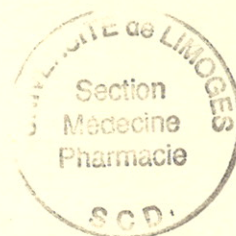


UNIVERSITE DE LIMOGES
Faculté de Médecine



ANNEE 2004

Thèse N° 10611

**L'HYPNOSE
ET SON UTILISATION DANS LE
TRAITEMENT DE LA DOULEUR**

SCD UNIV.LIMOGES



D 035 110134 8

THESE

POUR LE

**DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le 7 avril 2004

Par

Hélène CAHUZAC, épouse GERAUD

Née le 19 avril 1973 à Aix en Provence (13)

EXAMINATEURS de la THESE

| | |
|--|---------------|
| Madame le Professeur VIDAL Elisabeth | PRESIDENTE |
| Monsieur le Professeur CLEMENT Jean-Pierre | JUGE |
| Monsieur le Professeur BERTIN Philippe | JUGE |
| Monsieur le Docteur BUCHON Daniel..... | JUGE |
| Monsieur le Docteur HERRMANN Cécil | MEMBRE INVITE |
| Monsieur le Docteur MARCHAND Philippe | MEMBRE INVITE |

UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE

DOYEN DE LA FACULTE:

Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude

ASSESEURS:

Monsieur le Professeur LASKAR Marc
Monsieur le Professeur VALLEIX Denis
Monsieur le Professeur COGNE Michel

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

ROCHE Doriane

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS:

* C.S = Chef de Service

ACHARD Jean-Michel
ADENIS Jean-Paul * (C.S)
ALAIN Jean-Luc
ALDIGIER Jean-Claude (C.S)
ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Françoise (C.S)
ARNAUD Jean-Paul (C.S)

AUBARD Yves (C.S)

BEDANE Christophe (C.S)
BERTIN Philippe
BESSEDE Jean-Pierre
BONNAUD François (C.S)
BONNETBLANC Jean-Marie
BORDESSOULE Dominique (C.S)
BOUTROS-TONI Fernand (surnombre)
CHAPOT René
CHARISSOUX Jean-Louis
CLAVERE Pierre (C.S)
CLEMENT Jean-Pierre (C.S)
COGNE Michel (C.S)
COLOMBEAU Pierre
CORNU Elisabeth
COURATIER Philippe
CUBERTAFOND Pierre
DANTOINE Thierry
DARDE Marie-Laure (C.S)
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S)
DENIS François (C.S)
DESCOTTES Bernard (C.S)
DUDOGNON Pierre (C.S)
DUMAS Jean-Philippe (C.S)
DUMONT Daniel (C.S)
DUPUY Jean-Paul (surnombre)
FEISS Pierre (C.S)
FEUILLARD Jean (C.S)
GAINANT Alain (C.S)
GAROUX Roger (C.S)
GASTINNE Hervé (C.S)
JAUBERTEAU-MARCHAN Marie-Odile
LABROUSSE François (C.S)
LACROIX Philippe
LASKAR Marc (C.S)
LE MEUR Yannick
LEROUX-ROBERT Claude (surnombre)
LIENHARDT-ROUSSIE Anne
MABIT Christian
MARQUET Pierre
MAUBON Antoine (C.S)
MELLONI Boris
MENIER Robert (surnombre)
MERLE Louis
MOREAU Jean-Jacques (C.S)
MOULIES Dominique (C.S)
NATHAN-DENIZOT Nathalie

PHYSIOLOGIE
OPHTALMOLOGIE
CHIRURGIE INFANTILE
NEPHROLOGIE
MEDECINE INTERNE
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET
TRAUMATOLOGIE
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE CYTOGENETIQUE
DERMATOLOGIE
THERAPEUTIQUE
OTHO-RHINO-LARYNGOLOGIE
PNEUMOLOGIE
DERMATOLOGIE
HEMETOLOGIE ET TRANSFUSION
STATISTIQUE ET INFORMATIQUE MEDICALE
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
CHIRURGIE OTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
RADIOTHERAPIE
PSYCHIATRIE ADULTES
IMMUNOLOGIE
UROLOGIE
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
NEUROLOGIE
CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE
GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
PARASITOLOGIE
PEDIATRIE
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE-HYGIENE
ANATOMIE
REEDUCATION FONCTIONNELLE
CHIRURGIE UROLOGIE ET ANDROLOGIE
MEDECINE DU TRAVAIL
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
HEMATOLOGIE
CHIRURGIE DIGESTIVE
PEDOPSYCHIATRIE
REANIMATION MEDICALE
IMMUNOLOGIE
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
NEPHROLOGIE
NEPHROLOGIE
PEDIATRIE
ANATOMIE-CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE
RADIOLOGIE
PNEUMOLOGIE
PHYSIOLOGIE
PHARMACOLOGIE
NEUROCHIRURGIE
CHIRURGIE INFANTILE
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE

PARAF François
PILLEGAND Bernard (C.S)
PIVA Claude (C.S)
PREUX Pierre-Marie
RIGAUD Michel (C.S)
SALLE Jean-Yves
SAUTEREAU Denis
SAUVAGE Jean-Pierre (C.S)
STURTZ Franck
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre
TREVES Richard (C.S)
TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)
VALLAT Jean-Michel (C.S)
VALLEIX Denis
VANDROUX Jean-Claude (C.S)
VERGNENEGRE Alain (C.S)
VIDAL Elisabeth (C.S)
VIGNON Philippe
V1ROT Patrice (C.S)
WEINBRECK Pierre (C.S)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
IMEDECINE LEGALE
INFORMATION MEDICALE ET EVALUATION
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
ENDOCRINOLOGIE,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
RHUMATOLOGIE
CANCEROLOGIE
NEUROLOGIE
ANATOMIE
BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA SANTE-PREVENTION
MEDECINE INTERNE
REANIMATION-MEDICALE
CARDIOLOGIE
MALADIES INFECTIEUSES

PROFESSEUR ASSOCIE A MI-TEMPS

BUCHON Daniel

MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

BUISSON Jean-Gabriel

MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

ALAIN Sophie
ANTONINI Marie-Thérèse
BOUTEILLE Bernard
CHABLE Héléne
DAVIET Jean-Christophe
DRUET-CABANAC Michel
DURAND-FONTANIER Sylvaine
ESCLAIRE Françoise

JULIA Annie
LAPLAUD Paul
MOUNIER Marcelle
PETIT Barbara
PLOY Marie-Cécile
RONDELAUD Daniel

VERGNE-SALLE Pascale
YARDIN Catherine

Bactériologie - virologie - hygiène hospitalière
Explorations Fonctionnelles Physiologiques
Parasitologie - mycologie
Biochimie et génétique moléculaire, chimie des explorations fonctionnelles
Médecine physique et réadaptation
Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Anatomie
Laboratoire d'histologie-cytologie.cytogénétique et de
Biologie cellulaire et de la reproduction
laboratoire d'hématologie
Biochimie et génétique moléculaire, chimie des explorations fonctionnelles
Bactériologie - virologie - hygiène hospitalière
Anatomie et cytologie pathologiques
Bactériologie - virologie - hygiène hospitalière
Laboratoire d'histologie-cytologie.cytogénétique et de
Biologie cellulaire et de la reproduction
Rhumatologie
Laboratoire d'histologie-cytologie.cytogénétique et de
Biologie cellulaire et de la reproduction

A Monsieur le Professeur Clément,

Qui nous fait l'honneur de juger ce travail,

Soyez-en remercié.

A Monsieur le Professeur Bertin,

Qui nous fait l'honneur de juger ce travail,

Soyez-en remercié.

A Monsieur le Docteur Buchon,

Qui a eu la gentillesse, malgré les circonstances, d'accepter
de faire partie de ce jury,

Soyez-en remercié.

A Monsieur le Docteur Herrmann,

Qui nous a aidé avec son expérience clinique de
l'hypnose,

Soyez-en remercié.

A Monsieur le Docteur Marchand,

Qui a guidé ce travail avec patience, enthousiasme et
gentillesse,

Veillez trouver ici le témoignage de toute ma
reconnaissance,

Merci.

A Monsieur le Docteur Vigue,

Qui m'a fait confiance en m'accueillant dans son cabinet,

Merci.

**A toutes les équipes médicales et para-médicales que j'ai
rencontrées pendant ma formation,**

Pour tout ce qu'elles m'ont appris, et pour la joie que j'ai
eu à travailler en équipes,

Soyez-en remerciées.

A mon frère,

Qui a guidé chacun de mes pas,
Puisse-t-il être en paix.

A ma sœur,

Qui m'a accompagnée dans mes études et dans ma vie,
Merci.

A mes parents,

Qui ont toujours soutenu mes choix et qui m'ont appris
à respecter et aimer les gens,
Merci.

A mon mari,

Pour sa patience et pour toutes ces années partagées,
Puissent-elles être encore nombreuses.

A ma fille,

Pour tout le bonheur qu'elle m'apporte chaque jour.
Sois heureuse.

PLAN

I. Introduction

II. Historique

II.1. Le magnétisme animal

II.1.1. F.A. Mesmer

II.1.2. Les disciples de Mesmer

II.1.2.1. Le marquis A. Chatenet de Puységur : Le somnanbulisme artificiel

II.1.2.2. J.P. Deleuze : Le sixième sens

II.2. L'hypnose suggestive

II.2.1. L'abbé J.C. De Faria

II.2.2. J. Braid

II.3. J.M. Charcot : Ecole de la Salpêtrière

II.4. Ecole de Nancy

II.4.1. A. Liébault

II.4.2. H. Bernheim

II.5. S. Freud

II.6. P. Janet

II.7. I. Pavlov

II.8. L'hypnose contemporaine

II.8.1. L. Chertok

II.8.2. M.H. Erickson

III. Neuroanatomie

III.1. L'asymétrie de fonctionnement hémisphérique cérébral

III.1.1. L'observation des mouvements oculaires

III.1.2. Les modifications électroencéphalographiques

III.1.3. Les potentiels évoqués et l'hypnose

III.2. La neuroimagerie fonctionnelle

III.2.1. Neuroimagerie et hypnose

III.2.2. Neuroimagerie, hypnose et stimulation nociceptive

III.3. Synthèse

IV. Déroulement d'une séance d'hypnose

IV.1. L'entretien préalable

IV.2. L'induction

IV.3. L'état d'hypnose ou la transe hypnotique

IV.3.1. Les indicateurs de l'hypnose

IV.3.2. Les suggestions

IV.3.3. Le réveil

IV.4. L'entretien post-hypnotique

IV.5. Discussion

V. Utilisation de l'hypnose dans le traitement de la douleur

V.1. Douleurs aiguës

V.1.1. Hypnose et chirurgie

V.1.2. Hypnose et obstétrique

V.1.3. Hypnose et dentisterie

V.2. Douleurs chroniques

VI. Conclusion

« L'hypnose est une relation pleine de vie qui a lieu dans une personne et qui est suscitée par la chaleur d'une autre. »

Milton H. ERICKSON (1 p.78)

I. INTRODUCTION

L'utilisation de l'hypnose est ancestrale, initialement rattachée à des pratiques occultes religieuses, d'envoûtement et de sorcellerie. Son utilisation médicale remonte au XVIII^e siècle et elle est alors très controversée. Le mot hypnotisme est créé par Braid, au XIX^e siècle et tire ses racines étymologiques du grec : Hypnos, dieu du sommeil, frère de Thanatos, dieu de la mort. Encore à l'heure actuelle, il persiste une appréhension mystique de ce mot et de cette pratique.

La définition est difficile à donner : il s'agit d'un état de conscience modifiée, différent du sommeil et de l'état onirique, une concentration particulière pendant laquelle le sujet peut avoir accès à ses propres ressources, guidé par les suggestions du thérapeute. C'est avant tout un outil pluridisciplinaire, avec des vertus thérapeutiques réelles, même si son mécanisme d'action physiologique reste encore flou. C'est d'ailleurs peut-être pour cette raison que l'hypnose continue à faire peur.

Ce travail abordera d'abord le récit historique de l'hypnose, qui n'a été nommée ainsi qu'un siècle après le début de son utilisation médicale. Les critiques sont nombreuses, et les précurseurs de l'hypnose actuelle sont eux-mêmes en opposition, les uns voulant en faire un état physiologique, les autres un état psychique. Elle a, en tout cas, fait naître la psychanalyse avec S. Freud, qui l'abandonnera cependant très vite. C'est M.H. Erickson qui réactualisera son emploi, sans toutefois éclaircir son fonctionnement : il abandonne les théories pour s'intéresser à sa pratique et à ses utilités cliniques multiples.

Puis nous verrons les tentatives d'identification physiologique de l'état d'hypnose qui, malgré les avancées technologiques actuelles, n'ont pas mis en évidence de spécificité de fonctionnement cérébral. Cela tient en partie au fait

que les zones cérébrales activées en cours d'hypnose sont différentes en fonction des suggestions utilisées pendant cet état.

La troisième partie de ce travail s'intéressera au déroulement d'une séance d'hypnose bien qu'il soit très difficile de la décrire, tant l'approche est individuelle. L'hypnose peut en effet être utilisée de multiples façons, allant de l'hypnose classique à l'hypnose conversationnelle, avec le problème éthique que cela soulève. Utiliser l'hypnose " sans en avoir l'air " a pourtant un intérêt chez les patients résistants, justifiant alors cet emploi informel.

Enfin, nous aborderons les applications de l'hypnose surtout dans le traitement de la douleur. Sans qu'il soit question de l'utiliser comme seul outil, elle peut avoir un intérêt dans la prise en charge du patient douloureux, agissant à la fois sur les composantes affective et sensorielle de la douleur. Elle permet en effet de dédramatiser le contexte douloureux et élève le seuil individuel de perception douloureuse. Nous essayerons d'en montrer l'efficacité à travers quelques cas cliniques.

II. HISTORIQUE

La pratique de l'hypnose est ancestrale, on en retrouve des traces dans la Grèce antique et l'Égypte pharaonique.

Le mot "hypnotisme" n'a été défini, sans connotation négative, qu'au XIX^e siècle par Braid. Il était apparenté jusqu'alors à des pratiques de sorcellerie et d'envoûtement.

La médecine sort d'une ère de progrès scientifique, se détache de l'église. Des maladies plus nombreuses sont authentifiées, et leurs causes organiques reconnues. Elle va s'intéresser aux troubles psychiques, et l'hypnose médicale va commencer son chemin à la fin du XVIII^e siècle.

II.1.Le magnétisme animal.

II. 1. 1. F.A. Mesmer (1734-1815)

Mesmer considère que l'équilibre du corps humain est basé sur une distribution harmonieuse de fluides dans les différents organes. Les maladies résultent de leur mauvaise répartition .

Il emploie d'abord des aimants, appliqués sur différentes parties du corps, pour rééquilibrer les fluides, déclenchant ainsi des " crises ", guérissant les patients.

Puis, après avoir remplacé les aimants par d'autres substances (laine, mains, papier), il s'aperçoit que la guérison ne dépend pas de l'aimant mais de lui. Il appelle ce pouvoir magnétique, particulier aux êtres vivants, le magnétisme animal.

Il organise alors des séances collectives, autour d'un baquet rempli d'eau " magnétisée " d'où sortent des tiges métalliques reliées entre elles par des ficelles. Les patients tiennent les ficelles alors que le magnétiseur redistribue les fluides, déclenchant des trances avec des crises convulsives ou des sommeils, aux vertus thérapeutiques (2).

Mesmer remarque la dimension inter-relationnelle de sa pratique mais l'explication par son fluide renie toute dimension psychique.

Sa théorie n'est pas acceptée par le monde scientifique médical, il est condamné par l'académie royale de médecine et meurt en 1815 sans connaître la nature exacte de sa découverte. En effet ses crises convulsives et son somnambulisme provoqué relèvent de l'hypnose et de la suggestion et sont également basés, comme il l'avait remarqué, sur une relation interpersonnelle médecin-malade.

II.1.2. Les disciples de Mesmer

II.1.2.1 Le marquis Armand Charpentier de Puysegur (1751-1825) :

Le somnambulisme artificiel

Il découvre, en reprenant le magnétisme animal, que le contact avec le corps du patient n'est pas nécessaire, de même que cette grande crise motrice impressionnante qu'il remplace par un sommeil particulier. Il parle du somnambulisme artificiel : le patient est immobile, les yeux fermés et la communication reste possible. L'immobilité du patient lui permet une concentration interne facilitant les décharges de fluide (3).

Il aborde alors plusieurs principes hypnotiques que sont la catalepsie, l'amnésie post-hypnotique, et la volonté bienveillante du guérisseur dont dépend les résultats.

II.1.2.2. Joseph Philippe Deleuze (1753-1835) :

Le sixième sens

Chez lui, la décharge de fluide se matérialise par des visions, des prédictions : le sixième sens. Il est néanmoins très conscient que la volonté de guérison du thérapeute est capitale pour les résultats (4).

La guérison est obtenue sur des symptômes tels que les troubles digestifs, l'hystérie, la langueur, maladies où la composante psychosomatique intervient.

Le somnambulisme se divise ensuite en deux écoles, l'une thérapeutique et l'autre spirituelle. Au XIX^e siècle, l'hypnose est reconnue comme moyen d'appréhension du psychisme humain.

II.2 L'hypnose suggestive

II.2.1.L'abbé J.C. De Faria (1755-1819)

Il nie l'existence d'un fluide intérieur et le baquet symbolise pour lui le corps du patient. Le rôle du thérapeute n'est que d'accompagner le patient par la présence et les mots dans la découverte de ses propres capacités. Il utilise la fixation visuelle comme inducteur (5).

Il introduit la notion de suggestions verbales et suggestions post-hypnotiques. Il entraîne ainsi avec lui la première génération d'hypnotiseurs.

En 1825, une nouvelle commission de l'académie royale de médecine va conclure à la réalité du somnambulisme et à la vertu thérapeutique de la suggestion hypnotique.

L'hypnose se développe en Allemagne et en Angleterre. Parallèlement, Elliotson (chirurgien à Londres) et Esdaille (chirurgien écossais installé aux Indes) décrivent des opérations chirurgicales majeures réalisées en état de sommeil hypnotique (l'anesthésie Mesmérienne). Mais la découverte du chloroforme et de l'éther en 1846 stoppe la poursuite des expériences.

II.2.2. J. Braid (1795-1860)

Il réfute fluide et magnétisme, et parle de l'hypnose comme la résultante de la concentration sur un point (fixation d'un objet brillant) et du monoïdéisme. L'état obtenu est l'idéoplastie, où la suggestion va entraîner une action thérapeutique. Il appelle ce merveilleux sommeil, pendant lequel la communication est possible, l'hypnotisme (4).

II.3. J.M. Charcot (1825-1893)

Ecole de la salpêtrière

Il s'intéresse à l'hypnose qu'il considère comme une manifestation pathologique de l'hystérie. Seul le sujet hystérique est hypnotisable et donc suggestible.

Il décrit trois phases qui interviennent dans un ordre imprécis :

- La léthargie, qui est un sommeil profond, les yeux fermés.
- La catalepsie, où le sujet est immobile, les yeux ouverts, hypertonique, avec des membres qui conservent la position qu'on leur donne. Le sujet répond alors aux suggestions.

- Le somnambulisme, qui est la phase la plus élaborée où le sujet est le plus réceptif .

Il va s'intéresser à la physiologie de l'hypnose, réfutant sa dimension psychique, précurseur de la lignée des étatistes.

II.4. L'école de Nancy

Leurs professeurs sont des descendants de De Faria et de Braid pratiquant l'hypnose suggestive.

II.4.1. A Liebault (1823-1904)

Pour lui, le fluide n'a pas d'existence corporelle, mais matérialise un phénomène psychique : l'attention. Il utilise, comme De Faria, la fixation visuelle pour inducteur puis la suggestion verbale.

Il se sert de l'hypnose à des fins thérapeutiques et va intéresser le professeur Berheim, de l'université de Nancy.

II.4.2. H. Bernheim (1837-1919)

Fondateur de l'école de Nancy, il abandonne le magnétisme et la fixation visuelle. Il utilise la suggestion pour hypnotiser.

L'hypnose est un état de sommeil suggéré, contrairement à ce que pense Charcot qui l'assimile à une manifestation d'un état pathologique. Bernheim dit que la suggestion est à la base du sommeil provoqué (les crises hystériques sont, pour lui des auto-suggestions). La suggestibilité est une faculté physiologique du cerveau à l'état normal (6).

Il introduit la notion de crédibilité, c'est à dire la foi qui est inhérente à l'homme, et la notion d'idéodynamisme, c'est à dire l'action thérapeutique qui

découle de la suggestion, verbale ou non verbale (tactile, visuelle, auditive...). Son action est thérapeutique. La psychothérapie apparaît et, si elle reste à l'époque très confondue avec l'hypnose, Bernheim est conscient que l'hypnose n'en est qu'une infime partie.

La relation malade thérapeute est essentielle et par la suggestion et l'idéodynamisme, les clefs de la guérison sont obtenues par le patient lui-même. Bernheim devient le chef de file des anti-étatistes.

La guerre des deux écoles bat son plein pendant vingt ans, jusqu'au décès de Charcot. Il est classique de dire que les anti-étatistes l'ont gagnée : la suggestion n'est pas le symptôme d'une manifestation pathologique, mais un état psychique à la base de l'hypnose.

II.5. S. Freud (1856-1939)

Freud rencontre Charcot avec qui il fait un stage en 1885, après avoir quitté J. Breuer. Il s'intéresse déjà à l'hypnose et à l'hystérie. Il rencontre ensuite Bernheim et se familiarise avec la suggestion.

Malgré ses doutes sur la nature de l'hypnose, il commence à l'employer et elle devient vite son premier outil de travail. D'abord avec un contact physique et des suggestions autoritaires, puis il abandonne la suggestion pour la méthode cathartique avec Anna O. (7). L'hypnose permet une remémoration de situations traumatiques à l'origine du symptôme, avec libération d'affects permettant la disparition de ce dernier. Puis il abandonne l'hypnose pour la libre association, point de départ d'une nouvelle méthode : la psychanalyse.

Freud reproche à l'hypnose la non-fiabilité des souvenirs ainsi revécus et l'absence de résistance, alors que le refoulement est intéressant pour le thérapeute dans la pathogénèse du symptôme.

Des années plus tard :

- il dit que la suggestion est en fait un transfert, lien érotique dans la relation duale. C'est par idéalisation de l'hypnotiseur que le patient coopère et non par la suggestion.

- il constate toutefois toutes les capacités du patient hypnotisé, inexistantes à l'état de veille, tout ce contenu psychique inconnu. Il commence à appréhender l'inconscient qu'il ne définira que plus tard.

II.6. P. Janet (1859-1947)

Malgré les critiques, ce médecin continue la pratique de l'hypnose. Influencé par Charcot et Bernheim à la fois, il réalise des travaux sur l'hystérie. Il la considère comme une dissociation de la conscience, et explique l'hypnose de la même façon : nous avons des comportements volontaires et des comportements réflexes. L'hypnose permet d'effacer la conscience volontaire pour accéder à une conscience réflexe. La suggestion serait un acte réflexe dissocié de la conscience volontaire. L'utilité thérapeutique est de changer des habitudes pathologiques en habitudes raisonnables par le biais de cet acte automatique (8).

II.7. I. Pavlov (1840-1930)

Il aborde l'hypnose neuroanatomiquement, avec la théorie corticale. L'hypnose serait un sommeil intermédiaire entre la veille et le sommeil, pendant lequel les zones corticales se déconnecteraient pour ne garder que quelques zones d'attention permettant de garder un contact relatif avec l'extérieur.

Nous arrivons à une période où l'hypnose ne va plus passionner le monde scientifique. Bien qu'elle ait fait ses preuves dans certains traitements, elle comporte toujours un aspect mystique. De plus, elle ne permet pas d'appréhender les causes des symptômes, contrairement à la psychanalyse qui émerge. Il faudra attendre les années 50 pour voir un regain d'intérêt pour l'hypnose.

II.8.L'hypnose contemporaine

II.8.1. Léon Chertock

Chertock s'intéresse à l'influence de l'esprit sur le corps et crée l'école de la médecine psychosomatique. L'hypnose permet une réunification corporelle en levant le refoulement.

Il utilise la fixation d'un objet en induction et les suggestions directes. Ses pratiques sont assez directives et placent le patient dans un état passif.

II.8.2. Milton H.Erickson (1901-1980)

Médecin américain ayant une maîtrise de psychologie, il est à l'origine de l'utilisation actuelle de l'hypnose, et a largement contribué à la faire connaître auprès des médecins et du grand public.

Quelques mots sur sa biographie sont importants car son histoire est à l'origine de ses découvertes. Il est atteint d'une poliomyélite à 17 ans. Après échec de la rééducation traditionnelle, il observe sa petite sœur faire ses premiers pas et se concentre pour se souvenir de ses impressions lors de ses premières expériences motrices, de ses sensations. Il arrive ainsi à déclencher des mouvements automatiques involontaires d'abord, puis volontaires, retrouvant avec persévérance une autonomie. Il découvre plus tard qu'il s'agit des phénomènes idéo-moteurs décrits par Bernheim. Il entreprend à 20 ans des études de médecine suivies d'un doctorat de psychologie et travaille beaucoup sur l'hypnose. Mais il aborde l'hypnose comme un outil et reste avant tout un praticien. Il ne s'intéresse pas aux théories. Après avoir exercé en milieu hospitalier et expérimenté l'hypnose, il s'installe à Phoenix, à 48 ans, et exerce à son domicile du fait de ses difficultés motrices (4).

C'est un homme pourvu d'un don d'observation exceptionnel. Il n'a aucun stéréotype d'approche et s'adapte très rapidement aux besoins du patient, besoins qu'il identifie même s'ils ne sont pas exprimés. Zeig dira de lui qu'il a probablement le cerveau droit le plus développé qu'il connaisse.(1)

Pour lui, l'hypnose est un phénomène naturel et banal que chacun a pratiqué au moins une fois dans sa vie en s'asseyant dans une salle d'attente pleine et en se remémorant des souvenirs. Il l'utilise dans sa relation avec le patient. C'est un moyen de communication particulier qui permet au patient,

en se concentrant de faire disparaître ses barrières pour avoir accès à son inconscient. L'inconscient est pour lui un contenu intra psychique positif, lieu de réserve de nos capacités, de nos souvenirs.

Il prend un rôle d'accompagnant et donne au patient l'accès à ses propres ressources. C'est le patient qui détient les clefs de sa guérison et l'hypnothérapeute n'est qu'une aide bienveillante. La notion de patient acteur est nouvelle.

Il refuse d'être enfermé dans un carcan technique qui limite sa pratique. Il est avant tout un clinicien, et ne s'intéresse que peu à l'histoire du symptôme, à son organisation, à sa cause, contrairement à la psychanalyse. L'essentiel est de le faire disparaître, et il y arrive avec beaucoup de justesse dans son approche des gens.

Il introduit de nouvelles techniques d'inductions (bien loin de l'habituel " En fixant cet objet brillant, vos paupières sont lourdes, fermez les yeux... "), et de suggestions, souvent indirectes. Avec sa pratique naît l'hypnose informelle, conversationnelle.

Il a contribué à la popularisation de l'hypnose, à sa démystification, laissant derrière lui toute une lignée de cliniciens, riches de son expérience. Il décède en mars 1980, six mois avant le premier congrès international Ericksonien qu'il devait présider.

III. NEUROANATOMIE

Afin de donner plus de crédibilité à l'hypnose, les scientifiques se sont intéressés à sa physiologie, recherchant des marqueurs spécifiques de l'hypnose.

Pendant longtemps, l'hypothèse d'une asymétrie de fonctionnement cérébral, avec prédominance hémisphérique mineure a été retenue. Puis, dans les années 80, l'arrivée du P.E.T. scan (tomographie par émission de positron) a révolutionné les recherches. En effet, cette technique est capable de cartographier de façon précise et fiable, les variations de débit sanguin cérébral localisées.

III. 1. L'asymétrie de fonctionnement hémisphérique

L'hypothèse est que le cerveau gauche, dominant chez un droitier, est utilisé pour les activités verbales, analytiques rationnelles et logiques et le cerveau droit, mineur chez le droitier, pour le fonctionnement imaginaire et intuitif. L'hypnose fait taire le cerveau gauche pour un fonctionnement hémisphérique droit prépondérant.

III .1 .1. L'observation des mouvements oculaires

Bakan, en 1969 (9), et Gur, en 1973 (10), étudient la latéralité du regard chez les patient très hypnotisables.

Un fonctionnement hémisphérique droit se traduit par des mouvements oculaires vers la gauche et un fonctionnement hémisphérique gauche se traduit par des mouvements oculaires vers la droite.

Leurs études ont porté sur des patients très hypnotisables chez lesquels ils ont comptabilisé plus de mouvements oculaires vers la gauche, donc un fonctionnement hémisphérique droit préférentiel.

Mais Otto-Salaz en 1992 reprend l'étude avec un plus grand nombre de patients ; l'asymétrie de fonctionnement n'est pas démontrée (11).

III. 1. 2. Les modifications électroencéphalographiques

- Gruzelier entreprend une étude sur les patients très hypnotisables droitiers. Il observe des modifications électroencéphalographiques lors de tests d'identification d'objets (12), puis lors de tests neurophysiologiques (13) (génération de catégories de mots, de lettres, dextérité des doigts, latéralité) à l'état de veille et sous hypnose : au repos, il voit un fonctionnement hémisphérique gauche prédominant et sous hypnose, cette prédominance disparaît.

- Morgan en 1971(14) fait une étude sur la corrélation entre rythmes électroencéphalographiques et hypnotisabilité: il existerait une diminution du

rythme α hémisphérique droit, lors des tâches cognitives impliquant cet hémisphère. Mais il n'est pas retrouvé de différences d'activité α hémisphérique entre les patients peu ou très hypnotisables.

Par la suite, les études sous hypnose n'ont pas retrouvé de spécificités de rythme α .

- Des études sur les rythmes β , δ et θ ne retrouvent pas non plus de spécificités électroencéphalographiques, à l'hypnose ni à l'hypnotisabilité. Il n'est toutefois jamais retrouvé de complexes K, prouvant que l'état d'hypnose est différent du sommeil physiologique.

III. 1.3. Les potentiels évoqués et l'hypnose

Dixon, en 1992 (15), étudie les potentiels évoqués, précoces et tardifs: ils varient selon que l'hallucination hypnotique est positive ou négative mais sont peu reproductibles et peu spécifiques de l'état d'hypnose.

III.2. La neuroimagerie fonctionnelle

L'arrivée dans les années 80 du PET scan a révolutionné les recherches. Il permet d'étudier les modifications de débits sanguins cérébraux régionaux après l'injection ou l'inhalation d'un radioisotope, allant se fixer sur les cellules consommant du glucose et de l'oxygène, c'est à dire les cellules qui s'activent. Des images en trois dimensions sont obtenues, localisant

précisément les zones fonctionnant :

- la prédominance hémisphérique droite sous hypnose n'est pas retrouvée.
- les suggestions hypnotiques sont traitées en réseau et amènent un fonctionnement particulier impliquant plus les régions corticales et sous-corticales.
- la topographie dépend surtout des consignes et suggestions hypnotiques.

III.2.1. Neuroimagerie et hypnose

-Szechtman en 98(16) fait, avec un stimulus sonore, une étude sur les différences entre :

- la perception réelle auditive
- l'imagerie mentale auditive (effort de reviviscence d'un son)
- l'hallucination auditive sous hypnose.

Sa population comprend :

- ⇒ Huit sujets capables de reproduire une hallucination auditive sous hypnose.
- ⇒ Six sujets très hypnotisables mais incapables de reproduire l'hallucination.

Chez les huit sujets hallucinés, l'illusion d'une perception externe et la clarté de cette illusion hypnotique produisent une augmentation de débit sanguin cortical au niveau de la cingula antérieure (située au dessus du corps calleux).

Chez les six sujets non hallucinés, on observe une augmentation des débits sanguins dans les cortex auditifs associatifs.

De plus, la stimulation réelle sonore produit une activation plus importante, des régions auditives temporales, chez les huit sujets capables d'une hallucination auditive que chez les six sujets qui en sont incapables. Les capacités hallucinatoires peuvent être utilisées pour améliorer la perception ordinaire.

- Faymonville en 2002(17 p.57-62) réalise une étude sur les souvenirs et les stimuli visuels

Les situations sont :

- À l'éveil, l'imagerie mentale du souvenir
- L'évocation sous l'hypnose du souvenir avec accompagnement simple
- L'évocation sous hypnose du souvenir avec une hallucination des couleurs préférées du sujet

Les résultats montrent une augmentation du débit sanguin dans quatre régions :

- Les cortex visuels extra striés (aire de Brodmann) surtout gauches
- Le cervelet et le cortex occipital droit
- Le cortex occipitotemporal gauche
- Le cortex cingulaire antérieur droit

Il n'existe pas de différence entre l'hypnose et le renfort de l'hallucination. Par contre, l'augmentation de débit est différente entre l'imagerie mentale et l'hypnose.

III.2.2. Neuroimagerie, hypnose et stimulation nociceptive

- Rainville, en 1997(18), étudie la composante affective de la perception nociceptive. Son postulat de départ est que :

- le cortex cingulaire antérieur encode la composante affective de la douleur.
- les aires somatosensorielles primaire et secondaire SI et SII sont responsables de la sensibilité discriminative, du fait de leurs connections avec les régions sous-corticales et spinales.

Il étudie, avec le PET scan, l'effet de la composante affective d'une douleur en augmentant ou diminuant l'inconfort sous hypnose, alors que la stimulation douloureuse est invariable (main gauche plongée dans de l'eau à 47 degrés).

L'induction ne modifie pas l'activité cérébrale par rapport à l'éveil. Les suggestions pour augmenter ou diminuer l'inconfort, influent sur l'activation cérébrale de SI, de l'insula et de la cingula antérieure mais pas de SII (peut-être à cause de l'attention et de l'effort liés aux suggestions qui la désactiveraient).

De plus, il existe une modulation de l'activité de la cingula antérieure douleur-dépendante, parallèle à la sensation d'inconfort. Il confirme que la cingula antérieure est impliquée dans la perception affective de la douleur.

- Faymonville, en 2000 (19), réalise une étude avec une stimulation douloureuse : une électrode au niveau de l'éminence thénar envoie des stimuli

thermiques passant de 35° à 70° en cinq secondes, avec un plateau de cinq secondes puis redescendant à 35° en cinq secondes. Une échelle d'évaluation de la douleur de 0 à 10 est utilisée.

Trois situations sont étudiées :

- L'éveil, les yeux fermés
- L'imagerie mentale de vacances agréables
- L'hypnose avec reviviscence de vacances agréables

Les résultats montrent un vécu douloureux identique pour le repos et l'imagerie mentale, mais moindre pour l'hypnose.

L'effet de la stimulation nociceptive est une activation :

- Quelque soit l'état, des thalami, de l'insula gauche et de la cingula droite.
- Sous hypnose, du cortex cingulaire antérieur droit, des noyaux caudés droits, du thalamus droit et du putamen gauche.
- Au repos et lors de l'imagerie mentale, du cortex insulaire gauche.

L'effet de l'hypnose est l'activation des régions extra striées droites et du cortex cingulaire antérieur droit.

Il existe donc une interaction significative entre l'évaluation de la douleur et l'état, surtout localisée au niveau du cortex cingulaire antérieur supra-calleux. Le débit sanguin augmente proportionnellement aux stimuli douloureux uniquement sous hypnose.

La même expérience est réalisée pour étudier les connectivités fonctionnelles : il existe une modification du fonctionnement cortical et sous-cortical sous hypnose, modulé par la partie moyenne du cortex cingulaire

antérieur. Sous hypnose, plus les stimuli douloureux augmentent, plus les zones corticales et sous-corticales s'activent.

Il existe probablement des substances neuronales non identifiées différentes des opioïdes (la nalaxone ne supprime pas l'analgésie hypnotique) qui sont alors libérées (GABA, sérotonine, acétylcholine?).

III. 3 . Synthèse

Ces études nous montrent qu'il n'y a pas de marqueur physiologique spécifique de l'hypnose.

Les zones cérébrales activées sous l'hypnose dépendent du stimulus utilisé (visuel, auditif, douloureux...).

Pour la stimulation douloureuse, il existe une activation de la cingula antérieure et de ses connexions cortico-sous corticales proportionnelles à l'intensité du stimulus.

IV. DEROULEMENT
D'UNE
SEANCE D'HYPNOSE

ressentiez une sorte de fourmillement ou de picotement dans cette main. Et très probablement, vous ressentez une agréable sensation de légèreté dans la main. Vous pouvez apprécier toutes ces sensations et vous vous demandez quelles autres sensations vous pouvez éprouver dans cette main. Maintenant, il se peut que vous ressentiez certaines sensations nouvelles dans un des doigts. Quel sera ce doigt ? Je ne sais pas. Vous ne le savez pas encore. Mais, à mesure que vous vous concentrez sur la main, vous ressentirez très nettement ces sensations nouvelles dans ce même doigt et vous allez constater que ce doigt va bouger. C'est peut-être l'auriculaire droit ou le pouce ou le majeur ou l'index ou l'annulaire droit. Tenez, (indiquer le doigt qui se lève) vient de se lever, il s'écarte des autres doigts, il se déplace vers le haut. Vous sentez cette légèreté dans les autres doigts qui s'écartent aussi et qui se lèvent. Ils entraînent la main droite vers le haut. Et dès que la main commence à flotter, vous vous sentez de plus en plus relaxé. Tout le membre supérieur droit se sent de plus en plus léger et la main droite se dirige vers votre visage. Votre coude suit le mouvement. Bientôt, vous allez sentir un des doigts toucher le visage. Alors, vous fermerez les yeux et vous vous sentirez profondément relaxé. De plus en plus légère, la main flotte en l'air et se déplace vers vous, vers votre visage. C'est très bien. C'est une sensation agréable de légèreté que vous ressentez dans tout le membre supérieur droit. Il se sent léger comme une plume. (Continuez avec des suggestions de légèreté et de mouvement de la main vers le visage jusqu'à ce qu'un des doigts touche le visage). Maintenant, la main touche le visage, vos yeux sont fermés à présent et vous vous sentez très profondément relaxé. ”

-Par des gestes et pantomime : une poignée de mains prolongée peut servir d'induction.

IV. 3. L'état hypnotique ou la transe

hypnotique

C'est là que le sujet est ouvert aux suggestions. Sa conscience est court-circuitée, focalisée lors de l'induction et il se trouve dans un état de concentration où il est réceptif aux suggestions, et détaché des stimuli extérieurs.

IV. 3. 1. Les indicateurs de l'hypnose

Il s'agit d'un contingent de signes indiquant que le patient est en état d'hypnose (21 p. 38-54) :

- des signes physiologiques généraux, comme la modification du tonus musculaire, l'immobilité du corps, l'économie de mouvement, la diminution du pouls et de la fréquence respiratoire.

- des signes physiologiques limités comme le changement de la voix, la disparition des traits du visage, la disparition du réflexe de clignement des paupières et de la déglutition, les variations pupillaires.

- des phénomènes subjectifs comme le littéralisme (lorsque le thérapeute demande au patient s'il peut donner son nom, il répond oui sans le donner), le confort, la relaxation, la lourdeur, la dissociation.

- des phénomènes spécifiques spontanés :

- Les phénomènes mnésiques: l'hypermnésie lors de l'évocation de souvenirs oubliés, l'amnésie spontanée ou suggérée.
- Les phénomènes idéodynamiques : les suggestions vont déboucher sur un acte thérapeutique.

- L'anesthésie avec modification des perceptions sensorielles.
- La régression en âge. Il s'agit du phénomène qui apparaît lorsque le sujet considère, sous hypnose, une période antérieure de son existence. Il revit les événements sans aucun cadre de référence. Le présent n'existe plus et la transe hypnotique devient anachronique.
- La catalepsie : c'est une forme de tonicité musculaire bien équilibrée, avec maintien d'un membre dans une position donnée sans fatigabilité, pouvant être utilisée comme induction.
- La distorsion du temps ; que ce soit la réviviscence d'un souvenir de plusieurs heures en quelques secondes ou l'impression que la séance de deux heures d'hypnose n'a duré que quelques minutes, lors du réveil.
- L'hallucination : c'est une réalité subjective qui est vécue et acceptée comme une réalité objective.
- Les suggestions per et post hypnotiques que nous allons développer.

IV. 3. 2. Les suggestions

L'état d'hypnose est donc un état de conscience modifiée dans lequel le patient est réceptif aux suggestions. Il existe différentes formes de communication possibles. Le ton de la voix (calme, monocorde) est en fait aussi important que le contenu sémantique du discours. (21 p. 65-78)

- La suggestion directe
- Le truisme : c'est énoncer des évidences qui permettent de

mettre le patient en état d'acceptation. On introduit par la suite des suggestions indirectes avec mise en route d'un processus associatif chez le patient, tout en valorisant son expérience personnelle. Il se concentre sur son vécu intérieur et peut mettre en route un processus idéomoteur : " Lorsqu'on est fatigué, nos yeux commencent à cligner lentement et peuvent parfois se fermer, sans qu'on le réalise complètement ".

- L'implication : le patient est guidé par le thérapeute et il crée sa propre réponse. Ce n'est pas ce qui est dit qui est important mais ce que le patient entend : " n'entrez pas en transe tant que vous ne serez pas confortablement installé " (implique qu'on entrera en transe lorsqu'on sera à l'aise).
- La suggestion composée : " Vous êtes assis là ... et un grand sentiment de confort s'installe ". Il s'agit d'un truisme suivi d'une suggestion directe.
- La suggestion ouverte : Le thérapeute n'a pas forcément la solution, il laisse le patient choisir : " votre esprit va passer en revue plusieurs solutions, souvenirs et pensées en relation avec ce problème mais vous ne savez pas encore lequel sera le plus utile pour le résoudre. Votre inconscient est en train d'apprendre, et laissons le apprendre dans l'ordre qu'il souhaite ". C'est une approche permissive puisque toute réponse sera bonne. Cette technique rend le patient plus autonome dans sa relation avec le thérapeute.
- La suggestion négative: elle rassure le patient car il ne sera pas en situation d'échec et par ce biais augmente sa coopération " je ne sais pas... quand... vous entrerez en état

d'hypnose », et elle permet d'introduire une idée (on entrera en état d'hypnose).

- Le questionnement: il laisse le patient dans un état de réflexion et il est permissif puisque quelle que soit sa réponse ce sera la bonne. On peut l'utiliser avec des patients résistants “ trouverez-vous rapidement un état d'hypnose? ”.
- La directive impliquée : proche de la suggestion composée, elle fait appel à une suggestion et à un “ signaling ” (mouvement automatique convenu) : “ lorsque votre inconscient a atteint la source de ce problème, votre doigt peut se lever ”.
- La négation : permettre à un patient résistant de dire non est un moyen d'entrer ou de rester en relation avec lui.
- Le faux choix : “ entrerez-vous rapidement... ou lentement... en état d'hypnose? ” l'essentiel étant d'entretenir l'état d'hypnose.
- La communication à plusieurs niveaux : la symbolisation, les métaphores, les anecdotes, peuvent être utilisées pour contourner les résistances, éviter d'aborder les problèmes directement.

IV. 3. 3 . Le « réveil »

Il doit être progressif. Cette dernière phase de l'entretien peut comporter des suggestions post hypnotiques telles que le confort, l'amnésie...

IV. 4. L'entretien post hypnotique

Il sert d'indication au thérapeute pour modifier ou renforcer certains éléments lors d'une transe ultérieure.

IV. 5. discussion

- la dynamique de la transe :

Les différentes étapes ne sont pas si distinguables en réalité puisque les suggestions apparaissent dès l'induction. Ce qui importe, c'est la dynamique de la transe. Elle commence toujours par la fixation de l'attention (oculaire, conversationnelle ...) qui crée une dépotentialisation de la conscience par le biais de la concentration, ou d'un choc, d'une surprise, d'une confusion... Le processus inconscient commence alors son travail de recherche, ouvert aux suggestions, pour permettre la réponse hypnotique.

- Le problème éthique :

On voit également que l'hypnose peut être informelle, conversationnelle sans que le patient s'aperçoive qu'elle ait été utilisée. Simplement en racontant une anecdote, qui dans l'entretien, pourra surprendre un peu (créant une dépotentialisation de la conscience), l'inconscient peut se trouver à l'écoute de la suggestion. Cette forme est souvent utilisée dans les résistances.

Il existe peut être un problème éthique, de non information au patient

surtout dans cette nouvelle aire de “ consentement éclairé ” mais:

- Le patient vient avec une demande de soulagement, de prise en charge et nous avons une obligation de moyens. De plus nous savons que, pour les patients peu hypnotisables, la réponse antalgique de l'hypnose pratiquée pour un contexte douloureux est égale, si le contexte est présenté comme non hypnotique, à celle du patient très hypnotisable alors qu'elle est inférieure lors d'une hypnose classique (22). Il existe donc dans certaines situations un intérêt thérapeutique à taire le contexte hypnotique.
- Même si l'hypnose lève les barrières conscientes et permet l'approche de l'inconscient, elle ne lève pas tous les interdits et ne fera pas faire à l'individu quelque chose contre sa nature. C'est l'individu qui trouve ses solutions et le thérapeute n'est qu'un accompagnant.
- Il faut également démystifier l'hypnose car c'est un phénomène naturel, relationnel. Même si cet outil est utilisé intentionnellement, il l'est avec empathie.

- L'accompagnement :

- Tout au long de la séance, il faut être suffisamment vague pour accompagner le patient sans contrarier ses pensées et ses souvenirs. Les mots doivent lui laisser la plus grande marge d'interprétation.
- Le thérapeute doit être attentif aux réactions du patient, savoir où il en est dans la profondeur de sa transe.

- Particularités avec la douleur

Qu'elle soit aiguë ou chronique, la douleur a une composante physiologique mais aussi affective, émotionnelle. La sensation douloureuse existe dans le présent mais se réfère à des expériences passées et se projette dans le futur.

Les stratégies suggestives peuvent être (21 p.118):

- La suggestion directe, si le patient en a besoin.
- L'amnésie de toute la douleur ou d'une partie.
- L'analgésie : on peut modifier les sensations et suggérer une sensation d'engourdissement par exemple, plus supportable.
- L'anesthésie : difficile à obtenir, elle suppose des suggestions post-hypnotiques.
- La substitution : parfois, surtout dans les douleurs chroniques, le patient a besoin d'une sensation qu'il puisse objectivement vivre comme douloureuse, mais supportable.
- Le déplacement : la localisation douloureuse sera déplacée vers un endroit du corps plus facile à travailler.
- La dissociation : par hallucination, la douleur est détachée du corps.
- La réinterprétation : définir une douleur peut amener le patient à la rattacher à une expérience plus agréable.
- Le fractionnement : une diminution progressive de la douleur de 100% à 99%, etc. permet de fixer des objectifs plus précis.
- La distorsion du temps : une douleur régulière peut être vécue par le patient comme plus fugitive.

V. UTILISATION DE
L'HYPNOSE
DANS LE TRAITEMENT DE
LA DOULEUR

Avant d'aborder l'effet anti-nociceptif de l'hypnose dans les douleurs aiguës et chroniques, il faut rappeler que l'hypnose est née avec la psychiatrie et qu'elle est largement utilisée dans ce domaine :

- En traitement des névroses, elle a sa place :

- Dans l'hystérie (avec la disparition possible du symptôme conversif).
- Dans les névroses d'angoisse avec un effet relaxant.
- Dans les névroses phobiques avec un changement comportemental possible.
- Dans les névroses obsessionnelles de la même façon, avec un effet anxiogène et un changement comportemental mais les sujets semblent être moins réceptifs.

- En traitement des addictions : elle est utilisée pour traiter les dépendances alimentaires, pharmacologiques, alcooliques ou tabacologiques. Ses résultats semblent être comparables aux autres méthodes utilisées dans ce domaine.

- En traitement des affections psychosomatiques, elle est efficace en jouant sur la composante émotionnelle des troubles (colon irritable, troubles sphinctériens, troubles sexuels...).

- En traitement des dépressions, elle est peu utilisée compte tenu de la large palette pharmacologique à notre disposition.

- En traitement des psychoses, son indication est controversée, de même que dans les états limites.

Nous allons maintenant aborder l'hypnoanalgésie, avec la prise en charge des douleurs aiguës et chroniques.

V. 1. Douleurs aiguës

V. 1. 1. Hypnosédation et chirurgie

L'hypnose est utilisée dans des chirurgies majeures (chirurgies plastiques, endocriniennes du cou, cholécystectomies et hernies inguinales sous cœlioscopie). L'hypnosédation est une pratique associant l'hypnose à une sédation pharmacologique mineure.

Elle nécessite : - l'accord du patient en lui expliquant la conversion possible à tout moment en une anesthésie générale, en cas d'inconfort trop grand ou de complications chirurgicales,

- la coopération du chirurgien et de l'équipe paramédicale du bloc opératoire avec l'anesthésiste (diminution du volume des alarmes, calme dans la salle d'intervention, conversations chuchotées).

La préparation commence par une prémédication minime, une anesthésie locale puis une induction. Après une relaxation suffisante du patient, l'anesthésiste l'accompagne dans la reviviscence de souvenirs agréables, incorporant les sons et les sensations extérieures à l'histoire (la pose du champ opératoire peut être assimilée au vent...). Durant l'acte chirurgical, l'inconfort du patient est surveillé par les mouvements du visage, un "signaling" convenu auparavant, et une sédation supplémentaire est utilisée à la demande, avec de petites doses de produits narcotiques et antalgiques. Le réveil se fait dans le bloc opératoire, avec des suggestions post hypnotiques

(absence de douleur, de fatigue, reprise du transit pour les chirurgies digestives...).

L'équipe des docteurs Meurisse et Faymonville (23) à Liège a réalisée une étude comparative entre 121 thyroïdectomies totales, partielles et explorations cervicales pour hyperparathyroïdie primaire d'une part, et 70 thyroïdectomies sous anesthésie générale d'autre part (mêmes indications et même population). Dans le groupe hypnosédation, aucune conversion en AG n'a été utile, et la sédation d'appoint peropératoire a été minimale [$2,6 \pm 1,3$ mg de midazolam (Dormicum®) et $499,5 \pm 266,2$ µg d'alfentanil (Rapifen®)]. A noter que les pièces opératoires étaient significativement plus grosses dans le groupe hypnose.

La durée d'hospitalisation est significativement inférieure ($46,3$ h \pm $14,6$ h dans le groupe hypnose contre $74,2$ h \pm $9,5$ h dans le groupe AG)

La douleur du patient en post opératoire (mesurée par une EVA de 10cm) est significativement moindre dans le groupe hypnose ($2,2$ cm \pm $1,6$ cm contre $3,2$ cm \pm 2 cm) avec une consommation de paracétamol moindre également ($932,4 \pm 519$ mg contre $1437 \pm 622,2$ mg).

Le confort du chirurgien (mesuré par EVA) est significativement plus élevé sous hypnosédation.

La réinsertion professionnelle est spectaculairement différente. Avec l'hypnose, la reprise du travail est beaucoup plus rapide ($10,3 \pm 10,2$ jours contre 36 ± 8 jours) de même que la fatigue est moindre, mesurée par EVA ($2 \pm 2,01$ contre $4,7 \pm 2,4$).

Cette étude tend donc à montrer un plus grand confort per et post opératoire dans les chirurgies du cou sous hypnosédation par rapport à une anesthésie générale, avec des conséquences moins importantes pour la vie socioprofessionnelle des patients.

L'équipe des docteurs Grousseau et Marchand publient leur premier cas de cholecystectomie sous coelioscopie pour colique hépatique (24) :

Deux heures avant la chirurgie, la patiente reçoit 3mg de bromazépan (Lexomil®) et de la pommade Emla® est appliquée aux points abdominaux d'entrée des trocars. Une anesthésie locale sous cutanée est réalisée au bloc. En per opératoire, elle reçoit ;

- 5µg sufentanyl à la mise en place des trocars,
- 5µg de sufentanyl et 1mg de midazolam lors de dissection du pôle postérieur de la vésicule,
- puis 2,5µg de sufentanyl et 0,5mg de midazolam en fin de dissection.

En post opératoire à la cinquième heure elle reçoit 2g de chlorhydrate de propacétamol (prodafalgan®) et 50mg de ketoprofène (profenid®) pour une douleur cotée à 3 à l'EVA puis à la dixième heure, 20mg de chlorhydrate de nalbuphine (nubain®) pour une douleur cotée à 4.

Elle reprend son transit à la quatrième heure. La chirurgie a duré deux heures alors que la patiente évalue la durée à trente minutes. Elle est ravie de son expérience.

Cette même équipe, avec plus de recul, publie une étude de trente cinq cholécystectomies par coelioscopie intrapéritonéale et quinze hernies inguinales par coelioscopie extra péritonéale (25).

La prémédication est de 3mg de bromazépan (lexomil®) une heure avant la chirurgie et l'anesthésie locale est réalisée avec de la pommade Emla® (lidocaïne + prilocaïne) deux heures avant l'opération puis avec un mélange égal de xylocaïne 2% adrénaline® (lidocaïne + épinéphrine) et de marcaïne 0,5%®(bupivacaïne) en sous cutané en début de chirurgie.

En per opératoire, les inconforts sont gérés par du midazolam

(hypnovel®) et de l'alfentanyl (rapifen®), si besoin.

En post opératoire, du perfalgan® (paracétamol) et du profénid® (ketoprofène) sont administrés à la demande du patient. Le relais PO est fait par du diantalvic® (paracétamol+dextropropoxyphène) à la demande.

Sur les trente cinq cholécystectomies, treize ont nécessité une conversion en AG, onze pour des douleurs liées à l'insufflation de CO₂ dans le péritoine (dès le début de l'insufflation le plus souvent), une pour un défaut d'exposition et la dernière pour des adhérences post-cholécystite.

Vingt deux cholécystectomies ont été réalisées sous hyposédation, sans complication post-opératoire en dehors d'un bilome qui a nécessité une ponction sous échographie et un drainage de 3 jours. Les trente-cinq patients sont très satisfaits et sont tous prêts à recommencer sauf une patiente du groupe conversion.

Sur les quinze cures d'hernie inguinale, une conversion a été nécessaire pour une dissection difficile sur une récurrence herniaire. Trois patients sont sortis le soir même, les autres le lendemain. Tous sont satisfaits et prêts à recommencer.

La coelioscopie est donc possible sous hyposédation, par voie intra ou extra péritonéale. La voie intra péritonéale semble toutefois limitée par l'insufflation du CO₂ pour créer le pneumopéritoine, qui déclenche des douleurs imprévisibles. Cette utilisation n'est cependant pas classique, l'hyposédation étant surtout développée pour des chirurgies du cou et plastiques.

Nous avons repris onze cas de cholécystectomies sous coelioscopie sous hypnose réalisées par l'équipe des docteurs Marchand et Grousseau. Il s'agit de onze femmes cholécystectomisées pour des coliques hépatiques non

compliquées. La prémédication est toujours la même (3mg de bromazépan et de la pommade Emla), et nous nous sommes intéressés à leur consommation d'antalgiques et de narcotiques en per et post-opératoire (voir tableau 1).

L'administration des compléments antalgiques et sédatifs utilisés en per-opératoire correspond avec des temps chirurgicaux particuliers (incision, insuflation de CO2 en intra péritonéal, dissection de la vésicule).

On peut avoir en référence que, pour une anesthésie classique, la prémédication nécessite en moyenne 7,5 à 10 mg de midazolam en sub-lingual, suivi d'un complément intraveineux de 1 à 2 mg si besoin. On voit que, dans tous les cas, la dose per-opératoire est inférieure à cette prémédication.

La dose moyenne de sufentanyl® utilisée en per-opératoire est de 8.9 µg. Le dafalgan® et le diantalvic® en post-opératoire n'ont été nécessaires que dans 4 cas sur 11.

| durée chirurgie en heures | durée hospitalisation post opératoire en jour | consommation per opératoire | | consommation post opératoire | | | | |
|---------------------------|---|-----------------------------|-----------------|------------------------------|-----------------|-----------------------------|----------------|-------------------------|
| | | Sufentanyl® en µg | Hypnovel® en mg | immédiate | | retardée | | |
| | | | | Prodafalgan® en g | Profenid® en mg | Nubain® en ampoule de 20 mg | Dafalgan® en g | Diantalvic® en gellules |
| Cas n°1 | 1h10 | 1 | 2 | 2*2 | 50*2 | | | |
| Cas n°2 | 1h30 | 2 | 0.25 | | | | | |
| Cas n°3 | 1h10 | 2 | 1 | | | | | |
| Cas n°4 | 1h30 | 1 | 0.25 | | | | | |
| Cas n°5 | 1h50 | 1 | 3.5 | | 50*2 | | | |
| Cas n°6 | 1h30 | 1 | 2.5 | 2*2 | 100*1 | 1 | | |
| Cas n°7 | 2h15 | 1 | 1.5 | 2*1 | | | | 2*2 |
| Cas n°8 | 1h40 | 1 | 0.5 | | 100*1 | 50*1 | | 2*2 |
| Cas n°9 | 2h00 | 2 | 2 | 2*3 | 100*1 | | 1 | |
| Cas n°10 | 1h45 | 1 | 3 | 2 | | | 1*4 | |
| Cas n°11 | 2h40 | 1 | 5 | 2 | | | | |

Tableau 1

V. 1. 2. Hypnose et obstétrique

L'hypnose peut être utilisée dans le suivi des grossesses dans un but psychothérapeutique non antalgique :

- chez les femmes enceintes ayant un passé obstétrical traumatique (extraction instrumentale vécue comme une agression, découverte d'un handicap à la naissance, décès de l'enfant). L'hypnose peut permettre de prendre du recul par rapport à cette expérience douloureuse, en retrouvant des sensations corporelles agréables, en vivant cette nouvelle grossesse plus détendue.

- chez les femmes n'acceptant pas le changement corporel qui accompagne la grossesse. L'hypnose peut utiliser des suggestions d'anticipation (elles retrouveront bientôt leur corps antérieur), et de distorsion du temps (les neuf mois de grossesse peuvent être plus courts qu'elles ne le pensent).

L'hypnose peut également être utilisée comme prophylaxie obstétricale, avec une préparation à l'accouchement. Il s'agit d'un apprentissage, en trois ou quatre séances, de l'autohypnose. Les femmes enceintes mémorisent les suggestions de relaxation, de substitution ou d'amnésie de la douleur. On peut également introduire des suggestions post-hypnotiques afin de vivre plus confortablement le post-partum. Elles peuvent ainsi accoucher sans la présence de l'hypnothérapeute. Nous allons l'illustrer avec un cas clinique.

Madame S. a déjà un enfant. Lors de sa deuxième grossesse, à l'âge de 27 ans, elle décide de faire une préparation à l'accouchement par hypnose avec le docteur Marchand. Ils se rencontrent 5 fois pour qu'elle apprenne à se mettre seule en état hypnotique. L'induction se fait par l'image d'un ballon

qu'il faut gonfler, avec un rythme précis des mouvements respiratoires. Puis le ballon gonflé s'envole, de plus en plus haut, jusqu'à n'être plus qu'un point à l'horizon. En état d'hypnose, la métaphore utilisée est celle d'une promenade sur la plage : en marchant sur le sable, le long de la mer, la trace de nos pas est éphémère, régulièrement effacée par les vagues. Cette image suggère une amnésie au fur et à mesure de la douleur des contractions.

Madame S. a senti ses contractions, avec douleur, mais détendue, sans anxiété. Les sages femmes ont constaté un col très souple, tout au long du travail, permettant un accouchement plus facile. Au moment de l'engagement, Madame S. n'a plus maîtrisé sa douleur. Elle a bénéficié d'une rachianesthésie de fin de travail.

Il arrive fréquemment que l'engagement du bébé soit un moment de rupture et que les femmes, qui avaient jusque-là géré leurs douleurs, perdent pied et soient incapables de poursuivre le travail.

Madame S. a été à nouveau enceinte deux ans plus tard et a retravaillé avec le docteur Marchand. Elle est arrivée cette fois-ci au terme de l'accouchement sans complément antalgique. Elle est enchantée de ces expériences et serait prête à les recommencer, si toutefois elle devait avoir un quatrième enfant.

V.1.3. Hypnose et dentisterie.

L'hypnose est utilisée pour les soins dentaires, avec une prise en charge de la douleur aiguë et de l'anxiété. Barber et Mayer, en 1977, ont montré l'efficacité de l'hypnose en élevant le seuil douloureux lors de la stimulation électrique de la pulpe dentaire. Les procédés hypnotiques employés sont la relaxation, l'amnésie, les suggestions d'analgésie locale et les suggestions post-hypnotiques de confort (26).

V.2. Douleurs chroniques

Nous avons déjà vu, dans la partie neuroanatomique, que l'hypnose augmente le seuil douloureux. Chez les douloureux chroniques, elle permet également d'agir sur l'affect. Leur souffrance a une histoire médicale certes (explorations, médicaments et leurs effets, ...), mais aussi socioprofessionnelle et affective (anxiété, agressivité, dépression, désespoir, ...). Si une douleur est dédramatisée, sortie de son contexte affectif, elle est moindre. Spanos, en 1979 (27), montre que le "coping" (du verbe to cope signifiant résoudre en anglais), l'apprentissage à affronter une douleur est nécessaire pour la réduire.

Le patient douloureux, traumatisé, mis en échec ou sidéré par sa souffrance, a bien souvent oublié ses capacités naturelles à résoudre un problème. L'hypnose va utiliser souvent l'imagination du patient, le distrayant de sa douleur. Il faut amener le sujet à voir son problème sous un angle nouveau, pour créer un changement. L'imagination va être utilisée pour déplacer la douleur, la substituer à une autre sensation plus tolérable, la dissocier en la visualisant (principe du "pain book betting better" d'Erickson, utilisé chez les enfants, avec une représentation graphique de la douleur avant, pendant et après la consultation). Il faut rompre le cercle vicieux dans lequel est le patient, où la douleur augmente le désarroi et inversement. Même si le soulagement apporté n'est que partiel ou transitoire, il a existé et peut être la base d'un changement.

L'hypnose a été comparée à la relaxation et aux thérapies cognitivo-comportementales. La relaxation, par définition, est une technique utilisant l'immobilisation du corps avec une recherche de confort et de perceptions

thermiques ou d'engourdissement. Le cognitivo-comportementalisme utilise des exercices de désensibilisation, d'immersion dans le contexte pénible pour mieux l'appréhender. L'hypnose reprend ces deux techniques mais plus librement, et les enrichit d'imagerie mentale, de méthodes de dissociation, de réinterprétation. En pratique, le thérapeute ne respecte pas forcément ces différenciations, rendant les études comparatives difficiles. La relaxation et le comportementalisme utilise l'hypnose et inversement. Chez des femmes souffrant de cancer du sein métastaté, Spiegel en 1983 compare l'efficacité de la psychothérapie avec et sans hypnose : les deux groupes montrent un résultat équivalent sur la douleur et le stress, supérieur au groupe témoin (28). Dans une autre étude, Syrjala en 1992 montre que l'hypnose est efficace dans la prise en charge des mucites au décours de transplantation de moelle osseuse, mais pas la thérapie cognitivo-comportementale(29). En fait, dans la relaxation et le comportementalisme, il existe une induction hypnotique. C'est donc souvent l'hypnose qui est comparée à l'hypnose.

Nous allons illustrer ces propos avec quelques cas cliniques.

Cas clinique 1 :

Madame C., âgée de 67 ans, est atteinte d'un cancer du sein métastaté (métastase osseuse lombaire et épидurite), évoluant défavorablement après plusieurs lignes de chimiothérapie. Elle est hospitalisée pour des douleurs intenses malgré un traitement par skénan® responsable d'effets secondaires importants.

A son admission, il est évident qu'elle a, en plus de ses douleurs physiques, une souffrance morale importante avec une anxiété, une agitation et des idées noires.

Son traitement médicamenteux est modifié, avec l'arrêt du skénan® et la mise sous du rofécoxib® et compléments morphiniques sous-cutanés à la demande. Un traitement par l'aroxyl® à dose antalgique, le xéromil® et la cortisone y sont associés.

Elle bénéficie pendant, son hospitalisation, de trois séances d'hypnose avec le docteur Marchand :

- Pour la composante émotionnelle de sa douleur, il utilise la métaphore d'une promenade dans son jardin secret. Et dans ce jardin, il existe quand même des fleurs, jolies à regarder, rendant la promenade agréable.

- Pour la composante sensorielle, il utilise une suggestion de déplacement de la douleur, à l'aide d'une image de ballon.

Grâce à cette prise en charge pluridisciplinaire, allopathique et hypnotique, madame C. peut regagner son domicile. Son quotidien lui apparaît plus gérable. Elle ne sera plus réhospitalisée jusqu'à son décès, survenu trois mois plus tard.

Les patients suivants ont été pris en charge par le Docteur Herrmann, psychiatre, pratiquant l'hypnose. Il commence ses séances par quelques minutes de relaxation autogène puis fait une induction visuelle avec la fixation d'un stéthoscope. Il suggère ensuite la reviviscence d'un souvenir agréable, dont il a préalablement parlé avec le patient. Le patient peut alors retrouver la même sensation de confort, de détente que celle de son souvenir. Cette évocation sous hypnose se termine par des suggestions post hypnotiques : en se

remémorant ces situations agréables, le patient peut retrouver seul ce confort, il peut arriver à contrôler sa douleur.

Cas clinique 2 :

Le docteur Herrmann est sollicité par le mari d'une dame de 35 ans, hospitalisée pour un lymphome au stade terminal. Malgré les traitements morphiniques, elle souffre de douleurs diffuses thoracoabdominales violentes, permanentes, ne lui laissant aucun repos possible. Elle est épuisée. Les séances d'hypnose sont orientées pour la faire dormir. En effet, elles permettent à la patiente un repos de 1 à 4 heures, sans que le sommeil ne soit troublé par des douleurs. Les séances d'hypnose se succèdent au rythme de 2 par jour, rétablissant ainsi un sommeil quotidien de 4 à 8 heures. Le Docteur Herrmann voit la patiente pendant 11 jours consécutifs, jusqu'à la veille de son décès.

Cas clinique 3 :

Une femme de 39 ans est adressée au Docteur Herrmann par son endocrinologue pour prise en charge d'une obésité. Elle souffre également d'une lombalgie invalidante pour laquelle le bilan radiologique s'est avéré négatif. Il voit cette patiente 16 fois, au rythme d'une fois par semaine pendant quatre mois. Parallèlement à son obésité, il prend également sa lombalgie en charge : ses douleurs ont progressivement diminué pour disparaître à la quatrième séance.

Cas clinique 4 :

Une femme de 44 ans, travaillant en milieu hospitalier, est adressée par la psychologue de son service pour prise en charge d'une algodystrophie de la cheville droite. L'algodystrophie a eu lieu après une fracture, lors d'un accident de travail. Elle est résistante aux traitements classiques et la patiente est agressive et revendicatrice, trouvant que son poste n'est pas suffisamment aménagé compte-tenu de ses douleurs. Le docteur Herrmann la voit 18 fois, et l'état hypnotique n'est obtenu qu'à la neuvième rencontre. La prise en charge cesse d'un commun accord en raison d'un épuisement mutuel. Le résultat n'est que partiel avec une diminution de la douleur de 9 à 5 sur une EVA.

Cas clinique 5 :

Une femme de 47 ans consulte pour des douleurs de l'hémiface gauche résistantes aux traitements antalgiques. Elle n'a pas d'antécédent particulier et l'exploration de ses névralgies est négative. Il est à noter que cette patiente a une personnalité hystérique, que les douleurs sont apparues à la suite d'une dispute avec son mari lors de laquelle il l'a giflée (sur la joue droite) et qu'elle en tire des bénéfices secondaires, surtout dans sa relation de couple. Les séances sont réalisées en présence d'un tiers. Les 6 premières, alors qu'elle est accompagnée de son mari, sont inefficaces. Puis le docteur Herrmann demande à ce qu'elle vienne avec quelqu'un d'autre : elle reprend alors les séances avec son père. Il suffira de 3 nouvelles rencontres pour que les douleurs disparaissent.

Cas clinique 6 :

Un homme de 24 ans est adressé par son médecin traitant pour prise en charge d'une colique idiopathique. Il souffre de maux de ventre, sans cause organique retrouvée, et qui résistent aux traitements antispasmodiques, et antidépresseurs (prozac® et laroxyl® inefficaces). Il est marié et assez dépendant de sa femme . Elle assiste d'ailleurs aux séances. Le Docteur Herrmann réalise 12 séances d'hypnose, sans résultat. Sa femme se propose alors de l'hypnotiser : la douleur disparaît en 2 séances. Elle continue encore des séances d'entretien hebdomadaires.

IV. CONCLUSION

Ce travail a permis, nous l'espérons, de répondre à plusieurs questions :

- Qu'est-ce que l'hypnose?

Il s'agit d'un état de conscience modifiée, résultant d'une concentration, d'une focalisation de notre pensée consciente afin d'avoir accès à nos ressources inconscientes, à nos capacités enfouies pour trouver une solution, une réponse à un problème, en étant accompagné par les suggestions d'un thérapeute bienveillant.

- L'hypnose doit-elle faire peur?

L'hypnose doit maintenant être dénuée de ce côté mystique qui la poursuit depuis son origine. S'il est encore présent, c'est peut-être à cause de la difficulté d'une explication physiologique, malgré les progrès de l'exploration fonctionnelle cérébrale de ces dernières années. Mais trouver une spécificité neuroanatomique à l'hypnose, ne serait-ce pas la réduire et lui ôter sa dimension humaine?

Il est évident que l'hypnose n'est pas qu'une activation cérébrale locale. C'est un moyen de communication particulier entre patient et praticien, avec toute la singularité que suppose une relation à deux. C'est un outil thérapeutique, qui permet au soignant d'accompagner avec empathie le patient dans son inconscient à la recherche de ressources qu'il ignore.

-L'hypnose est-elle une manipulation?

Dans la relation hypnotique patient-thérapeute, il y a, c'est vrai, une manipulation. Mais elle est dans un but thérapeutique, avec un souhait

constant de résultats afin d'améliorer le quotidien du patient. Elle existe d'ailleurs dans toute prise en charge thérapeutique.

L'hypnose conversationnelle peut également représenter une forme de manipulation, mais elle garde un intérêt pour contourner les résistances et chez les patients peu hypnotisables. Elle est pratiquée avec le même souci de résultats.

Enfin, la dernière forme de manipulation, que l'on peut envisager, est une manipulation inconsciente, qui représente ce que le thérapeute transmet de lui sans le vouloir. Cette manipulation existe dans toute relation, hypnotique ou non. Le médecin est un individu avec son histoire et, lorsqu'il s'investit, il le fait avec ce qu'il est.

- L'hypnose a-t-elle ses limites?

Une de ses limites est la contre-indication relative chez les patients psychotiques ou border-lines, avec des troubles de la personnalité. Seuls les hypnothérapeutes spécifiquement formés pourront l'utiliser dans ces situations-là.

L'autre limite de l'hypnose est la dépendance au thérapeute, surtout dans le cadre de la prise en charge de la douleur. Il faut dès le départ la prévenir en expliquant au patient que le but de cet outil est de le rendre autonome dans la prise en charge de ses douleurs.

- L'hypnose a-t-elle un intérêt dans la prise en charge du patient douloureux?

Sans vouloir en faire le seul outil thérapeutique dans la douleur, elle a évidemment plusieurs intérêts :

- élever le seuil douloureux du patient,
- modifier, déplacer, faire oublier une sensation douloureuse,
- dédramatiser le contexte douloureux et prendre en charge les affects rattachés à la douleur, surtout si elle est chronique,
- rendre le patient acteur dans ses soins, avec toute l'autosatisfaction que cela implique.

Son efficacité analgésique n'est plus à démontrer, les cas cliniques et les études en attestent. Elle permet de prendre en charge le patient douloureux dans son intégralité et pas seulement son symptôme.

“ L'hypnose thérapeutique est une expérience relationnelle mettant en jeu des mécanismes physiologiques et psychologiques permettant à l'individu de mieux supporter, d'atténuer voire de supprimer une pathologie douloureuse aiguë ou chronique ”. J.M. Benhaiem (30)

Dans les différents centres anti-douleur, l'hypnose s'intègre progressivement et trouve sa place. Elle n'est pas encore systématique dans toutes les équipes, probablement car les formations ne sont pas très développées. Elle a survécu à deux siècles de controverses dans le milieu médical, souhaitons-lui à présent un chemin plus paisible...

BIBLIOGRAPHIE:

1. ZEIG K.Z. La technique d'Erickson. Paris : Hommes et Groupes Editeurs, 1995, 196 p.
2. ELLENBERGER H.F. A la découverte de l'inconscient. Paris : Simep. Edition, 1974.
3. ROBINOT J. Le fait hypnotique. Paris : Dominique Gueniot éditeur, 1997.
4. VIROT-BALLAY M. De l'hypnose à l'hypnose. Mémoire de psychologie clinique. Rennes : université de Rennes, 2000.
5. FARIA J.C. De la mise en cause du sommeil lucide ou étude de la nature de l'homme. Paris : Madame Horiac, 1819, tome I.
6. BERNHEIM H. De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille. Paris : Doin, 1884.
7. FREUD S. Cinq leçons sur la psychanalyse. Paris : Petite bibliothèque Payot, 1972.
8. BRILLAT C. L'hypnose : intérêt en médecine palliative?. Thèse de doctorat en médecine. Limoges : université de Limoges, 2002, 97 p.
9. BAKAN P. Hypnotizability, laterality of eye movements and functional brain asymmetry. Percept mot skis, 1969, 28, p. 927-932.

10. GUR R., REYHER J. Relationship between style of hypnotic induction and direction of latéral eye mouvements. *Journal of anormal psychologie*, 1973, 82, p. 499-505.
11. OTTO-SALAZ L.L., NADON R., HYOT I., et all. Laterality of hypnotic reponse. *Int J Clin Exp Hypn*, 1992, 40, p. 12-20.
12. GRUZELIER J., BROWN T., PERRY A., et all. Hypnotic susceptibility : a latéral predisposition and altered cerebral asymetry under hypnosis. *Journal of psychophysiology*, 1984, 2, p. 131-139.
13. GRUZELIER J., WARREN K. Neurophysiological évidence of réductions on left frontal tests with hyonosis. *Psychol Med*, 1993, 23, p.93-101.
14. MORGAN A.G., Mac DONALD P.J., Mac DONALD H. Differences in bilateral alpha activity as a function of experimental task with a note on latéral eye mouvements and hypnotizability. *Neuropsychologia*, 1971, 9, p. 459-469.
15. DIXON M., LAURENCE J.R. Two hundred years of hypnosis research : Questions resolved? Questions unanswered! *Contemporary hypnosis research*. FROMM E., NASH M.R. New York : Guilford, 1992, p. 24-66.
16. SZECHTMAN H., WOODY E., BOWERS K.S., et all. Where the imaginal appears real : a positron emission tomography study of auditory hallucinations. *Proc Natl Acad Sci USA*, 1998, 95, p. 1956-1960.
17. FAYMONVILLE M.E. *Hypnose en anesthésie-réanimation, de l'application clinique aux mécanismes cérébraux*. Thèse d'agrégation de

médecine. Liège : université de Liège, 2002, 239 p.

18. RAINVILLE P., DUNCAN G.H., PRICE D.D., et all. Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science*, 1997, 277, p. 968-971.

19. FAYMONVILLE M.E., LAUREYS S., DEGUELDRE C., et all. Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. *Anesthesiology*, 2000, 92, p. 1257-1267.

20. CHERTOK L. *L'hypnose*. Paris : Masson, 1953.

21. MALAREWICK J.A., GODIN J. Milton H. Erickson : de l'hypnose clinique à la psychothérapie stratégique. Paris : ESF éditeur, 1994, 156 p.

22. SPANOS N.P., KENNEDY S.K., GWYNN M.I., et all. Moderating effects of contextual variables in relations hip between hypnotic suggestibility and suggested analgésia. *Journal of anormal psychologie*, 1984, 93, p. 285-294.

23. MEURISSE M., FAYMONVILLE M.E., JORIS J., et all. Chirurgie endocrinienne sous hypnose : de la fiction à l'application clinique quotidienne... *Anales d'endocrinologie*. Paris : 1996, 57, p. 494-501.

24. MARCHAND P., GROUSSEAU D., BONNIVARD M., et all. Quelle place pour l'hypnose en anesthésie? A propos d'un cas de cholécystectomie. *Cah Anesthesiol.*, 1998, 46, p. 415-418.

- 25.** TAHER S., USCAIN M., SANY J.L., et all. Coeliochirurgie sous anesthésie locale et hispano-haïtien, à propos de 35 cholécystectomies et 15 cures de hernie. Article en cours de publication.
- 26.** BARBER J., MAYER D. Evaluation of the efficacy and neural mechanism of a hypnotic analgesia procedure in experimental and clinical dental pain. *Pain*, 1977, 4, p. 41-48.
- 27.** SPANOS N.P., RADTKE-BODORIK H.L., FERGUSON J.D., et all. The effects of hypnotic susceptibility, suggestions for analgesia and the utilization of cognitive strategies on the reduction of pain. *Journal of abnormal Psychology*, 1979, 88, p. 282-292.
- 28.** SPIEGEL D., BLOOM J.R. Group therapy and hypnosis reduce métastatic breast carcinoma pain. *Psychosomatic medicine*, 1983, 45, p. 333-339.
- 29.** SYRJALA K., CUMMINGS C., DONALDSON G. Hypnosis or cognitive behaviorial training for the réduction of pain and nausea during cancer treatment : a controlled clinical trial. *Pain*, 1992, 48, p. 137-146.
- 30.** BENHAIEM J.M. Les caractéristiques et le champ d'application de l'hypnose en analgésie. *Douleurs*, 2002, 3, 1, p. 16-25.

TABLE DES MATIERES

| | page |
|---|------|
| I. Introduction | 12 |
| II. Historique | 15 |
| II.1. Le magnétisme animal | 16 |
| II.1.1. F.A. Mesmer | 16 |
| II.1.2. Les disciples de Mesmer | 18 |
| II.1.2.1. Le marquis A. Chatenet de Puységur : Le somnanbulisme artificiel | 18 |
| II.1.2.2. J.P. Deleuze : Le sixième sens | 18 |
| II.2. L'hypnose suggestive | 19 |
| II.2.1. L'abbé J.C. De Faria | 19 |
| II.2.2. J. Braid | 20 |
| II.3. J.M. Charcot : Ecole de la Salpêtrière | 20 |
| II.4. Ecole de Nancy | 21 |
| II.4.1. A. Liébault | 21 |
| II.4.2. H. Bernheim | 21 |
| II.5. S. Freud | 22 |
| II.6. P. Janet | 23 |
| II.7. I. Pavlov | 24 |
| II.8. L'hypnose contemporaine | 24 |
| II.8.1. L. Chertok | 24 |
| II.8.2. M.H. Erickson | 25 |
| III. Neuroanatomie | 27 |
| III.1. L'asymétrie de fonctionnement hémisphérique cérébral | 28 |
| III.1.1. L'observation des mouvements oculaires | 29 |
| III.1.2. Les modifications électroencéphalographiques | 29 |
| III.1.3. Les potentiels évoqués et l'hypnose | 30 |
| III.2. La neuroimagerie fonctionnelle | 30 |
| III.2.1. Neuroimagerie et hypnose | 31 |
| III.2.2. Neuroimagerie, hypnose et stimulation nociceptive | 33 |
| III.3. Synthèse | 35 |

| | |
|--|----|
| IV. Déroulement d'une séance d'hypnose | 36 |
| IV.1. L'entretien préalable | 37 |
| IV.2. L'inducton | 37 |
| IV.3. L'état d'hypnose ou la transe hypnotique | 40 |
| IV.3.1. Les indicateurs de l'hypnose | 40 |
| IV.3.2. Les suggestions | 41 |
| IV.3.3. Le réveil | 43 |
| IV.4. L'entretien post-hypnotique | 44 |
| IV.5. Discussion | 44 |
| V. Utilisation de l'hypnose dans le traitement de la douleur | 48 |
| V.1. Douleurs aiguës | 50 |
| V.1.1. Hypnose et chirurgie | 50 |
| V.1.2. Hypnose et obstétrique | 56 |
| V.1.3. Hypnose et dentisterie | 57 |
| V.2. Douleurs chroniques | 58 |
| VI. Conclusion | 64 |

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puisse-je avoir un sort contraire.

RESUME:

Ce travail aborde, dans un premier temps, l'hypnose puis son utilisation dans la prise en charge de la douleur. Il retrace l'histoire médicale de l'hypnose, depuis ces premiers pas avec Mesmer jusqu'à sa réactualisation avec Chertok et Erickson. Puis il aborde les tentatives d'identification physiologique du phénomène hypnotique, avant et après l'apparition de la neuroimagerie fonctionnelle cérébrale. Ensuite, il essaie de décrire le déroulement d'une séance d'hypnose, avec les différentes techniques d'induction et de suggestions. Enfin, il retrace les différentes applications possibles de l'hypnose dans le traitement de la douleur, qu'elle soit aiguë (dans le domaine chirurgical, obstétrical, ou dentaire) ou chronique, en les illustrant de quelques cas cliniques.

MOTS CLEFS:

- ⇒ Hypnose
- ⇒ Suggestions
- ⇒ Douleur