

Ce document numérique est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur au même titre que sa version papier.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

L'Institut Français d'Hypnose a pris soin de demander son accord à l'auteur avant de diffuser ce document sur son site :

<http://www.hypnose.fr>

UNIVERSITE DE LA REUNION



ANNEE 2013-2014

03/10/2014

**Mémoire d'obtention du
Diplôme Universitaire d'hypnose médicale et clinique**

Présenté et soutenu publiquement

Le 03.10.2014

Par

Thomas PLANTE

L'hypnose au bloc opératoire :

Une bouée dans la tempête...

Directeur de mémoire: Docteur Otman Kerkeni

JURY

Monsieur le Professeur Antoine Bioy
Madame Dominique Boyer
Monsieur le Docteur Christophe Coppin

Président
Assesseur
Assesseur

REMERCIEMENTS

Un grand merci tout d'abord aux nombreux collègues, formés à l'hypnose, qui ont su piquer ma curiosité et m'ont permis de m'inscrire à ce DU :

- Tout particulièrement Otman, mais aussi les Raphaël, Lamia, Laetitia, Solène...
- Notre belle équipe d'IADE, particulièrement sensibilisée et investie : Dominique, Marie, Catherine, Sylvie, Monique et toutes celles et ceux qui, tel Mr Jourdain, font de l'hypnose sans le savoir...
- Le personnel du bloc de St Pierre, dont l'accueil des patients s'améliore continuellement grâce à leur bienveillance.

Merci à Arnaud Gouchet, qui avait la difficile tâche « d'induire un doute dans nos esprits » en ce qui concerne nos points de vue dubitatifs lors de cette première semaine de DU.

Grâce à ton expérience et ton intelligence, tu as fait plus qu'induire le doute... Mais peut être était-ce là déjà de l'hypnose !

Merci aux différents intervenants du DU qui sont parvenus à nous transmettre leur passion et nous ont montré qu'il n'existait pas qu'une seule manière de pratiquer l'hypnose.

Merci à toi Antoine, pour nous avoir rappelé en introduction de ta semaine de formation que « l'Hypnose n'existe pas »...

Merci à mes tout premiers « patients » :

Floriane, ces 5 années n'ont pas modifié la dédicace de ma thèse...

Mes 3 mousquetaires : Martin, 5 ans, qui pratique déjà l'hypnose avec succès dans la cours de récréation ; Victor, 2 ans et demi, qui semble déjà maîtriser le Yes Set, la confusion, voire la dissociation avec ses parents ; et Gaspard, 3 mois, à toi les histoires et les contes métaphoriques...

Maman, pardon pour tes courbatures aux épaules, Rossi n'était pas la meilleure idée, je ferai mieux la prochaine fois !

Et enfin merci à tout ce groupe solidaire, très hétéroclite, qui a su se livrer avec parfois beaucoup d'émotion et de pudeur lors des différents exercices.

Jean-Seb, Jean-Hugues, Cyrille, on remet ça quand vous voulez !

Une dédicace au restaurant « le Thalès » pour ses Tajines, je prends les commandes...

TABLE DES MATIERES

I - INTRODUCTION	4
II - LE PATIENT AU BLOC OPERATOIRE.....	6
II-1. <i>Le bloc opératoire, un océan déchaîné.....</i>	6
II-2. <i>Le passage au bloc, un naufrage émotionnel</i>	6
III - HYPNOSE ET ANESTHESIE : UNE VIELLE AMITIE	9
III-1. <i>Un peu d'histoire</i>	9
III-2. <i>L'hypnose médicale aujourd'hui.....</i>	12
III-3. <i>Les outils hypnotiques au bloc opératoire.....</i>	14
IV - CAS CLINIQUES	17
IV-1. <i>Deux séances, ça va : 3 c'est encore mieux... ..</i>	17
IV-2. <i>Du foot au bloc opératoire.....</i>	19
IV-3. <i>Une endoscopie en safe place</i>	21
IV-4. <i>La bande magique</i>	22
V- DISCUSSION	24
VI- CONCLUSION	26
VII- BIBLIOGRAPHIE	28
VIII- ANNEXES – FILM JOINT	31
VIII-1. <i>0 à 5'50 : Du foot au bloc opératoire</i>	31
VIII-2. <i>5'51 à 6'42 : Débriefing d'un accompagnement hypnotique pour fibroscopie oesogastroduodenale.....</i>	31
VIII-3. <i>6'42 à 10'08 : Une endoscopie en safe place</i>	31
VIII-4. <i>10'08 à 13'19 : Une embolisation artérielle</i>	31
VIII-4. <i>13'19 à 17'10 : Une artériographie cérébrale.....</i>	31

I - INTRODUCTION

« Bernheim, Janet, Erickson, Roustang, pardonnez-nous parce que nous ne savons pas ce que nous faisons » ... [1]

Si Gaston Brosseau évoque ainsi sa vision et sa pratique de l'hypnose, nous observons un essor spectaculaire de cette spécialité au sein même des structures hospitalières.

La notion de soin apporté au patient est en évolution constante, tant en terme d'éthique que d'approche et de gestion de la douleur notamment.

Cet intérêt récent porté à la question de la douleur a modifié nos pratiques et nos formations, tout particulièrement en anesthésie.

Plus encore, le patient n'est plus perçu comme un seul organe ou une seule pathologie, mais comme une entité riche et complexe qu'il convient de prendre en charge dans sa globalité.

C'est dans ce but que sont apparus récemment les DIU de douleur, les DESS de psychologie clinique, et plus récemment encore les DIU d'hypnose médicale et thérapeutique.

L'anesthésie est une spécialité médicale complexe, où se côtoient approche médicale, gestes techniques, et gestion relationnelle avec le patient dans un délai court le plus souvent.

Et cette relation intervient majoritairement de façon imprévue, voire soudaine et brutale, notamment dans le cadre de l'urgence.

Le patient se trouve alors souvent désemparé, noyé dans un flot d'informations et d'exams complémentaires au sein d'un établissement parfois déshumanisé, confronté à de légitimes angoisses trop rarement prises en compte.

La consultation d'anesthésie ou l'anesthésie elle-même apparaissent parfois comme un temps de pause dans cette agitation, un instant privilégié où le patient peut enfin s'exprimer et poser ses questions.

L'anesthésiste apparaît alors comme une bouée à laquelle il peut tenter de s'arrimer.

C'est dans cette optique, après 10 années d'exercice au SMUR, en réanimation et en anesthésie, que j'ai participé à ce diplôme d'hypnose thérapeutique et médicale.

Sensibilisé par de nombreux collègues, et convaincu d'une capacité qui ne demandait qu'à être développée et mieux utilisée.

Afin de mieux appréhender les plaintes des patients et de leurs proches, de mieux les écouter, de mieux les voir, et de mieux leur répondre.

Ainsi, au sein de la formation médicale ultra scientifique que j'ai reçue, basée sur des méta analyses et des preuves scientifiques incontestables, cette hypnose, dont Gaston Brosseau reconnaît ne pas tout comprendre, qui permet d'améliorer le vécu, la douleur, les suites opératoires des patients, m'apparaît aujourd'hui comme un atout incontournable dans ma prise en charge.

II - LE PATIENT AU BLOC OPERATOIRE

II-1. Le bloc opératoire, un océan déchaîné

13000 anesthésies par an. 13 salles de bloc opératoire. 26 anesthésistes. 45 chirurgiens. 60 infirmiers anesthésistes et de salle de réveil. 5 brancardiers. 50 infirmiers de bloc opératoire. 30 aides soignants.

Une nuée de professionnels affairés, tous habillés de manière identique, dissimulés derrière des masques et des calots. Une fourmilière dans laquelle chacun effectue une tâche précise, quotidienne, et dans laquelle se trouve, pour un court instant, sans en connaître ni les codes ni les usages, un patient perdu entre ces va-et-vient et des alarmes bruyantes...

II-2. Le passage au bloc, un naufrage émotionnel

C'est dans ce contexte qu'arrivent les patients. Habillés d'une simple blouse dissimulant à peine leur nudité. Parfois douloureux, toujours anxieux.

Et le bloc opératoire, porté par les émissions et autres séries télévisées, apparaît comme un monde inconnu, dangereux et sanglant.

Aussi, l'opération est le plus souvent une nécessité. Et le patient y arrive régulièrement sans avoir jamais pu exprimer ses angoisses ou ses questionnements.

II-2.1. L'anxiété

Les patients à opérer sont le plus souvent dans un état psychologique perturbé :

Comme la définit Antoine Bioy, « *L'anxiété se manifeste par des troubles psychiques en réaction à un danger souvent non spécifique ou inconnu pour la personne. L'objet de l'anxiété se situe souvent dans l'imaginaire de la personne, tourné vers le futur.* » [2]

Ainsi, confrontés tout d'abord à l'annonce d'un diagnostic, ils doivent envisager l'intervention chirurgicale, mais aussi en appréhender les suites.

Comment seront-ils physiquement au décours? Seront-ils physiquement mutilés, diminués ? Retrouveront-ils la même qualité de vie ?

Auront-ils des douleurs à leur réveil ? Auront-ils des douleurs chroniques ?

A ces angoisses s'ajoutent celles concernant l'intervention elle-même :

Le chirurgien est-il suffisamment expérimenté ? Qu'en est-il de l'anesthésiste ?

Quelqu'un a-t-il déjà bénéficié de la même intervention ?

Peut-il se réveiller en cours d'intervention ? Peut-il ne jamais se réveiller ?

Alors que l'anesthésie est une discipline extrêmement sûre et fiable, dont les accidents ont encore été divisés par 10 ces 20 dernières années, jamais les patients n'ont été plus inquiets que ces dernières années. [3-4]

La faute aux médias probablement, mais aussi en grande partie au manque de communication et d'information de la part du corps médical.

Le jour opératoire s'accompagne aussi de nombreuses angoisses surajoutées :

L'attente, parfois interminable, dans une chambre impersonnelle, à jeun.

L'attente au bloc opératoire lui-même, où le patient est alors le témoin silencieux de cette activité qu'il ne comprend pas.

Pour certains, ce peut être la pose de voie veineuse ou la réalisation de l'anesthésie elle-même notamment quand il existe une mauvaise expérience antérieure. (Tout particulièrement chez les patients ayant bénéficié d'une anesthésie dans l'enfance)

Ces stress intenses ne sont pas dénués de conséquences : on sait qu'ils prolongent le temps de l'induction, majore les doses de produits anesthésiques et d'antalgiques, et peuvent être responsable d'épisodes d'hypoxie, de complications respiratoires et digestives, et favorisent le développement de troubles du comportement en postopératoire. [5-7]

II-2.2. La douleur

Selon l'IASP (International Association for the Study of Pain), la douleur est «*une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion* ». [8]

Jusqu'alors retenue comme un symptôme dont la seule part somatique était considérée, la composante émotionnelle de la douleur est aujourd'hui prise en compte.

L'apport de l'imagerie fonctionnelle, et l'étude de la prise en charge de la douleur depuis de nombreuses d'années ont permis de mieux en comprendre le fonctionnement.

Ainsi, alors que la part somatique était contrôlée par les traitements antalgiques, la composante émotionnelle, longtemps négligée voire occultée par les soignants était assimilée à la peur, ou à l'anxiété du patient elle-même.

Nous savons désormais que toutes ces composantes sont intriquées, et que seule une prise en charge globale de l'anxiété, des peurs générées, des soins douloureux peuvent améliorer le confort du patient tout en diminuant les mémorisations et les ancrages négatifs de la douleur.

III - HYPNOSE ET ANESTHESIE : UNE VIELLE AMITIE

III-1. Un peu d'histoire

L'Anesthésie, du grec « an – aïsthêsis » (priver – sensibilité), a connu de nombreux tâtonnements depuis des millénaires.

Le premier compte rendu (succinct) d'une thoracotomie sous anesthésie générale peut en effet être recherché dans la Genèse lors du deuxième récit Yahviste de la création : « *Alors Yahvé Dieu fit tomber un profond sommeil sur l'homme qui s'endormit. Il prit une de ses côtes et referma la chair à sa place* ». [9]

Depuis, Pavot, ciguë, mandragore, jusquiame, laitue, chanvre indien, ellébore, dictame, safran, mûrier, houblon, népentes, helenium, etc..., furent les ingrédients des légendes et récits d'expériences anesthésiques.

Et, alors que le Professeur Velpeau déclarait en 1839 : « Éviter la douleur en chirurgie est une chimère qu'il n'est plus possible de poursuivre aujourd'hui », il fallut attendre le dentiste William Morton en 1846 afin de réaliser officiellement la première intervention sous anesthésie générale grâce à l'éther.



Figure 1 : Le chirurgien John Warren et le dentiste William Morton le 17 octobre 1846

Au décours de cette intervention, à une époque où existaient encore de nombreux charlatans, Warren aurait déclaré devant l'assistance silencieuse et médusée : « Gentlemen, this is no humbug. »¹

Avec l'arrivée du chloroforme, l'anesthésie devint à partir de 1847 une spécialité médicale à part entière et put alors connaître son essor jusqu'à aujourd'hui.

Ainsi, il est amusant de percevoir que l'« hypnose », du grec *hupnoein* – endormir, fut décrite 60 ans plus tôt, comme « le somnambulisme artificiel » en 1784 par le marquis de Puységur, lui-même disciple de Mesmer.

Franz Anton Mesmer, médecin autrichien, se fit d'abord connaître en 1766 à Vienne, par une thèse en latin, *De l'influence des planètes sur le corps humain*, où il soutenait l'existence d'un fluide subtil, répandu dans l'univers, qui exercerait une influence mutuelle entre les corps célestes, la terre et les corps vivants. Il avait expérimenté des traitements médicaux en appliquant des aimants sur les parties du corps des malades où l'énergie faisait défaut. Mais il comprit bientôt que la seule application de ses mains produisait le même effet. Il proclama alors l'existence d'un magnétisme propre aux êtres vivants, qu'il nomma « magnétisme *animal* » pour le distinguer du magnétisme minéral. Il déclara avoir trouvé le secret de concentrer en lui-même ce fluide et de le diriger par la main ou par le regard, pour en compenser le défaut dans le corps des malades et restaurer leur santé. Il disait pouvoir guérir ainsi toutes les affections, car elles résultaient toutes d'une cause unique : le blocage de la libre circulation du fluide dans un organisme. Il publia ces recherches en 1775 et obtint certains résultats thérapeutiques surprenants.

Mais après une première disgrâce à Vienne, il obtint le soutien de la reine de France, princesse autrichienne, et connut le succès en attirant à Paris une foule de personnes, hommes et femmes de la société la plus riche et titrée. Il rédige alors son grand ouvrage, *Mémoire sur la découverte du magnétisme animal* (1779).

5 ans plus tard, sa défiance envers les médecins entraîna pour lui un nouveau renversement des choses. Soumis par décision royale à une double commission d'examen de l'Académie des sciences et de la Société royale de médecine (août 1784), le magnétisme fut déclaré officiellement n'avoir aucune valeur scientifique. Ces cures, fut-il jugé, « ne sont que l'effet de l'imagination et de l'instinct d'imitation des malades ».

¹ « Messieurs, ce n'est pas une blague (il n'y a pas de truc). »

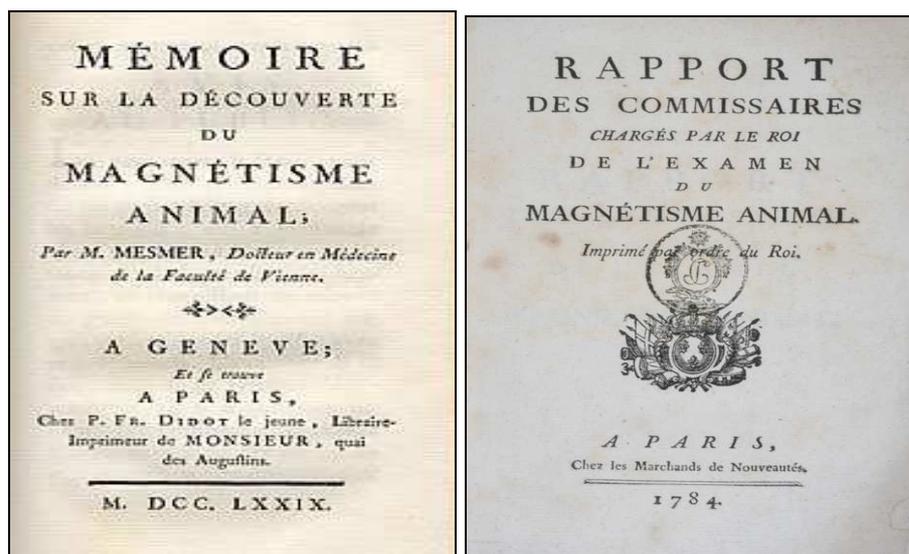


Figure2 : Mémoire sur la découverte du magnétisme animal (1779) et rapport de la commission d'examen de l'Académie des sciences et de la Société royale de médecine (1784)

Ainsi, après avoir abandonné la notion de magnétisme et de fluide animal, le chirurgien James Braid évoque la « neurohypnologie » comme un état neurologique spécifique, variante de l'état de sommeil et utilise pour la première fois le terme d' « hypnose ».

On assiste alors en 1829, soit 17 ans avant la première anesthésie médicamenteuse, à la première intervention chirurgicale sous hypnose, une tumorectomie mammaire avec curage ganglionnaire par le chirurgien français Jules Cloquet, dont le Dr Larrey regrettera « *vivement que son honorable confrère ait pu croire en l'influence magnétique et se soit laissé induire en erreur par de pareilles jongleries.* » [10]

Ainsi, l'écossais James Esdaile publia la plus importante série (trois cents patients) d'opérations réalisées sous hypnose comme seul agent anesthésique entre 1845 et 1851. [11]

En 1859, le professeur Velpeau, alors acquis à la chirurgie sous anesthésie au chloroforme grâce à laquelle il effectua une première amputation dès 1847, présenta à l'académie de médecine l'ablation d'une tumeur anale sous hypnose avec les Dr Azam et Broca. [12]

Cependant, la fiabilité et la diffusion majeure de l'anesthésie dans la communauté scientifique éloignèrent, voire proscrirent la présence de l'hypnose en médecine et au bloc opératoire, comme le relatait Claude Bernard en énonçant « *L'admission d'un fait sans cause [...] n'est ni plus ni moins que la négation de la science.* » [13]

III-2. L'hypnose médicale aujourd'hui

Confinée depuis à une utilisation médicale sporadique et individuelle en raison du manque de preuve scientifique, c'est la mise en évidence d'une physiologie spécifique de l'hypnose associée à un développement de la technique conversationnelle sous l'impulsion de M.H. Erickson et à la publication plus récente d'études méthodologiquement plus probantes qui ont permis à l'hypnose de retrouver une place dans la pratique anesthésique au bloc opératoire.

Ainsi, après quelques études non concluantes, grâce à l'essor de l'électrophysiologie, une première étude en 1949 indiquait que les tracés EEG de patients sous hypnose ne correspondaient ni à ceux du sommeil ni à ceux du coma mais à des tracés de patients éveillés. [14]

Mais il fallut attendre l'imagerie fonctionnelle pour réellement mettre en évidence des spécificités physiologiques de l'état hypnotique.

En 1999, Maquet met en évidence des modifications de distribution du débit sanguin cérébral chez les patients sous hypnose, notamment une augmentation de ce débit dans les cortex occipital (vision), pariétal, précentral (mouvement), préfrontal et cingulaire (élaboration de l'image mentale et effort d'attention nécessaires pour générer cette image mentale). [15]

L'année suivante, l'équipe de Faymonville s'est intéressée au rôle modulateur de l'hypnose dans la douleur à travers l'imagerie fonctionnelle par PET scan. [16]

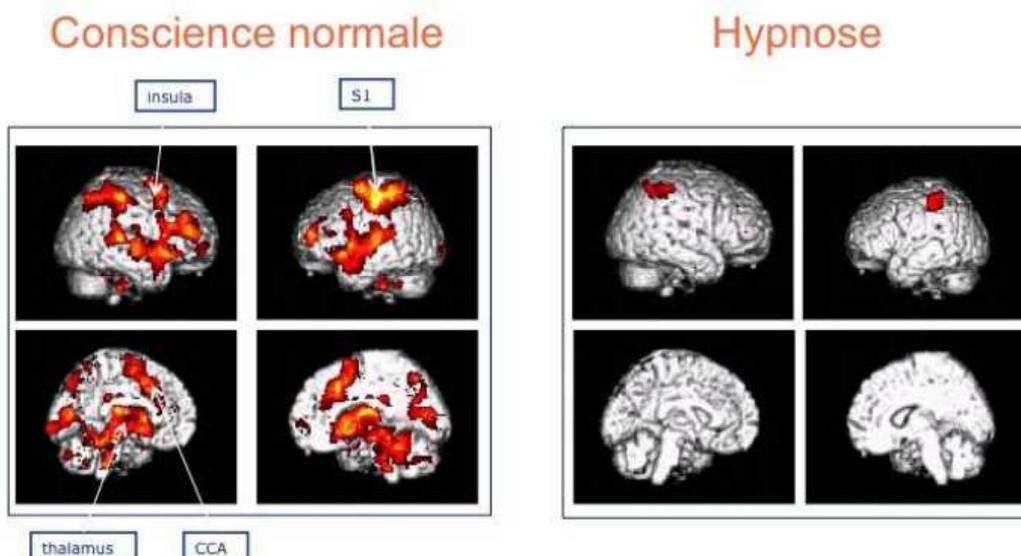


Figure 3. Représentation des zones cérébrales activées lors d'un stimulus douloureux en état de conscience normale ou en hypnose. En état hypnotique, l'activation du cortex cingulaire antérieur (CCA) et du réseau neuronal impliqué dans la douleur est atténué. [17]

La diminution de la perception de la douleur observée sous hypnose était associée à un hypermétabolisme de la partie ventrale du cortex cingulaire antérieur. Cette partie du cerveau est connue pour être active au cours des processus d'interaction entre les perceptions cognitives et émotionnelles [18].

Les auteurs concluaient donc au rôle modulateur de l'hypnose sur la composante émotionnelle de la douleur par la stimulation de cette zone cérébrale.

Ainsi, ces modulations interviendraient sur la connectivité entre le cortex cingulaire antérieur et:

- le cortex préfrontal, responsables de modification des processus attentionnels des stimuli nociceptifs perçus,
- l'aire motrice et le striatum afin de permettre d'organiser des réponses comportementales plus adaptées,
- l'insula (qui reçoit des influx du système sensorimoteur, et est impliquée dans les processus affectifs et émotionnels) en modulant aussi la perception douloureuse,
- la substance grise péri-aqueducale (riche en endorphine) afin de jouer un rôle dans le système inhibiteur de la douleur.

Parallèlement à ces études fondamentales, de nombreuses études cliniques permirent d'étayer nos connaissances sur l'hypnose.

En 1975 déjà, Hilgard démontrait une baisse de notre activité physique consciente lors de la transe hypnotique, avec notamment une baisse de l'activité musculaire ainsi qu'un ralentissement des rythmes cardiaque et respiratoire. [19]

De premières études démontrèrent le bénéfice de l'hypnose sur l'anxiété préopératoire puis postopératoire dès les années 90. [20 ; 21]

Ces données furent reprises et confirmées par de plus grands effectifs en 2006 et 2008 sur des chirurgies et biopsies mammaires. [22 ; 23]

A ces résultats, les équipes de Montgomery puis de Lang en 2006 démontrèrent un bénéfice de l'hypnose sur la douleur postopératoire dans le cadre de biopsies du sein avec une plus grande satisfaction des patientes. [24 ; 25]

Plusieurs études vinrent confirmer cet intérêt de l'hypnose dans l'analgésie per opératoire [26] et postopératoire, avec notamment des diminutions significatives de morphine jusqu'à J5 postopératoire. [27]

Si certaines de ces études présentaient des limites tant par les effectifs étudiés que par les biais inter-individuels, l'hypnose a malgré tout retrouvé une place dans la communauté scientifique médicale, tout particulièrement chez les anesthésistes.

Et ses champs d'application et de recherche restent vastes, notamment sur ses conséquences sur l'anesthésie et la profondeur du sommeil.

Une seule étude s'est à ce jour intéressée à ce sujet, en 2005, où Burkle n'avait pas mis en évidence de modification de l'index bispectral² chez une patiente sous hypnose lors d'une mastectomie. [28]

III-3. Les outils hypnotiques au bloc opératoire

Dans un contexte de bloc opératoire, certaines techniques d'hypnose semblent plus appropriées afin de permettre des inductions rapides, mais aussi de répondre plus particulièrement aux symptômes comme l'anxiété et la douleur.

III-3.1. La communication hypnotique

Quand Milton Erickson redécouvre les phénomènes hypnotiques spontanés, c'est l'avènement de l'hypnose utilisationnelle, orientée vers les ressources du sujet.

L'hypnose conversationnelle (ou ericksonienne) remplace alors l'hypnose formelle dans les soins.

Comme la définit la Société Française d'Hypnose Conversationnelle et Thérapeutique, « C'est une forme d'hypnose sans hypnose. Elle consiste en effet, à potentialiser l'inconscient du patient en contournant les limites de son esprit conscient sans avoir recours à une transe formelle. Pour cela, le thérapeute va utiliser des stratagèmes thérapeutiques ainsi qu'un langage qui présuppose le changement.»

Elle a sa place dans toute relation soignante, en tous lieux et en toutes circonstances. Et il est d'ailleurs impossible de dresser une frontière entre une communication banale, une communication hypnotique ou une hypnose conversationnelle.

On y distingue 3 formes de communications :

- le langage verbal : les mots employés
- le langage para verbal: c'est-à-dire le ton, le rythme de la voix

² L'index bispectral est un outil de mesure de la profondeur du sommeil obtenu par le traitement d'un signal EEG.

- le langage non verbal: l'attitude, les gestes

Outre le choix des mots, l'écoute du patient et le comportement du soignant (attitude, reformulation, pacing) apparaissent primordiaux dans l'établissement de la relation hypnotique.

C'est un pré-requis quasi incontournable avant de mettre en place les techniques envisagées.

III-3.2. Les techniques dissociantes

La phase de dissociation est un principe fondamental en hypnose. Etre là et ailleurs, dans le présent et dans un souvenir. Le patient est à la fois spectateur et acteur. C'est une phase au cours de laquelle il est susceptible de perdre ses certitudes et de s'apercevoir qu'il peut changer. Après avoir pris le risque de perdre le contrôle, le patient vient ensuite dans la phase dite de perceptude où il entre dans une perception sensorielle plus large. Il s'agit de lui permettre non pas de passer par la compréhension de son problème, mais de lâcher ses croyances et de revenir au corps. [29]

III-3.2.1. Les suggestions et métaphores

Ainsi résumé par Rainville, l'efficacité analgésique d'une suggestion est augmentée par l'état hypnotique et porte sur l'intensité, le vécu et le souvenir. [30]

En effet, l'une des caractéristiques de la transe hypnotique est l'hypersuggestibilité.

Il est aisé de faire des suggestions simples, faciles à suivre, ouvertes, créées et guidées par le sujet lui-même, et pouvant provoquer une sensation de bien-être général.

Ce sont le plus souvent des suggestions indirectes qui sont utilisées, permettant de contourner les craintes et résistances éventuelles. Suggérer fait appel à des techniques de langage et s'applique selon les centres d'intérêts du patient. [31]

On utilise alors différents jeux de langage, recherchant l'implication du patient, un lien entre la suggestion et le geste, un double lien lors d'utilisation de choix illusoire.

Enfin, des suggestions post hypnotiques qui peuvent être intéressantes pour la phase post-opératoire tout particulièrement lorsque des gestes ultérieurs sont à prévoir.

De la même façon, les objectifs de la métaphore sont de quitter le langage de la plainte et d'extraire du discours les aspects figuratifs des symptômes du patient.

On peut ainsi les restituer dans un contexte qui crée à la fois un sentiment de familiarité et de similarité.

Patrick Bellet décrit ainsi plusieurs intérêts à l'utilisation des métaphores en thérapie: elles permettent d'établir une relation empathique sécurisante, de développer une argumentation en fixant l'attention, de créer des correspondances ou similitudes, de recadrer une symptomatologie, de permettre au patient de changer de point de vue, d'encourager l'imagination personnelle du patient, de réduire la résistance, de suggérer des solutions, de favoriser l'expérience et sa mise en mémoire, d'agir dans la continuité et enfin de responsabiliser le patient. [32]

III-3.2.2. La réification

Dans l'anxiété aiguë comme dans la douleur aiguë, la réification est une option satisfaisante, qui peut être enseignée dès la consultation pré anesthésique.

Cette technique reste particulièrement séduisante en autohypnose et lors de séances répétées.

Par la description imagée d'un symptôme puis par la manipulation de ce symptôme, le patient a la possibilité de s'en débarrasser ou tout au moins de se soulager.

III-3.2.3. La confusion

La confusion apparaît comme une technique de choix dans l'urgence et lorsque le patient est ancré dans une transe négative. S'il est alors difficile d'entamer une relation hypnotique, la surprise ou la confusion sont efficaces le plus souvent et permettent alors de renouer un contact thérapeutique.

III-3.3. Les techniques de sécurité

Particulièrement adaptées à l'anxiété péri-opératoire, les techniques dites « de sécurité » conviennent particulièrement aussi bien en phase aiguë que dans le cadre d'un apprentissage de l'auto-hypnose pour les soins quotidiens.

III-3.3.1. Safe place

Il s'agit de demander au patient d'imaginer un endroit où il aimerait être plutôt qu'au bloc, un lieu qui va lui permettre d'être en sécurité. Cela peut être un lieu ressource évoquant pour lui la détente (la mer, la montagne, un jardin, un lieu de vacances qu'il a apprécié, un souvenir plaisant...).

IV - CAS CLINIQUES

IV-1. Deux séances, ça va : 3 c'est encore mieux...

Samuel, 41 ans, chef cuisinier, est victime d'un accident de moto avec fracture des deux os des deux avant-bras et luxation du coude.

Il bénéficie aux urgences d'une réduction de sa luxation de coude sous morphine et doit bénéficier d'une ostéosynthèse de son avant bras droit le lendemain sous anesthésie loco-régionale.

A son arrivée en salle d'anesthésie, il est épuisé, douloureux avec une auto-évaluation de la douleur à 10/10. Il n'a pas dormi de la nuit et ne trouve aucune position antalgique. Il décrit son bras comme « atrocement douloureux, comme s'il explosait de l'intérieur » malgré les doses massives d'analgésiques reçus. On ne peut ni le toucher ni le mobiliser.

Je suis alors en fin de première semaine du diplôme d'hypnose, et tout en administrant de nouveaux antalgiques, je lui propose « d'essayer quelque chose de différent, afin de s'évader du bloc opératoire et de trouver plus de confort ».

Ce à quoi il répond qu'il « ne pense pas en être capable tellement il est douloureux mais qu'effectivement, on peut toujours essayer. »

Je suis alors stupéfait de son entrée en transe, extrêmement rapide et aisée : après avoir focalisé son attention sur les bruits alentours, puis sur la sensation de son corps sur le lit, du poids et du contact des couvertures sur son corps, tout en l'accompagnant en évoquant sa respiration, il ferme les yeux et ses constantes vitales sont éloquentes. Sa fréquence cardiaque ralentit, sa tension artérielle se normalise.

Tout en réalisant l'anesthésie de son bras, alors qu'il semble apaisé et répond aisément et spontanément par un signaling franc, nous cheminons vers une safe place que je l'aide à trouver.

Il décrira lui même avoir « oublié » totalement être au bloc le temps de cette expérience et n'avoir rien perçu de désagréable lors de l'anesthésie tout en entendant ma voix.

Son bras est alors anesthésié et l'opération est réalisée sans difficulté. Je lui suggère de renouveler cette expérience quand il le souhaite afin de mieux dormir et de mieux gérer sa douleur.

Plusieurs heures plus tard, il se plaint dans le service d'une douleur fulgurante au niveau de son coude gauche. Il tient son bras, le coude contre son corps, et ne peut à nouveau plus le bouger.

La radio est impossible dans ces conditions.

Je lui propose de tenter à nouveau une expérience d'hypnose afin de le soulager et de réaliser la radiographie.

Là encore, après un VAK extrêmement rapide, Samuel entre dans une transe manifeste et je lui suggère de réaliser un gant magique sur tout son bras gauche. Le signaling est encore limpide, et profitant de son métier de cuisinier, il enfle des gants de cuisine et des protections jusqu'à se sentir soulagé. Là encore, cliniquement, son visage est transformé, et ses constantes se normalisent. A l'étonnement des infirmières et de moi-même, je parviens à mobiliser son bras jusqu'alors intouchable et nous réalisons la radiographie.

Il se dira lui-même stupéfait de l'efficacité et de son apaisement manifeste.

Deux jours plus tard, alors que je lui fais une visite de courtoisie, l'infirmière ne parvient pas à réaliser une prise de sang.

Seules ses jambes sont perfusables et, après 5 échecs consécutifs, il décrit ces « tentatives » de ponction comme des « tortures pires que ce qu'il a vécu les derniers jours ».

Profitant de ma présence et de nos deux séances communes efficaces et gratifiantes, je lui propose de le ponctionner moi-même tout en réalisant un nouveau gant magique revu et corrigé pour un membre inférieur.

Le résultat est à nouveau bluffant, autant pour lui que pour moi. Il décrit n'avoir pas ressenti la ponction et s'étonne du temps écoulé dont il ne s'est pas rendu compte.

IV-2. Du foot au bloc opératoire³

Mickaël, 13 ans, s'est profondément entaillé la main. Il doit bénéficier d'une intervention chirurgicale de plusieurs heures sous anesthésie loco-régionale (ALR).

S'il a accepté ce mode anesthésique, nous percevons malgré tout une forte anxiété qu'il essaye de contenir.

La réalisation de l'ALR se déroule dans une salle plus confinée, avec l'anesthésiste et une infirmière anesthésiste seulement.

C'est le premier endroit « calme » depuis son accident, après avoir été pris en charge par les pompiers et amené sirènes hurlantes aux urgences. Après une longue attente, auprès de ses parents inquiets, il est enfin examiné, analgésié, puis adressé au bloc opératoire.

Après lui avoir expliqué les étapes à venir, je lui propose de « tenter une expérience pour se détendre un peu ».

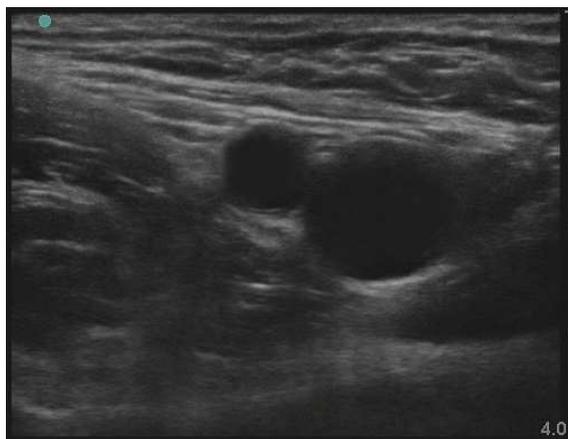
Il reste peu bavard mais semble accepter ma proposition.

Je débute par un VAK, centré sur sa position dans le lit, les bruits alentours, les bruits du bloc opératoire, la climatisation, ma voix, le scope, sa respiration, ses battements cardiaques.

Cela semble l'apaiser par intermittence mais il quitte sa transe à plusieurs reprises en appréhendant systématiquement la réalisation du bloc nerveux à venir.

Je lui propose alors de se concentrer sur l'image de l'échographe.

Et lui suggère de me décrire ce qu'il perçoit comme image, comme on cherche des formes dans les nuages.



³ Cf annexe VIII-1

Il adhère alors parfaitement à cette proposition et, tandis qu'il me décrit les roues d'un vélo, un paysage nuageux, je parviens à anesthésier son bras sans difficulté.

Mickaël est alors emmené en salle d'opération. Son bras est endormi. Mais alors que les infirmières installent les champs opératoires, il se crispe à nouveaux et son anxiété est à nouveau palpable.

Forts de notre première expérience, nous discutons de ses passe-temps favoris et j'entame un VAK qui le plonge dans une transe assez rapide.

Fan de football et de voyages, je suggère à Mickaël de visualiser la salle d'embarquement de l'aéroport avec ses joueurs favoris. Puis d'imaginer un vol aux côtés de son idole qui lui suggérerait de venir jouer un match.

Il visualise alors le terrain de ses rêves, avec ses joueurs fétiches et détaille chaque élément : les gradins, la pelouse, les maillots, le ballon. L'odeur de l'herbe fraîchement tondue. Le bruit des crampons en sortant du vestiaire.

Grâce à un signaling, il m'indique que nous sommes en parfaite congruence.

Son visage est détendu, il a les yeux fermés depuis le début, et respire profondément.

Il entame alors un match dont j'évoque évasivement différents moments, des séquences de jeux, un pénalty, puis des tirs au but.

Je le laisse profiter régulièrement de longs moments de silence où il vit librement son expérience hypnotique.

L'intervention dura près de 2 heures dont il ne perçut que quelques minutes.

Il fit quelques sorties de transes en ouvrant les yeux et replongeait sans difficulté à la moindre suggestion.

Le débriefing, en fin d'intervention fut amusant. Mickaël évoqua à peu près toutes mes suggestions :

La victoire, ses buts magistraux ... Mais ses idoles, loin des stars télévisuelles, n'étaient autres que les joueurs de l'équipe 1 de Saint Pierre, et son terrain d'entraînement était devenu un stadium avec des milliers de personnes !

IV-3. Une endoscopie en safe place⁴

Sarah, 42 ans, est secrétaire médicale.

Elle doit bénéficier d'une fibroscopie oeso-gastro-duodénale sous anesthésie générale en vue d'une chirurgie bariatrique.

Elle est particulièrement perturbée car son entourage ne la soutient pas dans son désir de chirurgie. Sa famille évoque continuellement incidents et décès opératoires et la culpabilise.

Elle arrive au bloc opératoire particulièrement anxieuse et ambivalente, alternant entre culpabilité et joie personnelle d'avancer dans son projet de chirurgie. Elle appréhende de faire une crise d'angoisse, notamment en redoutant l'induction anesthésique en raison d'une claustrophobie. Elle redoute un mauvais réveil comme elle en a déjà vécu lors d'anesthésies précédentes.

Sarah est sensibilisée à l'hypnose puisqu'elle travaille à côté de médecins hypnothérapeutes. Mais elle n'a jamais pratiqué d'hypnose.

Elle accepte bien volontiers, en attendant son passage en salle d'opération, ma proposition de « se détendre et de profiter de ces instants pour se relâcher et rechercher un peu de bien être ».

Nous évoquons alors l'hypnose, les idées reçues, et tandis que nous parlons, j'introduis un VAKOG assez détaillé. Nous sommes dans un couloir avec du passage, des portes s'ouvrent, et j'insiste pour l'installer dans une transe assez profonde.

Alors centrée sur elle-même, sur sa respiration, son relâchement, je lui demande de laisser venir à elle la première image plaisante qu'elle souhaite. Ou une autre, peut être plus plaisante encore. Des éclats de rire peut-être. Tout en restant dans sa transe, elle évoque son récent voyage aux Seychelles.

Et tandis que son visage s'éclaire d'un sourire franc, je lui demande d'approfondir cette image. D'en visualiser chaque détail jusqu'au plus imperceptible, la couleur du ciel, de l'eau, le sable, les grains de sable...

Je la laisse alors profiter de ces beaux moments autant qu'elle le souhaite en attendant son entrée en salle.

Je la retrouve un peu plus tard, en salle opératoire, totalement détendue, évoquant avec l'infirmière anesthésiste le moment de bonheur intense qu'elle venait de vivre.

⁴ Cf annexe VIII-3

Et à nouveau, avant de débiter l'anesthésie, Sarah se plonge dès les premières suggestions de VAK dans une transe où elle rejoint sa safe place, cet endroit régénérant qu'elle venait de « redécouvrir » dont elle gardera au réveil un excellent souvenir.

IV-4. La bande magique

Rudy, 26 ans, est victime d'un accident de scooter.

Après un violent choc, il a glissé de longs mètres sur son bras droit et présente une fracture de l'avant bras et de larges dermabrasions. Il a par ailleurs des traumatismes cérébral et thoracique.

Il doit bénéficier d'une ostéosynthèse de son poignet sous anesthésie locorégionale.

Arrivée en salle d'anesthésie, son bras est bandé, non mobilisable et il n'est pas calmé par les doses massives d'analgésiques reçues.

Là encore, nous nous retrouvons au calme, et en petit comité.

Après une brève discussion, je lui suggère «une expérience afin d'atténuer ses sensations désagréables » en attendant d'endormir son bras.

Bien que paraissant opposant et très sceptique, il accepte de répondre à quelques questions de type « YES SET » : Tu habites Saint Louis ? Tu conduisais ton scooter ? Tu es arrivé aux urgences amené par les pompiers ? Tu entends les bips de surveillance de ton cœur ? Tu te sens plus confortable que lors de ton arrivée ?

Il est très remonté concernant sa prise en charge que je lui demande de me décrire précisément. Il me parle de la douleur de son bras lorsqu'ils ont mis en place le bandage.

Je lui fais préciser ce qu'il ressent à cet instant précis. La douleur est diffuse, insupportable, les bandages le compriment et son poignet le lance en permanence.

Après avoir suggéré de trouver une position « la plus confortable », je lui demande de visualiser les spires de bande qui entourent son bras. Lentement. De visualiser leur contour bleuté, en montant puis en descendant. De ressentir la chaleur des compresses dont il peut percevoir le contact.

Rudy semble enfin apaisé. Il ferme les yeux.

Je lui demande de mettre une autre bande par-dessus son bras. Peut-être la même, peut-être plus épaisse encore. Puis une autre. Et j'adapte la technique du gant magique, de sa main jusqu'à son épaule.



Tandis qu'il me signale ressentir un évident mieux être, je peux alors débuter mon anesthésie et endormir son bras en ponctionnant au niveau de sa clavicule. Il bénéficia alors de son opération en étant transformé, apaisé et relâché.

V- DISCUSSION

Ces 4 cas cliniques résument assez bien mon parcours dans la découverte de la pratique de l'hypnose.

Lors de notre première semaine de formation de DU, beaucoup émettaient des réserves quant à leur capacité à introduire l'hypnose dans leur soin ; une peur de mal faire, de se trouver démuni... De provoquer un effet adverse imprévu...

L'enseignement initial était « lancez-vous ! ». Tant que l'hypnose est pratiquée dans le cadre de ses compétences, avec bienveillance et dans un but thérapeutique : « lancez-vous ! ».

Erickson disait ainsi: *« Si la maladie peut survenir soudainement, la thérapie peut alors survenir tout aussi soudainement »*.

C'est grâce à ce premier patient, que je connaissais personnellement, que j'ai pu me lancer.

« Une expérience initiatique », pour lui comme pour moi. Une intime conviction de se trouver dans le vrai, dans une bonne direction.

Et l'opportunité, comme je l'ai décrit, de renouveler avec ce même patient cette expérience, différemment ; d'explorer de nouvelles possibilités ; et de mieux en percevoir l'étendue.

De ce premier contact est né une réelle curiosité, un engouement inattendu. Une ouverture à la communication hypnotique, une attention particulière aux faux pas des uns et aux mots justes des autres.

Chaque patient était alors un nouveau sujet d'exploration des possibilités, même en pédiatrie.

L'hypnose en pédiatrie est un thème largement abordé. La chirurgie sous anesthésie loco-régionale seule reste rarement pratiquée chez les enfants. Mickaël répondait en tous points à ce besoin d'accompagnement. Et c'est toujours dans ce but de découverte que j'ai accompagné Mickaël plutôt que d'ajouter une sédation médicamenteuse. Sa séance, improvisée, s'est transformée en un accompagnement de plus d'une heure. Une heure à chercher des suggestions, à laisser des temps de pause, alterner entre transe profonde, sortie puis retour en transe. Constaté son adhésion aux suggestions, introduire des signaling francs.

C'était une nouvelle occasion, lors du débriefing, de prendre conscience de la dissociation spatio-temporelle sous hypnose. Mickaël n'avait perçu que quelques dizaines de minutes au lieu du temps réellement passé.

Ainsi, en quelques semaines de pratique, en y associant lectures et partage d'expériences, je me suis senti meilleur dans ma façon d'exercer. Comme possédant une nouvelle corde à mon arc.

J'ai aussi connu quelques déceptions, des non adhésions de patients, où l'anesthésie générale s'avérait bien plus efficace et radicale !

Ainsi, Montgomery en 2002, affirmait que 89% des patients chirurgicaux seulement pouvaient bénéficier d'hypnose et avaient donc un degré d'hypnotisabilité suffisant pour avoir un bénéfice clinique. [33]

Mais certains principes nécessitent parfois d'être rappelés bien qu'évidents comme énonçait De Shazer :

«- Si ce n'est pas cassé, ne réparez pas.

-Une fois que vous savez ce qui marche, faites-le plus.

-Si cela ne marche pas, ne recommencez pas, faites autre chose.»

Et enfin d'ajouter : *« les thérapeutes devraient aussi résister à la tentation de faire quoi que ce soit de plus »*. [34]

Il y eut aussi des moments de non disponibilité. Une discrète culpabilité au départ, à ne pas « avoir envie », ou ne pas être prêt à accompagner un patient qui aurait pu en bénéficier.

Sarah m'a quant à elle demandé d'être présent lors de son anesthésie et m'avait fait part de ses angoisses.

J'ai alors pu établir une réelle séance d'hypnose, plus construite, plus aboutie selon moi. Avec une première séance, à propos de laquelle de Shazer disait : *« une des tâches minimales (quoique ni simple ni facile) que doit accomplir un thérapeute au cours de la première séance, et peut-être aussi au cours des séances suivantes, est d'induire un doute dans l'esprit du patient en ce qui concerne les points de vue qu'il adopte et les comportements qui en résultent. »* [34]

J'ai ainsi pu introduire des ancrages et des suggestions dont elle m'a confirmé se servir encore.

Enfin, le cas de Rudy, où la bande magique enseignée en hypnose prend tout son sens. C'est un cas particulièrement visuel, riche en enseignements pour les non initiés, qui peuvent franchement objectiver la rapidité de l'installation de la transe et son utilité pour le soin.

De ces 4 cas, j'ai acquis une conviction de la place de l'hypnose dans ma pratique anesthésique. J'ai pu développer et explorer des techniques hypnotiques dans lesquelles je suis plus confortable. Et j'aime désormais partager ces expériences avec des collègues non initiés.

VI- CONCLUSION

En dépit d'un scepticisme encore présent dans le grand public et chez de nombreux soignants, l'hypnose est devenue une entité scientifique à part entière, grâce notamment aux progrès de la recherche fondamentale.

Après plus de 200 ans de recherches et de pratique, les champs d'application de l'hypnose n'ont jamais paru plus vastes. Tout particulièrement dans le domaine du soin.

Au sein de l'hôpital, de nombreux personnels commencent à être formés ou sont sensibilisés à l'hypnose.

Médecins, mais aussi psychologues, infirmiers, aides-soignants.

Nous observons ainsi un réel transfert de savoir entre les soignants, une sensibilisation lors de la prise en charge des patients.

Le bloc opératoire et l'urgence apparaissent comme des situations idéales à l'utilisation du matériel hypnotique. Les patients sont le plus souvent dans une détresse ou un état d'anxiété qui rend probablement leur hypnotisabilité, ou au moins leur suggestibilité, accrues.

Pour paraphraser le Dr Arnaud Gouchet, un naufragé qui se noie ne regarde pas la couleur de la bouée qu'on lui envoie, il la saisit.

Cet enseignement apparaît primordial pour accroître la sensibilisation des personnels soignants à l'hypnose et leur permettre de s'autoriser à accompagner et à parler avec les patients sans frein ni appréhension, dans le seul but de mieux les accompagner.

Mes attentes lors de l'inscription au diplôme d'hypnose médicale et thérapeutique ont été dépassées. Ce n'est pas une remise en question de mes pratiques, mais un nouvel aspect de ma profession que j'ai découvert. Une ouverture à l'autre, différente que celle que je percevais, « un pas de côté ».

Un développement personnel aussi, où s'invite un réel plaisir à créer une relation unique avec le patient, mêlant intuition, écoute attentive et créativité.

Afin que chaque séance d'hypnose soit une nouvelle première fois.

Comme le citait Malarewicz :

«De cette créativité et de cette intuition dépend la pertinence du travail thérapeutique. Une des notions fondamentales qu'a développée Erickson est le fait que chaque être humain est unique et que chaque thérapie doit également être unique. Pour pratiquer l'hypnose clinique, le thérapeute a

moins besoin de théorie que d'intuition et de créativité. Même s'il s'agit là de notions très subjectives, il est difficile de ne pas mentionner ici qu'il semble bien que, lorsqu'il utilise l'hypnose, un thérapeute est lui-même dans un processus hypnotique et que, de ce fait même, sa créativité et son intuition se trouvent exacerbées. Il en résulte qu'il est généralement inutile de préparer une séance d'hypnose. Tout se passe comme si la créativité du thérapeute se mobilise sans qu'il ait besoin de forcer. [...] Dans le contexte de l'hypnose, l'intuition est entendue comme une qualité de pragmatisme dans l'utilisation que fait le thérapeute de ce que montre le patient, notamment dans son langage non verbal, et sa capacité à s'engager dans une logique d'essais et d'erreurs pour faire de la thérapie une entreprise nécessairement heuristique pour son patient. [...] L'intuition ne relève ni de la magie, ni de la perception extrasensorielle. Elle relève d'un bon usage, même s'il reste en grande partie inconscient du langage non verbal. Cependant, elle intervient sans doute au moins autant qu'une bonne théorie ». [35]

VII- BIBLIOGRAPHIE

1. Aide mémoire hypnothérapie, Antoine Bioy, Isabelle Célestin-Lhopiteau, Collection: Aide-Mémoire, Dunod, Février 2014 – préface – page V
2. Bioy A. Bourgeois F. Nègre I. La communication entre soignant et soigné. Repères et pratiques. Bréal ; 2013 : 60.
3. Hatton F, Tiret L, Maujol L, et coll. Enquête épidémiologique sur les accidents d'anesthésie. Premiers résultats. Ann Fr Anesth Réanim. 2:331-386, 1983
4. Bainbridge, D., Martin, J., Arango, M., & Cheng, D. (2012). Perioperative and anaesthetic-related mortality in developed and developing countries: a systematic review and meta-analysis. The Lancet, 380(9847), 1075-1081.
5. Laycock GJ. Hypoxemia during recovery from anesthesia : an audit of children after general anesthesia
a for routine elective surgery. Anesthesia 1988 ; 43 : 985- 987.
6. Kain ZN. Preoperative anxiety and emergence delirium and postoperative maladaptive behavior. Anesth Analg. 2004 ; 99 : 1648-1654
7. Kain ZN. Distress during the induction of anesthesia and postoperative behavioral outcomes. Anesth Analg. 1999 ; 88 :1042-1047.
8. Merskey H. Classification of chronic pain. Seattle. IAPS Press 1994.
9. Harrison GR. History of anaesthesia. Anaesthesia. 2003 Aug;58(8):825.
10. « Ablation d'un cancer du sein pendant un sommeil magnétique », Archives générales de Médecine, tome XX, mai 1829, p. 131
11. Albrecht H. K. Wobst. Hypnosis and Surgery: Past, Present, and Future. Anesth Analg 2007;104 (5):1199-208
12. Rey R. Histoire de la douleur. Paris : La découverte, 2000.
13. Claude Bernard, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* (1865), Paris, Belfond, 1966, chapitre 2, « Du doute dans le raisonnement », p. 97-100.
14. Gorton BE. The physiology of hypnosis. Psychiatr Q 1949;23:317-43,457-85
15. Maquet P, Faymonville ME, Degueldre C, Delfiore G, Franck G, Luxen A, et al. Functional neuroanatomy of hypnotic state. Biol Psychiatry 1999;45(3):327-333

16. Faymonville ME, Laureys S, Degueldre C, Delfiore G, Luxen A, Franck G, et al. Neural Mechanisms of Antinociceptive Effects of Hypnosis. *Anesthesiology* 2000;92(5); 1257-67
17. Hick G, Fraymonville ME. Hypnose en anesthésie. 53^o congrès de la Société Française d'Anesthésie Réanimation. 2011
18. Devinsky O, Morrell MJ, Vogt BA. Contributions of anterior cingulate cortex to behaviour. *Brain* 1995;118(1); 279-306
19. Hilgard ER, Morgan AH. Heart rate and blood pressure in the study of laboratory pain in man under normal conditions and as influenced by hypnosis. *Acta Neurobiol Exp* 1975;35(5-6):741-759
20. Ashton C Jr, Whitworth GC, Seldomridge JA, Shapiro PA, Weinberg AD, Michler RE, et al. Self-hypnosis reduces anxiety following coronary artery bypass surgery. A prospective, randomized trial. *J Cardiovasc Surg* 1997;38(1):69-75
21. Goldmann L, Ogg TW, Levey AB. Hypnosis and daycase anaesthesia. A study to reduce pre-operative anxiety and intra-operative anaesthetic requirements. *Anaesthesia* 1988;43(6):466-9
22. Saadat H, Drummond-Lewis J, Maranets I, Kaplan D, Saadat A, Wang SM, et al. Hypnosis reduces preoperative anxiety in adult patients. *Anesthesia Analgesia* 2006;102(5);1394-6
23. Schnur JB, Bovbjerg DH, David D, Tatrow K, Goldfarb AB, Silverstein JH, et al. Hypnosis Decreases Presurgical Distress in Excisional Breast Biopsy Patients. *Anesth Analg* 2008;106(2);440-4
24. Montgomery GH, Weltz CR, Seltz M, Bovbjerg DH. Brief presurgery hypnosis reduces distress and pain in excisional breast biopsy patients. *Int J Clin Exp Hypn* 2002;50(1);17-32
25. Lang EV, Berbaum KS, Faintuch S, Hatsiopoulou O, Halsey N, Li X, et al. Adjunctive self-hypnotic relaxation for outpatient medical procedures: a prospective randomized trial with women undergoing large core breast biopsy. *Pain* 2006;126(1-3);155-64
26. Montgomery GH, Bovbjerg DH, Schnur JB, David D, Goldfarb A, Weltz CR, et al. A Randomized Clinical Trial of a Brief Hypnosis Intervention to Control Side Effects in Breast Surgery Patients. *J Natl Cancer Inst* 2007;99(17):1304-12
27. Enqvist B, Fischer K. Preoperative hypnotic techniques reduce consumption of analgesics after surgical removal of third mandibular molars- A brief communication. *Int J Clin Exp Hypn* 1997;45(2); 102-108
28. Burkle CM, Jankowski CJ, Torsher LC, Rho EH, Degnim AC. BIS monitor findings during self-hypnosis. *J Clin Monit Comput*, 2005;19(6);391-393

29. Bioy A, Wood C, Célestin-Lhopiteau I. L'Aide-mémoire d'hypnose-en 50 notions. 1^{ère} éd. Paris: Dunod; 2010
30. Rainville P. Hypnosis and the analgesic effect of suggestions. Pain. 2008 Jan;134(1-2):1-2. Epub 2007 Nov 26.
31. Olness K, Kohen DP. Hypnosis and hypnothérapie with children. The Guilford Press, 3e édition, 1996.
32. Bellet P. L'hypnose. Paris : Odile Jacob, 2002, 290p
33. Montgomery GH, Weltz CR, Seltz M, Bovbjerg DH. Brief surgery hypnosis reduces distress and pain in excisional breast biopsy patients. Int J Clin Exp Hypn, 2002; 50 : 17-2
34. De Shazer S. Keys to Solution in Brief therapy. New York : W.W. Norton & Company Inc., 1985. Traduction française : Clés et solutions en thérapie brève. Bruxelles : Satas, 1996.
35. Malarewicz JA. Cours d'hypnose clinique. Etudes ericksoniennes. Paris : ESF, 1990.

VIII- ANNEXES – FILM JOINT

<https://dl.dropboxusercontent.com/u/79062177/Hypnose.wmv>

VIII-1. 0 à 5'50 : Du foot au bloc opératoire

Commentaires :

12s : signaling

15s : Suggestion match de football

34s : signaling

1'12s : mouvement de tête en transe et signaling

VIII-2. 5'51 à 6'42 : Débriefing d'un accompagnement hypnotique pour fibroscopie œsogastroduodénale

VIII-3. 6'42 à 10'08 : Une endoscopie en safe place

Commentaires :

7'21s : suggestion à l'induction

7'45s : ancrage sur les bips

8'09s : suggestion post-hypnotique

VIII-4. 10'08 à 13'19 : Une embolisation artérielle

Commentaires :

10'46 : Yes set à l'induction

12'23 : Patiente garde les yeux ouverts durant toute sa transe qui reste légère

VIII-4. 13'19 à 17'10 : Une artériographie cérébrale

Commentaires :

13'30 : signaling

13'39 : verbalisation sans quitter sa transe

13'54 : perturbation par le personnel, sortie de transe

14'08 : retour en transe très rapide

14'30 : Ponction douloureuse

14'38 : analogie avec les guêpes

15'19 : signaling et retour en transe

15'36 : dissociation, visualisation de sa route