

Université de Limoges
Faculté de Médecine et de Pharmacie

Année 2015

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 2 octobre 2015 à Limoges

par Claire KASPAR

Née le 9 août 1984 à Longjumeau (Essonne)

APPORT DE L'HYPNOSE EN ANESTHÉSIE

EXAMINATEURS DE LA THESE

Madame le Professeur Nathalie NATHAN-DENIZOT----- Président

Monsieur le Professeur Laurent MAGY----- Juge

Monsieur le Professeur François VINCENT----- Juge

Monsieur le Docteur Philippe MARCHAND----- Directeur de Thèse



Liste du corps enseignant de la Faculté

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ABOYANS Victor	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE Responsable de service
ACHARD Jean-Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier OPHTALMOLOGIE
ALAIN Sophie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE Responsable de service
ARNAUD Jean-Paul	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE Responsable de service
AUBRY Karine	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier O.R.L.
BEDANE Christophe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier DERMATO-VENEREOLOGIE Responsable de service
BERTIN Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier THERAPEUTIQUE Responsable de service de RHUMATOLOGIE
BESSEDE Jean-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier O.R.L. Responsable de service
BONNAUD François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PNEUMOLOGIE

BORDESSOULE Dominique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE Responsable de service
CAIRE François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RADIOTHERAPIE Responsable de service
CLEMENT Jean-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PSYCHIATRIE d'ADULTES Responsable de service
COGNE Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier IMMUNOLOGIE Responsable de service
CORNU Elisabeth	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE-CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE Responsable de service
DANTOINE Thierry	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT Responsable de service
DARDE Marie-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE Responsable de service
DAVIET Jean-Christophe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE et SANTE au TRAVAIL Responsable de service
DUMAS Jean-Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE Responsable de service
ESSIG Marie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEPHROLOGIE Responsable de service

FAUCHAIS Anne-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE Responsable de service
FEUILLARD Jean	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE Responsable du Laboratoire d'HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE INFANTILE Responsable de service
GAINANT Alain	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES Responsable de service
LACROIX Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PEDIATRIE Responsable de service
LOUSTAUD-RATTI Véronique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEPATOLOGIE
MABIT Christian	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE Responsable de service ORTHOPEDIE-TRAUMATOLOGIE
MAGY Laurent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE Responsable de service
MATHONNET Muriel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PNEUMOLOGIE Responsable de service

MERLE Louis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE CLINIQUE
MOHTY Dania	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE Responsable de service
MOREAU Jean-Jacques	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROCHIRURGIE Responsable de service Assesseur
MOUNAYER Charbel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION Responsable de service
PARAF François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE Responsable de service
PLOY Marie-Cécile	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE Responsable de service
PREUX Pierre-Marie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION Responsable de service du SIME Assesseur
ROBERT Pierre-Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier OPHTALMOLOGIE Responsable de service
SALLE Jean-Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION Responsable de service
SAUTEREAU Denis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE Responsable de service
STURTZ Franck	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE Responsable de service
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RHUMATOLOGIE

TUBIANA-MATHIEU Nicole	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CANCEROLOGIE Responsable de service
VALLEIX Denis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE Responsable de service de CHIRURGIE DIGESTIVE et ENDOCRINIENNE Doyen
VERGNENEGRE Alain	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION Responsable de service de l'unité ONCO- THORACIQUE et CUTANEE
VERGNE-SALLE Pascale	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier REANIMATION Responsable de service
VINCENT François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE
VIROT Patrice	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE
WEINBRECK Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MALADIES INFECTIEUSES Responsable de service
YARDIN Catherine	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CYTOLOGIE et HISTOLOGIE Responsable de service

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel	Professeur des Universités MEDECINE GENERALE
----------------------	---

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
BARRAUD Olivier	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
BOURTHOUMIEU Sylvie	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

CHABLE Hélène	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
DURAND Karine	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE
ESCLAIRE Françoise	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE
HANTZ Sébastien	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
LE GUYADER Alexandre	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
LIA Anne-Sophie	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
MARIN Benoît	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
QUELVEN-BERTIN Isabelle	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
TCHALLA Achille	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
TERRO Faraj	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
DUMOITIER Nathalie	Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
PREVOST Martine	Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
MENARD Dominique	Maître de Conférences associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
BONNETBLANC Jean-Marie	Professeur des Universités Emérite
VALLAT Jean-Michel	Professeur des Universités Emérite

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

BLANC Philippe	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
CHAUZEIX Jasmine	HEMATOLOGIE
COUVÉ-DEACON Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE (Centre d'Investigation Clinique)
DONISANU Adriana	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
FILLOUX Matthieu	IMMUNOLOGIE
FRUIT Dorothée	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE (Centre d'Investigation Clinique)
FREDON Fabien	ANATOMIE
GAGNOUD Rémi	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
GALY Antoine	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
GENIAUX Hélène	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE ; PHARMACOLOGIE CLINIQUE ; ADDICTOLOGIE
MANCIA Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
MATHIEU Pierre-Alain	ANATOMIE (Service d'Orthopédie-Traumatologie)
MESTUROUX Laura	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LOMBEL Guillaume	IMMUNOLOGIE
ROGER Lucie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
ROULET-COUDRIER Fanny	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
SERENA Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
THOLANCE Yannick	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ABDEH Ali	CHIRURGIE DIGESTIVE
ARDOUIN Elodie	RHUMATOLOGIE
ASLOUM Youcef	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
AUBOUR Marine	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE

BORDAS Mathieu	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
BORDES Jérémie	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
BOULOGNE Cyrille	CARDIOLOGIE
BOURMAULT Loïc	OPHTALMOLOGIE
BUISSON Géraldine	PEDOPSYCHIATRIE
CAZAVET Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
CENTI Joachim	UROLOGIE
CHAPELLAS Catherine	REANIMATION
COSTE-MAZEAU Perrine	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
CYPIERRE Anne	MEDECINE INTERNE A
DAIX Thomas	REANIMATION
DIJOUX Pierrick	CHIRURGIE INFANTILE
DONADEL Lorène	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
DOST Laura	OPHTALMOLOGIE
DURAND Lise-Marie	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
EGENOD Thomas	PNEUMOLOGIE
ENESCU-FLORICA Eléna-Cécilia	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
ENSERGUEIX Gaël	NEPHROLOGIE
ESPAGNE-DUBREUILH Gaelle	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
EVENO Claire	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
GANTOIS Clément	NEUROCHIRURGIE
GIMENEZ Laetitia	NEUROLOGIE
GSCHWIND Marion	MEDECINE INTERNE B
HUMMEL Vincent	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
IOSIF Christina	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICAL
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE
KENNEL Céline	HEMATOLOGIE

LACORRE Aymeline	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
LAPÉBIE François-Xavier	MEDECINE INTERNE A
LE COUSTUMIER Eve	MALADIES INFECTIEUSES
LEGROS Emilie	PSYCHIATRIE d'ADULTES
LERAT Justine	O.R.L.
MAILLOCHON Edouard	CHIRURGIE DIGESTIVE
MARTIN Sylvain	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
MASSON Alexandra	PEDIATRIE
MESNARD Chrystelle	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MONTCUQUET Alexis	NEUROLOGIE
PETITALOT Vincent	CARDIOLOGIE
PONTHIER Laure	PEDIATRIE
ROGER Thomas	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
SALERNO Baptiste	CARDIOLOGIE
SCOMPARIN Aurélie	O.R.L.
TABOURET Tessa	GASTRO-ENTEROLOGIE
TALLON Elizabeth	PSYCHIATRIE d'ADULTES
TRIGOLET Marine	PEDIATRIE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

RUDELLE Karen

CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE – MEDECINE GENERALE

LAUCHET Nadège

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

CROS Jérôme ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
(du 1^{er} mai 2014 au 31 octobre 2018)

Dédicaces

À mon frère, Emmanuel, à ton éclectisme intellectuel qui me redonne régulièrement des raisons de m'émerveiller. Après toutes ces années, avancer sans toi m'est toujours aussi difficile.

Au Professeur Jean-Michel CONSTANTIN, sans qui ce travail n'aurait pas vu le jour...

Remerciements

Au Professeur Laurent MAGY, je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de juger ce modeste travail.

Au Professeur François VINCENT, je vous remercie également d'avoir si spontanément accepté de faire partie de mon jury de thèse et de votre enthousiasme concernant son sujet.

Au Professeur Nathalie NATHAN-DENIZOT, je vous remercie de la confiance, de la tolérance et de la disponibilité dont vous savez faire preuve envers vos internes.

Au Docteur Philippe MARCHAND, j'avais déjà apprécié tes nombreuses qualités lors de mon premier stage à Saint-Junien, je connais maintenant quelques recettes pour les développer! Merci de ton encadrement bienveillant et de la liberté que tu m'as laissé d'orienter mon travail.

À toutes les personnes qui ont eu la patience de m'encadrer, à toutes les personnes qui savent être généreuses de leur sourire quelques soient les difficultés rencontrées (pensée particulière pour Mob et Léo), aux patients, à leur fragilité et à leur courage.

Aux praticiens d'anesthésie aux personnalités si variées! À Anne la super organisatrice, la gracieuse Isabelle, le minutieux Jean-Pierre, l'indé stabilisable Pezé, à Patrice Boulogne, merci pour toutes les fois où vous m'avez dit : « N'aie pas peur », à Dominique Villate, votre curiosité et votre énergie ont impressionné des générations d'internes...

Aux IADES du CHU et de Saint-Junien, pour toutes ces conversations au coin du respirateur!

À ceux qui sont partis vers d'autres horizons, Pierre « Peter Biouli » merci de m'avoir donné le prétexte d'un stage pour rencontrer les Québécois leur optimisme, leur gentillesse et leur dynamisme qui manquent à ces maudits Français! Régis Fuzier, ton escale à Limoges était un bonheur, Carpe Diem...

À toute l'équipe de réanimation de Limoges, et spécialement aux équipes du 4-5, Mmes Lo, Mo, Colde, Marjorie... On est tellement bien dans ce coin de verdure! À Bruno François et à ton irremplaçable concept de Construction Mentale, à Philippe et ton indéfectible envie de faire avancer les connaissances médicales, à Marc à ton charme et à ta réflexion médicale à la fois simple et élaborée. Travailler avec toi était un plaisir, j'espère que toutes les personnes qui ont

eu la chance de te côtoyer auront à cœur autant que moi de cultiver ton souvenir en remettant en question humblement et courageusement ses connaissances. A Cathy et Rémy B.

À l'équipe de réanimation de Saint-Pierre de la Réunion, vos sourires ensoleillés me hantent encore... À Emmanuel ou Manu ou docteur Antok, ta capacité d'exercer une démarche diagnostique pointue sans rejeter les médecines alternatives m'avait laissée perplexe... Au docteur Lemant, sache que je porte toujours aussi fièrement la blouse de mon idole! À Gil, l'homme le plus gentil du monde; aux « blondes » de la réanimation : Nadia, Carole, Camille, Marie-Pierre et Véronique, vous m'avez montré qu'on peut exercer le métier de réanimateur avec tact, grâce et efficacité; à Rémy Simon le réanimateur baroudeur; à mes co-internes Romain, Arnaud, Baptiste, Chloé, Laura... à Romain l'ébéniste et à nos conversations...

À mes co-internes de Limoges, passés et présents. Merci aux anciens qui m'ont encouragée dans les moments de doute des débuts, merci aux nouveaux et à leur indomptable envie d'apprendre.

À mes amies éloignées géographiquement mais toujours prêtes pour des retrouvailles, Lamia K, Lamia Z, Daniela, Pauline, Juliette et France.

À mes parents, je sais la satisfaction que vous avez de me voir terminer mes études, après tous les problèmes de santé que nous avons rencontrés, me voici de l'autre côté...

À mon père, merci de m'avoir raconté l'histoire de la rencontre entre Bohr et Rutherford, il y a douze ans...

À ma mère, tu as raison, rien n'est plus grand que l'amour d'une mère, j'en ai éprouvé l'étendue lors de chaque période de préparation d'examen.

À mes grand-mères, qui m'ont légué leurs caractères.

À tous ceux que je n'ai pas cité ici, mais pour qui j'aurais je l'espère, prochainement l'occasion de manifester mon attachement.

We are such stuff as dreams are made on; and our little life is rounded with a sleep

The Tempest (Acte IV, scène 1, vers 157-158), Shakespeare

Plan

Introduction

1^{ère} partie : Aspects théoriques de l'hypnose

Historique

18^{ème} siècle : Le magnétisme animal : prémisses d'une démarche scientifique

19^{ème} siècle : Premiers témoignages de chirurgie sous hypnose

Querelle des étatistes et non-étatistes

20^{ème} siècle : Différentes évolutions de l'usage de l'hypnose

Redécouverte de l'hypnose à l'aube du 21^{ème} siècle

Quelques définitions de l'hypnose

Neurophysiologie de l'hypnose

Études électroencéphalographiques

Imagerie fonctionnelle

Évaluation d'un bénéfice clinique

Études cliniques

Biais associés

2^{ème} partie : Mise en pratique

Techniques développées et leur contexte d'emploi :

La communication hypnotique

Hypnose conversationnelle

Hypnosédation

Hypnothérapie

Cadre médico-légal

Anecdotes anciennes et récentes des craintes liées à la manipulation mentale

Position des sociétés savantes

Mise en place au sein d'une structure

Se former

Une nouvelle organisation au bloc opératoire

Inclusion dans le processus de soin

Conclusion

Références bibliographiques

Introduction

En s'interrogeant sur l'existence d'un état de conscience modifié permettant de tolérer une douleur aiguë ou chronique, il est possible de retrouver de nombreux exemples historiques ou littéraires de trances produisant une analgésie.

Ainsi, le personnage de Don Quichotte, combattant lors de visions hallucinatoires, subit plaies et mutilations sans y prêter attention. Depuis plusieurs siècles, les fidèles Hindous pratiquent des rites de purification au cours desquels ils sont exposés volontairement à des douleurs universellement identifiées comme intenses (marcher sur des braises).

Ces deux exemples juxtaposés font émerger plusieurs questions : la capacité à développer un état de conscience modifié est-elle présente chez chacun de nous ou nécessite-t-elle un état pathologique sous-jacent? Est-ce qu'une technique ou un rite particulier permet de l'obtenir systématiquement chez un patient naïf de toute pratique hypnotique? Est-il nécessaire d'avoir un prérequis culturel ou religieux pour l'accepter? En considérant la menace potentielle à l'intégrité corporelle voire psychique que constitue la suppression de la douleur comme signal d'alerte et comme moyen de défense, est-il acceptable de proposer à un patient d'en bénéficier?

Différentes réponses ont été apportées au cours des siècles précédents et nous allons les étudier dans leurs contextes afin d'envisager une définition de l'hypnose.

Nous étudierons ensuite les différents moyens paracliniques employés pour authentifier l'état hypnotique.

Enfin, des travaux de recherches modernes évaluant l'effet clinique de l'hypnose et répondant aux exigences de la médecine fondée sur des preuves seront exposés, avant d'aborder en seconde partie la mise en pratique des procédés hypnotiques en anesthésie.

1^{ère} partie : Aspects théoriques de l'hypnose

Historique

La recherche d'un état de transe semble avoir toujours été présente quelle que soit l'époque, quelle que soit la civilisation.

Dans l'antiquité, la Pythie, l'oracle de Delphes délivrait des prophéties, après avoir respiré des vapeurs émanant d'une faille rocheuse, considérées comme les exhalaisons prophétiques d'Apollon, par l'intermédiaire de personnes interprétant ses propos.

De façon similaire, dans différentes cultures tribales, l'atteinte d'une transe est obtenue après réalisation de rites chamaniques afin de développer des compétences extraordinaires telles que la divination, la guérison d'un mal ou la communication avec les ancêtres.

En 1966, au cours de l'étude intitulée «Psychedelic agents in creative problem-solving experiment» des substances dissociatives ont été administrées à des chercheurs, leur permettant de résoudre des problèmes qu'ils considéraient auparavant insolubles. Ceci a laissé supposer l'emploi de processus intellectuels alternatifs [1,2].

Dans notre quotidien et sans nécessité de consommer des substances potentiellement dangereuses, nous expérimentons des phases de focalisation de l'attention assimilables à une transe, que ce soit lors de la réalisation d'une tâche automatique comme la conduite automobile, en assistant à un spectacle pour échapper à la réalité du quotidien, ou lors d'une exposition à un stress aigu.

Force est de constater l'intemporalité des procédés hypnotiques, il semble cependant opportun, afin d'en favoriser l'emploi, de modéliser leur mode de survenue et de s'intéresser aux théories élaborées avec une volonté de rigueur scientifique. Ce n'est qu'à partir du dix-huitième siècle, après le refus de l'obscurantisme par le mouvement des Lumières, qu'apparaissent des travaux relatifs à des états de trances bénéficiant d'une évaluation critique.

18^{ème} siècle : Le magnétisme animal : prémisses d'une démarche scientifique

Le personnage habituellement identifié comme précurseur par les auteurs traitant d'hypnose est Franz Anton Mesmer [3]. Ce médecin Autrichien consacre en 1766 sa thèse de doctorat à l'influence des planètes sur le corps humain en étudiant les écrits de l'alchimiste Paracelse à la lumière des découvertes de Newton sur la gravitation des planètes, l'attraction terrestre et le magnétisme minéral. Il définit le magnétisme animal, fluide qui permet de rétablir la santé en

assurant sa bonne circulation à travers le corps des sujets traités à l'aide d'ustensiles et par l'influence du magnétiseur.

Mesmer attribue de nombreuses guérisons inattendues à ses procédés novateurs, mais est confronté à de nombreux détracteurs. Il quitte son pays en 1770 et poursuit son activité à Paris dans de luxueux appartements. Il organise par ailleurs des séances de formation au magnétisme moyennant d'importantes rétributions.

Ne se contentant pas d'une activité lucrative, Mesmer souhaite obtenir l'approbation de la communauté scientifique et sollicite régulièrement des évaluations de sa pratique par des médecins de renom. Probablement non dénué d'un certain magnétisme, Mesmer est soutenu par Deslon, médecin personnel du comte d'Artois et membre de la Faculté de Médecine, futur disciple dissident du magnétisme animal.

Néanmoins, la majorité des personnalités scientifiques a une opinion négative de son travail. En 1784, Louis XVI ordonne une évaluation scientifique du magnétisme animal par deux commissions, l'une composée de cinq membres de l'Académie des sciences (dont Benjamin Franklin et Lavoisier) et quatre membres de la Faculté de médecine, et l'autre composée de cinq membres de la Société royale de Médecine.

Ces commissaires assistent aux séances au cours desquelles est employé le baquet, caisse circulaire en chêne rempli d'eau et de bouteilles alignées, duquel sortent des tiges métalliques dont une extrémité est appliquée sur la partie malade des patients. Les séances sont accompagnées de musique jouée par un orchestre. Sur le signal du magnétiseur et parfois après pression de certaines zones corporelles, les patients déclenchent des crises convulsives « salutaires ».

Les membres de la commission tentent d'être eux-mêmes magnétisés sans succès. D'autres essais infructueux sont pratiqués sur des sujets de différentes classes sociales. Seules les réussites antérieures de Deslon et Mesmer semblent reproductibles. Une expérience est menée en faisant croire à une femme connue comme sensible au magnétisme que Deslon est dissimulé derrière une porte et va la magnétiser; cette suggestion va déclencher une crise typique en l'absence de Deslon.

Les rapports des deux commissions concluent : « Ayant enfin démontré par des expériences décisives que l'imagination sans magnétisme produit des convulsions et que le magnétisme sans imagination ne produit rien (...) rien ne prouve l'existence du magnétisme animal ».

La quête de la reconnaissance médicale se solde par un échec pour le Docteur Mesmer, mais elle donne l'occasion de mettre en valeur l'impact de l'imaginaire sur la perception de l'état de santé.

Après que l'inventeur du magnétisme animal ait émigré en Suisse, ses disciples continuent de pratiquer des activités de soins utilisant le principe du magnétisme sans développer davantage ni renouveler les théories imaginatives de Mesmer. Le marquis de Puységur décrit son travail dans son Mémoire du magnétisme animal et notamment sa découverte fortuite du somnambulisme provoqué. Il s'agit d'un état pendant lequel le sujet présente un comportement et un discours inhabituel, obtenu après un état de sommeil apparent, et dont le sujet ne présente pas de souvenirs après retour à son état antérieur.

Puységur ne cherche pas à fournir d'explication rationnelle à ce phénomène et n'utilise pas de dispositifs visant à agir par magnétisme sur les malades. Il considère que l'effet bénéfique du magnétisme est obtenu par la volonté du magnétiseur de guérir le malade.

Il met ainsi en évidence deux notions importantes retrouvées actuellement dans la pratique de l'hypnose : l'existence d'un état de conscience à la fois différent du sommeil et de l'éveil, et l'importance de la relation entre soignant et soigné.

Contrairement à Mesmer pour qui l'efficacité du magnétisme animal dépend de la compétence du magnétiseur, Puységur estime que les ressources de guérison sont présentes chez le patient et en attente d'être révélées.

19^{ème} siècle : Premiers témoignages de chirurgie sous hypnose

Le mémoire du marquis de Puységur permet à ses successeurs Deleuze, Dupotet, Lafontaine, de poursuivre l'étude du magnétisme sans que ceux-ci n'apportent de démarche scientifique à leurs travaux.

Le maintien de cette activité pousse toutefois l'Académie royale de Médecine à nommer en 1826 une commission pour évaluer le magnétisme animal. Le membre de la commission chargé de rédiger le rapport, Husson, se passionne pour le sujet et, accaparé par ses recherches, ne délivre ses conclusions qu'en 1831. Parmi les cas relatés, un somnambule magnétisé par Dupotet présente une anesthésie à la douleur permettant de lui transpercer le lobe de l'oreille.

L'Académie royale de Médecine, stupéfaite des conclusions dithyrambiques de Husson, refuse de les publier, mais au sein des hôpitaux, les expérimentations se succèdent.

Vers 1833, des séances d'études sont régulièrement organisées sur deux patientes hystériques à la Salpêtrière. Elles présentent notamment des capacités de divinations ou de transport des sens (lecture yeux clos, d'une feuille manuscrite posée sur le ventre). Elles avouent cependant plus tard avoir falsifié les expériences avec la complicité des internes. Ce scandale détermine l'Académie de Médecine à nommer en 1837 une nouvelle commission dont un membre, Cloquet, s'est rendu célèbre par l'amputation dans les années 1820 d'un sein cancéreux accompagné d'un curage axillaire chez une malade mise en somnambulisme et rendue insensible par le Docteur Chapelain.

Au cours de cette nouvelle évaluation, les expériences sont menées de façon rigoureuse et les somnambules s'avèrent incapables de transposition de sens ou de clairvoyance.

Le rapport conclut donc à l'inexistence de ces éléments, mais également à l'inexistence du somnambulisme, qui n'est par conséquent plus étudié scientifiquement au cours des vingt années suivantes.

Le magnétisme reste populaire et pratiqué au cours de démonstrations publiques.

En 1841, Braid, chirurgien à Manchester et détracteur du magnétisme qu'il considère comme du charlatanisme, assiste à une séance publique réalisée par Lafontaine. Il approfondit ses connaissances sur le sujet et publie deux ans plus tard un livre intitulé « Neurohypnologie ou traité du sommeil nerveux considéré dans ses rapports avec le magnétisme animal et relatant de nombreux succès dans ses applications au traitement des maladies ».

En fait, Braid, partisan de la phrénologie et pratiquant une méthode thérapeutique où il masse les bosses du crâne sous somnambulisme, n'apporte pas d'innovation pérenne en dehors de l'invention du terme hypnotisme. Cette création permet de dissocier l'étude du magnétisme de celle du somnambulisme. L'état hypnotique est supposé être obtenu par le déclenchement externe d'un mécanisme intrapsychique, indépendamment de la qualité du lien interpersonnel entre l'hypnotiseur et son sujet [4].

En 1858, l'ouvrage de Braid est lu par Azam, professeur de Médecine à Bordeaux, lequel en fait part à Broca lors d'une visite à Paris. Dès le lendemain, Broca se rend à l'hôpital Necker et endort une jeune femme en tenant un objet brillant devant ses yeux. Celle-ci présentait un abcès de la marge anale et bénéficie sous hypnose d'une chirurgie sans douleur. Ce cas est publié à l'Académie des sciences deux jours plus tard et fait l'objet d'une communication publiée en 1860 par Velpeau [1].

Un travail considérable est publié en 1851 par James Esdaile sous le titre « Mesmerism in India and its practical application in surgery and medicine » relatant des centaines d'opérations chirurgicales lourdes effectuées en produisant une modification de la conscience apparentée au magnétisme. Il est fait part d'une diminution de 40% à 5% de la mortalité sans modification de la technique chirurgicale et en conservant les mêmes conditions d'asepsie.

Ces interventions sont pratiquées par Esdaile pour la partie chirurgicale, tandis que l'hypnose est assurée par un assistant qui se place à la tête du patient et fixe son regard en se rapprochant peu à peu jusqu'à ce que leurs fronts se touchent. L'opéré présente ensuite une immobilité et un calme durant toute l'opération. En dehors du bénéfice incontestable de cette technique, il est intéressant de souligner que les patients sont Indiens et pour la plupart non anglophones : hypnotiser ne nécessite donc pas un échange verbal.

Curieusement, ces résultats impressionnants ne produisent pas d'émulation. Il semblerait que les milieux scientifiques contemporains défendent l'idée que la douleur est nécessaire.

Quoiqu'il en soit, l'émergence de l'anesthésie chimique avec l'usage du chloroforme et de l'éther, supprime l'hypnose périopératoire en permettant l'obtention de bonnes conditions chirurgicales de façon plus reproductible.

Querelle des étatistes et non-étatistes

Vers la fin du dix-neuvième siècle, l'évolution de l'hypnose est associée d'une part, aux travaux réalisés à la Salpêtrière sous la direction de Charcot, et d'autre part, à l'école de Nancy représentée principalement par Bernheim [1].

À l'hôpital de la Salpêtrière, la population étudiée comporte beaucoup de patientes hystériques, ce qui conduit l'école de la Salpêtrière à penser que l'hypnose ne peut être obtenue que chez une personnalité pathologique. L'observation sous hypnose de symptômes ne respectant pas la systématisation nerveuse tels qu'une anesthésie en gant fait formuler l'hypothèse qu'en parallèle aux atteintes anatomiques, existent des pathologies fonctionnelles que l'hypnose permet d'explorer en les reproduisant. Sous l'effet d'injonctions hypnotiques ou de pression de zones hystérogènes (parfois superposables aux zones érogènes), les patientes produisent catalepsie, lévitation du bras, amaurose, anesthésie localisée, ou au contraire, sont temporairement soulagées de leurs symptômes hystériques.

Dans la même période, le docteur Liébeault, après avoir lu le rapport rédigé par Velpeau, utilise le sommeil provoqué pour soigner gratuitement ses patients dans les faubourgs de Nancy.

De façon fortuite, Bernheim, éminent professeur de clinique médicale à Nancy, découvre le travail de Liébeault lorsqu'une de ses patientes revient en consultation guérie d'une sciatalgie ancienne.

À l'opposé des théories avancées par Charcot et ses disciples, Bernheim soutient qu'il existe différents degrés d'hypnotisabilité, que tout sujet bien portant est hypnotisable et que par conséquent, l'état d'hypnose n'est pas lié à une pathologie mais est uniquement le fruit de la suggestion.

Il distingue les sujets avec lesquels il faut procéder avec douceur ou autorité, et souligne l'importance de la volonté du sujet et de ses potentielles résistances. En parallèle aux divers degrés de sensibilité à l'hypnose, il constate différentes profondeurs de transe, l'hypnose n'entraînant parfois qu'un simple engourdissement.

Cette absence de reproductibilité parfaite malgré une méthode de plus en plus éprouvée lui fait affirmer : « L'hypnotisme ne peut être érigé en méthode générale d'anesthésie chirurgicale; il ne peut remplacer le chloroforme. Ajoutons que les préoccupations anxieuses qui obsèdent l'esprit du malade au moment d'une opération empêchent souvent la concentration psychique nécessaire au développement de l'état hypnotique ».

Il définit l'idéodynamisme, phénomène suivant lequel une suggestion formulée à un patient sous hypnose est retranscrit en geste, en sensation ou en hallucination externe. En observant que l'état d'hypnose en tant que sommeil apparent n'est pas indispensable à l'obtention de réponses aux suggestions, il fait l'hypothèse d'un « hypnotisme de culture »; la suggestion de sommeil faite traditionnellement en début d'hypnose serait pratiquée par préjugé à la fois de l'opérateur et du patient que l'hypnose est un sommeil [5].

Par ailleurs, il dégage l'hypnose des anciennes théories fluidiques et des pouvoirs conférés tels que la lucidité, la divination, la transposition des sens, l'instinct des remèdes.

À la lueur de l'orientation que prendra le développement de l'hypnose au vingtième siècle, le point de vue de l'école de Nancy est résolument moderne, tandis que les recherches menées à la Salpêtrière, préoccupées de relier les théories anciennes du magnétisme aux observations constatées, se consacrent occasionnellement à l'étude du pouvoir curateur de l'application de métaux sur des zones corporelles morbides ou sur les zones hystéro-gènes.

C'est pourtant les travaux de l'école de la Salpêtrière qui emporte alors les suffrages. Les démonstrations spectaculaires de conversion hystérique provoquée sont facilement reproductibles, les patientes pensionnaires étant bien connues des médecins qui les étudient. Ceci donnant l'impression d'une plus grande robustesse des théories Parisiennes.

En outre, le caractère présumé somatique des altérations fonctionnelles mises en évidence par l'hypnose chez les patients hystériques est considéré comme un respectable sujet d'étude, tandis que « la suggestion est une voie ouverte à la simulation » (Babinski) [6].

20^{ème} siècle : Différentes évolutions de l'usage de l'hypnose

Freud, élève de Charcot, puis de Bernheim, adopte l'hypnose pour soigner ses patientes. Peu à peu déçu de l'impossibilité d'obtenir systématiquement un état hypnotique, il abandonne cet outil qui lui donne l'impression de méconnaître son patient et crée la psychanalyse. Il passe donc d'une méthode où tout est suggéré à son opposé où tout est formulé.

Il craint l'aspect incontrôlable voire dangereux de l'hypnose dont il fait l'expérience lors de la prise en charge d'une patiente qui lui témoigne une affection inattendue en fin de séance et déplore les procédés autoritaires et injonctifs qu'il a vus mis en œuvre chez Bernheim.

Le formidable développement que connaît la psychanalyse étouffe en quelques années en Europe la volonté de recherche consacrée à l'hypnose.

Fait symptomatique, en 1910, la Revue de l'Hypnotisme créée en 1886, voit son titre modifié pour Revue de la psychothérapie et de la psychologie appliquée. Le terme d'hypnose se raréfie, mais reste présent dans les travaux de Pierre Janet portant notamment sur les maladies psychosomatiques.

Au sortir de la querelle des écoles de Nancy et de la Salpêtrière, l'hypnose reste un sujet de conflit quant à sa nature, son utilité et sa dangerosité. Afin de conserver les bénéfices espérés d'un soin utilisant la parole et la suggestion, différentes pratiques sont inventées : training autogène, méthode Coué, psychothérapies, sophrologie, coaching, programmation neurolinguistique, yogathérapie. En étudiant les objectifs et méthodes de ces pratiques, il est difficile de les individualiser, et peut-être leur réel apport consiste en l'utilisation d'une dénomination novatrice et rassurante que l'hypnose ne possède pas.

Une nouvelle impulsion est donnée par l'œuvre de Milton Erickson. Médecin psychiatre ayant bénéficié dès ses études d'une formation à l'hypnose, autodidacte d'une formidable créativité, il est souvent fait mention de son histoire personnelle pour expliquer la richesse de son œuvre.

Adolescent, il contracte la poliomyélite en 1918 qui le laisse paraplégique et condamné à rester sur une chaise. À force de volonté et d'intense concentration, il parvient à se rééduquer tout seul et acquiert ainsi la conviction que la manipulation des idées permet de guérir ou du moins fortement minimiser l'impact de maladies à composante psychosomatique dont l'asthme, ou la perception de la douleur.

Son talent à exercer l'humour, la fabulation, la manipulation des mots et des suggestions lui a valu de son vivant, une grande célébrité. Toutefois, nous connaissons davantage ses méthodes par ses émules et l'enregistrement de ses conférences que par son enseignement, Erickson ayant quelques difficultés à théoriser une pratique fluide et intuitive [7].

Il crée pour chaque patient un modèle de transe, une histoire particulière en fonction de la relation établi, du problème exposé par le patient et du problème détecté par Erickson.

Parmi ses apports, on note le contournement des résistances d'un sujet en focalisant sa capacité à rester concentré sur un évènement annexe tel que le tic-tac d'une montre, en l'aidant à se créer un lieu de sécurité imaginaire, en concevant un observateur caché (en l'occurrence une partie de l'attention du sujet) veillant à l'absence de danger, en formulant des suggestions comportant des choix illusoire.

En 1952 et 1957 sont fondés respectivement l'International Society of Hypnosis et l'American Society of Clinical Hypnosis, dont le but est de promouvoir l'hypnose thérapeutique en tant qu'outil psychothérapeutique.

À la même époque, l'hypnose médicamenteuse par administration de Scopolamine [8] est employée pour réaliser des cures de sommeil chez les patients psychiatriques.

L'usage de l'hypnose en anesthésie chirurgicale végète plusieurs décennies malgré quelques expériences épisodiques réalisées par le Docteur Léon Chertok dans les années 1970 au sein de son laboratoire d'hypnose expérimentale [9]. Il y reproduit également l'expérience de Focachon, décrite par Bernheim au siècle précédent : une pièce de monnaie est placée sur le bras du sujet hypnotisé tout en lui faisant la suggestion que cette pièce est brûlante. Dans les heures et les jours suivants, la surface cutanée qui a été en contact avec la pièce développe des lésions semblables à une brûlure.

Cette expérience est visible sur le site du centre de ressources et d'information sur les multimédias pour l'enseignement supérieur avec le lien suivant :

http://www.canal-u.tv/video/cerimes/le_corps_et_la_raison.8396

Redécouverte de l'hypnose à l'aube du 21^{ème} siècle

Un regain d'intérêt survient lors du décès de Milton Erickson en 1981 et sont publiés des ouvrages relatant ses travaux.

Des techniques d'accompagnement non pharmacologiques dont l'hypnose sont employées chez les brûlés à Genève en Suisse par l'équipe d'Alain Forster donnant lieu à une publication en 1987.

Ces travaux intéressent l'équipe d'anesthésie du CHU de Liège en Belgique où sont pratiquées de sédations vigiles pour des interventions chirurgicales mineures. En effet, il est fréquent que lors d'une sédation visant à détendre et immobiliser le patient, celui-ci présente une agitation inattendue et gérée par une majoration des doses d'hypnotiques avec apparition d'effets secondaires tels que dépression de la respiration ou pertes des réflexes de protection des voies aériennes.

L'association de l'hypnose à la sédation apporte un maintien du calme et de la collaboration du patient sans effet secondaire apparent. Pratiquée depuis 1992 pour des interventions chirurgicales réalisées sous anesthésie locale, l'hypnosédation vient en remplacement de la sédation de confort anxiolytique médicamenteuse. À ce jour, plus de 8600 interventions sous hypnosédation ont été réalisées dans ce service, permettant des études cliniques de grande ampleur. Par ailleurs, l'équipe de Marie-Élisabeth Faymonville a mené des études paracliniques objectivant l'activation de zones cérébrales particulières durant les processus hypnotiques.

À cette réhabilitation progressive de l'hypnose s'associe l'émergence de plusieurs sociétés savantes nationales et internationales visant à promouvoir l'enseignement et l'usage de l'hypnose, et le respect d'une éthique indispensable pour encadrer une pratique sujette à controverse.

Plusieurs universités françaises proposent actuellement des formations à l'hypnose thérapeutique, le premier diplôme universitaire ayant été créé en 2001 à la Pitié-Salpêtrière.

En août 2015 a eu lieu à Paris un congrès international d'hypnose, démontrant la continuité de l'intérêt porté à cette technique depuis plus de deux siècles.

Quelques définitions de l'hypnose

Comme nous l'avons vu précédemment, il existe plusieurs théories concernant les mécanismes provoquant l'hypnose, sans qu'il soit possible a priori de les hiérarchiser selon leur crédibilité. Le mesmérisme par son aspect folklorique est assimilé à du charlatanisme, mais il a été mis en évidence différents phénomènes illustrant l'effet du magnétisme sur les êtres vivants, que ce soit sur la croissance bactérienne (Science 1975) ou sur le sens de l'orientation des animaux migrants [10].

Dans un domaine où le discours est essentiellement source de suggestion, il apparaît indispensable avant de s'intéresser aux examens paracliniques qualifiant anatomiquement le processus hypnotique ou aux études cliniques mesurant son effet, de préciser quelques définitions utilisées dans ces recherches.

L'induction hypnotique est le processus permettant de passer de l'état d'éveil à l'état hypnotique.

L'état hypnotique serait un état modifié de conscience, ni un état de vigilance, ni un état de sommeil.

La Commission de la British Medical Association définissait l'hypnose en 1955 comme « un état passager d'attention modifiée chez le sujet, état qui peut être produit par une autre personne et dans lequel divers phénomènes peuvent apparaître spontanément ou en réponse à des stimulus verbaux ou autres. Ces phénomènes comprennent un changement dans la conscience et la mémoire, une susceptibilité accrue à la suggestion et l'apparition chez le sujet de réponses et d'idées qui ne lui sont pas familières dans son état d'esprit habituel. En outre, des phénomènes comme l'anesthésie, la paralysie, la rigidité musculaire et des modifications vasomotrices peuvent être, dans l'état hypnotique, produits et supprimés ».

François Roustang utilise le terme « veille paradoxale » en référence au sommeil paradoxal pendant lequel a lieu le rêve et la richesse imaginative présentée lors d'un état hypnotique. Il qualifie en outre l'expression état modifié comme un pléonasme, un état ne pouvant être qu'une modalité et implicitement sujet à modification [11].

L'Association américaine de psychologie (APA) définit l'hypnose comme un état de conscience impliquant une attention focalisée et une moindre sensibilité à l'environnement, caractérisé par une capacité accrue de réponse à la suggestion.

Selon Bernheim, « tout est suggestion », les effets constatés en réponse à des suggestions sont la démonstration de mécanismes psychosomatiques puissants : la crédibilité et l'idéodynamisme [12].

Accepter une idée en tant que suggestion nécessite une attitude du psychisme que Bernheim appelle la crédibilité, c'est-à-dire la forme normale d'une tendance à croire dont l'excès porte le nom de crédulité.

Considérer une idée comme une incitation à l'action correspond à l'idéodynamisme. Celui-ci s'applique dès qu'une idée est acceptée par le cerveau, quelle que soit la source de suggestion ou que la suggestion soit volontaire ou non.

La suggestibilité et ses mécanismes sous-jacents, crédibilité et idéodynamisme, sont habituellement atténuées par les fonctions cognitives, l'attention, le jugement, le raisonnement et la volonté. Les idées sont examinées avant d'être acceptées. Mais ce contrôle dépend du niveau de vigilance : complets chez le sujet éveillé, ils disparaissent chez le sujet endormi.

Pendant le rêve ou certains états de somnolence, les idées qui surgissent sont admises sans critique, quelle que soit leur vraisemblance. Ce phénomène est retrouvé en état d'hypnose où une « logique hypnotique » a été décrite : lorsqu'une hallucination visuelle est suggérée à un sujet, celui-ci est capable de voir l'objet suggéré et ce qui est placé derrière cet objet sans percevoir l'incohérence de la situation [13].

Selon Erickson, l'état hypnotique est un état de conscience particulier qui privilégie le fonctionnement inconscient par rapport au fonctionnement conscient, c'est un phénomène naturel et banal de concentration mentale, une focalisation durant laquelle les facultés de l'esprit du sujet sont accaparées par un train de pensées, le sujet devenant indifférent à toute autre considération.

Contrairement au concept développé en psychanalyse d'inconscient renfermant pulsions, souvenirs et traumatismes, l'inconscient auquel il est fait appel en hypnose est un réservoir de ressources que possède le patient que la mise en état hypnotique lui permet d'utiliser, sans qu'il soit nécessaire de tout verbaliser.

Erickson ajoute qu'il n'y a pas d'expérience standard de l'état hypnotique puisque les réactions du sujet dépendent de nombreux apprentissages effectués antérieurement, ainsi que de ses attentes et de sa motivation.

Il rejoint ainsi l'idée d'hypnotisme de culture de Bernheim : l'apparence d'un sommeil chez le sujet est liée à l'idée qu'il se fait de l'hypnose ou à une suggestion de sommeil mais n'est pas indispensable à la thérapeutique.

L'hypnose Ericksonienne est aussi appelée hypnose permissive, le sujet étant simplement guidé vers un état hypnotique où il accède à ses propres ressources, par opposition à l'hypnose directive ou classique, caractérisée par l'aspect directif de l'hypnotiseur, parfois même dominant. Le changement est suggéré de façon directe au patient.

Kihlstrom, actuellement professeur de psychologie à l'université de Berkeley propose la définition suivante : « l'hypnose est une interaction sociale dans laquelle une personne (appelée sujet) répond aux suggestions qui lui sont faites par une autre personne (appelée hypnotiseur) en vue de produire des expériences comportant des altérations de la perception, de la mémoire et de l'action volontaire. Dans le cas classique, ces expériences et les comportements qui les

accompagnent sont associés à une conviction subjective se situant aux limites du délire et à une participation involontaire presque apparentée à la compulsion » [14].

Cette définition, dénuée de toute considération thérapeutique, décrit la théorie dissociative actuellement employée pour effectuer une induction hypnotique et met en lumière les craintes de perte de contrôle véhiculées par l'hypnose.

Le Dr JM Benhaiem (directeur du D.U Hypnose de Paris VI) propose une définition de l'hypnose en plusieurs phases. La première est une phase de focalisation de l'attention par réduction des stimuli externes. Cette isolation sensorielle dans un contexte bienveillant permet le passage à une phase de fascination qui permet la dissociation entre activité imaginative et perceptions somatiques. Cette phase est celle recherchée pour abolir la nociception. La dernière phase ouvre sur une amplification des ressources et est contemporaine d'une forte activation cérébrale [15].

On distingue l'hypnoalgésie et l'hypnosédation, de l'hypnothérapie (psychothérapie utilisant l'hypnose).

En hypnoalgésie et en hypnosédation, plusieurs états de conscience sont définis : la conscience hypnotique et la conscience critique.

La conscience critique permet de capter les informations venant à la fois du monde extérieur, via les organes des sens, et du monde intérieur. C'est la modalité qui nous permet de comprendre ce qui se passe, d'intégrer des informations et de les relier à ce qui nous est déjà connu » [16].

La conscience hypnotique est un état d'indifférence à l'extérieur, avec perte de l'esprit critique, hypersuggestibilité, perte des fonctions réflexes et lâcher-prise.

Certains facteurs tels que l'ennui (la monotonie), la saturation des informations extérieures, la confusion, ou encore des facteurs émotionnels (stress, bonheur) peuvent faire évoluer le curseur vers la conscience hypnotique.

Selon que l'état hypnotique est spontané ou provoqué on parlera de transe naturelle ou d'hypnose. La transe est « la focalisation et la fixation de l'attention pendant un certain temps ». Lorsqu'elle est provoquée, il y a la présence d'un tiers qui induit la transe, accompagne le patient puis le ramène à la conscience critique. Cette transe provoquée peut être plus intense et plus stable que la transe spontanée.

La transe spontanée peut être négative, avec « focalisation et fixation de l'attention sur des émotions dites négatives (telles que la douleur, la peur, la tristesse, la colère, la honte...) » ou positive, lorsqu' « elle contribue au bien-être et à l'évolution du sujet ».

Il existe probablement autant de définition de l'hypnose que d'auteurs. Cet aléa peut être illustré par les états hypnotiques opposés obtenus par Mesmer et Puységur : le premier, personnage exubérant et mondain provoque des réactions cathartiques, tandis que l'autre, ancien militaire obtient une immobilité parfaite apparentée à un sommeil.

L'apport des examens paracliniques pourrait permettre de préciser ce phénomène avec plus d'objectivité.

Neurophysiologie de l'hypnose

L'étude des processus cérébraux contemporains de l'hypnose ont deux objectifs principaux : authentifier la réalité d'un état hypnotique et le caractériser.

Au fur et à mesure de l'évolution des méthodes d'investigations paracliniques, la description des zones cérébrales corrélées au phénomène hypnotique se précise, mais il persiste des incertitudes quant à l'interprétation possible des résultats obtenus. En effet, l'observation de l'hypnose se fait soit dans le cadre d'une obtention d'un état hypnotique après induction, soit par l'observation d'une réponse à une suggestion. Il paraît dans ce cas difficile de produire un résultat objectif et exempt de toute simulation. De plus, en raison du coût des études, seuls les sujets identifiés comme très suggestibles sont retenus, or, selon l'hypnose Ericksonnienne, toute personne est hypnotisable.

Dès 1885, Beaunis, disciple de l'école de Nancy, fait usage d'un sphygmographe de Marey pour prouver l'existence d'une différence entre état de conscience et état d'hypnose. Cette expérience avait pour but de montrer l'obtention de modifications du rythme cardiaque par suggestion [17].

Cependant, les résultats des mesures des paramètres physiologiques vitaux tels que pression artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, température ne présentent pas de spécificité imputable au processus hypnotique. Le même constat est fait concernant les potentiels évoqués, qui varient en fonction de la suggestion explorée, et ne présentent pas de valeur localisatrice.

Études électroencéphalographiques :

En 1949, des électroencéphalogrammes sont enregistrés sous hypnose, montrant des différences notables avec le tracé du sommeil. Ces résultats sont à l'époque interprétés comme un échec, l'hypnose étant alors considérée comme un type de sommeil.

Une des premières hypothèses neurophysiologiques de l'hypnose reposait sur l'asymétrie de fonctionnement hémisphérique.

Selon cette théorie, chacun des hémisphères cérébraux est responsable d'une appréhension différente de la réalité : le cerveau gauche prédominant dans les activités verbales, analytiques, rationnelles et logiques, le cerveau droit intervenant surtout dans le fonctionnement imaginaire et holistique.

L'hypothèse d'une activation préférentielle de l'hémisphère droit en état hypnotique était fondée sur l'observation de la direction des mouvements oculaires sous hypnose: la latéralité du regard traduirait un fonctionnement hémisphérique préférentiel, le fonctionnement hémisphérique gauche induirait des mouvements oculaires latéraux vers la droite et celui de l'hémisphère droit des mouvements oculaires vers la gauche [18].

Ainsi, dans l'étude des mouvements oculaires latéraux, on constate que les individus très hypnotisables ont des mouvements oculaires latéraux plus souvent dirigés vers la gauche, ce qui signifierait un fonctionnement hémisphérique droit.

La première tentative de corrélérer la latéralité gauche/droite du rythme EEG et l'hypnotisabilité a été faite par Morgan en 1971 [19]. Le rythme α de l'hémisphère droit était supposé diminuer lors de tâches cognitives impliquant directement cet hémisphère. Cependant, il n'a pas été trouvé de différences significatives entre les activités α de l'hémisphère droit chez les sujets très hypnotisables et chez les sujets peu hypnotisables.

Des corrélations ont été cherchées entre d'autres rythmes et l'hypnotisabilité. Ainsi, les rythmes β_1 (13-15,75 Hz) et δ (0,15-3,75 Hz) sont moins retrouvés chez les sujets très hypnotisables, aussi bien en cours d'hypnose qu'à l'état de veille normale. On ne peut pourtant pas considérer les rythmes β comme spécifiques du processus hypnotique.

Le rythme θ apparaît en processus hypnotique mais également lors de la somnolence et après usage de méthadone ou d'alcool, ou lors de tâches d'attention focalisée.

La présence des rythmes 40 Hz est, elle aussi, trop fréquente pour être caractéristique du processus hypnotique. De plus, le contenu émotionnel, positif ou négatif, peut entraîner une prédominance de ces rythmes dans un hémisphère par rapport à l'autre.

En résumé, aucune activité EEG ne constitue un critère neurophysiologique caractéristique du processus hypnotique, mais l'utilisation de l'EEG a été conservée pour déterminer les zones cérébrales impliquées dans ce phénomène.

Imagerie fonctionnelle :

La mise en évidence des modifications de l'activité cérébrale corticale de certaines régions lors de suggestions chez un sujet sous hypnose a permis d'authentifier la réalité d'un état de conscience spécifique distinct des autres situations de perceptions sans objets telles que : l'imagerie mentale, le rêve, la méditation ou les hallucinations d'un patient psychotique, et de mieux comprendre le phénomène de perception de la douleur.

Les outils utilisés à partir des années 1990 furent la tomographie par émission de positons et l'imagerie fonctionnelle par résonance magnétique, en extrapolant les variations du débit sanguin régional cérébral à l'activation de certaines zones.

Il a été montré qu'un souvenir, évoqué en imagerie mentale autobiographique ou sous hypnose activait des régions cérébrales similaires, telles que les régions corticales occipitales, pariétales, précentrales, ventrolatérales, prémotrices, préfrontales et cingulaire antérieure, alors qu'en état d'hypnose, l'activité du précunéus et du cortex cingulaire postérieur est diminuée [20].

Le précunéus présente un niveau d'activité globalement moindre que le reste du cerveau, tant en sommeil lent profond qu'en sommeil paradoxal ou sous anesthésie [21], trois états caractérisés

par une altération, voire une abolition de la conscience. Au contraire, à l'éveil, lorsque le sujet est dans un processus de conscience habituelle, le précunéus est l'une des régions les plus actives [22]. Cette observation suggère une implication forte du précunéus dans les phénomènes conscients. Il en est de même pour le cortex cingulaire postérieur.

Dans un travail portant sur neuf sujets, une équipe Liégeoise [20] a montré que les EEG réalisés durant l'état d'hypnose ne comportaient aucun tracé de sommeil (fuseaux, K complexes), mais un rythme d'éveil fragmenté et remplacé, par moment, par une activité thêta (θ). L'oculogramme enregistrait des mouvements oculaires lents et l'électromyogramme confirmait un relâchement musculaire important, ce qui peut suggérer un état de somnolence, mais le sujet sous hypnose sait répondre aux suggestions par un geste sans pour autant sortir de son état. On observe alors une activation des lobes occipitaux, pariétaux et précentraux, ce qui correspond probablement à l'imagerie visuelle, kinesthésique et motrice vivace que décrit le sujet en cours d'hypnose.

L'activation du cortex cingulaire antérieur et préfrontal peut laisser penser que l'attention du sujet est préservée en cours d'hypnose, mais la désactivation du précunéus et du cortex cingulaire postérieur suggère que le sujet vit un état de conscience modifié, ces régions étant impliquées dans la prise de conscience [20]. Ainsi, le processus hypnotique est un état caractérisé par une somnolence apparente qui, loin de s'accompagner d'une réduction du contenu conscient, est lié à une activité hallucinatoire intense. Cet état reflète une diminution de l'attention et de l'orientation du sujet envers un stimulus somatique ou venant de l'extérieur.

Une telle observation est rapportée par les volontaires après la sortie de l'état d'hypnose. Ils signalent, en effet, avoir vécu une expérience hors du temps, de l'espace et des repères corporels habituels.

L'usage de la tomographie par émission de positon a également permis d'explorer le phénomène douloureux sous hypnose. Il a été mis en évidence un rôle prépondérant du cortex cingulaire antérieur et de la connectivité avec un réseau cortical et sous-cortical. L'obtention d'un état dissocié apportant une meilleure évaluation discriminative, émotionnelle, cognitive du stimulus nociceptif. En d'autres termes, la perception nociceptive reste présente, mais n'est pas perçue comme désagréable [23].

En conclusion, ces quelques exemples d'études permettent d'authentifier la réalité d'un processus hypnotique indépendant de la veille, du sommeil et des autres cas de perceptions sans objets. Cependant, les effectifs étudiés sont faibles et peu représentatifs de la population générale car choisis pour leur hypnotisabilité, les zones ainsi mises en évidence seraient-elles retrouvées chez des sujets peu hypnotisables?

Par ailleurs, il est possible de modifier la vasomotricité par suggestion. Les zones cérébrales dont la vascularisation est augmentée lors d'une hypnose sont-elles réellement activées ou cela correspond-il à un effet annexe de la suggestion émise lors de l'expérience?

Mise en évidence d'un bénéfice clinique

La mise en évidence de phénomènes propres à l'état hypnotique est scientifiquement intéressante, mais ne suffit pas à démontrer son impact clinique.

L'hypnose a été utilisée dans le traitement de nombreuses pathologies : addictions, maladies psychosomatiques, troubles psychiques, douleurs chroniques. Nous nous intéresserons ici à des études évaluant l'usage de l'hypnose en périopératoire d'interventions chirurgicales.

Études cliniques

L'utilisation de techniques hypnotiques a été proposée en préparation à la chirurgie maxillo-faciale et plastique, cardiaque [24], ophtalmologique, ainsi qu'en chirurgie pédiatrique. La majorité des études utilise des suggestions hypnotiques préopératoires afin d'obtenir un bénéfice postopératoire : diminution de l'anxiété, de la consommation d'analgésiques postopératoires, de la durée d'hospitalisation, et de l'incidence de nausées et vomissements postopératoires [25]. L'exposition peropératoire de patients sous anesthésie générale à des enregistrements de suggestions hypnotiques sur bande magnétique produirait également des effets bénéfiques [26].

L'hypnosédation, c'est-à-dire l'usage d'une induction hypnotique associée à l'administration d'une sédation intraveineuse légère et d'une anesthésie locale du site opératoire, est utilisée depuis près de vingt ans par l'équipe d'anesthésie du CHU de Liège et a permis d'obtenir des effets bénéfiques similaires postopératoires et une moindre consommation de drogues anesthésiques peropératoire.

Dans une étude de 1994 [27] incluant 337 patients répartis en trois groupes (sédation médicamenteuse, hypnosédation, relaxation) pris en charge par le même anesthésiste, l'hypnosédation a permis une meilleure analgésie, une baisse de l'anxiété préopératoire, peropératoire et postopératoire, une diminution des nausées et vomissements postopératoires, un raccourcissement du séjour en salle de réveil et de meilleures conditions opératoires constatées par le chirurgien. Ce dernier point peut être expliqué soit par une amélioration du retour veineux lié à l'absence de ventilation mécanique ou l'usage d'anesthésiques locaux adrénalinés.

En 1997 a été publiée une étude randomisée [28] de 60 patients comparant l'hypnosédation à la relaxation. Un psychologue observait le comportement du patient au cours de l'intervention. Cette étude conclut à une diminution de la douleur et de la consommation en sédatifs, une amélioration des conditions d'intervention selon les chirurgiens et une augmentation de la satisfaction du patient.

En 1996, 121 interventions sous hypnosédation [29] ont été comparées rétrospectivement à 70 interventions sous anesthésie générale. Les patients inclus dans le groupe hypnosédation étaient volontaires et il n'a pas été réalisé de test d'hypnotisabilité au préalable. Il a été conclu à une

diminution de la durée d'hospitalisation, du saignement peropératoire, de la fatigue postopératoire, et à une amélioration des conditions opératoires.

Ces trois études portaient sur des patients bénéficiant de chirurgie plastique ou endocrinienne.

En France, une étude évaluant l'usage de l'hypnosédation lors de cholécystectomies ou de cures de hernies inguinales sous coelioscopie a été publiée en 2004 [30]. Les patients étaient volontaires et il était d'emblée prévu qu'en cas d'inconfort ou de nécessité chirurgicale, il serait procédé à un approfondissement de la sédation en anesthésie générale. Sur 35 patients ayant bénéficié d'une cholécystectomie, 13 ont été anesthésiés, alors que cela n'a été nécessaire qu'une seule fois pour les 15 patients opérés d'une hernie inguinale. Il est à noter que les auteurs concluent qu'il est préférable de ne pas étendre l'indication de l'hypnosédation aux coelioscopies intraabdominales, tandis que la quasi-totalité des patients concernés se déclaraient prêts à recommencer cette expérience.

Cette conclusion souligne la difficulté d'évaluer l'hypnose dans ses bénéfices potentiels, ce jugement étant là encore potentiellement du domaine de la subjectivité. Doit-on se contenter de la satisfaction du patient? De l'absence de souvenir douloureux? Faut-il rechercher des bénéfices à long terme?

En outre, les auteurs estimaient que leur résultat n'était pas en faveur d'une généralisation de l'hypnosédation aux chirurgies lourdes étant donné le taux de conversion en anesthésie générale très faible de l'équipe Liégeoise de 0,5%. Un cas a pourtant été publié en 2008 [31] d'une patiente présentant un état respiratoire précaire en raison d'une dilatation des bronches et ayant bénéficié d'une colectomie droite sous hypnosédation associée à une péridurale.

A titre d'illustration, une méta-analyse [32] publiée en 2013 incluait 34 essais (2597 patients) et montrait un bénéfice de l'hypnose sur plusieurs critères de jugement : la détresse émotionnelle, la douleur, la consommation médicamenteuse, les paramètres physiologiques, le temps opératoire, le rétablissement. Cependant, la qualité des essais inclus étant limitée, les auteurs estimaient que les conclusions ne pouvaient être clairement établies et que de nouveaux essais étaient nécessaires. Il faut noter aussi que la réalisation et l'interprétation de ces méta-analyses est rendue délicate par l'hétérogénéité à la fois des interventions, des bras contrôle et des critères de jugement.

Biais associés

Biais de sélection : la population étudiée est volontaire pour participer à ces études et présente éventuellement une capacité particulière à être hypnotisé, les résultats pourraient ne pas être extrapolables à la population générale.

Biais de standardisation : Il a été mis au point des échelles d'hypnotisabilité afin d'ouvrir l'hypnose à une expérimentation en laboratoire et de standardiser les inductions et suggestions hypnotiques. Cependant, il est admis qu'un patient donné peut répondre à un type d'induction et

être insensible à un autre, or chaque praticien est susceptible de procéder à un type d'induction particulier.

Biais d'insu : La réalisation d'une induction hypnotique en aveugle est impossible pour le praticien, et difficile pour le patient. On peut envisager de comparer l'effet de l'hypnose à celle d'une méthode de relaxation, informer le patient sur ces deux méthodes et randomiser l'intervention, mais il restera la suggestion préalable d'une hypnose qui peut suffire à provoquer un état hypnotique. L'insu peut être obtenu pour l'évaluation finale par un autre praticien intervenant.

Biais de comparaison : il n'existe pas en ce domaine de méthode de référence, l'état hypnotique est habituellement comparé à des méthodes de relaxation ou de visualisation mentale. Comme nous l'avons vu précédemment, les modifications de l'activité cérébrale induites par ces méthodes sont clairement identifiables par des méthodes d'imagerie, mais authentifier l'hypnose pour chaque patient inclus afin de le reclasser dans le groupe correspondant à son état réel est peu réalisable en pratique.

Enfin le choix des critères de jugement est également source potentielle de biais de mesure. En dehors de critères quantifiables telles que la durée d'hospitalisation ou la quantité de drogues consommée, le critère décisif quant au choix de passer d'une hypnosédation à une anesthésie générale ou de majorer les doses de médicaments analgésiques est la plainte douloureuse. Or la perception d'une douleur et le besoin de soulagement ne sont pas nécessairement proportionnés.

Si l'efficacité n'est pas démontrée, est-ce parce que l'intervention n'est pas efficace, ou bien est-ce parce qu'on n'a pas choisi les critères de jugement pertinents ? L'utilisation de l'hypnose pendant le travail et l'accouchement a permis de mettre en évidence un hiatus entre les critères de jugement retenus et les effets rapportés par les femmes dans les études qualitatives. Ainsi, les études privilégient les critères de jugement évaluant la composante somato-sensorielle de la douleur (intensité douloureuse, recours à la péridurale ou à une autre méthode antalgique) alors que le vécu des femmes recueilli par les études qualitatives ne met pas en avant un effet antalgique mais une meilleure expérience de l'accouchement grâce notamment à un rôle actif et à une réappropriation de l'évènement.

Comme nous l'avons vu, la mise en évidence d'un bénéfice à l'usage de l'hypnose thérapeutique est tout aussi complexe que d'en préciser sa définition.

L'absence de reconnaissance formelle par les autorités scientifiques actuelles n'empêche pas de justifier son emploi par une meilleure satisfaction du patient, du praticien et une amélioration de la relation médecin-malade.

2^{ème} partie : Mise en pratique

Rappel du plan

Techniques développées et leur contexte d'emploi :

La communication hypnotique

Hypnose conversationnelle

Hypnosédation

Hypnothérapie

Cadre médico-légal

Faits divers anciens et récents illustrant les craintes liées à la manipulation mentale

Position des sociétés savantes

Mise en place au sein d'une structure

Se former

Une nouvelle organisation au bloc opératoire

Inclusion dans le processus de soin

Techniques développées et leur contexte d'emploi [16]:

Les techniques utilisées sont variées et plusieurs batteries de techniques peuvent être utilisées en fonction du type d'hypnose pratiquée. En communication hypnotique, seront utilisées des techniques linguistiques ainsi que des techniques relationnelles. En hypnose conversationnelle, seront ajoutées des techniques de focalisation. En hypnosédation et en hypnose thérapeutique viendront encore s'ajouter des techniques de dissociation.

La communication hypnotique

Il est fréquent de constater chez un patient lors d'une consultation ou d'un soin, une distorsion entre l'information fournie et celle retenue ou comprise par le patient. Il est tout aussi fréquent d'attribuer cette incompréhension à une personnalité particulière ou à une barrière du langage entre termes médicaux et langage courant.

En observant un patient exposé à un stress tel qu'une chirurgie ou une consultation potentiellement source de mauvaises nouvelles, il est possible de retrouver un état assimilable à une transe. L'attention est focalisée sur l'expérience négative et le mode de réflexion du patient est en quelque sorte simplifié, la conscience critique disparaît.

Dans ce cas, il est indispensable d'adapter sa communication, car le patient est alors incapable d'entendre les négations et amplifie l'importance des concepts. Le patient pourrait entendre l'inverse du message que l'on souhaite transmettre. Il faut ralentir le débit de parole et employer des mots simples à consonance positive. Par exemple, « ne vous inquiétez pas » pourra être remplacé par « rassurez-vous » et « ne bougez pas » par « restez tranquille ».

La relation s'établit également par le comportement général, le langage non-verbal : adopter une distance corporelle adaptée à la culture du patient et à la situation, une gestuelle semblable à celle du patient (mirroring), et synchroniser dans la mesure du possible sa respiration afin de parler sur l'expiration du patient (pacing).

Cette attitude permet d'entrer en contact avec le patient malgré la transe et éventuellement de lui faire développer une transe positive, plus favorable à la transmission des informations et à une adhésion au soin.

Hypnose conversationnelle

En ajoutant à ces méthodes une technique de focalisation par l'orientation de la conversation, on peut obtenir un état confortable proche d'une hypnose. Ceci est utile pour un soin nécessitant une posture ou une immobilité adéquate comme une coloscopie ou la réalisation d'une anesthésie locorégionale. L'information sur le soin ayant été donnée, le patient est invité à se

concentrer sur un point visuel tel que l'écran de l'échographe, sa respiration, un souvenir agréable sans qu'une induction hypnotique soit nécessaire.

Hypnosédation

Le recours à une transe hypnotique s'avère nécessaire pour garantir un confort et une immobilité lors de soins de longue durée et plus douloureux tels qu'une intervention chirurgicale, ou en traitement de douleurs chroniques.

Lors d'une intervention chirurgicale, l'hypnose est associée à une anesthésie locale et éventuellement à une sédation légère intraveineuse.

Il est nécessaire pour cela d'utiliser des techniques dissociantes selon un protocole précis à la chronologie rigoureuse.

L'objectif est de créer une séparation de l'esprit et de la perception du corps

Pour cela, on a recours à des paroles induisant une confusion ou des ruptures de sens en utilisant des structures linguistiques particulières. La dissociation est peu à peu induite en juxtaposant des notions contradictoires.

Le sujet va se focaliser sur le message ou la situation confuse afin de tenter de le comprendre, et cela va inhiber le fonctionnement de la conscience critique. Cette technique peut entraîner un inconfort pour le patient.

L'induction nécessite une focalisation sur les sens. Traditionnellement, chaque personne est supposée avoir un canal sensoriel préférentiel : visuel, auditif, kinesthésique, olfactif ou gustatif. On l'identifie en détectant les tics de langage du patient. En pratique, la focalisation se fait en amenant le patient à se concentrer sur chaque sensation en partant de l'extérieur vers l'intérieur.

Les organes des sens sont nommés de façon indépendante : à la place de dire « vous entendez », on dira plutôt « vos oreilles peuvent entendre ».

La transe est constatée par le thérapeute par certains signes : des mouvements oculaires stéréotypés semblables à ceux observés lors du sommeil, et la possibilité de présenter une catalepsie ou une lévitation.

La catalepsie est définie comme la suspension complète des sensations et des mouvements volontaires, avec aptitude des membres et du tronc à conserver la position qu'on leur donne sans fatigue. En pratique, le praticien va accompagner un segment de membre jusqu'à une position d'équilibre puis le lâcher progressivement, tout en utilisant des suggestions verbales pour renforcer la catalepsie.

L'intérêt de la catalepsie est de générer une dissociation dans le corps (et pas seulement psychique) et d'induire une transe rapidement et de manière stable. Celle-ci pouvant être constatée par le patient, ce qui renforce la transe.

Pour la lévitation, un mouvement d'un membre est induit par suggestions verbales jusqu'à ce que ce membre s'immobilise en équilibre. Ainsi un sujet peut soulever son bras en ayant la sensation que celui-ci est doté d'une vie autonome, dissocié du reste de son corps et non contrôlé par sa conscience.

Ces deux techniques assimilées à des processus idéo-moteurs, sont particulièrement efficaces en traitement de douleurs chroniques d'un membre : le patient voit sa douleur « s'envoler ». Ils sont également utiles en peropératoire afin de créer un code de communication signalant l'apparition d'un inconfort et justifiant une intensification de la transe.

La réification est le fait de transformer une sensation en un objet imaginaire. Une douleur devient alors une boule, pourquoi pas bleue? Gonflable? Le problème devient quelque chose de descriptible et par conséquent de contrôlable, dont on peut diminuer l'importance par suggestion.

Les suggestions peuvent être ouvertes ou fermées. Les suggestions fermées sont des consignes que le patient doit suivre, tandis que les suggestions ouvertes sont beaucoup plus permissives, elles sont des invitations qui laissent le choix au patient.

Les suggestions peuvent suivre un truisme (l'énoncé d'une évidence) ce qui augmente l'acceptation de la suggestion par le patient. Dans le domaine de l'analgésie, les suggestions peuvent être des suggestions directes d'anesthésie (corps cotonneux, pommade anesthésiante, anesthésie en gant, interrupteur de la douleur...) ou des suggestions dissociatives, qui éloignent de la douleur (imaginer qu'une partie du corps ne fait plus partie de soi, transférer la douleur à un autre endroit du corps...). »

Parmi les processus idéo-sensitifs, on peut citer l'exemple du gant de cuir : le patient se voit expliquer que sa main est recouverte d'un gant de cuir empêchant toute sensation douloureuse mais permettant une intervention. Cette expérience est visible sur la vidéo réalisée par le Dr Chertok mentionnée dans l'historique. La délimitation d'une zone analgésiée par un « crayon magique » est utilisée avec succès chez les enfants.

Le thème choisi est établi à l'avance entre le thérapeute et le patient. Il s'agit souvent de se remémorer un souvenir agréable de vacances, de pratique sportive, de voyage... De se réfugier dans un lieu de sécurité réel ou imaginaire. Le praticien note les termes employés par le patient pour pouvoir les administrer de façon appropriée après induction hypnotique. Les sensations suggérées se superposent alors à celles ressenties lors de l'intervention.

Il est très important de respecter une chronologie rigoureuse lors de la dissociation et de la réassociation. Lorsque la transe est induite par un tiers, le protocole est nouveau pour le patient et il ne peut retrouver son état basal de lui-même. Le rôle du thérapeute est de l'accompagner en faisant le chemin inverse exact de celui qui a conduit à la transe. Le risque étant le maintien d'une dissociation et la perte de l'usage des éléments corporels dissociés. Ce risque est à tempérer par la possibilité de ré-induire une transe facilement pour réintégrer les éléments dissociés.

Hypnothérapie

Le terme d'hypnothérapie est employé pour le traitement des maux installés.

Les techniques ci-dessus sont utilisées et il est possible d'apprendre l'autohypnose au patient afin qu'il puisse plus rapidement bénéficier des effets de l'hypnose. Le principe de la relaxation obtenue par la focalisation sur les sens dans l'ordre VAKOG (visuel, auditif, kinesthésique, olfactif, gustatif) est repris, ainsi que sa levée dans l'ordre inverse.

Ces techniques sont basées sur les principes de l'hypnose Ericksonienne, les ressources dont le patient a besoin sont situées dans son inconscient, c'est-à-dire son imaginaire, et l'accès à une transe, même légère, suffit à les mobiliser.

L'usage du conte métaphorique permet de s'adresser à l'imaginaire de façon indirecte. Le problème du patient est décrit de façon indirecte ainsi que l'existence d'une solution qu'un changement d'attitude ou de point de vue peut dévoiler.

Ces différentes pratiques présentent un intérêt considérable dans la pratique médicale.

Les difficultés de communication peuvent être un frein à l'observance, à la transmission d'une information médicale loyale et rendent illusoire l'obtention d'un choix éclairé. 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 entre médecin et patient, et cela amène une plus grande satisfaction et un épanouissement dans le travail de l'anesthésiste.

L'hypnose conversationnelle permet la réalisation de gestes nécessaires tout en laissant un souvenir positif et valorisant au patient.

L'hypnosédation offre le confort d'une conversion toujours possible en anesthésie générale si elle s'avère nécessaire pour une difficulté chirurgicale ou un inconfort du patient, laissant à l'anesthésiste l'occasion de s'entraîner sans nocivité. Elle élargit la palette des différentes techniques anesthésiques existantes à maîtriser afin de pouvoir les proposer à bon escient aux patients en tenant compte non seulement des contraintes chirurgicales, mais aussi des besoins des patients. Elle permet de diminuer voire de supprimer l'administration de drogues sédatives souvent incriminées dans l'apparition de troubles cognitifs postopératoires.

Enfin, l'hypnothérapie offre un temps d'écoute et d'observation du vécu douloureux, de sa signification et des moyens d'y remédier.

En l'année 1280, en la ville d'Hamelin vint un joueur de flûte : un dératiseur. En ce temps-là, la ville était envahie par les rats et les habitants mouraient de faim. Le maire de Hamelin promit au joueur de flûte une prime de mille écus pour les débarrasser des rats qui infestaient la ville.

L'homme prit sa flûte et, par sa musique, attira les rats qui le suivirent jusqu'à la Weser, la rivière qui arrose la ville, où ils se noyèrent. Bien que la ville fût ainsi libérée des rongeurs, les habitants revinrent sur leur promesse et refusèrent de payer le joueur de flûte en le chassant à coup de pierres.

Il quitta le pays, mais revint quelques semaines plus tard. Lors d'une nuit paisible, il joua de nouveau de sa flûte, attirant cette fois les enfants de Hamelin. Cent trente garçons et filles le suivirent hors de la ville jusqu'à une grotte qui se referma derrière eux. Les parents ne les revirent plus jamais.

Cadre médico-légal

Dans ce conte, la musique représente un charme permettant de se débarrasser d'un élément néfaste. Le salaire promis donne un statut social au musicien itinérant et crée un trait d'union entre le monde visible (la société hiérarchisée, monde de la raison, du calcul avantages/coûts...) et le monde de l'invisible (l'ineffable, le merveilleux, les sentiments).

En ne respectant pas le contrat convenu les notables renient le statut social octroyé, renvoyant l'invisible à l'insignifiant. C'est négliger le pouvoir du magique dont la « réalité » dépasse celle de l'argent puisque les payeurs se voient ruinés de leurs biens les plus chers.

Faits divers anciens et récents illustrant les craintes liées à la manipulation mentale

Il est fréquent de constater des réactions hostiles en abordant le sujet de l'hypnose. Il est pourtant surprenant de voir qu'une même personne pourra affirmer que cela présente un danger tout en niant la réalité de cet état.

La puissance des suggestions a été abondamment expérimentée au dix-neuvième siècle par Bernheim, Beaunis et Liégeois. Ce dernier, juriste, a obtenu de ses sujets d'étude des actes potentiellement criminels : un sujet a tiré des balles à blanc sur sa mère avec un pistolet qu'il croyait chargé, un autre a versé une solution supposée être de l'arsenic dans le verre d'un proche, tandis que d'autres ont signé des reconnaissances de dette ou sont allés se dénoncer de crimes imaginaires au commissariat de police... En relatant ces faits, Liégeois conclut que les sujets sont extrêmement manipulables sous hypnose et met en garde contre l'usage de l'hypnose par les policiers pour faciliter les souvenirs chez les témoins ou obtenir les aveux d'un prévenu [33].

La production de faux souvenirs de viols lors de psychothérapie sous hypnose a fait l'objet de condamnations pénales aux États-Unis à la fin du vingtième siècle. L'ampleur de ce phénomène a motivé la création d'une association « False Memory Syndrom Foundation » composée de personnes accusées à tort d'agressions sexuelles par des personnes ayant bénéficié de ce genre de psychothérapie [34].

Bernheim, plus mesuré, évoque la possibilité que l'hypnose ne fait que révéler une propension aux crimes mais l'hypnose retirant un libre arbitre optimal, il est impossible d'imputer la responsabilité du crime à la personne hypnotisé [35].

Des cas de dissociations post-anesthésiques ont été décrits au vingtième siècle, aussi bien au décours d'anesthésie à l'éther que d'hypnose [36].

Sur le site de la jurisprudence du CNOM, il n'y a pas de cas rapportés condamnant la pratique de l'hypnose par un médecin. Les cas mentionnant l'hypnose référencés sont soit des condamnations pour publicité de cette activité sur internet ou refus de la reconnaître comme une activité distincte dont un praticien pourrait se prévaloir.

Un mémoire de DU d'hypnose médicale consacré au risque éthico-juridique en hypnose a recensé quinze décisions de justice impliquant l'hypnose en France [37]. Il s'agissait principalement de cas de viols ou d'agression sexuelle de personnes mises en état d'hypnose par leur praticien ou un tiers, de cas d'exercice illégal de la médecine, ou d'utilisation de l'hypnose pendant les procédures de justice.

Les six affaires d'agression sexuelles incriminent un médecin dans deux cas, un ostéopathe dans un cas, un « magnétiseur » dans un cas, un « hypnotiseur » non médecin dans un cas, et un proche dans le dernier cas.

Le Service Information Documentation Juridiques du groupe MACSF ne rapporte aucun sinistre en rapport avec cette pratique.

Le rapport INSERM publié en 2015 [38] évaluant l'hypnose a effectué une recherche des effets indésirables rapportés par les études cliniques. Ces études construites pour démontrer l'utilité de l'hypnose ne rapporte pas d'évènements ayant justifié l'interruption du protocole en dehors d'une conversion en anesthésie générale.

L'enjeu semble plutôt se situer au niveau éthico-juridique. D'ores et déjà, la pratique de l'hypnose est encadrée par des chartes éthiques, mais il n'y a pas à ce jour d'encadrement légal clair permettant de mieux circonscrire ce risque.

Celui-ci apparaît cependant très limité lorsque l'hypnose est utilisée comme un outil complémentaire par des professionnels de santé déjà formés et qualifiés par ailleurs. De même, il n'y a alors pas de risque de retard ou d'entrave à une prise en charge conventionnelle qui serait nécessaire.

Position des sociétés savantes

En France, il n'y a pas de cadre légal précis encadrant la pratique de l'hypnose.

La société Française d'anesthésie réanimation s'est prononcée en faveur de l'emploi des techniques hypnotiques en complément d'actes pouvant être réalisés sans hypnose, sous anesthésie locale ou locorégionale seule [39].

Dans son rapport de mars 2013, l'Académie nationale de médecine déclare : « l'hypnose s'accompagne de manifestations cliniques et neurophysiologiques qui en garantissent l'authenticité et légitiment d'une certaine façon son utilité thérapeutique ou les tentatives qui en sont faites » [40].

L'assurance maladie ne prend pas en charge les séances d'hypnose. Il existe un code acte dans la classification commune des actes médicaux libellé « Séance d'hypnose à visée antalgique » (code ANRP001), mais cet acte est non remboursable. Si l'hypnothérapie est pratiquée par un médecin conventionné dans le cadre de sa consultation, la consultation reste prise en charge par l'assurance maladie. Par ailleurs, certaines complémentaires Santé proposent des remboursements partiels ou forfaitaires de séances d'hypnose [38].

En l'absence de cadre législatif clair, des codes déontologiques sont proposés par les associations de praticiens.

Par exemple, la CFHTB impose le respect du code éthique suivant à ses membres [41] :

« 1. L'intérêt et le bien-être du patient doivent toujours constituer l'objet prioritaire.

2. L'hypnose est considérée comme un complément à d'autres formes de pratiques scientifiques ou cliniques. Il en résulte que la connaissance des techniques d'hypnose ne saurait constituer une base suffisante pour l'activité thérapeutique ou de recherche. L'hypnopraticien doit donc avoir les diplômes requis lui permettant d'exercer dans le champ où s'exerce son activité hypnotique.

3. L'hypnopraticien limitera son usage clinique et scientifique de l'hypnose aux aires de compétences que lui reconnaît le règlement de sa profession.

4. L'hypnose ne sera pas utilisée comme une forme de distraction. Tout particulièrement, toute participation à des spectacles publics, ludiques sera proscrite.

5. L'hypnopraticien ne facilitera ni ne soutiendra la pratique de l'hypnose par des personnes non qualifiées.

5.1 L'hypnopraticien ne donnera en aucun cas des enseignements impliquant l'apprentissage des techniques hypnotiques à des personnes ne disposant pas d'une qualification adéquate. Des exceptions seront faites à ce principe pour les étudiants en fin de qualification dans les champs professionnels où doit s'inscrire leur pratique de l'hypnose : Médecins, Dentistes, Psychologues, Infirmiers, Kinésithérapeutes.

Dans tous ces cas, le passage à la pratique de l'hypnose reste conditionné à l'obtention de qualification complète dans le champ professionnel considéré. Pour les étudiants des professions paramédicales, la pratique de l'hypnose supposera la mise en place d'une structure de travail supervisé, selon le champ d'application, par un hypnopraticien médecin, psychiatre, psychologue, chirurgien-dentiste d'au moins cinq ans d'ancienneté de pratique en hypnose médicale.

5.2 La communication d'informations relatives à l'hypnose auprès des différents médias est recommandée dans la mesure où elle s'appuie sur des connaissances précises et permet de minimiser les distorsions et les représentations erronées relatives à l'hypnose.

Réciproquement, il est demandé aux hypnopraticiens formés par l'association d'éviter toute action (communications, publications, etc...) tendant à compromettre l'aspect scientifique et la dimension éthique de la pratique hypnotique en donnant à celle-ci une représentation tendancieuse (amalgame avec magie et les para-sciences) et simpliste incitant par là même à une pratique non qualifiée.

En cette matière, s'abstenir de tout triomphalisme militant et citer ses sources sont deux règles qui s'imposent.

C'est pour ces raisons que les hypnopraticiens qui sont en cours de formation sont invités à s'abstenir de faire des communications publiques sur l'hypnose ou la thérapie Ericksonienne

(conférences, articles, interviews, contacts avec la presse écrite ou audiovisuelle) tant que leur formation n'est pas terminée.

Le non-respect de ces engagements pourra conduire le Conseil d'administration de l'association à prononcer l'exclusion de l'association, de la formation et/ou la non attribution des attestations. »

Enfin, pour certaines indications, telle que l'hypnosédation, les conditions nécessaires à réunir pour permettre cette pratique sont développés dans des ouvrages écrits par des membres des sociétés reconnues dans l'enseignement et la pratique de l'hypnose thérapeutique. Citons outre la CFHTB, l'AFEHM (Association Française pour l'Étude de l'Hypnose Médicale) et l'institut Emergences.

Ainsi, en plus du consentement du patient (qui est une obligation légale), la formation de l'anesthésiste, l'accord du chirurgien et sa maîtrise du geste, et plus globalement la coopération de toute l'équipe du bloc opératoire (afin de garantir les conditions de calme nécessaires) apparaissent comme des prérequis pour permettre l'utilisation de cette technique.

Par une froide journée d'hiver un troupeau de porcs-épics s'était mis en groupe serré pour se garantir mutuellement contre la gelée par leur propre chaleur. Mais tout aussitôt ils ressentirent les atteintes de leurs piquants, ce qui les fit s'écarter les uns des autres. Quand le besoin de se réchauffer les eut rapprochés de nouveau, le même inconvénient se renouvela, de sorte qu'ils étaient ballottés de çà et de là entre les deux maux jusqu'à ce qu'ils eussent fini par trouver une distance moyenne qui leur rendît la situation supportable.

Schopenhauer, issue de Parerga et Paralipomena, vol. II chap. XXXI

Mise en place au sein d'une structure

La pratique de l'hypnose est fréquemment identifiée comme une forme caractérisée de manipulation mentale, faisant paraître les personnes qui s'y intéressent pour au pire malintentionnées, et au mieux farfelues. Les exemples de mésusage existent, les difficultés d'exercer également. Malgré les réticences justifiées par les persistantes interrogations concernant l'hypnose, plusieurs centres universitaires ont adopté l'hypnosédation dans leur pratique quotidienne en adaptant leur organisation de travail.

Se former

On recense actuellement un diplôme d'études supérieures universitaires (DESU), un diplôme inter universitaire (DIU) et onze diplômes universitaires (DU). Les DU d'hypnose ne sont pas reconnus par l'Ordre des médecins.

Certains organismes se positionnent de manière très claire pour que la pratique de l'hypnose à visée thérapeutique soit réservée à des professionnels de santé, suivant le positionnement de la Société européenne d'hypnose et de la Société internationale d'hypnose. Ces organismes réservent donc les formations exclusivement aux professionnels de santé. C'est le cas des organismes membres de la CFHTB (confédération francophone d'hypnose et de thérapies brèves), qui fait elle-même partie de la Société Européenne d'Hypnose et de la Société internationale d'hypnose.

En effet, la CFHTB a érigé ce positionnement en principe éthique : « L'hypnose est considérée comme une possibilité d'aide parmi d'autres formes de pratiques scientifiques ou cliniques validées. Il en résulte que la connaissance des techniques d'hypnose ne saurait constituer une base suffisante pour l'activité thérapeutique ou de recherche. L'hypnopratricien doit donc avoir les diplômes requis lui permettant d'exercer dans le champ où s'exerce son activité hypnotique : Médecin, Chirurgien-dentiste, Psychologue, Sage-femme, Infirmier, Kinésithérapeute. L'hypnopratricien ne facilitera ni ne soutiendra la pratique de l'hypnose par des personnes non qualifiées » (extrait du code éthique de la CFHTB). La CFHTB se donne pour mission d'harmoniser les programmes de formation à l'hypnose et aux thérapies brèves, et de développer des travaux de recherche scientifique et clinique dans ces domaines. Seuls les instituts et associations de professionnels de santé peuvent être éligibles.

A l'inverse, d'autres organismes proposent des formations ouvertes à tous, non réservées aux seuls professionnels de santé. Certaines de leurs formations sont labellisées « hypnose thérapeutique », mais s'il n'y a pas de texte légal interdisant la dispense de ces formations à des non professionnels de santé, la pratique de l'hypnose à visée thérapeutique par des non médecins a par contre déjà fait l'objet de condamnations pour exercice illégal de la médecine.

Une nouvelle organisation au bloc opératoire

L'introduction de l'hypnose nécessite la motivation ou du moins la bienveillance de tous les intervenants du processus de soin. En effet, la réalisation d'une chirurgie sous hypnose implique que les gestes et les bruits environnants le patient soient modérés et prévisibles afin d'être inclus dans l'expérience que le patient a choisi de revivre.

Inclusion dans le processus de soin

La proposition de réaliser la chirurgie sous hypnosédation est évoquée par le chirurgien, l'anesthésiste ou le patient. Au préalable, le type d'intervention éligible est défini entre équipes anesthésique et chirurgicale. La consultation d'anesthésie est réalisée de façon standard, comprenant le recueil des antécédents médicaux et anesthésiques.

Il n'est pas nécessaire de procéder à un test d'hypnotisabilité.

Le patient est informé que l'installation et la surveillance des constantes seront identiques à celles requises pour une anesthésie générale, et qu'en cas de nécessité, tout sera prêt pour approfondir l'anesthésie par méthode médicamenteuse.

Le thème de la transe est choisi sur proposition du patient, l'anesthésiste ayant la possibilité d'accepter un thème où il se sent à l'aise, car au moment du soin, il devra être capable de développer une transe lui permettant d'accompagner le patient, tout en restant vigilant au déroulement de l'opération. Le praticien doit rester auprès du patient durant toute la période entourant la procédure chirurgicale.

Cette organisation semble nécessiter du temps de consultation supplémentaire, ce qui pourrait être un obstacle à l'adoption de la pratique hypnotique. Cependant, les équipes entraînées rapportent un gain en termes de récupération et de temps d'hospitalisation. Un parallèle est à faire avec l'introduction de l'anesthésie locorégionale, autrefois dénigrée car nécessitant une anticipation du déroulement du programme opératoire et un temps de réalisation incompressible, elle est aujourd'hui plébiscitée après avoir montré ses nombreux bénéfices sur le contrôle de la douleur, une meilleure récupération globale et la prévention de douleurs chroniques.

Conclusion

Utilisée depuis des siècles, l'hypnose procure des bénéfices illustrés par de nombreuses études cliniques dans la prise en charge de douleurs aiguës ou chroniques périopératoires.

Ces avantages concernent non seulement la qualité de la prise en charge et la satisfaction des patients, mais également l'amélioration des conditions chirurgicales et un raccourcissement du séjour hospitalier. Ces éléments peuvent justifier d'une diminution des coûts de santé, compensant l'investissement en temps de formation et de mise en place d'une nouvelle technique. Cette hypothèse n'a à ce jour pas fait l'objet d'une étude dédiée.

Il apparaît nécessaire de combattre les réticences affichées quant à ses dangers potentiels ou son inefficacité par une démarche éthique, un cadre légal et une formation appropriée, de la même manière qu'en anesthésie, il est fait usage de produits stupéfiants potentiellement nocifs de façon sécurisée.

Quel que soit le niveau d'implication accepté par le praticien, de la simple hypnose conversationnelle à la réalisation d'une hypnosédation, les pratiques hypnotiques permettent de souligner l'impact de la parole et du discours tenu au patient dans une prise en charge thérapeutique.

Ainsi, toute personne exerçant une profession médicale ou paramédicale peut bénéficier d'un enseignement de l'hypnose thérapeutique, et en conséquence, en faire bénéficier ses patients.

Bibliographie

- 1 - https://en.wikipedia.org/wiki/Psychedelics_in_problem-solving_experiment
- 2 - Voyage au cœur du LSD - ARTE FR – Documentaire visible avec le lien suivant :
<https://www.youtube.com/watch?v=gFyTkCMnZvY> (page consultée le 22 septembre 2015)
- 3 - BARRUCAND Dominique. Histoire de l'hypnose en France. 1^{ère} édition. Paris : Presses universitaires de France, 1967, 236p. (Bibliothèque de psychiatrie)
- 4 - CHERTOK Léon. Hypnose et suggestion. 2^{ème} édition. Paris : Presses universitaires de France, 1993, p. 17 (Que sais-je)
- 5 - BARRUCAND Dominique. Histoire de l'hypnose en France. 1^{ère} édition. Paris : Presses universitaires de France, 1967, p. 194 (Bibliothèque de psychiatrie)
- 6 - CHERTOK Léon. Hypnose et suggestion. 2^{ème} édition. Paris : Presses universitaires de France, 1993, p. 22 (Que sais-je)
- 7 - ERICKSON Milton. L'hypnose thérapeutique. 5^{ème} édition. Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur, 2010, 204p. (L'art de la psychothérapie)
- 8 - BARUK Henri. L'Hypnose et les méthodes dérivées. 5^{ème} édition. Paris : Presses universitaires de France, 1993, p.66 (Que sais-je)
- 9 - CHERTOK Léon. Hypnose et suggestion. 2^{ème} édition. Paris : Presses universitaires de France, 1993, p. 63-65 (Que sais-je)
- 10 - <http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article1154> (page consultée le 22 septembre 2015)
- 11 - BENHAIEM JM. Ed. L'hypnose médicale. 1^{ère} édition. Paris : Medline Editions, 2003, 252p.
- 12 - FAYMONVILLE Elizabeth. Hypnose et anesthésie : aspects neurophysiologiques et implications pratiques. In : DALENS B. Ed. Traité d'anesthésie générale. Rueil-Malmaison : Arnette, 2003, p. 1706
- 13 - CHERTOK Léon. Hypnose et suggestion. 2^{ème} édition. Paris : Presses universitaires de France, 1993, p. 50 (Que sais-je)
- 14 - KIHLLSTROM JF. Hypnosis. Ann Rev Psychol 1985; 36:385-418.
- 15 - BENHAIEM JM. Ed. L'hypnose médicale. 1^{ère} édition. Paris : Medline Editions, 2003, p.64-66
- 16 - VIROT Claude and BERNARD Franck. Hypnose, douleurs aiguës, anesthésie. Rueil-Malmaison: Arnette, 2011, 286p.
- 17 - BARRUCAND Dominique. Histoire de l'hypnose en France. 1^{ère} édition. Paris : Presses universitaires de France, 1967, p. 128-129 (Bibliothèque de psychiatrie)

- 18 - HUGDAHL K, NORDBY H, KVAL G. Conditional learning and brain asymmetry: empirical data and a theoretical framework. *Learn Individ Dif* 1989; 1:385-405.
- 19 - MORGAN AH, MCDONALD PJ, MACDONALD H. Differences in bilateral alpha activity as a function of experimental task with a note on lateral eye movements and hypnotizability. *Neuropsychologia* 1971; 9:459-69.
- 20 - MAQUET P, FAYMONVILLE ME, DEGUELDRE C, DELFIORE G, FRANCK G, LUXEN A, LAMY M. Functional neuroanatomy of hypnotic state. *Biol Psychiatry* 1999; 45:327-33.
- 21 - MAQUET P, PETERS J, AERTS J, DELFIORE G, DEGUELDRE C, LUXEN A, FRANCK G. Functional neuroanatomy of human rapid-eye-movement sleep and dreaming. *Nature* 1996; 383:163-6.22
- 22 - GUSNARD DA, RAICHLE ME. Searching for a baseline: functional imaging and the resting human brain. *Nat Rev Neurosci* 2001; 2:685-94.
- 23 - FAYMONVILLE ME, LAUREYS S, ROEDIGER L, et al. Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. *Anesthesiology* 2000; 92: 1257-67
- 24 - GREENLEAF M, FISHER S, EINSTEIN A. Hypnotizability and recovery from cardiac surgery. *Am J Clin Hypn* 1992; 35:119-28.
- 25 - ENQVIST B, BJORKLUND C, ENGMAN M, JAKOBSSON J. Preoperative hypnosis reduces postoperative vomiting after surgery of the breasts. A prospective, randomized and blinded study. *Acta Anaesthesiol Scand* 1997; 41:1028-32.
- 26 - BLANKFIELD R, et al. Taped therapeutic suggestions and taped music as adjuncts in the care of coronary-artery-bypass patients. *Am J Clin Hypn* 1995; 37:32-42.
- 27 - FAYMONVILLE ME, FISSETTE F, MAMBOURG PH, et al. Hypnosis and adjunct therapy in conscious sedation for plastic surgery. *Regional anesthesia* 1995; 20(2):145-151.
- 28 - FAYMONVILLE ME, MAMBOURG PH, JORIS J, et al. Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomized study. *Pain* 1997; 79:361-367
- 29 - MEURISSE M, FAYMONVILLE ME, JORIS J, et al. Chirurgie endocrinienne sous hypnose. De la fiction à l'application quotidienne. *Annales d'endocrinologie* 1996; 57 :494-501
- 30 - SEFIANI T, USCAIN M, SANY JL, et al. Cœliochirurgie sous anesthésie locale et hypnosédation, à propos de 35 cholécystectomies et 15 cures de hernies. *Annales Françaises d'anesthésie réanimation* 2004; 23: 1093-1101
- 31 - COLOMBANI S, CABIRO C, EVRARD S, et al. Colectomie droite sous anesthésie péridurale et hypnosédation chez une patiente ASA 3. *Annales Françaises d'anesthésie-réanimation*, 2008; 27, 4 : 341-344
- 32 - TEFIKOW S, BARTH J, MAICHROWITZ S, et al. Efficacy of hypnosis in adults undergoing surgery or medical procedures : a meta-analysis of randomized controlled trial. *Clin Psychol Rev* 2013; 33(5): 623-36

- 33 - BARRUCAND Dominique. Histoire de l'hypnose en France. 1ère édition. Paris : Presses universitaires de France, 1967, p. 132-133 (Bibliothèque de psychiatrie)
- 34 - ROBIN Frédérique. Hypnose et faux souvenirs. Science et pseudosciences, 2015, 313, p. 40
- 35 - BARRUCAND Dominique. Histoire de l'hypnose en France. 1ère édition. Paris : Presses universitaires de France, 1967, p. 123 (Bibliothèque de psychiatrie)
- 36 - BARUK Henri. L'Hypnose et les méthodes dérivées. 5ème édition. Paris : Presses universitaires de France, 1993, p.66 (Que sais-je)
- 37 - KEKE Lionel Mahoumizion. Hypnose et gestion du risque éthico-juridique : contribution à une revue de littérature, Bordeaux, LEH Édition, 2014, Mémoires numériques de la BNDS.
- 38 - <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/rapports-publies> (page consultée le 22 septembre 2015)
- 39 - <http://sfar.org/alertes/27/l-rsquo-utilisation-de-l-rsquo-hypnose-par-les-anesthesistes-reanimateurs> (page consultée le 16 juin 2015)
- 40 - <http://www.academie-medecine.fr/publication100100025/> (page consultée le 22 septembre 2015)
- 41 - <http://www.cfhtb.org/confederation/le-code-ethique-de-la-cfhtb/> (page consultée le 22 septembre 2015)

Table des matières

Introduction-----	p17
1^{ère} partie : Aspects théoriques de l'hypnose	
Historique-----	p18
Quelques définitions de l'hypnose -----	p26
Neurophysiologie de l'hypnose-----	p30
Études électroencéphalographiques-----	p30
Imagerie fonctionnelle-----	p31
Évaluation d'un bénéfice clinique-----	p33
Études cliniques-----	p34
Biais associés-----	p34
2^{ème} partie : Mise en pratique	
Techniques développées et leur contexte d'emploi -----	p38
La communication hypnotique-----	p38
Hypnose conversationnelle-----	p38
Hyposédation-----	p39
Hypnothérapie-----	p41
Cadre médico-légal -----	p43
Faits divers anciens et récents illustrant les craintes liées à la manipulation mentale---	p43
Position des sociétés savantes-----	p44
Mise en place au sein d'une structure -----	p48
Se former-----	p48
Une nouvelle organisation au bloc opératoire-----	p49
Inclusion dans le processus de soin-----	p49
Conclusion -----	p50
Bibliographie-----	p51

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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