



HAL
open science

L'hypnose en chirurgie plastique : à propos de 10 cas d'otoplasties sous hypnoanalgésie et anesthésie locale

Alexis Delobaux

► **To cite this version:**

Alexis Delobaux. L'hypnose en chirurgie plastique : à propos de 10 cas d'otoplasties sous hypnoanalgésie et anesthésie locale . Chirurgie. 2016. dumas-01464431

HAL Id: dumas-01464431

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01464431>

Submitted on 5 Apr 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
Spécialité Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique

Présentée et soutenue publiquement par

Alexis DELOBAUX

Le Vendredi 09 Décembre 2016

**L'HYPNOSE EN CHIRURGIE PLASTIQUE
A PROPOS DE 10 CAS D'OTOPLASTIES SOUS HYPNOANALGESIE ET
ANESTHESIE LOCALE**

Le Président de Jury,

Monsieur le Professeur Bernard DEVAUCHELLE

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier, Responsable du Service de Chirurgie Maxillo-faciale
CHU Amiens-Picardie, Pôle des 5 Sens
Docteur Honoris Causa de l'Université de Louvain Belgique
Chevalier dans l'ordre de la Légion d'Honneur
Commandeur dans l'Ordre des Palmes Académiques
Officier dans l'Ordre National de la Légion d'Honneur

Les Juges,

Madame le Professeur Véronique MARTINOT-DUQUENNOY

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier en Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique
Service de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique, CHRU Lille

Monsieur le Professeur VERHAEGHE

Professeur des Universités- Praticien Hospitalier en Chirurgie Générale et Digestive
Service de Chirurgie Générale et Digestive, CHU Amiens
Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie" (DRIME)
Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Monsieur le Professeur Jean-Marc CONSTANS

Professeur des Universités- Praticien Hospitalier Service de Radiologie et Imagerie médicale-Pole Imagerie
Médecin Praticien Hospitalier, Service de Radiologie, CHU Amiens-Picardie

Monsieur le Docteur Julien DAVROU

Médecin Praticien Hospitalier, Service de Chirurgie Maxillo-faciale, CHU Amiens-Picardie

Monsieur le Docteur Massimo GIANFERMI

Médecin Praticien Hospitalier, Service de Chirurgie Plastique, CH Beauvais

Le Directeur de Thèse,

Monsieur le Dr Quentin QASSEMYAR

Médecin Praticien Spécialiste des Centres de Lutte Contre le Cancer, Département de Carcinologie
Cervico-Faciale, Institut Gustave Roussy

CITATIONS

« L'entendement humain ne conçoit le monde extérieur que suivant des concepts qui lui furent imposés »

P. Delbet

« Osez essayer et essayez toujours, si vous échouez, et vous échouerez souvent, vous aurez au moins l'âpre satisfaction d'avoir entrepris »

P. Delbet

« Ce n'est pas parce que les choses sont difficiles que nous n'osons pas les faire.
C'est parce que nous n'osons pas les faire qu'elles sont difficiles »

Sénèque

« Un voyage de mille lieues a commencé par un pas »

Lao-tseu

« On ne voit bien qu'avec le cœur, l'essentiel est invisible pour les yeux »

A. De Saint-Exupéry

« La source désapprouve presque toujours l'itinéraire du fleuve »

J. Cocteau

« Un véritable ami est le plus grand de tous les biens et celui de tous qu'on songe le moins à acquérir »

La Rochefoucauld

« Tu peux, à l'heure que tu veux, te retirer en toi-même. Nulle part, en effet, l'Homme ne trouve de plus tranquille et de plus calme retraite que dans son âme »

Marc Aurèle

« Il n'existe rien de constant si ce n'est le changement »

Le Bouddha

« Choisis un travail que tu aimes, et tu n'auras pas à travailler un seul jour de ta vie »

Confucius

« Plus les circonstances seront contre toi, plus ta force intérieure sera éclatante »

Vivekânanda

« L'élément corporel donne la prise avec laquelle on peut saisir le spirituel »

F. Nietzsche

« Ce qu'il y a de plus profond en l'Homme, c'est la peau »

P. Valéry

« Que dit ta conscience ? Tu dois devenir ce que tu es. »

Nietzsche

« Quand tu veux quelque chose, tout l'Univers conspire à te permettre de réaliser ton désir »

P. Coelho

« Les convictions sont des ennemis de la vérité plus dangereux que les mensonges »

F. Nietzsche

« Il y a plus de choses qui nous font peur qu'il n'y en a qui nous écrasent, et nous souffrons plus souvent en imagination qu'en réalité »

Sénèque- lettre à Lucilius

« L'hypnose, c'est une relation pleine de vie qui a lieu dans une personne et qui est suscitée par la chaleur d'un autre »

M. Erickson

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Pr Devauchelle,

J'ai été très honoré d'avoir été votre élève, aussi court que cela a pu l'être.

Vous écoutez me compter des chapitres de l'histoire de la Médecine alors que je vous assistais me laissera un souvenir tout à fait singulier, tout autant que votre pédagogie, votre grande disponibilité et vos traits d'humour imprévisibles.

Je vous remercie de m'avoir permis d'effectuer une intervention sous hypnose dans votre service.

A Madame le Pr Martinot-Duquennoy,

Vous avez été la première à me conseiller, m'orienter dans des choix parfois difficiles.

Comme je vous l'ai déjà dit, vous avez ce quelque chose qui suscite des vocations.

A la fois disponible, à l'écoute, profondément humaine et ouverte, vous n'en êtes pas moins exigeante, extrêmement rigoureuse et êtes en cela un modèle pour beaucoup d'entre nous.

Ces 6 mois passés à votre contact et à celui de votre équipe m'ont beaucoup apporté.

Je vous remercie de m'avoir permis d'effectuer ces interventions sous hypnose dans votre service.

A Monsieur le Pr Verhaeghe ,

Vous incarnez auprès des internes la figure paternelle que l'on aimerait toujours avoir auprès de soi. A la fois d'une grande disponibilité et toujours à l'écoute, vos conseils précieux en ont aidé plus d'un et je suis très reconnaissant pour l'aide que vous avez pu m'apporter.

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail.

A Monsieur le Pr Constans,

Votre enthousiasme lorsque je vous ai présenté mon travail ainsi que votre disponibilité ont été très encourageants pour moi.

C'est avec plaisir que je participerai aux futurs projets de recherche associant imagerie fonctionnelle et hypnose. Merci d'avoir accepté de juger mon travail.

A Monsieur le Dr Julien Davrou,

Merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir confié un de tes patients.

Tu es pour moi un chirurgien hors pair, ta dextérité, ta précision et ta capacité d'adaptation en toutes situations ont été un modèle d'apprentissage pour moi.

A la fois d'un calme et d'une constance sans comparaison, tes qualités humaines, ton sens de l'écoute, ta disponibilité et ta gentillesse font de toi un chef idéal.

Merci pour tout !

A Monsieur le Dr Gianfermi,

Massimo, je ne sais par où commencer pour te décrire tant le personnage (et je pèse mes mots) est multiple. A la fois chirurgien, réparateur de Nespresso et d'iPhone, garagiste, informaticien, coach personnel et j'en oublie beaucoup.

J'avais, comme tout le monde, beaucoup entendu parler de toi avant de te rencontrer et l'Homme dépasse de loin la légende.

Tu es certainement la personne qui m'ait le plus réprimandé et je t'en remercie.

Comme je te le dis souvent tu m'as appris une grande partie de ce que je sais, bien au-delà de la technicité chirurgicale.

Avec toi, j'ai pu découvrir ce que le mot « compagnonnage » signifiait réellement.

Avoir été ton interne fut un chemin long et difficile, être ton ami sera je l'espère une histoire pleine de surprise et encore plus longue...

Comme tu le dis si bien : « Demain il fera jour ! »

A Monsieur le Dr Qassemyar,

Quentin, je dois avouer que je manque de place pour te dire tout ce que j'ai sur le cœur.

Tu as changé ma grille de lecture de la chirurgie pour y incorporer un cadre artistique, esthétique, tu m'as appris à mettre du « contraste » sur mes plans de dissection, tu m'as appris à respecter les tissus et à y « peindre » ce que je voulais y voir, parce que pour toi, la sensibilité en chirurgie a peut-être autant de place et d'importance que dans un bon Kundera. Je crois n'avoir jamais eu autant de fous rires au bloc opératoire qu'avec toi. Maintenant j'arrive un peu mieux à situer le néant...

La chance d'avoir été ton interne n'est rien à côté du trésor qu'est l'amitié que tu m'offres.

A Monsieur le Pr Assaker,

Votre présence m'aurait comblé de joie et beaucoup de mes proches auraient aimé vous remercier à nouveau. Je ne serai probablement pas à cette place sans vous, vous avez été une source d'inspiration et de motivation inépuisable. Je vous remercie d'avoir pris tant de temps pour moi et je sais ô combien il est précieux, votre gentillesse et votre humanité ont été et seront un modèle pour les années à venir.

Merci.

A Monsieur le Pr Sinna,

Votre habileté chirurgicale et votre technicité impressionnantes ont été un modèle d'enseignement particulièrement riche, tout autant que votre état d'esprit antidogmatique de perpétuelle remise en question des poncifs dont notre milieu souffre malheureusement encore beaucoup trop. Je vous remercie de m'avoir permis d'intégrer cette passionnante spécialité,

A Machette, qui de là où elle me regarde, j'en suis sûr, me sourit tendrement.

Si je suis ici aujourd'hui c'est en grande partie grâce à toi, tu m'as donné goût à ces choses qui font que le monde est si riche, la philosophie, la littérature, le théâtre, le jazz, la bonne cuisine et le bon vin. Jamais d'accord avec moi mais toujours prête à débattre.

Je suis nostalgique de ces moments passés à t'écouter me compter tes mille et une aventures africaines et heureux d'avoir pris part à la dernière ! Il était quand même bien cet arbre à saucisses ! J'ai encore en mémoire l'odeur de cette part de pizza et l'expression de ton visage. Je te dédie ce travail.

A Papy, qui de là où il me regarde, j'en suis sûr, me sourit tendrement. Papy, tu me l'as répété et écrit dans ta dédicace sur ce livre du petit inventeur.

« Dans la vie, il faut étudier, étudier, étudier [...] étudier ... », alors c'est ce que je fais, J'étudie et je ne compte pas m'arrêter de sitôt, même si je n'ai pas fait l'ENA comme toi, il y a beaucoup d'autres choses à étudier. Je regrette de n'avoir pu passer plus de temps avec toi, même si tu n'es pas très loin.

A ma Mère, formidable, rayonnante, passionnée, humaine, tu as ce quelque chose de magique en toi qui fait du bien aux gens, une inexplicable lumière.

Rien de ce qui m'est arrivé n'aurait été possible sans toi, au-delà de m'avoir offert la Vie, tu m'as donné une Vie, ce qui est bien différent à mon sens. Ton indéfectible soutien, ta présence quotidienne et ton Amour incommensurable m'ont porté jusqu'à ce jour. Je te dédie ce travail.

A Charles, mon frère cadet à qui j'en ai fait voir de toutes les couleurs et qui est maintenant un Homme en devenir. Je suis fier de toi mon frère, tu es épanoui et heureux dans la voie qui est la tienne et je suis surpris de voir tes progressions de mois en mois, ta dextérité et ta sensibilité à fleur de peau sont tes meilleurs alliés.

J'espère qu'on le reverra un jour cet arbre à saucisses !

A Jeanne et Edouard, la prunelle de mes yeux, ma joie, je suis un grand frère comblé par tout le bonheur que vous m'apportez.

Je vous revois encore assis à côté de moi, essayant de prononcer des syllabes et parfois même des mots pour faire plaisir à votre grand frère. Le temps passe et vous voilà bientôt bacheliers !

A mon Père, *sans qui je n'aurai pu développer sensibilité, créativité et sens artistique.*

Ces incalculables heures passées dans ton atelier à manier la terre glaise et à fabriquer des poteries inutilisables ont sans nul doute leur part de responsabilité dans mon choix professionnel. Tu as su me donner goût à la lecture, à la mécanique des deux roues et surtout à l'Art, sans toi je ne serai peut-être pas capable de m'extasier devant Munch, Picasso, Rodin ou Bacon ni encore moins capable de dessiner, peindre ou sculpter.

A Manel Hanafi, *sans qui je n'aurai pu réaliser les questionnaires essentiels à l'évaluation de l'Hypnose sur nos jeunes patients.*

A mes amis, Matthieu, Maxime, Franck, Ingo, Amaury, Mariem, Annis, Stéphan, Julien, Nassim mon éternel compagnon de galères, Momo mon seul ami scaphocéphale, Yassine, Ahmad, Mathilde, Keegan, *votre amitié est un des plus beaux présents qu'il m'ait été donné de recevoir, que ces prochaines années soient encore plus riches que les précédentes.*

A mes amis d'internat, Eva, Thomas, Nolwenn, Flavien, Marine, Déborah, Marianne, Julie, Gaby, Az, Grég, Matthias, Marion, Juma, Olivier, et tous ceux que j'oublie.

A tous ceux qui m'ont donné envie de faire ce métier et au contact de qui j'ai appris l'art délicat de soigner, Dr Quiroz, le premier plasticien m'ayant prêté son bistouri, le Dr Amaury Trevo Ribas, le Dr Coviaux, Vincent, le Dr Jemali, le Dr Frigah, le Dr Galez, les Dr Clairemidi, Wavreille et Mouliade qui m'ont ouvert sur cette fantastique discipline qu'est la chirurgie de la main, le Dr Balaguer, le Dr El Yazidi à qui je transmets toute mon affection et avec qui j'espère travailler, le Dr Renard, le Dr Metmer, le Dr Michel, les Dr Gahagnon avec qui j'ai beaucoup appris, le Dr Corbisier, encore merci pour tout Nico !, le Pr Danino, le Dr Vanesson, le Dr Kahn, Nico, le Dr Chapon, le Dr Patin, le Dr Parison, le Dr Sader, le Pr Testelin, le Dr Baguidi, le Dr Foissac, le Dr Fernandez, le Dr Cumbo, le Dr Bou-Merhi et tous ceux que j'aurai pu oublier.

Je remercie également les IDE et secrétaires du service de chirurgie plastique du CHU d'Amiens, Valérie, Fred, Béné, Emilie, Joëlle, Christine, Pascal, Anne ainsi que tous ceux avec qui j'ai pu travailler au cours de mon Internat.

Je remercie tout particulièrement le Dr Bannier, chirurgien hors pair, érudit, méticuleux, extrêmement précis et délicat, doté d'une gentillesse et d'une pédagogie incomparables et au contact duquel j'ai appris énormément. Merci infiniment Dr Bannier.

A mon ange, Jenny, qui a été d'une grande aide dans la réalisation de ce travail et qui a réussi à me supporter le temps de sa rédaction et depuis plusieurs années, merci pour ton Amour incommensurable et ton soutien indéfectible.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	8
CHAPITRE I. QU'EST-CE QUE L'HYPNOSE ?.....	11
A. Définition de l'hypnose	11
B. Hypnotisabilité.....	11
C. L'état hypnotique.....	12
a. L'induction de l'état hypnotique.....	12
b. L'état hypnotique	13
c. Les signes cliniques.....	13
CHAPITRE II. HISTOIRE ET GRANDES FIGURES DE L'HYPNOSE.....	15
A. Antiquité.....	15
B. Moyen-Age et Lumières	16
a. Alexandre de Tralles (525-605)	16
b. Maïmonide (1135-1204)	16
c. Saint Thomas d'Aquin (1225-1274)	16
d. Paracelse (1493-1541)	16
C. Du Magnétisme animal à l'Hypnose.....	17
a. Franz Anton Mesmer (1734-1815)	17
b. Armand Marie Jacques de Chastenet de Puysegur (1751-1825)	20
c. José Custodio de Faria (1755-1819)	21
d. Alexandre Bertrand 1795-1831)	23
e. James Braid et l'hypnotisme (1795-1860)	23
f. James Esdaile, le chirurgien hypnotiseur des Indes (1808-1859)	24
g. Ambroise Auguste Liébeault (1823-1904)	26
h. Hippolyte Bernheim (1840-1919).....	27
i. Jean Martin Charcot (1825-1893).....	29
j. Santiago Ramon Y Cajal, Le Prix Nobel (1852 – 1934)	30
k. Pierre Janet (1859-1947).....	31
l. Sigmund Freud, hypnose et naissance de la psychanalyse (1856-1939)	32
D. Vers l'hypnose contemporaine.....	33
a. L'hypnose dans le traitement des névroses de guerre	33
b. Milton Hyland Erickson, père de l'hypnose moderne.....	33
c. Déclin et renouveau de l'Hypnose en France.....	35

CHAPITRE III. PHENOMENES HYPNOTIQUES ET NEUROSCIENCES	37
A. L'hypnose dans les faits.....	37
B. L'électroencéphalographie.....	38
C. L'imagerie fonctionnelle IRMF et ETP.....	38
D. Etudes cliniques sur la douleur	43
E. Du point de vue de la psychologie.....	45
a. Dissociation.....	46
b. Régression ontogénétique.....	46
CHAPITRE IV. 10 OTOPLASTIES SOUS HYPNOSE.....	48
A. Introduction	48
B. Méthodes et patients.....	49
C. Résultats.....	52
D. Discussion	60
CONCLUSION	64
ANNEXES	65
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	69
LISTES DES ABRÉVIATIONS.....	72

INTRODUCTION

Loin des démonstrations spectaculaires de « transe magnétique » de Messmer autour du baquet ou des conceptions de Charcot, Bernheim ou Freud, l'Hypnose occupe aujourd'hui une place grandissante dans de nombreux blocs opératoires dans le monde et voit son utilisation croître en France depuis quelques années (7,8).

Les publications des équipes y ayant recours de façon systématique semblent témoigner de l'efficacité, de l'innocuité et des bienfaits de cet outil fiable, reproductible et adaptable à chaque patient (12).

La chirurgie plastique pédiatrique est un domaine de choix pour l'utilisation des techniques hypnotiques du fait de la grande suggestibilité des sujets d'âge jeune (29).

Né d'une simple curiosité envers un phénomène ésotérique en apparence, l'intérêt grandissant de l'auteur de ce travail pour l'hypnose le conduit à participer à une formation universitaire sur une année dans le but d'appliquer les techniques hypnotiques au bloc opératoire.

Il semblerait que l'utilisation de l'hypnose en pré et peropératoire soit bénéfique à plusieurs niveaux de prise en charge tels que la communication avec le patient, l'anxiété ressentie face à une intervention, la diminution de la douleur et de la durée de séjour ou encore la réhabilitation postopératoire.

L'Hypnose, technique de communication, est un outil relationnel, linguistique, de focalisation et de dissociation de la conscience. Quatre-vingts pour cent des personnes ayant reçu une formation à l'hypnose, changeront leur façon de communiquer au profit de ce qu'on appelle l'hypnose conversationnelle, (24) supérieure à l'empathie en termes d'efficacité relationnelle (48).

L'activité du cerveau étant modifiée par la nature des mots utilisés lors de la communication, l'on comprendra l'importance d'éviter les signifiants appartenant au champ lexical de la douleur, susceptibles à eux seuls d'activer la matrice de la douleur (63).

Par ailleurs, focaliser la conscience, sous la forme d'une distraction de l'attention, est plus efficace en termes de communication et de prise en charge des émotions que la réassurance des proches (51).

L'anxiété, manifestation commune face à une intervention est présente chez 40 % des patients. Les conséquences de cette anxiété sont non seulement d'ordre psychologique, mais aussi

somatiques. L'anxiété péri opératoire est diminuée par l'hypnose. Pour deux groupes de patients ayant une thyroïdectomie, l'un sous hypnose et l'autre sous anesthésie générale, on observe une diminution significative de l'anxiété dans le groupe « Hypnose » (34). Il semblerait que l'anesthésie générale ne soit pas à l'origine de l'anxiété ressentie par les patients.

Lorsqu'on compare l'anxiété lors des pansements réalisés chez deux groupes de 30 patients brûlés sur 25% de la surface corporelle, l'un bénéficiant de techniques de relaxation classique et l'autre étant placé en état de transe hypnotique, il apparaît une réduction significative de l'anxiété avant, pendant et également après les pansements dans le groupe hypnose en comparaison avec le groupe relaxation (36).

Ces différences sont également retrouvées chez les douloureux chroniques (18).

Chez des patients ayant bénéficié d'une prise en charge hypnotique préopératoire, on retrouve une diminution de l'anxiété à l'entrée et à la sortie du bloc opératoire (65).

Ceci est également objectivé en préopératoire chez les enfants (17).

Toutes ces études corroborent avec notre expérience clinique, en effet, le confort est consubstantiel à la transe, vécue comme une expérience agréable par les patients, à ce point que certains d'entre eux nécessitent parfois 30 mn ou plus avant de quitter cet état.

L'utilisation de l'hypnose pour contrôler la douleur n'est pas le fait de nos sociétés modernes, en 1829, devant tout un amphithéâtre, le chirurgien Jules Cloquet effectue une mastectomie chez une patiente auparavant hypnotisée ; celle-ci ne ressent aucune douleur.

On citera également James Esdaille, chirurgien à Calcutta, qui est le premier à publier une série de plus de 300 cas de chirurgie majeure pour lesquels, il n'utilise que l'analgésie hypnotique.

L'avènement de l'anesthésie chimique vers 1850, technique beaucoup plus reproductible et plus fiable, fera plonger l'hypnose analgésique dans l'oubli pendant plus de cent ans.

Depuis 1990 de nombreuses équipes mettent en évidence non seulement une modification de l'évaluation subjective de la douleur, mais aussi des modifications objectives de l'activité cérébrale régionale. Ces découvertes ont permis la réintroduction récente de l'hypnose en milieu hospitalier.

Citons l'étude de Faymonville, réalisée en 2003 et objectivant que, lors d'un stimulus douloureux, l'hypnose permet une augmentation du débit sanguin régional observé au niveau cingulaire antérieur, mais aussi une modification de sa connectivité avec d'autres régions impliquées dans la gestion de la douleur.

Les sujets hypnotisés ont rapporté une diminution de 50% environ de la douleur par rapport au groupe contrôle (37).

Il serait aisé de réduire l'hypnose à un simple effet placebo, cependant les deux phénomènes ne procèdent pas de concepts similaires. En effet, l'analgésie placebo se réfère à un processus d'apprentissage, où une source extérieure peut être à l'origine d'un soulagement alors que l'analgésie hypnotique se réfère à une capacité innée et autodirigée à modifier ses propres perceptions.

Par ailleurs, plusieurs caractéristiques les séparent, l'efficacité de l'effet placebo est de 30 à 35% contre 50% pour l'hypnose, les effets antalgiques placebos sont antagonisés par la naloxone qui n'a par contre aucun effet sur l'analgésie induite par hypnose (42) et les images obtenues en neuro-imagerie diffèrent entre effet placebo et hypnose (11).

Autre avantage de cette technique, la diminution des durées de séjour, retrouvée dans tous les travaux comparant anesthésie générale et hypnose. A l'heure où la généralisation des séjours ambulatoires et le contrôle des dépenses de santé sont maîtres mots, l'hypnose apparaît être l'une des solutions au problème du coût de la santé.

Enfin, différentes études semblent prouver l'intérêt de l'hypnose dans la réhabilitation postopératoire.

Les thyroïdectomies effectuées sous hypnosédation autorisent des reprises plus précoces de l'activité sociale (39).

Pour la chirurgie du canal carpien, il semblerait que l'hypnose conversationnelle permette de diminuer l'incidence des douleurs chroniques (5).

Les nombreux avantages apportés par l'introduction de cette technique au bloc opératoire, tant pour le patient et l'équipe soignante qu'en termes d'économie de santé font de l'hypnose un outil dont le développement et la diffusion pourraient transformer durablement nos pratiques.

Nous nous attacherons en première partie à faire la lumière sur l'histoire de l'Hypnose, présenter les grandes figures qui ont pu marquer son développement et décrire les phénomènes hypnotiques et leurs corrélats neurophysiologiques.

La deuxième partie sera consacrée aux cas cliniques d'otoplasties réalisés sous hypnose et anesthésie locale et s'achèvera par une ouverture sur la place occupée par l'hypnose dans notre médecine contemporaine.

CHAPITRE I. QU'EST-CE QUE L'HYPNOSE ?

A. Définition de l'Hypnose.

Il n'existe pas de définition consensuelle de l'Etat Hypnotique, en revanche, de nombreux points de vue sur cet état de conscience particulier enrichissent et élargissent sa compréhension.

Étymologiquement, l'hypnose dérive de « **hypnos** » = « **sommeil** » et se dit aussi d'un engourdissement profond et, par image, de la mort ; Hypnos est le frère de Thanatos (7).

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

La British Medical Association (1955) décrit « *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 stimuli verbaux ou autres* ».

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

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

Loin de la torpeur inhérente à l'état de sommeil, l'état d'hypnose au degré le plus léger est un phénomène naturel et spontané de conscience en éveil, que tout un chacun a pu expérimenter au cours de la journée, sans aucune intervention ou sollicitation d'un tiers, lorsque nos réactions aux stimulus extérieurs s'amenuisent, l'on n'entend plus les questions qui nous sont adressées car profondément absorbés par nos pensées, notre for intérieur, hypnotisés par notre vécu imaginaire. C'est le début de l'hypnose naturelle et spontanée.

B. Hypnotisabilité

Mesmer observait déjà une différence inter individuelle en termes de sensibilité à l'hypnose.

Les premières échelles d'hypnotisabilité apparaissent dès le milieu du XIXe siècle, nombre d'autres voient le jour par la suite, citons celles de Davis et Husband en 1931, Le Cron en 1953, et la plus utilisée, celle de Friedlander et Sarbin (1938), complétée dans les années 1950 par des chercheurs de l'université de Stanford pour créer la Stanford hypnotic susceptibility scale, régulièrement mise à jour depuis et considérée comme l'échelle de référence (40).

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

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

Le sexe est indifférent, de même que les capacités intellectuelles (QI). La réponse est stable dans le temps chez les adultes, caractérisée par l'obtention de scores similaires même à plusieurs années d'intervalle.

En revanche, les enfants ne sont pas ou très peu hypnotisables avant quatre ans, mais s'avèrent particulièrement répondeurs entre sept et quinze ans.

De même, on note une baisse de la susceptibilité hypnotique chez les personnes âgées.

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

C. L'Etat Hypnotique

a. L'induction de l'Etat Hypnotique

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

Les procédures sont très variables : les inductions classiques se fondent sur la fixation d'un objet (pendule par exemple), alors que d'autres techniques initient l'induction à partir d'une relaxation, associée ou non à la mobilisation d'images mentales (40,41,44).

Elles ont toutes pour point commun de fixer l'attention du sujet et de l'amener à se concentrer sur l'objet, la perception ou les images proposées par l'opérateur, c'est la phase d'isolation sensorielle.

En médecine, et en chirurgie, il s'agit dans la plupart des cas d'amener le patient à exercer un contrôle sur un organe ou un système, la technique d'induction est donc la plus brève possible (de 5 à 10 minutes).

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

b. L'Etat Hypnotique

La modification de l'état de conscience entraînée par l'induction et caractérisant le vécu sous hypnose, a été l'objet de descriptions détaillées.

D'un point de vue de l'observation pure, si l'état hypnotique évoque celui du sommeil il n'en présente aucune des caractéristiques à l'EEG (29).

Par ailleurs, l'activité du sujet sous hypnose est incompatible avec celle du sommeil.

Il s'agit d'un état bien particulier de conscience, elle est à la fois « rétrécie » par la focalisation de l'attention et en même temps « élargie » par une sorte de disponibilité de soi.

Cette expérience est avant tout subjective, elle se manifeste par un état de concentration accrue, avec une diminution de la réceptivité aux stimuli extérieurs et une réorientation de l'attention focale vers des phénomènes internes.

Contrairement à ce qui se passe en état de sommeil, en état hypnotique, les réflexes ostéo-tendineux sont présents. Mais, les mouvements volontaires sont inhibés (catalepsie), les muscles du visage sont relâchés et d'avantage irrigués (vasodilatation périphérique), le réflexe de déglutition espacé ou suspendu.

Lors de la transe, le travail consiste à solliciter des ressources mentales inconscientes. En effet pendant cette phase, l'inconscient opère une reprogrammation mentale et un réaménagement comportemental.

La caractéristique la plus significative de l'état hypnotique est probablement la dissociation, c'est à dire le fait d'avoir simultanément une activité mentale consciente et une activité mentale inconsciente, séparées l'une de l'autre.

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

c. Les signes cliniques

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

- **l'immobilité** : elle se constate très facilement, et se présente même lorsque les sujets se trouvent dans une position inconfortable.
- **le ralentissement psychomoteur** : les sujets réagissent de façon très lente aux suggestions émises, ce qui est particulièrement net au niveau des réponses motrices ou lorsqu'on leur demande de parler.
- **catalepsie** : inhibition des mouvements volontaires
- **mouvements automatiques**

- **relaxation de la musculature volontaire** (visage, nuque, dos, abdomen, ceinture pelvienne...)
- **changement du rythme cardiaque et respiratoire** (généralement une diminution)
- **diminution de la tension artérielle**
- **les anesthésies spontanées** : les sujets développent fréquemment une insensibilité spontanée et complète au niveau d'un membre.
- **le rapport** : les sujets présentent une attention sélective focalisée sur la voix de l'opérateur et semblent insensible à leur environnement.

CHAPITRE II. HISTOIRE ET GRANDES FIGURES DE L'HYPNOSE

A. Antiquité

Les cultures les plus primitives de l'Antiquité en Asie, en Inde et en Afrique utilisaient l'Hypnose de façon courante au cours de rituels plus ou moins spectaculaires.

Des prêtres égyptiens aux chamans amazoniens, la transe hypnotique occupa une place de choix pendant des millénaires lors des rites initiatiques, des cérémonies de clairvoyance ou des rituels de guérison.

Les Sumériens, 4000 ans avant notre ère, décrivent sur leurs tablettes des méthodes hypnotiques, par ailleurs, le papyrus d'Ebers, l'un des plus anciens traités médicaux qui nous soit parvenu et qui aurait été rédigé au XVIème siècle avant notre ère nous renseigne sur les pratiques des prêtres de l'époque qui plongeaient les malades dans une forme de transe pour tenter de les guérir.

Dans l'Iliade, Homère expliquait que la médiation pouvait être opérée par la main humaine, permettant certaines guérisons.

De la même façon, les médecins grecs utilisaient les incantations, les allégories, les chants ou prières mystiques appelées « charmes » dans les temples d'Esculape.

Chez les Hébreux l'art de guérir était réservé aux lévites qui connaissaient déjà l'analgésie par des procédés psychologiques et purifiaient le corps en faisant des sacrifices expiatoires

L'état dans lequel s'est trouvé Adam, lors de la création d'Eve, est désigné dans le texte hébreu par le mot « Tardemah », traduit habituellement par « sommeil profond » ou parfois « léthargie, insensibilité, transe » Tardemah ne signifie pas sommeil ordinaire.

Dans l'Antiquité, les états de transe sont provoqués lors de rituels ou cérémonie et parfois pour purifier l'âme et le corps mais appartiennent au surnaturel, au religieux et parfois même à la sorcellerie.

Ce n'est que bien plus tard, au moyen-âge puis durant la période des Lumières que les phénomènes de transe et l'hypnose quitteront leur cadre ésotérique pour entrer lentement dans le domaine scientifique pour enfin devenir un objet d'étude de choix pour nombre de neuroscientifiques contemporains, et ce malgré une grille de lecture actuelle encore parfois emprunte de cet héritage historique.

B. Moyen-Age et Lumières

a. Alexandre de Tralles (525-605)

Célèbre médecin byzantin du VIème siècle, il pressent l'importance de l'imagination et rapporte l'importance de la confiance accordée par le malade au médecin dans la survenue de la guérison.

b. Maïmonide (1135-1204)

Ce médecin et philosophe andalou du XIIème siècle (Figure1) dirigeait la communauté juive d'Egypte, il est l'auteur de nombreux traités médicaux dont le très connu « *Traité des aphorismes* » source médicale la plus consultée au Moyen-Age.

Dans un ouvrage intitulé « *Traité des huit chapitres* », il s'éloignera des concepts de déterminisme en considérant la possibilité pour l'homme d'agir librement sur lui-même, de provoquer des changements et d'influer par ses ressources propres sur les "maux de l'âme", il effleure ainsi les concepts fondateurs de l'hypnose (52).



Figure 1 : D'après www.medarus.org

c. Saint Thomas d'Aquin (1225-1274)

Religieux de l'ordre dominicain (Figure 2), maître de philosophie scolastique et de théologie catholique il explique l'importance de l'autosuggestion, écrivant : « Toute idée conçue dans l'âme est un ordre auquel obéit l'organisme : ainsi la représentation de l'esprit produit dans le corps, ou une vive chaleur ou le froid ; elle peut engendrer ou guérir la maladie » (60).

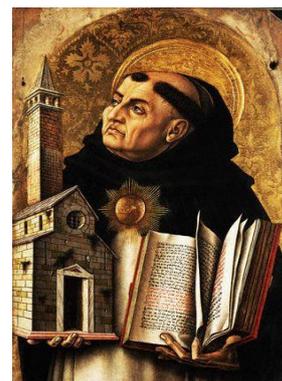


Figure 2 : D'après <https://fr.wikipedia.org>

d. Paracelse (1493-1541)

Médecin-Chirurgien innovateur, alchimiste, philosophe (Figure 3) mais aussi théologien laïque de la Renaissance, il sera à l'origine d'un des premiers ouvrages sur le traitement magnétique des plaies : *Practica Théophrasti Paracelsi* en 1529.

Il initie le tournant de la médecine galéniste vers la médecine moderne basée sur la biochimie, et ouvre la voie à la physiologie expérimentale.

Il reconnaît le rôle substantiel du relationnel et de l'imaginaire, affirmant : « Supprimez l'imagination et la confiance, et vous n'obtiendrez rien » ou encore « la suggestion confère à l'homme un pouvoir sur son semblable, comparable à celui d'un aimant sur le fer ».



Figure 3 D'après <http://medarus.org/>

Pourtant, l'hypnose restera longtemps, une affaire de sorcellerie et de magie, ce qui ternira son image jusqu'à la fin du XVIII^e siècle. En effet, l'incompréhension des phénomènes de transe, incompatible avec le siècle cartésien des Lumières où règnent raison voire scepticisme ne laisse aucune place au développement de l'hypnose. Malgré les condamnations dont elle fut l'objet, l'hypnose survécut en grande partie grâce au spectacle (on en faisait usage comme technique de manipulation grâce à l'augmentation de la suggestibilité). Les conséquences de ces filiations ont été lourdes pour l'hypnotisme, qui fut associé à une représentation très particulière, plutôt d'ordre magique, qui n'a que peu à voir avec l'état en soi et avec son utilisation contemporaine en médecine.

C'est pourtant cette image qui s'est fixée dans la représentation sociale collective et dont pâtissent encore aujourd'hui les praticiens et les chercheurs (68).

La première théorie scientifique expliquant les phénomènes de transe sera le fait de Mesmer, au XVIII^e siècle, il permettra par ce biais de faire sortir l'hypnose des domaines religieux et surnaturel.

C. Du Magnétisme animal à l'Hypnose

a. Franz Anton Mesmer (1734-1815)

Né en 1734 près du Lac de Constance en Allemagne (Figure 4), il étudie la philosophie, la théologie et le droit et s'inscrit ensuite à l'école de médecine de Vienne où il soutient sa thèse en 1766 : *De planetarum inflexu in corpus humanus* (De l'influence des planètes sur le corps humain). Il y théorise l'influence des astres sur les êtres vivants par ce qu'il nomme un fluide magnétique universel.

Vers 1772, il affirme l'existence d'un pouvoir semblable au magnétisme et capable d'exercer une influence extraordinaire sur l'organisme humain.



Figure 4 : D'après <http://medarus.org>

A la suite d'une rencontre avec un jésuite professeur d'astrologie, qui guérit les malades au moyen d'aimants il va utiliser à son profit cette technique, avant de l'abandonner pour l'imposition des mains.

En 1777, il rencontre l'Abbé Gassner, un exorciseur réputé obtenant de nombreuses guérisons, et s'inspirera de ces guérisons par "crises" dans sa théorisation.

Installé à Paris, il y publie avec l'aide de Charles Deslon, médecin personnel du Comte d'Artois, son premier « Mémoire sur la découverte du Magnétisme ».

Il commence à pratiquer la médecine magnétique, appliquant divers aimants minéraux sur les organes malades de ses patients, espérant ainsi déclencher une crise qui fera disparaître le symptôme.

Au cours de sa pratique, Mesmer constate que la seule manipulation du patient par le thérapeute est aussi efficace que celle qui accompagne l'application d'aimants minéraux, et attribuera cela à ce qu'il nommera : « le magnétisme animal », capacité pour tout homme de guérir son prochain grâce à un « fluide naturel » dont le magnétiseur serait la source.



Figure 5: D'après <https://fr.wikipedia.org>

Les pratiques de Mesmer firent grand bruit et ce d'autant qu'il adressait ses soins aussi bien aux élites bourgeoises qu'aux classes sociales moins favorisées.

En 1780, ayant plus de patients qu'il n'en peut traiter individuellement, Mesmer introduit la méthode de traitement collectif dite du baquet.

Il s'agit d'une sorte de condensateur de fluide se présentant sous la forme d'une grande cuve ouverte, pleine d'eau et de limaille de fer, avec à l'intérieur des bouteilles remplies d'eau touchées et magnétisées par le maître.

Du baquet (Figure 5) émergent des tiges de fer destinées à transmettre le fluide qui, emmagasiné et concentré à l'intérieur du baquet, est ensuite redistribué aux patients à visée curative.

Une huitaine de personnes s'asseyaient autour de la cuve, touchaient les tiges métalliques tandis que Mesmer, vêtu d'un habit de soie allait et venait tout autour de la salle capitonnée et

« magnétisait » avec le concours d'assistants qu'il choisissait toujours « jeunes et beaux », les « valets toucheurs ».

Le but de tout ceci était de déclencher une crise convulsive thérapeutique, qui pouvait ensuite se prolonger tranquillement dans des petites chambres annexes matelassées.

Tout cela se déroulait dans une ambiance bien particulière, dans la pénombre, avec une mélodie jouée notamment sur l'harmonium de verre : le Glassharmonica inventé par B. Franklin à cette époque.

Sa technique est acceptée par certains membres de la profession médicale, il divise Paris en mesmériens et anti-mesmériens.

Pour l'anecdote, Mesmer était ami de Léopold Mozart, père de Mozart qui immortalisera plus tard Mesmer en lui faisant référence dans son opéra *Così fan tutte*.

Les tentatives de Mesmer afin d'obtenir, au cours de ses premières années à Paris, l'approbation officielle de l'Académie des Sciences ou de la Société royale de Médecine pour ses doctrines se soldent par un échec.

En 1784, Louis XVI nomme, à l'insu de Mesmer, deux commissions pour étudier la pratique du magnétisme animal, l'une de l'Académie des Sciences, l'autre de la Société royale de Médecine.

Les commissaires, l'astronome Jean Sylvain Bailly, le médecin Joseph-Ignace Guillotin, le chimiste Antoine Lavoisier, l'ambassadeur des États-Unis Benjamin Franklin et le botaniste Antoine Laurent de Jussieu se fondent sur l'observation du travail de Charles Deslon.

Les commissaires se livrent donc à une étude objective avec notamment la mise au point des premières expérimentations en "simple aveugle" : des patients sont placés devant un baquet magnétisé ou non magnétisé, ce à leur insu. Il se trouve qu'ils réagiront uniquement lorsque la magnétisation est annoncée.

Au terme de deux années d'enquête, les commissaires rendent leur rapport à Louis XVI, concluant à l'inexistence du fluide.

Les phénomènes en question ne relèvent que de quatre facteurs : l'attente, l'imagination, l'imitation et les émotions.

Mesmer, désavoué par ses proches ainsi que par le peuple fut contraint de quitter Paris afin d'aller finir ses jours en Suisse où il mourut en 1815.

Il permit à cette époque de franchir une étape fondamentale : la reconnaissance officielle du pouvoir de "l'imagination" sur la guérison.

Malgré les objections de Deslon, la pratique du magnétisme animal fut interdite.

Loin de nuire au développement du mouvement magnétique, les rapports de 1784 lui firent, au contraire, de la publicité.

Cet effet fut renforcé par le fait que la même année, un des plus fidèles disciples de Mesmer, le marquis de Puységur, avait fait de nouvelles découvertes d'un état jusque-là inconnu de la conscience, qu'il appelait « sommeil magnétique ».

Ce phénomène suscita une nouvelle attention et, au lieu de trancher la question de l'existence du magnétisme animal, les rapports ont conféré un intérêt supplémentaire au sujet.

L'intérêt soutenu pour le magnétisme animal en France se propagea en conséquence à de nombreux autres pays au cours des décennies suivantes et nombre de nouveaux partisans en adoptèrent la cause.

Mesmer laissa derrière lui nombre de disciples qui continuèrent d'exercer le magnétisme, au travers de différents courants ayant chacun leurs techniques de magnétisation.

C'est grâce à Mesmer et sa conception du « fluide magnétique animal » que l'hypnose fit l'objet d'une théorisation et d'une utilisation médicale empirique (52).

b. Armand Marie Jacques de Chastenet de Puységur (1751-1825)

Officier général d'artillerie (Figure 6) dans les armées de Louis XVI, perçu comme un aristocrate philanthrope, il étonnait par son humanisme, son esprit curieux de toute nouvelle science et son libéralisme en politique.

En mars 1780, il emmène son frère Antoine de Chastenet, comte de Chastenet, officier naval, consulter Mesmer sur les conseils de ses médecins de Paris.

Il présentait un asthme chronique particulièrement éprouvant dont rien ne venait à bout. Mesmer le soigne par le toucher « transmetteur » du fluide autour du baquet. La guérison complète survint trois mois plus tard !

C'est ainsi qu'Antoine de Chastenet commence à exercer le mesmérisme pour finir par l'introduire sur le « Frédéric-Guillaume », le navire qu'il commande.

Marqué par la guérison miraculeuse de son frère, le Marquis de Puységur devint l'élève de Mesmer avant que celui-ci ne quitte la France.

Il pratiqua ses cures au Château de Buzancy dans sa Picardie natale. Il fut le premier à décrire ce qu'il appellera le « somnambulisme provoqué » ou « sommeil artificiel ».

En 1784, alors qu'il magnétise un paysan nommé Victor Race pour une « fluxion de poitrine », il constate que ce dernier tombe dans une sorte de sommeil étrange, différent du sommeil naturel, se produisant sans les convulsions mesmériques habituelles.



Figure 6 D'après <https://fr.wikipedia.org>

Cet état semblait accroître certaines de ses dispositions naturelles : augmentation de l'intelligence, capacité de lucidité à propos des maladies et leurs remèdes ; or ces crises obtenues sans convulsions, se révèlent être aussi efficaces que les crises convulsives de Mesmer.

En effet Victor Race, puis foule de patients qui suivirent au Château de Buzancy, furent guéris.

Les crises convulsives ne sont donc pas indispensables au bon déroulement du traitement.

Puysegur montrera de plus l'importance du contact verbal magnétiseur-magnétisé, permettant au magnétiseur de puiser dans les ressources étonnantes révélées au sein de ce qu'il appellera

« le sommeil lucide ».

Ainsi, il mettait un point d'honneur à respecter les désirs et suggestions des patients qui le guidaient dans ses interventions et prescrivait les traitements leur paraissant appropriés.

Privilégiant la communication verbale aux passes magnétiques, il conclura d'ailleurs ses mémoires par la devise : « Croyez et veuillez ».

Malheureusement, en ces temps troublés de Révolution française, l'Académie de Médecine condamnera également ses pratiques.

Le Marquis de Puysegur fut ainsi le premier à décrire, avec le sommeil lucide, un certain nombre de conduites correspondant à celles qui caractérisent l'hypnose telle que pratiquée aujourd'hui.

Il apparaît à beaucoup comme un précurseur, fondateur de l'hypnotisme du XIXe siècle qui donna naissance à la plupart des courants de psychothérapie contemporains.

Puysegur est d'une certaine façon l'ancêtre des thérapies à vocation réparatrice, empathiques (7).

c. José Custodio de Faria (1755-1819)

Homme d'Eglise, révolutionnaire (Figure 7) et scientifique portugais, originaire des Indes, il inspira Alexandre Dumas pour son personnage romanesque le Comte de Monte-Cristo, il enseigna la philosophie dans un lycée de Marseille puis de Nîmes de 1811 à 1812, avant d'ouvrir un cours public à Paris en 1813 sur le sommeil lucide.



Figure 7 : D'après <https://fr.wikipedia.org>

Initié à la pratique du magnétisme animal en 1813 par le marquis de Puységur, il dépasse rapidement son maître, dont il enrichit et affine les méthodes et ouvre à Paris un cabinet de magnétiseur.

La même année, il donne à Paris un cours sur le sommeil lucide dans lequel il critique la théorie du fluide magnétique de Franz Anton Mesmer. Sa pratique de l'hypnose par suggestion lui amène une clientèle considérable, mais aussi une prompte réaction de discrédit de la part des conservateurs, qui le traitent de fou et de sorcier.

Il s'éloigne petit à petit de l'hypothèse du fluide universel afin d'entamer sa propre théorisation du magnétisme animal. En effet, récusant à la fois les théories de Mesmer sur l'existence d'un fluide, de Puysegur sur l'action de la volonté de l'hypnotiseur, il attribue l'apparition du sommeil lucide à l'effet de la concentration sur l'idée de sommeil.

Faria minimise l'importance du rôle joué par l'opérateur au profit des croyances et attentes face au contexte, de la capacité de concentration, de la suggestibilité psychique et du rôle de l'imagination.

Il décrit les processus de dissociation, d'amnésie, d'analgésie mais aussi ce que l'on appelle aujourd'hui les suggestions post hypnotiques : « *Ils gardent en mémoire tout ce qu'on désire, dès qu'on leur enjoint dans le sommeil d'y replier leur attention pour s'en rappeler au réveil* ».

De plus, il inventa une nouvelle technique d'induction hypnotique, consistant à suggérer verbalement au patient de se concentrer sur l'idée de sommeil. Le sujet semblait alors dans un état de sommeil différent du sommeil ordinaire, et qu'il nommait donc pour le distinguer "sommeil lucide".

Malheureusement Faria sera plutôt déprécié par ses contemporains, puis discrédité notamment après qu'un acteur simulant la maladie se soit joué de lui afin d'assister à l'une de ses séances.

D'un point de vue scientifique, Faria met en évidence le caractère purement naturel de l'hypnose. Il est le premier à décrire précisément et scientifiquement ses méthodes et ses effets, et il anticipe les possibilités de la suggestion hypnotique sur le traitement des maladies nerveuses. Parmi les disciples de Faria, on trouve le médecin Alexandre Bertrand et le général François Joseph Noizet. On retrouve également l'influence de Faria dans le premier livre sur le magnétisme animal que publie Ambroise-Auguste Liébeault, le chef de file de l'École de Nancy (*Du sommeil et des états analogues* - 1866) (27).

d. Alexandre Bertrand (1795-1831)

Alexandre Jacques François Bertrand (Figure 8) était un médecin français, naturaliste, physicien, écrivain et chroniqueur scientifique.

Spécialiste du somnambulisme et du magnétisme animal, il défend puis réfute la théorie du « fluide » et devient un des inspirateurs des théories modernes de l'hypnose.

Il entreprend des études de médecine, et est reçu en avril 1819 docteur en médecine à Paris, à la suite d'une thèse faisant grand écho : « *Examen de l'opinion généralement admise sur la manière dont nous recevons par la vue la connaissance des corps.* »

Il donne un cours public sur le magnétisme animal de 1819 à 1820. Défendant au départ l'idée d'un fluide universel il s'éloigne de cette doctrine pour devenir un des maîtres à penser des théories reconnaissant le pouvoir de l'imagination sur le corps.

Un certain nombre de ses auditeurs, médecins également, intégreront le magnétisme dans leur pratique hospitalière.

Auteur de nombreux traités sur le magnétisme animal, fruits de ses recherches et de l'évolution de ses théories, il marquera la vie scientifique française par ses ouvrages de vulgarisation scientifique à destinée du grand public et sa contribution aux réformes judiciaires sur les crimes commis par les aliénés (19).



Figure 8 : D'après <https://fr.wikipedia.org>

e. James Braid et l'hypnotisme (1795-1860)

D'origine écossaise, médecin généraliste et chirurgien à Manchester (Figure 9), il débuta ses expérimentations après avoir assisté à une démonstration publique d'un magnétiseur français itinérant, Charles La Fontaine.

Il inaugure des techniques d'induction physiques ou par fixation d'un objet brillant, du doigt de l'opérateur, d'une chandelle (technique nommée plus tard « phosphénisme », remise au goût du jour et rebaptisée EMDR), ou du son d'un gong.

Le « sommeil nerveux » de Braid, état voisin du sommeil naturel, est provoqué par des processus de fixation prolongée du regard sur un objet. Il explique sa méthode dans : « *Neurypnology or the Rationale of Nervous Sleep* » publié en 1843.



Figure 9 : D'après <http://www.jamesbraidsociety.com>

Cette technique donna beaucoup de dérivés qui consistent à « saturer préférentiellement un sens » plutôt que de favoriser la « déprivation sensorielle » comme c'est le cas dans les techniques d'induction contemporaines par relaxation.

De plus, Braid introduit l'analgésie hypnotique dans un chapitre intitulé « *Analgesia for minor operations* » ainsi que différents protocoles de traitement pour les maladies de la peau, les migraines...

Braid réfute l'hypothèse d'un quelconque fluide et propose une théorie psychoneurophysiologique de ce sommeil nerveux, qu'il nomme alors : « hypnotisme ».

Ce terme s'inspire du terme grec **Hypnos**, signifiant sommeil, en effet, Hypnos est le dieu du sommeil dans la Mythologie grecque, le père de Morphée déesse des rêves ...

Braid définit en 1843 l'hypnotisme comme « *un état particulier du système nerveux, déterminé par des manœuvres artificielles ou encore, un état particulier du système nerveux, amené par la concentration fixe et abstraite de l'œil mental, sur un objet, qui n'est pas lui-même de nature excitante* ».

Ses idées se modifieront considérablement avec le temps, la dimension psychologique venant prendre une place plus importante dans la genèse de l'hypnose.

Braid pratiqua quelques opérations chirurgicales sous hypnose, opérations qui furent d'ailleurs réalisées par centaines en Angleterre et en Inde à la même époque, notamment par Elliotson (1791-1828) et Esdaile (1808-1859).

L'influence de Braid en France se développera surtout quelques années plus tard, entre autres grâce à Broca et Azam utilisant "le sommeil mesmérique" comme méthode d'anesthésie, puis grâce à la traduction de son livre « *Neurhypnology* » en 1883.

La pratique de l'anesthésie magnétique s'effacera rapidement du fait de l'arrivée concomitante de nouveaux produits comme le chloroforme, l'éther ou le protoxyde d'azote (143).

f. James Esdaile, Le chirurgien hypnotiseur des Inde (1808-1859)

Etudiant en médecine à l'université d'Edimbourg, il obtient son doctorat en 1830 (Figure 10) et est nommé la même année Chirurgien de la Compagnie Anglaise des Indes Orientales.

Esdaile pratique le magnétisme animal pour la première fois le 4 avril 1845. Rapidement, il se forge une réputation pour sa pratique de chirurgie sans douleur. En 1846, le vice-gouverneur du Bengale, sir Herbert Maddocks, nomme une commission pour étudier les travaux d'Esdaile. Cette commission émet un rapport favorable le 9 octobre 1846.

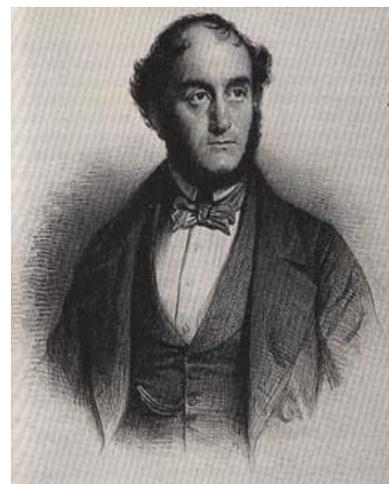


Figure 10 : D'après <https://en.wikipedia.org/>

Son expérience en chirurgie et en anesthésie marqueront l'histoire de la médecine et du magnétisme animal.

Son travail en Inde l'a rendu célèbre pour avoir pratiqué 261 opérations majeures (Figure 11) (amputations de jambe, de bras, de la hanche, hernies étranglées, tumeurs scrotales parasitaires, cancers) sans douleur.

Ses résultats qui semblent spectaculaires sont à remettre dans le contexte de l'époque.

Au milieu du XIXe siècle, la chirurgie avait un taux de mortalité per et post opératoire compris entre 30 et 50 %, grâce au magnétisme animal (dénomination qui a précédé celle d'hypnose) le taux de mortalité atteint par Esdaile au cours de ses interventions était inférieur à 6%.

A la survie s'ajoutait le confort peropératoire provoqué par l'état dans lequel James Esdaile mettait ses patients.

Son expérience thérapeutique est unique, elle s'étendra de 1845 à 1851, c'est la seule qui ait existé dans une telle mesure.

Au XIXe siècle, le premier terme en usage pour désigner l'hypnose était « magnétisme animal » créé par Franz Anton Mesmer, en analogie avec le magnétisme minéral. Les milieux anglo-saxons ont préféré utiliser l'appellation « mesmerism » en hommage à son inventeur.

En 1845, dans les environs de Calcutta est ouvert un « mesmeric hospital » dont la direction est confiée à James Esdaile.

Le premier patient d'Esdaile, était un prisonnier atteint d'une double hydrocèle scrotale se présentant sous la forme d'un spectaculaire éléphantiasis d'origine parasitaire.

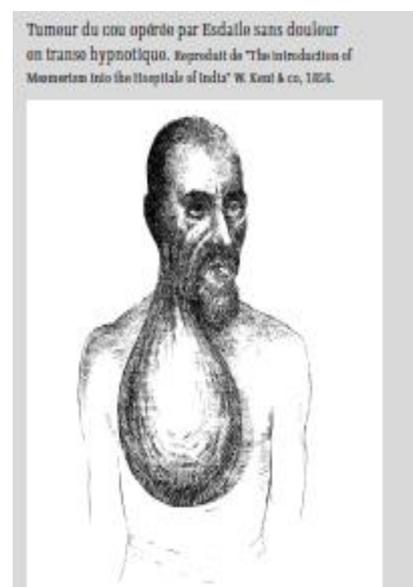


Figure 11 : D'après "The introduction of Mesmerism into the Hospitals of India" W. Kent & co, 1856.

La technique d'analgésie mesmérisme d'Esdaile consistait à placer le patient dans une pièce sombre et à pratiquer sur lui des passes (c'est-à-dire le passage des mains à distance de la peau) du sommet de la tête jusqu'à l'estomac et ce pendant une demi-heure voire davantage.

Lorsqu' Esdaile fut convaincu de l'efficacité de sa méthode et de la réalité du « sommeil magnétique », il fit connaître son projet thérapeutique et chercha à diffuser sa méthode.

Pour ce faire, il effectua ses expérimentations devant des témoins issus des classes dominantes locales, juges médecins, administrateurs, magistrats, gouverneurs, tous subjugués par ce spectacle extraordinaire de chirurgie sans douleur.

Esdaile enseigna sa technique au personnel indien de l'hôpital pour constituer son équipe d'assistants qui préparaient les patients avant qu'il n'opère.

Pour Esdaile, c'est la supériorité du magnétiseur sur son sujet qui rendait possible « l'anesthésie mesmerienne ». Ses assistants étant des indiens des castes inférieures, ils ne pouvaient par conséquent exercer une quelconque influence sur des indiens d'un rang plus noble et encore moins sur des anglais qui refusaient la "mixité raciale".

C'est cette conception erronée de l'origine du magnétisme animal, associée aux à priori sociaux de l'époque qui ont largement contribué à l'échec de « l'anesthésie magnétique » dans cette partie du monde.

Par ailleurs naissait à la même période l'anesthésie pharmacologique (4).

g. Ambroise Auguste Liébeault (1823-1904)

Né en Alsace en 1823, initialement voué à la prêtrise par ses parents, il devient étudiant à la faculté de médecine de Strasbourg en 1844 (Figure 12).

Ça n'est que vers 1848, encore jeune interne en chirurgie, qu'il commence à s'intéresser au magnétisme animal et subit l'influence de magnétiseurs français tels Charles Lafontaine.

En 1850 il s'installe comme médecin généraliste dans la campagne nancéenne et interrompt ses pratiques en magnétisme animal pendant 10 ans.

En 1864, alors que son intérêt pour le magnétisme animal a été ravivé par les théories de James Braid introduites par Eugène Azam, Paul Broca et Alfred Velpéau en France, il s'installe à Nancy comme guérisseur philanthrope, guérissant des enfants avec de l'eau magnétisée et par l'imposition des mains.

Marginal dans une époque où le magnétisme animal était complètement discrédité par l'académie, il publie sans succès en 1866 : « *Du sommeil et des états analogues considérés surtout du point de vue de l'action du moral sur le physique* ».

Subissant les railleries de ses collègues, abandonné par sa patientèle plus aisée, il se consacrera gratuitement au traitement des plus pauvres par la suggestion.

Il créa sa propre clinique sur Nancy du fait de l'importante affluence à ses séances d'hypnose.

Il fut un des premiers à utiliser à grande échelle et de manière systématique la suggestion verbale à des fins thérapeutiques.

C'est en 1882 que Bernheim lui rend visite et assiste à ses expériences. Il se passionne pour le phénomène et les deux hommes créent ensemble l'école de Nancy.



Figure 12 : D'après <http://www.paulguydurbin.com/>

Liébeault participe activement à l'étude systématique, clinique et expérimentale, de la suggestion et de l'hypnose, étude qui se développe alors en opposition avec l'école de la Salpêtrière dirigée par Jean Martin Charcot ; il insiste sur le rôle de la suggestion verbale plus que sur l'état hypnotique, auquel tient le groupe parisien.

En 1889, Freud rend visite à Liébeault, c'est à son contact que Freud orientera ses recherches ultérieures sur le conflit, la névrose et l'inconscient.

C'est "l'âge d'or" de l'hypnose en France (1882-1892). La renommée de l'École de Nancy se répand partout en Europe et Bernheim et Liébeault reçoivent de nombreuses visites dans les années 1880 : le pharmacien Émile Coué en 1885, le psychiatre suisse Auguste Forel en 1887, le mathématicien belge Joseph Delbœuf en 1888, le docteur Nicolas Dahl qui adaptera ses méthodes à Moscou. Liébeault sera également nommé président honoraire des premiers et deuxièmes congrès sur l'hypnose.

Nous arrivons dans une période rayonnante pour l'hypnose : période de la controverse française opposant "l'école de Nancy" de Bernheim, et "l'école de La Salpêtrière" à Paris, de Charcot (7).

h. Hippolyte Bernheim (1840-1919)

Originaire d'un petit village près de Mulhouse, il étudia la médecine à Strasbourg puis refusant la soumission au régime prussien il quitta la ville après la défaite de 1871 pour se réfugier à Nancy.

Bernheim fut nommé Professeur de médecine interne en 1871 (Figure 13), appliquant une rigueur maîtresse dans ses observations cliniques. Ayant pris connaissance des succès de Liébeault, il devint rapidement son disciple et se mit à pratiquer l'hypnose dans son service hospitalier, puis à son cabinet de ville.

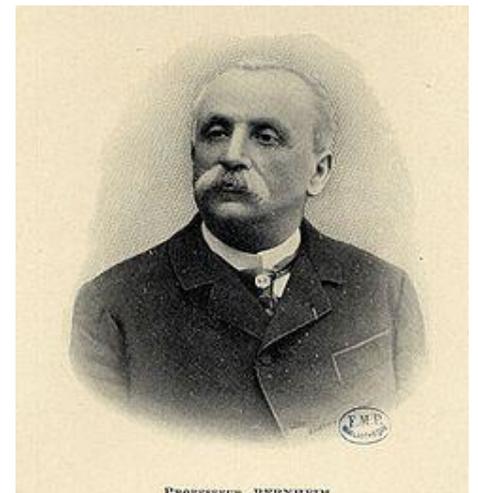


Figure 13 : D'après <https://en.wikipedia.org/>

En 1882 Bernheim réalisa sa première communication publique sur

l'hypnotisme à la Société Médicale de l'Est, au même moment où l'hypnose était présentée par Charcot comme un sujet d'étude sérieux à l'Académie des Sciences de Paris.

Des divergences théoriques vont rapidement apparaître entre ce que l'on appellera l'école de Nancy et l'école de La Salpêtrière.

Bernheim voit l'hypnose comme un état physiologique accessible à tous par le biais de la suggestion et présentant des vertus thérapeutiques contrairement à Charcot, qui assimilait l'hypnose à l'hystérie.

Il publia en 1884 : « *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille* », ouvrage dans lequel il reprend les théories de Liébeault, et y réfute celles de Charcot, soutenant que l'hypnose n'est ni l'apanage de l'hystérie ni pathologique.

Sa réputation attira des observateurs du monde entier venant assister à ses visites à la clinique. Le premier Congrès International de l'hypnotisme expérimental et thérapeutique eut lieu à l'Hôtel-dieu de Paris du 8 au 12 août 1889, sous la présidence de Charcot. Ce congrès attira des personnalités telles que Richet, Liebeault, Bernheim, Janet et Freud et fut l'occasion de créditer majoritairement les thèses de Bernheim. L'hypnotisme y fut défini comme étant « tous les phénomènes obtenus par la suggestion ». Ceci mit fin à la controverse entre les deux écoles rivales.

La suggestibilité est la capacité du cerveau à accepter la suggestion que Bernheim véhiculera par un support naturel : le langage.

Une fois l'état hypnotique souhaité atteint, Bernheim, qui contrairement à Charcot, hypnotise lui-même ses sujets, suggère au malade, dans un état de veille paradoxale, la disparition de ses maux de tête.

Avec cette suggestion post-hypnotique, Bernheim met ainsi en évidence le phénomène placebo (terme créé en 1811) qui fait de lui le pionnier de ce qui deviendra dans les années 30, la médecine psychosomatique.

Bernheim décrira plusieurs centaines de cas de patients dont il soulagera les douleurs organiques ou troubles psychiques inconscients par le biais de l'esprit. Très en avance sur son temps avec son concept de suggestibilité, Bernheim expliquera l'action du psychisme sur l'organisme et introduira des notions telles que l'autosuggestion, la psychothérapie et le concept d'idéodynamisme.

Malgré ses positions et son éviction de la vie scientifique française à la fin de sa carrière, Bernheim est aujourd'hui considéré comme l'un des pères fondateurs de l'hypnothérapie.

Notons simplement parmi ses héritiers le pharmacien Emile Coué, nancéen dont la réputation dépassa aussi les frontières nationales du fait du succès rapide de sa méthode prônant l'autosuggestion.

L'époque est propice à la naissance du concept d'inconscient cérébral susceptible d'influencer nos réactions.

Ceci sera d'ailleurs de la thématique de certains auteurs contemporains de Bernheim comme Paul Valéry, Nietzsche, Dostoïevski ou encore Maupassant.

La psychanalyse va naître de l'hypnose, pour s'en éloigner ensuite, et nous parvenons à une période de déclin relatif de l'hypnose dans ces temps suivant la bataille entre l'école de Nancy et celle de la Salpêtrière (7).

i. Jean Martin Charcot (1825-1893)

Né à Paris dans une famille modeste, Charcot entreprit des études de médecine en 1844, et devint interne des hôpitaux de Paris en 1848, il fut nommé médecin-chef de service à La Salpêtrière en 1862 (Figure 14). Il devint le premier titulaire de la chaire de Neurologie en France, se consacrant avec rigueur à l'étude des maladies nerveuses, notamment la sclérose latérale amyotrophique qui porte son nom, c'est le père fondateur de la neurologie moderne.

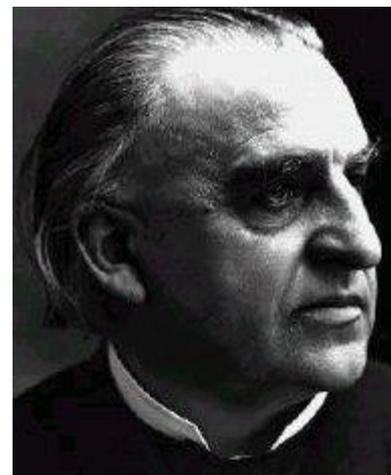


Figure 14 : D'après <http://charcot.artabsolument.com/>

Il commence à étudier l'hypnose sous l'influence de Charles Richet et, en 1882, dans « *Sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotisation chez les hystériques* », il réhabilite l'hypnose comme sujet d'étude scientifique en la présentant comme un fait somatique propre à l'hystérie.

L'hypnose lui permettra de démontrer que les paralysies hystériques n'ont pas pour origine une lésion organique, mais plutôt une « lésion dynamique fonctionnelle », qu'il est possible de recréer sous hypnose.

Charcot n'utilise pas l'hypnose dans un but thérapeutique, au contraire, il assimilait l'hystérie à l'hypnose, différenciées uniquement par leur origine : spontanée pour l'hystérie et provoquée pour l'hypnose.

Il conclura que les sujets prédisposés à l'hystérie sont dotés d'une plus grande hypnotisabilité (Figure 15).

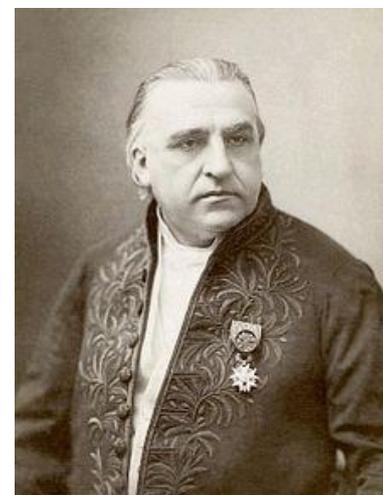


Figure 15 : D'après <https://fr.wikipedia.org/>

Cette vision de l'hypnose l'opposera à Bernheim père fondateur de l'école de Nancy. S'en suivra un débat passionné entre les deux écoles.

La non reproductibilité de ses expériences ainsi que la sélection soignée et la préparation de ses patientes avant les séances publiques seront des arguments qui joueront en faveur de l'école de Nancy.

Il contribuera cependant à détacher l'hystérie du champ des maladies neurologiques, en démontrant qu'elle n'est pas liée à l'utérus donc au corps, mais à l'esprit.

Charcot évoquera même l'efficacité de la suggestion pour guérir les maladies dans un ouvrage sur les guérisons inexplicables.

La publication du livre de Charcot marque le début de l'âge d'or de l'hypnose en France, et fait de Charcot le chef de file de ce que l'on a appelé l'École de la Salpêtrière (58).

j. Santiago Ramon Y Cajal, Le Prix Nobel (1852–1934)

Adolescent au tempérament d'artiste, apprenti coiffeur, puis cordonnier, c'est son père, professeur d'anatomie appliquée à l'université de Saragosse, qui le poussera à étudier la médecine (Figure 16).

Diplômé de médecine en 1873, il commence à travailler comme médecin dans l'armée puis devient aide à l'école d'anatomie dans la faculté de la médecine de Saragosse (1875), puis directeur du musée de Saragosse (1879).

En 1877, il obtient un doctorat de médecine à l'Université de Madrid et il est nommé professeur d'anatomie descriptive et générale à Valence en 1883.

En 1887, il est nommé professeur d'anatomie pathologique à Barcelone avant de l'être à Madrid en 1892.

En 1900-1901 il est directeur de « El *Instituto Nacional de Higiene* » et des « *Investigaciones Biológicas* ».

Il reçoit avec Camille Golgi le prix Nobel de médecine en 1906 en reconnaissance de leurs travaux sur la structure du système nerveux.

Epris de littérature, il écrit plusieurs nouvelles et essais dont l'un portant sur la vie d'un hypnotiseur idéaliste.

Cajal fut également fasciné par l'hypnose durant la majeure partie de sa vie, il créa un « Comité de recherches psychologiques » qui organisait chez lui des séances d'hypnose expérimentale avec des volontaires sains ou des patients présentant des troubles mentaux.

Interpellé par la douleur ressentie par son épouse lors de ses premiers accouchements, il utilisa l'hypnose lors des accouchements de ses deux derniers enfants et obtint des résultats satisfaisants qu'il publia dans la « Gazette Médicale Catalane » et qui furent rapportés dans le *British Medical Journal*. Ce fut la première publication sur l'hypnoalgésie en perpartum (62).

Bien qu'il n'invente aucune théorie ou technique nouvelle dans le domaine de l'hypnose, il fut sans conteste un pionnier dans l'utilisation de l'hypnoalgésie.

Ses travaux sur l'hypnose corrént avec son intuition scientifique et furent corroborés par les avancées ultérieures en la matière.

Il créa avec son épouse un cabinet dans lequel il traitait les pathologies du système nerveux avec l'hypnose. Il rapporta ses succès thérapeutiques : « les changements émotionnels radicaux, la restauration de l'appétit chez les hystériques, la cessation des crises d'hystérie avec perte de conscience, l'oubli d'évènements de vie douloureux et l'abolition totale de douleur lors des accouchements »

Après son décès, ses recherches furent totalement oubliées, même parmi les obstétriciens espagnols (67).

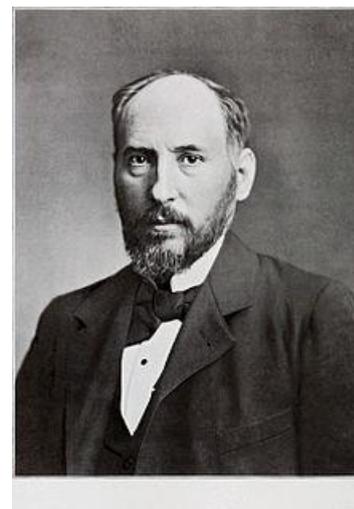


Figure 16 : D'après <http://www.biography.com/>

k. Pierre Janet (1859-1947)

Né en 1859 à Paris , d'abord philosophe puis psychologue et enfin médecin . C'est une figure majeure de la psychologie française du XIX^e siècle. Il créa le terme de subconscient. Encore tout jeune professeur de philosophie dans un lycée du Havre, Janet y découvrit l'hypnotisme avec une patiente devenue célèbre : Léonie. Passionné de psychologie, il en fera le sujet de sa thèse intitulée : « *l'Automatisme psychologique* » en 1889 où il expliquera les phénomènes hypnotiques par la dissociation. (Figure 17).

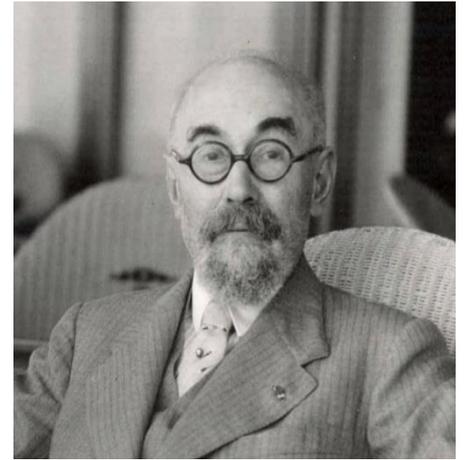


Figure 17 : D'après <http://garnier-hypnose.com/>

Il effleure la notion “d'inconscient“ sans pour autant employer le mot dont la paternité reviendra à Freud.

Janet présenta sa thèse lors du Premier Congrès International d'Hypnotisme.

Charcot faisait partie de l'auditoire et, intéressé par ses travaux, le soutenu lorsqu'il se lança dans ses études de médecine parallèlement à ses obligations de professeur de philosophie.

Il devint par la suite directeur du laboratoire de psychologie de la clinique neuropsychiatrique de La Salpêtrière.

Il y poursuivit ses expériences après la mort de Charcot. Sa technique était simple, suggestive, insistant sur le rythme et la régularité des gestes, technique dont l'importance est aujourd'hui reconnue. Janet utilisait l'hypnose pour traiter les souvenirs traumatiques, responsables selon lui d'une forme de dissociation psychique.

Il quitta son poste de La Salpêtrière pour devenir titulaire de la chaire de psychologie expérimentale et comparée au Collège de France en 1902.

Son œuvre très vaste, plus de vingt volumes avec près de trois cent articles répertoriés, englobe à peu près tous les domaines de la psychologie normale et pathologique.

Mis à part quelque polémique au sujet de la paternité de la découverte de certains aspects de fonctionnement du psychisme humain, il se trouve que l'œuvre de Janet resta plus confidentielle tandis que celle de Freud fut vastement diffusée.

Janet fut l'un des seuls à maintenir intact son intérêt pour l'hypnose durant cette période d'oubli suivant la mort de Charcot.

La notion de dissociation qu'il introduisit garde, bien que quelque peu modifiée, une place centrale dans la compréhension de l'hypnose moderne.

Janet fut probablement le théoricien de l'hypnose et l'hypnothérapeute le plus important de cette époque (47).

I. Sigmund Freud hypnose et naissance de la psychanalyse (1856-1939)

Né à Freiberg en Moravie, Freud n'a que trois ans lorsque son père, négociant en textile, dut se réfugier à Vienne après avoir fait faillite. Il engagea des études de médecine, puis se spécialisa dans l'étude du système nerveux. C'est au travers du cas célèbre d'Anna O., patiente de son ami Breuer présentant un tableau de "double personnalité" associé à divers "symptômes névrotiques", et soulagée par les séances d'hypnose de ce dernier que Freud fut sensibilisé à l'hypnotisme.

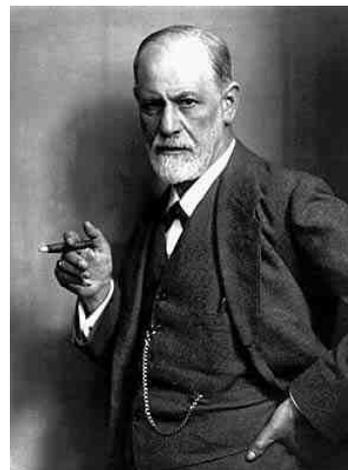


Figure 18 : D'après <http://www.biography.com/>

Destiné à devenir spécialiste en neuropathologie, Freud partit à Paris en 1885 afin de suivre l'enseignement du célèbre Pr Charcot (Figure 18).

Les expériences de Charcot ainsi que la pensée et le brio de ce dernier bouleversèrent les conceptions de Freud et l'amènèrent à réorienter ses recherches vers la psychopathologie au détriment des anomalies morphologiques du cerveau.

Il n'employa l'hypnotisme que vers fin 1887, du fait de la mauvaise réputation de cette pratique dans le milieu médical viennois.

Influencé par les travaux de Bernheim et Liebeault utilisant l'hypnose dans un but thérapeutique contrairement à La Salpêtrière, il fut très vite séduit par cette pratique, et se rendit à Nancy en 1889 afin d'y rencontrer Bernheim.

Convaincu que seule l'hypnose profonde, état rarement atteint par les patients, pouvait élargir le champ de la conscience jusqu'aux souvenirs pathogènes, il abandonna l'hypnose au profit de la « Druckméthode » consistant à exercer une pression sur le front du patient tout en l'exhortant à former des images à partir des symptômes.

Il renonça plus tard au contact physique, ne demandant plus au malade allongé sur un divan, que de fermer les yeux et de laisser les idées surgir sans aucun filtre, spontanément, c'est la technique de l'association libre, technique encore aujourd'hui centrale de la psychanalyse, issue de l'hypnose.

Ainsi la création de la psychanalyse par Freud se présente historiquement comme une évolution d'une pratique hypnotique fondée sur la suggestion. à une pratique hypnotique fondée sur le changement d'état de conscience (8).

A la même époque, l'hypnose connaît ses premiers emplois thérapeutiques dans les névroses de guerre.

D. Vers l'hypnose contemporaine

a. L'hypnose dans le traitement des névroses de guerre

Au début du xxe siècle, la guerre des Boers (1900–1902) impliquant colons hollandais et soldats britanniques en Afrique du Sud fut à l'origine de nombreux troubles psychiques chez les combattants, parmi eux les psychiatres observèrent un nombre important d'hystéries de conversion, réductibles sous hypnose (22).

C'est lors de la Première Guerre mondiale que les neurologues héritiers des enseignements de Charcot décriront « l'hypnose des batailles », états confuso-stuporeux qui frappaient nombre de fantassins rescapés des premiers combats.

Pendant la Seconde Guerre mondiale, les thérapies cathartiques furent largement utilisées par les psychiatres dans l'armée américaine, de 1941 à 1945.

L'évolution d'une pratique traditionnelle de l'hypnose vers sa pratique actuelle se déroulera principalement sous l'effet des recherches expérimentales sur l'hypnose dont le début se situe dans les années 1960.

En effet, ces recherches permirent une remise en cause de nombreuses croyances erronées et d'un certain ésotérisme, autorisant des changements fondamentaux sur la manière de concevoir le rôle de l'hypnotiseur et les techniques d'induction,

Par ailleurs, le courant thérapeutique initié par Milton Erickson et ses élèves vers les années 1970, jouera un rôle déterminant dans la résurgence de l'hypnothérapie, avec une approche nouvelle et originale de la pratique hypnotique.

b. Milton Hyland Erickson, père de l'hypnose moderne

Milton H. ERICKSON (Figure 19), psychiatre américain, va jouer un rôle déterminant dans l'évolution des pratiques hypnotiques et dans la résurgence de l'hypnothérapie (43).

C'est à la lumière de sa biographie, indissociable de son œuvre hors du commun que nous aborderons son parcours.

Né en 1901 dans le Nevada, Erickson était atteint d'une dyschromatopsie rare, dont la conséquence est que la seule couleur qui lui soit agréable est le violet. Il souffrait de plus d'une amusie ou agnosie musicale rendant l'expression et la compréhension discriminante des sons musicaux difficiles.

Sa perception du monde, bien différente des autres l'amènera à se questionner sur la relativité des cadres de références des êtres humains.

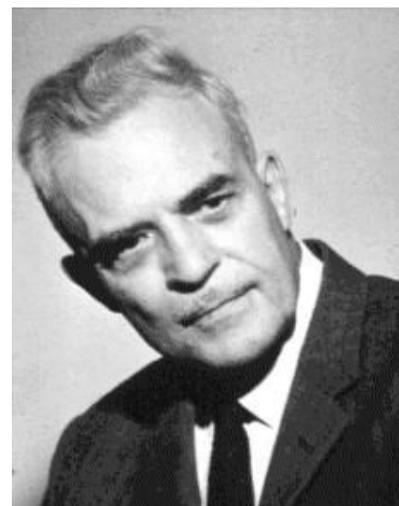


Figure 19 : D'après <http://www.phxinstitute.com/>

Sa surdité l'invita à mieux s'écouter lui-même et à trouver son propre rythme : le pouls, et la respiration. Celle-ci devint pour lui un moyen de suivre le rythme des autres.

Erickson souffrait également de dyslexie, affection dont il guérira subitement dans ce qu'il interprètera plus tard comme une expérience auto-hypnotique spontanée.

En 1919 à l'âge de 17 ans, Milton H. Erickson fut frappé d'une forme grave de poliomyélite aiguë antérieure accompagnée d'une paralysie sensitivomotrice, seules ses capacités oculomotrices et auditives étaient conservées.

Dès lors, Erickson se mit à observer son entourage et son environnement à travers les informations sensorielles lui parvenant encore, décelant par ce biais l'importance de la communication non verbale.

En 1921 il s'inscrivit parallèlement en médecine et en psychologie à l'Université du Wisconsin, ayant dû renoncer à devenir fermier.

C'est au travers d'un séminaire sur l'hypnose organisé par Clark Hull, l'un des pères fondateurs de la psychologie expérimentale aux Etats-Unis qu'Erickson se tournera vers l'hypnose.

Il obtint son doctorat de médecine en 1928 et se spécialisa en psychiatrie. Il travaillera dans l'Université du Wisconsin, puis à Rhode Island, et enfin dans le Massachussetts en 1930.

Durant ces années, certains services hostiles à l'hypnose lui interdisaient de la pratiquer. Erickson contourna cette résistance en développant alors certaines techniques de communication d'allure non hypnotiques.

A 33 ans il devient Professeur de Psychiatrie et s'installe dans le Michigan, où il put officiellement reprendre la recherche fondamentale sur les phénomènes psychologiques et l'hypnose. C'est ici qu'il réalisera la plupart de ses expériences sur l'hypnose.

En opposition avec les notions classiques d'emprise et de manipulation rattachées à l'hypnose, il prouve que l'état hypnotique permet d'ouvrir un espace de plus grande liberté.

Il permet d'accéder à ses propres ressources inconscientes afin d'engendrer les changements dont on a besoin.

A 47 ans il quitta pour raisons de santé le Michigan afin de s'installer à Phoenix dans le désert de l'Arizona, et entama une pratique libérale, renonçant définitivement à toute pratique hospitalière.

Ses nombreux succès thérapeutiques attiraient une patientèle venant de plus en plus loin mais aussi de nombreux professionnels de santé tel des psychiatres, anesthésistes, dentistes, etc., afin de comprendre l'origine de ses succès.

Erickson continuait son travail d'enseignement avec notamment des séminaires donnés à travers tous les Etats- Unis.

En 1952, à l'âge de 51 ans, il se trouva de nouveau paralysé par le syndrome post poliomyélitique, il perdra l'usage de ses jambes et d'un bras, et peu à peu ne quittera plus sa chaise roulante. Les muscles phonatoires seront également touchés. Tout le reste de sa vie il sera amené à simplifier ses techniques du fait de ces difficultés.

En 1957 Erickson fonda l'American Society of Clinical Hypnosis en vue de proposer une approche plus ciblée sur les spécificités de la transe et de son induction.

Il dirigera pendant dix ans l'American Journal of Clinical Hypnosis, revue scientifique d'hypnose faisant référence encore aujourd'hui.

Erickson s'éteindra le 25 Mars 1980 à l'âge de 79 ans, six mois avant le premier Congrès International lui étant consacré.

Son héritage considérable a permis un renouveau de l'hypnose et la réintroduction de celle-ci dans le champ clinique, expérimental et thérapeutique.

Considéré comme le père des thérapies brèves, ses travaux ont inspiré plusieurs approches thérapeutiques, dont l'hypnose ericksonienne, la thérapie brève de Palo Alto, la programmation neurolinguistique et diverses autres techniques de traitement.

c. Déclin et renouveau de l'Hypnose en France

Le succès incontestable associé au rayonnement international qu'a connu l'hypnose en France à la fin du XIXème siècle avec notamment le grand débat opposant les deux écoles de Charcot et Bernheim fera place à un déclin sans précédent après la mort de Charcot et ce malgré les différents congrès organisés et la création de revues regroupant les grands noms de la psychiatrie et de la psychologie.

Ce déclin semble avoir résulté de la validation des théories de Bernheim au détriment de celles de Charcot, qui expliquaient l'hypnotisme par la suggestion, irrémédiablement associée au subjectif et à l'imagination, non conformes aux postulats défendus par la communauté scientifique de l'époque.

Par ailleurs, quelques affaires criminelles dans lesquelles les assassins affirmaient avoir agi sous l'influence de l'hypnose jetèrent le discrédit sur la méthode.

Cette mise à l'écart durera en France pratiquement un siècle. Seuls Janet et quelques thérapeutes isolés continuèrent d'exercer l'hypnose.

Léon Chertok (1911-1991), psychiatre de formation psychanalytique, participa à la réintroduction de l'hypnose dans le monde médical en France à partir des années 1950, après un voyage aux états-unis au cours duquel il fut hypnotisé par Erickson.

Après un succès thérapeutique majeur, il entreprit d'étudier en détail les processus hypnotiques et créa son propre département de médecine psychosomatique à l'institut de psychiatrie de La Rochefoucauld.

Chertok organisa de nombreuses rencontres scientifiques avec des représentants de la psychanalyse, de la psychologie et des sciences en général mais il faudra attendre quelques années avant la réhabilitation de l'hypnose comme véritable outil thérapeutique.

Vers la fin des années 1970, François Roustang, philosophe et psychanalyste membre de l'école Freudienne de Paris, découvrit l'hypnose et l'intégra dans sa pratique.

Il publia de nombreux ouvrages dans lesquels il s'efforça de théoriser la pratique de l'hypnose et développa de nouveaux concepts comme l'état « d'éveil paradoxal » ou les concepts de changement rendu possible par le lâcher prise, il s'imposa rapidement comme une référence en la matière. (benhaiem)

Dans les années 1980, plusieurs formations à l'hypnose voient le jour sous l'impulsion de L. Chertok et d'autres psychiatres, ceci aura un rôle déterminant pour la réhabilitation de l'hypnose dans le monde médical et aux yeux du grand public.

Par ailleurs, le travail considérable effectué par le Dr Faymonville au CHU de Liège dans le traitement de la douleur par ce qu'elle appela l'hypnosédation, permit de réaliser de nombreuses interventions chirurgicales nécessitant jusqu'alors une anesthésie générale.

L'hypnose occupe une place grandissante en milieu hospitalier, certaines équipes y ayant recours de façon systématique dans un cadre médical ou chirurgical (33).

CHAPITRE III. PHENOMENES HYPNOTIQUES ET NEUROSCIENCES

A. L'Hypnose, dans les faits

La douleur est un ensemble complexe, une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire potentielle ou réelle. C'est une expérience subjective par excellence. Est douleur ce que le sujet dit être douleur.

Des approches de neuro-imagerie fonctionnelle permettent de mieux localiser les différentes structures cérébrales impliquées dans la nociception (perception de la douleur). Le cerveau traite cette information en activant un réseau en interaction avec différentes régions cérébrales (32).

Sur un plan purement clinique, les démonstrations les plus impressionnantes des effets analgésiques de l'hypnose ont été fournies par les chirurgiens.

C'est un chirurgien français, Hyppolyte Cloquet, qui rapporta devant l'Académie de Médecine le premier cas de mastectomie réalisée sous hypnose.

Les chirurgiens britanniques Esdaile et Elliotson ont également rapporté des milliers d'interventions réalisées sous hypnose dont 300 qualifiées de majeures (amputations, chirurgies digestives...).

C'est vers 1875 que l'hypnose entre dans le domaine d'étude des sciences objectives, avec quelques chercheurs célèbres : Griesinger (1817–1868) en Allemagne, Charcot (1825–1893), Magnan (1835–1916) et Richet (1850–1965) en France, dans la continuité des travaux de Braid. C'est en 1875 que Richet, prix Nobel de médecine, publie ses premiers résultats, puis en 1884, dans *L'Homme et l'Intelligence*, il défend ardemment la théorie « étatique » et décrit pratiquement l'intégralité des phénomènes hypnotiques reconnus aujourd'hui.

Faymonville et al ont montré que la diminution de la perception de la douleur observée en hypnose est liée à une augmentation de la modulation fonctionnelle entre le cortex cingulaire antérieur et un large réseau neuronal de structures corticales et sous-corticales connues pour être impliquées dans les différentes douleurs et leurs diverses composantes (sensitives, affectives, cognitives et comportementales) (69).

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

De nombreuses études sociologiques et cliniques, ainsi qu'un ensemble de recherches en neurophysiologie et en psychologie expérimentale, ont montré que l'hypnose possédait suffisamment de critères spécifiques pour être considérée comme un état de conscience à part (29,32,40).

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

B. L'Électroencéphalographie

Les études d'électro-encéphalographie ont été commencées avant la seconde guerre mondiale aux Etats-Unis et ont montré que les tracés électriques du sommeil ordinaire et du sommeil hypnotique ne coïncidaient pas (19).

Une première réponse a été apportée dans les années 1950 par l'électrophysiologie indiquant 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 (2).

L'analyse de l'EEG, directe ou quantifiée, et l'enregistrement des différents paramètres physiologiques n'ont montré aucune particularité durant l'hypnose « profonde ».

Ces enregistrements EEG n'ont pas permis de détecter des rythmes particuliers (alpha, Béta, Théta, 40 Hz) en cours d'hypnose, tout au plus note-t-on parfois une prépondérance d'ondes alpha, comme dans l'état de pré-sommeil, et peut-être une corrélation entre la survenue d'ondes frontales théta et une plus grande capacité à l'hypnose...(66)

Ainsi, les études encéphalographiques semblent plutôt indiquer que l'hypnose est un état de pré-sommeil.

C. L'Imagerie fonctionnelle, IRMF et TEP

Le développement de la neuro-imagerie fonctionnelle, dès les années 1980, a permis d'explorer d'avantage le fonctionnement du cerveau.

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

Ainsi, des études menées à l'aide de TEP et IRMf ont pu démontrer que « l'état hypnotique » était lié à des modifications spécifiques et topographiquement organisées de l'activité cérébrale (28,32,61,69).

La distribution des débits sanguins cérébraux a été étudiée grâce à une caméra à positons (TEP) et en IRMf chez un groupe de sujets dans un état de repos, puis dans un état d'hypnose (Figure 20).

L'analyse des résultats révèle que l'état d'hypnose est associé à l'activation d'un ensemble étendu d'aires corticales (occipitales, pariétales, précentrales, pré-motrices), ainsi que différentes zones des cortex préfrontal, ventrolatéral et occipital (Figure 21).

Il a également été démontré que l'induction hypnotique diminuait la réponse affective et sensorielle lors d'une stimulation thermique nocive par une modulation dans la partie ventrale du cortex cingulaire antérieur (Figure 22).

La diminution de la nociception lors de l'hypnose résulte d'une connectivité fonctionnelle accrue entre le cortex cingulaire antérieur et les régions insulaires, pré-génueale, frontale, mais également avec les noyaux thalamique et basal du tronc cérébral (28).

Néanmoins, il faut savoir que l'induction hypnotique seule, n'a aucune influence sur l'intensité de la douleur ou de sa composante sensorielle. Seules les suggestions d'analgésie ou d'hyperalgie sous hypnose permettent de modifier la composante affective de la douleur ainsi que le flux cérébral sanguin des régions impliquées.

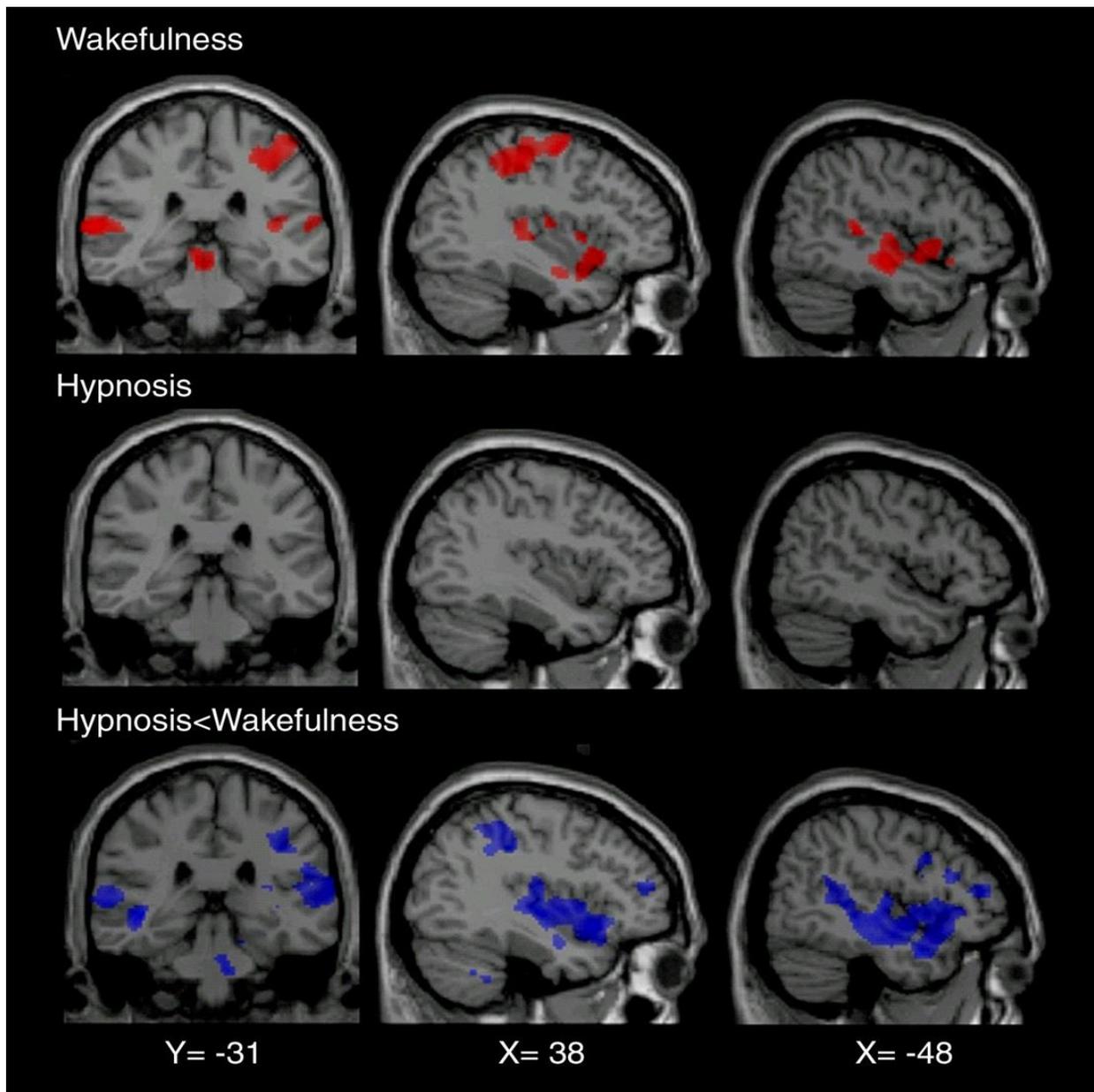


Figure 20 : Images en IRMf montrant l'activation des zones cérébrales impliquées dans la douleur avec et sans hypnose D'après Vanhaudenhuyse et al.(71)

Partie supérieure : Régions cérébrales montrant une activation significative au cours d'une stimulation non douloureuse le sujet étant dans un état de conscience normal.

Partie centrale : Aucune région cérébrale n'est activée lors de l'application des mêmes stimuli lorsque le sujet est dans un état d'hypnose.

Partie inférieure : Régions cérébrales montrant des différences significatives d'activation pour un stimuli identique selon que le sujet se trouve en état d'hypnose ou non.

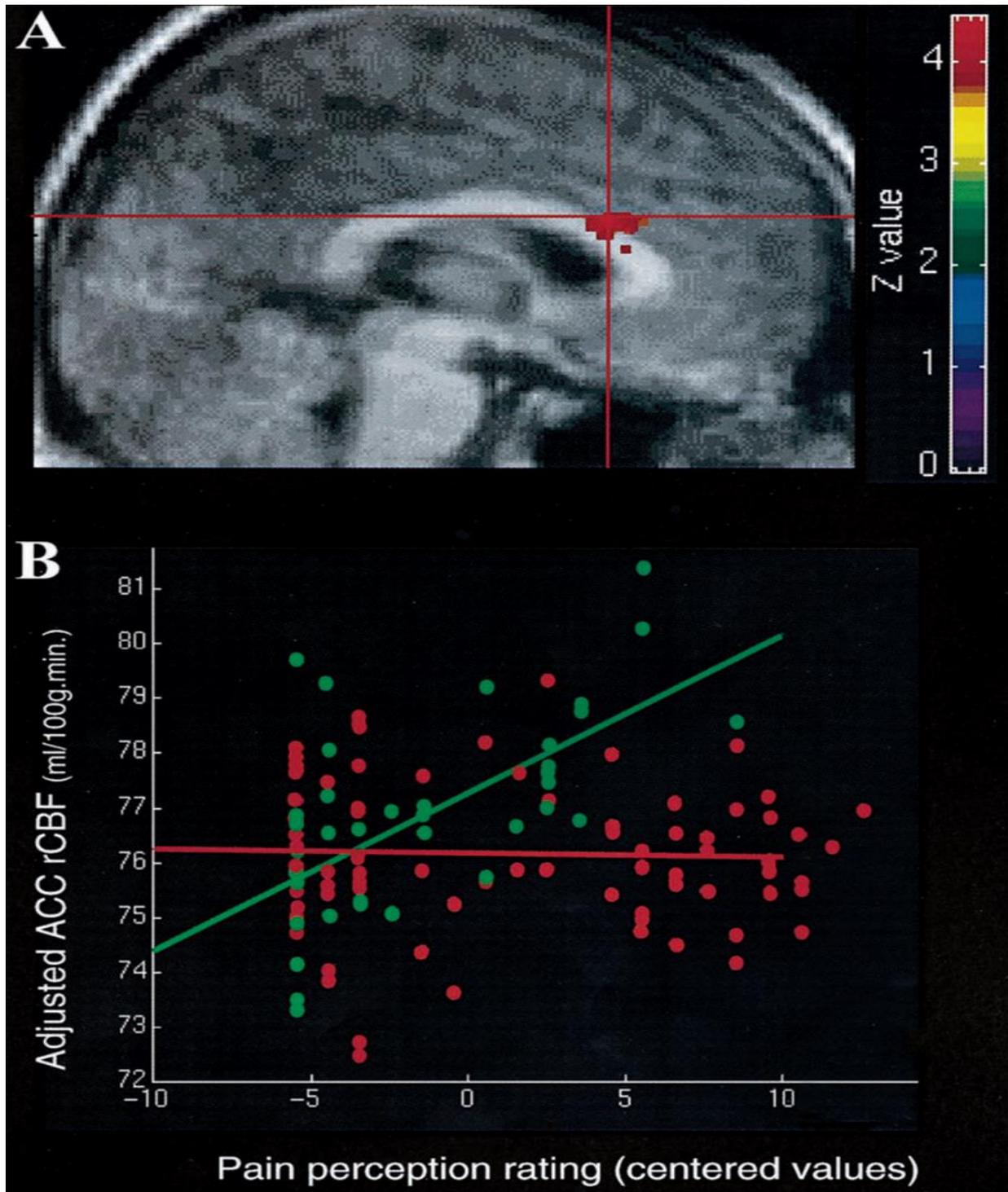


Figure 21 : Zone cérébrale impliquée dans la perception de la douleur (A) et graphique analysant perception de la douleur et distribution des flux sanguins cérébraux. D'après Faymonville et al (32)

- A. Zone cérébrale dans laquelle le flux sanguin augmente proportionnellement aux sensations douloureuses lorsque le sujet est en hypnose.*
- B. Les résultats montrent une différence significative entre l'état hypnotique (vert) et l'état normal (rouge) en ce qui concerne l'évaluation de la douleur et la distribution des flux sanguins cérébraux.*

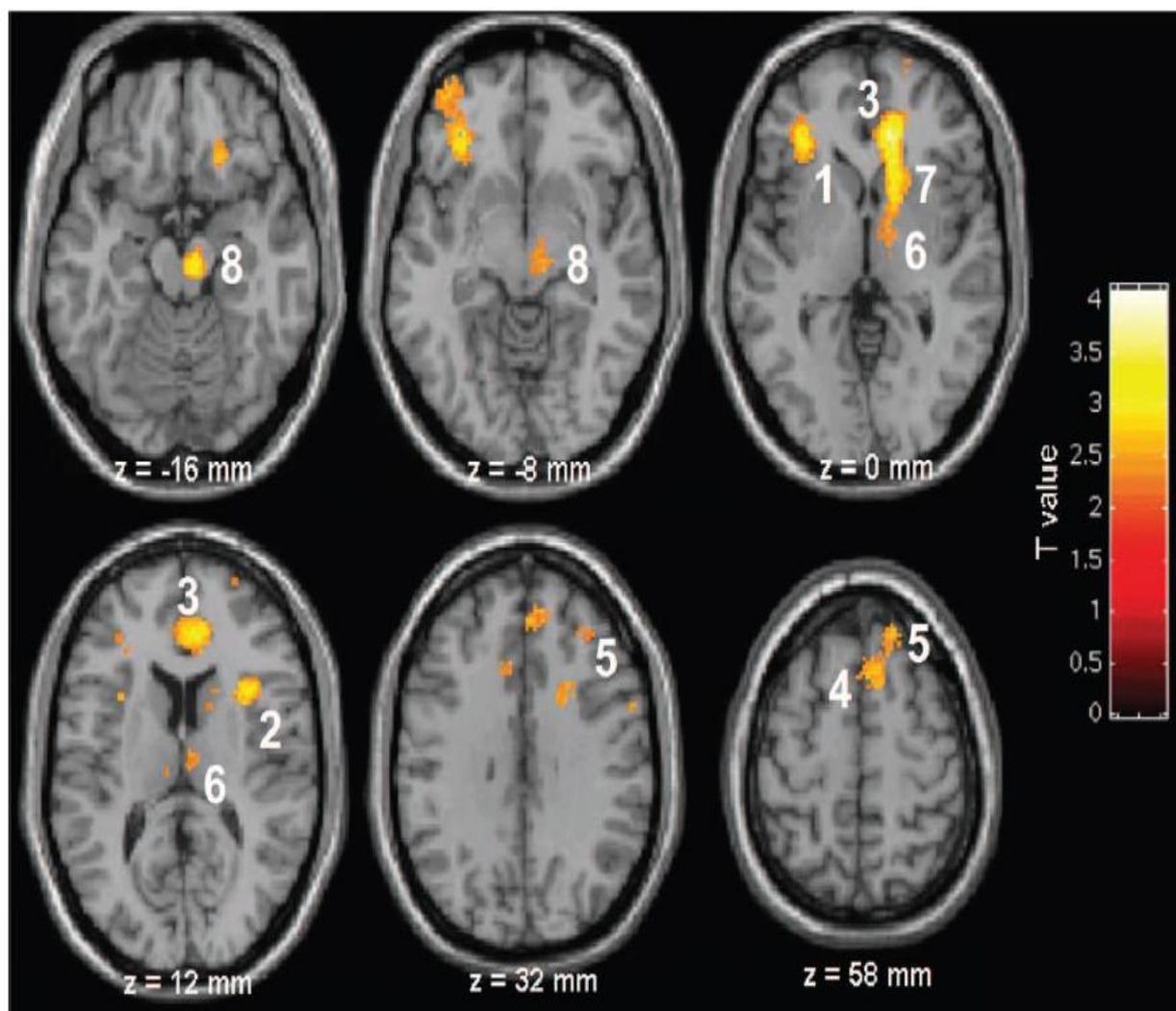


Figure 22 : Images de TEP montrant l'augmentation des connexions fonctionnelles cérébrales sous hypnose. D'après Faymonville et al (37).

Régions cérébrales montrant une augmentation des connexions fonctionnelles avec la partie ventrale du cortex cingulaire antérieur en état d'hypnose.

1. Insula (G) 2. Insula (D) 3. CCA péri génual 4. Cortex moteur pré-supplémentaire 5. Gyrus Frontal supérieur 6. Thalamus 7. Noyau caudé 8. Mésencéphale

Ces études mettent en évidence un mécanisme de contrôle supérieur des informations somato-sensorielles avec des leviers d'inhibition à différents niveaux, spinal et autres niveaux supérieurs, notamment au niveau du CCA et des cortex préfrontaux.

Le CCA possède un rôle fondamental dans l'aspect attentionnel, émotionnel et comportemental de l'intégration de la douleur.

Les effets physiologiques réels des processus hypnotiques et de modulation de la douleur par l'hypnose apparaissent aujourd'hui assez clairement même si d'autres études sont nécessaires pour préciser ces phénomènes.

D. Etudes Cliniques sur la douleur

Depuis la démonstration de Cloquet en 1829, nombre d'études attestant de la modulation de la douleur par l'hypnose ont été publiées.

Ainsi, en ce qui concerne le seuil douloureux, Michaux, et al., montrent que la suggestion hypnotique d'analgésie provoque une augmentation significative du seuil de tolérance à la douleur, ainsi qu'une modification de l'ordre de 20 % ou plus du réflexe de flexion nociceptif, modification qui perdure plusieurs heures après la fin de l'intervention (55).

De la même façon, Barber et Mayer (1977) ont décrit une élévation des seuils douloureux lors d'une stimulation électrique de la pulpe dentaire pratiquée sous analgésie hypnotique (3).

Enfin, Benhaïem en 2001, montre que les suggestions d'analgésie augmentent les seuils de perceptions thermiques ainsi que les seuils de la douleur expérimentale au chaud chez un sujet sain (Figure 23 et 24) (9).

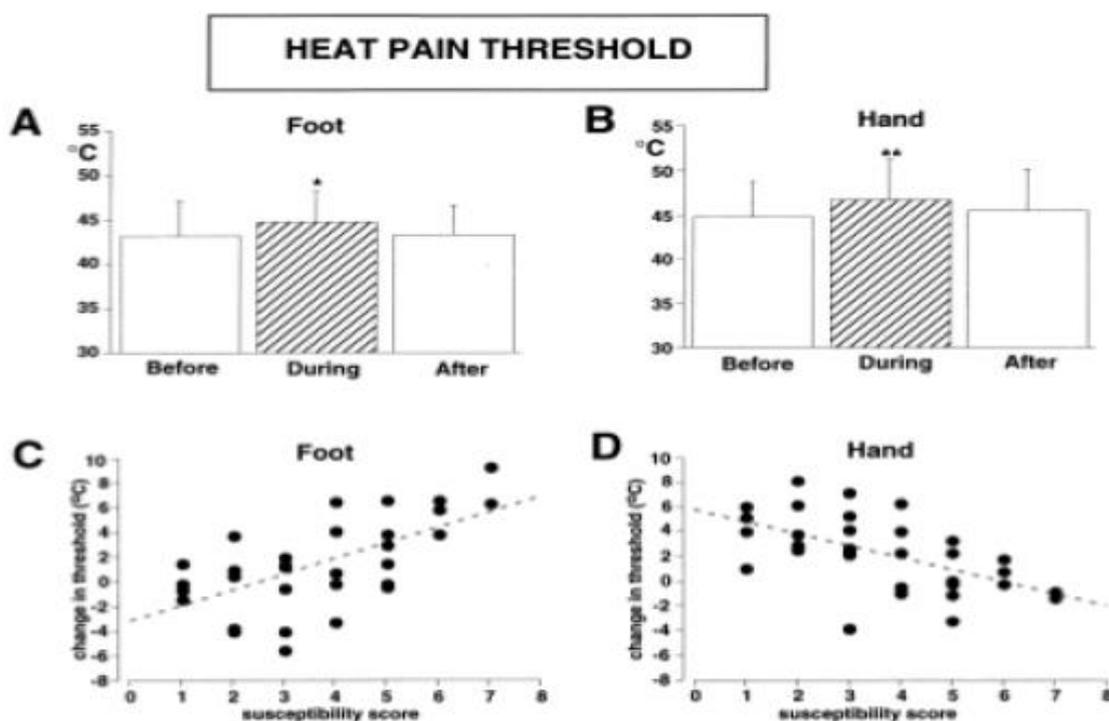


Figure 23 :Seuils de perception de la douleur avant , pendant et après l'hypnose.

D'après J-M Benhaïem et al. / Pain 89 (2001) 167+/- 173 (9)

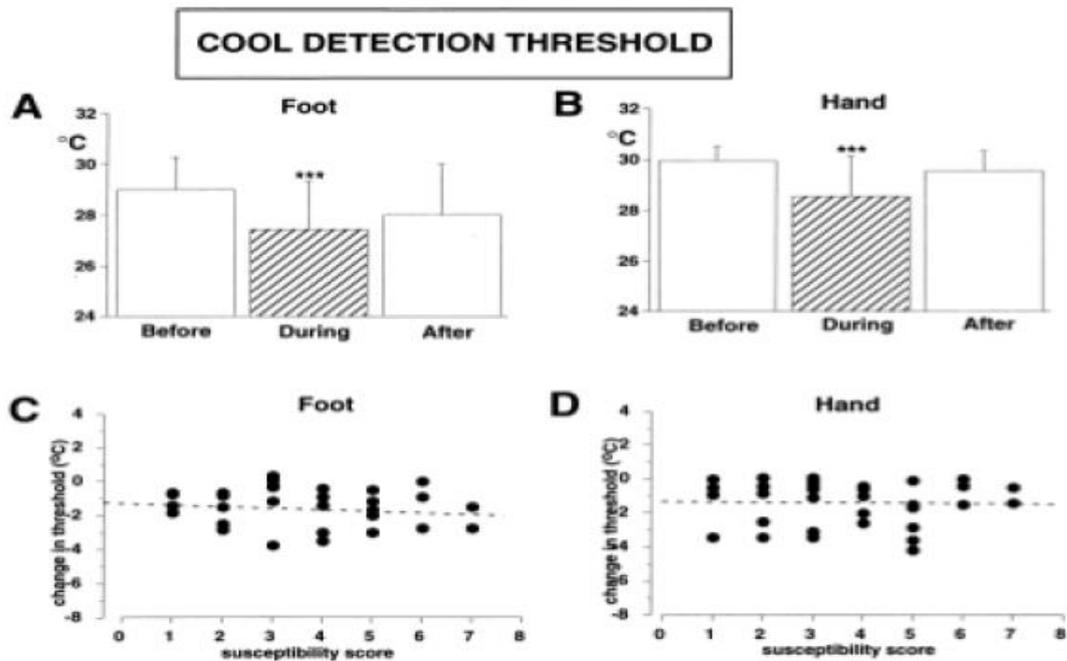


Figure 24 : : Seuils de perception du froid avant , pendant et après l'hypnose. D'après J-M Benhaeim et al. / Pain 89 (2001) 167+/- 173 (9)

Parallèlement à la modification des seuils douloureux, l'hypnose permet également de moduler la perception de la douleur. Faymonville et al montrent que la perception de la douleur pendant l'hypnose est diminuée de 50% par rapport à un état de repos (32).

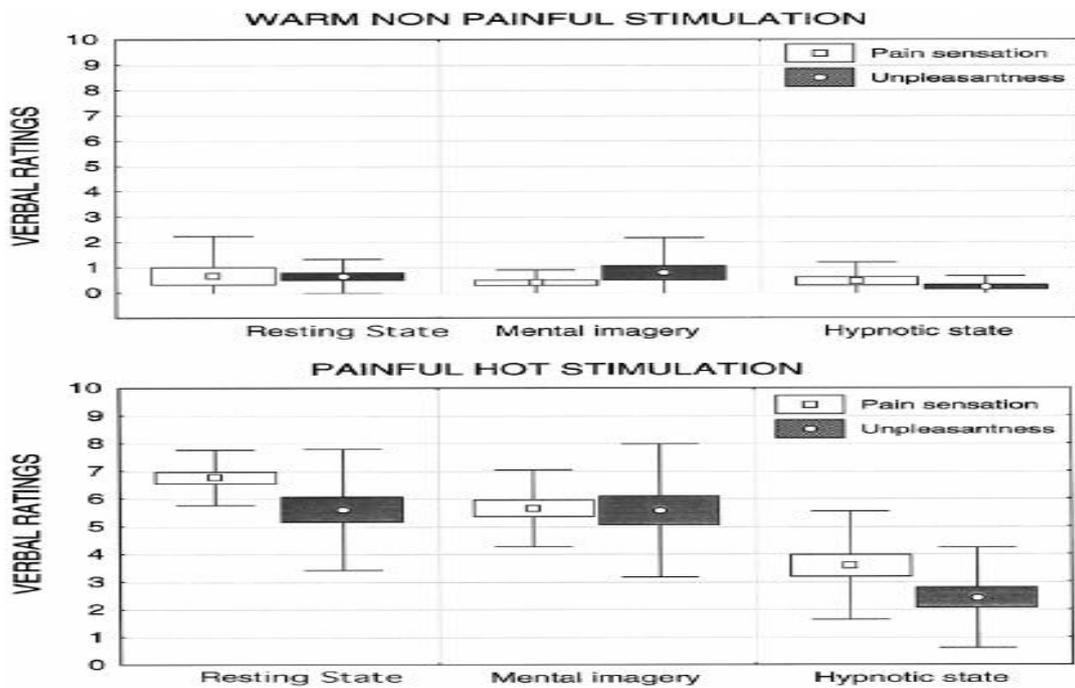


Figure 25 : Evaluation de la douleur en fonction des états d'éveil. D'après Faymonville et al.

Crawford (1998), a utilisé l'hypnose pour apprendre à 15 lombalgiques chroniques à calmer une douleur aiguë expérimentale (pression au froid) (21).

Au-delà de la diminution de la douleur physique, l'hypnose permet également de réduire l'anxiété des patients adultes ayant recours à la chirurgie (53,54).

Ce sont également la consommation de morphine, les nausées postopératoires et l'hémodynamique du patient qui semblent améliorées par l'hypnose lors de certaines procédures chirurgicales réalisées sous sédation consciente (31).

Ces résultats sont encore plus probants en chirurgie pédiatrique où une réduction de la douleur et de la durée de séjour postopératoire ont été constatées chez les enfants soumis à une hypnose de type image guidée par rapport à un groupe où les enfants étaient simplement dans un état de focalisation de l'attention (72).

Zeltzer, Farunik et Le Baron (1988) ont montré que l'hypnose permet à des enfants de 6 à 12 ans de réduire significativement une douleur expérimentale : la pression au froid par immersion d'un bras dans de l'eau à 12 ° et 15 ° (71).

Une méta-analyse publiée en 2000 regroupant 18 études datant des vingt dernières années a pu mettre en lumière que le soulagement, obtenu par l'hypnose, de différents types de douleurs était modéré à élevé (56).

Plus récemment (2015), une revue de la littérature réalisée par l'INSERM analysait l'intérêt de l'hypnose en chirurgie et en médecine interventionnelle et concluait que l'hypnose permet de diminuer la quantité d'antalgiques et/ou de sédatifs administrés en per opératoire (46).

E. Du point de vue de la psychologie

Loin de mettre le cerveau au repos, l'hypnose le place dans un état d'hyperactivité de reconditionnement et active les processus créatifs bien que le sujet semble absent à l'environnement.

Cet état se retrouve chez l'enfant qui peut rester de longs moments absorbés, par un objet, il se trouve alors dans un état de rêverie hypnotique, véritable rêve éveillé.

Un état similaire est retrouvé chez les animaux lorsque face à un prédateur ils se retrouvent dans un état de sidération.

Du point de vue psychologique, deux mécanismes interviennent : la dissociation et la régression ontogénique.

a. Dissociation

La « dissociation » (ce terme a remplacé celui de « désagrégation » psychologique fondé par Janet) qui se manifeste dans l'hypnose pourrait être le mécanisme supposé à l'origine de l'amnésie (pouvant être suggérée dans l'hypnose) et de la catalepsie, manifestations comparables à celles survenant dans l'hystérie.

À défaut d'en connaître le mécanisme, la dissociation est une des caractéristiques de l'hypnose, présente à minima dès le stade de la rêverie : le sujet est en partie présent et en partie « absorbé », absent.

Cette distraction survient lorsqu'un sujet effectue une tâche accaparante ou lorsque son attention est concentrée sur autre chose comme lors des phases d'induction hypnotique.

Cette dissociation s'accompagne naturellement, spontanément, d'une régression ontogénique et temporelle. Ceci place le sujet dans un état de relâchement du contrôle volontaire, vigile, laissant place au flottement des pensées. Le sujet semble « présent » à deux niveaux simultanément.

Il reste conscient et présent à la réalité qui l'entoure, capable de réagir et de quitter cet état de dissociation en cas de nécessité ou d'urgence, de façon spontanée, sans que l'opérateur ait besoin d'intervenir.

Beaucoup de sujets non familiarisés avec les techniques d'hypnose ou de méditation pensent ne pas être entrés dans l'hypnose simplement parce qu'ils entendaient des bruits dans la pièce ; en fait cela correspond la plupart du temps à une anxiété s'opposant au « lâcher prise ».

Tout se passe comme si demeurant au plan de la réalité objective, le sujet accédait à une réalité plus vaste.

En d'autres termes, l'hypnose favoriserait les mécanismes « primaires » de fonctionnement mental (20).

b. Régression ontogénétique

Lorsqu'un sujet est placé dans un état d'hypnose, un mécanisme de circulation rétrograde des influx nerveux est mis en place (les perceptions proviennent directement du cerveau et non des extrémités sensorielles), ceci place le sujet dans une situation de « retour à un mode de fonctionnement psychique précoce, prélangagier ».

Tout se passe comme si, en état d'hypnose, le sujet expérimentait l'ensemble des contenus de son psychisme, au détriment de ses perceptions extemporanées.

Il existe par conséquent une possibilité d'accès privilégié à l'ensemble des informations enregistrées dans le cerveau, y compris celles relatives à des vécus très précoces... C'est ainsi que l'hypnose se caractérise par l'abondance de l'imagerie mentale, de souvenirs parfois très anciens, de réminiscences olfactives, coenesthésiques, voire symboliques.

Nietzsche, disait : « dans le rêve se perpétue une époque primitive de l'humanité, que nous ne pourrions plus guère atteindre par une voie directe » (38).

L'hypnose repose en effet sur un état mental spécifique au cours duquel s'établit une communication très particulière

CHAPITRE IV. 10 OTOPLASTIES SOUS HYPNOSE

A. Introduction

Les oreilles décollées, résultant d'une ou plusieurs anomalies congénitales, constituent une disgrâce qui est un motif fréquent de consultation en chirurgie plastique pédiatrique.

Leur correction combine différents gestes chirurgicaux, réalisés en ambulatoire, sous anesthésie générale ou locale (26).

La gestion de la douleur est une des préoccupations majeures de l'équipe soignante, particulièrement lorsque l'intervention est réalisée sous anesthésie locale.

Malgré l'application d'une émulsion anesthésique contenant un mélange équimolaire de lidocaïne (2,5%) et de prilocaïne (2,5%) pendant une heure (ex. : EMLA 5 % crème) et l'adjonction d'un anesthésique local, il n'est pas rare que l'intervention soit douloureuse, et inconfortable pour l'enfant laissant parfois un vécu traumatique nuisible pour la poursuite de la prise en charge (consultations post opératoires et soins de pansements) et sa vie future.

Par ailleurs, la réalisation de cette intervention sous anesthésie générale expose l'enfant à des complications graves, allergiques, ventilatoires ou circulatoires (45).

De nombreuses équipes chirurgicales réalisent maintenant ces cures d'oreilles décollées sous hypnose et anesthésie locale (31).

L'utilisation de l'hypnose dans la cure d'oreille décollées paraissait être un choix intéressant, en effet, l'âge auquel sont réalisées les otoplasties nous a permis de recruter des patients d'âge jeune, dotés d'une importante hypnotisabilité.

De plus, dans les cas où le chirurgien hésitait avec la réalisation du geste sous anesthésie générale, ceci permettait d'argumenter en faveur d'une anesthésie locale.

Par ailleurs, la procédure chirurgicale étant comparable d'un opérateur à l'autre, ceci facilitait l'évaluation de la technique.

Enfin, la brièveté du temps opératoire (40 mn à 1h30) était un autre critère en faveur de l'utilisation de l'hypnose.

Nous rapportons ici 10 cas d'otoplasties bilatérales primaires, réalisées chez des enfants de 7 à 13 ans, sous anesthésie locale et hypnose.

Ces 10 interventions sous hypnose ont été comparées à 10 cures d'oreilles décollées sous anesthésie locale seule et un recueil de l'opinion des chirurgiens ayant pratiqué ces interventions a été effectué.

B. Patients et méthodes

Cette étude multicentrique (CHU Amiens, CHU Nice, CHRU Lille) a été menée de Septembre 2013 à Octobre 2016.

Nous avons pris en charge dix enfants âgés de 7 à 13 ans, avec une moyenne d'âge de 8.7 ans issus de 3 centres différents qui ont été inclus de façon prospective, sans autre critère d'inclusion que l'âge au moment de la chirurgie, le caractère primaire et bilatéral de la cure d'oreilles décollées, l'absence de contre-indication à l'hypnose et l'absence d'antécédent d'hypnothérapie.

Lors de la consultation préopératoire les parents et l'enfant sont informés de l'utilisation de la technique sans pour autant que le mot « hypnose » soit prononcé, nous préférons utiliser une description moins connotée comme « technique de relaxation ou de détente ».

Le jour de l'intervention le protocole habituel de prise en charge préopératoire a été appliqué, à savoir l'application d'un mélange équimolaire de lidocaïne (2,5%) et de prilocaïne (2,5%) pendant une heure (ex. : EMLA 5 % crème) au niveau de la zone opératoire, une à deux heures avant l'intervention.

La prise en charge des patients se déroulait dans les conditions habituelles de l'entrée de celui-ci dans le bloc opératoire jusqu'à la mise en place des champs opératoires, avec toutefois quelques ajustements propices à la création d'une atmosphère calme.

Ainsi, le volume des alarmes était réglé au minimum, la lumière de la pièce tamisée, les déplacements limités et la communication ajustée à voix basse.

A noter également que l'auteur entrait en communication avec le patient dès son entrée dans le bloc opératoire, voire quelques minutes avant si celui-ci devait patienter devant l'entrée, ceci permettait de réexpliquer à l'enfant le déroulement de la procédure et permettait également un recueil d'information nécessaire à l'adaptation de la technique d'induction (activité sportives pratiquées, passions, hobbies, etc...).

Avant l'injection de l'anesthésiant local (lidocaïne faiblement adrénalinée à 1%), une phase d'induction hypnotique adaptée à chaque patient (imagerie mentale dans la majorité des cas) était réalisée durant 3 à 10 minutes par l'auteur, titulaire du D.U d'Hypnose Médicale.

Le geste chirurgical combinait les mêmes techniques dans tous les centres, à savoir une incision cutanée rétro-auriculaire avec excision cutanée en fuseau à minima, une dissection rétro-conchale, une exérèse du muscle rétro-auriculaire, un enfouissement de la conque, une plicature de l'Anthélix par 2 ou 3 points en U après chondrotomies par technique de Stenström.

Tous les chirurgiens étaient des chirurgiens séniors, rompus à la technique sus-citée.

L'évaluation de la procédure était réalisée dans les 3 semaines suivant l'intervention à l'aide d'un questionnaire standardisé validé par une psychologue infantile, proposé à l'enfant lors d'une des consultations post-opératoires.

Celui-ci comprenait 3 parties relatives aux périodes pré, per et post-opératoires avec des items évaluant le vécu psychologique de l'enfant, la douleur et la consommation d'antalgiques, le souvenir laissé par l'intervention. (Annexe 1)

La première partie du questionnaire permettait d'évaluer l'état de l'enfant en préopératoire. En effet, il lui était demandé de décrire son état émotionnel avant de démarrer l'intervention (anxieux, détendu, stressé, apeuré, curieux, rassuré, normal) et de côter cet état (pas du tout, un peu, fortement, très fortement) puis nous lui demandions quelle idée il se faisait de l'intervention.

La deuxième partie du questionnaire était dédiée au ressenti de l'enfant durant l'intervention, nous avons ainsi évalué l'état émotionnel (mêmes propositions que précédemment), la douleur globale (EVA 0 à 10), la douleur à l'injection de xylocaïne (EVA 0 à 10), la rêverie, la sensation globale (bien, très bien, mal), le vécu temporel (peu de temps, longtemps, très longtemps), la difficulté globale (facile, normal, difficile, très difficile, agréable) du geste.

La dernière partie du questionnaire se concentrait sur le vécu post-opératoire immédiat (sensation globale) et tardif (souvenir de l'intervention, accord pour une nouvelle intervention dans les mêmes conditions, émotion lorsqu'on évoque l'intervention), incluant la période des soins postopératoires (vécu des soins postopératoires, antalgiques consommés, douleurs postopératoires, soins complémentaires, modifications du sommeil, comportementales, sociales et familiales) et les premières consultations avec des items à destinée des parents (vécu des parents et de l'enfant de la période postopératoire, pénibilité ressentie et perçue, vécu des soins de pansement).

Le questionnaire était complété par l'auteur ou par le chirurgien ayant réalisé l'intervention, en consultation.

Le même questionnaire était complété au travers d'un entretien téléphonique (annexe 1) à l'aide d'une population d'enfants présentant les mêmes caractéristiques et ayant bénéficié de la même intervention sous anesthésie locale seule dans les 6 derniers mois.

Les chirurgiens séniors étaient amenés à compléter dans les 3 semaines suivant l'intervention un auto-questionnaire comprenant 3 parties, correspondant aux périodes pré, per et postopératoires avec pour les différentes parties une évaluation par le chirurgien de l'état de l'enfant, de la technique employée ainsi que de l'impact de la technique sur l'enfant et sur la procédure chirurgicale (annexe 2).

La première partie portait sur l'évaluation de l'état émotionnel de l'enfant à la consultation préopératoire et avant l'intervention ainsi que sur l'hésitation du chirurgien à proposer une anesthésie générale et les raisons inhérentes à celle-ci.

La deuxième partie du questionnaire comprenait deux sections évaluant l'état de l'enfant avant et après induction hypnotique, la deuxième section évaluait également la douleur au moment de l'injection de l'anesthésiant local, le temps nécessaire à l'induction, l'impact de la technique sur le geste chirurgical et le confort de l'enfant.

Enfin, en dernière partie, le chirurgien était chargé d'évaluer l'état de l'enfant en postopératoire immédiat ainsi que l'impact de la technique sur l'enfant, le temps opératoire, la décision de recourir à une anesthésie générale, la satisfaction des parents et l'éventuel désir d'intégration de l'hypnose à la pratique courante.

C. Résultats

Entre Septembre 2013 et Octobre 2016, nous avons opéré 10 enfants d'une moyenne d'âge de 8,7 ans sous hypnoanalgésie (groupe « hypnose ») et anesthésie locale, 1 de sexe féminin et 9 de sexe masculin, tous ont été revus en post-opératoire et ont répondu aux questionnaires, 7 chirurgiens séniors ont rempli les auto-questionnaires, 10 enfants ayant bénéficié d'otoplasties sous anesthésie locale seule (groupe « sans hypnose ») ont été interrogés par téléphone.

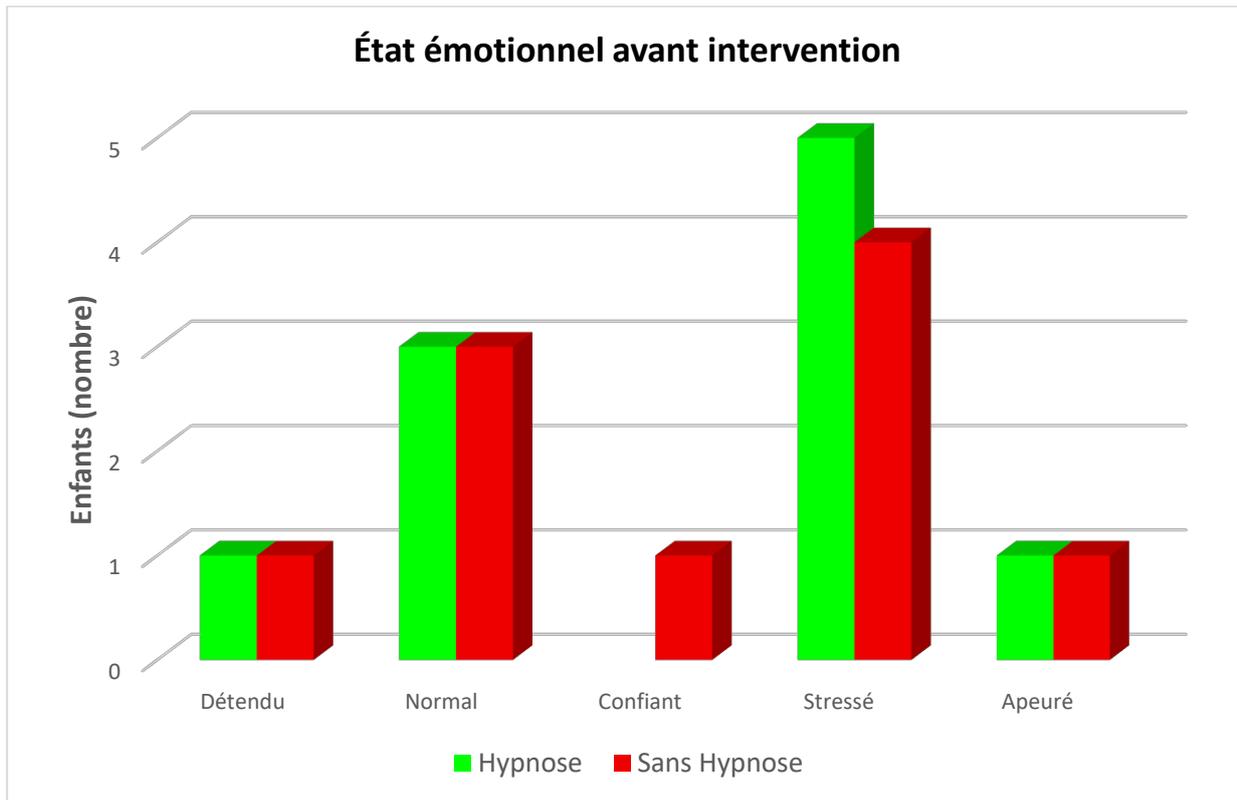
Tableau 1			<i>Résumé des caractéristiques des patients</i>		
Groupe "Hypnose"			Groupe " Sans Hypnose"		
Patient	Age	Sexe	Patient	Age	Sexe
1	7	M	1	9	M
2	8	F	2	11	M
3	7	M	3	10	M
4	12	M	4	8	M
5	13	M	5	11	F
6	9	M	6	11	M
7	8	M	7	8	M
8	7	M	8	7	F
9	8	M	9	8	M
10	8	M	10	8	M
Age moyen	8.7 ans		Age moyen	9.1 ans	

Aucun patient n'a nécessité un arrêt de l'intervention ou une conversion en anesthésie générale, toutes les interventions ont été réalisées en ambulatoire.

Tous nos patients ont bénéficié d'un questionnaire d'évaluation dans les 3 semaines post-opératoires.

Nous précisons que l'entièreté des réponses aux questionnaires n'a pas été reportée ici, dans un souci de lisibilité des résultats.

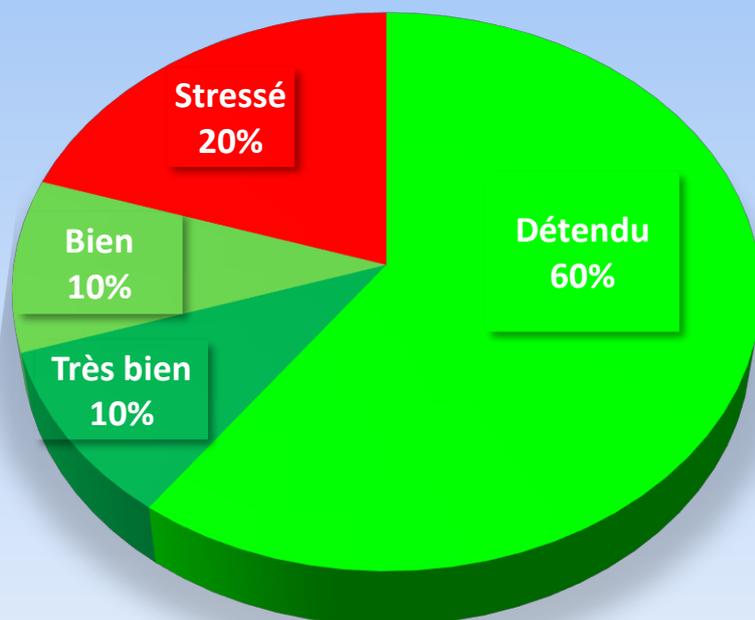
Avant l'intervention, les patients des deux groupes présentaient un état émotionnel comparable, en effet, 6 patients du groupe « hypnose » et 5 patients du groupe « sans hypnose » se sentaient stressés, apeurés ou anxieux. Les autres se sentaient confiants, détendus ou « normal ».



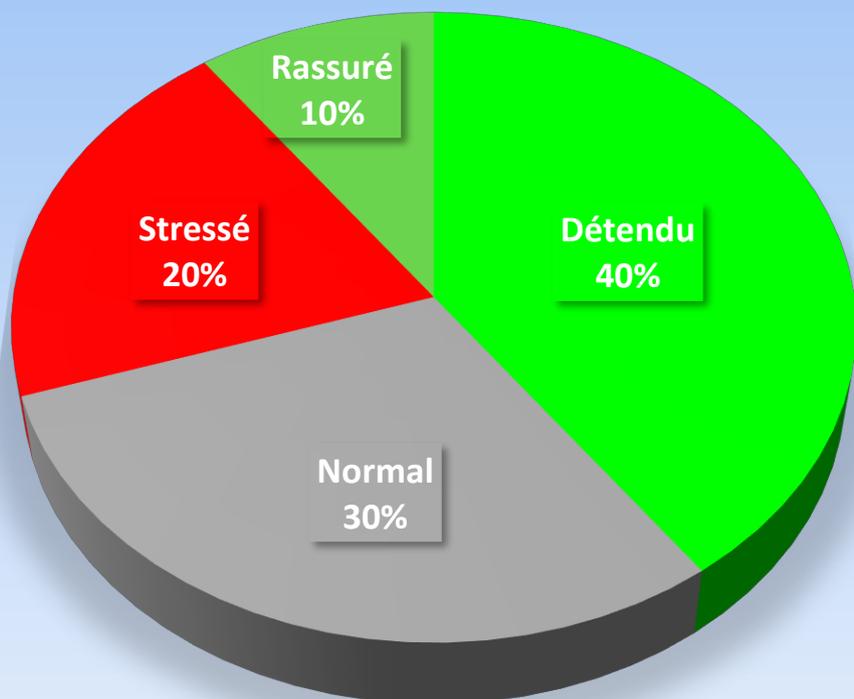
Graphique 1 : État émotionnel des enfants avant intervention

Pendant la chirurgie, 8 enfants du groupe « hypnose » se déclaraient détendus (6), bien (1) ou très bien (1) contre 4 se sentant détendus dans le groupe « sans hypnose ». Les 2 autres enfants du groupe « hypnose » se sentaient stressés, les 6 autres enfants du groupe « sans hypnose » se sentaient stressés (2), apeurés (1) ou « normal » (3).

Groupe "Hypnose"
Etat des patients pendant la chirurgie



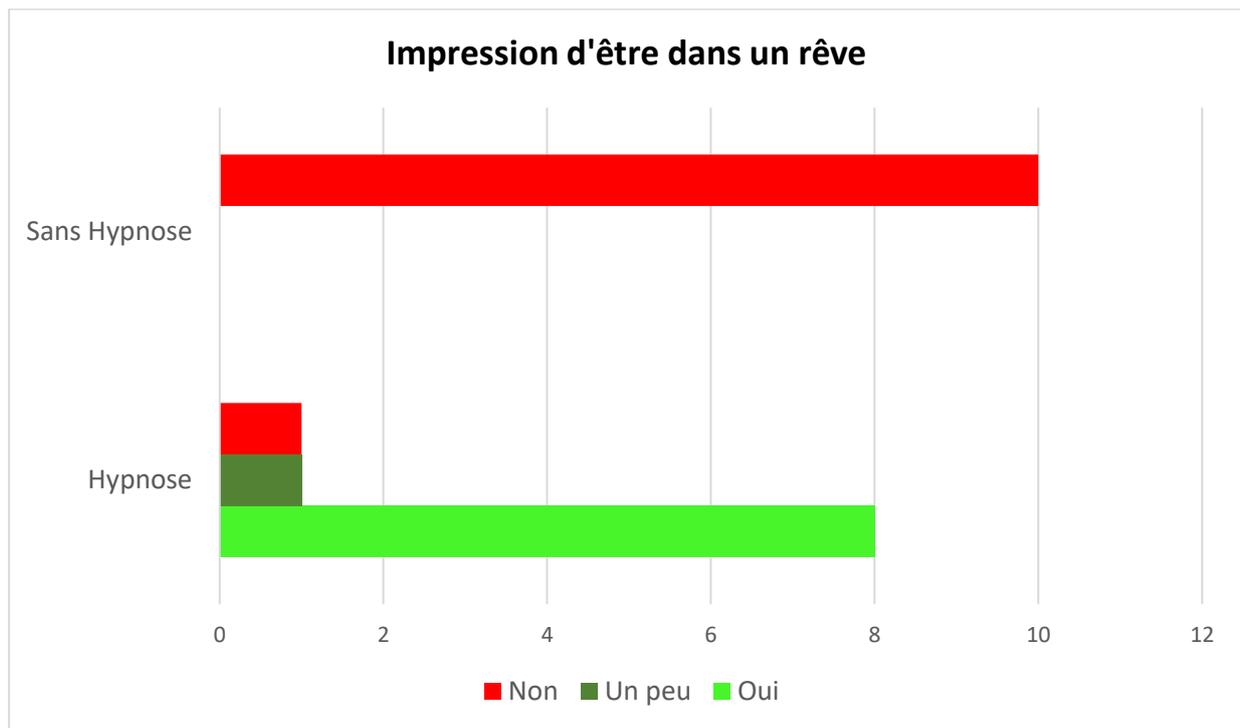
Groupe "sans Hypnose"
Etat des patients pendant la chirurgie



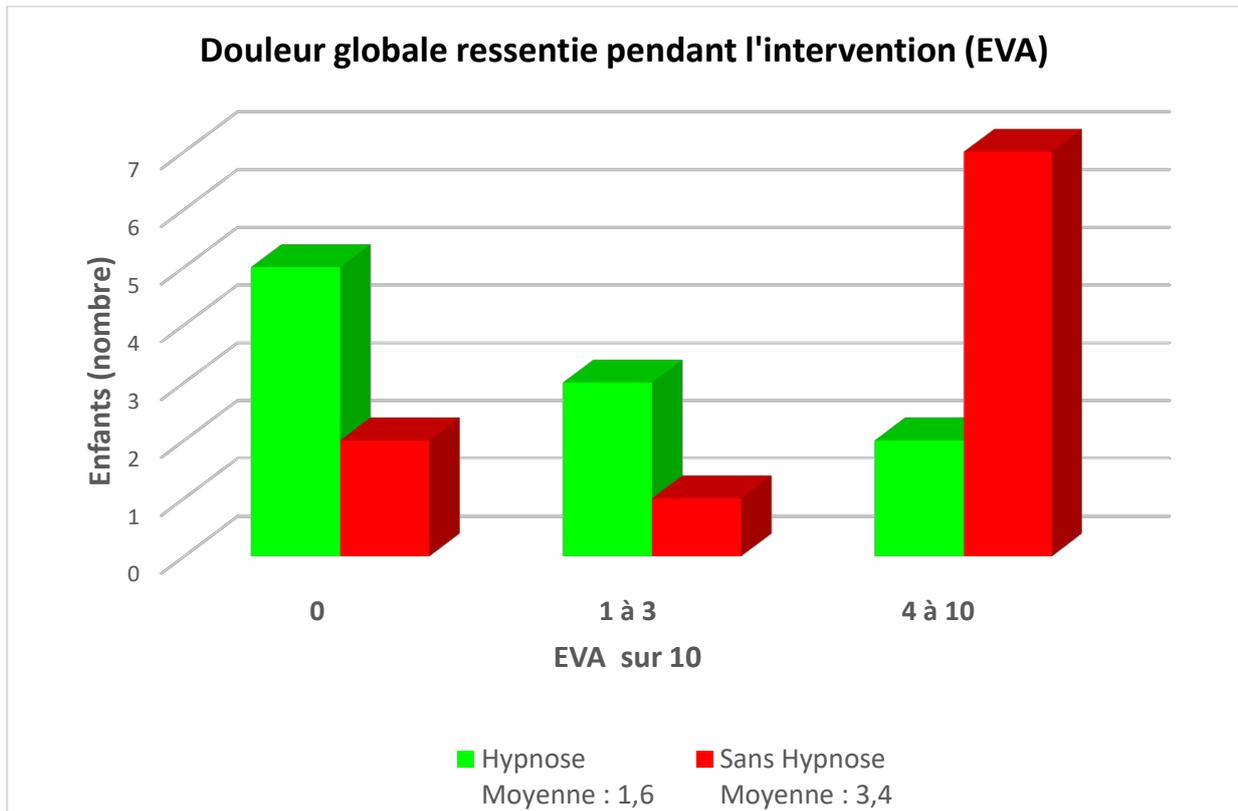
Graphiques 2 et 2 bis : État émotionnel des enfants pendant l'intervention

Dans le groupe « hypnose » on retrouve la sensation « d'être dans un rêve » pour 9 patients, l'absence de douleur globale ressentie pour 5 d'entre eux (EVA 0/10) , une douleur globale ressentie faible (EVA<4/10) pour 2 patients, une moyenne de la douleur globale ressentie à 1,6 / 10, une absence de douleur au moment de l'injection chez 4 patients , une douleur faible au point d'injection pour 4 patients (EVA<4/10) et une moyenne de la douleur au point d'injection à 1,9 / 10.

Dans le groupe « sans hypnose » on ne retrouve la sensation « d'être dans un rêve » chez aucun patient, l'absence de douleur globale ressentie pour 2 d'entre eux (EVA 0/10) , une douleur globale ressentie faible (EVA<4/10) pour 1 patient, une moyenne de la douleur globale ressentie à 3 / 10, une absence de douleur au moment de l'injection chez aucun patient , une douleur faible au point d'injection pour 2 patients (EVA<4/10) et une moyenne de douleur au point d'injection à 5,1 / 10.

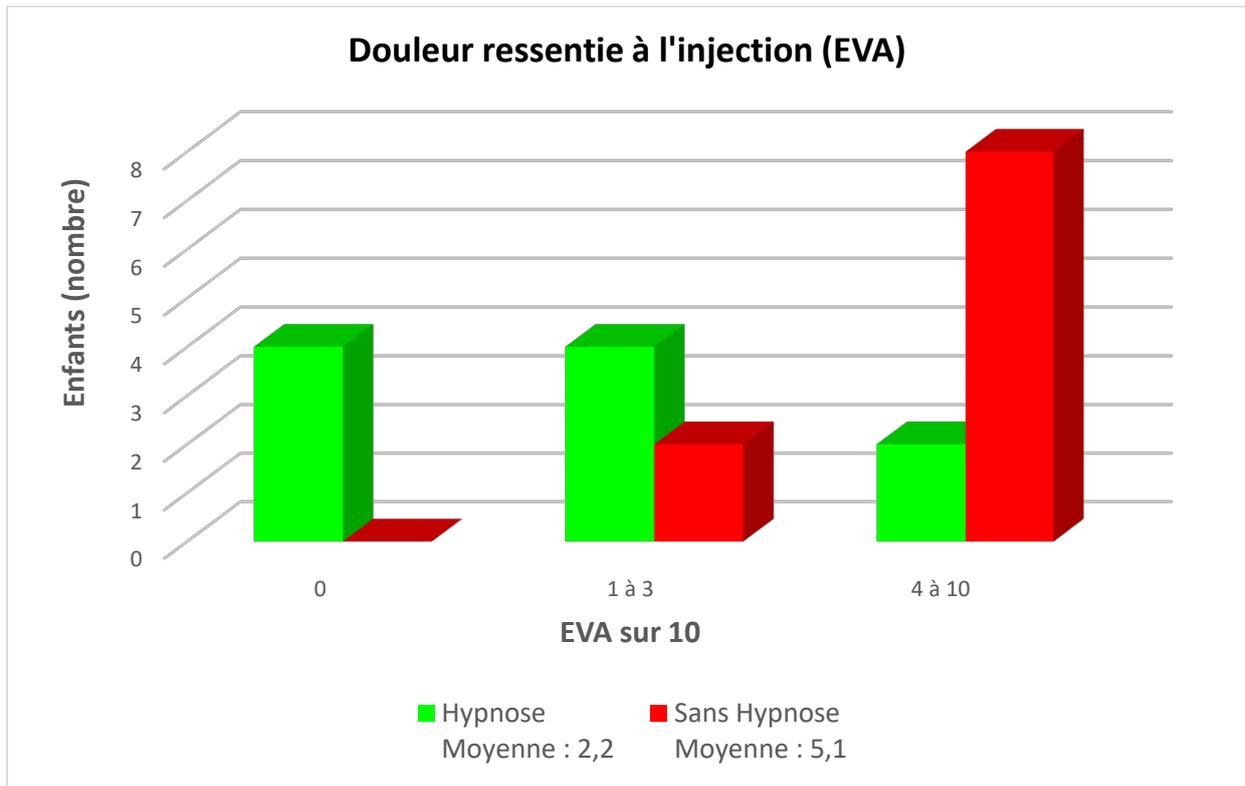


Graphique 3 : Impression d'être dans un rêve



Graphique 4 : Douleur globale ressentie pendant l'intervention

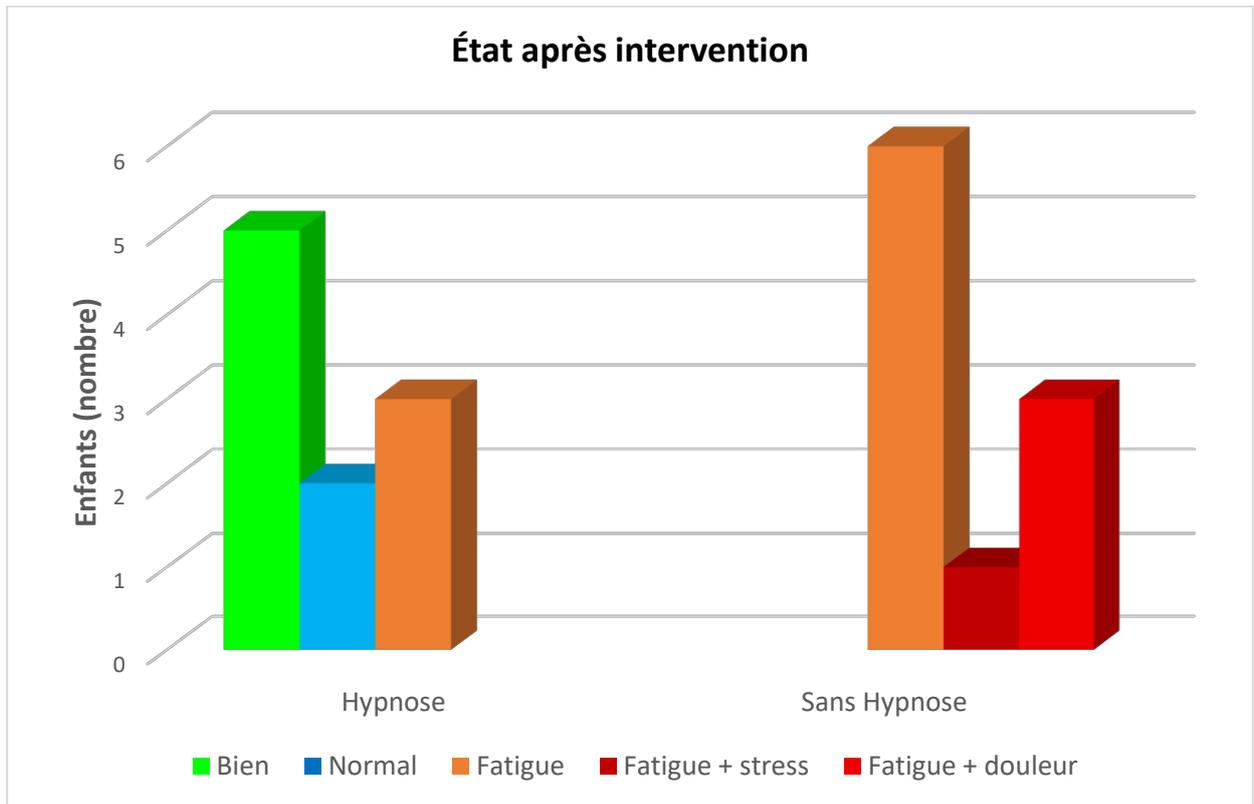
Tableau 2		Douleur globale ressentie pendant l'intervention	
"Hypnose"		"Sans Hypnose"	
Patients	EVA sur 10	Patients	EVA sur 10
1	2	1	4
2	3	2	0
3	0	3	5
4	0	4	5
5	0	5	6
6	0	6	1
7	0	7	0
8	4	8	4
9	5	9	5
10	2	10	4
Moyenne	1,6	Moyenne	3,4



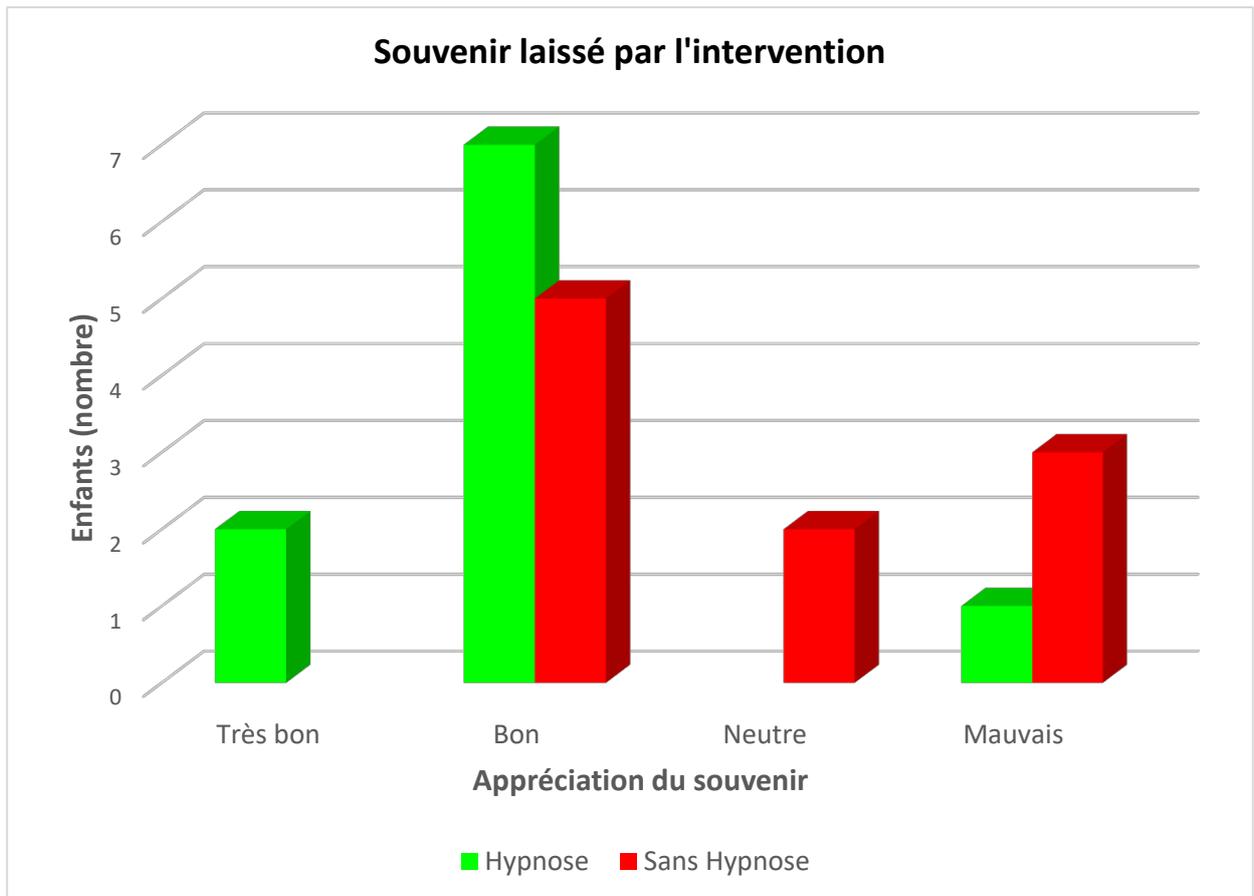
Graphique 5 : Douleur ressentie à l'injection de l'anesthésiant local

Tableau 3		Douleur ressentie à l'injection du produit anesthésiant			
"Hypnose"		"Sans Hypnose"			
Patients	EVA sur 10	Patients	EVA sur 10	Patients	EVA sur 10
1	0	1	7		
2	3	2	3		
3	2	3	5		
4	0	4	5		
5	3	5	6		
6	0	6	4		
7	0	7	3		
8	5	8	7		
9	7	9	6		
10	2	10	5		
Moyenne	2,2	Moyenne	5,1		

En postopératoire immédiat, dans le groupe « hypnose », 6 patients se sentaient bien ou en forme (1), 3 se sentaient fatigués, dans le groupe « sans hypnose » tous se sentaient fatigués, l'un d'entre eux se sentait « mal », un autre « stressé ».

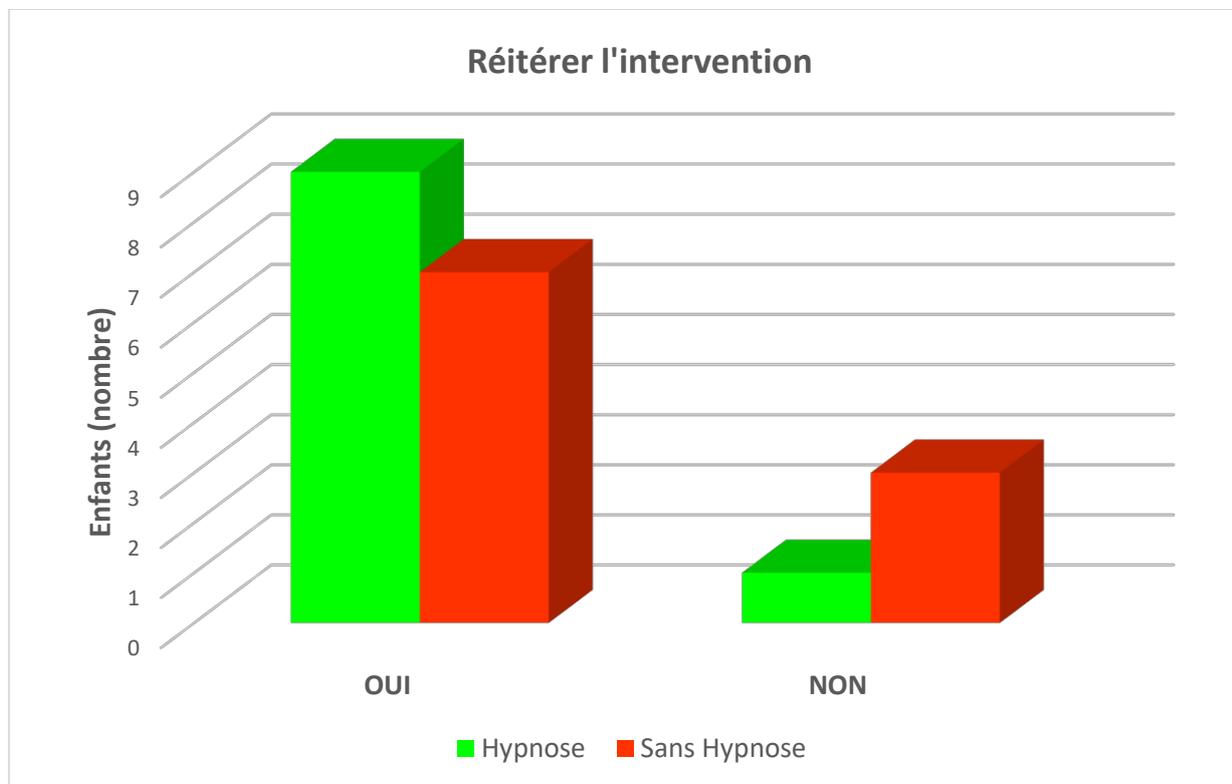


Graphique 6 : État après intervention



Graphique 7 : Souvenir laissé par l'intervention

Dans le groupe « hypnose », 9 se déclaraient prêts à recommencer la même intervention ou une intervention similaire dans les mêmes conditions, 9 gardent un bon ou très bon souvenir de leur passage au bloc opératoire.

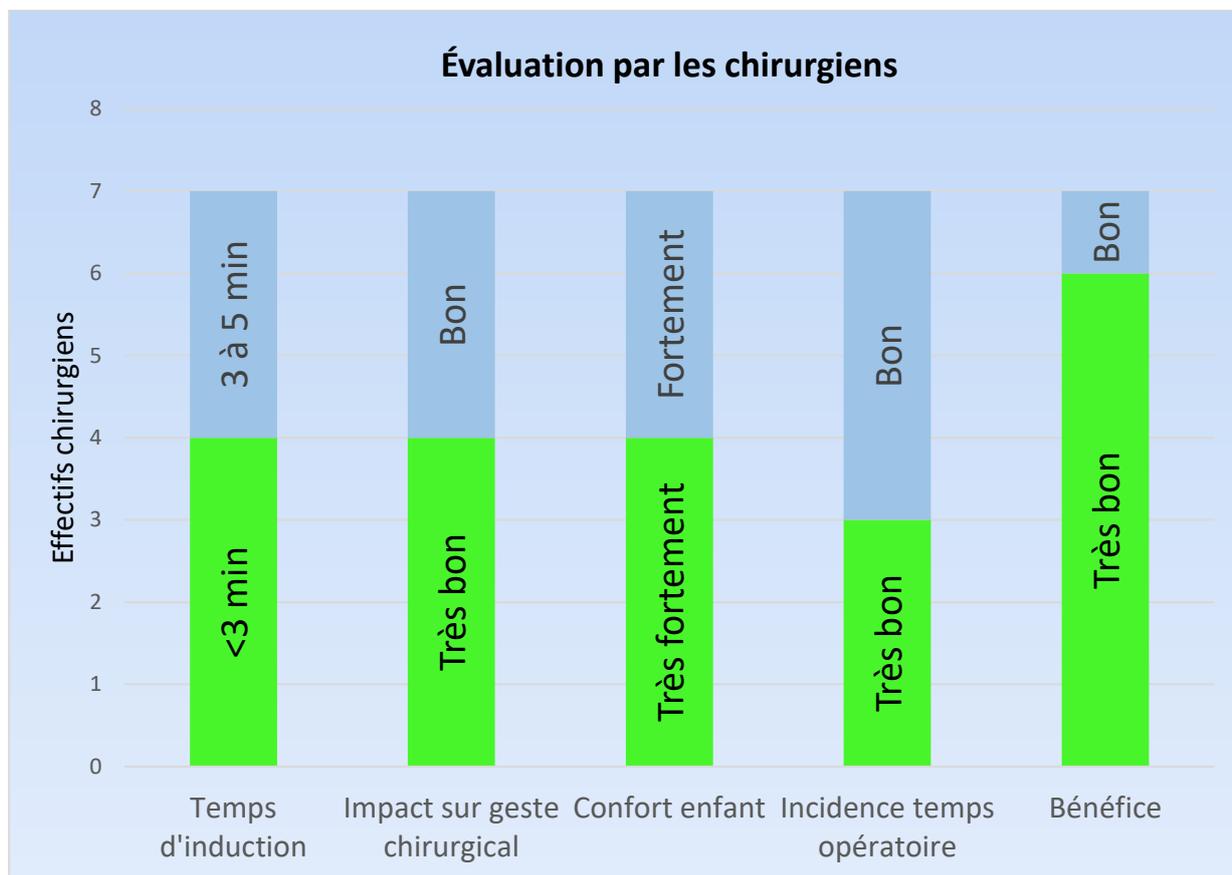


Graphique 8 : Réitérer l'intervention

Dans le groupe « sans hypnose », 7 se déclaraient prêts à recommencer la même intervention ou une intervention similaire dans les mêmes conditions, 5 gardaient un bon souvenir de leur passage au bloc opératoire.

Les questionnaires d'évaluation à destinée des 7 chirurgiens révélaient que 6 d'entre eux trouvaient leurs patients stressés (2), fortement (2) ou très fortement (3) à la consultation, 4 ont hésité à proposer une anesthésie générale.

Pendant l'intervention, 4 chirurgiens ont estimé la durée de l'induction inférieure à 3 mn, 4 ont évalué la douleur à l'injection de l'anesthésiant local inférieure ou égale à 3/10, 4 ont estimé que l'état dans lequel se trouvait l'enfant a très fortement facilité leur geste chirurgical et très fortement amélioré le confort de l'enfant.



Graphique 9 : Évaluation de l'Hypnose par les chirurgiens

En postopératoire immédiat , 5 chirurgiens ont trouvé l'enfant détendu au réveil , tous estimaient comme étant positif (3) ou très positif (4) l'impact de cette technique sur leur temps opératoire , tous se disaient prêts à recommencer l'expérience , estimaient que ceci pourrait remplacer l'anesthésie générale dans un certain nombre de cas , désignaient cette technique comme étant très bénéfique pour le patient , évaluaient la satisfaction des parents forte (1) ou très forte (6) et tous se disaient prêts à l'intégrer dans leur pratique courante.

D. Discussion

La cure d'oreilles décollées chez l'enfant est une intervention fréquente en chirurgie plastique, sa légitimité ne se discute pas dans la civilisation occidentale où elle représente un critère de normalité voire de beauté.

De nombreuses équipes réalisent cette intervention sous anesthésie locale et hypnoalgésie, ce qui améliore le confort peropératoire de l'enfant, vivant le passage au bloc opératoire comme un évènement marquant, parfois traumatisant du fait de l'inconfort et des éventuelles douleurs ressenties.

Dans notre étude, nous avons réalisé les cures d'oreilles décollées sous hypnoanalgésie et anesthésie locale. L'hypnoanalgésie était réalisée par l'auteur de ce travail, titulaire du D.U. d'Hypnose Médicale.

Les résultats de notre étude corrélaient avec les données de la littérature. L'hypnotisabilité importante retrouvée chez les enfants inclus semble confirmer la plus grande suggestibilité des sujets d'âge jeune.

Les états émotionnels des enfants des deux groupes étaient comparables avant l'intervention.

Leur état pendant l'intervention diffère fortement dans les deux groupes et l'on retrouve l'état de bien-être propre à l'état de transe hypnotique pour le groupe « hypnose », ainsi que « l'impression d'être dans un rêve », signe que l'état de dissociation est bien atteint.

La modification de la perception de la douleur a également été modifiée puisque le groupe « hypnose » a décrit des douleurs atteignant à peine 50% des douleurs ressenties par le groupe « sans hypnose » ce qui corrobore les résultats de Faymonville et al. (32).

Par ailleurs, il est intéressant de remarquer que l'adjonction de l'hypnose a également un impact en postopératoire avec une sortie d'intervention plus confortable et un souvenir souvent plus positif de l'intervention.

Enfin, les chirurgiens sont unanimes, ils jugent la technique rapide avec un impact très positif sur le geste chirurgical, le confort de l'enfant et le temps opératoire. Tous les chirurgiens ayant réalisé les otoplasties dans ces conditions l'ont fait de façon inaugurale.

Il est particulièrement difficile de réaliser des études cliniques en hypnose sans souffrir de nombreux biais.

C'est le cas de cette étude, en effet, on pourra citer le fait que l'auteur de ce travail est également l'inducteur de l'hypnoanalgésie, par ailleurs les inductions utilisées différaient d'un enfant à l'autre et étaient choisies d'une façon tout à fait partielle en fonction de l'enfant et de l'expérience de l'auteur.

Les chirurgiens ayant accepté de réaliser cette étude sur leurs patients étaient peut-être prédisposés à valider la méthode puisqu'intéressés par le concept.

Les circonstances dans lesquelles ont été réalisées ces interventions différaient d'un centre à l'autre avec certaines équipes plus sensibles à ce type de technique que d'autres, à noter également qu'au fur et à mesure de l'étude l'auteur a vu croître son expérience en termes d'efficacité des inductions et du maintien de la transe, ce qui pourrait interférer avec les résultats obtenus selon que le patient ait bénéficié de l'hypnoanalgésie au début ou à la fin de l'étude.

En ce qui concerne l'évaluation par questionnaires, on notera que certains questionnaires destinés aux parents et à l'enfant ont été remplis lors d'une consultation postopératoire avec l'auteur ou avec les chirurgiens séniors, ce qui pourrait constituer un biais, on précisera également que l'âge de l'enfant pourrait influencer sur les réponses (14).

Pour les questionnaires réalisés via entretien téléphonique, la fiabilité des données recueillies peut-être remise en cause du fait de la voie de communication empruntée, par ailleurs les enfants interrogés étaient parfois à 3 ou 4 mois postopératoires de l'intervention, ce qui pourrait également interférer avec le recueil des données.

Les chirurgiens séniors étaient évalués par auto-questionnaires, ceci peut également influencer sur la qualité des informations recueillies.

Concernant la méthode chirurgicale, l'on sait bien qu'il existe autant de techniques d'otoplasties que de chirurgiens et ce même si chacun d'entre eux a utilisé une technique similaire comme décrite précédemment, on prendra également en compte la technique d'injection de l'anesthésiant local, elle aussi très différente d'un chirurgien à l'autre (pinch pré-injection, vitesse et profondeur d'injection ...).

Enfin on notera que pour certains enfants, l'intervention a été retardée de plusieurs heures sans qu'une nouvelle application d'EMLA n'ait été effectuée.

Malgré tous ces biais, on ne peut ignorer les témoignages de l'équipe soignante (IBODE, IDE, IADE, Chirurgiens et Etudiants), en effet, tous décrivent cette expérience comme étant particulièrement bénéfique pour le patient et pour l'équipe du fait de l'atmosphère se dégageant de l'environnement dans lequel le bloc opératoire est placé lors de ces interventions (son des alarmes baissé au minimum ou coupé, lumière tamisée, limitation des allées et venues, communication à voix basse ou chuchotements, précautions lors de la distribution du matériel chirurgical...).

« On devrait travailler comme ça plus souvent », « Ça change totalement de d'habitude, c'est reposant », « je n'ai plus d'indication à l'anesthésie générale » ... (Propos recueillis par l'auteur auprès des équipes chirurgicales).

Certaines améliorations pourraient être apportées à ce type de prise en charge, l'on pourrait éventuellement réaliser une courte séance d'hypnose lors d'une consultation préopératoire de façon à familiariser l'enfant avec l'état dans lequel il se trouvera le jour de l'intervention et ainsi favoriser son entrée en transe hypnotique (7).

Il est également possible de démarrer une hypnose conversationnelle en chambre, juste avant que l'enfant parte au bloc opératoire, de manière à le placer dans un environnement sécurisant.

Enfin, travailler avec des équipes ayant été formées au préalable permet une harmonisation des modes de fonctionnement et de communication au bloc opératoire de façon à ce que tous les intervenants de la chaîne de soin participent au processus.

Faymonville et al. décrivent depuis une vingtaine d'années nombre d'interventions mineures ou majeures de chirurgie plastique réalisées sous hypnoanalgésie et anesthésie locale ou hypnosédation (31).

En France, un nombre important de formations à destinée des soignants a vu le jour ces dernières années et les participants sont de plus en plus nombreux.

Les centres ayant intégré l'hypnose dans leur pratique quotidienne ont des résultats prometteurs.

Cependant, cette technique impose de nombreux changements, tant sur le plan communicationnel que dans les habitudes de travail de l'équipe soignante.

Tout doit-être mis en œuvre pour réduire les bruits de la salle d'opération, les gestes chirurgicaux doivent être mesurés, doux et précis.

La présence nécessaire de l'anesthésiste permet un accompagnement total du patient tout au long des différentes procédures chirurgicales.

L'équipe soignante devra tenir compte des besoins physiologiques et psychologiques du patient, ce qui implique une compétence et une disponibilité supplémentaires.

Cette technique est un nouveau défi pour les anesthésistes et les chirurgiens, ils devront apprendre à collaborer de façon plus étroite et plus intime, pour le bien du patient.

CONCLUSION

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

L'hypnose est bien circonscrite d'un point de vue clinique, sa description fait l'objet d'un consensus parmi les chercheurs et nous possédons maintenant des données physiques mesurables sur ses effets sur le système nerveux central.

Les études en imagerie fonctionnelle et neurophysiologie ont permis de mettre en évidence des changements au sein des voies de la douleur aux niveaux spinal et supra-spinal sous l'influence de l'hypnose.

La pratique de l'Hypnose est devenue routinière dans certains centres en France et en Europe, eu égard aux bénéfices cliniques et socio-économiques mis en lumière dans plusieurs études (diminution de consommation d'antalgiques péri et post-opératoires, de l'anxiété, de la morbidité, du temps de récupération...).

Même si les données de ces études doivent être interprétées avec prudence compte tenu des biais évidents inhérents à cette pratique interpersonnelle particulière et au grand nombre de techniques hypnotiques existantes, il est certain que toute attention portée au patient, tout support émotionnel ou suggestion positive sont des mesures sûres, gratuites et d'un bénéfice certain pour tout malade relevant d'une prise en charge chirurgicale.

Par ailleurs, l'on ne pourra s'empêcher de relever les témoignages de l'équipe du bloc opératoire qui trouvera, au milieu de longues journées de travail dans un environnement parfois stressant, bruyant et surchargé en sons et nuisances diverses, un moment de calme et d'apaisement en lien avec l'atmosphère sereine dans laquelle l'hypnose se réalise.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire à destinée des patients et des parents

ENQUETE SUR L' HYPNOSE EN CHIRURGIE PLASTIQUE

AVANT LA CHIRURGIE

-Etais-tu : anxieux stressé apeuré détendu rassuré curieux

Pour chaque item préciser : 1-pas du tout 2-un peu 3-fortement 4-très fortement

-Quelle idée te faisais-tu de l'intervention ?

PENDANT LA CHIRURGIE

- Etais-tu : anxieux stressé apeuré détendu normal curieux rassuré

- As-tu eu mal? Si oui : un peu beaucoup pas du tout

Echelle visuelle 0/10

- pour toi , l'intervention a-t-elle duré : longtemps peu de temps très longtemps?

- comment te sentais tu , globalement? Mal bien très bien

- Le temps passé au bloc opératoire t 'a semblé :

difficile facile agréable normal sans particularité

-As-tu senti l'injection de produit ? si douleur , EVA

APRES LA CHIRURGIE

- comment te sentais-tu , globalement après l'intervention ?

Normal bien très bien mal très mal fatigué en forme

- quel souvenir gardes-tu de l'intervention?

Bon très bon mauvais très mauvais pas de souvenir

- serais-tu d'accord si l'on devait refaire une autre intervention dans les mêmes conditions?

- comment as-tu vécu les soins après l'intervention ? (douleur avec EVA , ressenti psy)

difficile facile agréable normal sans particularité

- as-tu eu besoin de médicaments contre la douleur après l'intervention?

Si oui , combien / pendant combien de temps?

-pendant combien de temps as-tu eu mal ? 1 semaine 1 à 2 semaines > 2 semaines

- quand tu penses à l'intervention , cela te rend-il :

joyeux triste nerveux anxieux

-as-tu eu besoin d'autres soins après l'intervention (relaxation, homéopathie, ostéopathie)Si oui , quoi et pendant combien de temps

-Y a -t-il eu des modifications de ton alimentation/appétit et/ou de ton sommeil , si oui lesquelles et pendant combien de temps ?

- Y a -t-il eu des changements au niveau social et familial : changement dans tes interactions sociales , avais tu plus ou moins envie de jouer avec tes amis, plus ou moins envie de sortir , comment étaient tes relations avec les parents ou la fratrie ?

-Comment avez-vous vécu la période post opératoire , souvenir de cette période ?

Facile très facile difficile très difficile sans particularité

- Question pour les parents : pénibilité ressentie par l'enfant selon eux ?

difficile facile agréable normal sans particularité

- Combien de temps ont duré les soins après l'intervention ?

- Combien de consultations liées aux soins post opératoires avez-vous eu ?

- Comment avez-vous trouvé votre enfant après l'intervention (H1 J1 J2-3-4) ?

- Comment vous sentiez-vous durant les jours/semaines qui ont suivi l'intervention?

- Que ressentait votre enfant à l'idée de venir faire les soins de pansements à l'hôpital?

- Que ressentiez-vous à l'idée de venir faire les soins de pansements à l'hôpital?

Pour chaque item préciser : 1 pas du tout 2 un peu 3 fortement 4 très fortement

APRES LA CHIRURGIE

Pour chaque item préciser : 1 pas du tout 2 un peu 3 fortement 4 très fortement

- Au « réveil » comment avez-vous trouvé l'enfant ?
- Quel impact cette méthode a-t-elle eu sur votre temps opératoire ?

Mauvais		Pas très Bon		Normal		Bon		Très Bon	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- Seriez-vous prêt à recommencer l'expérience ?
- Pensez-vous que cette méthode puisse être la solution à certains patients pour lesquels vous auriez envisagé une anesthésie générale ?
- A combien estimez-vous le caractère bénéfique de cette méthode pour le patient ?

Mauvais		Pas très Bon		Normal		Bon		Très Bon	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- A combien estimez-vous la satisfaction des parents en ce qui concerne cette méthode ?

Mauvais		Pas très Bon		Normal		Bon		Très Bon	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- Seriez-vous prêt à intégrer cette méthode à votre pratique courante ?

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Albrecht H. K. Wobst, MD. Hypnosis and Surgery : Past, Present, and Future. *Anesthesia & Analgesia*. 2007 Vol. 104, No. 5, May
2. Barabasz A, Barabasz M, Jensen S, Calvin S, Trevisan M, Warner D. Cortical event-related potentials show the structure of hypnotic suggestions is crucial. *Int J Clin Exp Hypn* 1999;47(1):5-22
3. Barber J, Mayer D. Evaluation of the efficacy and neural mechanism of a hypnotic analgesia procedure in experimental and clinical dental pain. *Pain* 1977;4:41-48.
4. Bellet P. Audace et préjugés. Un chirurgien « mesmérrien » en Inde. *Hypnose et Thérapies Brèves*.
5. Belze O, Remerand F, Laulan J, et al. Chronic pain after carpal tunnel surgery: Epidemiology and associated factors. *Ann Fr Anesth Réanim* 2012 ; 31: e269--e274.
6. Benhaïem J.-M. Les caractéristiques et le champ d'application de l'hypnose en analgésie. *Douleurs*.2002,3,1
7. Benhaïem J.-M. L'Hypnose Médicale. Med Line
8. Benhaïem J.-M. L'Hypnose Aujourd'hui. Broché
9. Benhaïem JM, Attal N, Brasseur L, Chauvin M, Bouhassira D. Local and remote effects of hypnotic suggestions of analgesia. *Pain* 89 (2001) 167-173.
10. Berhaïem H. *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie*. (Paris:Doin, ed.); 1891.
11. Bingel U, Lorenz J, Schoell E, et al. Mechanisms of placebo analgesia: rACC recruitment of a subcortical antinociceptive network. *Pain* 2006 ; 120: 8-15.
12. Boute V. Intérêt de l'hypnose en sénologie interventionnelle. *Imagerie de la femme* ; (2013) 23,149-155
13. Braid J. *Neurohypnologie. Traité du sommeil nerveux ou hypnotisme*. Paris : Del. ; 1843.177
14. Brainerd, C. J., & Reyna, V. F. Reliability of children's testimony in the era of developmental reversals. *Developmental Review*, 32(3), 224-267. doi:10.1016/j.dr.2012.06.008
15. Brainerd, C. J. Developmental reversals in false memory : A new look at the reliability of children's evidence. *Current Directions in Psychological Science*, 22(5), 335-341. doi:10.1177/0963721413484468
16. Brainerd, C. J., Reyna, V. F., & Ceci, S. J. Developmental reversals in false memory : A review of data and theory. *Psychological Bulletin*, 134(3), 343-382. doi:10.1037/0033-2909.134.3.343
17. Calipel S, Lucas-Polomeni M-M, Wodey E, et al. Premedication in children: hypnosis versus midazolam. *Paediatr Anaesth* 2005 ; 15: 275-81.
18. Castel A, Pérez M, Sala J, et al. Effect of hypnotic suggestion on fibromyal Eur J Pain 2007 ; 11: 463-8.
19. Chertok L. *Hypnose et suggestion*. (Édition P, ed.); 1989.
20. Collot E. Hypnose et hypnothérapie. EMC ; 37-820-B-50
21. Crawford HJ, Gur RC, Skolnick B, Gur RE, Banon D. Effects of hypnoses on regional cerebral blood flow during ischemic pain with and without suggested hypnotic analgesia. *International Journal of Psychophysiology* 1993;15:181-95.
22. Crocq et al. Les thérapies par l'hypnose dans les armées, quelques jalons dans l'histoire *Annales Médico-Psychologiques* 171 (2013) 662-666
23. Croft R. et Al. Pain perception, hypnosis and 40 Hz oscillations. *Int.J. of Psy* 2002 101-108
24. Delaunay L, Plantet F. Difficultés rencontrées pour la mise en place de l'hypnose au bloc opératoire. Actes du congrès Agora 2002

25. Elahi Z. Estimation of hypnosis susceptibility based on electroencephalogram signal features. *Scientia Iranica D* ; (2013) 20 (3), 730–73
26. Ellart et al. Cure d'oreilles décollées , *Annales de Chirurgie Plastique*
27. Faria JC De. *De la cause du sommeil lucide ou étude de la nature de l'homme*. Henri Jouv.; 1906:51.
28. Faymonville M.-E., Boly M, Laureys S. Functional neuroanatomy of the hypnotic state. *Journal of Physiology*. 2006 463–469
29. Faymonville ME., J. Joris, M. Lamy, P. Maquet, S. Laureys. Hypnose : des bases neurophysiologiques à la pratique clinique. Conférences d'actualisation 2005, SFAR
30. Faymonville ME. Comment utiliser l'hypnose en anesthésie. *Le Praticien en Anesthésie Réanimation*, 2000.
31. Faymonville ME. et Al. Hypnosis as adjunct therapy in conscious sedation for plastic surgery. *Reg Anesth*. 1995 Mar-Apr ;20(2) :145-51.
32. Faymonville ME. Neural Mechanisms of Antinociceptive Effects of Hypnosis. *Anesthesiology* 2000 ; 92 :1257-67
33. Faymonville ME. L'hypnose au bloc opératoire. *Le Monde Médical* 1994 ;255 : 14-6
34. Faymonville ME, Mambourg P, Joris J, Vrijens B, Fissette J, Albert A, Lamy M: Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: A prospective randomized study. *Pain* 1997; 73:361–7
35. Faymonville ME, Meurisse M, Fissette J: Hypnosédation, a valuable alternative to traditional anaesthetic techniques. *Acta Chir Belg* 1999; 99:141–6
36. Frenay M, Faymonville ME, Devlieger S, et al. Psychological approaches during dressing changes of burned patients: a prospective randomised study comparing hypnosis against stress reducing strategy. *Burns* 2001 ; 27: 793-9.
37. Faymonville M-E, Roediger L, Del Fiore G, et al. Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. *Brain Res Cogn Brain Res* 2003 ; 17 : 255-62.
38. Freud S. *L'interprétation des rêves*. Paris : PUF ; 1967-1987. p. 94/95,443, 466, 467.
39. Gandara S. Intérêt de l'hypnosédation pour la réhabilitation post opératoire d'une thyroïdectomie. Thèse de médecine 2004, faculté de médecine de Nantes.
40. Gay M.-C. L'Hypnose : un descriptif *Annales Médico-Psychologiques* 2007 165 : 172-17
41. Gay M.-C. Les Théories de l'Hypnose. *Annales Médico-Psychologiques* 2007 165 : 623-63
42. Guy-Coichard C, Boureau F. Comprendre l'effet placebo pour mieux traiter la douleur. *Rev Med Interne* 2005 ; 26: 226--232.
43. Haley J., *Un thérapeute hors du commun : Milton H. Erickson*, Paris, EPI, Desclée du Brouwer, 1984.
44. Hick G., Kirsch M., Faymonville M.-E. Hypnose en Anesthésie. *Le Praticien en Anesthésie Réanimation*. 2013 17, 11-14
45. Holzman RS. Morbidity and mortality in pediatric anesthesia. *Pediatr Clin N Am* 1994;41:239-256
46. INSERM Juin 2015 Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose
47. <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/rapports-publies>
48. Kissel P. BD. L'hypnose selon Pierre JANET: décadence et actualité. *Annales Médicopsychologiques*. 1967;I(4):505–520.
49. Lang E, Berbaum K, Pauker S, et al. Beneficial effects of hypnosis and adverse effects of
50. Empathic attention during percutaneous tumor treatment: when being nice does not suffice. *J Vasc Interv Radiol* 2008 ; 19: 897-905.

51. Llleu J.-C. Hypnose en Anesthésie : des origines à nos jours. *Le Praticien en Anesthésie Réanimation*. 2009 13, 145-150
52. Maimonide, M. (XIème siècle) - S. Munk et E. Smilevitch T. *Le Guide des égarés – Traité des huit chapitres*. Verdier.; 1983.
53. McMurtry C, Chambers C, McGrath, et al. *When "don't worry" communicates feaPain 2010 ; 150: 52-8.*
54. Mesmer FA. *Mémoire sur la découverte du magnétisme animal.*; 1779:76–77.
55. Meurisse M., Hamoir E., Defechereux T. Bilateral Neck Exploration Under Hypnosedation. *Annals of Surgery* 1999 Vol. 229, No. 3, 401-408
56. Meurisse M, Faymonville ME, Joris J, Nguyen Dang D, Defechereux T, Hamoir E. Chirurgie endocrinienne sous hypnose : de la fiction à l'application clinique quotidienne... *Ann Endocrinol (Paris)* 1996 ; 57 : 494-501.
57. Michaux D, Droin MC. Dynamics of hypnotic analgesia:some new data. *J Nerv Ment Dis* 1977;164:88–96.
58. Montgomery GH, DuHamel KN, Redd WH. A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: how effective is hypnosis? *Int J Clin Exp Hypn*. 2000;48:138-153
59. Musellec H. Etude prospective comparant l'hypno-sédation et l'anesthésie générale pour la pose de dispositif de stérilisation intratubaire en ambulatoire. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* ; 29 (2010) 889–896
60. Nicolas SR. L'école de la Salpêtrière en 1885. *Psychologie et histoire*. 2000;1:165–207.
61. Pykaa M. Brain correlates of hypnotic paralysis—a resting-state fMRI study. *NeuroImage* ; 56 (2011) 2173–2182
62. Quelet J. PO. *Hypnose Technique et applications thérapeutiques*. Ellébore E.; 2003.
63. Rainville P. et Al. Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation. *Pain* ; 1999 159-171
64. Ramón y Cajal, S. (1889). Dolores del parto considerablemente atenuados por la sugestión hipnótica *Gaceta Médica Catalana*, 12, 485–486.
65. Richter M, Eck J, Straube T, et al. Do words hurt? Brain activation during the processing of pain-related words. *Pain* 2010 ; 148: 198-205.
66. Roustang F. *Qu'est-ce que l'hypnose ?* Minuit.; 2002.
67. Saadat H, Drummond-Lewis J, Maranets I, et al. Hypnosis reduces preoperative anxiety in adult patients. *Anesth Analg* 2006 ; 102: 1394-6.
68. Sabourin ME, Cutcomb DD, Pribram K. EEG correlates of hypnotic susceptibility and hypnotic trance : spectral analysis and coherence. *Int J Psychophysiol* 1990;10:125–42.
69. Sala et al. The Contributions of Ramón y Cajal and Other Spanish Authors to Hypnosis, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56:4, 361 — 372
70. This B. L'émergence de l'inconscient : Freud. *Pour la science*. Génies Sci.; 2003;15:1–17
71. Vanhauzenhuyse A. Pain and non-pain processing during hypnosis : A thulium-YAG eventrelated fMRI study ; *Neuroimage* 47 (2009) 1047-1054
72. Wood C. De la neurophysiologie à la clinique de l'hypnose dans la douleur de l'enfant.
73. Zeltzer L, Fanurik D, LeBaron S. The cold pressor pain paradigm in children: feasibility of an intervention model. *Pain* 1989;37:305-13.
74. Zeltzer L, LeBaron S. Hypnosis and nonhypnotic techniques for reduction of pain and anxiety during painful procedures in children and adolescents with cancer. *The journal of Pediatrics* 1982;101:1032-5.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Il s'agit d'une nouvelle approche de psychothérapie qui utilise la stimulation sensorielle des deux côtés du corps, soit par le mouvement des yeux soit par des stimuli auditifs ou cutanés, pour induire une résolution rapide des symptômes liés à des événements du passé.

EVA : Échelle Visuelle Analogique. C'est une échelle d'auto-évaluation. Elle est sensible, reproductible, fiable et validée aussi bien dans les situations de douleur aiguë que de douleur chronique.

IRMf : L'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) est une application de l'imagerie par résonance magnétique permettant de visualiser, de manière indirecte, l'activité cérébrale. Il s'agit d'une technique d'imagerie utilisée pour l'étude du fonctionnement du cerveau.

TEP : La tomographie par émission de positons (TEP), est une méthode d'imagerie médicale pratiquée par les spécialistes en médecine nucléaire qui permet de mesurer en trois dimensions une activité métabolique ou moléculaire d'un organe grâce aux émissions produites par les positons (positrons en anglais) issus d'un produit radioactif injecté au préalable.

EEG : L'électroencéphalographie (EEG) est une méthode d'exploration cérébrale qui mesure l'activité électrique du cerveau par des électrodes placées sur le cuir chevelu souvent représentée sous la forme d'un tracé appelé électroencéphalogramme. L'EEG est un examen indolore et non-invasif qui renseigne sur l'activité neurophysiologique du cerveau au cours du temps et en particulier du cortex cérébral soit dans un but diagnostique en neurologie, soit dans la recherche en neurosciences cognitives.

DU : En France, un diplôme universitaire (DU) est un diplôme délivré par une université française, un grand établissement ou autre Établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel, contrairement aux diplômes nationaux qui sont délivrés au nom du ministère.

L'Hypnose en Chirurgie Plastique
A propos de 10 cas d'otoplasties sous Hypnoalgésie et anesthésie locale
Alexis DELOBAUX

INTRODUCTION : L'Hypnose est utilisée depuis des millénaires dans les rites religieux et spirituels mais aussi pour soulager le corps et l'âme. Depuis la première intervention chirurgicale sous hypnose il y a plus de deux siècles, les progrès en neurosciences ont permis d'appuyer scientifiquement la réintroduction de cette pratique en milieu hospitalier. Nous décrivons ici 10 cas d'otoplasties réalisées sous hypnoalgésie après une description de l'hypnose, de son histoire et des avancées neuroscientifiques appuyant la compréhension du phénomène.

MATERIEL ET METHODES : 10 patients âgés de 7 à 13 ans ont bénéficié de Septembre 2014 à Octobre 2016 d'une cure d'oreilles décollées sous hypnoalgésie et anesthésie locale. Les patients ont été évalués par des questionnaires standardisés en postopératoire et comparés à une population identique ayant bénéficié de la même intervention sous anesthésie locale seule. Les 7 chirurgiens ayant opéré à l'aide de cette méthode étaient amenés à l'évaluer à l'aide d'un auto-questionnaire.

RESULTATS : 10 patients d'une moyenne d'âge de 8.7 ans ont été opérés sous hypnoalgésie de Septembre 2013 à Octobre 2016, tous ont bénéficié d'une évaluation postopératoire, aucun incident n'a été rapporté.

L'Etat émotionnel des patients avant l'intervention était comparable dans les deux groupes, pendant l'intervention, dans le groupe « hypnose », les patients étaient plus confortables (80% VS 40%) , les douleurs ressenties étaient moindres (EVA Moyenne 1,6 VS 3,4 et 2,2 VS 5,1) , l'état postopératoire était également plus confortable (4 VS 0) , le souvenir laissé par l'intervention meilleur (9 VS 5) et un nombre supérieur se disait prêt à réitérer la même intervention dans ces conditions (9 VS 7), comparativement au groupe « sans hypnose ».

Tous les chirurgiens estimaient le temps d'induction court (<5mn), l'impact sur le geste opératoire positif (4 très bon et 3 bon), l'amélioration du confort de l'enfant important (4 très fortement, 3 fortement), l'incidence sur le temps opératoire positive (3 très bon, 4 bon), le caractère bénéfique pour l'enfant évident (6 très bon, 1 bon).

DISCUSSION : De nombreuses équipes réalisent les otoplasties sous hypnoalgésie depuis de nombreuses années. Notre étude semble mettre en évidence un impact positif de l'hypnose sur le confort du patient et du chirurgien. Les biais inhérents au type d'étude et à la technique étudiée ne permettent pas de conclure de façon formelle.

CONCLUSION : Nous encourageons la formation des personnels soignants à l'hypnose et son développement en milieu hospitalier.

MOTS CLÉS : hypnose, histoire, otoplastie, chirurgie plastique, anesthésie, douleur

INTRODUCTION : Hypnosis is used for millenaries in religious or spiritual rites but also to relieve body and soul. Since the first surgery under hypnosis more than two hundred years ago, advances in neurosciences allowed scientific support in the reintroduction of this practice in hospitals. We describe here 10 cases of otoplasties under hypnoanalgesia after a description of hypnosis, its history and neuroscientific advances supporting the understanding of this phenomenon.

PATIENTS AND METHODS : 10 patients of 7 to 13 years old had otoplasty from September 2014 to October 2016, under hypnoanalgesia and local anesthesia. They were evaluated postoperatively by standardized surveys and compared to a similar population who undergone the same surgery under local anesthesia alone. The 7 surgeons who operated under hypnosis evaluated hypnosis through an auto-survey.

RESULTS : 10 patients with an average age of 8,7 years were operated under hypnoanalgesia from September 2013 to October 2016, they all had postoperative survey, no incident was reported. Patients'emotionnal state before surgery was comparable in the 2 groups, during surgery, in the « hypnosis » group, patients were more confortables (80% VS 40%), they felt less pain (1,6 VS 3.4 and 2,2 VS 5,1), postoperative state was better (4 VS 0), memory of surgery was better (9 VS 5) and they were more to accept an other surgery in the same conditions (9 VS 7), compare to the « no hypnosis » group.

All surgeons estimated a short induction time (<5mn), positive impact on surgery (4 very good, 3 good), increase of children's confort (4 very highly, 3 highly), positive impact on operative time (3 very good, 4 good), obvious benefits for the patient (6 very good, 1 good).

CONCLUSION : We encourage hypnosis courses for caregivers and its development in hospitals.