

L'hypnose en anesthésie et en réanimation

L'essentiel pour les médecins et les infirmiers en anesthésie-réanimation, et pour les étudiants en médecine : ce qu'est l'hypnose, pourquoi les mots comptent autant qu'une seringue, et quelles techniques utiliser dès demain au lit du patient.

Dr Marco Klop, anesthésiste-réanimateur Luxembourg · 2026 Lecture : environ 25 minutes

Il existe au bloc un instrument que personne ne stérilise et que personne ne commande à la pharmacie, mais qui sert des centaines de fois par jour : la parole. Nous apprenons la pharmacologie du propofol au microgramme près, et presque rien de la pharmacologie des mots. Or une phrase comme « attention, ça va brûler » modifie la douleur de façon mesurable, dans le mauvais sens. Cette version courte résume le manuel complet ; les références détaillées, les exercices et les scripts complets figurent dans la version longue.

01

Les bases : ce qu'est l'hypnose, et ce qu'elle n'est pas

DÉFINITION DE RÉFÉRENCE

Pour la Division 30 de l'American Psychological Association, l'hypnose est un état de conscience associant une **attention focalisée**, une **conscience réduite de l'environnement** et une **capacité accrue à répondre à la suggestion** (Elkins et al., 2015).

Autrement dit, on passe du plafonnier à la lampe frontale : un point est intensément éclairé, le reste s'estompe. Rien de mystérieux. Chacun vit des transes spontanées plusieurs fois par jour, par exemple en arrivant au travail sans souvenir des derniers kilomètres parcourus.

- **Ce n'est pas du sommeil.** James Braid a tiré le mot du grec *hypnos* en 1843, puis a regretté ce choix : ses sujets étaient bien éveillés.
- **Ce n'est pas une perte de contrôle.** Personne ne fait sous hypnose ce qui heurte ses valeurs. Si c'était le cas, les directions hospitalières l'utiliseraient depuis longtemps pour faire accepter les plannings de garde.

- **Ce n'est pas un pouvoir du soignant.** Le soignant propose, le patient fait le travail : toute hypnose est, au fond, une auto-hypnose guidée.

Ce que montre le cerveau

Sous hypnose, l'activité du réseau du mode par défaut, celui du vagabondage mental, diminue, et les réseaux attentionnels se réorganisent (McGeown et al., 2009 ; Jiang et al., 2017). Pour la douleur, l'expérience de Rainville (*Science*, 1997) est devenue un classique : en suggérant qu'une chaleur douloureuse devient plus ou moins *désagréable*, sans toucher à son intensité, on modifie l'activité du cortex cingulaire antérieur, qui code la dimension émotionnelle de la douleur. L'hypnose agit donc particulièrement sur la souffrance, pas seulement sur le signal.

CE QUE DIT LA SCIENCE

Sur 85 essais contrôlés en douleur expérimentale, l'hypnose réduit la douleur d'environ 42 % chez les personnes très réceptives et de 29 % chez les moyennement réceptives, avec peu d'effet chez les peu réceptives (Thompson et al., 2019). L'effet est réel, et il dépend du patient.

Le vocabulaire utile

- **Communication thérapeutique** (hypnose conversationnelle) : les leviers de l'hypnose intégrés à la parole de soin, sans induction formelle. C'est le cœur de la relation thérapeutique, tant médicale que soignante.
- **Hypnoalgésie** : l'hypnose au service de la douleur d'un geste ou d'un soin.
- **Hypnosédation** : hypnose associée à une sédation IV légère et à une anesthésie locale ou locorégionale, développée à Liège dès 1992. C'est une démarche médicale.

02

Le pouvoir des mots : placebo et nocebo

L'effet nocebo est le jumeau maléfique du placebo : des attentes négatives aggravent réellement les symptômes, par des mécanismes neurobiologiques documentés (Colloca et Miller, 2011). Au bloc, il passe d'abord par le langage.

Avant une péridurale ou une rachianesthésie, l'injection d'anesthésique local était annoncée soit comme « une grosse piqûre, comme une brûlure », soit comme « un produit qui va engourdir la zone pour votre confort ». Médiane de douleur : 5 sur 10 dans le premier cas, 3 sur 10 dans le second (Varelmann et al., 2010).

Elvira Lang a filmé des gestes de radiologie interventionnelle : les mises en garde négatives (« ça va piquer ») et même la compassion formulée négativement (« je sais que c'est horrible ») augmentaient la douleur ou l'anxiété (Lang et al., 2005). Et dans une autre étude, une écoute empathique centrée sur la détresse s'accompagnait de **plus** d'événements indésirables que les soins habituels, alors que l'hypnose en réduisait le nombre (Lang et al., 2008). L'empathie reste indispensable ; elle gagne à regarder vers les ressources.

La raison est simple : ne pensez pas à un éléphant rose. Trop tard. Pour comprendre une négation, le cerveau doit d'abord se représenter ce qu'elle nie (Wegner et al., 1987). La règle : **nommer ce que l'on veut obtenir**.

PLUTÔT ÉVITER	PLUTÔT DIRE
« Ça va piquer. »	« Vous allez sentir un contact, peut-être une fraîcheur. »
« Ne bougez pas. »	« Restez bien immobile, exactement comme ça. »
« N'ayez pas peur. »	« Vous pouvez rester tranquille, on s'occupe de tout. »
« Vous avez mal ? »	« Comment est votre confort, là, maintenant ? »
« Vous risquez d'avoir des nausées. »	« On a déjà donné ce qu'il faut pour que votre estomac reste tranquille ; dites-le-nous si besoin. »

INFORMER SANS NUIRE

Le langage positif n'est pas un mensonge. Si le geste sera douloureux, on le dit avec des mots vrais et aidants : « vous allez peut-être sentir quelque chose de fort, ça passe vite, on respire ensemble ». Wells et Kaptchuk (2012) plaident pour un consentement qui informe de l'utile en disant aussi ce qui est fait pour protéger le patient.

ANECDOTE · L'EXPÉRIENCE DE LEVINSON (1965)

Un psychiatre fait lire, au-dessus de dix patients profondément anesthésiés, un faux scénario de crise : « les lèvres sont trop bleues ». Un mois plus tard, sous hypnose, quatre restituent les paroles et quatre autres deviennent anxieux au moment clé. Petit effectif, méthode discutable, leçon durable : au bloc, on parle comme si le patient entendait. Des suggestions positives diffusées au casque pendant l'anesthésie générale ont d'ailleurs réduit d'environ un tiers la consommation d'opioïdes postopératoires dans un essai du *BMJ* (Nowak et al., 2020).

03

Un peu d'histoire

L'histoire de l'hypnose est aussi celle de l'anesthésie. Quelques jalons suffisent pour répondre à la plupart des idées reçues des patients.

- 1784 Une commission royale réunissant Franklin, Lavoisier, Bailly et Guillotin examine le « magnétisme animal » de Mesmer. Dans le jardin de Franklin, un jeune homme aux yeux bandés s'effondre... devant un arbre qui n'avait pas été « magnétisé ». Verdict : pas de fluide, mais la puissance de l'imagination.
- 1829 À Paris, Jules Cloquet réalise une mastectomie chez une patiente « magnétisée », qui converse calmement pendant l'intervention. L'Académie reste sceptique.
- 1843 Le chirurgien écossais James Braid invente le mot « hypnotisme » et l'attribue à la fixation de l'attention, pas à un fluide.
- 1846 James Esdaile publie ses centaines d'opérations sous transe en Inde, la même année où l'éther triomphe. Robert Liston, après une amputation sous éther, aurait lancé : « cette combine yankee enfonce le mesmérisme ». L'hypnose quitte les blocs.
- 1880s L'école de Nancy (Liébeault, Bernheim) l'emporte sur Charcot : l'hypnose relève de la suggestion et concerne des sujets sains.
- XX^e s. Milton H. Erickson, paralysé par la polio à 17 ans et devenu un observateur hors pair, invente une hypnose souple, permissive et indirecte, qui utilise tout ce que le patient apporte.

1992 À Liège, Marie-Élisabeth Faymonville développe l'hypnosédation, puis l'étudie en imagerie cérébrale. L'hypnose revient au bloc, cette fois alliée à la pharmacologie.

04

Les techniques utilisables rapidement

L'ESSAI QUI CHANGE LA PERSPECTIVE (LANG ET AL., 2000, *THE LANCET*)

241 adultes subissant un geste de radiologie interventionnelle sous anesthésie locale (par exemple embolisation, drainage, pose de cathéter) ont été tirés au sort entre trois groupes :

- **Soins habituels** (79 patients) : prise en charge standard de l'équipe, sans consigne particulière de communication.
- **Attention structurée** (80 patients) : un soignant supplémentaire reste auprès du patient pendant tout le geste, attentif à ses besoins, avec un langage neutre ou positif, en évitant les mots négatifs. Pas d'hypnose.
- **Autohypnose guidée** (82 patients) : la même présence attentive, plus un court script d'induction et de relaxation, avec des suggestions de confort, lu au patient au début du geste.

RÉSULTAT	SOINS HABITUELS	ATTENTION STRUCTURÉE	AUTOHYPOSE
Sédatifs et antalgiques consommés (unités)	1,9	0,8	0,9
Douleur au fil du geste	augmente	augmente	reste stable
Patients avec instabilité hémodynamique	12	10	1
Durée moyenne du geste	78 min	67 min	61 min

Ce qu'il faut en retenir. La simple présence attentive, avec des mots choisis, divise déjà par deux la consommation de médicaments. L'hypnose apporte en plus une douleur qui ne monte pas, une stabilité hémodynamique nettement meilleure et le geste le plus court, 17 minutes de moins que les soins habituels.

Les quatorze outils ci-dessous correspondent aux fiches du recueil « Mes débuts en hypnose ». Les deux premiers suffisent déjà à transformer beaucoup de soins.

BASE

Langage positif

Nommer la solution, pas le problème. Éviter négations, diminutifs et mots alarmants.

« Vous pouvez laisser vos épaules se poser. »

BASE

Pacing et leading

Se caler sur la respiration et le débit du patient, puis ralentir : il suit. Parler et agir sur l'expiration.

« Vous êtes allongé là, vous entendez le moniteur... et l'air peut ressortir tranquillement. »

BASE

Yes-set

Enchaîner des évidences vérifiables avant la suggestion : l'élan d'acceptation la porte.

« Vous êtes installé, vous sentez le matelas, vous entendez ma voix... et vous pouvez ralentir. »

ATTENTION

Focalisation

Rassembler l'attention sur une cible unique (souffle, point, voix) pour rétrécir le champ de conscience.

« Juste l'air qui entre, un peu frais... et qui ressort, un peu tiède. »

ATTENTION

Distraction

Déplacer l'attention vers une tâche ou un récit. Plus c'est absorbant, plus ça marche.

« Racontez-moi votre plus belle randonnée... on part d'où ? »

RESSOURCE

Lieu sûr

Un refuge intérieur, décrit par le patient lui-même, avec tous les sens.

« Qu'est-ce qu'on voit, là-bas ? Et qu'est-ce qu'on entend ? »

RESSOURCE

Ancrage

Relier un état de calme à un geste précis, posé au pic de l'émotion, puis le réactiver plus tard.

« Joignez le pouce et l'index : ce calme pourra revenir. »

RESSOURCE

Dissociation

Mettre une partie du corps ou l'expérience à distance. Toujours réassocier ensuite.

« Cette jambe, là-bas, peut faire son travail toute seule. »

INDIRECT

Choix illusoire

Deux options qui mènent au même but : le patient choisit le comment, et retrouve du contrôle.

« Bras droit ou bras gauche ? »

INDIRECT

Saupoudrage

Semer tôt des mots-clés dans la conversation, les récolter au moment de la suggestion.

« Confortable... tranquillement... au chaud...
puis : ce confort s'installe. »

INDIRECT

Métaphores

Une image tirée du monde du patient, dont la structure ressemble à sa situation.

« Arrondissez le dos comme un chat qui s'étire au soleil. »

INDIRECT

Recadrage

Même fait, autre sens, autre émotion.
Jamais pour nier ce que vit le patient.

« Cette lourdeur dans les jambes, c'est le signe que la rachi fonctionne. »

AVANCÉ

Confusion

Dérouter brièvement l'esprit analytique, puis offrir une consigne claire. À éviter chez le patient confus ou délirant.

« Droite ou gauche, avant ou après... vous pouvez simplement fermer les yeux. »

AVANCÉ

Suggestion post-hypnotique

« Quand... alors... » : une suggestion posée maintenant, déclenchée plus tard par un signal naturel.

« Quand vous ouvrirez les yeux en salle de réveil, vous serez surpris de votre calme. »

Hypnoalgésie : le gant magique

On installe par l'imagination une fraîcheur engourdissante dans une main (neige, gant épais), on vérifie qu'elle est là, puis on la « transfère » en posant la main sur la zone du soin. Chez l'enfant : un variateur de douleur à tourner, un bouclier de super-héros. On combine volontiers avec la dissociation, une distraction au moment le plus intense, et le geste sur l'expiration.

BOÎTE À OUTILS EXPRESS (2 À 3 MINUTES)

- Se présenter, appeler le patient par son nom, le couvrir.
- Observer sa respiration, s'y caler, puis ralentir.
- Annoncer en langage positif et donner un moyen d'agir (respirer, choisir, tenir).
- Proposer un point d'attention : souffle, lieu sûr, récit.
- Une ou deux suggestions de confort ; geste sur l'expiration.
- Refermer : « c'est fait, vous avez très bien fait ça », vérifier le confort et l'orientation.

05

Situations cliniques et niveau de preuve

« Le bon outil, au bon moment, pour le bon patient » : de la phrase bien choisie à l'hypnosédation.

MOMENT	OUTILS PRIVILÉGIÉS	CE QUE DISENT LES DONNÉES
Consultation, veille de l'intervention	Information aidante, saupoudrage, exercice de respiration	Encouragement et instructions : moins de morphiniques et sortie plus précoce (Egbert et al., 1964)
Accueil au bloc, anxiété	Pacing, lieu sûr, ancrage, suggestion post-hypnotique	Anxiété –56 % après hypnose, +10 % chez les témoins (Saadat et al., 2006)
Voie veineuse, rachianesthésie, ALR	Langage positif, choix illusoire, métaphore, distraction	La formulation de l'annonce modifie la douleur de l'injection (Varelmann et al., 2010)
Chirurgie sous hypnosédation	Hypnose formelle + sédation légère + anesthésie locale	Thyroidectomies : 98,5 % de succès (Meurisse et al., 1999) ; enfant : séjour divisé par deux (Sola et al., 2023)
Réveil, SSPI	Orientation, suggestions de confort, réactivation de l'ancre	Moins d'anxiété et de douleur postopératoires, surtout en présence d'un praticien (Kekecs et al., 2014)

MOMENT	OUTILS PRIVILÉGIÉS	CE QUE DISENT LES DONNÉES
Enfant à l'induction	Jeu, choix illusoire, métaphores, enfant acteur	Anxieux à l'induction : 39 % sous hypnose contre 68 % sous midazolam (Calipel et al., 2005)
Réanimation : soins, aspiration, pansements	Annonce, bénéfice, comptage, orientation, voix et toucher	Données contrastées : douleur inchangée mais anxiété réduite dans l'essai HYPIC (Maamar et al., 2025) ; essai négatif en chirurgie cardiaque (Rousseaux et al., 2022)

SYNTHÈSE DES MÉTA-ANALYSES

Chez l'adulte opéré, 50 essais randomisés montrent des effets sur la détresse, la douleur, les médicaments, la récupération et la durée des gestes (Holler et al., 2021). La méta-analyse la plus large à ce jour (142 études, plus de 9 000 patients) confirme une baisse de la douleur, de l'anxiété et des nausées-vomissements, tout en réclamant des essais de meilleure qualité (Lahoud et al., 2026). Le bénéfice le plus constant reste la réduction de l'anxiété, qui elle-même réduit la douleur.

06

Trois scénarios commentés

Ce sont des trames, pas des textes à réciter. Le ton, le rythme et le regard comptent autant que les mots. Les patients sont fictifs.

Pose de voie veineuse chez un adulte qui « déteste les aiguilles »

« Vous n'êtes pas le seul, et c'est justement pour ça qu'on va faire ça tranquillement. Bras droit ou bras gauche ? ... Pendant que je prépare : c'est quoi, votre parcours de vélo préféré ? On part d'où ? »

Sur une expiration, pendant que le patient décrit la descente :

« ... et là, l'air frais... juste une petite fraîcheur sur le bras... C'est fait, vous avez très bien fait ça. Et en haut de la côte, on voit quoi ? »

Pourquoi ça marche : la peur est accueillie puis utilisée, le choix rend du contrôle, le récit absorbe l'attention, le mot « fraîcheur » prolonge l'image, et la conversation reprend comme si le geste n'avait été qu'une parenthèse.

Rachianesthésie chez une patiente tendue

« Je reste devant vous. Vous préférez tenir l'oreiller ou poser les mains sur les genoux ? ... On respire ensemble... et quand l'air ressort, le dos s'arrondit, comme un chat qui s'étire au soleil. Qu'est-ce qui est en fleurs dans votre jardin en ce moment ? »

« Le docteur endort la peau : un contact, peut-être une fraîcheur... Restez exactement comme ça, c'est parfait... C'est terminé. Vos jambes vont devenir chaudes puis lourdes : c'est le signe que tout fonctionne. »

Pourquoi ça marche : présence physique, choix illusoire, métaphore de position plutôt que consigne technique, lieu sûr personnel, et recadrage anticipé de la lourdeur des jambes.

Aspiration trachéale chez un patient intubé, conscient

« Monsieur K., c'est Marc, l'infirmier. Il est dix heures, vous êtes en réanimation, tout est sous contrôle. Je vais dégager vos bronches pour que l'air passe mieux. Si vous m'entendez, serrez-moi la main... On le fait ensemble : un... deux... trois... Voilà, l'air passe mieux. Je reste un moment. »

Pourquoi ça marche : on présuppose la compréhension, on oriente (lieu, heure, sécurité), on relie le geste à son bénéfice, le comptage le rend prévisible, et la présence referme la séquence.

07

S'entraîner

On n'apprend pas à nager dans un livre. Après vingt ans de « ça va piquer », la phrase sort toute seule ; quelques semaines d'entraînement régulier suffisent à installer d'autres automatismes.

Rythme conseillé : une technique par semaine, ses cinq exercices du recueil, puis un essai dans une situation clinique simple, noté dans un carnet.

SEMAINES	ÉTAPE	TECHNIQUES	OBJECTIF CLINIQUE
1–3	Communication de base	Langage positif, pacing, yes-set	Zéro formulation nocebo ; rapport en quelques secondes
4–5	Attention	Focalisation, distraction	Accompagner une voie veineuse
6–8	Ressources	Lieu sûr, ancrage, post-hypnotique	Lieu sûr installé en moins de 3 minutes

SEMAINES	ÉTAPE	TECHNIQUES	OBJECTIF CLINIQUE
9–11	Suggestions indirectes	Choix illusoire, saupoudrage, recadrage, métaphores	Formulations naturelles dans la conversation de soin
12–14	Transe et analgésie	Dissociation, confusion, inductions, gant magique	Geste douloureux accompagné du contact au retour au calme

EXERCICE DU PREMIER JOUR · LA CHASSE AUX PHRASES NOCEBO

Pendant une journée, notez chaque phrase négative entendue ou prononcée au bloc. Le soir, reformulez-les toutes en vous demandant : quel effet est-ce que je veux obtenir chez le patient ? Attendez-vous à être surpris par le nombre. Le meilleur indicateur de progrès viendra ensuite des patients, quand ils vous diront plus souvent : « Déjà ? »

08

Limites, prudence et cadre

- **Complément, jamais substitut** : l'hypnose accompagne analgésie, anesthésie et surveillance. Un patient en transe reste un patient monitoré.
- **Consentement** : un refus est respecté sans négociation.
- **Champ de compétence** : la communication thérapeutique appartient à tous les soignants, médecins comme infirmiers ; l'hypnosédation est une démarche médicale conduite par l'anesthésiste-réanimateur avec l'infirmier anesthésiste ; l'hypnothérapie sort de ce cadre.
- **Efficacité variable** selon la réceptivité, l'état du patient et l'entraînement du soignant.

PRUDENCE AVANT TOUTE HYPNOSE FORMELLE

Troubles psychotiques aigus ou non stabilisés, épisode maniaque, troubles dissociatifs, antécédents traumatiques connus (attention à la dissociation), délirium (privilégier l'orientation, éviter la confusion). Avis médical, et si besoin psychiatrique, au préalable. On referme toujours la séquence et, en cas d'émotion inattendue, on revient au présent, à la voix et à la respiration.

Références clés

- Calipel S et al.** (2005). Premedication in children: hypnosis versus midazolam. *Paediatr Anaesth* 15:275–281.
- Colloca L, Miller FG** (2011). The placebo effect and its relevance for clinical practice. *Psychosom Med* 73:598–603.
- Egbert LD et al.** (1964). Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients. *N Engl J Med* 270:825–827.
- Elkins GR et al.** (2015). The revised APA Division 30 definition of hypnosis. *Am J Clin Hypn* 57:378–385.
- Faymonville ME et al.** (2000). Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. *Anesthesiology* 92:1257–1267.
- Holler M et al.** (2021). Efficacy of hypnosis in adults undergoing surgical procedures: a meta-analytic update. *Clin Psychol Rev* 85:102001.
- Jiang H et al.** (2017). Brain activity and functional connectivity associated with hypnosis. *Cereb Cortex* 27:4083–4093.
- Kekecs Z, Nagy T, Varga K** (2014). Suggestive techniques in reducing postoperative side effects: a meta-analysis. *Anesth Analg* 119:1407–1419.
- Lahoud MJ, Gurary ST, Elia N** (2026). Hypnosis for anaesthetists: a systematic review and meta-analyses. *Anaesthesia* 81:103–115.
- Lang EV et al.** (2000). Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. *Lancet* 355:1486–1490.
- Lang EV et al.** (2005). Can words hurt? Patient–provider interactions during invasive procedures. *Pain* 114:303–309.
- Lang EV et al.** (2008). Beneficial effects of hypnosis and adverse effects of empathic attention during percutaneous tumor treatment. *J Vasc Interv Radiol* 19:897–905.
- Levinson BW** (1965). States of awareness during general anaesthesia. *Br J Anaesth* 37:544–546.
- Maamar A et al.** (2025). Hypnosis for unplanned procedural pain in the ICU: the HYPIC randomized clinical trial. *Crit Care* 29:312.
- Meurisse M et al.** (1999). Hypnosis with conscious sedation instead of general anaesthesia? Applications in cervical endocrine surgery. *Acta Chir Belg* 99:151–158.
- Nowak H et al.** (2020). Therapeutic suggestions during general anaesthesia: multicentre randomised controlled trial. *BMJ* 371:m4284.
- Rainville P et al.** (1997). Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science* 277:968–971.

- Rousseaux F et al.** (2022). Virtual reality and hypnosis for anxiety and pain management in intensive care units. *Eur J Anaesthesiol* 39:58–66.
- Saadat H et al.** (2006). Hypnosis reduces preoperative anxiety in adult patients. *Anesth Analg* 102:1394–1396.
- Sola C et al.** (2023). Hypnosis as an alternative to general anaesthesia for paediatric superficial surgery. *Br J Anaesth* 130:314–321.
- Thompson T et al.** (2019). The effectiveness of hypnosis for pain relief: meta-analysis of 85 controlled experimental trials. *Neurosci Biobehav Rev* 99:298–310.
- Varelmann D et al.** (2010). Nocebo-induced hyperalgesia during local anesthetic injection. *Anesth Analg* 110:868–870.
- Wegner DM et al.** (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *J Pers Soc Psychol* 53:5–13.
- Wells RE, Kaptchuk TJ** (2012). The nocebo effect and informed consent. *Am J Bioeth* 12:22–29.
-

Version courte du manuel « L'hypnose en anesthésie et en réanimation ». Les techniques s'appuient sur le recueil « Mes débuts en hypnose ». Ce document est un support d'enseignement : il ne remplace ni une formation dédiée, ni une pratique supervisée.