

La place de l'hypnose dans la prise en charge de l'anxiété péri-opératoire

Figueiredo, R., inf.¹, Menouillard, M-P., inf.², Tancrede-Chabanel, C., inf.³, Vallet C., inf.⁴, Gentizon, J., inf. MScI⁵, Laville, C., inf.⁵

¹ Service d'Anesthésiologie, Hôpital Riviera Chablais ; ² Service d'Anesthésiologie, Hôpital de Morges ; ³ Service d'anesthésiologie Hôpital Neuchâtelais ; ⁴ Service d'anesthésiologie, Hôpital du Valais ; ⁵ Centre des formations (CFor) du CHUV, Lausanne. Adresse de contact : Claude Laville, Infirmier Responsable de filière EPD ES Anesthésie, CFor, CHUV Claude.Laville@chuv.ch

L'anxiété préopératoire (APO) est expérimentée par 85 % des patients (1) (Figure 1). Ce symptôme est associé à une augmentation de la consommation d'anesthésiants et une prolongation du temps de récupération (2). Les preuves qui soutiennent la prémédication sont limitées et des effets négatifs ont été documentés (3). Toutefois, **près de 80% des patients reçoivent un anxiolytique** avant une intervention (3). Le travail de diplôme* visait à répondre à la question suivante: Quelle est la place de l'hypnose dans la prévention de l'APO et des complications postopératoires, auprès de population pédiatrique et adulte ?

Malgré un niveau de preuves faible à modéré, les études consultées suggèrent que l'hypnose en phase préopératoire :

- Tend à diminuer l'anxiété, la peur, l'irritabilité et la tristesse (4)
- Pourrait être plus efficace que le midazolam (39% vs 68%) à l'induction pour une population pédiatrique (5) (Figure 2)
- Donne des résultats controversés sur l'incidence des douleurs, des nausées et vomissements postopératoires (4)
- N'engendre pas de risques pour le patient (4) et permettrait un retour sur investissement favorable (6, 7)

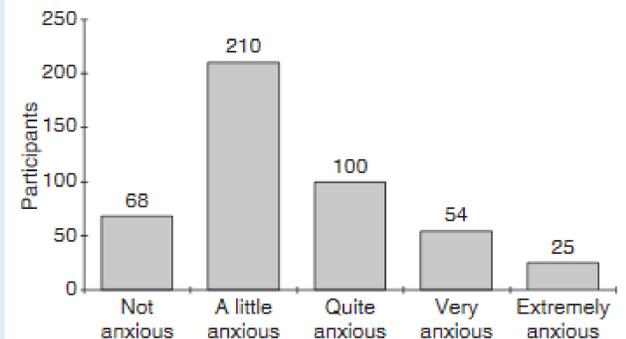


Figure 1. Evaluation par les patients de l'anxiété préopératoire le jour l'intervention (n = 460).

La pratique de l'hypnose nécessite des compétences qui doivent s'acquérir au travers d'une formation plus ou moins longue et coûteuse (7), limitant la faisabilité de son application. Toutefois, des **interventions non-pharmacologiques** peuvent être entreprises pour prévenir et traiter l'APO :

- Dépister l'APO à l'aide d'un outil validé et évaluer les besoins d'informations (8, 9) (Figure 3)
- Faire preuve d'empathie, rassurer le patient et favoriser une relation de confiance (4, 10)
- Eviter le langage à connotation négative (« Je vais piquer » → « Je vais poser un cathéter ») (4)
- Réchauffer le patient et assurer son confort thermique (11)
- Favoriser la prise en soin du patient dans un environnement calme et sécuritaire (10)
- Evaluer l'efficacité des interventions proposées

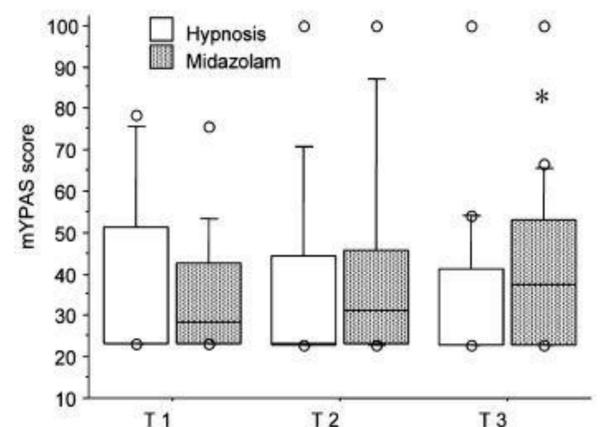


Figure 2. Comparaison de l'anxiété : à l'arrivée à l'hôpital (T1), au bloc opératoire (T2) et à l'induction (T3)

Item	1	2	3	4	5
1 Je suis préoccupé par l'anesthésie					
2 Je pense continuellement à l'anesthésie					
3 J'aimerais en savoir le plus possible sur l'anesthésie					
4 je suis préoccupé par l'intervention					
5 Je pense continuellement à l'intervention					
6 Je voudrais en savoir le plus possible sur l'intervention					

Figure 3. Échelle APAIS, Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale

En résumé, les articles analysés suggèrent que l'hypnose pourrait être une stratégie pertinente et acceptable contre l'APO. Sans formation spécifique et face à un patient anxieux, les infirmiers anesthésistes peuvent renforcer l'évaluation des signes, des symptômes et des besoins du patient et leur proposer des interventions individualisées.

*Le travail de diplôme en soins d'anesthésie au CHUV porte sur la lecture critique d'articles scientifiques et intègre des pistes d'amélioration pour la pratique clinique.

- (1) Mitchell, M. (2010). General anaesthesia and day-case patient anxiety. *Journal of Advanced Nursing*, 66(5), 1059-1071.
- (2) Matthias, A. T., & Samarasekera, D. N. (2012). Preoperative anxiety in surgical patients-experience of a single unit. *Acta Anaesthesiologica Taiwanica*, 50(1), 3-6.
- (3) Maurice-Szamburski, A., Auquier, P., Viarre-Oreal, V., Cuvillon, P., Carles, M., Ripart, J., ... & Bruder, N. (2015). Effect of sedative premedication on patient experience after general anesthesia: a randomized clinical trial. *Jama*, 313(9), 916-925.
- (4) Lew, M. W., Kravits, K., Garberoglio, C., & Williams, A. C. (2011). Use of preoperative hypnosis to reduce postoperative pain and anesthesia-related side effects. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59(4), 406-423.
- (5) Calipel, S., Lucas-Polomeni, M. A. R. I. E., Wodey, E., & Ecoffey, C. (2005). Premedication in children: hypnosis versus midazolam. *Pediatric Anesthesia*, 15(4), 275-281.
- (6) Montgomery, G. H., Bovbjerg, D. H., Schnur, J. B., David, D., Goldfarb, A., Weltz, C. R., ... & Silverstein, J. H. (2007). A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients. *Journal of the National Cancer Institute*, 99(17), 1304-1312.
- (7) Gueguen, J., Barry, C., Hassler, C., & Falissard, B. (2015). Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. *INSERM : santé mentale et santé publique*. Tiré de : www.inserm.fr/content/.../1/.../hypnose_rapport+evaluation+Juin+2015.pdf
- (8) Klopfenstein, C. E., Forster, A., & Van Gessel, E. (2000). Anesthetic assessment in an outpatient consultation clinic reduces preoperative anxiety. *Canadian Journal of Anesthesia*, 47(6), 511.
- (9) Laufenberg-Feldmann, R., & Kappis, B. (2013). Assessing preoperative anxiety using a questionnaire and clinical rating: a prospective observational study. *European Journal of Anaesthesiology (EJA)*, 30(12), 758-763.
- (10) Gyuláházi, J., Varga, K., Iglói, E., Redl, P., Kormos, J., & Fülesdi, B. (2015). The effect of preoperative suggestions on perioperative dreams and dream recalls after administration of different general anesthetic combinations: a randomized trial in maxillofacial surgery. *BMC anesthesiology*, 15(1), 11.
- (11) Park, O. B., & Choi, H. (2010). The effect of pre-warming for patients under abdominal surgery on body temperature, anxiety, pain, and thermal comfort. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 40(3), 317-325.

Titre : taille de caractère 80

La SIGA/FSIA se réjouirait si tu soumettais un poster. L'objectif est de présenter un travail à l'aide de graphiques, de photos et d'informations dans le sens d'un abstract en fournissant les références pour les essentielles sources. Tu peux laisser libre cours à ta créativité en respectant toutefois quelques conditions cadres :

- Format Portrait **OK**
- Pour le titre, la taille de caractère est de 80 et le titre est centré en haut **OK**
- La taille de caractère du texte est d'au moins 28 **OK excepté les références qui sont en 20**
- La police de caractère (Arial) ne doit pas être modifiée **OK excepté les références qui sont en calibri, Arial c'est moche**
- Le logo du centre de formation et/ou de l'établissement peut être placé conformément aux garde-places (cf. ci-dessous). **OK**
- Le prénom, le nom, le titre professionnel et/ou la fonction ainsi que le lieu de travail où ce poster a été créé de même que l'adresse e-mail des auteurs doivent figurer sur le poster. **OK**
- Le logo de l'employeur et/ou du centre de formation peut être placé à côté de la SIGA/FSIA dans la colonne tout en bas, à la même hauteur que le logo de la SIGA/FSIA. **OK**
- Pour l'impression en «A0», merci de choisir des photos/graphiques de qualité adaptée.
- La SIGA/FSIA se charge de l'impression des posters. À cet effet, les posters doivent être adressés 30 jours avant l'exposition de posters à info@sig-fsia.ch