

Hypnose : quand – pour qui ? – par qui ?

Franck Bernard – Hervé Musellec

Pour comprendre l'utilité de l'hypnose et ses indications, il est important de comprendre ce qu'est l'hypnose, car de la connaissance du phénomène, vont découler très naturellement les applications.

1. QU'EST-CE QUE L'HYPNOSE ?

1.1. Aspects expérimentaux

Depuis 1949 grâce à l'interprétation d'études électroencéphalographiques, on sait que l'hypnose est un état de veille ; les sujets sont éveillés donc conscients. .

Dans les années 1990, la neuro-imagerie fonctionnelle met en évidence les particularités cérébrales du processus hypnotique.

La tomographie par émissions de protons et la résonance magnétique fonctionnelle procurent des mesures indirectes de l'activité cérébrale. Elles utilisent la corrélation qui existe entre l'activité neuronale et l'augmentation circonscrite dans le temps et l'espace du débit sanguin régional.

Dans une étude de Faymonville [1] des volontaires sains sont consécutivement placés dans trois situations différentes :

- premier temps : éveil au repos : le sujet est allongé les yeux fermés ;
- deuxième temps : imagerie mentale autobiographique : le sujet se remémore un souvenir agréable ;
- troisième temps : hypnose : ce même souvenir agréable est redonné au sujet hypnotisé par un médecin.

À chaque temps de l'expérience, un examen par tomographie par émission de positons (PET scanner) est effectué. On observe alors des modifications spécifiques de certains débits sanguins régionaux, modifications corrélées avec celles de l'activité cérébrale régionale dans les structures visualisées. Les résultats sont les suivants :

Il existe des zones activées uniquement lors de la session «hypnose» et pas dans les sessions « contrôle » (éveil au repos et imagerie mentale) ce sont : le cortex cingulaire antérieur et le cortex pré moteur.

D'autres zones sont spécifiquement inactivées lors de la session «hypnose» : le cortex cingulaire postérieur et le précunéus alors qu'il y avait activation lors des deux autres sessions.

Enfin, il existe des zones qui sont activées uniquement chez certains sujets. Ces activations «personnalisées» dépendent du contenu de l'hypnose. Ainsi, si le sujet a choisi un souvenir à

prédominance visuelle, on observe des activations occipitales comme si le sujet voyait réellement quelque chose, ces zones activées ne l'étaient pas lors de la session «imagerie mentale» alors qu'il s'agit du même souvenir.

1.2. Aspects phénoménologiques

Il existe donc au niveau du cerveau humain des modifications d'activation spécifiques du processus hypnotique. La mise en évidence de ces modifications chez des sujets volontaires sains permet d'affirmer que l'hypnose n'est ni un jeu de rôle, ni un état pathologique du cerveau.

Avant de décrire le processus hypnotique, observons la conscience ordinaire, appelée aussi conscience critique. L'état de conscience ordinaire se caractérise par la mobilité continue de l'attention et la capacité de se porter d'une information à l'autre afin de pouvoir s'adapter à l'environnement. Il y a dans cet état une relation permanente entre nos perceptions et nos pensées. À chaque instant, cette confrontation entre ce que nous observons du monde extérieur avec nos connaissances, nos idées personnelles, nos croyances nous permet de contrôler et décider notre attitude ici et maintenant : parler, bouger, sourire.... Nous adoptons ainsi un fonctionnement personnel et relationnel adapté et compréhensible. Dans ce mode de fonctionnement, nous possédons des facultés de jugement, d'analyse, d'attention, un esprit critique.

Certaines circonstances de la vie modifient notre conscience. Ces circonstances sont : le stress, la confusion, l'ennui et toutes les situations amenant une saturation de notre capacité à réfléchir (traitement cognitif impossible d'un trop grand nombre d'informations complexes). Sous l'influence de ces événements, notre conscience va basculer vers un mode de fonctionnement, dit hypnotique, dans lequel il existe :

- une certaine indifférence à l'extérieur ;
- des perceptions modifiées ;
- une hyper suggestibilité renforcée par la perte de nos facultés d'analyse et de jugement et d'une partie de nos fonctions cognitives ;
- un lâcher-prise.

On parle alors de transe spontanée.

1.3. La transe spontanée

La transe débute par la fixité de l'attention : celle-ci devient stable, focalisée sur un seul phénomène, une seule idée; il y a à la fois focalisation et absorption de la conscience. Cette dernière est complètement orientée ou presque vers une activité. Cette activité peut être intérieure, imaginaire, relative à un souvenir par exemple ou, au contraire, extérieure motivée par un spectacle intéressant comme dans un musée, un spectacle sportif...

Plusieurs appellations sont utilisées : rétrécissement du champ de conscience, dépotentialisation de la conscience, hyper vigilance focalisée... Ce fonctionnement psychique est très banal, il fait partie de notre quotidien en alternance avec l'état de conscience critique. La transe spontanée est immédiatement réversible. C'est ce qui permet, par exemple, de vivre des états de transe très fréquents lors de la conduite automobile où des kilomètres sont ainsi parcourus sans qu'on en ait eu «conscience» ; et pourtant si durant cet état, un événement extérieur vient menacer la conduite, notre «rêverie» s'arrête et nous sommes tout de suite opérationnels pour réagir.

1.4. L'hypnose

Ce mode de fonctionnement de notre conscience peut être obtenu et stabilisé grâce à l'utilisation de techniques de focalisation, de communication et de suggestion, on parle alors de transe hypnotique induite ou : hypnose.

2. EN QUOI LA CONNAISSANCE DE L'HYPNOSE EST UTILE À L'ANESTHÉSISTE ?

Les grandes lignes du travail d'un anesthésiste sont :

- le travail en consultation (préanesthésique, douleur chronique) ;
- la lutte contre l'anxiété du patient en consultation, lors des situations d'urgences et au bloc opératoire ;
- la prise en charge du confort et de la sécurité du patient pendant l'anesthésie et la chirurgie et très souvent pendant toute la durée de l'hospitalisation.

En quoi l'hypnose peut-elle aider à remplir ces objectifs ?

2.1. L'hypnose est une technique de communication.

L'hypnose est une technique qui utilise des outils relationnels, linguistiques, de focalisation et de dissociation de la conscience.

2.1.1. Intérêt des outils relationnels

80% des personnes ayant reçu une initiation à l'hypnose, changent leur façon de communiquer en utilisant ce qu'on appelle l'hypnose conversationnelle [2]. Les outils relationnels sont les mêmes que ceux qui sont largement utilisés dans le monde du commerce et de la publicité pour améliorer les performances ; ces techniques rendent l'hypnose plus efficace que la simple empathie, notamment en ce qui touche à la prise en charge de la douleur [3].

2.1.2. Intérêt des outils linguistiques

Les mots utilisés pour communiquer modifient l'activité du cerveau, ainsi la simple utilisation de mots en rapport avec la douleur peut activer toute la matrice de la douleur [4]. L'hypnose utilise avant tout des outils de communication ; apprendre l'hypnose permet d'expérimenter l'impact des mots sur la conscience du sujet et par conséquent de modifier et d'adapter son langage en toute circonstance.

2.1.3. Intérêt des outils de distraction et de focalisation

La focalisation de la conscience, sous la forme d'une distraction de l'attention, est plus efficace en terme de communication et de prise en charge des émotions que la réassurance des proches [5].

L'hypnose permet de mieux communiquer, donc de mieux expliquer.

2.2. Action sur l'anxiété

L'anxiété face à une intervention est une manifestation commune. Les sujets opérés sont en moyenne 20 % plus anxieux que la population générale et on détecte une anxiété chez 40 %

des patients. Cette anxiété peut avoir des conséquences non seulement d'ordre psychologique, mais aussi somatiques.

L'anxiété péri opératoire est diminuée par l'hypnose [6]. La comparaison à j1, j10 et j30 de l'anxiété de deux groupes de patients ayant une thyroïdectomie : un groupe « AG » versus un groupe « Hypnose », objective une diminution significative de l'anxiété dans le groupe « Hypnose ». À la lecture de ces résultats, on peut se poser les deux questions suivantes : est-ce l'hypnose qui diminue significativement l'anxiété ou est-ce l'anesthésie générale qui est anxiogène ? Que se passe-t-il lorsqu'on compare l'hypnose à une technique réputée non anxiogène ? Une étude compare le confort de deux groupes de patients devant subir une intervention de chirurgie mineure : un groupe sous diazalnalgésie consciente, un autre sous hypnose ; le groupe hypnose s'avère beaucoup plus confortable et moins anxieux. Une autre étude compare l'efficacité de l'hypnose à celle de techniques de relaxation. Deux groupes de 30 patients victimes de brûlures touchant 25% de la surface corporelle ont des pansements quotidiens pendant au moins 14 jours. Un groupe bénéficie de techniques de relaxation classique alors que les patients de l'autre groupe sont en transe hypnotique pendant les pansements. On observe des réductions significativement plus importantes de l'anxiété avant, pendant et également après les pansements dans le groupe hypnose en comparaison avec le groupe relaxation [7].

L'anxiété à l'entrée et à la sortie du bloc opératoire est diminuée chez des sujets ayant bénéficié d'une prise en charge hypnotique préopératoire cela permet une réduction de la composante émotionnelle de la douleur. La réduction de l'anxiété préopératoire est également objectivée chez les enfants [8].

Il est donc clair que l'hypnose présente un intérêt dans la prévention de l'anxiété péri opératoire. Ces études confortent l'impression clinique. Une caractéristique de la transe étant le confort : c'est habituellement très agréable d'être en transe. L'activité consciente se réduit, comme si notre esprit se mettait au repos; le corps adopte lui aussi un fonctionnement d'énergie minimum amenant une grande résolution musculaire, une immobilité, un ralentissement et une régulation respiratoire et cardiaque.

2.3. Action sur la douleur.

2.3.1. Aspects historiques

L'utilisation de l'hypnose pour moduler la douleur est la première des applications pratiques du phénomène. En 1829, devant tout un amphithéâtre, le chirurgien Jules Cloquet effectue une mastectomie chez une patiente auparavant hypnotisée; celle-ci ne ressent aucune douleur. Esdaille, chirurgien à Calcutta, est le premier à publier une série de plus de 300 cas de chirurgie majeure pour lesquels, il n'utilise que l'analgésie hypnotique. Il constate que la mortalité péri opératoire est ramenée de 40 % à 5 %. L'avènement de l'anesthésie chimique vers 1850, technique beaucoup plus reproductible et fiable, va faire oublier l'hypnose analgésique pendant plus de cent ans. L'étude des modifications de l'activité de certaines populations neuronales lors de différents états de la conscience par la neuro-imagerie fonctionnelle est à l'origine du regain d'intérêt pour l'utilisation de l'hypnose antalgique. Entre 1990 et 2000, différentes équipes objectivent, en effet, l'action de l'hypnose sur la nociception. Les auteurs mettent en évidence non seulement une modification de l'évaluation subjective de la douleur, mais aussi des modifications objectives de l'activité cérébrale régionale.

2.3.2. Aspects expérimentaux

Les différentes structures cérébrales impliquées dans le traitement de l'information nociceptive sont nombreuses et jouent un rôle de modulation dans les différentes composantes de la douleur. Ces structures cérébrales sont en interaction entre elles et peuvent donc influencer la réponse de l'individu à un stimulus nociceptif. L'exploration de la modulation nociceptive par l'hypnose utilise le même protocole expérimental précédemment décrit, dans trois conditions d'état successifs : repos, imagerie mentale puis hypnose. À chaque temps, un stimulus nociceptif est appliqué sur une des mains des sujets. Dans les conditions de repos et d'imagerie mentale simple, l'effet principal de la stimulation douloureuse s'observe dans le cortex insulaire alors que dans la condition d'hypnose, l'activation principale est notée au niveau du cortex cingulaire antérieur (région 24'). Plus les sensations douloureuses et l'inconfort qui y est rattaché augmentent, plus on observe une augmentation du débit sanguin régional observé au niveau cingulaire antérieur. Cette forte corrélation n'est pas retrouvée dans les groupes contrôles. Sur le plan comportemental : l'hypnose diminue significativement la douleur.

En 2003, Faymonville objective que, lors d'un stimulus douloureux, l'hypnose permet une activation de la cingulaire antérieure, mais aussi une modification de sa connectivité avec d'autres régions impliquées dans la gestion de la douleur. Ces modifications apparaissent, elles aussi, corrélées à l'intensité de la douleur : plus la douleur augmente plus les structures sont activées ; aucune corrélation n'est retrouvée dans les groupes contrôles (repos, imagerie simple). Sur le plan comportemental, il est rapporté une diminution de 50% environ de la douleur évaluée chez les sujets hypnotisés par rapport à la population en condition « groupe contrôle ». Ces résultats sont confirmés et complétés en 2009 grâce à des images obtenues par IRM fonctionnelle. Dans cette étude, c'est un laser infra rouge qui est utilisé pour créer le stimulus douloureux. L'intensité du rayon laser est progressivement augmentée. Cela permet de modifier l'intensité de la stimulation qui est non douloureuse dans un premier temps (intensité du laser < 450 mJ), puis qui devient de plus en plus douloureuse. Les images cérébrales obtenues avec ou sans hypnose sont comparées. Parallèlement des évaluations comportementales sont effectuées : on étudie la perception du stimulus et la douleur ressentie. Ces évaluations comportementales ne s'avèrent différentes que si la stimulation est douloureuse (intensité du laser > 450 mJ). En d'autres termes : la perception de l'existence du stimulus est la même avec ou sans hypnose, mais l'inconfort ressenti et la douleur, lorsqu'ils apparaissent, sont significativement diminués dans le groupe hypnose. Sur le plan des images : toutes les structures cérébrales qui sont activées en conscience critique lors de l'application des stimulations par laser le sont significativement moins lorsque les sujets sont hypnotisés qu'il y ait douleur ou pas. Par ailleurs, il existe des régions qui sont très activées en conscience critique lorsque le stimulus est douloureux, non seulement au niveau cortical, mais aussi au niveau sous-cortical (tronc cérébral, en particulier). Ces régions ne s'activent pas ou peu sous hypnose dans ces mêmes conditions. Par contre, la connectivité fonctionnelle entre l'aire S1, l'insula et le cortex préfrontal est augmentée en cas d'hypnose lorsque le stimulus devient douloureux. Ce n'est pas le cas dans le groupe contrôle. Ces résultats suggèrent une inhibition des perceptions périphériques et une modulation du codage du message douloureux [9].

Le processus hypnotique permettrait de recruter des régions cérébrales pour participer à la gestion de la douleur. L'hypnose met ainsi en avant la capacité formidable du cerveau à recruter certains réseaux neuronaux selon les besoins du moment, modulant notamment, la connectivité du cortex cingulaire antérieur avec l'ensemble des régions qui participent à l'évaluation cognitive. Ceci mène à une évaluation sensori-discriminative, émotionnelle et cognitive du stimulus nociceptif qui est différente.

2.3.3. Hypothèses neuropsychologiques

Plusieurs théories tentent actuellement d'expliquer l'action de l'hypnose sur la douleur.

- La théorie néodissociative, la plus ancienne, suggère que le corps enregistrerait la douleur, mais qu'une barrière amnésique empêcherait de prendre conscience de cette perception.
- La théorie de l'activation d'un circuit inhibiteur propose que le processus hypnotique diminue les afférences nociceptives de provenance périphérique soit au niveau de la moelle soit via l'activation d'un circuit inhibiteur cortico-spinal comme le suggère la diminution du réflexe standardisé RIII. Cette théorie prend en compte les observations faites en neuro-imagerie lors de l'étude de 2009 réalisée avec le laser infrarouge ci-dessus décrite.[9]
- La théorie des opioïdes endogènes ne résiste pas au fait que la naloxone ne neutralise pas l'analgésie hypnotique et surtout au fait que l'analgésie hypnotique peut être répétée et terminée rapidement tandis que l'effet des opioïdes se dissipe plus lentement.

3. QUE FAIRE EN PRATIQUE ?

Comme pour tout outil, l'utilisation de l'hypnose nécessite une formation. Pour les anesthésistes, il est important de choisir une formation qui leur soit destinée et non pas une formation générale orientée vers la psychothérapie. Cet apprentissage, d'une dizaine de jours environ, permet de connaître les techniques de communication, d'induction et de suggestions nécessaires à la réalisation d'un accompagnement hypnotique de qualité. En fonction des objectifs, les techniques employées seront différentes et l'hypnose sera plus ou moins stable. Il est illusoire de pouvoir décrire la richesse de l'outil dans ces lignes c'est pourquoi nous nous bornerons à quelques généralités, illustrées d'exemples pratiques. On peut très grossièrement distinguer trois étapes, un peu à l'image de ce qui se passe en anesthésie où on peut aller de la simple sédation au coma profond en passant par l'anesthésie en ventilation spontanée.

3.1. Communication hypnotique

La connaissance de techniques relationnelles et linguistiques autorise déjà la mise en place d'une alliance thérapeutique différente qui permet d'agir indirectement sur l'anxiété et la douleur. Cela permet d'améliorer la prise en charge des patients en consultation :

- utilisation de mots simples et rassurants, absence de négation : par exemple «rassurez-vous» au lieu de «ne vous inquiétez pas» ;
- observation et reformulation (la reprise de mots et de gestes du patient permet de majorer l'empathie grâce à l'activation des neurones miroirs) ;
- utilisation d'un timbre de voix grave, d'un rythme oratoire lent (activation de l'alliance) ;
- repérage et utilisation du canal de transmission sensoriel préféré par le patient (visuel, auditif ou kinesthésique) ou transmission d'une information sur un mode multisensoriel.

La communication a un impact important sur la qualité du soin. Richter démontre l'activation de la matrice cérébrale de la douleur lors du traitement des mots liés à la douleur en dehors de

tout stimulus douloureux. Il y aurait un effet d'amorçage des mots « douleur » sur la dimension cognitive de la matrice cérébrale de la douleur [10]. Dans une autre étude, il est démontré que l'impact d'un traitement d'une sensation douloureuse par rémifentanyl pouvait être complètement modifié par la manière de présenter le traitement. [11]

Les techniques de communication issues de l'hypnose optimisent la prise en charge du patient.

3.2. Hypnose conversationnelle

L'association d'une focalisation de l'attention aux techniques de communication hypnotique, permet de faire de l'hypnose conversationnelle. C'est plus durable et plus puissant que la simple communication hypnotique. Deux types de focalisation peuvent être observés : spontanée ou provoquée.

3.2.1. La focalisation se fait de manière spontanée

Beaucoup de nos patients ne sont pas dans un état de conscience ordinaire lorsque nous les prenons en charge, mais déjà dans un état de conscience modifiée de type hypnotique. Dans la transe, il y a focalisation puis absorption de la conscience. Il existe, en effet, comme nous l'avons décrit plus haut, des circonstances qui favorisent l'apparition de trances spontanées (confusion, saturation de la conscience, anxiété, stress, ennui). Tous ces facteurs sont très souvent réunis lors du passage d'un patient au bloc opératoire ou dans des lieux de soins. Cette focalisation se fait sur des éléments émotionnellement très négatifs et en renforce le pouvoir. Dans ce cas, le patient est beaucoup plus suggestible que d'habitude et ne peut se protéger correctement en prenant du recul. C'est pourquoi il est important de communiquer avec lui d'une façon différente. Les professionnels de santé savent instinctivement que la communication avec un patient n'est pas identique à celle qu'ils peuvent avoir en dehors de leur lieu de travail ; l'empathie, le confort, la réassurance sont des termes bien connus dans les milieux de soins. Malgré ces compétences acquises au cours de l'exercice professionnel, il est possible de faire mieux en ayant conscience de l'état de transe du patient voire en s'en servant. Lorsque la focalisation s'est faite de façon spontanée, il faut alors la repérer et utiliser des techniques hypnotiques soit pour se servir de cette focalisation soit pour lutter contre.

3.2.2. L'anesthésiste crée de la focalisation

Elle peut aussi se faire sur l'évocation puis la remémoration d'un thème agréable ou sur la respiration ; enfin, on peut faire focaliser le sujet sur un élément matériel par exemple sur les écrans de surveillance (scopes) ou d'échographie. L'image peut être utilisée, détournée, transformée, interprétée : les muscles deviennent des nuages, les vaisseaux des soleils, les nerfs des poissons ou du raisin... La focalisation peut aussi se faire sur une idée grâce à l'emploi de la confusion qui pourra être utilisée par exemple lors des poses de perfusions. On sait en effet que la douleur ressentie à la pose de la voie veineuse conditionne le degré d'inconfort lors de la réalisation d'une anesthésie locorégionale [12]. Une technique simple de confusion permet de rendre les choses très confortables. C'est un outil très puissant qui doit toujours être accompagné de confort et de réassurance pour rester cohérent dans le contexte thérapeutique. Il s'agit par exemple, de prononcer quelques mots inintelligibles en posant une question au patient lors de l'introduction de l'aiguille. Les fonctions cognitives du patient sont alors entièrement occupées à tenter de comprendre ce qui lui a été dit. Il y a focalisation et absorption de la conscience dans cette activité. Cela ne laisse aucune place à la perception douloureuse de la ponction. Les explications rassurantes données ensuite sur un mode de

communication hypnotique établissent un lien de connivence propice à une alliance thérapeutique de qualité.

3.3. L'hypnose formelle

Celle-ci associe l'hypnose conversationnelle à des techniques de dissociation : physiquement présent dans un endroit, le sujet est mentalement ailleurs; il s'agit d'un phénomène couramment vécu, par exemple, lors de la conduite automobile sur un chemin connu ou ennuyeux. Il existe beaucoup de procédures ; citons, par exemple, la réification (transformation d'une sensation en un objet mental plus aisément modifiable) ou le recadrage qui agissent directement sur la composante cognitive de la douleur. Des déplacements ou modifications de sensation sont faciles à créer : par exemple on peut protéger des sensations la zone du corps qu'on va ponctionner pour une ALR en agissant sur la composante sensori-discriminative. D'autres stratégies utilisent des suggestions de confort et de sécurité. La transe induit chez le patient un état « d'hyper suggestibilité » qui renforce l'efficacité de ces suggestions [13]. Ces techniques trouvent aisément leur place à la maternité pendant la réalisation d'une péridurale, mais aussi pour la pose de cathéters d'analgésie qui laissent un peu plus de temps pour réaliser une procédure complète. Elles pourront être également utilisées en complément d'ALR incomplètes ou lorsque l'anxiété est trop importante pendant l'opération. Dans le même ordre d'idée, il est possible, avec hypnose, de réaliser des gestes sous anesthésie locale qui auraient été très inconfortables autrement (thyroïdectomie, chirurgie du sein, chirurgie plastique...). De même, chez l'enfant, l'hypnose permet l'utilisation d'une ALR seule, là où on associe habituellement une AG, ce qui réduit les troubles cognitifs postopératoires. [14]. Certains gestes peu ou pas douloureux qui sont habituellement réalisés sous anesthésie générale pour des raisons de confort peuvent ainsi être réalisés avec hypnose et sans narcotiques (coloscopie, fibroscopies, stérilisation tubaire, pansements...).

En douleur chronique, l'hypnose est utilisée avec plusieurs objectifs :

- apprendre au patient l'autohypnose qu'il pourra utiliser seul lors de périodes d'acutisation ;
- mobiliser ses ressources ;
- remettre en mouvement, c'est-à-dire modifier l'expérience douloureuse. [15]

Les publications relatives aux essais cliniques dans l'hypnose sont nombreuses : Pub Med recense entre janvier 2007 et janvier 2013 environ 250 articles concernant les études cliniques sur l'hypnose, dont plus de 60 essais contrôlés ou revues d'essais contrôlés concernant les applications directes de l'hypnose en douleur chronique.

Tous les articles de la période considérée relatifs à un essai original dans ces indications, à l'exception de deux montrent la supériorité ou l'égalité de l'hypnose par rapport au traitement de référence. Mais les effectifs sont souvent faibles, la méthodologie des études cliniques exclut le plus souvent la randomisation et le double aveugle et l'inhomogénéité des essais ne permet pas de faire une méta-analyse. Il reste donc beaucoup de travail à faire en ce domaine et c'est sans doute dans ce sens que l'Académie de Médecine a publié en mars 2013 un rapport concernant les thérapies complémentaires dans lequel elle encourage la recherche et l'introduction de l'apprentissage de ces techniques, dont l'hypnose, au sein des universités.

4. QUI DOIT FAIRE QUOI ?

Il faut distinguer les techniques hypnotiques de complément de celle de remplacement.

4.1. Communication hypnotique

Tout soignant devrait être formé aux techniques de communication. Dans certains pays c'est le cas et la compétence des soignants est alors plébiscitée par les patients. [16] Apprendre les bases de la communication hypnotique est rapide et les progrès sont rapides. [17]. Dans certains établissements, comme au CHU de Brest par exemple, la communication hypnotique est enseignée et fait l'objet d'un projet institutionnel. La formation dure trois jours, l'hypnose formelle n'y est pas enseignée. Les techniques viennent en complément des autres soins.

4.2. Hypnose formelle et hypnose conversationnelle

Lorsque l'hypnose est utilisée en complément d'une anesthésie locorégionale ou générale, ou lorsqu'il s'agit de potentialiser les traitements antalgiques, la technique s'inscrit dans un cadre précis : celui de l'anesthésie. Dans ce cadre, les décrets sont tout à fait clairs et l'hypnose peut être utilisée par les médecins comme les infirmier(e)s anesthésistes diplômé(e)s d'état. Pour ces derniers une des conditions est d'appliquer un protocole de soin. En fonction du patient et du geste, le médecin peut déléguer ou pas.

Dans le cadre de la douleur chronique, il ne s'agit pas pour le médecin anesthésiste de se suppléer au psychiatre ou au psychologue. Les techniques d'hypnose employées viseront simplement à enseigner l'autohypnose et à donner au patient des outils pour améliorer son confort.

5. CONCLUSION

L'hypnose est un outil de plus pour l'anesthésiste car outre son action sur la douleur et l'anxiété, elle apprend à mieux communiquer. Il semble que l'hypnose modifie le traitement de l'information, mais également la plasticité neuronale. Même si les neurosciences permettent d'explorer chaque jour un peu plus le fonctionnement de notre cerveau et d'appréhender l'hypnose sur le plan de la recherche fondamentale, c'est dans ses applications pratiques que l'hypnose trouve tout son intérêt. La modification de l'alliance thérapeutique et l'activation des ressources des patients permettent quotidiennement une meilleure prise en charge qui s'inscrit dans un processus de réhabilitation. L'outil hypnotique répond aux différents rôles de l'anesthésiste rappelés par Borsook [18], à savoir la prise en charge de l'anxiété, de la douleur, du stress chirurgical et aussi de la diminution optimisée des agents anesthésiques [6].

RÉFÉRENCES

1. Maquet P, Faymonville ME, Degueldre C, Del Fiore G, Franck G, Luxen A, Lamy M. Functional neuroanatomy of hypnotic state. *Biological Psychiatry* 1999 ; 45 : 327-333
2. Virot C. Hypnose en anesthésie et douleur aiguë. Paris : Ed Arnette ; 2010. p 277
3. Lang EV. Beneficial effects of hypnosis and adverse effects of empathic attention during percutaneous tumor treatment: when being nice does not suffice. *J Vasc Interv Radiol* 2008 ; 19: 897-905.
4. Richter M, Eck J, Straube T, Miltner WHR, Weiss T. Do words hurt? Brain activation during the processing of pain-related words. *Pain* 2010 ; 148 : 198-205.
5. Meghan Mc Murty C, Chambers CT, Mc Graft PJ, Asp E. When « don't worry » communicates fear : Children's perceptions of parental reassurance and distractin during a painful medical procedure. *Pain* 2010 ; 150: 52-58.

6. Faymonville ME, Mambourg PH, Joris J, Vrijens B, Fissette J, Albert A, Lamy M. Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomized study. *Pain* 1997 ; 73 : 361-7
7. Frenay MC, Faymonville ME, Devlieger S, Albert A, Vanderkelen A. Psychological approaches during dressing changes of burned patients: a prospective randomised study comparing hypnosis against stress reducing strategy. *Burns* 2001 ; 27 : 793-79
8. Calipel S, Lucas-Polomeni MM, Wodey E, et al. Premedication in children: hypnosis versus midazolam. *Pediatr Anesth* 2005; 15 : 275-81.
9. Vanhauzenhuysse A and al. Pain and non-pain processing during hypnosis: A thulium-YAG event-related fMRI study. *NeuroImage* 2009 ; 47:1047-54
10. Richter M, Eck J, Straube T, Miltner WHR, Weiss T. Do words hurt? Brain activation during the processing of pain-related words. *Pain* 2010 ; 148 : 198-205
11. Bingel U, Wanigasekera V, Wiech K, Ni Mhuircheartaigh R, Lee MC, Ploner M, et al. The effect of treatment expectation on drug efficacy: imaging the analgesic benefit of the opioid rémifentanil. *Science Translational Med.* 2011 ; 3 : 70ra14.
12. Montenegro A, Pourtalés MC, Greib N, End E, Gaertner E, Tulasne PA, Pottecher T. Évaluation de la satisfaction des patients ayant bénéficié d'une anesthésie locorégionale par bloc nerveux périphérique : étude bicentrique sur 314 cas. *Ann Fr Anesth Reanim* 2006 ; 25 : 687-95
13. Virot C. Hypnose en anesthésie et douleur aiguë. Paris : Ed Arnette ; 2010. p 85-90
14. Lucas-Polomeni MM, Sauve-Barbarot C, Azzis O, et al. Intérêt de l'hypnose en chirurgie pédiatrique. *Arch Pediatr* 2008 ; 15 : 920
15. Jensen M.P. Hypnosis for chronic pain management: A new hope. *Pain* 2009 ; 146 : 235-7
16. Mazzi M, Bensing J, Rimondini M, Fletcher, Ian van Vliet L, Zimmermann, C and al. M. How do lay people assess the quality of physicians communicative responses to patients emotional cues and concerns? An international multicentre study based on videotaped medical consultations. *Patient Education and Counseling* 2013; 90:347-53.
17. Kathleen A, Bonvicini MJ, Perlin, Carma L, Bylund GC, Ruby A. Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters. *Patient Education and Counseling* 2009 ; 75 : 3-10
18. Borsook D, et al. Anesthesia and perioperative stress : consequences on neural networks and postoperative behaviors. *Progress in Neurobiology* 2010 ; 92 : 601-12.