

# L'hypnose au bloc opératoire : mise en place et résultats d'un projet hospitalier de recherche infirmière

**Nathalie Duparc-Alégria<sup>1</sup>, Anne-Françoise Thiollier<sup>1</sup>,  
Karine Tiberghien<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Infirmières puéricultrices, centre d'évaluation et de traitement de la douleur

<sup>2</sup> Infirmière anesthésiste, département d'anesthésie réanimation  
Hôpital Robert Debré

Malgré une information donnée aux parents et aux enfants avant la chirurgie, on sait que l'anxiété périopératoire peut devenir importante et avoir des conséquences en postopératoire sur les scores de douleur, la consommation d'antalgiques, la survenue de troubles comportementaux, la durée de l'hospitalisation ou la cicatrisation [1-5].

La prise en charge, pour être idéale, doit donc prendre en compte l'anxiété des patients et la prévenir. Pour cela, il existe des méthodes médicamenteuses et des méthodes non médicamenteuses comme l'hypnose. L'hypnose est utilisée depuis plusieurs années en pratique chirurgicale pour réduire la sédation et la prescription d'antalgiques [6-9]. Elle a montré son efficacité sur l'anxiété périopératoire en pédiatrie [10, 11].

L'objet de l'étude Hypopanx portait sur une modification des pratiques existantes qui puisse être acceptée par le personnel du bloc opératoire tout en respectant les contraintes organisationnelles (timing, nombre d'interventions par jour, etc.) et qui puisse être maintenue après la fin de la recherche. Aucune étude, jusqu'alors, n'avait concerné l'hypnose dans de telles conditions.

L'objectif principal d'Hypopanx était d'évaluer l'impact d'une courte séance d'hypnose, pratiquée avant l'induction anesthésique, sur l'anxiété postopératoire d'enfants devant subir une chirurgie orthopédique.

## Méthode

Hypopanx est un essai clinique monocentrique ouvert randomisé comparant deux groupes de patients :

- un groupe contrôle avec prise en charge analgésique traditionnelle et incluant deux entretiens préopératoires avec une infirmière ressource douleur (IRD) ;
- un groupe hypnose qui bénéficiait en plus d'une pré-induction par hypnoanalgésie.

## Interventions

Dans les 2 groupes, l'IRD demandait à l'enfant une autoévaluation de l'anxiété et de la douleur la veille de l'intervention. L'entretien avec l'enfant et ses parents reprenait les différentes étapes liées à la chirurgie et les objectifs de l'étude selon les préoccupations de l'enfant et de ses parents.

Le jour de l'intervention chirurgicale, les 2 groupes de patients (C et H) ont eu une prise en charge anesthésique traditionnelle, le groupe H bénéficiait en plus d'une courte séance d'hypnoanalgésie

inspirée des techniques éricksoniennes : l'infirmier anesthésiste formé aux techniques hypnotiques guidait le patient grâce à des suggestions de relaxation, de visualisation, de distraction ou de dissociation. L'enfant pouvait ainsi développer ses propres compétences créatives et changer la perception du vécu périopératoire.

Vingt-quatre heures après la sortie du bloc opératoire, un évaluateur indépendant a réalisé en aveugle une auto-évaluation de la douleur et de l'anxiété puis a relevé la consommation de morphine sur les premières 24 heures ainsi que les scores douleur notés dans le dossier patient pour tous les enfants.

### **Population**

L'étude a été proposée à des enfants présentant les critères suivants :

- âge  $\geq 10$  ans et  $< 18$  ans ;
- anesthésie générale ;
- interventions sur le rachis : ostéotomies  $\pm$  ténotomies ;
- score ASA I et II (évaluant le risque lié à l'anesthésie pour chaque patient) ;
- durée d'hospitalisation programmée après intervention  $> 24$  heures.

L'étude n'a pas été proposée aux enfants pour qui il était impossible d'utiliser l'hypnose (surdité, patients ne parlant pas et ne comprenant pas le français, lourds handicaps cognitifs ou troubles psychiatriques) ou qui étaient opérés en urgence.

Tous les enfants qui ont participé à l'étude ont lu et signé le formulaire de consentement, de même que leurs parents.

### **Critères de jugement et outils d'évaluation**

Le critère de jugement principal était la mesure de l'anxiété à J+1 (24 h après la chirurgie). L'évaluation de l'anxiété du patient à J1 postopératoire a été réalisée à l'aide de l'échelle d'anxiété EVA-A [12].

Les critères de jugement secondaires de l'étude étaient :

- la différence de mesure de l'anxiété à J-1 (le jour précédant la chirurgie) et J+1, évaluée grâce à l'échelle EVA-A, pour chaque patient dans chaque groupe d'intervention ;
- la mesure de la douleur à J+1, réalisée à l'aide de l'échelle des visages *Faces Pain Scale-Revised* [14] ou l'échelle numérique [13, 15, 16] selon le choix de l'enfant ;
- la consommation de morphine mesurée en mg à J+1 (rapportée à une dose/kg/24 h).

### **Résultats**

Cette recherche a concerné 120 enfants de 10 à 18 ans devant subir une intervention orthopédique classée parmi les plus douloureuses. Une large majorité (79 à 85 %) des patients a bénéficié d'une anesthésie locorégionale en plus de l'anesthésie générale. L'âge médian des enfants était de 14 ans. Tous ont pu bénéficier d'une analgésie contrôlée par le patient (PCA), c'est-à-dire que le patient s'auto-administre des doses de morphines en fonction de la douleur qu'il ressent.

Les résultats du score d'anxiété (EVA-A) du patient à J1 postopératoire ont montré une anxiété faible en postopératoire aussi bien pour le groupe contrôle que pour le groupe hypnose.

En ce qui concerne les critères de jugement secondaires, une diminution fortement significative de l'anxiété a été relevée entre la veille de la chirurgie et le lendemain ( $p < 0,0001$ ). Les scores de

douleur postopératoire étaient bas et équivalents dans les 2 groupes. La médiane était à 3 (2-4). La consommation moyenne de morphine était de 0,8 mg/kg/j, quel que soit le groupe.

## Discussion

Ces résultats sont le témoin d'une prise en charge périopératoire efficace malgré une chirurgie orthopédique douloureuse. Cependant ils n'ont pas montré de supériorité de l'hypnose ajoutée à une prise en charge anesthésique classique sur l'anxiété des patients à 24 heures postopératoires.

Plusieurs explications sont envisagées :

- d'abord la brièveté de la séance d'hypnose avant induction de l'anesthésie pour ne pas perturber le programme opératoire a pu parfois limiter la profondeur de la transe hypnotique et les suggestions post-hypnotiques ;
- de plus les différents acteurs du bloc faisaient pression sur le praticien de l'hypnose, en particulier au début de l'étude puisque cette pratique innovante changeait leurs habitudes. Pourtant, progressivement, l'exposition constante aux pratiques hypnotiques a modifié les comportements des soignants. Respect, calme et bienveillance ont imprégné l'atmosphère de ce lieu hyperteknique et codifié qu'est le bloc opératoire ;
- enfin le groupe contrôle n'était pas un groupe standard puisque in fine il a bénéficié d'une prise en charge novatrice : 2 consultations avec l'IRD avant l'intervention (1 à 2 mois avant l'opération pour présenter l'étude avec remise de documents sur la prise en charge de la douleur et la veille de l'opération pour l'inclusion). Les IRD sont formées aux techniques hypnotiques. Cette formation modifie la qualité de l'entretien et de la relation. Elle améliore la capacité à partager l'information de manière compréhensible. C'est une interaction directe qui permet d'ajuster l'information et de la personnaliser en fonction des besoins des souhaits des patients. De plus, les parents étaient présents lors de la consultation. On peut penser que leur anxiété a également été réduite, l'étude de Burkle en 2013 a en effet montré qu'il existait un lien entre l'anxiété des enfants et celle des parents [17].

L'hypnose transforme notre façon de parler (hypnose conversationnelle) et que ce soit avec les IRD la veille de l'intervention ou les IADE le jour J, tous les adolescents ont bénéficié de ce climat rassurant.

Au bloc opératoire, l'induction se fait aujourd'hui couramment en utilisant les techniques hypnotiques. Les soignants non formés ont été imprégnés de ce mode de communication particulier et beaucoup souhaitent désormais s'initier à ces techniques. Cela mériterait d'être objectivement mesuré dans une étude ultérieure auprès d'une équipe naïve d'hypnose.

## Conclusion

Grâce à cette recherche, les techniques d'hypnoalgésie se sont développées au sein des salles d'opération. De techniques innovantes, elles sont devenues techniques courantes.

En pénétrant ainsi dans le cœur du bloc opératoire, l'hypnose permet au patient de ne plus être seulement « objet de soin » pour redevenir sujet de ce qui lui arrive. Hypopanx ouvre un champ de perspectives pour des études plus approfondies sur l'hypnose.

## Références

- [1] Kain ZN, Wang SM, Mayes LC, Caramico LA, Hofstadter MB. Distress during the induction of anesthesia and postoperative behavioral outcomes. *Anesth Analg*. 1999 ; 88 (5) : 1042-7.
- [2] Lamontagne LL, Hepworth JT, Salisbury MH. Anxiety and postoperative pain in children who undergo major orthopedic surgery. *Appl Nurs Res ANR*. 2001 ; 14 (3) : 119-24.
- [3] Broadbent E, Petrie KJ, Alley PG, Booth RJ. Psychological stress impairs early wound repair following surgery. *Psychosom Med*. 2003 ; 65 (5) : 865-9.
- [4] Wright KD, Stewart SH, Finley GA, Buffett-Jerrott SE. Prevention and intervention strategies to alleviate preoperative anxiety in children : a critical review. *Behav Modif*. 2007 ; 31 (1) : 52-79.
- [5] Geha H, Nimeskern N, Beziat JL. Patient-controlled analgesia in orthognathic surgery : evaluation of the relationship to anxiety and anxiolytics. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2009 ; 108 (3) : e33-36.
- [6] Faymonville ME, Mambourg PH, Joris J, Vrijens B, Fissette J, Albert A, et al. Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies : a prospective randomized study. *Pain*. 1997 ; 73 (3) : 361-7.
- [7] Frenay MC, Faymonville ME, Devlieger S, Albert A, Vanderkelen A. Psychological approaches during dressing changes of burned patients : a prospective randomised study comparing hypnosis against stress reducing strategy. *Burns J Int Soc Burn Inj*. 2001 ; 27 (8) : 793-9.
- [8] Montgomery GH, David D, Winkel G, Silverstein JH, Bovbjerg DH. The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients : a meta-analysis. *Anesth Analg*. 2002 ; 94 (6) : 1639-45.
- [9] Saadat H, Drummond-Lewis J, Maranets I, Kaplan D, Saadat A, Wang SM, et al. Hypnosis reduces preoperative anxiety in adult patients. *Anesth Analg*. 2006 ; 102 (5) : 1394-6.
- [10] Calipel S, Lucas-Polomeni MM, Wodey E, Ecoffey C. Premedication in children : hypnosis versus midazolam. *Paediatr Anaesth*. 2005 ; 15 (4) : 275-81.
- [11] Beydon L, Dima CE. Anxiété périopératoire : évaluation et prévention. *Prat Anesth Réanimation*. 2007 ; 111 (3) : 161-70.
- [12] Bringuier S, Dadure C, Raux O, Dubois A, Picot MC, Capdevila X. The perioperative validity of the visual analog anxiety scale in children : a discriminant and useful instrument in routine clinical practice to optimize postoperative pain management. *Anesth Analg*. 2009 ; 109 (3) : 737-44.
- [13] Hicks CL, von Baeyer CL, Spafford PA, van Korlaar I, Goodenough B. The Faces Pain Scale-Revised : toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain*. 2001 ; 93 (2) : 173-83.
- [14] Downie WW, Leatham PA, Rhind VM, Wright V, Branco JA, Anderson JA. Studies with pain rating scales. *Ann Rheum Dis*. 1978 ; 37 (4) : 378-81.
- [15] Jensen MP, Karoly P, Braver S. The measurement of clinical pain intensity : a comparison of six methods. *Pain*. 1986 ; 27 (1) : 117-26.
- [16] Boureau F. [Current data on the exploration and the evaluation of clinical pain]. *Comptes Rendus Séances Société Biol Ses Fil*. 1992 ; 186 (1-2) : 61-72.
- [17] Burkle CM, Pasternak JJ, Armstrong MH, Keegan MT. Patient perspectives on informed consent for anaesthesia and surgery : American attitudes. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2013 ; 57 (3) : 342-9.