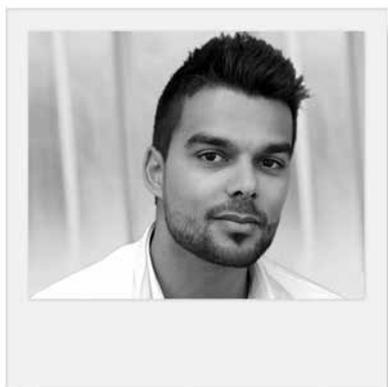


L'hypnose en chirurgie plastique

RÉSUMÉ : L'hypnose bénéficie d'un spectaculaire regain d'intérêt depuis un certain nombre d'années en France et à l'étranger, tant dans ses usages thérapeutiques à l'hôpital ou en cabinet de ville que dans l'espace public du divertissement.

Cet article se propose en premier lieu de faire la lumière sur l'histoire de cette pratique ancestrale, de poursuivre par l'exposé des différents usages thérapeutiques de cette technique au fil des siècles, de décrire ce que les dernières avancées dans le domaine des neurosciences ont permis d'apporter à la compréhension de ce phénomène particulier et de conclure par ses applications en chirurgie plastique.



→ A. DELOBAUX

Service de Chirurgie plastique,
reconstructrice et esthétique,
CHU Amiens-Picardie, AMIENS.

Loin des démonstrations spectaculaires de “transe magnétique” de Mesmer [1] autour du baquet ou des conceptions de Charcot, Bernheim ou Freud, l'hypnose occupe aujourd'hui une place de choix au bloc opératoire, en France et dans le monde. Les publications des équipes y ayant recours de façon systématique [2, 3], depuis de nombreuses années, témoignent de l'efficacité, de l'innocuité et des bienfaits de cet

outil fiable, reproductible et adaptable à chaque patient.

Nous nous proposons de décrire dans cet article les différentes définitions de l'hypnose, les formations proposées, les corrélats neurophysiologiques de l'état hypnotique, les applications en chirurgie – et plus précisément en chirurgie plastique – ainsi que les restrictions et contre-indications à l'utilisation de cet outil.



Une leçon clinique à la Salpêtrière (Pierre Aristide André Brouillet, 1887).

Historique

Les cultures les plus primitives de l'Antiquité en Asie, en Inde et en Afrique utilisaient l'hypnose de façon courante au cours de rituels plus ou moins spectaculaires. Des prêtres égyptiens aux chamanes amazoniens, la transe hypnotique a occupé une place de choix pendant des millénaires lors des rites initiatiques, des cérémonies de clairvoyance ou des rituels de guérison.

L'hypnose resta longtemps une affaire de sorcellerie et de magie, ce qui ternit son image jusqu'à la fin du XVIII^e siècle. Malgré les condamnations dont elle a été l'objet, l'hypnose a survécu, en grande partie grâce au spectacle (on en faisait usage comme technique de manipulation grâce à l'augmentation de la suggestibilité).

Les conséquences de ces filiations ont été lourdes pour l'hypnotisme, qui était associé à une représentation très particulière, plutôt d'ordre magique, qui n'avait que peu à voir avec l'état en soi et avec son utilisation contemporaine en médecine. C'est pourtant cette image qui s'est fixée dans la représentation sociale collective et dont pâtissent encore aujourd'hui les praticiens et les chercheurs.

>>> C'est grâce à Franz-Anton Mesmer (1734-1815) et sa conception du "fluide magnétique animal" que l'hypnose a fait l'objet d'une théorisation et d'une utilisation médicale empirique.

>>> Viendra ensuite le marquis de Puységur (colonel d'artillerie, aristocrate philanthrope et humaniste) dont les nombreux succès en termes de guérisons en feront le précurseur et fondateur de l'hypnotisme du XIX^e siècle, qui a donné naissance à la plupart des courants de psychothérapie contemporains [4].

>>> Le premier usage de l'hypnose pour permettre un acte chirurgical (mastecto-

mie) date de 1828, prouesse dont l'initiative reviendra à **Jules Cloquet**, célèbre chirurgien et anatomiste, membre de l'Académie royale de médecine. Malheureusement, cette intervention sans précédent sera fustigée par ses collègues de l'Académie de médecine et fera l'objet d'un article sarcastique dans le *Lancet*.

>>> James Esdaile, chirurgien écossais de l'armée des Indes, a utilisé l'hypnose sur environ 300 patients chirurgicaux, entre 1845 et 1851. Il est resté le plus célèbre des précurseurs de l'usage clinique de l'hypnose.

>>> L'hypnose essaimera en Europe et dans le monde, et fera son entrée vers 1875 dans le domaine d'étude des sciences objectives avec quelques chercheurs célèbres : Wilhelm Griesinger (1817-1868) en Allemagne, Jean-Martin Charcot (1825-1893), Valentin Magnan (1835-1916) et Charles Robert Richet (1850-1935) en France, dans la continuité des travaux de James Braid (1795-1860).

>>> C'est en 1875 que C.R. Richet, prix Nobel de médecine, publie ses premiers résultats. Puis, en 1884, dans *L'Homme et l'Intelligence : fragments de physiologie et de psychologie*, il décrit pratiquement l'intégralité des phénomènes hypnotiques reconnus aujourd'hui.

>>> L'âge d'or de l'hypnose expérimentale se situe après les années 1960, essentiellement aux États-Unis, avec **Milton Erickson**, Phillip Sutcliffe, Frank Pattie, Andre Weitzenhoffer (échelle de susceptibilité hypnotique de **Stanford (1965)**, qui a pour objet de mesurer le degré d'hypnotisabilité).

Depuis une trentaine d'années, l'hypnose a fait l'objet de nombreuses études neurophysiologiques qui ont permis d'objectiver, grâce à l'éclairage des neurosciences, les mécanismes cérébraux qui sous-tendent l'état hypnotique.

Définition de l'hypnose

Il n'existe pas de définition consensuelle de l'état hypnotique ; en revanche, de nombreux points de vue sur cet état de conscience particulier enrichissent et élargissent sa compréhension. Étymologiquement, l'hypnose dérive de **Hypnos** qui est le **nom du dieu du sommeil**, et se dit aussi d'un engourdissement profond et, par image, de la mort ; Hypnos est le frère jumeau de Thanatos (la mort).

Différents dictionnaires définissent l'hypnose comme un "état d'engourdissement ou d'abolition de la volonté", ou comme un "état de sommeil artificiel provoqué par la suggestion", un "état de conscience particulier entre la veille et le sommeil, provoqué par la suggestion".

En 1955, la *British Medical Association* (BMA) a décrit l'hypnose comme "un état passager d'attention modifiée chez le sujet, état qui peut être produit par une autre personne et dans lequel différents phénomènes peuvent apparaître spontanément, ou en réponse à différents stimuli verbaux ou autres."

On peut décrire l'hypnose comme une interaction sociale dans laquelle une personne (appelée sujet) répond aux suggestions qui lui sont faites par une autre personne (appelée "hypnotiseur" ou "accompagnateur").

Le terme hypnose a été utilisé de manière princeps par Étienne Félix d'Henin de Cuvillers en 1820, bien qu'on en attribue l'origine à un chirurgien d'origine écossaise James Braid, pour désigner un ensemble de manifestations psychophysologiques induites par suggestion, souvent comparées à tort au sommeil.

Loin de la torpeur inhérente à l'état de sommeil, l'état d'hypnose au degré le plus léger est un phénomène naturel et spontané de conscience en éveil,

PASSERELLES

que tout un chacun a pu expérimenter au cours de la journée, sans aucune intervention ou sollicitation d'un tiers, lorsque nos réactions aux stimuli extérieurs s'amenuisent, l'on n'entend plus les questions qui nous sont adressées car profondément absorbés par nos pensées, notre for intérieur, hypnotisés par notre vécu imaginaire. C'est le début de l'hypnose naturelle et spontanée.

Hypnotisabilité

Les échelles, notamment celles de Stanford, ont été particulièrement exploitées pour déterminer la distribution de la susceptibilité hypnotique dans la population. Elles indiquent qu'environ 10 à 15 % de la population est réfractaire à l'hypnose.

À l'autre extrême, la proportion de sujets très répondants est la même. Parmi ceux-ci, une minorité de sujets, dont l'estimation varie entre 1 et 4 % de la population, peuvent être considérés comme des sujets exceptionnels.

Le sexe est indifférent, de même que les capacités intellectuelles (QI). La réponse est stable dans le temps chez les adultes, caractérisée par l'obtention de scores similaires même à plusieurs années d'intervalle [5]. En revanche, les enfants ne sont pas hypnotisables avant 4 ans, mais s'avèrent particulièrement répondants entre 7 et 15 ans. On note également une baisse de la susceptibilité hypnotique chez les personnes âgées.

Ces éléments ne sont pas surprenants : ils avaient déjà été repérés au XIX^e siècle sur la base de l'investigation clinique. La question qui se pose toutefois est celle des extrêmes, à savoir ce qui différencie les sujets très répondants des sujets non-répondants, de même que ce qui motive une réponse particulièrement élevée chez les enfants.

L'état hypnotique

1. L'induction de l'état hypnotique

L'induction est un ensemble de techniques visant à provoquer l'état hypnotique. C'est la première étape d'une séance d'hypnose. C'est elle qui permet la dissociation, c'est-à-dire l'état dans lequel se trouve une personne en état d'hypnose lorsqu'elle est "déconnectée" de la réalité.

Les procédures sont très variables : les inductions classiques se fondent sur la fixation d'un objet (pendule par exemple), alors que d'autres techniques initient l'induction à partir d'une relaxation, associée ou non à la mobilisation d'images mentales [6-8]. Elles ont toutes pour point commun de fixer l'attention du sujet et de l'amener à se concentrer sur l'objet, la perception ou les images proposées par l'opérateur, c'est la phase d'**isolation sensorielle**. En médecine et en chirurgie, il s'agit dans la plupart des cas d'amener le patient à exercer un contrôle sur un organe ou un système, la technique d'induction est donc la plus brève possible (de 5 à 10 minutes).

La coopération du patient est indispensable et généralement obtenue d'office (car c'est dans son intérêt). Elle consiste soit à utiliser une suggestion motrice – telle la lévitation du bras, ce qui contribue à une dissociation rapide – soit à donner des consignes de relaxation puis de concentration sur la zone ou l'organe concerné.

2. L'état hypnotique

La modification de l'état de conscience entraînée par l'induction et caractérisant le vécu sous hypnose a été l'objet de descriptions détaillées. D'un point de vue de l'observation pure, si l'état hypnotique évoque celui du sommeil, il n'en présente aucune des caractéristiques à l'EEG. Par ailleurs, l'activité du sujet sous hypnose est incompatible avec celle du sommeil.

Deux moyens permettent d'attester de la réalité du changement d'état, les signes cliniques et le rapport des sujets [9].

3. Les signes cliniques

Voici quelques-uns des signes cliniques les plus usités, attestant la présence de l'hypnose :

- **l'immobilité** : elle se constate très facilement, et se présente même lorsque les sujets se trouvent dans une position inconfortable ;
- **le ralentissement psychomoteur** : les sujets réagissent de façon très lente aux suggestions émises, ce qui est particulièrement net au niveau des réponses motrices ou lorsqu'on leur demande de parler ;
- **les anesthésies spontanées** : les sujets développent fréquemment une insensibilité spontanée et complète au niveau d'un membre ;
- **le rapport** : les sujets présentent une attention sélective focalisée sur la voix de l'opérateur : et semblent insensible à leur environnement.

L'hypnose, dans les faits

1. Hypnose et douleur

Les relations entre l'hypnose et la douleur ont été étudiées grâce à des techniques d'imagerie cérébrale [10-12].

Il a été montré qu'un stimulus de même intensité physique, jugé douloureux par les sujets dans un état de veille normale et non douloureux lorsque ces mêmes sujets étaient sous hypnose, évoque des modifications d'activité dans le cortex cingulaire antérieur. C'est une région médiale du cortex préfrontal, connue pour son appartenance à la matrice de la douleur, un ensemble de régions du cerveau dont l'activité augmente lors d'une expérience douloureuse [3, 13].

Il a également été démontré que l'hypnose diminue l'activité des régions

somatosensorielles et des régions participant aux aspects émotionnels et affectifs de la douleur. Nous savons que cette diminution de la perception de la douleur observée en hypnose est liée à une augmentation de la modulation fonctionnelle entre le cortex cingulaire antérieur et un large réseau neuronal de structures corticales et sous-corticales, connues pour être impliquées dans les différentes douleurs et leurs diverses composantes (sensitives, affectives, cognitives et comportementales).

La suggestion hypnotique d'analgésie provoque une augmentation significative du seuil de tolérance à la douleur [14], ainsi qu'une modification de l'ordre de 20 % ou plus du réflexe de flexion nociceptif. Par ailleurs, le seuil de tolérance reste abaissé plusieurs heures après qu'on ait mis fin à la séance d'hypnose, ce qui suggère que l'effet repose plutôt sur un "système" que sur la simple sécrétion d'un polypeptide.

En conclusion, il existe une forte présomption en faveur de la spécificité de l'état d'hypnose, qui pourrait se définir comme un état "particulier" de veille pendant lequel se manifeste une forte activité cérébrale organisée, susceptible de mettre en jeu des mécanismes neurophysiologiques complexes.

2. Les corrélats neurophysiologiques mesurables de "l'état hypnotique"

De nombreuses études sociologiques et cliniques, ainsi qu'un ensemble de recherches en neurophysiologie et en psychologie expérimentale, ont montré que l'hypnose possédait suffisamment de critères spécifiques pour être considérée comme un état de conscience à part. C'est vers 1875 que l'hypnose entre dans le domaine d'étude des sciences objectives, avec quelques chercheurs célèbres : Griesinger en Allemagne, Charcot, Magnan et Richet en France, dans la continuité des travaux de Braid. C'est en 1875 que Richet (prix Nobel

de médecine) publie ses premiers résultats. En 1884, dans *L'Homme et l'Intelligence*, il défend ardemment la théorie "étatique", et décrit pratiquement l'intégralité des phénomènes hypnotiques reconnus aujourd'hui.

De nos jours, l'ensemble des études réalisées sur le sujet accreditent la thèse d'un état neurophysiologique spécifique à l'hypnose, modulé par les intentions de la personne ou du couple soignant/soigné [15].

3. L'électroencéphalographie

L'analyse de l'électroencéphalogramme (EEG), directe ou quantifiée, et l'enregistrement des différents paramètres physiologiques n'ont montré aucune particularité durant l'hypnose "profonde" [3].

L'EEG de sujets hypnotisés n'est pas très différent de ceux en état de veille ; tout au plus note-t-on parfois une prépondérance d'ondes alpha, comme dans l'état de présommeil, et peut-être une corrélation entre la survenue d'ondes frontales thêta et une plus grande capacité à l'hypnose... Ainsi, les études encéphalographiques semblent plutôt indiquer que l'hypnose est un état de présommeil [16, 17].

4. L'imagerie fonctionnelle, IRMf et TEP

Dès les années 1980, le développement de la neuroimagerie fonctionnelle a permis d'explorer davantage le fonctionnement du cerveau. En général, un débit sanguin élevé reflète une plus forte consommation d'oxygène, et donc une activité plus élevée.

L'analyse des modifications de l'activité cérébrale au cours de l'induction hypnotique et de l'application de suggestions d'analgésie, grâce à l'imagerie moderne, a permis d'objectiver l'activation préférentielle de certaines régions du cortex

cérébral, notamment dans les régions occipitale, frontale et cingulaire. Cela étaye l'hypothèse que "l'état hypnotique" est lié à des modifications spécifiques et topographiquement organisées de l'activité cérébrale [18, 19].

La distribution des débits sanguins cérébraux a été étudiée grâce à une caméra à positons (TEP) chez un groupe de sujets dans un état de repos, puis dans un état d'hypnose. L'analyse des résultats révèle que l'état d'hypnose est associé à l'activation d'un ensemble étendu d'aires corticales (occipitales, pariétales, précentrales, prémotrices), ainsi que différentes zones des cortex préfrontal, ventrolatéral et occipital.

L'hypnose apparaît être un "état d'éveil cérébral spécifique" : alors que le sujet semble somnolent, il est l'acteur d'une expérience très vive qui emplit totalement sa conscience. Il s'agirait davantage d'une expérience de "revécu" que d'une simple remémoration.

5. Études cliniques

Les effets de l'hypnose sur la douleur et sur des expériences subjectives de stimuli douloureux ont été étudiés chez des volontaires. Une diminution significative de la perception de douleur expérimentale sous hypnose a ainsi été observée.

Sous l'influence de l'hypnose, le seuil d'une douleur provoquée en stimulant le nerf supraorbitaire chez 14 sujets a pu être augmenté de façon significative, par comparaison au même stimulus appliqué sans hypnose. L'hypnose a permis de réduire la douleur expérimentale provoquée par d'autres modèles tels que l'immersion de la main dans l'eau froide (*cold pressure test*). Dans ces conditions, les effets de l'hypnose n'étaient pas antagonisés par la naloxone.

À l'inverse, lorsque l'on suggère une sensation d'hyperalgésie, la sensation dou-

PASSERELLES

loureuse est amplifiée sans modification des potentiels évoqués somatosensoriels auditifs et de l'électroencéphalogramme, ce qui suggère une dissociation entre la réponse physiologique et la composante affective et émotionnelle de la réponse aux stimulations nociceptives.

L'hypnose permet également de réduire l'anxiété des patients adultes opérés en chirurgie générale. L'effet positif de l'hypnose sur l'anxiété pré- et postopératoire a été mesuré chez des patients en chirurgie ambulatoire. L'induction hypnotique a été pratiquée avant la sédation, et la réalisation de l'infiltration du site opératoire lors de *liftings* cervicofaciaux ou de chirurgies de la thyroïde permet de réduire significativement la douleur périopératoire, la consommation de morphine, les nausées postopératoires ; elle permet également une meilleure stabilité hémodynamique.

Les résultats sont plus probants en chirurgie pédiatrique, où une réduction de la douleur et de la durée de séjour postopératoire a été constatée chez les enfants soumis à une hypnose de type image guidée, par rapport à un groupe où les enfants étaient simplement dans un état de focalisation de l'attention. D'autres études ont montré une réduction de l'anxiété par comparaison aux effets d'une prémédication au midazolam.

Les formations

L'hypnose a fait son entrée à l'université depuis une dizaine d'années. Il existe aujourd'hui une quinzaine de diplômes universitaires (DU) en France. Citons parmi eux : le DU d'hypnose clinique à Paris XI (Dr Jean Becchio) ou le DU d'hypnose médicale de la Pitié-Salpêtrière (Dr Jean-Marc Benhaïem). De même, l'Institut privé de formation Emergences, créé en 2001 par le psychiatre Claude Virot, prochain président de la Société internationale d'hypnose, a formé 500 personnes sur l'année 2013-2014.

Des sessions de formation plus courtes sont aussi proposées dans les hôpitaux. Un quart de la centaine de projets, financés en 2013 par la Fondation Apicil contre la douleur, concernait l'hypnose, soit environ 600 soignants formés depuis 2006. La quasi-totalité de ces formations est réservée aux médecins, dentistes, psychologues, infirmiers.

L'Académie de médecine a rendu un avis plutôt positif en mars 2013 : *“Les indications les plus intéressantes semblent être la douleur liée aux gestes invasifs chez l'enfant et l'adolescent et les effets secondaires des chimiothérapies anticancéreuses, mais il est possible que de nouveaux essais viennent démontrer l'utilité de l'hypnose dans d'autres indications”*.

Les applications en chirurgie

Le pouvoir analgésique de l'hypnose, exploité lors de son utilisation en chirurgie avant le développement de l'anesthésie générale, a été confirmé par de nombreuses études expérimentales et cliniques depuis plus de 60 ans.

Des milliers de patients ont pu bénéficier de cette technique anesthésique au cours de diverses interventions : des centaines de chirurgies de la thyroïde, de rhinoplasties, *lifting* du visage, chirurgies d'augmentation mammaire et autres telles que des hernies, des résections de

tumeur au niveau du visage, du cou [20], des seins, des interventions gynécologiques, ORL... (*tableau I*)

1. Hypnose et anesthésie locale

L'hypnose associée à une anesthésie locale est la première étape de l'introduction de l'hypnose en chirurgie. En effet, cette méthode connaît un grand nombre d'avantages et notamment la possibilité d'utilisation en dehors du bloc opératoire (évacuation d'abcès, plaies, pansements de brûlés...).

Par ailleurs, elle peut être d'une aide précieuse lors d'interventions diverses aux urgences ou en salle de pansements pour les brûlés. Nous l'utilisons pour apaiser le patient et diminuer les sensations douloureuses lors de la procédure chirurgicale, ce qui nous permet de travailler dans des conditions plus confortables lorsque le patient est un enfant un peu agité ou un adulte anxieux.

Au bloc opératoire, l'hypnose peut servir d'adjuvant à l'anesthésie locale lors d'interventions longues (oreilles décollées) ou dans un contexte d'anxiété.

2. Hypnose et MEOPA

L'association du MEOPA (Mélange équimolaire en oxygène et protoxyde d'azote) à l'état hypnotique a un effet “potentialisateur” de l'entrée en état d'hypnose. Les patients lâchent prise

Types d'interventions chirurgicales	
Correction de cicatrices	Lobectomie thyroïdienne
ODB	Thyroidectomie
Septoplastie	Implants mammaires
Pansements de brûlés	<i>Lifting</i> fronto-cervical
Mini- <i>lifting</i> du visage	Greffes de peau (faibles surfaces)
Lipoaspiration	Exérèse de tumeur
Blépharoplastie	HTM

TABLEAU I : Interventions chirurgicales au cours desquels l'hypnose peut avoir une indication (D'après Faymonville et al.).

beaucoup plus rapidement, et sont plus enclin à se laisser aller aux suggestions de l'intervenant [21, 22]. L'utilisation de ce procédé offre certains avantages lors d'interventions courtes et pourvoyeuses d'inconfort ou de douleurs aiguës.

3. L'hypnosédation

Il s'agit d'une technique anesthésique combinant l'hypnose à une sédation consciente intraveineuse. L'association d'une sédation intraveineuse permet au patient d'être parfaitement calme et immobile, améliorant le confort chirurgical [23].

Toutefois, la durée de ces interventions et les stimulations douloureuses intermittentes qui y sont associées compliquent la prise en charge ; l'accumulation des agents sédatifs peut entraîner une désorientation, une perte de la collaboration du patient et, progressivement, une dépression respiratoire.

La recherche de techniques d'accompagnement non médicamenteuses et l'expérience de l'utilisation de l'hypnose chez les patients grands brûlés ont conduit à associer l'hypnose aux techniques de sédation consciente en chirurgie.

La technique d'hypnosédation repose sur la personnalisation et l'intensification de la relation patient/soignant. Cette relation de confiance, instaurée avant l'opération, est prolongée pendant et après la chirurgie. La technique d'hypnosédation exige également une collaboration étroite entre chirurgiens, anesthésistes, infirmier(e)s et patients.

Lors de la consultation, le chirurgien évoque l'existence de cette technique anesthésique dont la sélection dépendra de plusieurs paramètres : possibilité de réaliser le geste opératoire sous anesthésie locale, volume et doses d'anesthésiques locaux probablement nécessaires pour l'infiltration, expérience chirurgicale et motivation du chirurgien à tra-

vailer avec un patient conscient et, bien sûr, désirs du patient.

En pratique, les contre-indications sont rares (moins de 1 % des patients). Aucun test d'hypnotisabilité ou "d'essai à blanc" n'est réalisé avant la chirurgie. À l'issue de l'entretien, le patient accepte ou récuse l'hypnosédation. Il est invité à choisir un ou des événements agréables qu'il souhaiterait revivre en cours de chirurgie. Une fois le patient installé pour l'opération, l'induction hypnotique peut commencer. Le patient se focalise sur lui-même et entre dans l'état hypnotique. L'induction hypnotique dure 5 à 10 minutes. Après cette induction, l'anesthésiste commence la sédation intraveineuse consciente.

Les conditions nécessaires à la réalisation de cette technique anesthésique sont :

- une chirurgie permettant une anesthésie locale au niveau du site opératoire,
- un patient désirant rester conscient en cours de chirurgie,
- une équipe opératoire ayant une bonne expérience chirurgicale et une grande habileté,
- un anesthésiste formé aux techniques d'hypnose.

Les avantages de cette technique anesthésique sont que l'hypnosédation permet au patient de rester conscient, mais distrait, dans un état très confortable en cours de chirurgie. Comparées aux techniques de sédations intraveineuses conscientes, l'hypnosédation permet une réduction significative des médicaments IV et procure davantage de confort au patient : moins d'anxiété, moins de douleur, plus de contrôle et plus de confort postopératoire avec moins de douleurs et de nausées, de vomissements postopératoires.

En postopératoire, cette technique, comparée à l'anesthésie générale, permet de réduire significativement la fatigue et la douleur postopératoire. Ainsi, la récupération postopératoire est accélérée avec

une reprise des activités professionnelles nettement plus rapide, donc intéressante sur le plan socioéconomique.

Contre-indications

La première des contre-indications est représentée par les **limites des compétences du praticien**.

Lorsque le thérapeute a des doutes sur l'efficacité de l'hypnose pour un patient, il est préférable de ne pas recourir à ce type de thérapie. Pour les personnes présentant une structure de personnalité limite ou psychotique, l'hypnose doit être utilisée avec circonspection et seulement lorsque l'alliance thérapeutique est déjà bien établie et de bonne qualité.

Il existe un certain nombre de pathologies pour lesquelles l'hypnose est une contre-indication, du moins dans sa forme conventionnelle. Il s'agit particulièrement :

- des désordres graves de la personnalité, des troubles caractériels ou psychopathiques, la paranoïa ;
- des états limites, prépsychose et psychose ;
- les enfants en bas âge (qui n'ont peut-être pas encore tous les moyens de se concentrer) ;
- les états dépressifs graves (sauf pour faciliter une thérapie cognitive).

L'apport de l'hypnose en chirurgie

Cette technique repose notamment sur l'investissement personnel d'équipes opératoires, qui mettent leur savoir-faire et leur "savoir-être" au service de patients motivés, désireux de jouer un rôle actif dans leur convalescence après chirurgie. Cette technique ne requiert aucun équipement spécial ou coûteux, elle ne peut donc s'appuyer sur la collaboration de firmes pharmaceutiques pour la promouvoir [24].

PASSERELLES

Sur le plan théorique, la technique soulève la question des interactions entre modifications de l'état de conscience et fonction cognitive, car un nombre croissant d'études s'intéresse aux conséquences de la chirurgie et de l'anesthésie sur la fonction cognitive postopératoire. La contribution du coma pharmacologique à ce phénomène suscite de plus en plus d'intérêt.

Pouvoir proposer une technique anesthésique permettant de laisser conscient le patient en cours de chirurgie, tout en lui garantissant confort physique et psychologique, constitueront probablement dans l'avenir le *gold standard* d'une prise en charge anesthésique.

L'hypnosédation élargit la palette des différentes techniques anesthésiques existantes. Maîtriser les différentes techniques afin de pouvoir les proposer à bon escient aux patients en tenant compte non seulement des contraintes chirurgicales, mais aussi des besoins des patients, tels devraient être les objectifs d'une bonne prise en charge anesthésique.

Apprendre les techniques hypnotiques constitue un moyen efficace d'élargir ses propres connaissances sur les différents outils de communication. Mieux communiquer favorise l'installation d'une relation empathique médecin/patient, et cela amène une plus grande satisfaction et un épanouissement au quotidien.

1. Avantages et inconvénients

Les avantages sont liés au processus actif et coopératif que requiert l'hypnose. La relation du patient avec le médecin est différente. Le patient est acteur et participe à son traitement, et cela d'autant plus qu'il peut avoir à faire face à un parcours de soins long et douloureux. Il prend à cette occasion la mesure des ressources personnelles dont il dispose et qui, en d'autres circonstances de sa vie, pourront éventuellement lui être utiles.

POINTS FORTS

- ➔ L'hypnose est une pratique culturelle ancestrale millénaire.
- ➔ Sa première utilisation à visée chirurgicale remonte à 1828 avec Jules Cloquet.
- ➔ L'échelle de Stanford permet de déterminer le degré d'hypnotisabilité.
- ➔ Les neurosciences ont permis d'objectiver un état d'activité cérébrale spécifique à l'état hypnotique.
- ➔ Les formations sont nombreuses, accessibles et reconnues (DIU).
- ➔ Les applications en chirurgie plastique sont multiples.

Sur le plan personnel, une expérience d'hypnose réussie est particulièrement gratifiante et constitue un investissement riche pour l'avenir.

Les inconvénients souvent retrouvés résident en l'image erronée (hypnose de spectacle avec manipulation de l'esprit) encore trop souvent associée à l'hypnose; les patients craignent que l'on enfrenne leurs "barrières psychiques", et que l'on entre dans leur inconscient. Il appartient au praticien hypnothérapeute de recadrer la pratique hypnotique dans son contexte et de rassurer le patient vis-à-vis de l'état hypnotique. Les limites classiques de la technique sont toutes liées à la communication. Ainsi, seront récusés les patients ne comprenant pas bien le français ou les patients ayant un problème d'audition.

2. Avantages et inconvénients pour l'équipe du bloc opératoire

La mise en place de l'hypnose au bloc opératoire suscite des réactions diverses et variées. Certains soignants se montrent particulièrement intéressés et ouverts, alors que pour d'autres il s'agit juste d'une fantaisie faisant l'objet de moqueries.

Au fur et à mesure de la pratique, on est forcé de constater que les réactions s'uniformisent et transforment l'ambiance de travail au bloc opératoire, tant les bienfaits de cette technique sont palpables par l'entière du personnel en charge des patients opérés.

3. Perspectives

L'engouement actuel pour la pratique de l'hypnose dans les domaines de la psychologie, de la médecine et de la chirurgie est peut-être un signe de l'évolution des points de vue sur la place accordée au psychisme du patient, dans la prise en charge de troubles purement somatiques. Le fait est que toute attention portée à "l'âme" sera d'un grand bénéfice pour le corps, comme l'attestent de nombreuses études.

La plupart des formations en hypnose affichent complet, parfois sur plusieurs années. Un diplôme interuniversitaire (DIU) a été créé en 2015 à l'université Paris-Sud et à l'université de Bourgogne. Au regard de l'actuelle tendance à minimiser les durées d'hospitalisation et par là les dépenses de soins, l'hypnose – au vu de sa facilité d'accès, de son efficacité et de son innocuité – semble être

une des réponses aux impératifs socio-économiques auxquels font face de nombreux hôpitaux.

Conclusion

Plus de 200 années se sont écoulées depuis les démonstrations de magnétisme animal de Mesmer et plus de 150 années depuis le premier usage de l'hypnose comme unique technique d'anesthésie pour la réalisation d'un acte chirurgical majeur.

L'hypnose est bien circonscrite d'un point de vue clinique. Sa description fait l'objet d'un consensus parmi les chercheurs, et nous possédons maintenant des données physiques mesurables de ses effets sur le système nerveux central. Les études en imagerie fonctionnelle et neurophysiologie ont permis de mettre en évidence des changements au sein des voies de la douleur aux niveaux spinal et supra-spinal sous l'influence de l'hypnose.

La pratique de l'hypnose est devenue routinière dans certains centres en France et en Europe, eu égard aux bénéfices cliniques et socioéconomiques mis en lumière dans plusieurs études (diminution de consommation d'antalgiques péri et postopératoires, de l'anxiété, de la morbidité, du temps de récupération...). Cela même si les données de ces études doivent être interprétées avec prudence compte tenu des biais évidents inhérents

à cette pratique interpersonnelle particulière et au grand nombre de techniques hypnotiques existantes.

Il est cependant certain que toute attention portée au patient, tout support émotionnel ou suggestion positive sont des mesures sûres, gratuites et d'un bénéfice certain pour chaque patient relevant d'une prise en charge chirurgicale.

Bibliographie

- ALBRECHT HK, WOBST MD. Hypnosis and Surgery: Past, Present, and Future. *Anesthesia & Analgesia*, 2007;5:1199-1208.
- BENHAIEM JM. Les caractéristiques et le champ d'application de l'hypnose en analgésie. *Douleurs*, 2002;3:16-24.
- BENHAIEM JM. L'hypnose médicale. Paris: Med-Line; 2012.
- LLEU JC. Hypnose en Anesthésie : des origines à nos jours. *Le Praticien en Anesthésie Réanimation*, 2009;13:145-150.
- COLLOT E. Hypnose et hypnothérapie. EMC; 37-820-B-50.
- GAY MC. L'Hypnose : un descriptif. *Annales Médico-Psychologiques*, 2007; 165:172-179.
- GAY MC. Les Théories de l'Hypnose. *Annales Médico-Psychologiques*, 2007; 165:623-630.
- HICK G, KIRSCH M, FAYMONVILLE ME. Hypnose en Anesthésie. *Le Praticien en Anesthésie Réanimation*, 2013;17:11-14.
- FAYMONVILLE ME. Comment utiliser l'hypnose en anesthésie. *Le Praticien en Anesthésie Réanimation*, 2000;4:345-348.
- FAYMONVILLE ME, BOLY M, LAUREYS S. Functional neuroanatomy of the hypnotic state. *Journal of Physiology*, 2006;99: 463-469.
- FAYMONVILLE ME, JORIS J, LAMY M *et al*. Hypnose: des bases neurophysiologiques à la pratique clinique. Conférences d'actualisation 2005, SFAR.
- FAYMONVILLE ME. Neural Mechanisms of Antinociceptive Effects of Hypnosis. *Anesthesiology*, 2000;92:1257-1267.
- BENHAIEM JM. L'Hypnose Aujourd'hui. Paris: Broché; 2012.
- BOUTE V. Intérêt de l'hypnose en sénologie interventionnelle. *Imagerie de la Femme*, 2013;23:149-155.
- RAINVILLE P *et al*. Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation. *Pain*, 1999;82: 159-171.
- CROFT R *et al*. Pain perception, hypnosis and 40 Hz oscillations. *Int J Psy*, 2002; 46:101-108.
- ELAHI Z. Estimation of hypnosis susceptibility based on electroencephalogram signal features. *Scientia Iranica D*, 2013; 20:730-773.
- PYKAA M. Brain correlates of hypnotic paralysis—a resting-state fMRI study. *NeuroImage*, 2011;56:2173-2182.
- VANHAUDENHUYSE A. Pain and non-pain processing during hypnosis: A thulium-YAG event-related fMRI study. *NeuroImage*, 2009;47:1047-1054.
- MEURISSE M, HAMOIR E, DEFECHEREUX T. Bilateral Neck Exploration Under Hypnosedation. *Ann Surg*, 1999;229: 401-408.
- WOOD C. Hypnosis and Pain in Children. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2008;4:437-445.
- WOOD C. De la neurophysiologie à la clinique de l'hypnose dans la douleur de l'enfant. *Douleurs*, 2005;6:284-295.
- MUSELLEC H. Étude prospective comparant l'hypno-sédation et l'anesthésie générale pour la pose de dispositif de stérilisation intratubaire en ambulatoire. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 2010;29:889-896.
- FAYMONVILLE ME *et al*. Hypnosis as adjunct therapy in conscious sedation for plastic surgery. *Reg Anesth*, 1995;20:145-151.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.