'état de conscience et des suggestions explicites ou implicites d'analgésie est connue depuis déjà un siècle et demi ! Connue, mais peu prise en considération et presque aussi vite oubliée. À cet oubli, on peut trouver diverses causes. Au moment même où ces observations sont faites, à la fin de la première moitié du XIX^e siècle, des progrès décisifs sont réalisés dans la pratique de l'anesthésie chimique. D'autres variables, cependant, peuvent aussi avoir contribué à cette non-prise en compte : les magnétiseurs chargés de l'anesthésie n'appartenaient pas au corps médical, d'où peut-être un certain rejet ; par ailleurs, l'analgésie magnétique pouvait n'être qu'une curiosité n'apparaissant que chez certains patients. Il y a sans doute aussi, comme le fait remarquer l'historien Jean-Pierre Peter⁶, une résistance professionnelle liée à la valorisation par le chirurgien de la douleur et de ses manifestations comme conditions thérapeutiques, et aussi comme preuves de ses propres qualités de courage et d'adresse dans l'affrontement avec la souffrance du patient.

Utilisée de façon sporadique dans diverses interventions chirurgicales à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle, l'analgésie hypnotique va être plus systématiquement utilisée dans le cadre de l'accouchement sans douleur. Ce sera tout particulièrement le cas en Union Soviétique, sous l'autorité de la psychophysiologie pavlovienne, où une utilisation de masse des méthodes d'accouchement hypnosuggestive sera réalisée dans les années 20 à 30 par divers praticiens, lesquels concluent à la suppression totale de la douleur par la suggestion verbale et l'innocuité totale de ces méthodes pour la mère et l'enfant. Deux soucis traversent ces comptes rendus : la suggestion demeure d'un emploi difficile et ne sera pas extensible à toute la

population, la passivité des femmes qui ont besoin de recevoir des suggestions positives. Assez curieusement, malgré les résultats satisfaisants de cette méthode, une évolution va se faire dans le sens d'un renoncement à l'hypnose au bénéfice d'un travail de plus en plus axé sur les représentations mentales accompagnant et sous-tendant la douleur : la méthode changera de nom et deviendra « prophylactique », réduisant son ambition à un changement dans la façon d'appréhender la situation d'accouchement.

Enfin, dans la seconde moitié du ^{xx}e siècle, dès la construction par A. Weitzenhoffer et E. Hilgard d'outils mesurant la *susceptibilité hypnotique*⁷, l'analgésie hypnotique va faire l'objet d'une série d'études expérimentales. Ces travaux, dont le professeur Hilgard fut l'un des principaux artisans, permirent de vérifier la possibilité d'induire chez de nombreux sujets des effets analgésiques. Ils permirent également de montrer que ces effets étaient stables dans le temps et indépendants de la personne administrant les suggestions. Hilgard s'intéressera simultanément aux indicateurs subjectifs et aux indicateurs physiologiques de la douleur afin d'étudier leur concordance.

Si les travaux d'Hilgard montraient nettement que l'on pouvait appréhender de façon scientifique l'analgésie induite pendant l'hypnose, l'intérêt pratique de cette capacité analgésique était considérablement limité par les différences interindividuelles : dans le cadre de ces expériences, c'était plus d'un sujet sur deux qui n'accédait pas à l'analgésie hypnotique. D'où une difficulté majeure à intégrer l'hypnose dans le cadre du traitement de la douleur et des soins douloureux (chirurgie, accouchement, traitement des brûlés...).

Cette limitation sera levée par une évolution tant des techniques d'induction de l'hypnose que des techniques de suggestion. Cette évolution impulsée par M. Erickson et accentuée par ce qu'on pourrait appeler les « néo-ericksoniens » va permettre d'échapper à cette limitation. Ainsi Joseph Barber, dans une étude publiée en 1977, montrera la possibilité d'obtenir un effet analgésique chez presque tous les patients à l'occasion de soins dentaires⁸.

Si les récits d'intervention des médecins et chirurgiens du ^{xix}e siècle peuvent susciter l'intérêt des personnes qui croient en la bonne foi des narrateurs, ils entraînent aussi chez beaucoup d'autres une réaction de doute et de minimisation, suivie souvent d'un oubli de l'information perçue comme trop discordante avec l'ensemble des connaissances et croyances de la personne concernée. De la même façon, les données recueillies dans le cadre expérimental peuvent être tout aussi aisément mises en cause : biais expérimentaux, supercherie, mauvaise foi, etc.

Pour qu'un phénomène de ce type soit reconnu et étudié, il semble indispensable qu'il soit d'abord banalisé, autrement dit, aisément accessible à tous. C'est ce que, par exemple, l'équipe chirurgicale de Liège, représentée dans cet ouvrage, a su réaliser en proposant l'hypnosédation à la quasi-totalité des patients ayant eu à effectuer, depuis 1994, une intervention de chirurgie endocrinienne. C'est aussi ce que les divers praticiens qui contribuent à ce dossier ont su réaliser en proposant l'hypnose comme outil dans le traitement des formes diverses de douleurs susceptibles de se rencontrer dans leur pratique professionnelle.

Les approches qui sont présentées dans ce livre sont multiples. La première partie de l'ouvrage passe en revue différentes questions essentielles pour introduire à la pratique de l'hypno-analgésie : théories neurophysiologiques et psychologiques, réflexions sur les mécanismes psychologiques de production de la douleur, sur sa dimension historique et anthropologique ainsi que sur les attitudes professionnelles et sociales manifestées au fil du temps.

La deuxième partie porte sur l'application des techniques d'hypno-analgésie dans le traitement des douleurs organiques et psychogènes. Cette partie est l'occasion de rencontrer de façon très concrète la pratique des personnels de la santé concernés par l'application d'une approche hypnotique dans différentes situations : dans le traitement des douleurs fonctionnelles, dans les situations chirurgicales et dans les soins douloureux (chez l'adulte et chez l'enfant). Son utilisation dans certains moments difficiles du traitement et dans le travail sur la motivation est ensuite abordée.

La troisième partie concerne la souffrance psychique et l'utilisation de l'hypnose comme outil dans le travail thérapeutique relatif à cette souffrance. Les hypnothérapeutes abordent essentiellement le problème des douleurs psychiques liées à l'anxiété et évoquent le rôle privilégié de l'hypnose dans l'amortissement des troubles anxieux et dans la recherche de solutions à des problèmes perpétuant le niveau de conflit et d'anxiété.

Cette série d'approches de la douleur et de ses traitements psychiques permettra sans doute aux lecteurs de mieux comprendre ce que représentent la dimension psychologique de la douleur et la façon dont les hypnothérapeutes peuvent aider les patients en jouant sur les différents mécanismes psychologiques susceptibles d'intervenir comme régulateurs de celle-ci : dissociation, distraction, recadrage, etc.

NOTES

1. Chertok, L., Michaux, D., Droin, M.-C., « Douleur et Hypnose », *L'Évolution psychiatrique*, 1, 1976, pp. 143-164 ; Chertok, L., Michaux, D., Droin, M.-C., « Dynamics of hypnotic analgesia : some new data », *The Journal of nervous and mental disease*, 164, 1976, pp. 88-96.

2. Puységur, Armand Marc Jacques de Chastenet (1784-1785/2003) *Aux Sources de l'hypnose : Mémoires pour servir à l'histoire et à l'établissement du magnétisme animal ; [suivi de] suite des mémoires pour servir à l'histoire et à l'établissement du magnétisme animal*, présenté et commenté par Didier Michaux, Paris, Ed. Imago, 2003.

3. Cloquet J., « Ablation d'un cancer du sein pendant le sommeil magnétique », *Archives générales de la médecine*, 1829, 1^{re} série, 20, 131.

4. Elliotson J., « Numerous cases of surgical operations without pain in the mesmeric state », London, 1843.

5. Esdaile J., *Natural and Mesmeric clairvoyance with the practical application of mesmerism in surgery and medicine*, London, 1852.

6. Peter J.-P., « Un intermédiaire mal perçu : Franz Anton Mesmer (1734-1815), médecin trop guérisseur, guérisseur trop médecin », *Les Intermédiaires culturels*, Actes du colloque du centre méridional d'histoire sociale des mentalités et des cultures, Aix-en-Provence, Université de Provence, 1978.

7. Weitzenhoffer A.-M., Hilgard E.-R., *The Stanford Hypnotic susceptibility scale, forms A and B*. Palo Alto, Consulting Psychologists Press, 1959 ; Weitzenhoffer A.-M., Hilgard E.-R., *The Stanford Hypnotic susceptibility scale, form C*. Palo Alto, Consulting Psychologists Press, 1962.

8. Barber J., « Rapid Induction Analgesia : A clinical report », *American Journal of clinical hypnosis*, 19, 1977, pp. 138-147.

TABLE DES MATIÈRES

DIDIER MICHAUX	
<i>Introduction</i>	7

Première partie

ASPECTS THÉORIQUES, HISTORIQUES ET ANTHROPOLOGIQUES

DR DIDIER BOUHASSIRA	
Hypnose et modulation de la douleur	
Aspects cliniques et expérimentaux	15
DIDIER MICHAUX	
Théories psychologiques de l'analgésie hypnotique	22
YVES HALFON	
La douleur chronique, modèle hypnotique négatif	37
MARIE SANTIAGO DELEFOSSE	
L'émotion douleur dans un modèle des processus hypnotiques	49
JEAN-PIERRE PETER	
La médecine et la douleur du malade histoire d'une esquivance savante	60
DR HUGUES LECOURSENNOIS	
Douleur et magnétisme animal Le « feu invisible » de F.-A. Mesmer	77
FRANKLIN RAUSKY	
Anesthésie hypnotique et transe collective : Le cas des convulsionnaires de Saint-Médard	94

*Deuxième partie***LE TRAITEMENT DES DOULEURS
ORGANIQUES ET PSYCHOGÈNES**

MARIE-CLAUDE MIGNON	
Douleur et langages	105
DR ISABELLE NÈGRE	
Douleur chronique et hypnose à propos des succès... et des échecs	114
DR MATHIEU DOUSSE	
Faire émerger la demande de psychothérapie chez les patients douloureux	120
DR HERBERT HARAVON	
Le corps vivant anesthésié par la souffrance	127
OLEG POLIAKOW	
Hypnose et douleur chronique	133
GASTON BROSSEAU	
Dix-sept techniques pour contrôler la douleur	141
DR PATRICE CUDICIO	
Les douleurs sexuelles féminines	145
ANITA VIOLON	
La migraine, le migraineux et l'hypnose	150
DR CLAUDE DERONZIER	
Hypnose et faim de vie	155
BERNARD MAYER	
Le toucher qui parle	166
DR LAURENT BALP	
Douleurs neuropathiques et hypnose	182
DRS T. DEFECHEREUX, M. MEURISSE, J. JORIS, M.-E. FAYMONVILLE	
L'hypnosédation, une technique nouvelle d'anesthésie en chirurgie endocrine cervicale	185

M.-M. LUCAS-POLOMENI, S. CALIPEL, E. WODEY, C. ECOFFEY	
L'hypnose en chirurgie infantile	195
DR PATRICK CLAROT	
Hypnothérapie et endoscopie digestive chez l'enfant	204
DR C. WOOD, S. TYSIO	
L'hypnose dans la prise en charge des gestes douloureux chez l'enfant	208
DR JACQUES ALEXANDRE	
Pratique de l'analgésie sous hypnose en anesthésie	213
ELODIA DE ALMEIDA CARAPATO	
L'hypnose dans le traitement des lombalgies chroniques chez l'adulte	217
GENEVIÈVE CLÉDA	
Hypnose et chimiothérapie	226
JACQUES LESIEUR	
L'hypnose chez les patients VIH non observants	237
DR JEAN-JACQUES MENUET	
Des sportifs plus forts que la douleur La préparation mentale de haut niveau	247
YVES HALFON	
De la main comme induction hypnotique au contrôle des douleurs chroniques	251

*Troisième partie***L'HYPNOSE ET LA DOULEUR MORALE**

DR EDOUARD COLLOT	
Hypnose, douleur morale et travail de deuil	259
INGRID DEMICK	
Lorsqu'une douleur cache une autre douleur	269
DR PAUL-HENRI MAMBOURG	
Hypnose : doux leurre	275

THIERRY MELCHIOR

La dépression : état ou jeu de rôle ? 283

DR GENEVIÈVE PAGNARD

Douleur morale en psychotraumatologie 299

JEAN-MICHEL PETOT

L'hypnothérapie cognitive face
aux trois dimensions de la détresse psychique 307

JEAN RAULIER

L'Aire de la sentinelle, ou comment associer l'hypnose
et le toucher dans les troubles anxieux 320

FRANÇOIS ROUSTANG

La souffrance comme lien 328