

## HYPNOSE ET MEMORISATION PER-OPERATOIRE

Par Laurence Gauchenot-Potin - IADE Clinique La Sagesse (Rennes)

### AGORA 2004

#### 1 - Présentation de l'étude

51 Patients ont été recrutés au printemps 2004 sur deux sites : 39 à la Clinique La Sagesse et 12 au CHP Saint Grégoire de Rennes.

Aucune sélection des patients n'a été effectuée, leur acceptation étant requise après proposition de l'hypnose faite le plus souvent par le chirurgien.

Les techniques d'hypnose ont été pratiquées sur des patients non préparés, l'information sur l'hypnose étant intégrée à la consultation pré-anesthésique, d'une durée d'environ 15 minutes.

L'hypnose a été utilisée :

- Dans 5 spécialités : chirurgie digestive, gynécologique, ORL ; chirurgie générale et gastro-entérologie
- Par différents médecins et infirmiers anesthésistes ayant eu toutefois, pour la grande majorité la même formation initiale : module de 9 jours (3 fois 3 jours) enseigné à Rennes.
- Seule ou associée à une sédation légère.

Le questionnaire rempli par le patient en période post-opératoire immédiate a été inspiré d'une part par le questionnaire-patient du Professeur FAYMONVILLE et d'autre part, par le mémoire d'Annie MOREL, infirmière-anesthésiste à Rennes.

Trois items ont retenu notre attention :

- La motivation initiale des patients,
- La mémorisation per-opératoire, qu'il s'agisse des critères de transe hypnotique ou des scores d'anxiété et de douleur pré, per et post-opératoire,
- Le degré de satisfaction des patients.

A travers ce questionnaire, c'est aussi l'évaluation de la pratique de l'hypnose à Rennes, à la fois dans ses indications actuelles mais aussi pour en dégager les points à améliorer dans notre pratique future.

L'âge moyen des patients a été de 47,2 ans pour des indications principales telles que :

- la coloscopie,
- la cure d'incontinence urinaire par TVT (expliquant le pourcentage de femmes dans notre étude de 68,6 %)
- l'exérèse de lipomes cervicaux, thoraciques et abdominaux.

Nous citerons, aussi :

- en gynécologie : conisation, hydrosadénite des grandes lèvres
- chirurgie digestive : cure de hernie inguinale par technique de Shouldice ou Liechenstein
- chirurgie ORL : polypes des cordes vocales, thyroïdectomie totale, plaie du menton.

## **2 - Recrutement des patients**

C'est surtout le chirurgien qui les voit d'abord en consultation, qui propose l'hypnose au patient (62 %). Nous savons, en effet, qu'une hypnose non désirée par le chirurgien aboutira à un échec, car la collaboration anesthésiste-chirurgien est primordiale.

C'est aussi le patient qui arrive avec ses motivations et demande au chirurgien et au médecin anesthésiste de pouvoir utiliser l'hypnose (35%).

Enfin, c'est parfois l'anesthésiste qui, lors de la consultation, proposera cette technique en association avec l'anesthésie locale (16 %).

Le médecin anesthésiste qui informe sur l'hypnose, lors de la consultation, doit être préalablement formé ; au bloc opératoire, il pourra lui-même pratiquer ces techniques mais aussi déléguer à un collègue ou à un(e) infirmier-anesthésiste formé(e) également aux techniques d'hypnose.

## **3 - Motivation des patients**

Deux motivations principales animent les patients interrogés :

1°) La curiosité : quelques soient les croyances personnelles, allant de l'attrait pour la sorcellerie, jusqu'à l'intérêt porté à une démarche scientifique originale. Beaucoup de patients se disent curieux et intéressés par l'hypnose.

2°) L'absence d'anesthésie générale (et donc de la crainte de ne pas se réveiller) et de ses effets indésirables : ni mauvais réveil, ni nausées et vomissements post-opératoires.

D'autres motifs sont aussi évoqués :

- ☞ une expérience antérieure satisfaisante, la pratique antérieure de la sophrologie...
- ☞ le conseil d'ami ayant vécu cette expérience,
- ☞ la sortie précoce,
- ☞ une anxiété moindre,
- ☞ la participation active,
- ☞ la confiance dans le chirurgien et l'anesthésiste
- ☞ la lecture d'articles dans la presse.

#### **4 - Les critères de la transe hypnotique.**

Une transe hypnotique n'est pas linéaire : elle peut présenter des phases plus ou moins profondes et parfois le patient revient à la réalité du bloc opératoire.

On peut dire qu'il refait surface pour mieux repartir encore plus profondément ; il a besoin de ces moments pour être réconforté et s'assurer que tout va bien.

C'est à l'hypnothérapeute de ratifier cette demande, de l'encourager à repartir là où il était, et poursuivre son travail hypnotique. Malgré ces phases où le patient se dit bien présent avec nous au bloc opératoire (80 % des patients sont plutôt ou tout à fait d'accord sur le schéma 3), où il entend et peut même ressentir des sensations plus ou moins désagréables, cela ne l'empêche pas d'être transporté dans des souvenirs plaisants (46 patients sur le schéma 2). On peut noter l'absence de corrélation entre le vécu de la transe et l'éloignement du site opératoire.

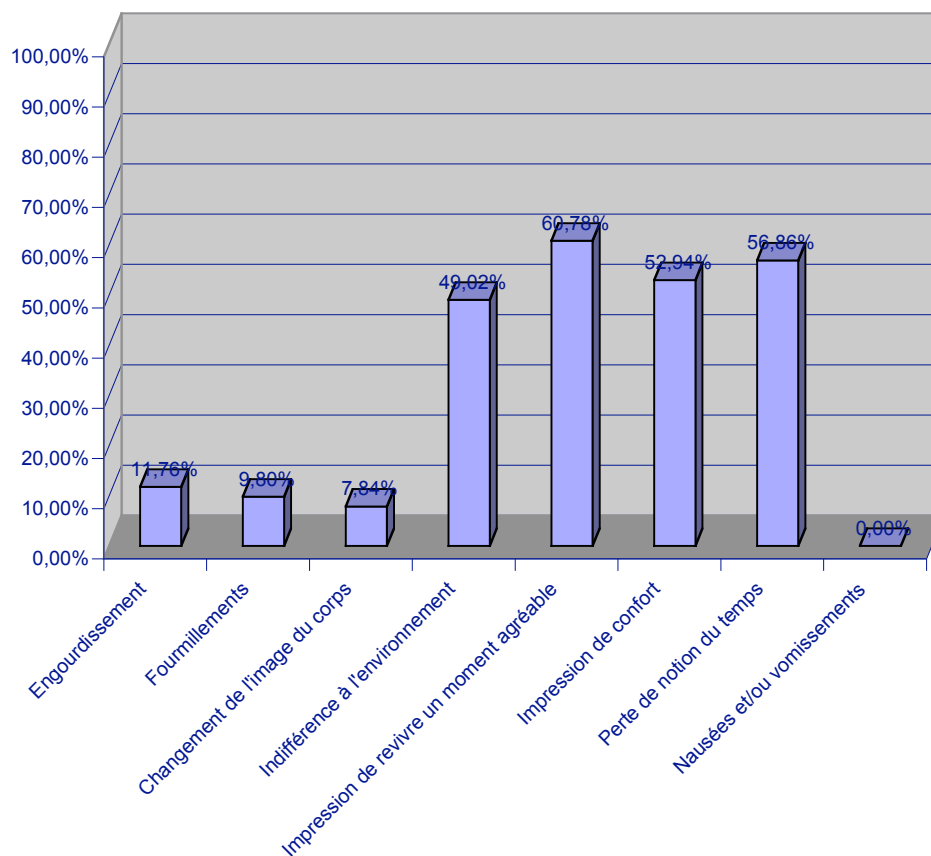
L'analyse des questionnaires, sur le ressenti des patients après l'hypnose, nous montre les différents critères de dissociation induits par la transe (schéma 1).

On regroupe autour de 10 % des sensations d'engourdissement, de fourmillements et un changement de l'image corporelle. Puis autour de 50 à 60 %, une indifférence à l'environnement, une impression de vivre des moments agréables, une impression de confort et une perte de la notion du temps, qui sont des critères qualitatifs de transe hypnotique. La profondeur de la transe n'a pas été étudiée.

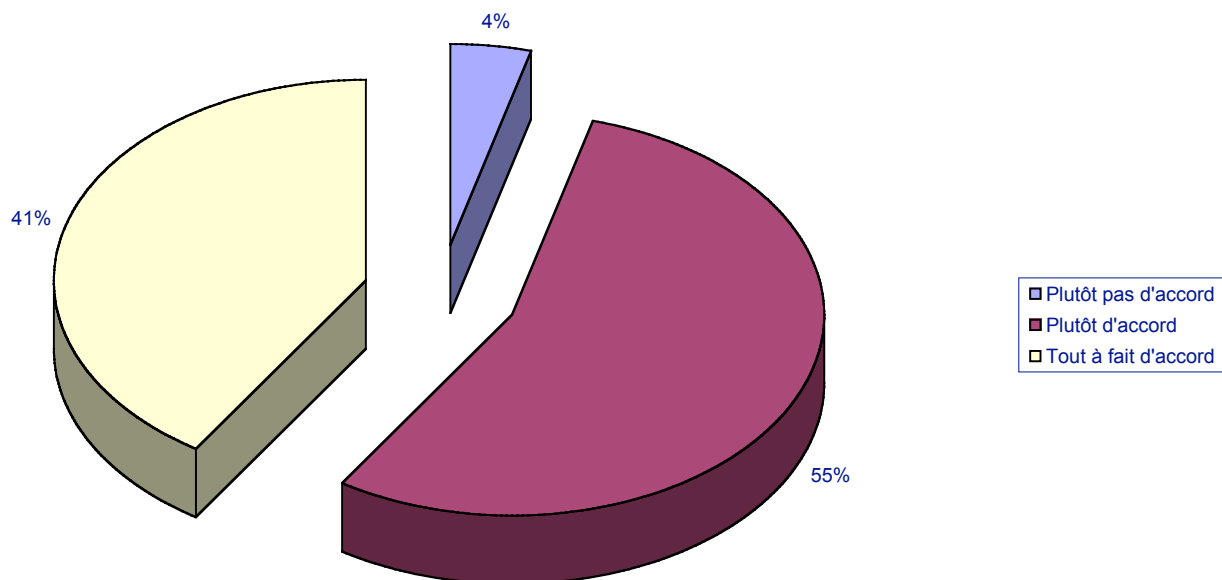
Le patient vit des choses dans sa tête et dans son corps, même si au départ, il montre une certaine résistance liée au stress ou à l'environnement.

Il est vraiment acteur à part entière de sa transe, l'hypnothérapeute n'est qu'un accompagnateur, un guide, une présence rassurante et réconfortante.

Le dernier point et non moins négligeable est l'absence pour 100 % des patients interrogés, des nausées ou vomissements : cet élément paraît très important, le patient étant très attentif à retrouver en post-opératoire immédiat ses capacités physiques et mentales.



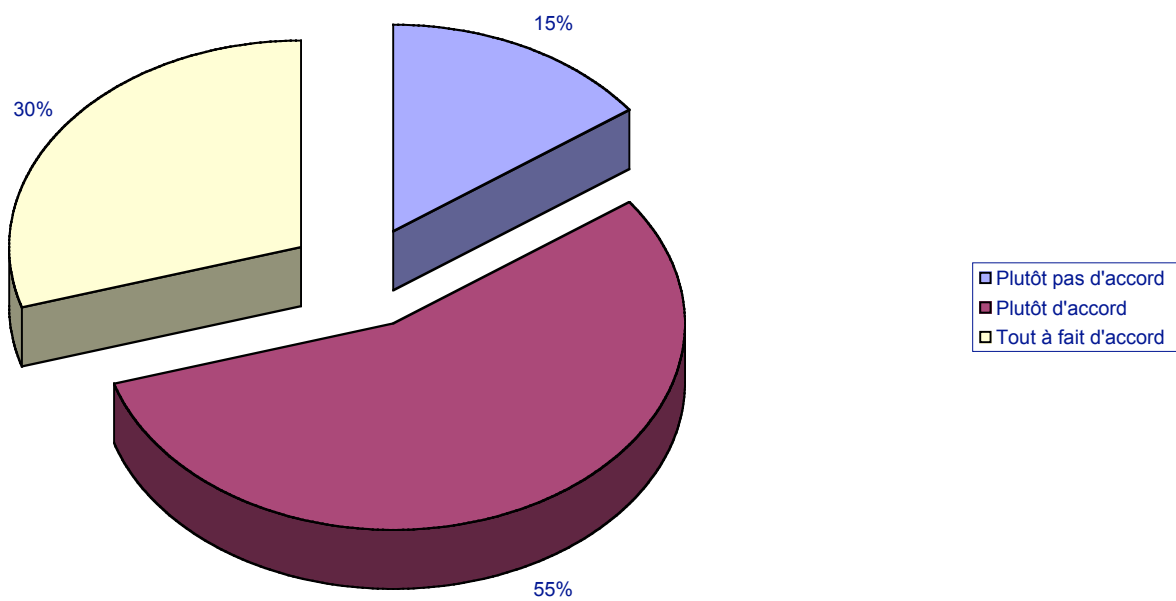
**Schéma 1**



**Schéma 2**

**Schéma 3**

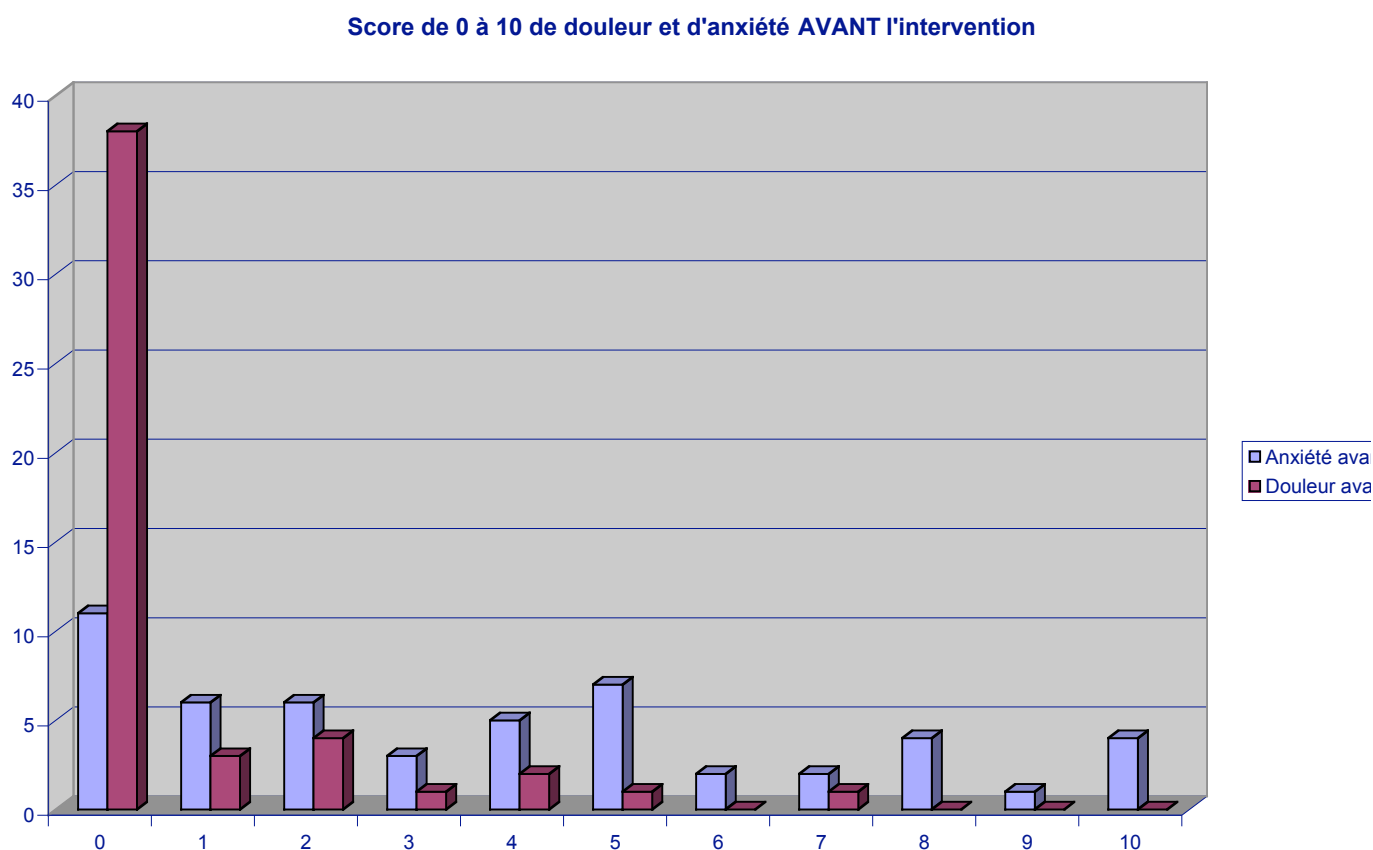
J'étais présent dans la salle d'opération ...



## 5 - Evaluation de l'anxiété péri-opératoire.

Il est demandé aux patients d'évaluer leur degré d'anxiété sur une échelle graduée de 0 à 10 (schéma 3).

### 1) En période pré-opératoire (schéma 4)



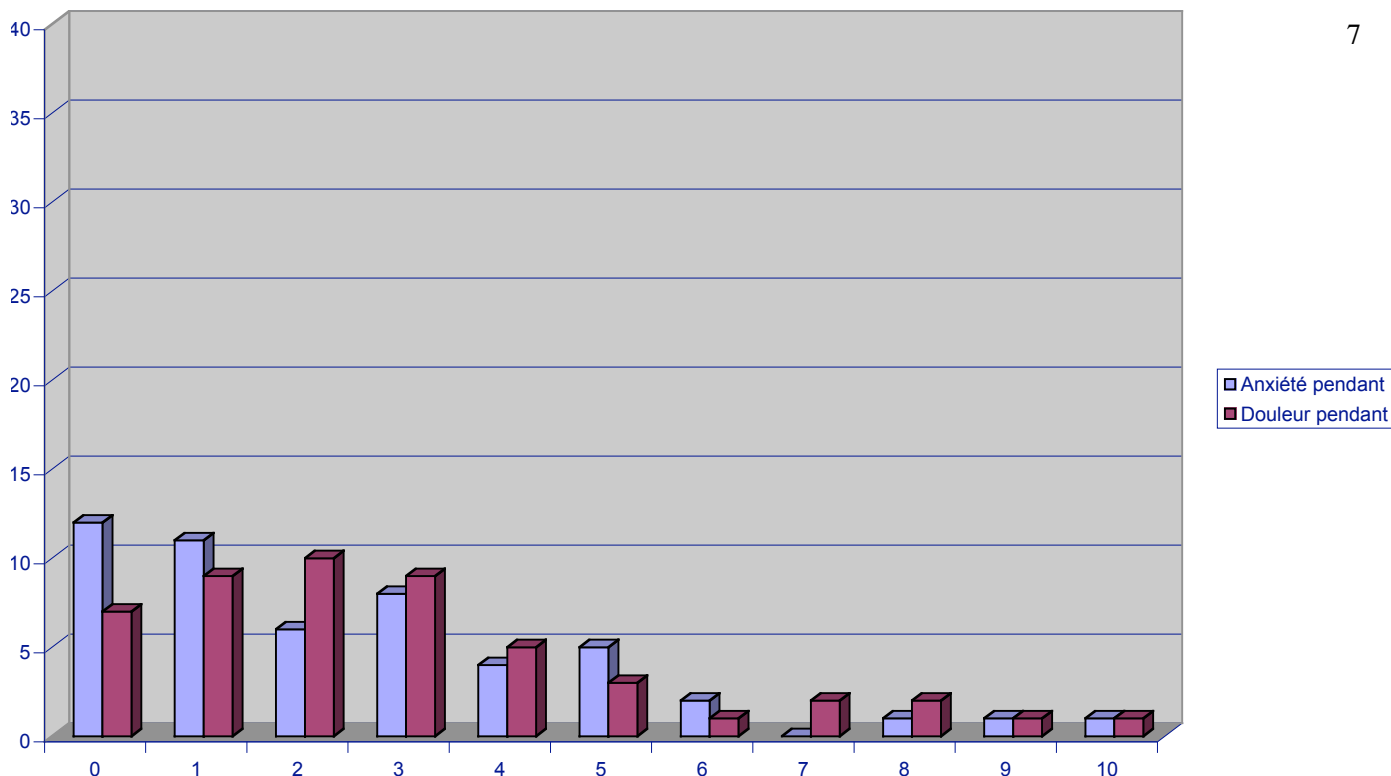
**Schéma 4**

Une anxiété notable (supérieure ou égale à 8/10) n'a concerné que 9 patients (sur 51).

La moitié des patients (26) se jugeaient peu, voire pas anxieux (11 évaluant à 0/10) : ceci peut s'expliquer du fait que les patients ont choisi cette technique ; ils sont donc motivés et confiants.

Ils sont bien informés et rassurés pour certains, d'éviter l'anesthésie générale et tous ses effets secondaires.

### 2) En période per-opératoire (schéma 5)



**Schéma 5**

Seuls 3 patients ont vécu l'intervention dans un état d'anxiété important (supérieur ou égal à 8/10).

Par contre, plus des 2/3 ont vécu agréablement la période opératoire (37) : les patients se sentent maîtres de leur confort, ont confiance en eux, ils sont rassurés d'être accompagnés et d'être acteurs de cette expérience.

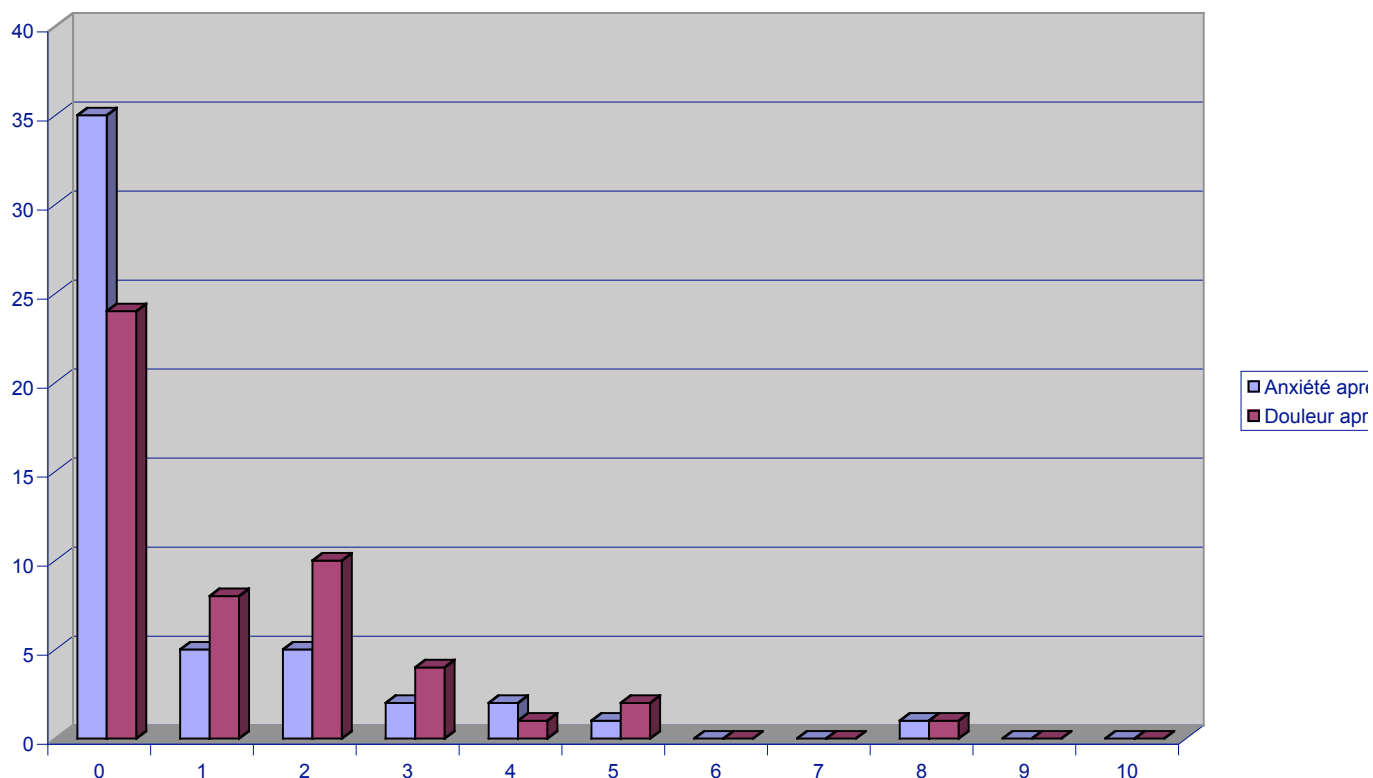
Ils maîtrisent la situation, ne se laissent pas gagner par l'angoisse. Ils positivent, ressentent du bien-être et vivent cet instant comme une expérience enrichissante.

Même si des douleurs peuvent être ressenties en per-opératoire, celles-ci sont gérables et maîtrisables, les patients ne se laissent pas envahir par une vague d'appréhension et d'angoisse.

3) En période post-opératoire (schéma 6)

## Schéma 6

Score de 0 à 10 de douleur et d'anxiété APRES l'intervention



Seule une patiente conserve un seuil d'anxiété important (TVT noté à 8/10), ce qu'elle ressentait déjà en pré et per-opératoire : ceci reste un phénomène isolé correspondant peut-être à une préparation insuffisante de la patiente.

Le point très positif concerne la grande majorité des patients (47) qui jugent leur anxiété plus que modérée, voire inexistante (35 patients la note à 0/10).

Une fois l'intervention terminée, l'épreuve leur paraît « derrière » eux, elle fait déjà partie du passé.

Il y a bien sûr le soulagement de la réussite de l'intervention et de la technique d'hypnose ; certainement aussi la satisfaction d'avoir passé avec succès une épreuve.

Cette sorte de fierté qui permet de tourner la page très rapidement est donc de ne mémoriser que les points positifs de cette expérience ; il n'y a pas à subir les effets secondaires qu'aurait engendrés une anesthésie générale par exemple.

## 6 - Evaluation de la douleur péri-opératoire

### 1) En période pré-opératoire (schéma 4).

46 patients évaluent leur douleur inférieure ou égale à 3/10.

Etant donné les types d'interventions pratiquées (coloscopie, exérèse de lipome, TVT, etc...), il paraît logique que la quasi-totalité des patients ne ressentent pas, ou peu, de douleur avant l'intervention.

### 2) En période per-opératoire (schéma 5).

70 % des patients éprouvent une douleur modérée (inférieure ou égale à 3/10) ce qui est très positif et permet de dire que la transe hypnotique a été satisfaisante avec une bonne coopération patient-thérapeute (signaling et ratification efficaces, communication verbale et non verbale adéquates).

On peut en déduire également que la technique chirurgicale était adaptée (avec une éventuelle anesthésie locale associée efficace).

Une bonne anticipation par rapport aux temps opératoires potentiellement douloureux et la compétence d'une équipe soignante sensibilisée et informée par rapport à la technique, complète cette analyse.

15 patients ont ressenti des douleurs importantes (entre 4 et 10/10), 4 d'entre eux notent même des douleurs intenses (supérieure ou égale à 8) ; l'état dissocié permet cependant aux patients de différencier perception et sensation douloureuse.

Plusieurs explications sont possibles (schéma 6) :

- ✓ La transe hypnotique ne s'est peut-être pas établie.
- ✓ Le geste chirurgical était peut-être particulièrement invasif et douloureux.
- ✓ L'indication d'hypno-sédation était peut-être inadaptée.

Cependant, l'élément notable est que ces douleurs ont cessé en post-opératoire immédiat comme décrit ci-dessous.

### 3) En période post-opératoire.

La quasi-totalité des patients (46) juge leur douleur à un niveau tout à fait acceptable comme avant l'intervention. On ne peut interpréter ces chiffres par une absence de prolongement de la douleur ressentie en per-opératoire ; la perception de cette douleur est effacée au profit de la satisfaction d'une épreuve réussie, du bien être ressenti et des avantages de cette technique (pas de NVPO, alimentation et sortie précoces, pas d'interruption de l'état d'éveil, etc...)

Tout ceci explique donc pourquoi ces patients seraient prêts à retenter l'expérience si l'occasion se présentait à nouveau.

### **7 - Suggestions faites par les patients**

Afin d'améliorer nos techniques et le vécu du patient, il a été demandé aux patients de nous proposer leurs suggestions ; voici les principales :

- ✓ Utilisation plus large d'une musique de relaxation en accompagnement.
- ✓ Bien veiller à la réassociation en fin d'intervention.
- ✓ Anticiper l'analgésie post-opératoire.
- ✓ Proposer l'hypnose plus souvent en consultation par le chirurgien ou le médecin anesthésiste.  
A titre anecdotique, un patient de 81 ans a demandé, lors d'une prochaine coloscopie sous hypnose, de lui laisser en place sa prothèse dentaire...

96 % des patients se disent d'accord pour les techniques d'hypnose, si c'était à refaire ; en raison :

- ✓ De l'anesthésie générale évitée.
- ✓ Du bon vécu per-opératoire.
- ✓ Du confort post-opératoire : meilleur réveil, effets secondaires moindres.

### **8 - Conclusion**

D'un point de vue technique, il paraît important de préférer la dissociation à la relaxation simple ; il faut aussi veiller à bien réassocier le patient en fin d'intervention.

Il faudrait peut-être envisager une prémédication utilisant des antalgiques (*Paracétamol, AINS, antispasmodiques*) afin d'anticiper la douleur post-opératoire.

L'amélioration des techniques d'hypnose passe évidemment par les supervisions de films vidéo de nos techniques auprès d'experts.

Progressivement, nous pourrions alors élargir nos indications actuelles.