

DIFFICULTÉS RENCONTRÉES POUR LA MISE EN PLACE DE L'HYPNOSE AU BLOC OPÉRATOIRE

L. Delaunay*, F. Plantet**

* Département d'anesthésie réanimation, Clinique Générale – 74000 Annecy. ** Département d'anesthésie réanimation, Centre Hospitalier Régional – 74000 Annecy

INTRODUCTION

Récemment le conseil national de l'ordre des médecins s'est inquiété du développement de l'hypnose et a interrogé la Société Française d'Anesthésie sur l'opportunité de telles pratiques. Cela illustre bien l'image « foraine » pour ne pas dire négative que véhicule encore cette technique. Pourtant il existe une littérature importante ayant montré puis validé son intérêt dans de nombreux domaines notamment en ce qui concerne l'anesthésie et l'analgésie (1). Le côté "magique" qu'on lui prête, la crainte de la perte de contrôle, l'idée d'une soumission à une force occulte sont encore très fortement ancrées dans l'imaginaire collectif et génèrent autant de craintes que d'espoirs injustifiés. Avant toutes choses, il convient de rappeler que l'hypnose est un état de conscience modifié, particulier qui ne correspond pas à un état de sommeil, le patient restant vigilant et coopérant. En pratique on n'est jamais "hypnotisé", on accepte qu'une tierce personne crée les conditions pour entrer « soi-même » en état d'hypnose. Il ne peut pas y avoir de processus hypnotique sans collaboration, motivation et confiance. L'hypnose n'étant finalement qu'un phénomène naturel et banal de concentration mentale ainsi que l'a défini Ericksson (2).

L'absence de critère objectif validant l'existence du processus hypnotique a longtemps été un frein à son utilisation. Le développement de la neuro-imagerie fonctionnelle (tomographie à émission de positons : TEP) a permis de mettre en évidence une cartographie spécifique du cerveau lors du processus hypnotique (1). D'autres études sur des volontaires sains ont montré que l'hypnose permettait de moduler la douleur (3-4). Enfin il faut reconnaître que l'efficacité, la simplicité, la bonne tolérance et la rapidité de l'anesthésie pharmacologique n'ont pas non plus favorisé le développement de l'hypnose.

L'hypnose a été utilisée dès 1821 en chirurgie, mais elle est resté longtemps anecdotique essentiellement pour les raisons précédemment décrites. C'est sous l'impulsion de gens comme Alain Forster à Genève et Marie Elisabeth Faymonville à Liège qu'elle est en train de trouver une place nouvelle dans l'arsenal thérapeutique des anesthésistes. Pour lever toute ambiguïté, il convient de parler plutôt d'hypnosédation, c'est-à-dire que l'hypnose est combinée à une sédation consciente intraveineuse et associée à une anesthésie locale dans le but de réduire au maximum la consommation d'agents anesthésiques. Ainsi au CHU de Liège, depuis le début des années 90, près de 5000 interventions ont été réalisées sous hypnosédation que ce soit des chirurgies mineures (varices, curetages...) ou plus conséquentes (thyroïdectomie, hystérectomie). Le bénéfice pour les patients se manifeste par un vécu très différent de l'acte chirurgical (le patient se sentant plus comme un acteur à part entière de son intervention) et des suites significativement améliorées avec une diminution de l'anxiété, de la douleur et une "récupération" plus rapide (5).

Une autre utilisation intéressante de l'hypnose en anesthésie concerne la préparation du patient. Une

étude récemment publiée a comparé une prémédication classique avec du midazolam à une préparation par hypnose chez des enfants devant bénéficier d'une chirurgie ORL. Chez les enfants "hypnotisés", on observe une réduction de l'anxiété à l'induction et une diminution des troubles du comportement pendant la première semaine postopératoire (6). Indépendamment de la chirurgie, l'hypnose peut être une technique pertinente de prémédication même chez l'adulte. Plusieurs équipes utilisent l'hypnose pour la réalisation de techniques d'ALR comme alternative à la sédation. Cela semble particulièrement intéressant quand on sait que « la piqûre » est le plus mauvais souvenir rapporté par les patients après une ALR et que d'autre part la sédation IV reste controversée dans ce cas. L'hypnose conversationnelle est également très utile pour les anesthésistes. Le principe consiste à utiliser dans une simple conversation l'attitude et certains outils propres à l'Hypnose Ericksonienne pour induire des suggestions positives au patient mais hors de tout contexte hypnotique. Le choix des termes est important par exemple la phrase : "vous n'aurez pas mal .." est le meilleur moyen de faciliter l'apparition d'une douleur, l'inconscient ne retient pas la négation mais juste le mot "mal" ! Quelles sont les difficultés qui peuvent freiner le développement de l'hypnosédation au bloc opératoire ? La première est évidente, il s'agit d'une technique avec ses possibilités, ses avantages et ses inconvénients, ses indications et ses contre-indications, elle n'est pas intuitive et impose un apprentissage orienté sur l'activité anesthésique. Il existe maintenant plusieurs centres spécialisés et il est indispensable de suivre une formation adéquate avant de débiter l'hypnosédation. Le chirurgien étant partie prenante de la technique, il est indispensable d'obtenir son acceptation et sa participation totale. Celui-ci doit en outre parfaitement maîtriser son geste chirurgical. Il est également important de bien sélectionner les types de chirurgie pouvant se prêter à une telle prise en charge. Celle-ci doit pouvoir en effet être réalisée sous anesthésie locale avec des doses raisonnables d'anesthésiques locaux. Elle nécessite une coopération de l'ensemble des intervenants du bloc comme les infirmières anesthésistes ou de bloc opératoire mais également des brancardiers. L'ambiance au bloc doit être calme, avec un niveau sonore minimum, sans conversation inutile, sans déplacements inutiles. Il faut donc considérer que l'introduction de l'hypnose au bloc opératoire ne relève pas de la seule volonté de l'anesthésiste mais de l'ensemble de la structure au sens large. Il est évident que, non seulement, l'accord du patient est indispensable (obligation légale) mais cette technique requiert de surcroît une participation complète de sa part ainsi qu'une bonne compréhension du déroulement de l'intervention et des principes de l'hypnose, notamment la conservation d'un état de conscience. La crainte de l'échec est également souvent mise en avant, mais il ne faut pas perdre de vue que ces patients sont perfusés et monitorés comme pour n'importe quelle anesthésie et qu'il est toujours possible d'endormir le patient en cas d'échec. En plus il apparaît clairement que cette inquiétude diminue rapidement avec l'expérience et le parallèle souvent fait à cet égard avec l'ALR est réaliste. En ce qui concerne l'anesthésiste en lui-même la principale limite retrouvée est, comme souvent, la nécessité de modifier ses habitudes de travail. Même si son rôle peut être plus ou moins important selon les temps opératoires, l'hypnosédation nécessite la présence permanente de l'anesthésiste et une implication personnelle importante pendant toute la durée de l'intervention. Enfin il est classiquement reproché à cette technique son caractère chronophage. Là aussi, le parallèle avec l'ALR est intéressant car il s'agit en pratique essentiellement d'un problème d'organisation. Si le patient est correctement préparé, l'induction de l'hypnose peut débiter dès l'installation pendant que les panseuses et les chirurgiens finissent de se préparer. Tout doit et peut se faire en limitant le volume sonore, et en préservant au maximum l'isolement sensoriel du patient. Certains

bruits incontournables ou l'installation des champs peuvent même être intégrés au discours de l'anesthésiste pendant l'induction. En ce qui concerne l'intervention en elle-même la technique ne semble pas majorer les durées opératoires (7).

Ayant suivi une formation d'hypnose en 2004 il m'a semblé intéressant 1 an après d'effectuer une petite enquête auprès des gens ayant également suivi cette formation pour voir où ils en étaient, quelles étaient leurs pratiques et quelles difficultés ils avaient pu rencontrer.

MÉTHODOLOGIE ET RÉSULTATS

Une enquête téléphonique a été effectuée sur le groupe ayant participé à la formation "hypnose en anesthésie" en 2004 environ 1 an après. Sur les 24 participants 20 ont pu être contactés, le questionnaire est fourni en annexe. 11 femmes pour 9 hommes, l'âge moyen était de 40 ± 6 ans. La majorité des participants à la formation n'avait jamais pratiqué l'hypnose avant la formation (fig 1). Un an après la formation, 76 % des personnes interrogées ont une pratique régulière de l'hypnosédation (fig. 2), de plus toutes sauf une, utilise l'hypnose dans d'autres indications que l'hypnosédation (fig. 3). La figure 4 donne les interventions les plus souvent pratiquées sous hypnosédation. Parmi ceux pratiquant l'hypnosédation, la majorité considère leur activité comme insuffisante (fig. 5) et essentiellement pour des problèmes d'organisation (fig. 6). Cinq (25%) n'ont aucune activité d'hypnosédation le fait d'être seul et la crainte de l'échec sont les raisons principales, un seul n'a pas été convaincu par la technique. Enfin pour développer la technique c'est la formation (collègues supplémentaires et individuelle) ainsi que l'information vers les patients qui arrivent en tête (fig. 7).

Fig. 1 : Réponses question 1

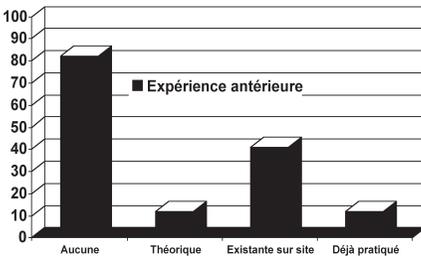


Fig. 2 : Réponses question 2

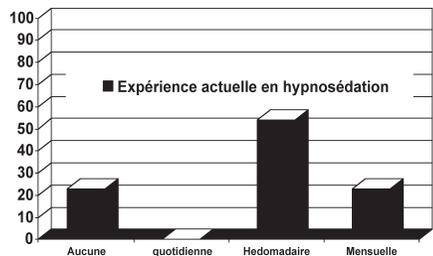


Fig. 3 : Réponses question 3

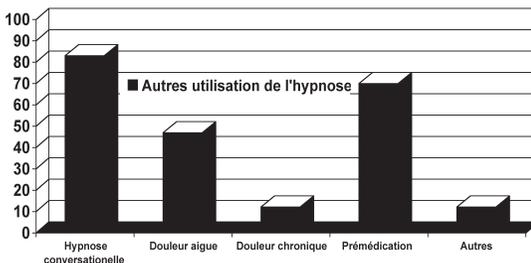


Fig. 4 : Réponses question 4

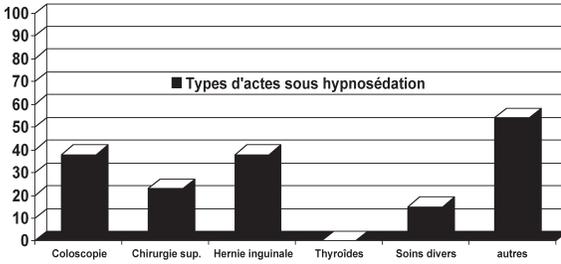


Fig. 5 : Réponses question 6

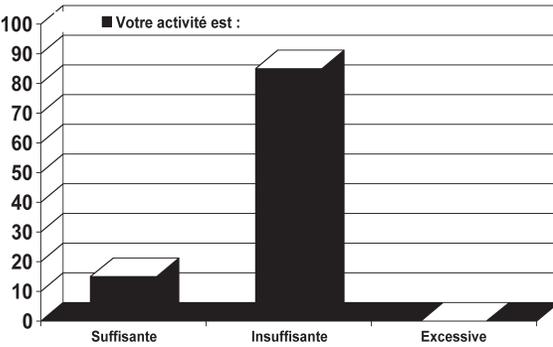


Fig. 6 : Réponses question 8

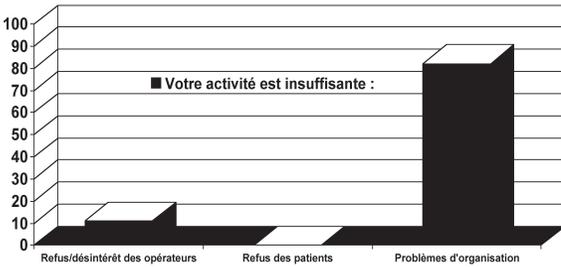
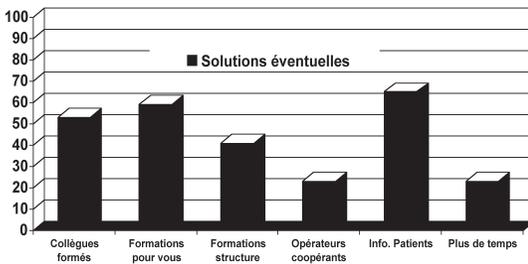


Fig. 7 : Réponses question 11



DISCUSSION

Le résultat le plus significatif de cette enquête est certainement le fait qu'avec une formation relativement courte (9j) près de 80% des participants ont pu pratiquer l'hypnosédation de façon régulière. Il faut toutefois souligner que la majorité des anesthésistes souhaiterait compléter leur formation avec des stages de perfectionnement. La modulation de l'enseignement initial reposant sur des bases théoriques et pratiques permet une application immédiate, mais une consolidation des connaissances semble nécessaire. Dans le même ordre d'idée, on peut également remarquer l'importance du "compagnonnage". Les participants venus au moins à 2 d'une même structure ou travaillant dans des établissements où l'hypnose était déjà utilisée ont développé une activité plus importante. La pratique d'une nouvelle technique est en effet source d'inquiétude et de difficultés d'organisation qui sont forcément aplanies si d'autres membres de l'équipe peuvent encadrer les premiers pas de l'anesthésiste. En outre une équipe déjà étoffée paraît d'emblée plus performante et peut ainsi plus aisément organiser la prise en charge des patients. Ainsi les cinq personnes qui n'ont pas pratiqué d'hypnosédation ont mis en avant le fait d'être seules. En conséquence de quoi, il peut être intéressant de concevoir la mise en place de la technique avec une équipe cohérente et formée de plusieurs médecins et/ou IADE. Ce principe de travail en équipe permet d'envisager plus facilement une prise en charge régulière et facilement intégrable dans la programmation du bloc. La crainte de l'échec et de la gestion de celui-ci est généralement évoqué moins spontanément mais joue probablement un rôle important dans les réticences des praticiens et renvoie à la nécessité de formations complémentaires. Il n'est pas inutile également de prévoir dans la structure une information sur la technique à destination de tous les intervenants (chirurgiens, personnels du bloc et des services) afin de les sensibiliser mais aussi d'expliquer objectivement l'apport de l'hypnose pour les patients. On a déjà évoqué l'ambiance nécessaire à l'induction hypnotique et tous les acteurs de la structure doivent avoir les éléments pour comprendre les principes de cette prise en charge et pouvoir s'impliquer en toute connaissance de cause.

Pratiquement tous les participants utilisent l'hypnose de façon régulière dans d'autres indications. Les techniques d'hypnose conversationnelle, la prise en charge de la douleur ou des prémédications par hypnose ouvrent d'autres perspectives intéressantes et manifestation plus simples à mettre en œuvre lorsqu'on débute avec cet outil.

L'utilisation de cette technique reste encore malgré tout très limitée, au mieux hebdomadaire, et ne concerne que quelques patients. L'enquête donne quelques indications pour expliquer cela. Contrairement à ce que l'on aurait pu penser, le refus ou le désintérêt des opérateurs n'est pas un facteur limitant, la principale difficulté semblant être d'ordre organisationnel. Cette prise en charge nécessite, outre les problèmes de formation que nous avons déjà évoqués, une chirurgie adaptée, des chirurgiens travaillant en parfaite collaboration avec l'anesthésiste et des patients coopérants. Les actes chirurgicaux réalisés sous hypnose ne peuvent être, dans un premier temps du moins, que des gestes simples. Comme toute nouvelle technique, elle nécessite un apprentissage et ne peut être projetée sur des gestes plus lourds que par des équipes entraînées. L'allongement des temps opératoires n'est pas retrouvé dans les centres référents mais reste possible tant que le tandem anesthésiste-chirurgien n'est pas parfaitement rodé. Au début, il convient donc de cibler ses indications et de sélectionner en pratique des actes courts dans des programmes pas trop chargés. Le chirurgien, on l'a déjà dit, se doit d'être doux, patient, d'être capable de réaliser son geste sous une anesthésie locale de bonne qualité et de communiquer avec l'anesthésiste afin d'anticiper les temps plus

douloureux. En discutant avec les anesthésistes ayant participé à cette enquête, il s'avère qu'il est le plus souvent possible de trouver des opérateurs qui sont intéressés par cette nouvelle technique. Ce n'est donc pas un frein pour au moins débiter cette activité. Une autre difficulté est la sélection et l'information des patients. Le chirurgien a un rôle important en proposant à sa consultation l'hypnosédation, Cette étape est essentielle car elle rassure le patient sur la cohésion de l'équipe. Pendant la consultation d'anesthésie, il convient de bien exposer les tenants et les aboutissants de la technique et permettre ainsi de lever les idées reçues. Il est en effet primordial, comme pour toute anesthésie, que le patient soit parfaitement informé et coopérant. On remarque dans cette enquête que les anesthésistes ont principalement pratiqué l'hypnose sur une population d'adulte et seulement un tiers chez les enfants. L'enfant doit effectivement être capable d'établir une relation avec le médecin (en pratique vers 4 ans) mais on peut s'étonner que l'hypnose n'ait pas été plus utilisée en prémédication. La peur de l'échec en est probablement la cause essentielle et on peut penser que les praticiens attendent de mieux maîtriser la technique avant d'élargir leurs indications. Le manque de temps peut également être une explication valable puisque la prémédication nécessite de pouvoir se dégager du temps avant l'intervention voir idéalement d'aller chercher l'enfant dans sa chambre (6). L'ensemble des résultats de cette enquête reste encourageant puisque, outre le fait qu'une grande partie des anesthésistes formés se soient « lancés » dans l'application pratique de la technique, la même proportion souhaiterait élargir ses indications et développer cette prise en charge.

CONCLUSION

L'hypnose se présente donc comme un outil à la disposition de l'anesthésiste mais qui nécessite

la formation non seulement du praticien mais aussi de son équipe. La mise en place d'une organisation adaptée, de la consultation à l'organisation du programme opératoire, est nécessaire mais ne représente pas un obstacle insurmontable. Cette technique impose cependant de bien sélectionner les patients et les actes chirurgicaux adéquats et de mettre en œuvre une information complète du patient et des différents intervenants. Avant toute chose, et c'est probablement le plus important, il est indispensable d'être convaincu par la technique et savoir que l'on est capable de le faire. Le classique parallèle avec l'anesthésie locorégionale, cher à Alain Thomas, prend ici toute sa valeur.

RÉFÉRENCES

- 1) **Faymonville ME, Joris J, Lamy M, Maquet P, Laureys S.** Hypnose : des bases neurophysiologiques à la pratique clinique. *Conférence d'actualisations, Congrès SFAR 2005*; 59-69.
- 2) **Erickson MH.** L'hypnose thérapeutique 3ème édition.
- 3) **Langlade A, Jussiau C, Lamonerie L, Marret E, Bonnet F.** Hypnosis increases heat detection and heat pain thresholds in healthy volunteers. *Reg Anesth Pain Med.* 2002 Jan-Feb;27:43-6.
- 4) **Faymonville ME, Roediger L, Del Fiore G, Degueudre C, Phillips C, Lamy M, Luxen A, Maquet P, Laureys S.** Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. *Cog Brain Res* 2003 ;17 :255-62.
- 5) **Faymonville ME.** Hypnose et anesthésie : Quelle est la part du rêve ? MAPAR 2005. *MAPAR éditions le Kremlin Bicêtre* ; 311-18.
- 6) **Calipel S, Lucas-Polomeni MM, Wodey E, Ecoffey C.** Premedication in children : hypnosis versus midazolam. *Paediatric Anaesth* 2005 ;15 :275-81.
- 7) **Defechereux TH, Degauque C, Fumal I, Faymonville ME, Joris J, Hamoir M, Meurisse M.** L'hypnosédation un nouveau mode d'anesthésie pour la chirurgie endocrine cervicale. Etude prospective randomisée. *Annales de Chirurgie* 2000 ;125 :539-46.

ANNEXE 1

N° :

Sexe : M – F

Age : ans

Spécialité :

Activité : Structure hospitalière – Cabinet isolé – Cabinet de groupe

1) Expérience antérieure à la formation :

- Aucune
- Formation d'initiation théorique
- Activité déjà existante sur le site IADE ou ARE/autres médecins
- Déjà pratiqué un peu

2) Expérience actuelle en hypnosédation vraie :

- Quotidienne
- Hebdomadaire : 1 à 4/semaine
- Mensuelle : 1 à 3 /mois
- Aucune

3) Autres utilisations de l'hypnose

- Hypnose conversationnelle
- Douleur aiguë
- Douleur chronique
- Prémédication
- Autres :

4) Type d'acte

- Coloscopie
- Chirurgie superficielle : esthétique, K cutanés
- Hernie inguinale
- Thyroïde
- Soins divers
- Autres :

5) Quels patients ?

- Pédiatrie % (<16 ans)
- Adultes : 90%

6) Si vous pratiquez régulièrement de l'hypnosédation, considérez vous votre activité comme étant :

- Suffisante
- Insuffisante
- Excessive

7) Votre activité est suffisante. Pourquoi :

- La demande est satisfaite
- Les indications sont limitées
- Vous ne souhaitez pas en faire plus

8) Votre activité est insuffisante. Pourquoi :

- Refus des opérateurs
- Refus des patients
- Problèmes d'organisation

9) Votre activité est excessive. Pourquoi :

- Demande trop importante
- Pas assez de temps
- Trop d'indications

10) Vous ne pratiquez pas du tout l'hypnose :

- Refus des patients
- Refus des opérateurs
- Vous êtes seul
- Crainte de l'échec
- Problèmes organisationnels
- Vous n'avez pas été convaincu par la technique

11) Quelles seraient les solutions éventuelles pour débiter ou développer cette activité

- Collègues supplémentaires
- Formations complémentaires pour vous
- Formations, sensibilisation dans la structure dans laquelle vous travaillé
- Trouver un opérateur coopérant
- Information des patients
- Plus de temps
- Autres :