

HYPNOSE, HYPNOSEDATION CONCEPTIONS ACTUELLES ET LEURS APPLICATIONS EN CHIRURGIE PLASTIQUE

M.E. Faymonville(1), J. Fissette(2), P.H. Mambourg(3), A. Delchambre(4), M. Lamy(5)

RESUME

L'hypnose revient sur le devant de la scène comme en témoignent les articles dans la presse et différentes émissions télévisées. Nous voudrions apporter quelques informations sur l'hypnose et rapporter notre expérience clinique de l'utilisation de cette technique en chirurgie plastique.

(1) Spécialiste des Hôpitaux, (5) Professeur, Université de Liège, Service d'Anesthésiologie.

(2) Chargé de Cours, Université de Liège, Service de Chirurgie maxillo-faciale et plastique.

(3) Institut Milton H. Erickson de Liège.

(4) Assistant, Université de Liège, Service de Psychologie et Psychopathologie de l'Adulte.

HISTORIQUE DE L'HYPNOSE

L'hypnose, au cours de l'histoire de l'humanité, a été maintes fois découverte, oubliée puis redécouverte (Stoll, 1904).

Sans remonter jusqu'à l'Égypte ancienne et ses temples de sommeil où les rois étaient dotés de pouvoir thérapeutique, ni même à l'étude de la "magie naturelle" à l'époque de la Renaissance, nous constatons que Gassner guérissait souvent ses malades en les hypnotisant. Mesmer lui-même, lors de ses séances de magnétisme, induisait chez certains de ses patients le sommeil hypnotique. Il élaborait ce qu'il croyait être une théorie scientifique et une thérapeutique universelle. Mesmer et les partisans de la théorie du fluide expliquaient l'hypnose par un fluide physique circulant dans le corps du sujet magnétisé ou entre le sujet et l'hypnotiseur. Sa principale découverte fut celle du *rappor*t (mot que Mesmer semble avoir emprunté à la physique contemporaine) qui s'était établi entre le magnétiseur et son patient (Rosen, 1959; Schmidt et Mesmer, 1934).

Cependant, ni Gassner, ni Mesmer n'avaient clairement saisi la portée de leur façon de procéder. Puységur, en tout cas, comprit parfaitement la nature psychologique de ce rapport et c'est à lui que revient la découverte en 1784 du somnambulisme artificiel et Braid en 1843 lui donna le nom d'hypnotisme (Braid, 1846).

Puységur rejeta la théorie pseudophysique du *fluide* et eut l'intuition que des forces psychologiques inconnues étaient à l'œuvre. La grande découverte fut celle du *sommeil magnétique* ou *somnambulisme artificiel*, c'est-à-dire d'un état analogue à celui du somnambulisme spontané, avec cette différence que l'on pouvait l'induire et y mettre fin à volonté (Janet, 1809). Ses successeurs élaborèrent la notion du *rappor*t que l'on considéra dès lors comme un phénomène psychologique et comme le médiateur de l'action psychothérapeutique. On eut tôt fait de se rendre compte que l'hypnotisme permettait un abord direct de certains processus psychologiques. Non seulement le sujet peut faire preuve d'une force physique plus grande que celle dont il se sent capable à l'état de veille, mais il peut aussi, spontanément ou sur l'ordre de l'hypnotiseur, devenir momentanément sourd, aveugle, paralysé, avoir des hallucinations, de la catalepsie ou des anesthésies.

L'anesthésie peut être si totale qu'on a pu avoir recours à l'hypnose pour des interventions chirurgicales. Récamier semble avoir été le premier en 1821 à pratiquer une intervention chirurgicale sous *anesthésie magnétique* (Elliotson, 1843).

En 1846, James Esdaile, un chirurgien écossais, publia un livre décrivant 345 chirurgies majeures réalisées en Inde sous hypnose, comme seul agent anesthésique. La mortalité dans sa série était très basse, 5 % comparé à 40 % dans la chirurgie conventionnelle (Esdaile, 1846).

Par ailleurs, les mesmériens recouraient volontiers au sommeil hypnotique pour soulager des souffrances physiques. Sous l'influence de Liébeault notamment, on se rendait généralement compte, vers les années 1890, que la suggestion hypnotique pouvait guérir ou soulager bien des maux physiques : névralgies, rhumatisme, migraine, goutte, dysménorrhée...

L'hypnose fut officiellement reconnue par la *British Medical Association* en 1958. Milton Erickson, un psychiatre américain, utilisait sans cesse l'hypnose dans son travail clinique et doit être considéré comme le père de l'hypnose clinique moderne (Rosen, 1986).

QU'EST-CE QUE L'HYPNOSE ?

Le phénomène de l'hypnose a donné lieu à d'innombrables théories et spéculations quant à sa véritable nature.

L'une des opinions extrêmes était celle des sceptiques qui en niaient purement et simplement l'existence ou qui y voyaient tout au plus une forme de suggestion.

A l'autre extrême, les individus portés au mysticisme voyaient dans l'hypnose un trait d'union entre le monde naturel et le monde surnaturel.

Qu'en est-il effectivement ?

Tout d'abord, l'hypnose est un phénomène naturel et banal, car chacun de nous peut connaître un état de distraction au cours duquel nous sommes absorbés dans nos pensées et nous restons indifférents à ce qui se passe autour de nous. Ce sont des processus psychologiques qui apparaissent dans la vie de tous les jours.

L'hypnose est aussi un état de concentration mentale, une focalisation durant laquelle les facultés de l'esprit du sujet sont accaparées par un train de pensée et le sujet devient indifférent à toute autre considération. L'hypnose ne correspond en rien au sommeil, elle ne laisse pas le sujet inactif, mais à l'inverse pleinement concentré sur telle pensée ou tel phénomène, en même temps que pleinement vigilant.

L'hypnose est un état qui facilite les fonctionnements inconscients par rapport aux fonctionnements conscients, l'inconscient étant quelque chose qui recouvre tout ce qui ne constitue pas l'ici et le maintenant, c'est-à-dire le conscient. Beaucoup de nos apprentissages comme le langage, la marche, l'écriture... deviennent inconscients, ainsi que beaucoup d'activités physiologiques comme manger, respirer...

L'hypnose peut avoir des points communs avec la méditation et le yoga mais, à l'inverse, elle s'inscrit dans le cadre d'une relation interpersonnelle.

Si l'hypnose, pour être réalisée dans de bonnes conditions, nécessite la confiance, elle a également pour effet de modifier et d'approfondir la relation qui s'instaure et s'intensifie entre le thérapeute et le patient.

L'hypnose clinique met en jeu de nombreux *feedback*. On peut effectivement utiliser deux types d'hypnose : la méthode directive où le patient répond aux suggestions directes, et l'hypnose indirecte "ericksonienne" qui ne repose pas sur l'exécution de suggestions mais sur l'exploration de potentialités dont ne seront retenues et utilisées que celles pour lesquelles le sujet présente des aptitudes.

Il n'y a donc pas d'expérience *standard* de l'état hypnotique. Mais les réponses et les réactions du sujet dépendent des nombreux apprentissages qu'il a effectués antérieurement ainsi que de ses attentes et de sa motivation. C'est pourquoi, il ne peut y avoir de procédure universelle, laquelle ne pourrait entraîner que de nombreux échecs.

L'hypnose n'est pas un état passif; un certain nombre de phénomènes se produisent, mais rien ne se passe sans la collaboration du patient qui n'acceptera de prendre des idées que dans la mesure où celles-ci sont conformes à lui-même et n'entrent pas en conflit avec ses options fondamentales.

L'hypnose clinique ne suppose pas le contrôle d'une personne sur une autre personne. Cette notion est malheureusement encore très répandue et par ailleurs entretenue par les pratiques des *hypnotiseurs* de foire pour leur plus grande gloire. Cette notion explique le manque d'intérêt, voire le rejet de l'hypnose dans le milieu médical, mais aussi la méfiance, voire la résistance des patients. Par ailleurs, le patient (sa motivation, sa suggestibilité) et le contexte du moment (lieu et type d'induction) sont à l'origine des phénomènes observés. Le patient n'entre en état d'hypnose que s'il le souhaite.

Le processus hypnotique se différencie de l'état d'hypersuggestibilité, car, en cours d'hypnose, il faut travailler avec les patients de façon très soignée pour éviter de perdre leur coopération. L'usage intelligent de l'hypnose n'est pas de cultiver une dépendance mais de restituer au patient un contrôle dont il usera en fonction de sa propre vision du monde.

QUELS SONT LES INDICATEURS PHYSIOLOGIQUES ET PSYCHOLOGIQUES DE L'ETAT D'HYPNOSE ?

Ils peuvent être variables d'un sujet à l'autre et d'une hypnose à l'autre mais souvent nous rencontrons une modification du tonus musculaire, une immobilité corporelle, un ralentissement de la fréquence respiratoire, du pouls, un visage détendu. On peut également noter un retard ou une perte de certains réflexes (paupières, déglutition), une variation du diamètre des pupilles, une amnésie, une anesthésie, une distorsion dans la perception corporelle, une catalepsie et une distorsion temporelle.

Généralement, les patients ressentent un confort, une relaxation, une impression de lointain, un bien-être profond.

L'HYPNOSE A-T-ELLE ENCORE SA PLACE EN MEDECINE MODERNE ?

L'hypnose moderne a surtout été réadmise dans le monde médical grâce aux travaux de Milton Erickson (Haley, 1984). Ce psychiatre américain, a pu faire sortir l'hypnose de l'oubli et a su l'appliquer dans un travail infatigable comme outil précieux dans sa pratique quotidienne. Il a passé sa vie à explorer et à expérimenter les mécanismes psychologiques qui sous-tendent l'hypnose afin de leur donner une

perspective thérapeutique. Il nous a laissé un héritage considérable, car il a mis au point des techniques de communication verbale et non verbale qui n'ont plus rien de commun avec les anciennes techniques d'induction hypnotique. Pour lui, l'hypnose est plus qu'un savoir, il s'agit d'un savoir-faire pour lequel de nombreux éléments doivent être pris en considération, et surtout, la personnalité du thérapeute. Le thérapeute devient lui-même un instrument, son meilleur instrument de travail, un mélange complexe de créativité, d'expérience, d'improvisation et de métier. Il acquiert progressivement une grande sensibilité envers les patients ce qui lui permet de choisir la meilleure méthode pour un sujet ou de changer sa technique au besoin.

QUELS SONT LES CHAMPS D'APPLICATION DE L'HYPNOSE EN MEDECINE MODERNE ?

Tout d'abord, l'hypnose ne doit pas être considérée comme un traitement en soi, mais plutôt comme une technique thérapeutique. L'hypnose peut être utilisée comme outil dans le traitement de l'anxiété (Spiegel et Spiegel, 1987; Finkelstein, 1991), de la douleur (Barber et coll., 1974; Olness, 1981; Hilgard et Hilgard, 1983; Le Baron et Zeltzer, 1985), de certains désordres psychosomatiques (stress, asthme, ulcères gastriques, coliques, problèmes de peau comme verrues, psoriasis) (Mc Lean, 1965; Surnam, 1973; Collison, 1975). Elle peut également permettre de faire un diagnostic différentiel entre maladie physique et psychique (paralysie - paresthésie) (Williams et coll., 1978).

En psychiatrie et psychologie médicale, on peut avoir recours à l'hypnose car elle permet un état où des réaménagements des cadres de références sont alors possibles. L'hypnose peut être alors ici qualifiée de thérapeutique (Mambourg, 1989).

L'utilisation des processus hypnotiques est une véritable expérience personnelle au cours de laquelle le thérapeute aide son patient à trouver de nouvelles voies, à briser des cercles vicieux car l'inconscient du patient est plus riche et plus inventif. D'après Erickson "L'art de l'hypnothérapie est d'aider les patients à atteindre une compréhension qui va les aider à abandonner certaines des limitations habituelles de la vision de leur vie de tous les jours, de sorte qu'ils pourront atteindre un état de réceptivité pour ce qu'ils ont en eux-mêmes de nouveau et de créatif" (Erickson et Rossi, 1979).

L'hypnose et les patients chirurgicaux.

Depuis les trente dernières années, nous connaissons en anesthésie une expansion considérable des possibilités thérapeutiques pharmacologiques, ces médicaments pouvant agir sur l'anxiété, la conscience et la douleur. L'anxiété n'est pas un symptôme en soi mais plutôt un facteur augmentant les complications dans diverses situations médicales ou chirurgicales.

Tout le monde admet que l'anxiété et la douleur sont interdépendantes surtout en chirurgie. Par ailleurs, déjà en 1956, Beecher a observé que la douleur expérimentée et la demande d'analgésie sont proportionnelles au vécu de la douleur et non à celui du délabrement tissulaire. Le psychisme influence ce vécu et il est impératif que les médecins s'occupant des patients qui "ont mal", prennent en compte le vécu complexe des patients et l'influencent favorablement.

Les problèmes psychologiques rencontrés chez nos patients médicaux ou chirurgicaux montrent d'ailleurs une interaction très complexe

entre l'esprit et le corps. Le *mental* peut influencer et même créer un symptôme.

POURQUOI UN CLINICIEN FORT OCCUPE S'INTERESSE-T-IL A L'HYPNOSE ?

L'hypnose est d'un intérêt spécial car en soi elle implique un phénomène esprit-corps très fascinant. Dans une transe hypnotique, des instructions verbales peuvent entraîner des changements physiques comme des paresthésies, des anesthésies, des changements de débit sanguin, une modification de la température d'un membre... (Maslach, 1972; Grabowska, 1971).

Donc, sous hypnose, un changement de l'état de conscience peut produire un changement physique vécu dans le corps, mais les mécanismes biochimiques sous-jacents n'ont pas encore été élucidés. On a pu mettre en évidence en psychoneuro-immunologie que la pensée peut influencer le système immunitaire (Dillon et coll., 1985; Ewin, 1986; Gruber et Hall, 1988). Dans notre pratique de tous les jours, nous admettons facilement que le "moral des patients" peut influencer la guérison et que "le rire" fait du bien à l'être humain. Pour le moment, nous ne disposons que d'observations cliniques et il nous manque des études objectivant les relations de ces observations et les mécanismes biochimiques et autres mises en jeu.

Dans les années soixante, Mundeeler et De Castro (De Castro, 1978) mettaient au point une "neuroleptanalgie", c'est-à-dire un état de sédation motrice, d'indifférence psychique et de stabilisation neurovégétative obtenue par l'utilisation de certains neuroleptiques (déhydrobenzopéridol) et de certains morphiniques de synthèse (fentanyl). Un véritable état de sommeil ne suivait pas nécessairement, mais un état défini en psychiatrie comme une "minéralisation" se produisait. La neuroleptanalgie n'était pas une anesthésie générale à proprement parler, mais elle permettait de réaliser des opérations mineures et des examens pénibles chez certains patients. Cependant, l'état de minéralisation du patient n'était pas toujours vécu comme agréable, et certains patients se plaignaient de ne pas avoir pu faire part de leur détresse en cours d'intervention. C'est ainsi que progressivement, les neuroleptiques furent remplacés par les benzodiazépines, surtout le diazépam (Valium®). On parlait alors d'une sédation intraveineuse. Comme la latence et la durée d'action du diazépam et du fentanyl (Fentanyl®) sont longues, très vite avec l'arrivée sur le marché du midazolam (Dormicum®) et de l'alfentanil (Rapifen®), nous avons pu utiliser ces deux produits à action immédiate et demi-vie courte (2-4 h) pour réaliser les sédations intraveineuses. En outre, nous avons constaté que les qualités des sédations intraveineuses pouvaient être augmentées par un bon contact humain et par des réassurances en cours d'intervention. En 1991, un anesthésiste suisse, Alain Forster, est venu parler à Liège de son expérience et de ses résultats de l'hypnose en anesthésie (Forster et Bourgeois, 1987; Moret et coll., 1991). Les résultats furent très encourageants et un anesthésiste de Liège (M. F.) a donc suivi une formation "d'hypnose médicale" afin de pouvoir utiliser cette technique ici aussi. Avec l'accord des chirurgiens du Service de Chirurgie plastique, nous avons décidé de combiner l'hypnose et la sédation intraveineuse, d'où le nom "hyposédation".

La chirurgie plastique se prête bien à l'anesthésie locale. Cependant, certaines interventions sont trop douloureuses, trop impressionnantes ou trop longues pour être réalisées sous anesthésie locale

seule. Par ailleurs, les doses d'anesthésiques locaux, pouvant être injectées, sont également limitées en raison de la toxicité de ces agents. C'est pourquoi, il nous paraissait intéressant de trouver un type d'anesthésie qui laisse le patient conscient, détendu et qui augmente sa tolérance à la douleur. La collaboration du patient et l'immobilité, même pendant des heures, sont très importantes en cours d'intervention, notamment en chirurgie esthétique. L'hypnosédation remplit parfaitement les critères d'une bonne réalisation de cette chirurgie. En plus, les risques anesthésiques sont minimes, car jamais le patient ne perd connaissance et il n'atteint pas le stade de l'anesthésie générale, c'est-à-dire du coma pharmacologique. Les patients sont détendus, collaborants et l'hypnose permet d'obtenir une parfaite immobilité et un seuil de douleur augmenté (Miller et Bovers, 1986; Spanos et Stam, 1987; Sharav et Tal, 1989 et Arendt-Nielsen et coll., 1990). Les patients, focalisés dans un vécu personnel très agréable, ont l'esprit occupé ailleurs et sont détendus, n'ayant plus la notion du temps.

Description de la procédure.

Le patient entre le matin de l'opération, à jeun, ayant rempli son questionnaire préétabli relatant tous ses antécédents médicaux et chirurgicaux. Il ne reçoit pas de prémédication. En salle d'opération, une voie veineuse est placée et, par un Cardiacap II (Datex), nous monitorons l'électrocardiogramme, la fréquence respiratoire (par variation d'impédance), la saturation de l'hémoglobine en oxygène (par pulse oxymétrie infrarouge), la pression artérielle (par brassard automatique) et la température cutanée. La procédure chirurgicale et l'hypnosédation sont expliquées au patient. Le patient choisit, à la demande de l'anesthésiste, un vécu agréable qu'il aimerait revivre en cours de chirurgie. L'anesthésiste, ayant suivi préalablement une formation spéciale en hypnothérapie, commence alors l'induction de l'hypnose (durée \pm 15 minutes). Le patient se relaxe progressivement, ferme spontanément les yeux et retrouve progressivement dans son esprit le "vécu agréable" qu'il a décidé de revivre. L'anesthésiste l'accompagne dans ce vécu par des paroles et rassure le patient en cours de chirurgie. Le patient ne parle pas, il reste complètement immobile et fait abstraction de ce qui se passe autour de lui. Il s'est mis dans un état d'hypnose mais, sur demande de l'anesthésiste, il peut collaborer parfaitement à la chirurgie (tourner la tête, sourire, ouvrir la bouche, se mettre sur le ventre, etc...). En cours de route, pour potentialiser les phénomènes hypnotiques lors des moments particulièrement difficiles (douloureux), l'anesthésiste injecte en bolus des doses diluées et très faibles de benzodiazépines (Dormicum® 0,5 mg/ml) et de morphiniques (Rapifen® 100 μ /ml). Les doses totales injectées en cours d'intervention sont équivalentes à celles d'une prémédication classique, voir tableau I. Les conditions opératoires pour les chirurgiens sont en générale excellentes.

Dès que la chirurgie est terminée, l'anesthésiste demande au patient de sortir de l'état hypnotique et le patient revient immédiatement à son état de conscience normal. Il est reconduit dans sa chambre, peut boire, manger s'il le désire. Les analgésiques postopératoires sont prescrits et donnés en prévention *per os*. Quelques heures plus tard (\pm 4 h), le patient quitte l'hôpital avec les instructions postopératoires adéquates.

L'hypnosédation est proposée à la place d'une anesthésie générale pour des chirurgies, où une anesthésie locale est réalisable mais insuffisante pour apporter le confort, telles que les septorhinoplasties, les

Tableau I.
Interventions de
chirurgie plastique
réalisées sous
injections intraveineuses
seules (iv seul),
hypnosédation
et relaxation :
durées moyennes des interventions
(en minutes) et doses des agents
utilisés par voie intraveineuse
(midazolam et alfentanil :
dose moyenne + déviation standard).

	Lifting	Septorhino- plastie	Pexie mammaire	Prothèse mammaire
<i>Durée moyenne</i>				
- iv seul	195 ± 79 min (n = 22)	—	80 ± 22 min (n = 18)	82 ± 20 min (n = 26)
- Hypnosédation	175 ± 57 min (n = 23)	80 ± 19 min (n = 17)	94 ± 28 min (n = 11)	84 ± 25 min (n = 27)
- Relaxation	192 ± 63 min (n = 9)	—	85 ± 7 min (n = 2)	70 ± 11 min (n = 7)
<i>Midazolam (Dormicum®) perop.</i>				
- iv seul	11,9 ± 7,22 mg	—	5,8 ± 3 mg	7,7 ± 2,7 mg
- Hypnosédation	5,6 ± 1,9 mg	3,7 ± 1,3 mg	3,3 ± 1 mg	4,3 ± 1,3 mg
- Relaxation	8,6 ± 2,1 mg	—	5 ± 2 mg	6 ± 1,4 mg
<i>Alfentanil (Rapifen®) perop.</i>				
- iv seul	1700 ± 800 γ	—	1020 ± 500 γ	1490 ± 628 γ
- Hypnosédation	1250 ± 390 γ	688 ± 345 γ	764 ± 300 γ	1100 ± 370 γ
- Relaxation	1580 ± 219 γ	—	850 ± 430 γ	1440 ± 484 γ

liftings complets du visage, la mise en place de prothèses mammaires (plastie mammaire d'augmentation), adénomes du sein, pexies mammaires, réductions mammaires mineures, expanseurs tissulaires au niveau de la face ou du corps, exérèse de tumeurs de la face, ainsi que diverses interventions réparatrices. Les pansements chez les patients brûlés, ainsi que l'escarrectomie et les greffes cutanées peu importantes peuvent être réalisés sous ce type d'anesthésie. Chez les enfants (2 à 12 ans), la chirurgie des oreilles décollées, la chirurgie de la main ou des tumeurs bénignes de la peau sont également réalisées sous anesthésie locale ou hypnose seule car les enfants sont particulièrement réceptifs à l'hypnose.

Etude clinique.

Afin d'évaluer l'intérêt et l'efficacité de l'hypnosédation, nous avons entrepris une étude rétrospective chez des patients ayant recours à la chirurgie plastique et ayant reçu une sédation intraveineuse associée ou non à l'hypnose depuis 1989 jusqu'en février 1993. Il faut savoir que l'hypnosédation n'est pratiquée dans notre service que depuis janvier 1992. Parmi nos 337 patients, 200 patients de cette étude ont reçu une hypnosédation et, parmi ces patients, 171 patients (85,5 %) ont pu arriver à cet état hypnotique et avaient l'impression de revivre leur "vécu agréable" au moment de la chirurgie, ils constituent le groupe "hypnose efficace"; par contre, 29 patients (14,5 %) n'avaient pas pu retrouver de façon vivace leur vécu mais étaient cependant très détendus, ils constituent le groupe "relaxation". Les 137 autres patients font partie du groupe "intraveineux seul", car leur sédation a été réalisée avant janvier 1992 ou, après cette date, par des anesthésistes ne pratiquant pas l'hypnose. Tous les patients ont reçu une anesthésie locale à l'endroit de la chirurgie. Les quantités de drogues midazolam (Dormicum®) et alfentanil (Rapifen®) utilisées en peropératoire sont analysées afin de voir si l'hypnose permet de diminuer de façon statistiquement significative les doses de médicaments utilisés en peropératoire.

Pour apprécier l'anxiété et la douleur pré-, per- et postopératoire de nos patient, nous avons utilisé le VAS (Visual Analogue Scale) étudié par Mayes et Patterson dès 1921 (Bond et Lader, 1974; Anseau, 1984) qui constitue une technique rapide de l'auto-évaluation d'un état émotionnel. Le patient se situe par une croix sur une ligne de 10 cm qui relie deux "pôles émotionnels" (ex. : "je ne me suis jamais senti aussi détendu" – "je ne me suis jamais senti aussi talentueux"). Le confort chirurgical et les conditions opératoires furent évalués par les chirurgiens par une cote allant de 5 à 10 (cinq → condition opératoire impossible sous anesthésie locale + (hypno)sédation, 10 → condition excellente). 337 patients furent inclus dans cette étude, la moyenne d'âge étant de 38 ± 17 ans, 27 % d'hommes et 73 % de femmes. Le poids moyen fut de 58 ± 13 kg.

Nous avons constaté que les doses moyennes \pm et de midazolam étaient de $0,11 \pm 0,01$ mg/kg de poids/heure d'opération dans le groupe "intraveineux seul". Ces doses diminuaient de plus de la moitié et de façon statistiquement significative ($p < 0,0000$) dans le groupe "hypnose efficace" ($0,04 \pm 0,002$ mg/kg/h). Par contre, dans le groupe "relaxation" ces doses augmentaient significativement par rapport au groupe "hypnose efficace" ($p < 0,0003$), elles étaient de $0,07 \pm 0,005$ mg/kg/h.

Les quantités de morphiniques (alfentanyl) utilisées en cours d'opération dans le groupe "intraveineux seul" étaient de $15,5 \pm 2,07$ γ /kg/h. Les doses diminuent de façon significative ($p < 0,002$) dans le groupe "hypnose efficace" et étaient de $10,2 \pm 0,63$ γ /kg/h. Dans le groupe "relaxation", les besoins peropératoires en morphiniques augmentent $14,3 \pm 1,5$ γ /kg/h ($p < 0,01$).

Sur l'échelle visuelle analogue, l'anxiété préopératoire dans le groupe "iv seul" est en moyenne de $5,9 \pm 2,6$ et elle reste à $5,6 \pm 2,6$ en peropératoire pour descendre à $2,3 \pm 1,9$ en postopératoire. Par contre, dans le groupe "hypnose efficace", l'anxiété préopératoire est de $5,93 \pm 0,24$, elle descend en peropératoire à $0,70 \pm 0,11$ et est de $0,53 \pm 0,11$ en postopératoire. Dans le groupe "relaxation", l'anxiété préopératoire est de $4,7 \pm 0,7$ puis descend à $2,08 \pm 0,4$ en peropératoire et elle est de $0,81 \pm 0,3$ en postopératoire. Il y a des différences statistiquement significatives pour l'anxiété peropératoire entre les trois groupes ($p < 0,00005$).

Dans le groupe "iv seul", la douleur peropératoire est de $4,9 \pm 2,4$. Elle est significativement plus basse en peropératoire dans le groupe "hypnose efficace" $1,36 \pm 0,12$ et $1,82 \pm 0,3$ dans le groupe "relaxation".

La douleur postopératoire est de $4,3 \pm 2,2$ dans le groupe "iv seul", elle est moins importante dans le groupe "hypnose efficace" $2,2 \pm 0,2$ et $3,1 \pm 0,6$ dans le groupe "relaxation".

En conclusion, cette étude tend à montrer que l'utilisation de l'hypnose en chirurgie plastique permet de réduire de façon statistiquement significative les quantités de drogues utilisées en peropératoire. Par ailleurs, l'hypnosédation augmente de façon significative le confort per et postopératoire, tout en assurant d'excellentes conditions opératoires pour les chirurgiens. Cependant, une étude prospective strictement randomisée doit être entreprise afin de valider ces résultats encourageants.

Nous avons souligné l'intérêt tout particulier en chirurgie plastique où les indications, dans notre expérience, se font de plus en plus nombreuses et où elle permet d'éviter au patient une anesthésie générale, c'est-à-dire un coma pharmacologique comportant des risques

beaucoup plus importants. Il est probable que d'autres disciplines chirurgicales y font ou y feront appel. C'est le cas, par exemple, en ORL, urologie, gynécologie, orthopédie. Il faut enfin noter que cette méthode demande, outre l'entraînement particulier de l'anesthésiste, une collaboration étroite avec le patient, le chirurgien et le personnel soignant dans un environnement calme, permettant le déroulement harmonieux de l'intervention.

BIBLIOGRAPHIE

1. ANSSEAU, M. — Intérêt des "Visual Analogue Scales" dans l'auto-évaluation de l'anxiété. *Feuill. psych. Liège*, 1984, **17**, 14-19.
2. ARENDT-NIELSEN, L., ZACHARIAL, R., BJERRING, P. — Quantitative evaluation of hypnotically suggested hyperanesthesia and analgesia by painful laser stimulation. *Pain*, 1990, **42**, 243-251.
3. BARBER, T. X., SPANOS, N. P., CHAVES, J. F. — *Hypnosis, imagination, and human potentialities*. Pergamon press, New York, 1974.
4. BEECHER, H. K. — Relationship of significance of wound to pain experiences. *J. amer. med. Ass.*, 1956, **161**, 1609-1613.
5. BOND, A., LADER, M. — The use of analogue scales in rating subjective feelings. *Brit. J. Med. Psychol.*, 1974, **47**, 211-218.
6. BRAID, J. — *The power of the mind over the body*. John Churchill, London, 1846.
7. COLLISON, D. R. — Which asthmatic patients should be treated by hypnotherapy? *Med. J. Aust.* 1975, **1**, 776-781.
8. DE CASTRO, J. — La neuroleptanalgesie, in *Les analgésiques centraux et l'anesthésie analgésique*, Tome III, 4.2.3, 1978.
9. DILLON, K. M., MINCHOFF, B., BAKER, K. H. — Positive emotional states and enhancement of the immune system. *Int. J. Psychother. Med.*, 1985, **15**, 13-17.
10. ELLIOTSON, J. — *Numerous cases of surgical operations without pain in the mesmeric state*. Lea and Blanchard, Philadelphia, 1843.
11. ERICKSON, M. H., ROSSI, E. L. — *Hypnotherapy, an exploratory casebook*. Iwington, New York **3**, 1979.
12. ESDAILE, J. — *Mesmerism in India and its practical applications in surgery and medicine*. Longmans, Brown, Green and Longmans, London, 1846.
13. EWIN, D. M. — The effect of hypnosis and mental set on major surgery and burns. *Psychiat. Ann.*, 1986, **16**, 115-118.
14. FINKELSTEIN, S. — Hypnotically assisted preparation of the anxious patient for medical and dental treatment. *Americ. J. clin. Hypnos.*, 1991, **33**, 187-191.
15. FORSTER, A., BOURGEOIS, P. — Rôle de l'hypnose dans le traitement des brûlés. *Rev. méd. Suisse rom.*, 1987, **107**, 731-734.
16. GRABOWSKA, M. J. — The effect of hypnosis and hypnotic suggestion on the blood flow in the extremities. *Pol. Med. J.*, 1971, **10**, 1044-1051.
17. GRUBER, B. L., HALL, N. R. — Immune system and psychologic changes in metastatic cancer patients while using ritualized relaxation and guided imagery : a pilot study. *Scand. J. behavi Ther.*, 1988, **17**, 24-46.
18. HALEY, J. — *Un thérapeute hors du commun Milton H. Erickson*. Epi, Desclée de Brouwer, Paris, 1984.
19. HAMMOND, D. C., KEYER, W. R., GRANT, C. W. — Hypnotic analgesia with burns : an initial study. *Amer. J. clin. Hypnos.*, 1983, **26**, 56-59.
20. HILGARD, E. R., HILGARD, J. R. — *Hypnosis in the relief of pain*. Revised Edition, William Kaufmann Inc; Los Altos, 1983.
21. JANET, P. — *suite des mémoires pour servir à l'histoire et à l'établissement du magnétisme animal*. Deuxième édition. Cellot, Paris 221, 1809.
22. LE BARON, S., ZELTZER, L. K. — The role of imagery in the treatment of dying children and adolescents. *J. dev. behav. Pediat.*, 1985, **6**, 252-258.

23. MAMBOURG, P. H. — Milton H. Erickson : les thérapies stratégiques et l'hypnose non directive. *Rev. Act. soc.*, 1989, **3**, 44-54.
24. MASLACH, C. — Hypnotic control of peripheral skin temperature : a case report. *Psychophysiology*, 1972, **9**, 600-605.
25. McLEAN, A. F. — Hypnosis in "psychosomatic" illness. *Brit. J. Med. Psychol.*, 1965, **38**, 211-230.
26. MILLER, M. E., BOWERS, K. S. — Hypnotic analgesia and stress inoculation in the reduction of pain. *J. abnorm. Psychol.*, 1986, **95**, 6-14.
27. MORET, V., FORSTER, A., LAVERRIERE, M. C., LAMBERT, H., GAILLARD, R. C., BOURGEOIS, P., HAYNAL, A., GEMPERLE, M., BUCKSER, E. — Mechanism of analgesia induced by hypnosis and acupuncture : is there a difference. *Pain*, 1991, **45**, 135-140.
28. OLNESS, K. — Imagery (self-hypnosis) as adjunct care in childhood cancer : clinical experience with 25 patients. *Amer. J. Ped. Hemat. Oncol.*, 1981, **3**, 313-321.
29. PATTERSON, D. R., QUESTAD, K. A., de LATEUR, B. J. — Hypnotherapy as an adjunct to narcotic analgesia for the treatment of pain for burn debridement. *American J. Clin. Hypnos.*, 1989, **31**, 156-163.
30. ROSEN, G. — History of medical hypnosis, in *Hypnosis in modern medicine*. Charles C. Thomas, Springfield, 1959, 6-9.
31. ROSEN, S. — *Ma voix t'accompagnera, Milton H. Erickson raconte*. Hommes et groupes éditeurs, Paris, 1986.
32. SCHMIDT, M., MESMER, F. A. — *The history of an idea*. Barber, London, 1934.
33. SHARAV, Y., TAL, M. — Masseter inhibitory periods and sensations evoked by electrical tooth-pulp stimulation in subjects under hypnotic anesthesia. *Brain Res.*, 1989, **479**, 247-254.
34. SPANOS, N. P., PERLINI, A. H., ROBERTSON, L. A. — Hypnosis, suggestion, and placebo in the reduction of experimental pain. *J. abnorm. Psychol.*, 1989, **98**, 285-293.
35. SPANOS, L. P., STAM, H. J. — Hypnotic analgesia, placebo analgesia and ischemic pain : the effects of contextual variables. *J. abnorm. Psychol.*, 1987, **96**, 313-320.
36. SPIEGEL, H., SPIEGEL, D. — *Trance and treatment : clinical uses of hypnosis*. American Psychiatric Press Inc., Washington DC, 1987.
37. STOLL, O. — *Suggestion und hypnotismus in der völkerpsychologie*. Deuxième édition. Von Weitz und Co, Leipzig, 1904.
38. SURMANS, O. S. — Hypnosis in the treatment of warts. *Arch. gen. Psychiatr.*, 1973, **28**, 439-441.
39. WILLIAMS, D. T., SPIEGEL, H., MOSTOFSKY, D. I. — Neurogenic and hysterical seizures in children and adolescents : differential diagnostic and therapeutic consideration. *Amer. J. Psychiat.*, 1978, **135**, 82-86.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr