

L'HYPNOSE AU BLOC OPERATOIRE : LE POINT DE VUE DES IADE

Copin-Eliat Catherine, Languenan Natacha,

Pôle Anesthésie-Réanimation CHU de Rennes, hôpital Anne de Bretagne, 16, boulevard de Bulgarie, BP 90347, 35203 Rennes cedex 2, France

L' hypnose est maintenant régulièrement utilisée par les médecins et les infirmiers anesthésistes (IADE) : dans les blocs opératoires, elle est indiquée pour certaines interventions chirurgicales à la place de l'anesthésie générale et peut être également utilisée de façon moins formelle pour aider le patient lors des différentes étapes de son passage au bloc opératoire. L'introduction de l'hypnose au bloc opératoire modifie profondément les pratiques des IADE formés ou non à l'hypnose et changent leurs rapports avec les patients et les autres intervenants. Les IADE formés à l'hypnose trouvent des satisfactions professionnelles et personnelles autour d'un lien fort avec le patient et rencontrent des difficultés spécifiques liées à l'organisation du bloc opératoire, aux changements des habitudes et à la nécessité de formation continue. Les outils hypnotiques peuvent être utilisés en salle de réveil pour évaluer le confort du patient, pour conduire l'analgésie, pour prévenir et traiter les nausées-vomissements postopératoires et les rétentions urinaires. L'intérêt des IADE pour l'hypnose au bloc opératoire est croissant mais former une équipe d'IADE à l'hypnose demande un engagement global de l'établissement et un engagement personnel des IADE à long terme.

L'HYPNOSE

L'hypnose est un état naturel caractérisé par une modification de l'état de conscience et une focalisation de l'attention. La personne « décroche » de la réalité extérieure, par exemple quand, absorbée par ses pensées tout en conduisant sa voiture, elle arrive à son domicile sans avoir eu conscience des détails de son trajet.

Dans un cadre thérapeutique, l'hypnose consiste à établir une relation privilégiée avec le patient pour l'aider à passer d'un état de conscience ordinaire vers un état particulier de concentration intérieure dans lequel le patient peut s'éloigner de la réalité environnante, avec altérations des perceptions sensorielles et temporelles, modification du tonus musculaire, diminution de l'anxiété, modification du seuil douloureux. Le sujet passe à l'état actif et est invité à « voyager » vers une réalité rassurante et confortable [1, 2]. Pour cela l'accompagnant médecin ou infirmier devra employer une attitude et un langage particuliers après s'être formé aux techniques d'hypnose utilisables en anesthésie.

Le fonctionnement cérébral pendant l'état hypnotique est spécifique et différent du sommeil, de la rêverie, de l'imagerie mentale, comme le montre l'imagerie obtenue avec l'IRM fonctionnelle et le PET-scann. L'activation du cortex sensoriel et moteur pendant l'hypnose suggère l'implication active du patient dans les scènes évoquées, le cortex cingulaire antérieur intervenant dans la modulation de la perception douloureuse. [3, 4]

UTILISATION AU BLOC OPÉRATOIRE

Au bloc opératoire l'hypnose peut être utilisée de façon **formelle** en vue d'une chirurgie. Le patient est informé depuis la consultation d'anesthésie et adhère à l'idée d'une prise en charge active et différente ; il s'agit le plus souvent d'une hypnosédation au cours de laquelle des produits d'anesthésie (hypnotiques, morphiniques) peuvent être injectés à très faible dose pour renforcer le confort et l'analgésie d'un patient conscient, perfusé et monitoré.

L'hypnose peut être utilisée de façon **informelle** chez tous les patients: des techniques hypnotiques de communication sont employées, on parle alors d'hypnose conversationnelle. Ceci est particulièrement adapté au bloc opératoire où le stress provoqué par l'hospitalisation, l'acte chirurgical et anesthésique entraîne un état hypnotique spontané, le plus souvent désagréable, qui augmente la suggestibilité du patient. L'équipe médicale et infirmière peut alors s'appuyer sur cet état pour proposer de l'aide au patient en utilisant une attitude et un langage adaptés, positifs et réconfortants. Parfois des suggestions hypnotiques directes s'avèreront utiles, dans le cadre de l'urgence ou de l'analgésie par exemple. Ces techniques seront également utilisées par l'IADE en dehors du bloc opératoire et dans le cadre de l'urgence (SAMU, déchocage, appel dans les services, accompagnement lors d'anesthésies péridurales, IRM, salle technique de colonoscopie...).

Accompagner un patient en hypnose au bloc opératoire nécessite que le soignant crée un lien privilégié avec le patient, qu'il respecte le cadre de sécurité de l'anesthésie, qu'il puisse assurer l'analgésie et dans certains cas la conversion en anesthésie générale. Les IADE formés à l'hypnose réunissent ces compétences, toujours sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste [5, 6].

Le point de vue des IADE formés à l'hypnose

Les infirmiers anesthésistes se forment à l'hypnose pour différentes raisons : parce qu'ils veulent élargir leur univers professionnel très technique en se rapprochant des patients, parce qu'ils ont vu appliquer des outils hypnotiques au bloc et en ont constaté l'efficacité, parce qu'une formation interne intégrée dans la formation continue hospitalière leur a été proposée et parfois pour des raisons plus personnelles.

L'anesthésie générale peut être en effet un acte purement technique au cours duquel l'IADE doit suppléer aux fonctions physiologiques du patient. Il est d'ailleurs tout à fait possible d'anesthésier un patient sans lui parler. Grâce aux outils hypnotiques utilisés lors de l'induction ou au réveil d'une anesthésie générale, l'IADE peut établir une relation privilégiée avec le patient. Il en est de même pour les anesthésies locorégionales dont la pratique croissante a habitué les équipes soignantes à la présence de patients conscients pendant les interventions : il reste pourtant difficile d'entourer un patient stressé ou douloureux et les outils hypnotiques (anxiolyse, suggestions d'analgésie...) répondent efficacement à ces besoins.

Tous les IADE formés à l'hypnose utilisent l'hypnose conversationnelle quotidiennement avec les patients ; pour cela ils ont appris à changer leurs attitudes et leur langage en évitant les formulations négatives (ne vous inquiétez pas, vous n'allez pas avoir mal...), les mots inquiétants (je vous pique, c'est froid...) et surtout en utilisant un mode de communication particulier, centré sur ce qu'apporte le patient. Celui-ci devient acteur du soin à part entière. Il n'y a plus de protocoles, mais une adaptation de chaque instant.

L'hypnose valorise le rôle de l'IADE auprès du patient et du médecin anesthésiste. L'IADE voit sa pratique quotidienne facilitée en employant les outils hypnotiques, depuis l'accueil du patient en salle de permutation jusqu'à la sortie de salle de réveil, en passant par la pose de voie veineuse, le monitoring, la mobilisation d'un patient douloureux, la pose d'une anesthésie locorégionale ou d'une sonde vésicale, l'extubation, l'analgésie post-opératoire. L'IADE devient ainsi l'interlocuteur privilégié du patient qui lui exprime souvent sa satisfaction.

Le binôme IADE-médecin anesthésiste évolue vers une relation à la fois plus égalitaire et plus autonome, dans une relation de confiance étroite. Le médecin qui a la salle en responsabilité, formé à

l'hypnose ou non, délègue à l'IADE la décision d'injecter ou non un complément médicamenteux et de convertir si besoin en anesthésie générale.

Les relations avec le reste de l'équipe (chirurgien, IBODE) changent aussi dans la mesure où l'IADE devient l'interlocuteur unique du patient pendant l'hypnose. L'IADE devient alors le centre de passage de toutes les informations qui sont données de l'équipe vers le patient (changement, anesthésie locale, pansement), mais aussi du patient vers le reste de l'équipe (inconfort, douleur, bien-être). Le mode de communication utilisé alors est principalement non verbal. Cette position lorsqu'elle est bien acceptée par l'équipe est positive et valorisante, contribuant ainsi à la confiance entre équipe d'anesthésie et équipe chirurgicale [7]. La satisfaction personnelle de l'IADE grandit avec un intérêt renouvelé pour sa profession où il peut trouver une place plus humaine et plus en accord avec sa personnalité. Enfin l'IADE peut tirer un bénéfice personnel de l'hypnose, dans sa vie privée par exemple. Finalement dans notre service les IADE utilisent surtout l'hypnose informelle, la chirurgie en hypnose étant encore à développer [7]. Les raisons en sont multiples et en partie liées à des difficultés d'organisation [8]. Le nombre insuffisant d'IADE (et de médecins anesthésistes) formés à l'hypnose dans une même structure rend la répartition des IADE sur les interventions « hypnose » très difficile. Des changements d'IADE et de salle d'opération sont souvent nécessaires pour pouvoir assurer les interventions en hypnose. Le délai parfois long entre la consultation du chirurgien et la consultation d'anesthésie explique aussi des difficultés de programmation des hypnoses. La durée de l'intervention (jusqu'à deux heures pour la chirurgie des oreilles décollées en pédiatrie dans notre expérience) peut rendre difficile pour un même IADE de faire plusieurs hypnosédations à suivre. En effet, l'investissement important de l'IADE auprès du patient en hypnose, l'observation et l'adaptation permanente aux réactions les plus discrètes du patient nécessitent une concentration intense, qui peut être difficile à maintenir pour des chirurgies aussi longues. La programmation doit donc tenir compte de cet élément.

En cours de chirurgie la survenue de douleur aiguë et l'analgésie du patient représentent une autre difficulté. Une partie de la réponse est donnée par Mme Faymonville dans la notion de « sédation intraveineuse consciente » où une aide précieuse est obtenue par l'emploi de produits d'anesthésie (morphiniques, hypnotiques) à très faibles doses chez un patient qui reste conscient [9, 10]. Des protocoles peuvent être mis en place dans les équipes pour éviter l'improvisation parfois difficile dans ces situations. La conversion en anesthésie générale est bien sûr toujours possible sauf situation particulière et a fait l'objet d'un accord préalable avec le patient. Dans l'expérience de l'équipe de Liège, le taux de conversion en anesthésie générale n'est que de 0,5 % toutes raisons confondues. Malgré tout la survenue de douleur aiguë au cours d'une hypnosédation met l'IADE en difficulté et nécessite de sa part de renforcer efficacement le lien avec le patient et de recourir aux techniques d'analgésie médicamenteuses et hypnotiques auxquelles il est formé et entraîné.

Il est parfois difficile pour l'IADE de se positionner vis-à-vis des médecins anesthésistes non formés à l'hypnose qui doivent accepter de laisser à l'IADE le rôle principal auprès du patient dans une grande autonomie de décision. De même il peut avoir du mal à affirmer sa place auprès du chirurgien au cours de l'intervention, notamment en cas de transe agitée ou instable ou lorsqu'une douleur aiguë survient. L'IADE peut aussi se trouver en échec lorsqu'il est appelé en urgence et tardivement sur des situations trop difficiles.

Enfin, l'IADE travaillant en CHU peut avoir du mal à pratiquer l'hypnose dans de bonnes conditions du fait de la présence de personnel en formation, dont les réactions ou les initiatives ne sont

pas toujours adaptées à la prise en charge d'un patient en hypnose.

Par ailleurs la formation continue par la lecture d'articles, de livres, la participation à des congrès, mais surtout la pratique d'ateliers avec exercices et interventions ou supervisions n'est que rarement suivie par les IADE. Il est vrai que le coût financier des formations est souvent élevé. Mais ceci représente un véritable frein pour leur pratique car l'utilisation des mêmes habitudes et l'absence de regard extérieur peut les conduire à des hypnosédations peu satisfaisantes et au découragement.

Il est paradoxal de noter ici que pour certains IADE les difficultés liées aux changements dans leur statut administratif sont décourageantes et ont pu parfois les conduire jusqu'au refus d'employer l'hypnose, comme s'ils ne pouvaient pas donner un investissement personnel et important au patient dans une structure où ils pensent être déconsidérés et désinvestis.

La salle de réveil, lieu de rencontre des IADE formés et non formés

En salle de réveil plusieurs soignants (MAR, IADE, aides-soignants, chirurgiens parfois) interviennent simultanément auprès du patient. Les objectifs des IADE formés ou non à l'hypnose sont semblables : assurer la sécurité et la surveillance du patient, continuer l'analgésie commencée en per-opératoire, respecter les prescriptions post-opératoires.

Pour l'IADE formé à l'hypnose, la salle de réveil est un endroit calme, où les stimulations visuelles et sonores (lumières, voix, alarmes) sont volontairement atténuées. L'extubation est réalisée chez un patient coopérant, informé calmement, à voix mesurée, de l'endroit où il se trouve et de la présence, autour de lui, des soignants et des autres patients. Des explications tranquilles lui sont données, adaptées à son état. Les premières questions posées sont souvent « Est-ce que tout va bien, êtes-vous confortable ? ». En cas de réponse négative vient alors une évaluation plus fine qui comprend un protocole d'analgésie. Il est important de noter que dans notre expérience les IADE formés à l'hypnose préfèrent utiliser en priorité des formulations qui ne centrent pas le patient sur sa douleur, puis les affiner avec les échelles EVA. C'est pourquoi il serait intéressant d'utiliser en salle de réveil une échelle de confort, comme cela commence à être proposé dans certains établissements [11].

L'efficacité de suggestions hypnotiques faites en pré ou per-opératoire a été montrée pour diminuer l'anxiété, prévenir les nausées-vomissements post-opératoires (NVPO), assurer une meilleure analgésie, prévenir les troubles du comportement chez l'enfant [6, 12, 13, 14, 15]. L'hypnose formalisée en salle de réveil pourrait être plus souvent employée dans ces indications ainsi que dans le traitement des rétentions urinaires. Il faut néanmoins reconnaître, en raison du temps nécessaire pour utiliser l'hypnose dans ces indications, que seuls certains patients en ayant particulièrement besoin pourraient en bénéficier (difficultés de sondage, résistance aux anti-émétiques).

LE POINT DE VUE DES IADE NON FORMÉS À L'HYPNOSE

L'IADE non formé à l'hypnose qui travaille dans un service où l'hypnose se développe voit aussi ses pratiques évoluer. Il se trouve alors en position d'observateur et peut choisir d'utiliser à son tour certains outils dont il a constaté l'efficacité. Dans notre expérience, certains IADE non formés changent spontanément leur attitude, ton de voix et langage et créent un lien efficace avec le patient. Pour d'autres, l'hypnose peut être considérée comme dérangement parce qu'elle oblige à des changements d'organisation et d'habitudes (parler moins fort, limiter les explications), surtout lorsque l'IADE travaille avec un médecin anesthésiste formé. L'IADE peut alors avoir du mal à trouver sa place et se sentir exclu de la relation avec le patient. Certains IADE non formés ont parfois l'impression que la pratique de l'hypnose est simple, essentiellement intuitive et qu'il n'est pas nécessaire de se former

pour l'employer. Les outils hypnotiques utilisés ne sont pas toujours compris et sont parfois mal interprétés (simplicité apparente, jeux de langage, imitation des attitudes du patient par exemple, voire précautions excessives). Une information des IADE sur la pratique de l'hypnose au bloc opératoire est utile pour éviter des malentendus au sein de l'équipe et permettre à chacun de trouver sa place, mais elle doit être répétée régulièrement et n'est pas suffisante pour changer durablement les habitudes.

Une grande partie des IADE sont intéressés par la pratique de l'hypnose au bloc opératoire et souhaiteraient y être formés. Le coût des formations privées reste un obstacle pour la plupart d'entre eux, et nous pouvons constater au CHU de Rennes la difficulté de mettre en place une formation interne durable et de qualité. Nous avons en effet proposé il y a deux ans une formation interne à l'hypnose à un petit nombre d'IADE. Cet effectif est actuellement insuffisant pour développer et étudier la chirurgie en hypnose. D'autre part, la plupart des IADE n'entretiennent pas ensuite leur formation et risquent ainsi de ne plus être performants. Nous sommes en réflexion autour de la suite à donner à ce projet : pour privilégier l'intérêt et l'accompagnement d'un grand nombre de patients, faut-il former davantage d'IADE au CHU ? Une formation interne au CHU sur l'hypnose est-elle justifiée ou faut-il envisager, comme nous l'avons fait l'année dernière avec succès pour les puéricultrices, une formation plus courte centrée sur le lien avec le patient, formation qui pourrait être complétée ensuite par certains IADE par une formation à l'hypnose ?

CONCLUSIONS

La formation à l'hypnose chez les IADE transforme profondément leur travail dans la relation avec le patient et avec le reste de l'équipe soignante. L'attention et le soin sont vraiment centrés sur le patient et adaptés à chaque instant à ses ressources, grâce à la construction d'un lien de confiance et d'égalité avec l'IADE. Cette valorisation du rôle humain de l'IADE trouve toute sa place aux côtés des aspects plus techniques de la profession et l'IADE qui apprend à se servir des outils hypnotiques dispose d'un capital précieux utile dans de nombreuses situations.

Cependant, pour pouvoir développer l'hypnose en anesthésie, un véritable engagement des équipes médicochirurgicales et de l'établissement est nécessaire, dans un projet d'accompagnement centré sur le patient au cours des différentes étapes de son parcours (organisation, préparation à la chirurgie, salle de réveil, suivi postopératoire, réalisation d'études).

REFERENCES

- [1] **Salem, Gerard.** Soigner par l'hypnose. Paris : Masson, 1999, 220p (Médecine et psychothérapie).
- [2] **MM Lucas, N Languenan.** L'hypnose et la sophrologie ont-elles une place pour diminuer l'anxiété préopératoire ? *Congrès de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation*, Paris, septembre 2009.
- [3] **Faymonville ME, Laureys S, Degueldre C, et al.** Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. *Anesthesiology* 2000 ; 92 : 1257-67.
- [4] **Maquet P, Faymonville ME, Degueldre C, Delfiore G, Franck G, Luxen A, Lamy M.** Functional neuroanatomy of the hypnotic state. *Bio.Psychiatry* 1999, 45 : 327-333.
- [5] **Virost C.** De la transe spontanée à l'hypnose médicale en anesthésie. Journées rennaises d'anesthésie-réanimation AGORA 2002.
- [6] **Gauchenot-Potin L.** Hypnose et mémorisation peropératoire. Journées rennaises d'anesthésie-réanimation AGORA 2004.
- [7] **Rault P:** Hypnose Ericksonienne et anesthésie. *Revue Bolus* n 65, jan/fév 2005.
- [8] **Delaunay L, Plantet F.** Difficultés rencontrées pour la mise en place de l'hypnose au bloc opératoire. *3e Congrès International Hypnose et Douleur Aigüe*, Quiberon 2008.

- [9] **Kirsch M, Joris J, Faymonville ME** : Hypnosédation : une nouvelle technique anesthésique. *Revue Hypnose et thérapies brèves*, août/septembre/octobre 2006, n 2, p16-25.
- [10] **Defechereux Th., Degauque C., Fumal I., Faymonville M.E., Joris J.** L'hypnosédation, un nouveau mode d'anesthésie pour la chirurgie endocrinienne cervicale. Etude prospective randomisée, *Ann Chir* 2000 ; 125 : 539-46.
- [11] **Martin L** : EVA confort versus EVA douleur en SSPI, présentation au *Congrès de la Société Internationale d'Hypnose ISH*, Rome, septembre 2009.
- [12] **Faymonville ME.** Hypnose et anesthésie : Quelle est la part du rêve ? *MAPAR* 2005. MAPAR éditions le Kremlin Bicêtre ; 311-18.
- [13] **Fortier MA, Weinberg M, Vitulano LA, Chorney JM, Martin SR, Kain ZN.** Effects of therapeutic suggestion in children undergoing general anesthesia: a randomized controlled trial. *Paediatr Anaesth.* 2010 Jan; 20(1):90-9.
- [14] **Montgomery GH, Bovbjerg DH, Schnur JB, David D, Goldfarb A, Wertz CR, Schechter C, Graff-Zivin J, Tatrow K, Price DD, Silverstein JH.** A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients. *J Natl Cancer Inst.* 2007 Sep 5;99(17):1304-12.
- [15] **Lucas-Polomeni MM., Calipel S., Wodey E., Azzis O., Ecoffey C.** Hypnosédation chez l'enfant. Evaluation des troubles du comportement en post-opératoire. *Congrès de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation*, Paris, septembre 2002.