

POURQUOI L'ANESTHESISTE UTILISE-T-IL L'HYPNOSE ?

Docteur Marc Galy

Service d'Anesthésie Groupe Hospitalier Paris Saint Joseph 75014

I. INTRODUCTION

Cette simple question permet de s'interroger sur la place d'une « nouvelle technique » dans la pratique de l'anesthésie. En effet l'hypnose « élargit les techniques d'anesthésie¹ » mais pas seulement !!

L'hypnose, c'est aussi un mode de communication : nous parlons de communication hypnotique.

La communication hypnotique ouvre la porte d'un « autre dialogue » entre soignant et soigné, amplifie ou aide à (re)construire le contrat de confiance thérapeutique socle de toute pratique médicale. Par ailleurs, elle « ouvre les portes » d'un renouvellement des pratiques au niveau individuel et au niveau des équipes soignantes.

Dans une organisation structurelle hospitalière et individuelle, dans laquelle l'informatique et la technique prennent une place grandissante, la communication hypnotique est là et impose une relation thérapeutique nouvelle, directe et sans écran.

La communication hypnotique et l'hypnose font un tout.

II. EVOLUTION DES PRATIQUES DE L'ANESTHESIE CES DERNIERES ANNEES.

L'anesthésie est une spécialité médicale. Son socle « technique » est large. L'anesthésie peut être générale et/ou locorégionale. Elle entraîne l'analgésie avec ou sans perte de conscience. Dans d'autres circonstances, elle ne provoque qu'une simple sédation. Toutes ces techniques sont médicamenteuses.

Nous assistons, depuis quelques années, à l'évolution des pratiques anesthésiques liées ou non aux modifications des techniques chirurgicales et à celles des structures hospitalières. Ces changements s'associent et se potentialisent. Nous citerons :

- La chirurgie devient de moins en moins invasive grâce au développement de la coelioscopie, des procédures percutanées et de la robotisation des actes ;
- la chirurgie ambulatoire² et les durées d'hospitalisation courtes sont des objectifs de soins ;
- l'utilisation de molécules médicamenteuses fiables et d'action courtes limitent les complications per et post opératoires ;
- la pratique des actes d'anesthésie locorégionale écho-guidés sont des garanties à la qualité du bloc sensitivo-moteur ;
- la lutte contre la douleur par l'analgésie préventive participe largement au rétablissement du patient ;
- les moyens d'évaluation du rapport bénéfice-risque et ceux de surveillance per et post opératoires participent à la diminution de la morbi-mortalité périopératoire³.

Toutes ces avancées médico-technologiques, médico-chirurgicales, médico-organisationnelle placent l'anesthésie et bien évidemment, l'anesthésiste au cœur des évolutions du système de soin.

Néanmoins, si nous regardons plus en détail le positionnement de l'anesthésiste, il nous faut revenir quelques années en arrière et reparler « encore » du décret⁴ du 5 décembre 1994. Bientôt 20 ans !!

III. LE DECRET DU 5 DECEMBRE 1994

Ce décret encadre l'exercice de l'anesthésie, installe définitivement la « salle de surveillance post-interventionnelle » (S.S.P.I.) dans chaque établissement et définit le fonctionnement du tableau des interventions du bloc opératoire.

L'obligation d'une consultation d'anesthésie réalisée par un médecin à distance des actes programmés a permis une sécurisation des pratiques. Nous avons donné la possibilité au médecin anesthésiste de « préparer » le patient à l'intervention en l'informant, en adaptant sa prise médicamenteuse à l'interaction opératoire et anesthésique et en proposant des examens complémentaires si nécessaire. Cette consultation s'associe à la visite préopératoire (la veille ou quelques heures avant l'acte d'anesthésie) qui vérifie qu'aucun événement nouveau ne soit venu contre indiquer l'acte. Cette organisation évite les improvisations, les reports, sécurise, place l'anesthésiste dans un rôle de clinicien et permet de lier le contrat de confiance-thérapeutique entre le médecin et le patient, socle de la pratique médicale. Soulignons que ce décret arrête son application à la sortie de la « SSPI », sans qu'aucune réglementation ne définisse le rôle de l'anesthésiste dans le postopératoire au-delà du bloc.

Au fil des années, nous avons vu les pratiques se modifier sous l'influence des restructurations hospitalières, de la création des pôles hospitaliers⁵, de l'encadrement du temps de travail, du rôle grandissant des sociétés savantes, des autorités sanitaires, des réglementations en tous genres et de la place de plus en plus importante de la « technologie » au sens large du terme.

L'anesthésie est devenue une spécialité technique, incorporant ainsi des pôles médicotéchniques et non médico-cliniques, avec une prise en charge multi-individuelle (intervenants successifs de même spécialité pour un seul parcours de soin), rejoignant ainsi des spécialités comme la radiologie, dans laquelle l'acte technique domine.

La prise en charge multi-individuelle du patient place l'anesthésiste dans un rôle technique, dans lequel la relation médecin-patient s'estompe. En effet, nous nous apercevons que pour une même intervention, plusieurs praticiens interviennent entre la consultation à distance et le bloc opératoire. Alors que la consultation spécialisée mise en place en 1994 - réalisée par des médecins à distance de l'acte et associée à la visite préopératoire - devait placer l'anesthésiste en clinicien et permettre le « face à face » médecin-patient (source du contrat thérapeutique de confiance), l'évolution des pratiques et des conditions d'exercice n'a pas permis cela et a favorisé la prise en charge multi-individuelle.

Cette prise en charge multi-individuelle de l'acte technique est organisée autour de la traçabilité des informations par le dossier⁴ (obligation du décret) informatisé ou papier, une mise en application de recommandations et de protocoles dans laquelle la relation médecin-patient est amoindrie.

La remise en cause de toutes ces procédures n'est pas dans notre propos, mais leur place « dominante » doit être discutée car elle entraîne, trop souvent, des attitudes stéréotypées et un certain anonymat dans lequel le malade ne reconnaît plus (ou pas) celui qui le prend en charge. Par ailleurs, la multiplication des intervenants entraîne, également dans certain cas, une perte d'homogénéité dans l'information et dans la prise en charge médicale du patient, malgré les multiples procédures mises en place.

Toutes ces réflexions conduisent certains praticiens à chercher des solutions afin que l'acte d'anesthésie ne soit pas que technique, que l'anonymat se lève, que la pratique soit personnalisée et que le socle du contrat de confiance vive.

L'optimisation de l'organisation est une orientation : elle permet de mettre en place des circuits identifiés avec des médecins référents au cœur de chaque spécialité dans lesquelles l'anesthésiste intervient en limitant ainsi les intervenants. Elle peut se heurter au « gigantisme » des plateaux techniques regroupés, ou à l'inverse à la dispersion des sites d'intervention, à l'encadrement du temps de travail (le médecin consultant est absent le jour de l'intervention) et au sous-effectif en médecins anesthésistes.

Mais la relation médecin-patient, même dans une spécialité médicotéchnique, ne se résume pas à une méthodologie organisationnelle, ni à l'application de protocoles et de recommandations. La relation patient-médecin repose aussi sur une communication directe, libre, « un face à face » qui autorise le contrat de confiance, qui lève l'anonymat et donne un sens clinique à l'acte d'anesthésie, dans lequel l'acte technique reste à sa place mais ne doit pas prendre toute la place.

La communication c'est : écouter, observer, échanger librement, ouvrir la porte au dialogue, créer un espace de confiance entre le patient et le praticien et laisser sur le coté des attitudes standardisées. Cette « attitude nouvelle » nous la trouvons dans la communication hypnotique⁶.

IV. QU'EST-CE QUE LA COMMUNICATION HYPNOTIQUE ?

La communication hypnotique repose sur les principes de l'hypnose⁶ : l'écoute et l'observation. Elle s'appuie comme l'hypnose sur la communication verbale, non verbale et para-verbale.

La communication hypnotique, demande un travail à chacun d'entre nous pour la mettre en pratique. Elle demande : une formation, un apprentissage, un effort, une volonté individuelle voire collective, une remise en cause de sa propre communication en bousculant les principes acquis. Elle ouvre la porte à une autre relation entre soignant-soigné et autorise le soignant à un renouvellement de lui-même.

Toute communication⁷ résulte d'un échange, d'une boucle entre un émetteur (praticien) et un récepteur (patient). Cette boucle de messages n'est pas uniforme et dépend de la personnalité de chacun (visuelle, auditif, kinesthésique, olfactif, gustatif - V.A.K.O.G.)⁶. Elle dépend également de l'état psychique du patient, de son état de conscience⁸ (conscience ordinaire, conscience hypnotique) et de son origine socioculturelle. Ces états reflètent, chez le patient, son état émotionnel, d'anxiété, les conditions d'accueil de la structure hospitalière ; de celle du praticien, des connaissances qu'il possède de son état de santé et des anticipations sur l'avenir.

L'échange verbal nécessite une refonte du sens commun. Laisser le patient libre de s'exprimer, permet d'observer également sa communication non-verbale (attitude, geste, posture, visage, mimique, respiration) et para-verbale (ton de voix). Cette écoute donne la possibilité, librement, de reformuler une question, un doute, une inquiétude ou peut-être d'attendre⁹ (silence du langage). Le choix des mots, du vocabulaire technique du praticien pour chaque patient, dans la boucle d'échange, permet de renforcer l'alliance thérapeutique. Le ton de la voix, le rythme des phrases, le silence de l'échange (attendre) et la respiration sont des éléments d'apaisement. Cela ouvre la porte à des explications simples où chacun se comprend. Le praticien est « là » avec son patient dans une vraie relation.

A chacun de trouver, d'apprendre, de sentir dans sa pratique, les éléments de communication hypnotique qui lui permettront, dans le dialogue singulier avec le patient, d'être « là », apaisant, dans une situation qui, bien souvent, est difficile pour lui. L'approche technique est simplifiée, la remise des consentements divers et variés devient un geste naturel, sans agressivité et qui n'est alors qu'un complément d'information partagée et non une protection, un bouclier du soignant vis-à-vis du soigné.

Cette communication hypnotique ouvre la porte à la pratique de l'hypnose. Elle en est l'un des éléments, comme nous l'avons dit précédemment, elle utilise les mêmes « outils ».

V. QU'EST-CE QUE L'HYPNOSE ?

Cliniquement, c'est une modification de la conscience ordinaire que nous nommons également conscience critique. Elle ne s'apparente pas au sommeil. Cette état de conscience hypnotique « ici et ailleurs », s'oppose à la conscience ordinaire « ici et maintenant ».

Nous ne reviendrons pas sur l'historique¹⁰ de l'hypnose, de l'Ecossais Braid(1843) en passant par Charcot et Freud. Rappelons simplement que c'est Milton Erickson(1952) qui ouvre les portes de l'hypnose moderne. N'oublions pas Jean Lassner¹¹ et son article dans l'encyclopédie Médico-chirurgicale « hypnose en anesthésiologie » paru en 1968 et les travaux de M.E. Faymonville¹ des 1990 et de P. Ranville¹² réalisés grâce à la neuro-imagerie fonctionnelle qui attestent des éléments physiologiques, de la modification de conscience. Néanmoins, de nombreuses interrogations subsistent sur le mécanisme neurophysiologique de l'état hypnotique. Les neurosciences viendront probablement apporter des éléments nouveaux dans les prochaines années.

La conscience ordinaire est notre capacité à mobiliser notre attention de façon continue, immédiate et de l'adapter à notre environnement. Cette capacité de réponse au monde extérieur passe par des confrontations constantes entre l'information de l'environnement, nos pensées, nos connaissances, notre personnalité et bien évidemment par nos sens (V.A.K.O.G.). Cette adaptation nous permet de décider, d'agir, de se mobiliser et de répondre. La qualification

de « critique » attribuée à cette conscience éclairée la faculté de chacun d'étudier, de réagir face à l'environnement et donne le pouvoir de s'y adapter de façon individuelle et personnelle.

L'hypnose est une modification de la conscience ordinaire (nous garderons ce terme). Elle peut être spontanée, naturelle ou induite.

1. L'hypnose spontanée ou naturelle¹³

C'est notre capacité à nous extraire, de façon spontanée, à notre état de conscience ordinaire. C'est un état de dissociation. Quand nous regardons la télévision ou que nous parlons avec une autre personne, bien souvent, notre conscience ne s'adapte plus à ce que nous regardons ou aux propos échangés avec notre interlocuteur. Nous sommes « ici et ailleurs », peut-être confus, sans critique dans les informations qui nous arrivent. Notre état de réponse immédiate est affaibli. Cette « transe » spontanée, légère, brève est un état naturel hypnotique et banal dans notre vie quotidienne.

2. L'hypnose naturelle induite mais involontaire.

Cette transe résulte de l'intervention d'éléments extérieurs souvent émotionnels, forts, violents, voire stressants qui absorbent le sujet. Il est « coupé du monde », il ne discerne rien, il est « ici et ailleurs ». Nous observons cela régulièrement quand nous annonçons au patient un diagnostic pour lui ou l'un de ses proches. Cette transe, dite négative, est aussi présente en consultation. Observée souvent chez les jeunes mères qui viennent d'accoucher et qui n'arrivent pas à entendre les conseils et explications divers que les puéricultrices, sages-femmes ou pédiatres peuvent leur donner. Elles sont confuses, elles n'entendent plus : trop d'informations, trop d'éléments nouveaux arrivent, leur conscience ordinaire n'est plus capable de discerner et de répondre. L'esprit est comme saturé par la situation, les informations sont trop fortes et l'émotion l'emporte. En consultation, certains patients arrivent « perturbés ». Ils mettent d'emblée sur le bureau en vrac tous les papiers qu'ils ont en leur possession (convocation, fiche d'admission, résultats de laboratoire, scanner...). Dans une autre situation de consultation, dès la première phrase d'échange entre le praticien et le patient, ce dernier lance « je voulais vous dire docteur, je ne veux pas de Périurale ». Information envahissante, tout le reste n'est pas là, le stress l'envahit et le submerge. Le patient ne peut discriminer ces interrogations. Il est figé, rigide, statique dans cette situation qui ne l'autorise pas à s'adapter à l'événement du moment. Il n'a plus de réponse plus de mouvement.

3. L'Hypnose induite.

Elle résulte de l'intervention d'un tiers ou peut être induite par le sujet lui-même, nous parlons alors d'autohypnose. Elle nécessite, dans les deux cas, l'adhésion du patient. L'induction par un tiers est utilisée en anesthésie, dans la lutte contre la douleur et dans d'autres circonstances cliniques, telles que les addictions ou les phobies⁷. Cette hypnose induite conduit à la transe dite positive.

L'hypnose est induite par différentes techniques (suggestion, image métaphorique, positionnement physique, proposition, confusion, lieu de sécurité, régression en âge, etc...) et va permettre de modifier la conscience ordinaire du patient et de le positionner dans un autre espace (transe hypnotique) que François Roustang¹⁴ nomme « perceptude » dans lequel la perception de l'environnement est modifiée. Cette modification de perception « être là et ailleurs », autorise le lâcher-prise (relâchement). Dans cette espace de perceptude, de transe hypnotique, de dissociation dans lequel le patient et le praticien ont abandonné tous les éléments¹⁴ de rabâchage du passé (« pourquoi je suis comme ça », « il aurait dû... ») et d'anticipation (« je vais pas arriver à... », « Je vais avoir mal, on m'a dit que... »). Ce changement de positionnement (perception et réaction) du patient vis-à-vis de l'environnement l'autorise, en fonction des situations cliniques, à ouvrir les portes du changement de perception.

En anesthésie, l'hypnose et/ou l'hypno-analgésie se substitue à la perception ordinaire¹⁵. En d'autres termes, nous pouvons dire que l'hypnose ouvre alors la porte aux modifications des perceptions ordinaires réelles, en créant ainsi un espace dans lequel le patient aura abandonné les éléments du passé (et pourquoi ?), du présent (situation inconfortable, stress), d'anticipation (je n'arriverai pas) pour en créer d'autres qui le conduiront au lâcher-prise, à la transe et au détachement.

VI. POURQUOI PRATIQUER L'HYPNOSE EN ANESTHESIE

La consultation d'anesthésie est le lieu de rencontre entre le patient et le médecin anesthésiste¹³. Souvent c'est une première rencontre. Cette rencontre est essentielle pour installer la confiance et créer un lien thérapeutique entre soigné et soignant. Ici, la communication du soignant vers le soigné et inversement (boucle de communication) revêt une grande importance dans l'explication de l'acte d'anesthésie, dans ses conséquences et dans sa relation avec l'acte de chirurgie ou l'acte d'exploration diagnostique et/ou thérapeutique (colonoscopie par exemple). La communication hypnotique doit, ici, être l'outil qui donne au praticien la possibilité de communiquer librement, sans écran informatique et de « signer » le contrat de confiance.

Ecouter permet d'appréhender l'état de conscience du patient. Laisser le patient s'exprimer, permet de s'informer de la connaissance qu'il a de l'intervention, savoir qui il est et d'où il vient.

Observer son attitude, la position du corps, sa poignée de main, la façon dont il s'assoie, quel papier il nous donne nous renseigne sur son état psychique. Mais aussi, il nous faut être attentif à son regard, son sourire et identifier le rôle de l'accompagnant (qui parle, qui répond aux questions).

Le ton de la voix, le rythme des phrases, la respiration, le silence sont aussi des éléments de communication qui informe le praticien.

Cette attitude n'écarte pas l'aspect technique de la consultation, ni l'examen clinique, ni l'auscultation, ni l'évaluation du risque opératoire, ni la demande d'examens complémentaires, ni les adaptations des traitements, ni l'information donnée au patient sur le bénéfice-risque de l'intervention.

Ce qui change c'est « la façon de faire » : changer son vocabulaire afin d'écartier tout mot qui viendrait amplifier le stress ou l'appréhension du patient vis-à-vis de l'acte médico-chirurgical. Changer son attitude, son comportement, « affuter » son empathie, gérer son ton de voix, son silence, sa respiration et écartier l'écran de l'ordinateur qui, bien trop souvent, se place comme un bouclier entre le patient et le praticien. Cela va permettre au patient d'être en confiance, de connaître à son tour le praticien (lever l'anonymat), de comprendre ses explications par le choix des mots et lui permettre de se positionner. Dans ce contexte l'échange de l'information écrite se fera naturellement et sans réticence de part et d'autre. Chacun est « là » à sa place. La technique est également à sa place, garde sa place mais ne prend pas toute la place, la communication l'accompagne. Par ailleurs, nous pourrions aussi plus facilement expliquer que, peut-être, un autre anesthésiste sera présent au bloc et que le patient le rencontrera, peut-être, la veille. Toute l'information est donnée librement. Cette communication hypnotique met le patient dans d'autres dispositions¹⁵ pour bénéficier de l'acte d'anesthésie que nous lui proposons. Cela peut être une anesthésie générale, locorégionale et/ou une association ou une simple sédation médicamenteuse. Mais l'anesthésiste formé peut aussi lui proposer l'hypnose associée ou non à de la sédation vigile : c'est l'hypno-sédation(ou hypno-analgésie). Proposer l'hypnose ou l'hypno-analgésie est une démarche naturelle, pour celui qui, tout le long de la consultation a observé, écouté comme nous l'avons développé précédemment⁶.

VII. L'HYPNOSE DANS UN PROJET COLLECTIF

Proposer l'hypnose rentre également dans une démarche collective. L'hypno-praticien entraîne dans cette démarche les réticents, les agnostiques, ceux qui n'en voient pas l'intérêt, ceux qui pensent que la sédation médicamenteuse ou l'anesthésie générale est tout aussi efficace et enfin ceux qui pensent que pratiquer l'hypnose est chronophage.

Par cela, l'hypno-praticien montre que la communication hypnotique est un plus, qu'elle met le patient au centre du dispositif thérapeutique, qu'elle offre au patient le choix de s'exprimer librement, qu'elle offre la possibilité d'un « autre dialogue » qui ouvre la porte au contrat de confiance, qu'elle limite l'utilisation des drogues sédatives et analgésiques et autorise un rétablissement plus rapide, voire une sortie de l'unité d'hospitalisation immédiatement (simplicité des procédures ambulatoires), qu'elle identifie le praticien dans une relation directe sans écran, qu'elle offre un confort au patient sur la table d'opération pendant les actes chirurgicaux et enfin qu'elle place l'anesthésiste dans un rôle de clinicien au sein du dispositif médico-chirurgical¹⁶.

La pratique de l'hypno analgésie ou hypno sédation demande une formation, nous l'avons dit, mais aussi une organisation et répond à des indications.

La formation : elle peut être individuelle et/ou collective. Individuelle elle résulte de la volonté d'un praticien qui exprime le besoin d'utiliser dans sa pratique la communication hypnotique et l'hypnose. Cette démarche est utile pour lui, mais aussi pour l'entourage car elle permet de sensibiliser les équipes, d'ouvrir la voie, mais elle reste probablement insuffisante. La formation collective est probablement l'orientation à prendre dans le cadre d'un projet médical. Cette formation collective, transversale permet une homogénéisation de la communication dans les équipes, facilite la mise en place organisationnelle de l'hypnose au niveau des services de chirurgie, renforce le lien entre les intervenants et limite l'anonymat¹⁷. Des établissements hospitaliers ont entrepris cette démarche. Au Groupe Hospitalier Paris-Saint Joseph, une formation collective transversale est mise en place afin de sensibiliser le personnel soignant (médecins, sages-femmes, infirmiers, ...) et non-soignant (brancardier, secrétaire, ...) à cette démarche communicative. Elle est la première marche d'une démarche plus large. Elle s'accompagne de la présence d'un hypno-thérapeute¹⁷ qui assure les formations, mais aussi, permet une intervention dans les services hospitaliers, une présence au comité de lutte contre la douleur, voire au comité d'éthique. La sensibilisation est longue, les réticences sont quelque fois solides « pourquoi faire autrement alors que ce que nous faisons marche très bien », les habitudes sont difficiles à bousculer mais les portes s'ouvrent, la conviction de certains permettra au fil du temps d'apporter aux structures hospitalières et au patient la voix d'un « autre dialogue ».

Par ailleurs, les personnels soignants (médecins et non médecins) se sentent engagés dans une démarche collective, dans un projet médical innovant qui leur permet un changement et un renouvellement de leurs pratiques. A l'heure des restructurations hospitalières, des regroupements, de la place grandissante de l'informatique dans les échanges humains qui place « l'écran » comme un bouclier de protection et en même temps comme outil de communication virtuelle, l'hypnose engage les soignants dans une approche différente¹⁸. Elle autorise un renouvellement des motivations, replace le soignant dans une fonction soignante à l'écoute du soigné et participe très certainement à la lutte contre le « burn out »¹⁹. Le projet médical autour de l'hypnose permet de mettre chaque acteur à sa place dans une démarche collective voire institutionnelle. Le syndrome du burn out, que nous rencontrons de plus en plus souvent chez le soignant dans sa pratique quotidienne, est multi-factoriel mais il résulte, pour beaucoup, d'une déception dans son rôle de soignant que les changements organisationnels (restructurations, regroupements) accentuent. De plus, la place grandissante et irrévocable de l'informatique dans les échanges soignants-soignés et entre soignants, vient amplifier le sentiment d'isolement dans une méthodologie virtuelle. A cela s'ajoute les recommandations, les protocoles qui, je le souligne encore, ne sont pas à remettre en cause, mais nous constatons qu'ils rétrécissent le champ de liberté du soignant, sa capacité à innover et participe probablement à l'installation de cette déception, cette démotivation et à l'isolement source du syndrome de burn out.

VIII. LES INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE L'HYPNOSE

Les indications de l'hypnose avec (hypno-analgésie ou hypno-sédation) ou sans apport médicamenteux comme technique d'anesthésie restent très ouvertes.

Elle accompagne les actes de chirurgie, de diagnostic et/ou thérapeutique. Citons : les explorations digestives (fibroscopie, colonoscopie), cardiologiques (échographie endoscopique), les actes de gynécologie (pose et ablation de stérilet, ablation de polype(s) utérin), les actes d'urologie (cystoscopie, résection laser), les artériographies avec gestes endoluminales (stent). La chirurgie sous anesthésie locorégionale peut aussi être accompagnée d'hypnose voire d'hypno-sédation : la chirurgie thyroïdienne, le canal carpien, celle des hernies inguinales, certaines interventions de chirurgie plastique (lifting, rhino plastie) et la chirurgie de la carotide²⁰. La réduction récente des voies d'abord chirurgicales, grâce aux techniques mini-invasives percutanées, a permis le traitement des anévrysmes de l'aorte abdominale. L'hypnose ou l'hypno analgésie accompagne également cette intervention.

Dans la situation d'urgence, la communication hypnotique voire l'hypnose est d'un apport précieux pour limiter le stress du patient voire du soignant. L'induction hypnotique peut également accompagner l'induction d'une anesthésie générale pour la préparation du patient en salle d'opération. Enfin, nous nous interrogeons sur la place de la communication hypnotique et de l'hypnose dans le cadre de l'analgésie préventive afin de limiter les facteurs d'anticipation que les patients mettent en place avant une intervention.

En pratique la décision conjointe de pratiquer l'hypnose pour une intervention résulte d'un accord entre le patient, le praticien et l'opérateur. De nombreuses techniques (l'évocation d'un lieu de sécurité, d'un souvenir agréable, de suggestion respiratoire, métaphorique, éléments de confusion, ...) ouvrent la porte de l'hypnose et de l'hypno

analgésie. Elles n'excluent aucunement la surveillance standardisée de toute anesthésie. L'hypnose potentialise les effets des médicaments sédatifs, antalgiques utilisés à très faible dose et diminue la douleur¹. Elle permet au patient de ne pas ressentir la position inconfortable de la table d'opération. Pratiquer l'hypnose au bloc entraîne, le plus souvent, l'adhésion de l'ensemble du personnel du bloc (démarche collective) grâce à l'atmosphère de calme qui règne, par les échanges verbaux chuchotés, par la limitation du volume des alarmes sonores de surveillance ou celle du téléphone²⁰.

Bien évidemment, il existe des contre-indications et des limites à l'apport de l'hypnose en anesthésie. Certains patients présentant des troubles psychiatriques (démence), des déficits auditifs majeurs ou simplement un refus. Nous observons également la faible réceptivité, adhésion du patient à la pratique hypnotique. Nous observons chez eux une difficulté, une impossibilité à recevoir, à « lâcher-prise » en raison d'une tension intérieure qui les fixe. En même temps, il accepte et apprécie la proximité du praticien, son observation, son écoute qui lui offre la possibilité de ne pas être isolé dans l'environnement hospitalier. Certains anesthésistes sont, eux aussi, dans la réticence. Plusieurs facteurs rentrent en ligne de compte : une disposition personnelle à s'engager dans cette voie, le manque de formation, l'incompréhension des bénéfices et peut-être la difficulté à écarter l'acte technique et d'engager le « face à face » avec le patient. Pour les opérateurs les raisons sont les mêmes en y associant la crainte d'une perte de temps, d'un effet chronophage et de ne pouvoir réaliser l'acte d'exploration ou chirurgicale dans les mêmes conditions que sous anesthésie générale ou locorégionale avec sédation non vigile. Enfin, sachons que la conversion vers la sédation profonde ou l'anesthésie générale est toujours possible si les conditions cliniques l'exigent.

IX. PRATIQUE ET BENEFICES DE LA COMMUNICATION HYPNOTIQUE ET DE HYPNOSE

Dès la consultation pré-anesthésique, la porte d'un « autre dialogue » doit se mettre en place.

-Monsieur je m'appelle... Je suis médecin anesthésiste, je vous rencontre pour établir, avec vous, le dossier d'anesthésie et vous donner toutes les explications que vous souhaitez. Pouvez-vous me confirmer votre nom et votre date de naissance... Etes-vous assis confortablement, n'avez-vous pas trop chaud pour que notre rencontre se passe dans les meilleures conditions, que nous puissions nous exprimer librement et que nous apprenions à nous connaître...

Proposer et donner les explications concernant l'hypnose pour une intervention ou une exploration ne pose pas de difficulté particulière à celui qui est formé et qui pratique la communication hypnotique dès la consultation. Cette pratique anesthésique doit être organisée avec les équipes chirurgicales. Comme toujours, quand une nouvelle technique se met en place, les réticences existent. Nous avons connus cela quand l'anesthésie locorégionale a débuté et rappelons-nous des difficultés des anesthésistes quand la coelioscopie a fait son apparition !!!!!

Certains praticiens offre au patient une induction hypnotique dès la consultation, d'autres préfèrent la veille au moment de la visite préopératoire. Les thèmes d'induction peuvent être repris au bloc. D'autres viendront enrichir la transe. Le praticien n'impose rien, le patient est libre. Chacun est là à sa place, la technique aussi.

Les bénéfices de l'hypnose en anesthésie sont larges :

- une relation patient-praticien directe sans anonymat ;
- un contrat de confiance bien établi qui participe au rétablissement du patient ;
- une technique simple sans coût, sans complication, qui diminue l'utilisation des médicaments, potentialise leurs effets, provoque du confort, lutte contre la douleur et participe peut être à l'analgésie préventive ;
- un accompagnement des techniques mini-invasives chirurgicales ayant pour conséquence la réduction des durées d'hospitalisation ;
- la possibilité de s'intégrer dans un projet médical de façon transversale pour l'ensemble du personnel (médecin, soignant, personne non soignant) ;
- de renouveler ses pratiques individuellement et collectivement, de lutter contre l'isolement et d'écartier ainsi le syndrome du « burn out ».

X. CONCLUSION

Les raisons pour un anesthésiste de pratiquer l'hypnose sont larges. La communication hypnotique, socle de l'hypnose, offre à l'anesthésiste sa place de clinicien qui, ces dernières années s'est estompée au profit des enjeux techniques. Comme nous l'avons développé, la technologie est présente mais reste à sa place. En même temps, l'hypnose accompagne l'évolution chirurgicale dans le cadre du mini-invasif, de l'hospitalisation ambulatoire, des courts séjours et donc de la réduction des coûts de l'hospitalisation. Elle nécessite un engagement humain : engagement au niveau de la formation individuelle ou collective, engagement dans sa pratique et dans le renouvellement de cette dernière. Elle autorise un changement du soignant vis-à-vis du soigné et répond peut-être pour le soignant à un « précis de vie »²¹.

L'hypnose est bonne pour tout le monde : le patient a la possibilité de s'exprimer librement et d'être écouté. Le praticien et/ou le soignant offre au patient une autre approche, ouvre la porte « d'un autre dialogue » qui renouvelle sa pratique, qui le motive, qui lutte contre l'isolement que l'informatique induit et permet ainsi d'écartier le syndrome du burn out. Pour l'opérateur, les conditions et le temps d'intervention sont les mêmes, le calme des salles d'opération est un plus pour tout le monde et enfin les conditions du rétablissement post opératoire sont renforcées.

La pratique de la communication hypnotique et de l'hypnose dans les structures hospitalières est à son début. N'ayons pas peur de lutter contre les réticences de certains et de diffuser cette nouvelle approche qui offre à chacun la possibilité de s'exprimer librement.

BIBLIOGRAPHIE

1. Faymonville M.E., Joris J., Lamy M., Maquet P., Laureys S. : « hypnose : des bases thérapeutiques à la pratique clinique » conférences d'actualisation 2005:59-69.Elsevier
2. Haute Autorité de Santé « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire » socles de connaissances, synthèses, avril 2012
3. Laxenaire M.C., Auroy Y. « L'anesthésie en France ». Revue du Praticien 2001 vol51 pp831-835(8ref)
4. Pratique de L'anesthésie : Texte officiel. Journal officiel. Décret n°94-1050 du 5 décembre 1994
5. Ordonnances n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé
6. Bernard F., Muselec H. préface de Benhamou D. « La communication soignante dans le soin : hypnose médicale et techniques relationnelles » Arnette
7. Communication : [Fr.Wikipedia.org/wiki/communication](http://fr.wikipedia.org/wiki/communication)
8. Megglé D. « confusion pathologique et confusion thérapeutique » sous la direction de Benhaïem J.M. l'hypnose aujourd'hui 2^e édition Editions in Press
9. Roustang F. « Il suffit d'attendre pour que la vie change » Odile Jacob
10. Salem G. « survol historique » soigner par l'hypnose G.Salem E.Boivin 4^e édition Masson
11. Lassner J. « Hypnose en anesthésiologie » article publié en 1968 dans encyclopédie
12. Médico-chirurgical Elsevier-l'hypnose aujourd'hui 2^e édition sous la direction de Benhaïem J.M. Editions Press
13. Rainville P., Hofbauer R.K., Paus T., Duncan G.H., Bushnell M.C., Price D.D. "Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion"; J. cogn Neurosci 1999;11:110-25
14. Virot C., Bernard F. « Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie » préface Faymonville M.E. P 31-47 Arnette
15. Roustang F. « il suffit d'un geste » Odile Jacob
16. Benhaïem J.M. avec Roustang F. « l'hypnose ou les portes de la guérison » Richard P. « du virtuel au réel ou l'art de substituer une réalité à une autre » Odile Jacob
17. Galy M., Anidjar S. « Pourquoi l'anesthésiste utilise-t-il l'hypnose » Panorama du médecin N°5248-5249 semaine du 9 au 15 janvier 2012
18. Galy M., Delatour A. « Productivité et communication soignante » objectif soins management n°211/ décembre 2012
19. Galy M. « communication électronique-communication hypnotique : que choisir » 8^e forum de la confédération francophone d'hypnose et des thérapies brèves avril 2013 Strasbourg
20. Maslach C., Leiter M. « Burn-out, le syndrome d'épuisement professionnel » Les Arènes
21. Galy M., Anidjar S. « hypno analgésie dans la chirurgie carotidienne : une démarche collective » sang thrombose vaisseaux 2012 :24(8) :365-70
22. Adler L. « hors-champs : lauréate Adler reçoit F. Roustang » 9 Janvier 2012. France culture.fr