



HAL
open science

Hypnose et distraction par la réalité virtuelle : efficacité sur le vécu péri opératoire du patient sous anesthésie loco-régionale

Chloé Guigal

► **To cite this version:**

Chloé Guigal. Hypnose et distraction par la réalité virtuelle : efficacité sur le vécu péri opératoire du patient sous anesthésie loco-régionale. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03428947

HAL Id: dumas-03428947

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03428947v1>

Submitted on 15 Nov 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Hypnose et distraction par la réalité virtuelle : efficacité sur le vécu péri
opératoire du patient sous anesthésie loco-régionale**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 18 Octobre 2021

Par Madame Chloé GUIGAL

Née le 1er juin 1993 à Marseille 08eme (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. d' ANESTHESIE REANIMATION NR

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur BRUDER Nicolas

Président

Monsieur le Professeur VELLY Lionel

Assesseur

Monsieur le Professeur LEGRÉ Régis

Assesseur

Monsieur le Docteur SIMEONE Pierre

Assesseur

**Hypnose et distraction par la réalité virtuelle : efficacité sur le vécu péri
opératoire du patient sous anesthésie loco-régionale**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 18 Octobre 2021

Par Madame Chloé GUIGAL

Née le 1er juin 1993 à Marseille 08eme (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. d' ANESTHESIE REANIMATION NR

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur BRUDER Nicolas

Président

Monsieur le Professeur VELLY Lionel

Assesseur

Monsieur le Professeur LEGRÉ Régis

Assesseur

Monsieur le Docteur SIMEONE Pierre

Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVRED Philippe
	ALDIGHERI René		DJIANE Pierre
	ALESSANDRINI Pierre		DONNET Vincent
	ALLIEZ Bernard		DUCASSOU Jacques
	AQUARON Robert		DUFOUR Michel
	ARGEME Maxime		DUMON Henri
	ASSADOURIAN Robert		ENJALBERT Alain
	AUFFRAY Jean-Pierre		FAUGERE Gérard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAVRE Roger
	AZORIN Jean-Michel		FIECHI Marius
	BAILLE Yves		FARNARIER Georges
	BARDOT Jacques		FIGARELLA Jacques
	BARDOT André		FONTES Michel
	BERARD Pierre		FRANCES Yves
	BERGOIN Maurice		FRANCOIS Georges
	BERLAND Yvon		FUENTES Pierre
	BERNARD Dominique		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Louis		GALINIER Louis
	BERNARD Jean-Paul		GALLAIS Hervé
	BERNARD Pierre-Marie		GAMERRE Marc
	BERTRAND Edmond		GARCIN Michel
	BISSET Jean-Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Bernard		GAUTHIER André
	BLANC Jean-Louis		GERARD Raymond
	BOLLINI Gérard		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONGRAND Pierre		GIUDICELLI Sébastien
	BONNEAU Henri		GOUDARD Alain
	BONNOIT Jean		GOUIN François
	BORY Michel		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA Alain		GRIMAUD Jean-Charles
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRISOLI François
	BOURGEADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOUYALA Jean-Marie		HASSOUN Jacques
	BREMOND Georges		HEIM Marc
	BRICOT René		HOUEL Jean
	BRUNET Christian		HUGUET Jean-François
	BUREAU Henri		JAQUET Philippe
	CAMBOULIVES Jean		JAMMES Yves
	CANNONI Maurice		JOUVE Paulette
	CARTOUZOU Guy		JUHAN Claude
	CAU Pierre		JUIN Pierre
	CHABOT Jean-Michel		KAPHAN Gérard
	CHAMLIAN Albert		KASBARIAN Michel
	CHARPIN Denis		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHARREL Michel		LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert

LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul

MM MICHOTEY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021

Honoris causa

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)
1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs

M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric
ALIMI Yves	COSTELLO Régis
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine
AMBROSI Pierre	COWEN Didier
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas
ASTOUL Philippe	DA FONSECA David
ATTARIAN Shahram	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AUDOUIN Bertrand	DANIEL Laurent
AUQUIER Pascal	DARMON Patrice
AVIERINOS Jean-François	DAVID Thierry
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel
BARLOGIS Vincent	DENIS Danièle
BARTHET Marc	DISDIER Patrick
BARTOLI Christophe	DODDOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel	DRANCOURT Michel
BARTOLI Michel	DUBUS Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DUFFAUD Florence
BASTIDE Cyrille	DUFOUR Henry
BENSOUSSAN Laurent	DURAND Jean-Marc
BERBIS Philippe	DUSSOL Bertrand
BERBIS Julie	EBBO Mikaël
BERDAH Stéphane	EUSEBIO Alexandre
BEROUD Christophe	FABRE Alexandre
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FELICIAN Olivier
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence
BLONDEL Benjamin	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane
BOYER Laurent	GABERT Jean
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad
BRUE Thierry	GAUDART Jean
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues
<i>PANUEL Michel Surnombre</i>	ROCH Antoine
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard
PAROLA Philippe	ROLL Patrice
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle
PHAM Thao	SCAVARDA Didier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor
POINSO François	SIMON Nicolas
RACCAH Denis	STEIN Andréas
RANQUE Stéphane	TAIEB David
<i>RAOULT Didier Surnombre</i>	THOMAS Pascal
REGIS Jean	THUNY Franck
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick
RICHERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

TURRINI Olivier

VALERO René

VAROQUAUX Arthur Damien

VELLY Lionel

VEY Norbert

VIDAL Vincent

VIENS Patrice

VILLANI Patrick

VITON Jean-Michel

VITTON Véronique

VIEHWEGER Heide Elke détachement

VIVIER Eric

XERRI Luc

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	PAULMYER/LACROIX Odile
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	PESENTI Sébastien
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	RADULESCO Thomas
BEGE Thierry	FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie
BELIARD Sophie	FROMNOT Julien	ROBERT Philippe
BENYAMINE Audrey	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique (<i>disponibilité</i>)
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	ZATTARA/CANNONI Hélène
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NINOVE Laetitia	
DUFOUR Jean-Charles	NOUGAIREDE Antoine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
 CALVET-MONTREDON Céline
 FORTE Jenny
 JANCZEWSKI Aurélie
 NUSSLI Nicolas
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

**ESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)

LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH) *Surnombre*

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) *retraite mars 2021*
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)

ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702 CANCÉROLOGIE ; RADIOTHERAPIE

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

BONELLO Laurent (PU-PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU-PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402 CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement
DARIEL Anne (MCU-PH)
FAURE Alice (MCU-PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503 CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)
 BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

ELDIN Carole (MCU-PH)

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

KERBAUL François (PU-PH) *détachement*
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/2012 (MOAL Valérie (PU-PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) DUFOUR Henry (PU-PH)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/11/2012) FUENTES Stéphane (PU-PH)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502**PHILOSOPHIE 17**

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH) surnombre

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

HERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4801

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

A Monsieur le Professeur BRUDER Nicolas,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites d'avoir accepté la présidence de ce jury et de l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Je vous exprime ma sincère admiration pour l'ensemble des connaissances que vous avez pu me transmettre jusqu'à ce jour et pour votre bienveillance envers moi tout au long de mes études. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur VELLY Lionel,

Vous nous faites l'honneur de participer à ce jury et de juger ce travail. Je vous remercie d'apporter votre expérience à la critique de cette thèse mais surtout de m'avoir transmis tant de connaissance grâce à votre grand sens de la pédagogie. Je suis heureuse de rejoindre votre équipe et de continuer ma formation à vos côtés. Veuillez croire en l'expression de ma respectueuse considération.

A Monsieur le Professeur LEGRE Regis,

Vous me faites l'honneur de représenter la chirurgie au sein de ce jury. Votre présence indispensable saura enrichir notre discussion sur un sujet qui touche nos deux spécialités. Je suis honorée de bénéficier de votre regard sur ce travail et je vous prie d'accepter ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur SIMEONE Pierre,

Je suis très honorée de ta présence dans ce jury et te remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse. Je te témoigne ici l'expression de ma sincère gratitude pour ta disponibilité, ta bienveillance, ta compréhension et ton enthousiasme tout au long de ce travail. Je suis admirative de ton sens inné de la pédagogie, grâce auquel tu me transmets chaque jour des connaissances et des conseils qui me sont d'une aide précieuse. Je t'adresse pour toutes ces raisons respect et remerciements.

ABREVIATIONS

AG	Anesthésie générale
ALR	Anesthésie loco-régionale
ASA	American Society of Anesthesiology
APAIS	Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale
Bpm	Battements par minute
CT	Groupe contrôle
EVA	Echelle Visuelle Analogique
EN	Echelle Numérique
EVAN-LR	Evaluation du Vécu de l'Anesthésie Loco-Régionale
MmHg	Millimètre de mercure
SSPI	Salle de surveillance post interventionnelle
Spo2	Saturation pulsée en oxygène
VR-DT	Groupe distraction par réalité virtuelle
VR-H	Groupe hypnose par réalité virtuelle

Table des matières

ABREVIATIONS	1
1. INTRODUCTION	3
2. MATERIELS ET METHODES	5
2.1. Schéma de l'étude et patients.....	5
2.2. Objectifs de l'étude	6
2.3. Prise en charge au bloc opératoire.....	6
2.3.1. Groupe contrôle	6
2.3.2. Groupe hypnose par réalité virtuelle	7
2.3.3. Groupe distraction par réalité virtuelle.....	8
2.4. Dispositif médical.....	9
2.5. Critères d'évaluation	11
3. ANALYSE STATISTIQUE	12
4. RÉSULTATS.....	13
4.1. Critère de jugement principal.....	16
4.2. Critères de jugement secondaires	16
4.2.1. Douleur	16
4.2.2. Anxiété.....	17
4.2.3. Confort.....	17
4.2.4. Sédation.....	18
4.2.5. Tolérance clinique.....	18
4.2.6. Satisfaction du personnel du bloc opératoire	19
4.2.7. Satisfaction à long terme	20
5. DISCUSSION	21
6. CONCLUSION	25
7. RÉFÉRENCES	26
8. ANNEXES.....	29

1. INTRODUCTION

L'anesthésie loco-régionale (ALR) est une technique qui permet de réaliser des chirurgies avec une anesthésie sensitivo-motrice du territoire impliqué sans avoir d'impact sur le niveau de conscience des patients. Elle permet de s'affranchir des contraintes inhérentes à l'anesthésie générale (AG) telles que la gestion des voies aériennes et l'exposition aux agents hypnotiques et morphiniques. Cela a également nettement contribué au développement de la chirurgie ambulatoire en simplifiant la surveillance post-opératoire. [1] Cependant, une de ses principales contraintes réside dans l'état d'éveil conservé du patient au cours de l'acte chirurgical. En effet, l'idée « *d'entendre et de voir au bloc opératoire* » peut être une source d'anxiété et d'inconfort anticipée par le patient et décrite en post-opératoire.

Il est connu également que l'anxiété décrite avant une chirurgie influence de façon significative la douleur post-opératoire [2] et peut moduler la perception de la douleur de façon globale. [3] Ceci peut alors conduire à une insatisfaction du patient et à l'échec de l'anesthésie loco-régionale alors qu'elle est techniquement bien conduite. [4]

La douleur est définie comme « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes* » selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé. Il est reconnu que la douleur contient un aspect subjectif psychologique ayant un profond impact sur la transmission et le traitement de l'information sensitive. La douleur résulte d'une interaction entre la perception sensorielle d'un stimulus nociceptif et ses dimensions affectives et cognitives. [5]

Sur le plan neurologique, il existe un support physiologique décrit par les termes de réseaux neuronaux, appelé la neuromatrice. [6][7] Des études de neuro-imagerie ont mis en évidence deux réseaux neuronaux impliqués dans la perception de la douleur : la voie sensorielle (thalamus somatosensoriel, cortex somatosensoriel primaire et secondaire) et la voie affective (noyaux thalamiques médiaux, cortex cingulaire antérieur, préfrontal et insulaire). [8]

Le traitement de la douleur comprend donc un arsenal à la fois large mais limité : les traitements pharmacologiques, l'anesthésie loco-régionale mais aussi des approches psychologiques qui sont souvent utilisées en association lorsque la douleur devient incontrôlée.

Malgré la courte durée des interventions sous anesthésie loco-régionale, il est courant d'utiliser des produits pharmacologiques pour lutter contre la douleur et l'anxiété par l'intermédiaire d'une sédation à base d'opioïdes ou de benzodiazépines. Il n'est pourtant pas sans conséquence d'avoir recours à ces classes qui peuvent induire une dépression respiratoire, particulièrement chez le patient affecté par un syndrome d'apnées obstructives du sommeil [9] ou ayant d'autres types de comorbidités. Les opioïdes peuvent être également responsables d'une consommation chronique sur le long terme, même pour les patients naïfs

d'opioïdes. [10] Cette classe a été responsable de 66% des décès mondiaux liés à la consommation de drogues en 2018. [11] De plus, l'utilisation de benzodiazépines et d'opioïdes peut contribuer au développement d'une confusion post opératoire pour les patients les plus vulnérables. [12] Au regard de ces éléments, de nouvelles approches non pharmacologiques ont été développées pour réduire l'anxiété et la douleur, telle que l'hypnose et d'autres méthodes de distraction.

A ce propos, l'hypnose se définit par un état de conscience (« *consciousness* ») qui induit une absorption de l'attention et une diminution de l'éveil (« *awareness* »), caractérisée par une plus grande capacité à répondre aux suggestions. [13] L'hypnose a été étudiée dans de nombreuses applications médicales, en particulier en anesthésie où elle a montré un bénéfice sur la douleur post-opératoire, la diminution des posologies d'anesthésiques, la durée de séjour [14–16] ainsi que l'anxiété. [17, 18]

Ensuite, la distraction a été définie par Fernandez en 1986 [19] comme toute technique ou approche qui vise à diriger l'attention du patient vers un événement ou un stimulus non agressif de l'environnement immédiat. Sans être en soi une technique d'hypnose, elle se rapproche de cette dernière car elle cherche à focaliser l'attention du patient vers autre chose que son angoisse ou sa douleur. En revanche, il n'existe pas de modification de l'état de conscience du sujet, ni de « *transe* » telle que pour l'hypnose. Il s'agit d'un autre moyen non médicamenteux pour prendre en charge l'anxiété en période péri-opératoire, particulièrement utilisé en pédiatrie. [20–23] Les techniques de distraction sont multiples et potentiellement infinies : une musique, un film ou une histoire d'enfant par exemple.

La réalité virtuelle est une technologie informatique qui simule la présence physique d'un utilisateur dans un environnement artificiellement créé avec lequel il peut interagir. Elle peut ainsi être utilisée comme technique de distraction.

Ses applications sont multiples dans le domaine médical comme en oncologie, en pédiatrie et chez les patients brûlés [20, 24], pour le contrôle de la douleur aiguë et chronique. [25] Elle est aussi utile pour la réhabilitation physique et la formation. Elle a montré dans des études expérimentales et cliniques qu'elle permet de diminuer la douleur lors de procédures médicales [26] chez les patients plus ou moins hypnotisables. [27] Elle peut être considérée comme un moyen non pharmacologique pour réduire l'anxiété. [28, 29]

Depuis peu, la réalité virtuelle devient plus accessible grâce à l'emploi de dispositifs de taille réduite, confortables et faciles d'utilisation. Elle se développe donc au bloc opératoire. Des études de faible puissance ont suggéré la possibilité d'utiliser la réalité virtuelle en tant que distraction lors d'interventions réalisées sous anesthésie loco-régionale. En chirurgie orthopédique, une diminution des posologies de sédation était observée [30] et il existait une tendance à améliorer la satisfaction des patients et des anesthésistes lors des gestes urologiques sous rachianesthésie. [31] En 2020, VR-PERLA Study, [32] une étude monocentrique observationnelle en chirurgie orthopédique a montré sur 100 patients une amélioration de la satisfaction du patient et une diminution de l'anxiété grâce à la réalité virtuelle par distraction par rapport à une stratégie conventionnelle.

Récemment, l'hypnose médiée par la réalité virtuelle se développe. C'est une méthode qui combine un scénario de réalité virtuelle immersive tridimensionnelle diffusé dans un casque adapté avec un discours d'hypnose conversationnelle. Cela permet d'accompagner le patient et de le guider au travers des mêmes étapes de l'hypnose que lorsque celle-ci est induite par un hypnothérapeute. [33] Il est ainsi proposé une hypnose normalisée et standardisée qui ne dépend pas de la compétence ou de la disponibilité d'un médecin formé. Deux études randomisées ont tenté de comparer l'hypnose par réalité virtuelle, la distraction par réalité virtuelle et l'hypnose, elles ont démontré une amélioration de la douleur et de l'anxiété par la VR-H [27, 34] mais il s'agit d'études expérimentales sur des volontaires sains. Il est donc nécessaire de comparer ces techniques dans une situation clinique.

Dans cette étude, nous souhaitons comparer l'effet de deux méthodes non pharmacologiques, lors de chirurgies du membre supérieur réalisées sous bloc axillaire : l'hypnose par réalité virtuelle et la distraction par réalité virtuelle par rapport à un groupe témoin, évalué sur le vécu péri-opératoire à 24h de l'intervention par le score EVAN-LR «*Evaluation du Vécu de l'Anesthésie Loco-Régionale*».

2. MATERIELS ET METHODES

2.1. Schéma de l'étude et patients

Il s'agit d'une étude monocentrique, rétrospective, observationnelle, en ouvert, se déroulant au sein du CHU de la Timone, à l'APHM, dans le service d'anesthésie de chirurgie de la main.

Trois groupes ont été constitués après tirage au sort :

- Un groupe contrôle (CT) : anesthésie loco-régionale par stratégie conventionnelle,
- Un groupe avec hypnose par réalité virtuelle (VR-H) : hypnose par réalité virtuelle et anesthésie loco-régionale habituelle,
- Un groupe avec distraction par réalité virtuelle (VR-DT) : distraction par réalité virtuelle et anesthésie loco-régionale habituelle.

Les patients inclus étaient des adultes pris en charge par anesthésie loco-régionale (bloc axillaire) pour une chirurgie du membre supérieur.

Les critères de non-inclusion étaient :

- Patient mineur,
- Trouble neurologique (coma, démence, confusion, épilepsie photosensible),
- Trouble psychiatrique lourd,

- Surdité ou trouble de la vision sévère,
- Utilisation chronique de sédatif ou narcotique,
- Insuffisance rénale (clairance créatinine <60 ml/min),
- Instabilité hémodynamique (Pression artérielle moyenne (PAM) <60 mm Hg),
- Instabilité respiratoire (fréquence respiratoire (FR) >25 ou <10/min ou oxygénothérapie au domicile),
- Pathologie cardiaque ou respiratoire sévère,
- Allergie aux anesthésiques locaux, morphiniques ou anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS),
-  tat cutané non compatible avec un bloc axillaire,
- Femme enceinte ou allaitante,
- Barrière de la langue,
- Absence de couverture sociale,
- Sujet en privation de liberté.

2.2. Objectifs de l'étude

L'objectif principal était de comparer les trois stratégies sur le vécu péri-opératoire des patients, jugé par le score EVAN-LR à 24h d'une chirurgie du membre supérieur réalisées sous ALR.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer au sein de ces trois groupes la diminution des doses de sédation utilisées, la douleur, l'anxiété et le confort pendant l'ALR, en per-opératoire et en post-opératoire, le recours à un analgésique de sauvetage, le nombre d'échec d'ALR, défini par la nécessité de convertir en anesthésie générale, la satisfaction à long terme, la satisfaction du personnel au bloc opératoire et les effets secondaires de l'anesthésie et de la réalité virtuelle.

2.3. Prise en charge au bloc opératoire

2.3.1. Groupe contrôle

Le jour de l'intervention, lors de l'arrivée au bloc opératoire, l'étude débutait par une information orale du patient participant à l'étude avec un recueil oral de son consentement. La prise en charge usuelle était celle d'une chirurgie du membre supérieur sous bloc axillaire. Aucune prémédication n'a été administrée. En salle d'ALR, le patient était installé, scop , la

tension artérielle était mesurée toutes les 10mins, une perfusion était posée et des lunettes d'oxygène étaient mises en place. Le bloc axillaire était réalisé par un anesthésiste-réanimateur sénior ou par un interne encadré par un médecin sénior, avec de la ropivacaïne à 0,375%, guidé par l'échographie avec une sonde linéaire haute fréquence recouverte d'une protection stérile. Un intervalle de 30 minutes était respecté avant l'entrée dans le bloc opératoire.

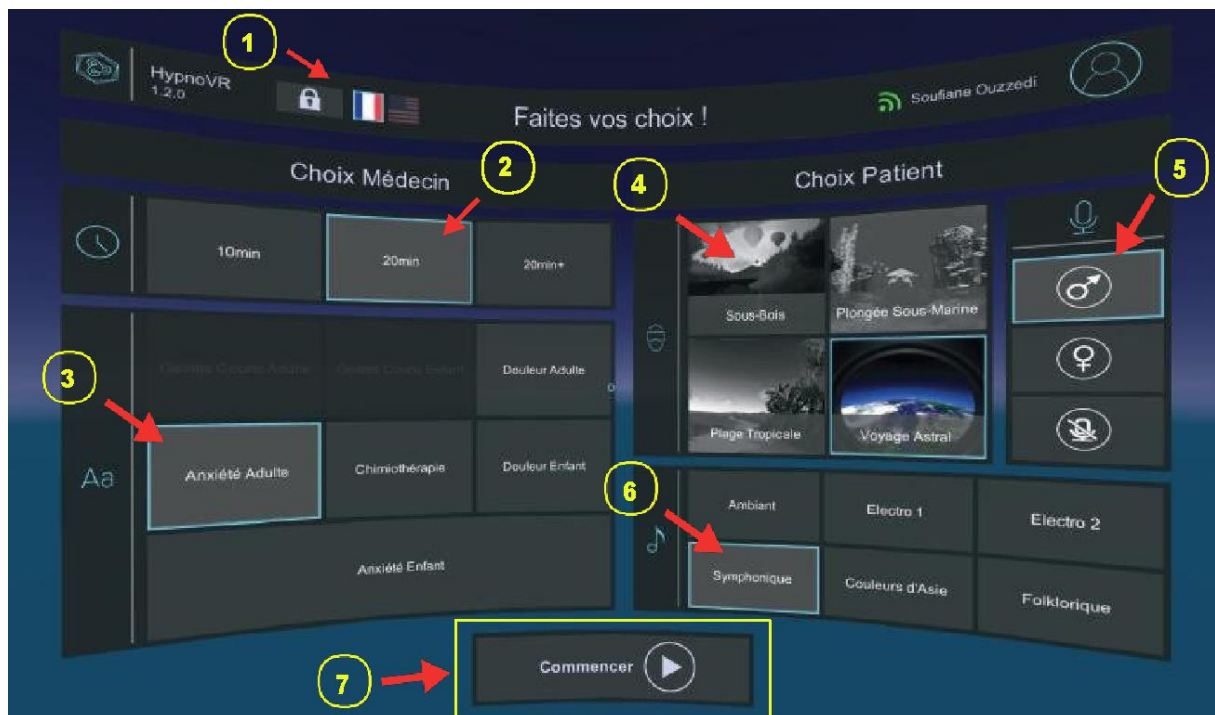
Le patient était ensuite transféré dans la salle d'opération et installé. Un test au froid était réalisé pour vérifier l'efficacité de l'anesthésie loco-régionale. Dès l'installation, le protocole d'analgésie était débuté : dexaméthasone 8mg, paracétamol 1g toutes les 6 heures, kétoprofène 100mg toutes les 8 heures en intraveineux. Une antibioprophylaxie par amoxicilline-acide clavulanique ou céfazoline était faite pour certains patients selon les Recommandations de la SFAR. [35] Du dropéridol était administré en fonction du score d'apfel. [36]

Si une sédation devait être utilisée, l'anesthésiste-réanimateur avait recours à du diprivan ou du midazolam en titration. Si cela était insuffisant, l'anesthésiste-réanimateur convertissait la procédure en anesthésie générale en considérant cela comme un échec de l'anesthésie loco-régionale. A la fin de l'intervention, le patient était conduit en salle de surveillance post interventionnelle (SSPI). En post-opératoire, un protocole d'analgésie était introduit en per os : paracétamol 1g toutes les 6h, kétoprofène 100 mg toutes les 12h selon la fonction rénale. Si la douleur était non contrôlée avec une échelle numérique (EN)>3, le médecin avait recours à un analgésique de sauvetage : une titration de morphine était réalisée à la posologie de 0,1mg/kg (maximum 4 mg), puis des injections répétées toutes les 5minutes de 0,025mg/kg jusqu'à l'obtention d'une analgésie suffisante. Si le patient présentait des nausées ou des vomissements, de l'ondansétron 4 mg était administré.

2.3.2. Groupe hypnose par réalité virtuelle

En salle d'ALR, après l'installation du patient, l'anesthésiste mettait en place le casque de réalité virtuelle Pico®, le patient choisissait le type de voix humaine (masculine ou féminine), un ou plusieurs univers visuel (plage tropicale, plongée, voyage astral, sous-bois, paysage enneigé) et le style musical. La séance d'hypnose en réalité virtuelle durait 20 minutes.

Figure 1. Ecran d'accueil du logiciel HypnoVR®.



1 : Langue, 2 : Durée, 3 : Type de programme, 4 : Paysage virtuel, 5 : Voix, 6 : Musique, 7 : Commencer la séance

Durant cette période, le bloc axillaire était réalisé puis le casque était retiré. Le patient était ensuite transféré au bloc opératoire, installé et le casque était de nouveau mis en place avec cette fois ci un film d'hypnose par réalité virtuelle de durée indéterminée.

2.3.3. Groupe distraction par réalité virtuelle

En salle d'ALR, après l'installation du patient, l'anesthésiste-réanimateur mettait en place le casque de réalité virtuelle, avec le même type d'univers visuel et de musique que décrit précédemment mais sans contenu de suggestion hypnotique afin d'avoir des conditions les plus similaires possibles pour comparer l'hypnose et la distraction seule. Une fois le bloc axillaire réalisé, le casque était retiré. Le patient était ensuite transféré au bloc opératoire, installé et le casque était de nouveau mis en place avec la reprise de la distraction pour une durée indéterminée.

2.4. Dispositif médical

Le dispositif HypnoVR® est une application logicielle qui rend accessible les bénéfices de l'hypnose médicale dans le traitement de la douleur et de l'anxiété au plus grand nombre, grâce à la réalité virtuelle. Le but est d'améliorer la douleur, le stress et l'anxiété des patients en fournissant une solution alternative ou complémentaire aux traitements chimiques. L'utilisation prévue dans la présente recherche est conforme à la destination du dispositif et à ses conditions d'utilisation courante. Il est associé à du matériel : un casque audio et un casque de réalité virtuelle Pico® (marqué CE). Il s'agit d'un dispositif médical de classe I selon la règle 12 de la Directive 93/42/CE et sous la nouvelle réglementation MDR 2017/745.

Le logiciel HypnoVR® contient un scénario d'hypnose médicale adapté contenant des suggestions hypnotiques, des séquences de respiration guidée et de cohérence cardiaque. La durée choisie peut être de 20 minutes ou indéterminée. Les choix disponibles pour le patient seront les suivants : le choix de l'univers visuel (plage tropical, plongée, voyage astral, sous-bois, paysage enneigé), le choix d'une musique relaxante et celui d'une voix d'homme ou de femme. Ce logiciel permet également de réaliser une séance de distraction seule sans suggestion hypnotique où le patient établit son choix parmi les mêmes univers visuels et musicaux mais cette fois-ci sans voix, ni hypnose. Aucune donnée patientes ne sont enregistrées par le dispositif médical HypnoVR®.

Figure 2. Paysages virtuels du logiciel HypnoVR®.



Les contre-indications habituelles du dispositif sont pour mémoire :

- Sujet de moins de 7 ans,
- Patient dément ou avec retard de développement mental, psychotique ou suivi pour une pathologie psychiatrique,
- Epilepsie non équilibrée,
- Troubles visuels (vision binoculaire) et/ou auditif empêchant l'utilisation de la réalité virtuelle.

En ce qui concerne les effets indésirables classiquement reportés, il est à noter que certaines personnes (1/4000) peuvent avoir des vertiges, des contractions oculaires ou musculaires à la stimulation lumineuses ou de faisceaux lumineux. Ces crises sont plus fréquentes chez les enfants et l'adulte jeune. [37] D'autres signes d'inconfort (fatigue oculaire, vision altérée, désorientation, déséquilibre, trouble de coordination, crise d'anxiété, céphalées, nausées, vomissements) doivent faire arrêter l'utilisation du casque de réalité virtuelle. Ces symptômes de l'exposition à la réalité virtuelle disparaissent après l'utilisation du casque.

2.5. Critères d'évaluation

Le critère de jugement principal était la satisfaction du patient, évaluée par l'EVAN-LR à 24h de la chirurgie. Il s'agit d'un score multidimensionnel, auto déclaré, validé par une étude de grande ampleur [38] qui comporte 19 questions réparties en cinq dimensions évaluant le vécu péri-opératoire : l'attention, l'information, la douleur, l'inconfort et les délais d'attente. Les items sont notés de 1 à 5 selon l'échelle de Likert (1 = "*beaucoup moins qu'attendu*", 2 = "*moins qu'attendu*", 3 = "*comme attendu*", 4 = "*plus qu'attendu*", 5 = "*beaucoup plus qu'attendu*"). Chaque dimension de ce questionnaire est transformée linéairement en score compris entre 0 et 100 et le score global représente la moyenne de ces scores. Le patient complétait le questionnaire envoyé par mail ou par un appel téléphonique d'un médecin anesthésiste en aveugle.

Les critères de jugement secondaires comprenaient :

- Les posologies de sédation utilisées, évaluées en milligramme (mg), à J1 du jour de la chirurgie avant la sortie de la SSPI.
- La douleur, évaluée pendant la réalisation du bloc axillaire, en post-opératoire immédiat par une échelle visuelle analogique de 100mm (EVA), à J1, le jour de la chirurgie avant la sortie de la SSPI et sur une échelle numérique (EN) de 0 à 10, en post-opératoire à J2, le lendemain de l'intervention.
- L'anxiété, évaluée pendant la réalisation du bloc axillaire, en post-opératoire immédiat par l'EVA, à J1 le jour de la chirurgie avant la sortie de la SSPI et sur l'EN en post-opératoire à J2.
- Le confort, évalué pendant la réalisation du bloc axillaire, en post-opératoire immédiat par l'EVA, à J1 le jour de la chirurgie avant la sortie de la SSPI et sur l'EN en post opératoire à J2.
- Le recours à un analgésique de sauvetage, évalué à J2 de la chirurgie, à 24h.
- L'échec de l'ALR, évalué par la nécessité de convertir en anesthésie générale, recueilli à J1 de la chirurgie.
- La satisfaction du personnel soignant, infirmier anesthésiste, médecin anesthésiste-réanimateur, infirmier de bloc opératoire et chirurgien, recueillie sur une EVA à J1 le jour de la chirurgie.
- La satisfaction à long terme du patient, jugée par l'EN à un mois post-opératoire au travers d'un questionnaire envoyé par mail ou par un appel téléphonique d'un médecin anesthésiste en aveugle.

Les critères de tolérance clinique incluaient la mesure de la tension artérielle toutes les dix minutes, la fréquence cardiaque, la posologie de vasopresseurs, la saturation en

oxygène, la fréquence respiratoire, le débit d'oxygène utilisé et la survenue d'une confusion. La sécurité du dispositif médical d'HypnoVR® était évaluée par la survenue de nausées, de vomissements et par la nécessité d'arrêter la réalité virtuelle.

Les données recueillies intégraient également des données cliniques, l'âge, le sexe, le score ASA (« *American Society of Anesthesiologists* »), le score d'apfel, les comorbidités principales (insuffisance d'organe chronique, facteurs de risque et maladies cardiovasculaires, immunodépression, traitements avant admission), la consommation de tabac, d'alcool, de toxiques, de benzodiazépines et d'antalgiques.

Une évaluation pré-opératoire était réalisée avec l'EVA douleur pré-opératoire, l'EVA anxiété pré-opératoire et l'EVA confort pré-opératoire. Le score APAIS (Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale) dans sa version française était également rempli. C'est un outil de 6 questions validé pour évaluer le niveau d'anxiété pré-opératoire des patients. [39, 40]

Des données concernant le bloc opératoire étaient répertoriées : la posologie de naropéine utilisée (volume et concentration), le temps entre la réalisation du bloc axillaire et l'incision, la durée de la chirurgie et la durée de séjour en SSPI.

L'ensemble des données cliniques de suivi étaient recueillies :

- À J1 le jour de la chirurgie avant la sortie de SSPI par un anesthésiste,
- À J2, le lendemain de l'intervention par un mail ou un appel téléphonique d'un anesthésiste en aveugle,
- À J28, de l'intervention par un mail ou un appel téléphonique d'un anesthésiste en aveugle.

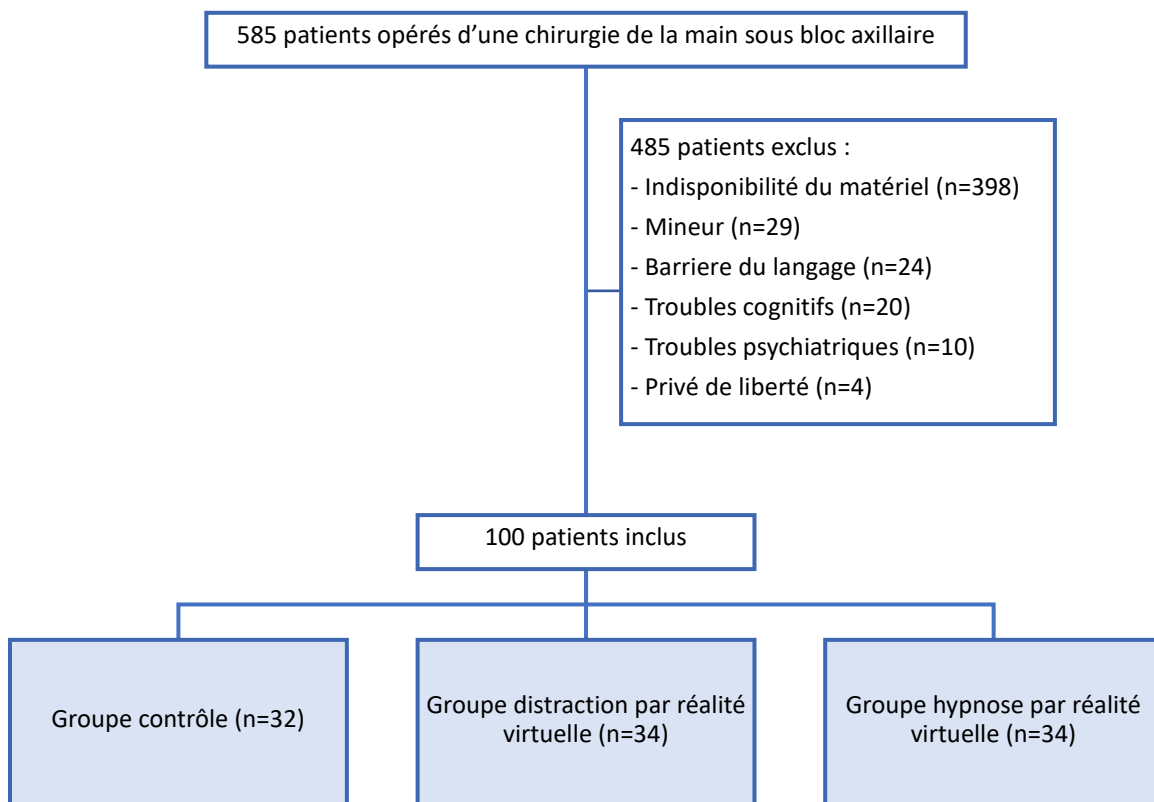
3. ANALYSE STATISTIQUE

Les données ont été testées pour déterminer la normalité de leur distribution (test de Shapiro-Wilk) et sont présentées sous la forme de moyennes et d'écart-types pour les variables continues ou médianes et intervalles inter-quartiles pour les variables non continues selon leur distribution. Les variables catégorielles sont présentées en n(%). Les comparaisons entre les groupes selon leurs résultats et leurs développements ont été réalisées en utilisant le test exact de Fisher ou le test T de Student selon leur distribution. La significativité a été définie pour un $p < 0,05$. Les analyses multivariées ont été réalisées par régression linéaire. Le carré de corrélation de Pearson (R^2) a été utilisé pour évaluer la corrélation des différentes variables. Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide de JMP version 13. Les données manquantes n'étaient pas remplacées. Le seuil de significativité a été fixé à 0,05. L'analyse a été réalisée en aveugle.

4. RÉSULTATS

De janvier à octobre 2021, 100 dossiers de patients adultes au statut ASA I-III, admis pour une chirurgie du membre supérieur sous ALR ont été analysés dans l'étude. Parmi ces derniers, 34 patients ont bénéficié d'une stratégie VR-H, 34 d'une stratégie VR-DT et 32 d'une stratégie CT. (Figure 1)

Figure 3. Flow Chart de l'analyse rétrospective menée sur l'analyse des 3 stratégies : Hypnose par réalité virtuelle (VR-H), Distraction par réalité virtuelle (VR-DT) ou Contrôle (CT).



Les caractéristiques démographiques des patients sont présentées dans le tableau 1. Les patients étaient comparables en termes d'âge, de statut ASA, de comorbidités, de consommation d'antalgiques et de types d'interventions chirurgicales. Cependant la population d'homme était plus importante dans le groupe VR-DT par rapport au groupe VR-H. (Tableau 1)

Le volume médian de naropéine employé pour la réalisation du bloc axillaire était de 26,5[23,25-30]mL et l'efficacité de l'anesthésie loco-régionale était jugée satisfaisante par un test au froid dans 94% des cas sans différence significative entre les groupes. Le temps médian

écoulé entre la réalisation du bloc axillaire et l'incision chirurgicale était de 40minutes [30-60] et la durée médiane de chirurgie était de 40minutes [30-60].

Tableau 1. Caractéristiques démographiques des patients selon la stratégie utilisée : Hypnose par réalité virtuelle (VR-H), Distraction par réalité virtuelle (VR-DT) ou Contrôle (CT).

	n=100	CT n=32	VR-DT n=34	VR-H n=34	Valeur p		
					VR-DT vs CT	VR-H vs CT	VR-H vs VR-DT
Age (années)	40[27-56]	32[28-65]	33[25-52]	47[30-59]	0,33	0,24	0,15
Sexe masculin, n(%)	62(62%)	20(62,5%)	26(76,5%)	16(47%)	0,2	0,21	0,01
Poids (kg)	60[68-82,3]	70[60,3-84]	72,5[64,8-80,8]	61[53-75]	0,83	0,04	0,03
Taille (cm)	174[165-178]	174[170-180]	175[167-178]	168[160-175]	0,73	0,02	0,03
IMC (kg/m ²)	23[21-25]	23[21-25,8]	23[22-25,5]	21,5[20-25]	0,36	0,21	0,02
Score ASA	2[1-2]	2[1-2]	2[1-2]	2[1-2]	0,26	0,33	0,45
EVA douleur pré-opératoire	3[0-5]	3[0-6]	2[0-4]	2[1-5]	0,12	0,26	0,49
EVA anxiété pré-opératoire	4[2-8]	4,5[2-9]	4,5[2-8]	4[2-7]	0,62	0,33	0,57
EVA confort pré-opératoire	8[7-10]	8[6-10]	8[7-10]	8[7-8]	0,83	1	0,87
Score APAIS	17[12-20]	17[11-22]	14[10-18]	17[12-21]	0,16	0,95	0,14
Score d'apfel	1[0-1]	1[0-2]	0[0-1]	1[0-1]	0,08	0,99	0,06
Consommation antalgiques, n(%)					0,08	0,2	0,56
Occasionnelle palier 1, 2	84(84%)	24(75%)	31(91,1%)	29(85,3%)			
Quotidienne palier 1, 2	14(14%)	8(25%)	3(8,8%)	3(8,8%)			
Occasionnelle palier 3	1(1%)	0	0	1(2,9%)			
Quotidienne palier 3	1(1%)	0	0	1(2,9%)			
Consommation, n(%)							
Benzodiazépines	8(8%)	4(12,5%)	3(8,8%)	1(2,9%)	0,63	0,14	0,3
Somnifères	3(3%)	2(6,3%)	0(0%)	1(2,9%)	0,14	0,52	0,31
Anxiolytiques	8(8%)	2(6,3%)	3(8,8%)	3(8,8%)	0,69	0,69	1
Tabagisme actif	43(43%)	12(37,5%)	16(47%)	15(44,1%)	0,73	0,86	0,97
Cannabis	10(10%)	2(6,3%)	4(11,8%)	4(11,8%)	0,44	0,44	1
Alcool	12(12%)	4(12,5%)	6(17,7%)	2(5,9%)	0,56	0,35	0,13
Comorbidité, n(%)	7(21%)	2(6,3%)	1(2,9%)	4(11,8%)	0,52	0,44	0,16
Insuffisance rénale chronique	0[0-0]	0[0-0]	0[0-0]	0[0-0]	0,32	0,32	1
Volume de naropéine (mL)	26,5[23,25-30]	25[21,3-30]	27[25-30]	27[20-32,3]	0,61	0,74	0,83
Efficacité de l'ALR, n(%)					0,06	0,19	0,31
Satisfaisante	94(94%)	27(84,3%)	34(100%)	33(97%)			
Modérée	5(5%)	4(12,5%)	0	1(3%)			
Faible	1(1%)	1(3%)	0	0			

Tableau 1. Caractéristiques démographiques des patients selon la stratégie utilisée : Hypnose par réalité virtuelle (VR-H), Distraction par réalité virtuelle (VR-DT) ou Contrôle (CT) (suite).

	n=100	CT n=32	VR-DT n=34	VR-H n=34	Valeur p		
					VR-DT vs CT	VR-H vs CT	VR-H vs VR-DT
Temps entre l'ALR et l'incision (min)	40[30-60]	42,5[30-60]	42,5[30-60]	40[30-60]	0,72	0,88	0,63
Type de chirurgie, n (%)					0,45	0,69	0,52
Fracture doigt	29(29%)	8(25%)	12(35,3%)	9(26,5%)			
Fractures main ou poignet	20(20%)	9(28,1%)	6(17,7%)	5(14,7%)			
Ablation de matériel d'ostéosynthèse	13(13%)	3(9,4%)	4(11,8%)	6(17,7%)			
Exploration de plaie	9(9%)	4(12,5%)	3(8,8%)	2(5,9%)			
Geste tendineux	4(4%)	2(6,3%)	0	2(5,9%)			
Ligamentoplastie	3(3%)	1(3,1%)	0	2(5,9%)			
Autre	22(22%)	5(15,6%)	9(26,5%)	8(23,5%)			
Durée de chirurgie(min)	40[30-60]	45[15-240]	32,5[15-120]	47,5[15-120]	0,38	0,88	0,43

Les données sont exprimées en médiane [25e-75e quartile] et en nombre de sujets (%)

4.1. Critère de jugement principal

La satisfaction du patient, évaluée par l'EVAN-LR à 24h de la chirurgie était améliorée de façon significative par la réalisation d'une hypnose par réalité virtuelle (VR-H: 87[84 -89] vs CT: 76[67 -87]; $p < 0,0001$) et d'une distraction par réalité virtuelle (VR-DT: 88[84-91] vs CT: 76[67 -87]; $p = 0,0001$). Cependant, il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre l'hypnose et la distraction par réalité virtuelle ($p = 0,97$). Les résultats sur le critère de jugement principal sont détaillés dans le tableau 2.

Tableau 2. Evaluation du critère de jugement principal, la satisfaction à 24h de l'intervention par l'EVAN-LR en fonction de la stratégie utilisée : Hypnose par réalité virtuelle (VR-H), Distraction par réalité virtuelle (VR-DT) ou Contrôle (CT).

	n=100	CT n=32	VR-DT n=34	VR-H n=34	Valeurs p		
					VR-DT vs CT	VR-H vs CT	VR-H vs VR- DT
EVAN-LR	86[78 -89]	76[67 -87]	88[84-91]	87[84 -89]	0,0001	<0,0001	0,97

Les données sont exprimées en médiane [25e-75e quartile]

4.2. Critères de jugement secondaires

4.2.1. Douleur

La douleur pré-opératoire, jugée par une EVA, était comparable entre les groupes (tableau 1). La douleur était diminuée de façon significative en utilisant l'hypnose par réalité virtuelle par rapport à la stratégie conventionnelle lors de la réalisation de l'ALR, en post-opératoire immédiat et à 24h de l'intervention. La douleur était également réduite de manière significative dans le groupe distraction par réalité virtuelle par rapport au groupe contrôle lors de la réalisation de l'ALR et à 24h de l'intervention. Les résultats sur la douleur sont présentés dans le tableau 3.

En revanche, la distraction ne diminuait pas la douleur post-opératoire immédiate et il n'y avait pas de différence statistiquement significative sur la douleur pendant l'ALR entre les groupes de réalité virtuelle hypnose et distraction.

4.2.2. Anxiété

Alors que l'anxiété était comparable entre les différents groupes autant sur l'EVA que sur le score APAIS (tableau 1) en pré-opératoire, celle-ci était diminuée de façon significative en utilisant l'hypnose par réalité virtuelle par rapport à la stratégie conventionnelle lors de la réalisation de l'ALR, en post-opératoire immédiat en sortie de SSPI et à 24h de l'intervention.

L'anxiété était également réduite dans le groupe distraction par réalité virtuelle par rapport au groupe contrôle lors de la réalisation de l'ALR, en post-opératoire immédiat en sortie de SSPI et à 24h de l'intervention de manière statistiquement significative. En revanche, il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les groupes de réalité virtuelle hypnose et distraction. Les résultats sur l'anxiété sont également résumés dans le tableau 3.

4.2.3. Confort

Le confort pré-opératoire, évalué par l'EVA était comparable entre les groupes (tableau 1). Le confort était amélioré de façon significative en utilisant l'hypnose par réalité virtuelle par rapport à la stratégie conventionnelle lors de la réalisation de l'ALR, en post-opératoire et à 24h de l'intervention. Le confort était également augmenté dans le groupe distraction par réalité virtuelle par rapport au groupe contrôle lors de la réalisation de l'ALR, en post-opératoire immédiat et à 24h de l'intervention de manière significative.

Par ailleurs, il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les groupes de réalité virtuelle hypnose et distraction. Les résultats sur le confort sont détaillés dans le tableau 3.

Tableau 3. Evaluation de la douleur, de l'anxiété et du confort per-opératoire en fonction de la stratégie utilisée : Hypnose par réalité virtuelle (VR-H), Distraction par réalité virtuelle (VR-DT) ou Contrôle (CT).

	n=100	CT n=32	VR-DT n=34	VR-H n=34	Valeurs p		
					VR-DT vs CT	VR-H vs CT	VR-H vs VR-DT
Douleur							
Pendant l'ALR (EVA)	2[0-3]	4[2,3-6]	1[0-2]	1[0-2]	<0,0001	<0,0001	0,56
Post opératoire, en SSPI (EVA)	0[0-0]	0[0-0]	0[0-0]	0[0-0]	0,24	0,009	0,08
Post opératoire, à 24h (EN)	3[1-6]	6[1-7]	3[0-4]	2[1-4]	0,0008	0,002	0,78
Anxiété							
Pendant l'ALR (EVA)	2[0-4]	5[3,3-7]	1[0-2]	1[0-2]	<0,0001	<0,0001	0,39
Post opératoire, en SSPI (EVA)	0[0-1]	1[0-2,8]	0[0-0]	0[0-0]	<0,0001	<0,0001	0,68
Post opératoire, à 24h (EN)	2[1-5]	6[3-8]	2[1-3]	1[0-2]	<0,0001	<0,0001	0,16
Confort							
Pendant l'ALR (EVA)	9[7-10]	6[5-7,8]	10[9-10]	10[8-10]	<0,0001	<0,0001	0,19
Post opératoire, en SSPI (EVA)	10[9-10]	8[7-9]	10[9,8-10]	10[10-10]	<0,0001	<0,0001	1
Post opératoire, à 24h (EN)	8[7-9]	7[5-8]	9[8-10]	8[7-9]	0,0005	<0,0001	0,19

Les données sont exprimées en médiane [25e-75e quartile]

4.2.4. Sédation

L'hypnose et la distraction par réalité virtuelle permettaient de réduire de façon significative l'utilisation de sédatifs pendant la réalisation de l'ALR et durant l'intervention. Le midazolam était le plus souvent employé par les anesthésistes, pendant la réalisation de l'ALR (n=17(53%)) mais aussi pendant l'intervention (n=6(18,75%)). (Tableau 4)

Tableau 4. Utilisation de sédatifs en per-opératoire en fonction de la stratégie utilisée : Hypnose par réalité virtuelle (VR-H), Distraction par réalité virtuelle (VR-DT) ou Contrôle (CT).

	n=100	CT n=32	VR-DT n=34	VR-H n=34	Valeurs p		
					VR-DT vs CT	VR-H vs CT	VR-H vs VR-DT
Pendant l'ALR	19(59,4%)	19(59,4%)	0	0	<0,0001	<0,0001	1
Pendant la chirurgie	9(28,1%)	9(28,1%)	0	0	0,0009	0,004	1

Les données sont exprimées en nombre de sujets (%)

4.2.5. Tolérance clinique

L'utilisation de la réalité virtuelle accompagnée d'hypnose ou de distraction permettait de diminuer la survenue d'apnée cependant ces techniques n'avaient pas d'influence sur la survenue de désaturation et de nausée. Aucun patient n'a présenté de vomissements ou de confusion. Les patients ayant bénéficié de la réalité virtuelle associée à de l'hypnose ou de la distraction se compliquaient de moins d'hypotension artérielle (VR-H 0%, VR-DT 0%, CT 9,4%) sans que cela soit significatif. La durée de séjour en SSPI était diminuée dans les groupes hypnose et distraction par réalité virtuelle. En post-opératoire, les patients des groupes de réalité virtuelle avaient également moins recours à un analgésique de sauvetage de manière significative. Les résultats des critères de tolérance clinique sont exposés dans le tableau 5.

Tableau 5. Résultats des critères de jugement secondaires en fonction de la stratégie utilisée : Hypnose par réalité virtuelle (VR-H), Distraction par réalité virtuelle (VR-DT) ou Contrôle (CT).

	n=100	CT n=32	VR-DT n=34	VR-H n=34	Valeurs p		
					VR-DT vs CT	VR-H vs CT	VR-H vs VR-DT
Conversion en AG, n (%)	2(2%)	2(6,3%)	0	0	0,14	0,21	0,31
Désaturation, n (%)	2(2%)	2(6,3%)	0	0	0,14	0,14	1
Apnée, n (%)	4(4%)	4(12,5%)	0	0	0,03	0,03	1
Hypotension artérielle, n (%)	3(3%)	3(9,4%)	0	0	0,07	0,07	1
Vasopresseur, n (%)	2(2%)	2(6,3%)	0	0	0,14	0,14	1
Nausée, n (%)	2(2%)	2(6,3%)	0	0	0,14	0,14	1
Arrêt de la VR, n (%)	4(4%)	0	0	4(11,8%)	1	0,45	0,004
Durée de séjour en SSPI (min)	20[15-30]	30[30-44]	15[15-20]	20[15-30]	<0,0001	0,0001	0,009
Analgésique de sauvetage	24(24%)	18(56,3%)	2(5,8%)	4(11,8%)	<0,0001	0,0001	0,39

Les données sont exprimées en médiane [25e-75e quartile] et en nombre de sujets (%)

4.2.6. Satisfaction du personnel du bloc opératoire

L'hypnose et la distraction par réalité virtuelle permettaient d'améliorer de façon significative la satisfaction du personnel soignant au bloc opératoire par rapport à une prise en charge conventionnelle. Ceci était évalué dans les équipes d'infirmier anesthésiste, d'anesthésiste-réanimateur, d'infirmier de bloc opératoire et de chirurgien. Il n'existait pas de différence statistiquement significative sur la satisfaction du personnel soignant entre l'hypnose et la distraction par réalité virtuelle. Les résultats sont détaillés dans le tableau 6.

Tableau 6. Evaluation de la satisfaction du personnel du bloc opératoire (EVA) selon la stratégie utilisée : Hypnose par réalité virtuelle (VR-H), Distraction par réalité virtuelle (VR-DT) ou Contrôle (CT).

	n=100	CT n=32	VR-DT n=34	VR-H n=34	Valeurs p		
					VR-H vs CT	VR-DT vs CT	VR-H vs VR-DT
Infirmier anesthésiste	10[8,3-10]	4,25[7,5-9]	10[10-10]	10[10-10]	p<0,001	p<0,001	0,46
Anesthésiste	10[9-10]	7[5-9]	10[10-10]	10[10-10]	p<0,001	p<0,001	0,4
Infirmier de bloc opératoire	10[9-10]	8[7-10]	10[10-10]	10[10-10]	p<0,001	p<0,001	0,44
Chirurgien	10[9-10]	7[8-9,8]	10[10-10]	10[10-10]	p<0,001	p<0,001	0,98

Les données sont exprimées en médiane [25e-75e quartile]

4.2.7. Satisfaction à long terme

La satisfaction à 1 mois évaluée par l'EN à 1 mois était améliorée de façon significative par l'hypnose et la distraction par réalité virtuelle par rapport à une stratégie conventionnelle. Cependant il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux techniques de réalité virtuelle. Les résultats sont présentés dans le Tableau 7.

Tableau 7. Evaluation de la satisfaction à 1 mois en fonction de la stratégie utilisée : Hypnose par réalité virtuelle (VR-H), Distraction par réalité virtuelle (VR-DT) ou Contrôle (CT).

	n=100	CT n=32	VR-DT n=34	VR-H n=34	Valeur p		
					VR-DT vs CT	VR-H vs CT	VR-H vs VR-DT
EN satisfaction à 1 mois	8[7-10]	7[7-8]	9[8-10]	9[8-10]	0,002	0,0002	0,88

Les données sont exprimées en médiane [25e-75e quartile]

5. DISCUSSION

Notre étude rétrospective a démontré que la satisfaction des patients, jugée sur l'EVAN-LR, à 24h d'une chirurgie du membre supérieur réalisée sous bloc axillaire, était améliorée significativement par l'hypnose par réalité virtuelle et par la distraction par réalité virtuelle. Cependant il n'y avait pas de bénéfice apporté d'une technique par rapport à l'autre sur les critères évalués. L'effet sur la satisfaction perdurait dans le temps puisqu'il y avait une différence statistiquement significative sur l'EN à 1 mois.

Concernant la distraction par réalité virtuelle, de récentes études sont concordantes avec nos résultats. Dans un essai prospectif sur 37 patients bénéficiant d'une chirurgie urologique sous rachianesthésie, Jee Youn Moon et al. ont décrit une proportion plus importante de patients très satisfaits lors de l'utilisation de la distraction par réalité virtuelle. [31] Récemment, en 2020, VR-PERLA Study, [32] une étude monocentrique observationnelle en chirurgie orthopédique a montré sur 100 patients une amélioration de la satisfaction en post-opératoire immédiat et à deux mois ainsi qu'une diminution de l'anxiété grâce à la réalité virtuelle par distraction.

Dans ces deux études, la satisfaction du patient était jugée par une échelle numérique, qui permettait une évaluation rapide mais qui n'était pas un score objectif et validé. C'est la raison pour laquelle nous avons choisi l'EVAN-LR, un score global, multidimensionnel, autodéclaré et validé par une étude de grande ampleur. [38] A notre connaissance, il n'existe pas de méthode de mesure fiable de la satisfaction à long terme, l'EVAN-LR est un score validé seulement dans les 48 heures post-opératoire.

La distraction par réalité virtuelle est maintenant de plus en plus documentée. Elle est communément utilisée dans la population pédiatrique pour réaliser des gestes interventionnels tels que les soins dentaires [26], les ponctions lombaires et les accès veineux. [20] Les enfants ont une capacité de distraction très importante et la réalité virtuelle est plus efficace chez les plus jeunes d'entre eux. [20] Elle est aussi décrite pour améliorer la douleur et l'anxiété lors de la réalisation de pansements chez des patients brûlés. [24]

A propos de l'hypnose par réalité virtuelle, à ce jour, il existe que très peu de données bibliographiques sur ce sujet. En 2021, Patterson et al ont publié « Hypnotic Enhancement of Virtual Reality Distraction Analgesia during Thermal Pain : A Randomized Trial », une étude prospective randomisée sur 205 volontaires sains qui montrait que l'hypnose par réalité virtuelle diminuait de façon significative la douleur lors d'un stimulus douloureux par rapport à la distraction par réalité virtuelle. [41]

Cependant deux essais prospectifs randomisés ont suggéré le contraire auparavant. Ils ont comparé la douleur lors d'un stimulus douloureux sur une petite population de volontaires sains répartis en 4 groupes : hypnose par réalité virtuelle, distraction par réalité virtuelle,

hypnose et groupe contrôle. Ils ont tous deux démontré que ces trois techniques réduisaient la douleur par rapport à une prise en charge standard mais qu'il n'y avait pas de bénéfice apporté par l'hypnose associée à la réalité virtuelle par rapport à une autre méthode. [27, 34] Ce sont des études expérimentales et il est nécessaire de conduire des essais cliniques afin d'évaluer le réel bénéfice de cette technique.

Pour rappel, l'hypnose est définie par un état de conscience (« *consciousness* ») qui induit une absorption de l'attention et une diminution de l'éveil (« *awareness* »), caractérisée par une plus grande capacité à répondre aux suggestions. Le principe en combinant les deux techniques en une thérapie est d'utiliser le paysage virtuel en 3D pour guider le patient à travers les mêmes étapes qu'une induction hypnotique. L'objectif est de rendre plus accessible l'hypnose et ses effets bénéfiques sur la douleur et l'anxiété péri-opératoire. En effet, cette technologie simple d'utilisation n'est pas dépendante des compétences et de la formation d'un hypnothérapeute. Dans le contexte actuel, au bloc opératoire, il est difficile d'envisager la présence constante d'un médecin qualifié auprès d'un patient afin de procéder à une hypnose. Cette technique pourrait donc nous permettre de faire bénéficier à un plus grand nombre de patients une hypnose analgésique standardisée à travers la réalité virtuelle.

Certains auteurs pensent que cette méthode pourrait produire une réponse hypnotique chez les personnes les moins hypnotisables. [33] La notion d'hypnotisabilité a été décrite pour la première fois par Hilgard comme la capacité d'une personne à être hypnotisée. [42] Elle est le plus souvent évaluée par l'échelle « Stanford Hypnotic Clinical Scale » (SHCS). [43] En théorie, l'hypnose par réalité virtuelle pourrait mieux capter l'attention des personnes qui ont des capacités d'imagination et d'absorption moindres.

L'illusion d'entrer dans un environnement 3D généré par un ordinateur est connu sous le terme de « présence ». [44] Ce concept de présence est ce qui permet à l'immersion par la réalité virtuelle d'être plus efficace sur le contrôle de la douleur qu'une méthode traditionnelle de distraction telle qu'un film sur une télévision ou un jeu vidéo. La réalité virtuelle provoque la relaxation du patient, son immersion dans un monde virtuel et le détournement de son attention. La focalisation de l'attention a une place centrale lors de l'induction hypnotique. La réalité virtuelle, en captivant l'attention du patient, permettrait d'améliorer l'impact de l'hypnose et des suggestions hypnotiques.

Les mécanismes de fonctionnement de cette technique sont encore méconnus. [41] Par exemple, lors d'une hypnose médicale, l'absorption et la dissociation viennent du sujet qui construit son propre monde avec les suggestions de l'hypnothérapeute. En réalité virtuelle, ce monde est imposé au sujet avec les technologies existantes. De plus, l'hypnose traditionnelle implique souvent une fermeture des yeux pour générer soi-même une image mentale. Il est possible que l'information visuelle importante générée par la réalité virtuelle interfère avec la capacité des participants à atteindre un état d'hypnose. [45] Les concepts fondamentaux et l'efficacité clinique de la réalité virtuelle par hypnose ne sont donc pas encore élucidés et nécessitent une investigation.

Notre étude permet de souligner l'intérêt de la réalité virtuelle pour réduire les risques liés à l'utilisation de sédations lors d'anesthésie loco-régionale. En effet, aucun patient ayant eu une des deux techniques de réalité virtuelle a reçu un médicament sédatif contrairement au groupe contrôle où 59,4% des patients ont eu un hypnotique pendant la réalisation de l'anesthésie loco-régionale et 9% pendant l'intervention chirurgicale. De plus, nous avons observé seulement dans le groupe contrôle des complications potentiellement liées aux sédations : des hypotensions artérielles (9,4%) et des apnées (12,5%). Ces résultats sont corroborés par l'étude de Pooja G. Pandya et al, qui montrait chez les patients ayant bénéficié d'une distraction par réalité virtuelle lors de la mise en place d'un cathéter du canal des adducteurs, une diminution de la posologie de fentanyl par rapport à un groupe contrôle. [46]

Cette étude met en relief l'amélioration de la douleur, de l'anxiété et du confort pendant la réalisation de l'anesthésie loco-régionale lors de l'utilisation de la réalité virtuelle associée à une distraction ou une hypnose. Cet effet est prolongé dans le temps puisque les résultats sont identiques en post-opératoire le lendemain de l'intervention.

La sécurité du dispositif de réalité virtuelle a été évaluée et nous n'avons retrouvé aucun effet secondaire tels que les nausées, les vomissements ou la confusion, au cours de son utilisation dans ce travail. Cela est supporté par des résultats similaires sur ce sujet dans d'autres études qui ne rapportent aucun effet indésirable. [32]

Nous avons observé quatre arrêts précoces de la réalité virtuelle dans le groupe hypnose par réalité virtuelle. Deux patients ont critiqué le caractère répétitif des séquences et les deux autres ont ressenti une sensation d'oppression. Ces arrêts sont tous survenus au début de l'étude et sont peut-être liés à un défaut de formation des équipes sur le matériel ou de leurs présentations. La possibilité de choisir plusieurs univers visuels qui s'enchaînent à la suite les uns des autres était méconnu par le personnel. Ce dernier était probablement plus à l'aise avec les explications données aux participants sur le fonctionnement du dispositif médical après quelques utilisations.

Néanmoins, le personnel du bloc opératoire a été satisfait par le dispositif de réalité virtuelle, utilisé en tant qu'hypnose ou distraction puisque notre étude met en évidence une amélioration de la satisfaction de l'anesthésiste, de l'infirmier anesthésiste, du chirurgien et de l'infirmier de bloc opératoire. Cela est possiblement en lien avec l'amélioration de l'anxiété et du confort du patient et la diminution de la survenue des effets secondaires en rapport avec les sédations. Ces données sont confortées par des résultats semblables sur les anesthésistes-réanimateurs dans l'étude VR Perla. [32]

Notre travail a permis de montrer une diminution de la durée de surveillance en SSPI cependant la durée d'hospitalisation post-opératoire n'a pas pu être évaluée car la majorité des chirurgies du membres supérieurs étaient réalisées en ambulatoire.

Notre étude présente plusieurs limites. Tout d'abord, même si le recueil a été particulièrement exhaustif, il s'agit d'un essai rétrospectif. Nous avons pris certaines précautions afin de contrôler de potentiels biais. Les deux groupes étaient comparables à

l'exception du nombre d'hommes plus important dans le groupe distraction, ce qui impliquait une taille et un poids plus important dans ce groupe. De plus, le personnel du bloc opératoire connaissait le groupe attribué au patient de manière aléatoire. Il nous paraît difficile d'établir des conditions d'aveugle avec la réalité virtuelle, en effet nous ne pouvons pas installer un casque avec un fond noir durant les procédures réalisées. En revanche, les méthodes d'évaluation des critères de jugements à travers des questionnaires standardisés récoltés par un anesthésiste en aveugle sont restées identiques pour tous les patients, limitant ainsi le risque de biais d'évaluation et de suivi.

L'étude était conduite sur une période courte de 8 mois ce qui permettait d'avoir peu de changements dans les équipes paramédicales et les médecins seniors impliqués. Néanmoins des internes d'anesthésie étaient accueillis tous les 3 mois dans le service, ce qui impliquait une nouvelle formation. Nous avons pris la décision de ne pas les écarter de la prise en charge des patients de l'étude afin de reproduire aux mieux les conditions réelles de pratique dans un centre hospitalier universitaire.

Concernant la satisfaction, il ne peut pas être exclu que l'amélioration induite par la réalité virtuelle, hypnose ou distraction, ne soit pas liée au temps passé avec les patients à expliquer les modalités de fonctionnement du dispositif plus qu'à la séance elle-même.

Le caractère monocentrique expose à des limites à type de validité externe, du fait de la logistique médico-chirurgicale potentiellement spécifique à notre centre. Une autre limite à soulever est également la représentation d'une seule spécialité chirurgicale, celle du membre supérieur. Ces données ne peuvent donc pas être appliquées à d'autres procédures.

Notre étude est la première à comparer les différentes méthodes de réalité virtuelle (hypnose et distraction) par rapport à une stratégie conventionnelle lors de chirurgies réalisées sous anesthésies loco-régionales. Les deux techniques ont montré un réel intérêt pour la satisfaction des patients. Cela suggère qu'elles pourraient devenir partie intégrante de la prise en charge des patients en chirurgie du membre supérieur afin d'améliorer la qualité des soins. Néanmoins, il n'y avait pas de différence statistiquement significative sur le bénéfice apporté d'une technique par rapport à l'autre. Cela peut être expliqué par un défaut de puissance de l'étude.

Il convient donc de réaliser une nouvelle étude pour confirmer ces résultats, cette fois interventionnelle, en randomisant un effectif plus important de patients bénéficiant d'interventions chirurgicales diverses et des anesthésies loco-régionales variées.

6. CONCLUSION

Dans cette étude rétrospective, lors de chirurgies du membre supérieur réalisées sous anesthésie loco-régionale par bloc axillaire, l'utilisation de l'hypnose et de la distraction par réalité virtuelle a permis d'améliorer la satisfaction à 24h de l'intervention évaluée par le score EVAN-LR (« Évaluation du Vécu de l'Anesthésie Loco-Régionale »). Grâce à ces techniques, la douleur, l'anxiété et l'inconfort des patients sont diminués pendant la réalisation de l'anesthésie loco-régionale avec un effet durable en post-opératoire. Nous avons observé une réduction des sédatifs utilisés avec également une baisse de leurs effets secondaires. De plus, la satisfaction du personnel au bloc opératoire était augmentée. En revanche, il n'y avait pas de bénéfice apporté d'une technique de réalité virtuelle par rapport à une autre sur tous les critères évalués.

Ces résultats doivent être confirmés par de nouveaux travaux, cette fois prospectifs avec une réflexion sur d'autres interventions chirurgicales et d'autres sites potentiels d'anesthésie loco-régionale.

7. RÉFÉRENCES

1. Liu SS, Strodbeck WM, Richman JM, Wu CL (2005) A comparison of regional versus general anesthesia for ambulatory anesthesia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Anesth Analg* 101:1634–1642. <https://doi.org/10.1213/01.ANE.0000180829.70036.4F>
2. Stamenkovic DM, Rancic NK, Latas MB, et al (2018) Preoperative anxiety and implications on postoperative recovery: what can we do to change our history. *Minerva Anestesiol* 84:1307–1317. <https://doi.org/10.23736/S0375-9393.18.12520-X>
3. Bushnell MC, Ceko M, Low LA (2013) Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain. *Nat Rev Neurosci* 14:502–511. <https://doi.org/10.1038/nrn3516>
4. Fuzier R, Lavidale M, Bataille B, et al (2010) [Anxiety: an independent factor of axillary brachial plexus block failure?]. *Ann Fr Anesth Reanim* 29:776–781. <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2010.08.010>
5. Melzack R, Wall PD (1965) Pain Mechanisms: A New Theory. *Science* 150:971–979. <https://doi.org/10.1126/science.150.3699.971>
6. Garcia-Larrea L, Peyron R (2013) Pain matrices and neuropathic pain matrices: A review. *Pain* 154:S29–S43. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.09.001>
7. Jones AK, Brown WD, Friston KJ, et al (1991) Cortical and subcortical localization of response to pain in man using positron emission tomography. *Proc Biol Sci* 244:39–44. <https://doi.org/10.1098/rspb.1991.0048>
8. Peyron R, Laurent B, García-Larrea L (2000) Functional imaging of brain responses to pain. A review and meta-analysis (2000). *Neurophysiol Clin Clin Neurophysiol* 30:263–288. [https://doi.org/10.1016/s0987-7053\(00\)00227-6](https://doi.org/10.1016/s0987-7053(00)00227-6)
9. Mulier JP (2016) Perioperative opioids aggravate obstructive breathing in sleep apnea syndrome: mechanisms and alternative anesthesia strategies. *Curr Opin Anaesthesiol* 29:129–133. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000281>
10. Sun EC, Darnall BD, Baker LC, Mackey S (2016) Incidence of and Risk Factors for Chronic Opioid Use Among Opioid-Naive Patients in the Postoperative Period. *JAMA Intern Med* 176:1286–1293. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.3298>
11. UNODC Annual Report. In: U. N. Off. Drugs Crime. [//www.unodc.org/unodc/en/about-unodc/annual-report.html](http://www.unodc.org/unodc/en/about-unodc/annual-report.html). Accessed 7 Oct 2021
12. Guenther U, Riedel L, Radtke FM (2016) Patients prone for postoperative delirium: preoperative assessment, perioperative prophylaxis, postoperative treatment. *Curr Opin Anaesthesiol* 29:384–390. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000327>
13. Elkins GR, Barabasz AF, Council JR, Spiegel D (2015) Advancing research and practice: the revised APA Division 30 definition of hypnosis. *Int J Clin Exp Hypn* 63:1–9. <https://doi.org/10.1080/00207144.2014.961870>
14. Montgomery GH, David D, Winkel G, et al (2002) The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: a meta-analysis. *Anesth Analg* 94:1639–1645, table of contents. <https://doi.org/10.1097/00000539-200206000-00052>

15. Kendrick C, Sliwinski J, Yu Y, et al (2016) Hypnosis for Acute Procedural Pain: A Critical Review. *Int J Clin Exp Hypn* 64:75–115. <https://doi.org/10.1080/00207144.2015.1099405>
16. Montgomery GH, Bovbjerg DH, Schnur JB, et al (2007) A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients. *J Natl Cancer Inst* 99:1304–1312. <https://doi.org/10.1093/jnci/djm106>
17. Valentine KE, Milling LS, Clark LJ, Moriarty CL (2019) THE EFFICACY OF HYPNOSIS AS A TREATMENT FOR ANXIETY: A META-ANALYSIS. *Int J Clin Exp Hypn* 67:336–363. <https://doi.org/10.1080/00207144.2019.1613863>
18. Lang EV, Benotsch EG, Fick LJ, et al (2000) Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. *The Lancet* 355:1486–1490. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02162-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02162-0)
19. Fernandez E (1986) A classification system of cognitive coping strategies of pain. *Pain* 26:141–51. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(86\)90070-9](https://doi.org/10.1016/0304-3959(86)90070-9)
20. Eijlers R, Utens EMWJ, Staals LM, et al (2019) Systematic Review and Meta-analysis of Virtual Reality in Pediatrics: Effects on Pain and Anxiety. *Anesth Analg*. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004165>
21. Bourdaud N HYPNOSE ET DISTRACTION PRÉOPÉRATOIRE CHEZ L'ENFANT. 11
22. Lee J, Lee J, Lim H, et al (2012) Cartoon Distraction Alleviates Anxiety in Children During Induction of Anesthesia. *Anesth Analg* 115:1168–1173. <https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e31824fb469>
23. Patel A, Schieble T, Davidson M, et al (2006) Distraction with a hand-held video game reduces pediatric preoperative anxiety. *Paediatr Anaesth* 16:1019–1027. <https://doi.org/10.1111/j.1460-9592.2006.01914.x>
24. Scheffler M, Koranyi S, Meissner W, et al (2018) Efficacy of non-pharmacological interventions for procedural pain relief in adults undergoing burn wound care: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Burns J Int Soc Burn Inj* 44:1709–1720. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2017.11.019>
25. Tashjian VC, Mosadeghi S, Howard AR, et al (2017) Virtual Reality for Management of Pain in Hospitalized Patients: Results of a Controlled Trial. *JMIR Ment Health* 4:e9. <https://doi.org/10.2196/mental.7387>
26. Furman E, Jasinevicius TR, Bissada NF, et al (2009) Virtual reality distraction for pain control during periodontal scaling and root planing procedures. *J Am Dent Assoc* 140:1508–1516. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2009.0102>
27. Enea V, Dafinoiu I, Opreș D, David D (2014) Effects of hypnotic analgesia and virtual reality on the reduction of experimental pain among high and low hypnotizables. *Int J Clin Exp Hypn* 62:360–377. <https://doi.org/10.1080/00207144.2014.901087>
28. Pourmand A, Davis S, Lee D, et al (2017) Emerging Utility of Virtual Reality as a Multidisciplinary Tool in Clinical Medicine. *Games Health J* 6:263–270. <https://doi.org/10.1089/g4h.2017.0046>
29. Cardo RAI, David OA, David DO (2017) Virtual reality exposure therapy in flight anxiety. *Comput Hum Behav* 72:371–380. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.03.007>
30. Chan PY, Scharf S (2017) Virtual Reality as an Adjunctive Nonpharmacological Sedative During Orthopedic Surgery Under Regional Anesthesia: A Pilot and Feasibility Study. *Anesth Analg* 125:1200–1202. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002169>

31. Moon JY, Shin J, Chung J, et al (2018) Virtual Reality Distraction during Endoscopic Urologic Surgery under Spinal Anesthesia: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Med* 8:. <https://doi.org/10.3390/jcm8010002>
32. Alaterre C, Duceau B, Sung Tsai E, et al (2020) Virtual Reality for PEripheral Regional Anesthesia (VR-PERLA Study). *J Clin Med* 9:. <https://doi.org/10.3390/jcm9010215>
33. Askay SW, Patterson DR, Sharar SR (2009) VIRTUAL REALITY HYPNOSIS. *Contemp Hypn J Br Soc Exp Clin Hypn* 26:40–47. <https://doi.org/10.1002/ch.371>
34. Patterson DR, Hoffman HG, Palacios AG, Jensen MJ (2006) Analgesic effects of posthypnotic suggestions and virtual reality distraction on thermal pain. *J Abnorm Psychol* 115:834–841. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.4.834>
35. (2018) Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle (patients adultes) - La SFAR. In: Société Fr. D'Anesthésie Réanimation. <https://sfar.org/antibioprophylaxie-en-chirurgie-et-medecine-interventionnelle-patients-adultes-2017/>. Accessed 4 Oct 2021
36. Diemunsch P (2008) Conférence d'experts – Texte court. Prise en charge des nausées et vomissements postopératoires. *Ann Fr Anesth Réanimation* 27:866–878. <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2008.09.004>
37. Oculus. <https://www.oculus.com/legal/health-and-safety-warnings/>. Accessed 7 Oct 2021
38. Maurice-Szamburski A, Bruder N, Loundou A, et al (2013) Development and validation of a perioperative satisfaction questionnaire in regional anesthesia. *Anesthesiology* 118:78–87. <https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e31827469f2>
39. Moerman N, van Dam FS, Muller MJ, Oosting H (1996) The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Anesth Analg* 82:445–451. <https://doi.org/10.1097/00000539-199603000-00002>
40. Maurice-Szamburski A, Loundou A, Capdevila X, et al (2013) Validation of the French version of the Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS). *Health Qual Life Outcomes* 11:166. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-166>
41. Patterson DR, Hoffman HG, Chambers G, et al (2021) Hypnotic Enhancement of Virtual Reality Distraction Analgesia during Thermal Pain: A Randomized Trial. *Int J Clin Exp Hypn* 69:225–245. <https://doi.org/10.1080/00207144.2021.1882259>
42. Hilgard ER (1975) The alleviation of pain by hypnosis. *PAIN* 1:213–231. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(75\)90039-1](https://doi.org/10.1016/0304-3959(75)90039-1)
43. Morgan AH, Hilgard JR (1978) The Stanford Hypnotic Clinical Scale for adults. *Am J Clin Hypn* 21:134–147. <https://doi.org/10.1080/00029157.1978.10403968>
44. Hoffman HG, Richards TL, Coda B, et al (2004) Modulation of thermal pain-related brain activity with virtual reality: evidence from fMRI. *Neuroreport* 15:1245–1248. <https://doi.org/10.1097/01.wnr.0000127826.73576.91>
45. Rousseaux F, Bicego A, Ledoux D, et al (2020) Hypnosis Associated with 3D Immersive Virtual Reality Technology in the Management of Pain: A Review of the Literature. *J Pain Res* 13:1129–1138. <https://doi.org/10.2147/JPR.S231737>
46. Pandya PG, Kim TE, Howard SK, et al (2017) Virtual reality distraction decreases routine intravenous sedation and procedure-related pain during preoperative adductor canal catheter insertion: a retrospective study. *Korean J Anesthesiol* 70:439–445. <https://doi.org/10.4097/kjae.2017.70.4.439>

8. ANNEXES

Annexe 1. Questionnaire du score « Evaluation du Vécu de l'Anesthésie Loco Régionale », l'EVAN-LR.

AVANT L'OPERATION, LORS DES VISITES AVEC L'ANESTHESISTE
1. J'ai reçu de l'information sur ce qui allait se passer
2. J'ai pu poser les questions que je voulais
3. je me suis senti rassuré, détendu, mis en confiance
AVANT L'OPERATION, LORS DES VISITES AVEC LE CHIRURGIEN
4. J'ai reçu de l'information sur ce qui allait se passer
5. Je me suis senti rassuré, détendu, mis en confiance
A L'ARRIVEE AU BLOC :
6. Mon intimité a été respectée
PENDANT L'OPERATION :
7. J'ai ressenti des sensations désagréables, comme soif, faim, nausées, vomissements, maux de tête
8. J'ai été gêné d'entendre ou voir ce qu'il se passait
APRES L'OPERATION
9. J'ai ressenti des sensations désagréables, comme soif, faim, nausées, vomissements, maux de tête
10. J'ai été gêné dans mon confort : froid, chaud, mal installé sur le lit
11. J'ai eu mal
DEPUIS MON RETOUR DANS LE SERVICE OU CHEZ MOI
12. J'ai ressenti des sensations désagréables, comme soif, faim, nausées, vomissements, maux de tête
13. J'ai été gêné dans mon confort : froid, chaud, mal installé sur le lit
14. J'ai eu mal
GLOBALEMENT CONCERNANT LE PERSONNEL
15. A mon arrivée dans le bloc les médecins ont été attentionnés
16. En salle de réveil, le médecin et le personnel soignant ont été attentionnés
17. Depuis mon retour dans le service, le personnel soignant a été attentionnés
LES DELAIS D'ATTENTE M'ONT PARU ANORMALEMENT ELEVES
18. Pour avoir un rendez-vous avec l'anesthésiste ou le chirurgien
19. Lors des consultations avant l'opération

Annexe 2. Tableau « EVAN-LR détaillé selon les dimensions, à 24 heures de l'intervention selon la stratégie utilisée : Hypnose par réalité virtuelle (VR-H), Distraction par réalité virtuelle (VR-DT) ou Contrôle (CT). »

	n=100	CT n=32	VR-DT n=34	VR-H n=34	Valeurs <i>p</i>
Information	17[16-19]	16[14-18]	18[16-20]	18[17-20]	<i>a, b</i>
Attention	23[21-25]	21[19-24]	24[23-25]	24[23-25]	<i>a, b</i>
Confort	19[17-20]	16[14-19]	19[18-20]	20[18-20]	<i>a, b</i>
Attente	8[7-10]	7[6-10]	9[8-10]	9[8-10]	
Douleur	20[17-22]	16[15-20]	22[20-24]	21[20-23]	<i>a, b</i>

Les données sont exprimées en médiane [25e-75e quartile]

a : $p < 0,05$ pour un test entre groupe contrôle et Hypnose par réalité virtuelle

b : $p < 0,05$ pour un test entre groupe contrôle et Distraction par réalité virtuelle

c : $p < 0,05$ pour un test entre groupe Hypnose par réalité virtuelle et Distraction par réalité virtuelle

Annexe 3. Score APAIS (Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale)

L'APAIS, dans sa version française, évalue l'anxiété et le besoin d'informations des patients. Ce questionnaire d'auto-évaluation possède des capacités métrologiques et une facilité de réalisation qui en font un outil de dépistage utilisable en consultation d'anesthésie. Un score d'anxiété globale (allant de 4 à 20) supérieur à 10 a permis de définir les patients avec une anxiété préopératoire élevée.

	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	J'aimerais en savoir le plus possible sur l'intervention					

“ Au moment d’être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j’y manque. ”



Résumé

Introduction

De nouvelles approches non pharmacologiques ont été développées afin de réduire l'anxiété et la douleur des patients au bloc opératoire. La réalité virtuelle fait partie de celles-ci. Elle est utilisée en tant que dispositif de distraction mais peut aussi être associée à une hypnose. Il n'existe à ce jour que peu de données comparant l'efficacité de ces différentes techniques. Nous avons ainsi mené une étude observationnelle rétrospective évaluant l'intérêt de l'hypnose par réalité virtuelle (VR-H) et de la distraction par réalité virtuelle (VR-DT) par rapport à une stratégie conventionnelle (CT) sur la satisfaction des patients, la douleur, l'anxiété, le confort et le recours médicamenteux en per et post-opératoire.

Matériels et méthodes

Sur 585 patients opérés d'une chirurgie du membre supérieur sous bloc axillaire de janvier à octobre 2021, 100 patients adultes ont été analysés, bénéficiant de la stratégie VR-H (n=34), VR-DT (n=34), ou CT (n=32). Le critère de jugement principal était la satisfaction du patient, évaluée par l'EVAN-LR à 24h de la chirurgie. Les critères de jugement secondaires comprenaient notamment l'évaluation de la douleur, l'anxiété et le confort péri-opératoire par EVA, la posologie des sédatifs utilisés et leurs effets indésirables éventuels ainsi que la satisfaction à long terme du patient par EN.

Résultats

L'hypnose et la distraction par réalité virtuelle amélioraient la satisfaction des patients à 24h de l'intervention par rapport au groupe contrôle de manière significative (VR-H: 87[84-89] vs VR-DT: 88[84-91] vs CT: 76[67-87]). Les deux techniques permettaient également une amélioration de la douleur post-opératoire (VR-H: 2[1-4] vs VR-DT: 3[0-4] vs CT: 6[1-7]), de l'anxiété post-opératoire (VR-H: 1[0-2] vs VR-DT: 2[1-3] vs CT: 6[3-8]) et du confort post-opératoire (VR-H: 8[7-9] vs VR-DT: 9[8-10] vs CT: 7[5-8]) par rapport au groupe contrôle. Les sédatifs étaient moins utilisés dans les groupes de réalité virtuelle (VR-H: 0(0%) vs VR-DT: 0(0%) vs CT: 19(59,4%)). En revanche, il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre l'hypnose et la distraction sur ces mêmes critères évalués.

Conclusion

Lors de chirurgies du membre supérieur réalisées sous bloc axillaire, l'utilisation de l'hypnose et de la distraction par réalité virtuelle permettait d'améliorer la satisfaction, la douleur, l'anxiété et le confort des patients, mais permettait également de diminuer les sédatifs et donc leurs effets secondaires. En revanche, dans notre étude, il n'y avait pas de bénéfice rapporté d'une technique de réalité virtuelle par rapport à une autre sur tous les critères évalués.