

## L'hypnose en anesthésie

F. Bernard<sup>1</sup> N. Fusco<sup>2</sup>, H. Musellec<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Département d'Anesthésie - Centre Hospitalier Privé de Saint Grégoire – 6 boulevard de la Boutière – CS 56816 - 35768 Saint Grégoire

<sup>2</sup> CHRU de Rennes

Auteur correspondant : [franckendort@gmail.com](mailto:franckendort@gmail.com)

### Points essentiels

- L'hypnose est un processus cérébral spontané ou provoqué objectivable à l'IRM fonctionnelle.
- Apprendre l'hypnose permet de mieux communiquer.
- L'hypnose est efficace contre l'anxiété et la douleur ; elle facilite la réhabilitation.
- L'hypnose regroupe un ensemble de techniques qui peuvent être utilisées indépendamment les unes des autres, rendant l'outil très adaptable.
- Par « hypnose formelle » on sous-entend l'existence de phénomènes de dissociation chez le sujet hypnotisé. Si cette technique est utilisée pour remplacer une autre technique d'anesthésie, elle entre dans un cadre contractuel et doit être traitée comme telle.
- Des associations à de petites doses de morphiniques ou à des anesthésies locales ou locorégionales sont possibles et élargissent le champ des possibilités.
- L'hypnose formelle nécessite une douzaine de jours de formation.
- Un bon organisme de formation doit être connu, proposer beaucoup d'exercices, n'accueillir que des soignants et être animé par des médecins anesthésistes qui pratiquent depuis plusieurs années.
- La reconnaissance par un diplôme universitaire ou la validation par un OGDPC est un critère de choix.
- Il existe des moyens simples de budgétiser sa formation dans le cadre du DPC.

### Introduction

Les techniques de neuro-imagerie cérébrale permettent de repérer l'activité fonctionnelle particulière du processus hypnotique chez des sujets volontaires sains. Plusieurs aires cérébrales sont systématiquement impliquées, suggérant l'existence d'une « matrice cérébrale de l'hypnose ». Certaines zones cérébrales sont activées, notamment le cortex cingulaire antérieur impliqué dans les processus attentionnels et aussi dans le contrôle cognitif et la modulation de la douleur. D'autres zones cérébrales sont désactivées notamment le précunéus qui permet la

perception de soi par rapport à l'environnement et au monde extérieur ainsi que le cortex cingulaire postérieur qui permettrait d'unifier les différentes composantes de la douleur. La persistance d'une activité frontale objectivée pendant l'hypnose a permis d'écarter la théorie impliquant la diminution des fonctions exécutives du cerveau. L'hypnose n'est donc pas un état de repos du cerveau, parfois appelé « mode par défaut » en neuro-imagerie. De nombreuses structures peuvent être activées en fonction des propositions de l'hypnotiseur. Par exemple le cortex visuel occipital montre des activations si des suggestions très imagées sont proposées au sujet hypnotisé [1][2].

## 2. Hypnose en anesthésie : un processus utile

Les grandes lignes du travail d'un anesthésiste sont :

- Le travail en consultation.
- La lutte contre l'anxiété du patient en consultation et au bloc opératoire.
- Le confort et de la sécurité du patient pendant l'anesthésie et la chirurgie.
- La réhabilitation.

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

### 1.1. 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.

#### 1.1.1. Intérêt des outils relationnels

Quatre-vingts pour cent des personnes ayant reçu une initiation à l'hypnose, changent leur façon de communiquer en utilisant ce qu'on appelle l'hypnose conversationnelle [3]. 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 [4].

#### 1.1.1. 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 la matrice de la douleur [5]. 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.

#### 1.1.2. 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 termes de communication et de prise en charge des émotions que la réassurance des proches [6]. L'hypnose permet de mieux communiquer, donc de mieux expliquer.

### 1.2. 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. 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 » [7].

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 diazanalgie 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. Il apparaît une réduction significative de l'anxiété avant, pendant et également après les pansements dans le groupe hypnose en comparaison avec le groupe relaxation [8]. Des différences entre de simples techniques de relaxation et l'hypnose sont également retrouvées dans le cadre de la lutte contre la douleur chronique [9]. 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. Enfin, la réduction de l'anxiété préopératoire est également objectivée chez les enfants [10].

Il est donc clair que l'hypnose présente un intérêt dans la prévention de l'anxiété péri opératoire [11]. 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 sujet a alors tendance à s'immobiliser et il existe souvent un ralentissement et une régulation respiratoire et cardiaque.

### **1.3. Action sur la douleur.**

#### **1.3.1. 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 périopératoire est ramenée de 40% à 5 %. L'avènement de l'anesthésie chimique vers 1850, technique beaucoup plus reproductible et plus fiable, va faire oublier l'hypnose analgésique pendant plus de cent ans. Entre 1990 et 2000, différentes équipes mettent en évidence non seulement une modification de l'évaluation subjective de la douleur, mais aussi des modifications objectives de l'activité cérébrale régionale. Ces découvertes vont remettre l'hypnose au rang des techniques médicales efficaces.

### **1.3.2. Aspects expérimentaux.**

En 2003, Faymonville objective que, lors d'un stimulus douloureux, l'hypnose permet une augmentation du débit sanguin régional observé au niveau cingulaire antérieur (région 24'), 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 semblent activées ; aucune corrélation n'est retrouvée dans les groupes contrôles (repos, imagerie mentale 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 »[12]. 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 pour étudier 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 non hypnotique 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 non hypnotique 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 somesthésique primaire, 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 [13].

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 activer 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.

### **1.3.3. Hypothèses neuropsychologiques**

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

- La théorie néo-dissociative, 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 [13].
- 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.

### **1.3.4. L'hypnose est-elle un effet placebo ?**

Il existe certainement un effet placebo dans l'hypnose. En effet, la mise en place d'un contexte d'hypnose joue un rôle d'activation de la réponse hypnotique. Miller et Bowers ont montré que si les patients croient qu'ils sont hypnotisés et qu'il est procédé à un rituel hypnotique, cela suffit à déclencher une réponse analgésique, cela en dehors de toute hypnose réelle. Dans toute thérapeutique, la part de l'effet placebo existe et l'hypnose n'échappe pas à la règle. Un faisceau d'arguments montre cependant que l'hypnose ne se réduit pas seulement à un effet placebo :

- La conception des deux phénomènes est différente : l'analgésie placebo se réfère à un processus d'apprentissage, où une source extérieure peut être à l'origine d'un soulagement alors que l'analgésie hypnotique se réfère à une capacité innée et autodirigée à modifier ses propres perceptions.
- L'efficacité est différente avec 30 à 35% pour l'effet placebo contre 50% pour l'hypnose.
- Les effets antalgiques placebos sont antagonisés par la naloxone qui n'a par contre aucun effet sur l'analgésie induite par hypnose[14].
- Le réflexe R III n'est pas modifié par l'effet placebo alors qu'il disparaît chez plus de 60% des sujets hypnotisés [15].
- Les images obtenues en neuro-imagerie diffèrent entre effet placebo et hypnose [16].

## **1.4. Les bénéfices secondaires**

### **1.4.1. Période périopératoire précoce**

Des durées de séjour plus courtes sont retrouvées dans tous les travaux comparant anesthésie générale et hypnose. Plusieurs études comparent également le confort des patients ce qui est en faveur de l'hypnose à chaque fois.

### **1.4.2. Réhabilitation postopératoire**

Différentes études semblent prouver l'intérêt de l'hypnose dans la réhabilitation postopératoire. Dans le cadre de la thyroïdectomie, des durées d'hospitalisation inférieures et des reprises plus précoces de l'activité sociale sont à chaque fois décrites pour les sujets ayant eu une hynosédation [7][17][18].

Pour la chirurgie du canal carpien, il semble que l'association de technique d'hypnose conversationnelle permette de diminuer l'incidence des douleurs chroniques[19].

La réalisation d'une anesthésie locale ou locorégionale pour des gestes de chirurgie carcinologique aurait un impact positif sur la réponse inflammatoire et la survie. L'utilisation de l'hypnose peropératoire rend confortables et donc possibles des interventions qui ne l'eussent pas été autrement. Cela permet de proposer des ALR à des patients sans être obligé d'associer une anesthésie générale [20].

## **2. Hypnose : un outil facile à adapter à la 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 douzaine 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.

### **2.1. 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 à tous les niveaux dès la consultation. Voici quelques techniques simples à mettre en pratique :

- 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 d'optimiser l'empathie grâce à l'activation des neurones miroirs —.
- Utilisation d'un timbre de voix grave et d'un rythme oratoire lent qui favorisent l'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 pluri-sensoriel.

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 [5]. 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 [21]. Les techniques de communication issues de l'hypnose optimisent donc la prise en charge du patient.

## **2.2. 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.

### **2.2.1. Focalisation spontanée**

Certaines circonstances favorisent le fonctionnement de notre conscience en mode hypnotique (confusion, saturation de la conscience, anxiété, stress, ennui). Tous ces facteurs sont souvent réunis chez un patient au bloc opératoire. Dans ce cas, le patient devient beaucoup plus suggestible et ne peut se protéger correctement en prenant du recul. Il perd son esprit critique. 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 l'utiliser.

### **2.2.2. Focalisation créée par l'anesthésiste**

Différentes approches peuvent être proposées afin de focaliser le patient. Par exemple, en anesthésie locorégionale, les écrans d'échographie peuvent être utilisés ; les images sont détournées, transformées, interprétées : 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 [22]. 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.

### **2.2.3. 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 sensations sont faciles à créer ; par exemple on peut protéger des sensations la zone du corps qu'on va ponctionner pour une anesthésie locorégionale 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[23]. 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'anesthésies locorégionales 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, mammectomie avec curage, chirurgie plastique...). De même, chez l'enfant, l'hypnose permet l'utilisation d'une anesthésie locorégionale seule, là où on associe habituellement une anesthésie générale, ce qui réduit les troubles cognitifs postopératoires [20]. Enfin, citons certains gestes peu ou pas douloureux qui sont habituellement réalisés sous anesthésie générale pour des raisons de confort et qui peuvent ainsi être réalisés avec hypnose et sans narcotiques (coloscopie, fibroscopies, stérilisation tubaire, pansements ...).

### **3. Procédures de mise en place en Anesthésie**

#### **3.1. Pour l'hypnose conversationnelle**

Dans ce cadre, aucune information particulière n'est nécessaire. C'est le contexte qui va déclencher chez le soignant l'utilisation de techniques de communication de type hypnotique.

#### **3.2. Pour l'hypnose formelle**

##### **3.2.1. Organisation dans le service**

Outre le respect des règles de sécurité usuelles de toute anesthésie, l'hypnose au bloc opératoire nécessite une réelle organisation. Les anesthésistes, médecins ou infirmiers doivent être formés en nombre suffisant afin de pouvoir répondre au protocole anesthésique établi lors de la consultation à la demande des patients, mais également aux besoins de blocs opératoires. Au-delà de l'information de l'opérateur (chirurgien, gastro-entérologue...), la planification des interventions avec hypnose doit être lisible et tracée dans le dossier patient ainsi que sur la programmation du bloc opératoire. L'infirmier anesthésiste est habilité(e) à prodiguer une hypnose avec les mêmes critères de responsabilité que pour une anesthésie générale. Une formation aux bases de la communication thérapeutique du personnel soignant de SSPI (Salle de Soins Post Interventionnelle) facilite la continuité et la qualité du soin avec hypnose.

##### **3.2.2. En préopératoire**

Quand l'utilisation de l'hypnose vient en remplacement d'une autre technique d'anesthésie, elle entre alors dans un cadre contractuel et doit donc faire l'objet d'une information. Celle-ci



est délivrée lors de la consultation préanesthésique, plusieurs jours avant l'intervention, plaçant l'outil hypnotique comme une alternative possible. L'anesthésiste, ne doit pas forcer l'accès à l'hypnose pour se substituer, par principe ou conviction à l'anesthésie conventionnelle, comme le rappelle le rapport de l'Académie Nationale de Médecine (ANM) en date de mars 2013. L'anesthésiste doit s'assurer de la motivation du patient et de sa coopération. Les étapes du processus hypnotique sont rapidement évoquées. La possibilité d'un recours à un autre type d'anesthésie est présentée. Si le médecin anesthésiste qui reçoit le patient en consultation n'est pas formé à l'hypnose, il est souhaitable qu'il ait un minimum de connaissance pour pouvoir répondre aux questions et qu'il puisse utiliser une information écrite complémentaire (blog ou fiche écrite). Celle-ci remise au décours de la consultation, répondra aux principales interrogations soulevées. La visite préanesthésique permet ensuite de répondre aux attentes du patient avant l'intervention.

### **3.2.3. En peropératoire**

À l'heure actuelle, les paramètres de surveillance et d'évaluation reposent sur des critères cliniques. L'observation attentive par l'anesthésiste permet d'estimer le niveau de transe sur un faisceau d'arguments comme : l'immobilité ou le relâchement corporel, le rythme respiratoire, les mouvements oculaires. L'existence d'une catalepsie ou une lévitation d'un membre (l'avant-bras le plus souvent) sont de très bons signes de stabilité de la transe. Le monitoring objectif du confort et de l'analgésie par l'ANI (Analgesia Nociceptive Index) chez des sujets conscients semble une piste très intéressante [24]. Bien entendu, toutes les mesures de qualité et de sécurité sont les mêmes que pour toute anesthésie (jeûne préopératoire, surveillance des paramètres respiratoires et hémodynamiques...). Le recours à une technique hypnotique ne dispense pas des impératifs techniques habituels.

## **4. Techniques associées**

En condition expérimentale, l'hypnose diminue jusqu'à 50% l'intensité de la douleur. C'est insuffisant pour réaliser des interventions et il est souvent nécessaire de recourir à un complément d'analgésie. Il peut s'agir d'une anesthésie locale ou locorégionale ou de faibles doses de morphiniques.

### **4.1. Anesthésie locale et locorégionale**

Lors de gestes invasifs, l'infiltration d'anesthésique locale au niveau du site opératoire (thyroïdectomies, rhinoplasties, otoplasties, pose de chambres veineuse, de drains, vasectomie...) ou la réalisation d'une anesthésie locorégionale (chirurgie du sein, chirurgie de l'épaule...) permet de réaliser l'analgésie alors que le confort est procuré par l'hypnose dans ces interventions pour lesquelles la durée ou la position rendait la locale insuffisant. Dans ce cas, le but est de procurer un bien meilleur vécu au patient.

### **4.2. Hypnosédation**

Il est parfois utile d'associer des médicaments à l'hypnose. Le terme « hypnosédation » désigne l'administration d'un antalgique morphinique et de faibles quantités d'agents sédatifs

chez le sujet hypnotisé. L'objectif étant que le patient reste conscient et puisse coopérer. Il peut ainsi signaler des moments douloureux ou inconfortables par un code préétabli (fermeture forcée des yeux, pression de la main, levée d'index). Mais les agents anesthésiques, notamment les hypnotiques, peuvent altérer la relation obtenue par la transe ;actuellement les équipes ont tendance à recourir aux morphiniques seuls. Ceux-ci seront administrés si possible en SIVOC (Sédation Intraveineuse à Objectif de Concentration). Les propriétés pharmacodynamiques et pharmacocinétiques du rémifentanyl en font un produit de choix[24]. L'hypnose potentialise de façon remarquable l'effet des agents anesthésiques [1] et de petites doses sont actuellement utilisées (0,025 µg/kg/min) dans les interventions peu douloureuses (coloscopies, stérilisation tubaire...) en association avec l'hypnose.

## **5. La formation**

Selon le rapport de mars 2013 de l'Agence Nationale du Médicament, l'anesthésiste qui utilise l'hypnose, doit être formé à cette technique et doit pouvoir en fournir la preuve. La formation aux techniques hypnotiques en anesthésie doit s'inscrire dans le cadre des compétences habituelles de l'exercice de la spécialité.

### **5.1. Pourquoi se former ?**

Au-delà de la curiosité suscitée par l'hypnose, celle-ci, comme nous l'avons vu en amont, a prouvé son utilité en anesthésie. Outre la réalisation d'interventions sous hypnose, la simple volonté d'améliorer la qualité relationnelle dans le soin peut suffire comme motivation. Par ailleurs, de plus en plus d'infirmiers anesthésistes acquièrent les techniques d'hypnose et il semble important que le médecin ait des connaissances dans ce domaine.

### **5.2. Comment se former ?**

#### **5.2.1. Choisir une formation ciblée**

Il faut définir un objectif de soin pour déterminer quel type de formation sera la plus adaptée. Plusieurs buts peuvent être définis : simple information pour encadrer les infirmiers, hypnose au bloc opératoire, hypnose en douleur chronique, autohypnose...

#### **5.2.2. Exiger des critères de qualité**

##### **• Qui forme qui ?**

Les formateurs doivent être des anesthésistes qui exercent, des praticiens expérimentés depuis plusieurs années, bien formés eux-mêmes (où ont-ils été formés, depuis combien de temps pratiquent-ils ?). Il est inconcevable de se prétendre formateur au lendemain de sa propre formation. Les bonnes écoles demandent un délai de 3 à 5 ans. Il est important qu'ils communiquent et publient, vous saurez que ce sont des professionnels qui donnent beaucoup de leur temps pour transmettre leurs idées, leurs recherches, leur expérience par des articles,

des conférences, des ateliers dans les congrès. Leur volonté de formation dépasse le cadre des formations rémunérées.

La formation en question doit s'adresser à des professionnels de santé, être si possible spécifique pour anesthésistes et non pas s'adresser à des publics variés. En effet ; une formation ouverte à tous publics non spécifique sera inutilisable en pratique de soins. Il faut aussi s'interroger sur le nombre de participants qui ne doit pas dépasser 50 avec un ratio de 1 formateur pour 15 à 20 participants.

- **Quel est le rythme de la formation ?**

Une formation en hypnose pour l'anesthésie dure une douzaine de jours idéalement étalés sur une année. Non seulement, elle doit comprendre plusieurs exercices de mise en situation par jour, mais aussi des démonstrations en direct encadrés par des médecins anesthésistes formés. Par ailleurs, les participants doivent pouvoir bénéficier de nombreux exemples cliniques d'hypnose en anesthésie sous forme de vidéo en situation réelle au bloc ou en salle de soin.

- **Dans quel organisme de formation ?**

De nombreuses formations existent. La réputation et l'expérience de l'organisme doivent être un des premiers critères de choix. Il doit s'agir d'une formation validée par un diplôme universitaire ou reconnue par la formation continue L'appartenance à un réseau reconnu par les instances établies est gage de qualité (Confédération Française d'Hypnose et de Thérapies Brèves, European Society of Hypnosis...). Les professions médicales disposent de Conseils Nationaux de Formation Continue (CNFMC). L'agrément obtenu pour une formation est revu chaque année selon des critères pédagogiques, il faut donc privilégier un institut agréé CNFMC.

Le dispositif de Développement Professionnel Continu (DPC) est obligatoire pour tout professionnel de santé. Les centres de formation répondant à des critères de qualité ont la possibilité de s'enregistrer au niveau de l'Organisme Gestionnaire du DPC (OGDPC).

- **Comment se financer ?**

Dans la limite de forfaits individuels, l'OGDPC permet alors de financer les formations pour les praticiens libéraux ou salariés en centres de santé conventionnés ([www.mondpc.fr](http://www.mondpc.fr)). D'autres organismes paritaires collecteurs agréés permettent également une prise en charge des salariés.

## 6. 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'organisation pour la mise en place de l'outil hypnotique au sein d'un département d'anesthésie doit s'intégrer dans un véritable

projet de service et en cohérence avec celui d'établissement. Pour choisir une formation, il faut définir son objectif puis s'assurer que la formation choisie est efficace, connue, reconnue et qu'elle s'inscrit dans un réseau.

## REFERENCES

- [1] Maquet P, Faymonville M-E, Degueldre C, et al. Functional neuroanatomy of hypnotic state. *Biol Psychiatry* 1999 ; 45: 327-33.
- [2] Rainville P, Duncan G, Price D, et al. Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science* 1997 ; 277: 968-71.
- [3] Delaunay L, Plantet F. Difficultés rencontrées pour la mise en place de l'hypnose au bloc opératoire. Actes du congrès AGORA 2002.
- [4] Lang E, Berbaum K, Pauker S, et al. 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.
- [5] Richter M, Eck J, Straube T, et al. Do words hurt? Brain activation during the processing of pain-related words. *Pain* 2010 ; 148: 198-205.
- [6] McMurtry C, Chambers C, McGrath, et al. When "don't worry" communicates fear: Children's perceptions of parental reassurance and distraction during a painful medical procedure. *Pain* 2010 ; 150: 52-8.
- [7] Faymonville M-E, Mambourg P, Joris J, et al. Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomized study. *Pain* 1997 ; 73: 361-7.
- [8] Frenay M, Faymonville ME, Devlieger S, et al. Psychological approaches during dressing changes of burned patients: a prospective randomised study comparing hypnosis against stress reducing strategy. *Burns* 2001 ; 27: 793-9.
- [9] Castel A, Pérez M, Sala J, et al. Effect of hypnotic suggestion on fibromyalgic pain: comparison between hypnosis and relaxation. *Eur J Pain* 2007 ; 11: 463-8.
- [10] Calipel S, Lucas-Polomeni M-M, Wodey E, et al. Premedication in children: hypnosis versus midazolam. *Paediatr Anaesth* 2005 ; 15: 275-81.
- [11] Saadat H, Drummond-Lewis J, Maranets I, et al. Hypnosis reduces preoperative anxiety in adult patients. *Anesth Analg* 2006 ; 102: 1394-6.
- [12] Faymonville M-E, Roediger L, Del Fiore G, et al. Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. *Brain Res Cogn Brain Res* 2003 ; 17 : 255-62.
- [13] Vanhaudenhuyse A, Boly M, Balteau E, et al. Pain and non-pain processing during hypnosis: a thulium-YAG event-related fMRI study. *Neuroimage* 2009 ; 47 (3) : 1047-54.
- [14] Guy-Coichard C, Boureau F. Comprendre l'effet placebo pour mieux traiter la douleur. *Rev Med Interne* 2005 ; 26: 226--232.
- [15] Kiernan B, Dane J, Phillips L, et al. Hypnotic analgesia reduces R-III nociceptive reflex: further evidence concerning the multifactorial nature of hypnotic analgesia. *Pain* 1995 ; 60 (1) : 39-47.
- [16] Bingel U, Lorenz J, Schoell E, et al. Mechanisms of placebo analgesia: rACC recruitment of a subcortical antinociceptive network. *Pain* 2006 ; 120: 8-15.
- [17] Watremez C, Docquier M, Brui B, et al. Hypnosis and videoscopy combination as less invasive technique for thyroidectomy: 8AP54. *European Journal of Anaesthesiology (EJA)* 2011 ; 28 : 121.

- [18] Gandara S. Intérêt de l'hypnosédation pour la réhabilitation post opératoire d'une thyroïdectomie. Thèse de médecine 2004, faculté de médecine de Nantes.
- [19] Belze O, Remerand F, Laulan J, et al. Chronic pain after carpal tunnel surgery: Epidemiology and associated factors. *Ann Fr Anesth Réanim* 2012 ; 31: e269--e274.
- [20] Bouzinac A, Delbos A, Mazières M, et al. Hypnose et bloc paravertébral échoguidédans la chirurgie du cancer du sein. *Ann Fr Anesth Réanim* 2012 ; 31: 644--645.
- [21] Bingel U, Wanigasekera V, Wiech K, et al. The effect of treatment expectation on drug efficacy: imaging the analgesic benefit of the opioid remifentanyl. *Sci Transl Med* 2011 ; 3: 70ra14.
- [22] Montenegro A, Pourtalés M-C, Greib N, et al. Évaluation de la satisfaction des patients ayant bénéficié d'une anesthésie locorégionale par bloc nerveux périphérique : étude bicentrique sur 314 cas. *Ann Fr Anesth Réanim* 2006 ; 25: 687-695.
- [23] Virot C, Bernard F. Hypnose en anesthésie et douleur aiguë. Paris : Éd. Arnette 2010. p. 85-90.
- [24] Musellec H, Hugot P, Guillou N et al. Hypnose en anesthésie : aspects techniques et application pratique dans un établissement. *Vigilance* 2012 ; 25.

Déclaration de conflit d'intérêts : Franck Bernard a peut être un conflit d'intérêt avec la référence [23] puisque il est l'un des deux coauteurs du livre édité chez Arnette.  
Aucun autre conflit d'intérêt.