

Ce document numérique est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur au même titre que sa version papier.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

L'Institut Français d'Hypnose a pris soin de demander son accord à l'auteur avant de diffuser ce document.



UNIVERSITE DE LA REUNION

**Diplôme Universitaire
HYPNOSE MEDICALE ET CLINIQUE**

**Mémoire
HYPNOSE RAPIDE AU BLOC OPERATOIRE**

Juin 2013

Bertrand LAU-WEN-TAI, Infirmier Anesthésiste

Dirigé par **Antoine BIOY**, PU, Psychologue Clinicien, Hypnothérapeute

REMERCIEMENTS

A **Monsieur Antoine BIOY,**

pour la richesse de son enseignement, pour ses remarques et conseils sur ce travail, pour m'avoir accompagné et fait découvrir l'hypnose.

A **Madame Isabelle CELESTIN-LHOPITEAU,**

Madame Isabelle NEGRE,

Monsieur Arnaud GOUCHET,

pour leur enseignement passionnant de l'hypnose.

A **l'Equipe pédagogique de ce D.U.,**

pour ses conseils.

Aux patientes qui ont su me faire confiance dans leurs expériences de l'hypnose.

Aux collègues qui m'ont aidé « sans en avoir l'air » pour la réalisation de ce travail.

A mes proches qui m'ont encouragé pour la pratique de l'hypnose.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
REVUE DE TRAVAUX.....	2
I. QU'EST-CE QUE L'HYPNOSE ?	2
II. INTERET DE L'HYPNOSE EN ANESTHESIE	3
III. INTERET DE LA COMMUNICATION	5
III.1 Le choix des mots.....	5
III.2 L'écoute active du patient	6
III.3 Le comportement et la communication non verbale	6
IV. HYPNOSE ET ANXIETE.....	9
IV.1 La reification	9
IV.2 Le "safe place"	10
V. HYPNOSE ET DOULEUR	11
VI. HYPNOSE CONVERSATIONNELLE.....	13
VII. HYPNOSEDATION	15
VIII. HYPNOSE RAPIDE AU BLOC OPERATOIRE	17
VIII.1 Les contraintes du bloc opératoire	17
VIII.2 L'accueil attentif du patient.....	21
VIII.3 L'hypnose conversationnelle et l'hypnosédation	22
METHODOLOGIE	23
I. DESCRIPTION DU CADRE.....	23
II. PRESENTATION DES PATIENTS.....	24
RECUEIL DE DONNEES.....	25
I. PRESENTATION DU DEROULE DES ENTRETIENS	25
I.1 Premier entretien	25
I.2 Second entretien	28
II. OBSERVATIONS CLINIQUES.....	33
II.1 Premier entretien	33
II.2 Second entretien	33
DISCUSSION	35
CONCLUSION	37
BIBLIOGRAPHIE.....	38

Au cours de ma carrière professionnelle d'Infirmier Anesthésiste, soulager la douleur et l'anxiété des patients a toujours été les objectifs prioritaires de ma pratique.

Après avoir utilisé de nombreuses techniques et moyens médicamenteux de prise en charge de la douleur, il arrive un moment où l'on cherche encore à améliorer les outils mis à notre disposition avec le regard non plus de technicien de l'anesthésie mais de soignant dans toute sa dimension. On se demande alors quel autre moyen non médicamenteux pourrait-on utiliser non seulement pour soulager la douleur mais aussi pour gérer l'anxiété de nos patients ?

Il y a 7 ans, j'ai eu l'opportunité de faire une formation dont l'intitulé était : Techniques Non Médicamenteuses de Prise en Charge de la Douleur, à savoir une initiation à l'hypno analgésie.

J'avoue m'être inscrit à cette formation aussi par curiosité car l'hypnose représentait pour moi, comme pour de nombreuses personnes, un monde assez mystérieux. A la première journée de formation, j'ai vite été conquis par cette discipline. L'année suivante j'ai renouvelé cette formation en l'approfondissant par un deuxième cycle. Mes deux premières années de pratique de l'hypnose au bloc opératoire furent alors riches en expériences ; mais difficile à maintenir, peut-être au début du fait que j'étais quasiment seul à pratiquer, et en raison aussi de la pression exercée au bloc opératoire.

La mise en place de ce Diplôme Universitaire d'Hypnose Médicale et Clinique s'est avérée être une excellente façon d'approfondir mes connaissances.

Au cours de ma formation initiale, je me demandais comment j'allais pouvoir mettre en pratique au bloc opératoire ce que j'avais appris, compte tenu des difficultés essentielles rencontrées sur le terrain à savoir : mettre en place une séance d'hypnose rapidement sans perturber pour autant l'organisation du bloc, et faire en sorte que cette séance d'accompagnement soit brève mais efficace pour le patient.

I. Qu'est-ce que l'hypnose ?

L'hypnose est un état modifié de conscience, différent de la veille et du sommeil par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi (Bioy et al, 2010).

C'est un état naturel de l'organisme, une sorte de rêve éveillé caractérisé par une focalisation et une fixation de notre attention pendant un certain temps. Il en découle un état de dissociation de la conscience habituelle dans lequel la perception du temps est modifié.

Dans la littérature sur l'hypnose, on retrouve plusieurs définitions. Selon le psychiatre Jean Godin : « l'hypnose est un mode de fonctionnement psychologique dans lequel un sujet, grâce à l'intervention d'une autre personne, parvient à faire abstraction de la réalité environnante, tout en restant en relation avec l'accompagnateur » (Godin, 1991).

Milton Erickson, qui a beaucoup œuvré dans l'hypnose thérapeutique, définit l'hypnose comme : « un état de conscience dans lequel vous présentez à votre sujet une communication, avec une compréhension et des idées, pour lui permettre d'utiliser cette compréhension et ces idées à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissages » (Erickson, 1980).

Il met l'accent sur les suggestions indirectes et sur l'importance d'observer le comportement des patients afin d'y attacher des suggestions qui vont anticiper et développer plus avant ces comportements. (1)

Outre le fait que l'hypnose est un état habituel que chacun de nous peut expérimenter plusieurs fois dans la journée, être ici et ailleurs, être en train de faire une chose et laisser aller son imaginaire ; l'hypnose c'est faire de façon structurée avec l'aide d'un thérapeute ce qu'on a l'habitude de faire mais dans un but intentionnel. (2)

C'est dans ce cadre thérapeutique que s'inscrit l'hypnose médicale et clinique, afin d'aider nos patients à utiliser leurs propres ressources pour ne plus percevoir, au moins un temps, leur douleur et/ou leur anxiété.

II. Intérêt de l'hypnose en anesthésie

L'hypnose peut être utilisée dans plusieurs champs thérapeutiques :

- les troubles dits psychosomatiques,
- les troubles de la dépendance et alimentaires,
- les troubles anxio-dépressifs,
- les douleurs chroniques et aiguës.

Elle est également appropriée pour l'approche d'un soin douloureux et, pour ce qui me concerne particulièrement, en anesthésie avec l'hypnosédation.

L'hypnose a été pratiquée en chirurgie les premières fois au début du 19^{ème} siècle et interrompue au milieu de ce même siècle lors de la découverte de l'éther et du chloroforme. A la fin du 20^{ème} siècle on voit de nouveau apparaître l'utilisation de cette technique en chirurgie. C'est le professeur Faymonville M.E et son équipe du CHU de Liège en 1992 qui ont été les précurseurs de l'utilisation de l'hypnosédation. Introduite d'abord en chirurgie plastique et par la suite en chirurgie endocrinienne, l'hypnose au bloc opératoire s'est aujourd'hui développée dans toutes les chirurgies, dans les examens endoscopiques, associant une sédation intraveineuse et une anesthésie locale. L'hypnosédation permet alors au patient de rester conscient mais distrait, dans un état très confortable en chirurgie. (3)

Certaines pratiques en anesthésie consistent parfois en une induction hypnotique avec une légère sédation avant l'anesthésie générale. On peut alors constater tout le bénéfice de l'hypnose pendant et après l'acte opératoire. Je me souviens d'une de mes premières inductions hypnotiques où la patiente, qui certes connaissait ce qu'était l'hypnose, avait consommé très peu de médicaments anesthésiques durant l'intervention malgré la virulence de l'acte qu'elle subissait et sa durée. Elle s'était réveillée avec un sentiment de bien-être et une douleur bien moindre vue la chirurgie subie. Aussi l'impact est bénéfique sur la durée de l'hospitalisation de nos patients, et par conséquent sur les coûts des soins de santé.

L'hypnose est une technique qui agit sur les modes de perception de la douleur et qui augmente le seuil de tolérance. Des études cliniques faites par l'équipe de Faymonville ont permis de démontrer que les personnes opérées sous hypnose utilisent beaucoup moins d'analgésiques et d'anxiolytiques durant l'opération, grâce au pouvoir potentialisant de

l'hypnose sur l'action de ces médicaments. (3) La méthode hypnotique d'hypnosédation améliore ainsi la fatigue, l'anxiété et la douleur des patients en postopératoire.

Comment alors l'hypnose agit-elle sur le réseau de la douleur ? C'est ce que l'équipe du Pr. Faymonville a tenté de démontrer avec l'IRM. En provoquant une stimulation douloureuse chez des personnes volontaires en conscience normale ou chez des personnes en conscience normale lorsqu'elles pensaient à leurs vacances ou encore chez des personnes sous hypnose en train de revivre leurs vacances, ils ont pu montrer que la stimulation douloureuse est alors modifiée subjectivement par le patient. Le cortex cingulaire antérieur intervient dans la modulation de la perception douloureuse et influence tout le réseau de la douleur qui va être beaucoup moins activé. Avec l'hypnose, de manière non pharmacologique, on peut obtenir ainsi un effet comparable aux analgésiques. (4)

L'hypnose en anesthésie a tout son intérêt dès lors qu'elle permet aux patients de diminuer leur anxiété avant l'acte opératoire et la perception de leur douleur pendant et après l'acte opératoire. Cependant elle requiert bien entendu la coopération du patient et sa confiance envers le thérapeute. Ce dernier doit donc tout mettre en œuvre pour faciliter cette collaboration afin que le patient puisse se laisser aller ou pour certains « lâcher prise ». (5)

III. Intérêt de la communication

La façon de communiquer avec le patient dès les premiers instants de son parcours au bloc opératoire semble primordiale pour le déroulement d'une hypnose. Les infirmier(e)s anesthésistes, les infirmier(e)s de bloc et surtout les aides soignants et agents sont les premiers à accueillir les patients au bloc opératoire. C'est à cet instant que se joue la possibilité d'envisager une hypnose dès lors que l'on a pu voir le patient auparavant en tant que personnel paramédical, comme c'est le cas dans de nombreux blocs.

Cette communication a son importance non seulement dans le verbal mais aussi dans le non verbal. Les paroles et les mots utilisés, par la simple évocation qu'ils provoquent, peuvent faire dévier la pensée vers d'autres préoccupations. (6) Le choix des mots et phrases correctes à utiliser est alors primordial.

III.1 Le choix des mots

Nous avons tous entendu ou utiliser des mots comme :

- « Ne vous inquiétez pas, tout va bien se passer », ou encore,
- « Vous n'avez pas trop froid ? ».

Alors qu'on devrait plutôt dire :

- « Soyez tranquille, soyez rassuré, tout va bien se passer »,
- « Avez-vous chaud ? ».

Cela peut paraître absurde pour certaines personnes, mais il faut savoir qu'en général le futur opéré est en « transe » négative à son arrivée au bloc opératoire. Aussi il retiendra le mot « inquiétez » et se focalisera alors sur les craintes liées à l'événement à venir et son cerveau va ignorer la négation. L'effet produit sera donc l'inverse de celui recherché.

Les mots anxiogènes comme « piquer, désagréable » sont également à éviter. De préférence, il faut utiliser des phrases positives et avoir une attitude rassurante pour accompagner le patient vers une « transe » positive.

De même des phrases comme :

- « N'ayez pas peur...ça ne fait pas mal... »

seront judicieusement remplacées par :

- « Soyez rassuré...cela va être confortable ».

Les mots confort et sécurité rassureront le patient et lui permettront d'être en confiance avec le soignant.

La négation, cependant, peut parfois être utilisée à bon escient :

- « Vous n'êtes pas obligé d'être complètement détendu »,
- « Ne vous détendez pas trop vite », « vous n'avez pas besoin de faire grand-chose de particulier.. » (2)

En outre, cela permet de placer une confusion.

III.2 L'écoute active du patient

Bien communiquer c'est aussi bien écouter le patient, en pratiquant une écoute active c'est-à-dire :

- Regarder la personne pour lui faire savoir qu'on l'écoute, et non pas consulter le dossier d'anesthésie pendant que le patient répond à nos questions !
- Reformuler au besoin pour lui permettre de valider,
- et rester curieux de ce qu'il a dit (Ah oui, c'est intéressant ce que vous dites !).

« La nature nous a donné 2 oreilles et 1 seule bouche afin que nous écoutions deux fois plus qu'on ne parle » ! (6)

Cette écoute implique une disponibilité de la part du soignant pour entendre et recevoir avec une vigilance particulière tout ce que dit le patient. Car ce sont ses dires qui orienteront le soignant pour mieux communiquer avec lui et donc mieux l'aider.

De son côté, le patient a une oreille sélective : si on lui demande de faire abstraction des bruits alentours et de n'écouter que « ma » propre voix, on s'aperçoit qu'il y parvient très vite : l'écoute est un acte volontaire sur lequel nous pouvons agir.

III.3 Le comportement et la communication non verbale

Le comportement est tout aussi important : accueillir le patient avec le sourire, se présenter et nommer le patient par son nom, être soi-même à l'aise, calme et serein sont autant d'attitudes qui favorisent une attention positive du patient.

Elles le rassurent, participent à faciliter la relation de confiance et de collaboration à établir et permettent ainsi d'accompagner le patient vers une transe positive.

De même, les postures, l'expression du visage, les gestes, le territoire et la distance vis à vis de l'autre sont autant d'éléments non verbaux qui entrent pour près de 60% dans notre relationnel affectif. (6). Cela joue aussi un rôle décisif dans la façon de communiquer.

Lorsque le patient arrive au bloc opératoire, il entre dans un territoire bien souvent inconnu, entraînant pour certains un comportement de défense qui peut influencer sa relation face au soignant. Celui-ci doit pouvoir alors le décrypter et adopter une position d'aide plutôt qu'une position de confrontation. Le fait que ce patient arrive allongé dans un lit induit dès l'origine de la rencontre ce sentiment d'être dominé par l'autre.

Aussi nous nous positionnons généralement et naturellement vers la tête du patient et non à ses pieds ! Cela nous permet bien sûr d'être plus à l'écoute et ainsi conditionne notre relation. Pour ma part, lorsque que je perfuse un patient, je me mets au même niveau que lui, c'est-à-dire assis, et non debout (attitude dominante). Il est vrai que je le faisais au début de ma pratique professionnelle pour ménager mon dos, mais cette attitude m'a permis de constater simplement que les patients semblaient plus rassurés.

Il en est de même lorsque je mets le masque à oxygène sur son visage et que je rapproche ma tête de la sienne pour lui parler, je reste assis. Je continue ainsi en plus à m'éviter un mal de dos lors de l'intubation !

La distance à l'autre que nous prenons lors d'une séance d'hypnose conditionne donc notre aptitude à communiquer. Au début de l'entretien, nous éviterons le face à face au profit d'une position à angle droit voir côte à côte ; c'est ce que nous faisons naturellement lorsque le patient est sur la table d'opération. Comme précédemment, je reste assis, proche de lui afin de garder une zone de convivialité tout en respectant la bonne distance. Lors du déroulement de ma séance d'hypnose au bloc, je peux progressivement, au fil de l'induction hypnotique, chuchoter à l'oreille du patient afin de créer une certaine intimité. Il s'agit cependant de veiller à ne pas mettre mal à l'aise la personne qui peut ressentir cela comme une intrusion. Là encore, il est nécessaire de s'adapter à chaque individu.

La posture joue donc son rôle en hypnose. Avoir un comportement semblable au patient facilite le rapprochement et la congruence. Il est nécessaire de bien observer son patient et de l'imiter de façon subtile. C'est ce que nous appelons aussi le « pacing » ou l'art et la façon de se comporter, la façon de parler du patient et sa façon de respirer. (2)

Ma façon de communiquer a changé depuis mes premières formations en hypnose. J'évite autant que possible les formulations négatives, les mots inquiétants, et utilise un mode de communication adapté au patient. Lorsque ce dernier s'adresse en créole par exemple, je m'adapte. Cela crée en plus une certaine intimité et favorise son adhésion à une éventuelle séance d'hypnose. Enfin, il est important d'être entièrement disponible et ne pas tenter de programmer une séance : il faut aussi laisser place à l'improvisation.

IV. Hypnose et anxiété

Le patient anxieux qui arrive au bloc opératoire est bien souvent, comme nous l'avons vu précédemment, en transe négative. Ce monde à part qu'est le bloc engendre du stress pour de nombreux patients qui ont cette anxiété de l'inconnu, cette phobie notamment de « la piqûre d'anesthésie », (parfois plus que de la chirurgie elle-même). Le patient peut exprimer son angoisse des bruits qu'il peut entendre lors de l'intervention et /ou appréhender l'anesthésie, ou pour certains rester dans un mutisme qui peut traduire une anxiété aiguë.

Notre rôle de soignant est alors de lui apprendre à assouplir cette anxiété. Il ne s'agit pas d'effacer la réalité mais d'apprendre à faire autrement et à contrôler les choses différemment. (Bioy, 2013) (7)

L'étude de Calipel et Coll a permis de montrer l'impact de l'hypnose sur l'anxiété préopératoire de l'enfant ainsi que sur le comportement postopératoire en la comparant avec la prémédication au midazolam. Les résultats de cette étude montrent que l'hypnose diminue l'anxiété en préopératoire, notamment à la période de l'induction anesthésique, et diminue aussi les désordres comportementaux dans la semaine qui suit l'opération. (8)(9)(10)

IV.1 La reification

Dans l'anxiété aiguë, une des méthodes hypnotiques utilisée est la réification : on offre au patient, par la description imagée d'un symptôme puis par la manipulation de ce symptôme, la possibilité de s'en débarrasser ou tout au moins de se soulager. (7)

Il s'agit, dans un premier temps, de proposer au patient de localiser son anxiété et de décrire la représentation qu'il s'en fait : sa forme, sa taille, sa couleur, sa consistance (dur, souple). Par exemple :

- « ...c'est comme une boule de feu qui me brûle à l'intérieur... ».

Si le patient n'arrive pas à se faire une représentation de cette anxiété, on peut lui demander explicitement d'en trouver une, géométrique. (2) :

- « ...si c'était un triangle, de quel couleur serait-il ? Et de quel matière ? Etc.... ».

Dans un second temps, on va l'aider ou l'accompagner dans les modifications qu'il va trouver pour rendre supportable ou pour amener la réduction de ce symptôme.

Dans un 3^{ème} temps, on demande au patient si l'aspect de « ce triangle, cette boule actuelle » est acceptable maintenant qu'elle est modifiée, ou s'il souhaite le modifier un peu plus. L'exercice s'arrête lorsque le patient dit que cela est suffisant.

IV.2 Le “safe place”

Une autre méthode fréquemment utilisée est le « safe place ». Il s'agit de demander au patient d'imaginer un endroit plus agréable où il aimerait être plutôt qu'ici dans ce bloc (la dissociation), un lieu qui va lui permettre d'être en sécurité. Cela peut être un lieu ressource évoquant pour lui la détente (la mer, la montagne, un jardin, un lieu de vacances qu'il a apprécié...). En fonction de ce qu'il aura choisi, lorsqu'il sera bien installé dans cet endroit et qu'il l'aura bien exploré, je l'accompagne après avoir convenu avec lui d'un geste.

Cette technique, parfois nommée « ancrage » est bien utilisée aussi dans les douleurs aiguës.

La phase de **dissociation** est un principe fondamental en hypnose. Etre là et ailleurs, dans le présent et dans un souvenir. Le patient est à la fois spectateur et acteur. C'est une phase au cours de laquelle il est susceptible de perdre ses certitudes et de s'apercevoir qu'il peut changer. Après avoir pris le risque de perdre le contrôle, le patient vient ensuite dans la phase dite de perceptude où il entre dans une perception sensorielle plus large. Il s'agit de lui permettre non pas de passer par la compréhension de son problème, mais de lâcher ses croyances et de revenir au corps. (2)

V. Hypnose et douleur

La prise en charge de la douleur est sans nul doute l'indication principale de l'hypnose. Elle s'est bien développée ces dernières années dans le domaine de la cancérologie, de la préparation à l'accouchement, en médecine d'urgence ou encore en médecine dentaire, (11), mais aussi au sein des blocs opératoires.

Selon l'IASP (International Association for the Study of Pain), la douleur est : « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion* ». Cette définition tient compte des deux dimensions essentielles de la douleur : sensorielle et émotionnelle/affective.

Le psychologue et neurobiologiste américain DD. Price propose une définition plus proche de ce que semble être l'expérience de la douleur et qui possède par ailleurs l'avantage de mieux expliquer la façon dont l'hypnose peut agir sur cette expérience à différents niveaux. (2), (12) Pour lui, la douleur comporte « *une sensation corporelle possédant les critères énoncés lorsqu'un tissu est lésé, un vécu de menace associé à cette sensation et un sentiment de déplaisir ou toute autre émotion négative s'appuyant sur ce vécu de menace* ». Il explique que « *l'expérience de la douleur n'est jamais un évènement sensoriel isolé, et qui arriverait sans l'influence d'un contexte donné et d'une signification qui lui est associé. La douleur est imprégnée d'une croyance, d'une attention, d'une attente et d'émotions au regard de la façon dont elle arrive dans le cadre d'expériences contrôlées en laboratoire ou dans des circonstances d'un trauma physique ou d'un stress émotionnel* ». (Price, 2004)

L'interaction des deux composantes de la douleur que sont la sensation et l'émotion a son importance si l'on pense aux effets thérapeutiques de l'hypnose. Par les suggestions hypnotiques, le thérapeute pourra agir sur les sensations désagréables vécues par le patient, mais aussi sur le ressenti émotionnel de celui-ci. (2)

L'attention du patient qui arrive au bloc avec sa douleur est focalisée sur cette zone douloureuse. Le praticien devra alors « déplacer » cette focalisation sur une autre région du corps et modifier ainsi le ressenti douloureux et ce sentiment de vulnérabilité face à la douleur. Cette idée de déplacement et la notion du temps sont essentielles pour faire « évoluer » la douleur.

Nous avons vu que l'individu est hyper réceptif à tous les messages négatifs qu'il percevra ; parfois pour ce type de patient focalisé sur sa douleur, il peut être intéressant d'utiliser volontairement cette focalisation (transe négative) en ratifiant la douleur et de l'utiliser, paradoxalement, comme carburant pour la transformer en transe positive avant de réassocier le patient. (11)

Concernant l'approche d'un soin douloureux, la personne ressent bien souvent une peur vis-à-vis du geste qu'elle va subir. Le praticien, par une voix rassurante, fera en sorte qu'elle « écoute » quelque chose d'autre afin de moins entendre la douleur qu'elle peut éventuellement ressentir. Au moment du soin lui-même, le soignant fera coïncider le geste douloureux à un moment clef de ce qui est raconté. Le praticien ne doit pas alors se fier aux éventuelles crispations visibles du visage, car en fait le cerveau réagit de façon réflexe et c'est l'interprétation qu'en a faite le patient avec l'hypnose. Il est important aussi que le patient puisse conserver de cette expérience une image plus ludique, qui restera dans sa mémoire et qui lui permettra d'éviter des pensées négatives pour un soin ultérieur. (2)

VI. Hypnose conversationnelle

L'hypnose conversationnelle, qu'on peut utiliser dans plusieurs champs de soins, a tout à fait sa place au bloc opératoire. Il s'agit d'une hypnose moins formelle, sans phase réelle d'induction hypnotique, axée sur la discussion entre l'hypno-praticien et le patient ; mais avec toutefois le but d'atteindre un état modifié de conscience léger, lors d'un soin comme la pose de voie veineuse par exemple.

Le patient, focalisé sur l'endroit qui va être stimulé, est déjà dans une forme d'état hypnotique. L'utilisation par l'hypno-praticien de techniques de communication va éveiller cet état hypnotique au cours de la discussion et faire entrer le patient dans une transe légère, c'est-à-dire lui faire percevoir son monde autrement, mobiliser son imaginaire et faire appel à son inconscient tout en dialoguant avec lui.

C'est là que tous les principes de communication couramment utilisés en hypnose (suggestions indirectes, images métaphoriques, confusion du langage) et les mots utilisés vont avoir leur importance. Il est préférable de parler plutôt « d'inconfort » que de « douleur », de sensations « peu agréables » que de « désagréables ».

Chaque personne appréhende le monde avec un ou plusieurs canaux sensoriels préférentiels : une appréhension du monde plutôt visuelle, auditive, kinesthésique, cénesthésique, olfactive, ou gustative (VAKOG) (2) . Le praticien repérera dans le discours du patient son canal sensoriel préférentiel, et utilisera alors des mots issus de ce registre sensoriel. Par exemple :

- Le patient plutôt visuel emploiera des mots comme : « c'est clair », « tourner de l'œil », « il paraît que »,
- Le patient auditif : « ça me parle », « ça me dit rien », « si je m'écoutais » ,
- Le patient kinesthésique : « je suis lessivé », « ça me fait vomir ».

Par ailleurs, il faut savoir utiliser des suggestions indirectes, certaines formulations liées au temps et ouvrir le champs à toutes les possibilités :

- « la couleur d'un océan calme »,
- « maintenant ou tout à l'heure, vous pourrez vous sentir en sécurité »,
- « cela peut s'accompagner de chaleur ou de fraîcheur, ou rien de bien particulier ».

La confusion peut également être utilisée : « c'est la première fois que vous allez faire de l'hypnose, mais il y a toujours une première fois et puis une première seconde fois et une seconde première fois ». (Bioy, 2007) (13)

Le regard aussi peut dissocier : fixer l'endroit où le patient a mal pour lui parler. Et il est important d'user de saupoudrage en lien avec l'analgésie et le calme : « calmement, vous pouvez être là et simplement penser à autre chose », « doucement », « tranquillement »...

Les attitudes hypnotiques adoptées par l'hypno-praticien jouent également leur rôle. Avoir de l'empathie permet au patient d'entrer en contact avec ses propres sentiments et l'aide à se les réapproprier. Le fait qu'il se sente compris et accompagné va lui permettre de créer du changement et du mouvement dans l'expérience réalisée. Cela demande au praticien une écoute attentive et une adaptation régulière.

Le soignant doit être en accord avec le patient, et « aller » dans son sens même si celui-ci est douloureux ; il doit ratifier sa douleur en étant congruent. Néanmoins, la congruence impose d'avoir une bonne distance au patient : ni trop éloignée, ni trop proche.

Egalement appelé « séquence d'acceptation », le « Yes set » fait aussi partie des stratégies d'ajustement de l'hypno-praticien. Cette pratique consiste à amener le patient à approuver une suggestion thérapeutique : « vous vous installez confortablement...et là je vois que vous êtes prêt pour la séance ». Pour certains praticiens, le « Pacing » est tout aussi important : imiter de façon subtile la façon de se comporter, la façon de parler du patient ; s'adapter à sa respiration.

VII. Hypnosédation

L'hypnosédation combine la séance hypnotique, la sédation intraveineuse consciente et l'anesthésie locale.

L'induction hypnotique va débiter en général par une focalisation et l'accompagnement des sensations corporelles de l'extérieur du sujet vers l'intérieur, en prenant en compte la respiration, les suggestions directes ou indirectes, la dissociation et l'induction de la « safe place ». En faisant participer de façon active le patient à la séance et en lui faisant valider le processus (signaling), l'induction va continuer par un approfondissement de la transe avec tout un travail d'accompagnement.

Le praticien doit prendre un ton de voix rythmé, une voix douce et calme, parfois presque chuchotée, en laissant faire les choses simplement sans trop en faire, sans chercher non plus à être trop précis et surtout en donnant le choix au patient. On s'adapte à lui, en fonction de ce qu'il nous a donné, on redonne les mots et c'est son imaginaire qui fait le reste. (14)

Au cours de la transe, on peut répéter plusieurs fois les mêmes mots ou phrases car bien souvent ce sont les premières et dernières phrases qui sont retenues par le patient.

Enfin le retour à l'état ordinaire de conscience se fera en fin d'intervention en réutilisant le VAKOG, avec aussi des suggestions post hypnotiques de confort et de récupération afin que la personne puisse continuer à prolonger cet état de bien-être et d'analgésie lorsqu'elle ne sera plus en état hypnotique.

La sédation intraveineuse consciente peut être administré soit en bolus, soit par anesthésie intraveineuse à objectif de concentration (AIVOC) si le praticien maîtrise bien ce mode d'administration. Le sédatif utilisé est le plus souvent du midazolam à très petites doses et l'on peut parfois adjoindre, à faibles doses, un analgésique morphinique à durée d'action courte (Alfentanil ou rémifentanil). Le praticien entretient l'état hypnotique tout en surveillant les paramètres vitaux, et adapte la sédation dès le moindre signe d'inconfort grâce à une observation attentive du patient.

L'anesthésie locale sera réalisée par l'opérateur en accord avec l'hypno-praticien, par un simple geste, au moment donné où les suggestions hypnotiques vont « recadrer » ce qui va arriver à savoir l'acte de l'anesthésie locale elle-même. (15)

Les indications de l'hypnosédation au bloc opératoire sont les examens endoscopiques, les actes chirurgicaux pouvant être faits sous anesthésie locale ou locorégionale (ALR), les soins douloureux et les actes d'ALR, mais aussi avant une anesthésie générale ou avant certains actes où seule une sédation est utilisée comme la lithotritie extra-corporelle. Les contre-indications sont peu nombreuses : le refus du patient, l'allergie médicamenteuse à certains produits utilisés, les patients présentant des troubles psychiatriques aigus (délires paranoïaques), le manque de disponibilité d'esprit du praticien.

Au bloc opératoire, on peut tout à fait, pour le même individu, combiner l'hypnosédation pour un soin jugé douloureux par le patient (comme la pose d'une perfusion ou la pose d'ALR), et ensuite l'hypnose conversationnelle lors de l'intervention.

Cette technique d'hypnosédation permet à l'individu de vivre autrement sa chirurgie et son passage au bloc opératoire, tout en lui permettant de participer activement à sa prise en charge et de lui garantir un confort physique et psychologique.

VIII. Hypnose rapide au bloc opératoire

Peut-on, en tant qu'Infirmier Anesthésiste (IADE), mettre en place une séance hypnotique dans le contexte du bloc opératoire dont la contrainte majeure réside dans la rapidité d'exécution?

Sa brièveté est-elle compatible avec son efficacité?

Est-il possible au sein du bloc opératoire d'amener le patient dans un état hypnotique rapidement et l'en sortir aussi rapidement?

C'est ce que nous tentons de démontrer dans ce travail en rappelant dans un premier temps les contraintes majeures dans le cas d'un bloc opératoire polyvalent.

VIII.1 Les contraintes du bloc opératoire

La pratique de l'hypnose au bloc opératoire polyvalent est confrontée aux contraintes suivantes :

- La diversité des disciplines chirurgicales,
- La diversité des opérateurs et de leurs exigences,
- Le « turn over » important des patients,
- Le regain d'activité certains jours,
- Le nombre élevé de personnel,
- Le bruit,
- Etc.

A cela s'ajoutent :

- la pression de certains opérateurs et la nécessité de « ne pas perdre de temps » entre chaque patient,
- la difficulté pour l'IADE de « découvrir » le patient qu'il n'a pas vu au préalable (même s'il dispose de l'outil informatique permettant d'avoir accès avant au dossier anesthésique),
- le peu de temps imparti pour discuter avec le patient avant le début de l'intervention,
- et enfin la place de l'Infirmier anesthésiste (IADE) au sein des équipes en tant que praticien de l'hypnose, et la méconnaissance de cette discipline.

Toutes ces contraintes sont à prendre en compte mais des moyens peuvent être mis en place afin d'atténuer leur impact.

Améliorer l'organisation du bloc

Afin d'améliorer l'organisation du bloc et d'y favoriser l'exercice de l'hypnose, il est possible d'envisager de mettre en place la programmation de l'hypnose dès les consultations du Chirurgien et de l'Anesthésiste et de former le personnel du bloc opératoire. Certaines équipes chirurgicales l'ont déjà fait. Ce n'est pas le cas dans mon établissement mais les choses peuvent évoluer progressivement au fur et à mesure que nous serons plus nombreux à pratiquer, et surtout dès lors que les patients seront plus en demande de cette technique.

A ce propos, il m'est arrivé une fois qu'un chirurgien, ayant eu connaissance de ma pratique de l'hypnose, soit venu me voir pour me demander « de faire de l'hypnose pour faire patienter et gérer le stress » d'un patient qui savait ce qu'était l'hypnose et qui lui en avait fait la demande.

Reste aussi à définir pour quel type de patient et quel type de chirurgie peut-on proposer l'hypnose. Cela demande une réelle collaboration entre le Chirurgien, l'Anesthésiste et l'ensemble des intervenants du bloc.

Partager, faire connaître la technique et ses bénéfices

Le fait d'être aujourd'hui encore une minorité formée à cette technique n'empêche pas de faire changer les habitudes petit à petit. En effet, les équipes s'adaptent presque toujours lorsqu'elles se rendent compte des bénéfices que peut apporter l'hypnose. Bénéfices non seulement pour les patients, notamment lorsque les personnes ayant eu une séance d'hypnose revoient les opérateurs en post opératoire ; mais aussi bénéfices pour les soignants de la salle lorsqu'ils voient le bienfait que cela peut leur apporter dans la gestion de leur propre stress. Bien souvent ces soignants se rendent compte qu'ils font en quelque sorte déjà de l'hypnose sans en avoir l'air.

S'il est vrai qu'un certain nombre de personnes a déjà cette faculté naturelle à communiquer de façon empathique, il est nécessaire en tant que soignant de posséder certains outils hypnotiques en poche pour améliorer cette communication.

D'autres soignants commencent déjà à changer leur façon de parler. Je pense notamment à certains anesthésistes, médecins ou infirmiers, lorsqu'ils injectent le propofol (narcotique), disent plutôt que « ça va brûler », « il est possible que vous ressentiez comme une sensation de chaleur dans votre bras ». Certes des résistances persistent encore, mais c'est à chacun de choisir de passer à la position d'observateur à celle d'acteur de ces outils hypnotiques.

Prendre sa place au sein de l'équipe du bloc

La place de l'IADE vis-à-vis du médecin anesthésiste peut parfois être difficile en tant que seul praticien de l'hypnose, mais à mon avis pas plus que lorsqu'on pratique une anesthésie sans hypnose. C'est l'importance que nous donnons chacun au travail en équipe et l'objectif du confort recherché pour le patient qui doit primer avant tout.

S'adapter à la rapidité des actes

De même que lorsqu'on maîtrise son métier d'IADE et qu'on peut avoir l'habitude de « découvrir » le patient dix minutes avant de l'endormir et qu'alors on s'adapte à cette situation, on peut se laisser aller dans le même sens à pratiquer l'hypnose avec la même facilité et rapidité d'exécution.

Cela demande bien sûr une implication personnelle plus importante mais comme pour tout le reste, à force d'entraînement et de pratiques, on se rend compte que cela est possible.

La pression que l'on peut avoir de certains opérateurs « de faire vite » et de « ne pas perdre de temps » est la même que pour une anesthésie classique, et pourtant notre professionnalisme quotidien nous permet de prendre le temps qu'il faut, cela doit être de même pour l'hypnose.

Bien entendu on doit préparer la salle d'opération comme d'habitude avec la même rigueur, check-list identique, et ne pas anticiper, ni avoir de stratégie définie face à une éventuelle séance d'hypnose. Ne pas se dire absolument qu'on va faire de l'hypnose avec le prochain patient quel qu'il soit, et laisser place à l'imprévu.

Prendre en compte le bruit

Les bruits alentours lors d'une séance d'hypnose et/ou l'intervention d'autres collègues ne doivent pas être un frein à la séance. Au contraire, on doit pouvoir

intégrer ces « parasites » dans la séance et lors de l'induction initiale faire comprendre au patient la possibilité d'être dérangé ou que quelque chose d'inattendu pourrait survenir.

Faire preuve d'humilité

La peur d'échouer en tant que praticien de l'hypnose ne doit pas poser de résistance à cette pratique et il faut se rappeler que l'hypnose ne peut pas faire de mal, c'est une proposition de soin dans un contexte donné. On doit se mettre dans une position humble et ne pas chercher à avoir comme objectif une efficacité absolue.

Bien souvent, on fait la même technique, celle avec laquelle on se sent plus à l'aise mais toujours en accord avec ce qu'on observe chez le patient.

Enfin, faire un soin et en même temps de l'hypnose est aussi possible dans la mesure où « c'est l'hypnose qui devrait être automatique en même temps que l'exécution du soin que l'on maîtrise de toute façon ». (A. Bioy)

Dans ce contexte, la gestion du stress et/ou de la douleur du patient commence par un accueil attentif.

VIII.2 L'accueil attentif du patient

L'accueil du patient dès son arrivée au bloc opératoire est un moment déterminant. C'est à cet instant que doivent être mis en place tous les outils hypnotiques de communication, dans le but de rassurer le patient, de l'aider à gérer son anxiété vis à vis du bloc et de lui permettre d'envisager une relation privilégiée au cours de cette prise en charge.

Bien souvent l'IADE n'est pas présent à l'entrée du patient au bloc opératoire. Cela ne doit pas l'empêcher dès les premiers instants de sa rencontre avec le patient, que ce soit en salle de transfert ou en salle du bloc, d'établir une relation de confiance. Un bonjour habituel mais à visage découvert (sans le masque), avec le sourire et en nommant la personne. Se présenter, donner sa fonction, et, tout en posant les questions d'usage avant toute anesthésie et tout acte chirurgical, installer rapidement une relation d'entente permettant au patient de se sentir tranquille et en toute sécurité.

Quelques clefs pour y parvenir :

- Faire preuve de **bienveillance** :
 - «Avez-vous suffisamment chaud ?»,
 - « Voulez-vous que je mette une couverture chauffante pour votre confort ?»
 - «Vous pouvez installer votre bras le plus confortablement possible»...
- **Expliquer** au patient ce que l'on va faire lors du monitoring par exemple :
 - «la saturation en oxygène c'est pour surveiller que vous respirez bien».
- Lui **laisser le choix** illusoire :
 - «Préférez-vous que je mette la perfusion sur le bras gauche ou sur le bras droit ?»
- **Distraire** le patient lors de la pose de perfusion par exemple :
 - «et où habitez-vous ?»

On débute ainsi une hypnose conversationnelle qui va aider à la dissociation et amener rapidement le patient dans un état hypnotique.

A mon sens, les 5 premières minutes de communication avec le patient sont déterminantes : 50% du travail se fait à ce moment là pour faciliter la mise en place par la suite d'une hypnose en peu de temps.

VIII.3 L'hypnose conversationnelle et l'hypnosédation

Au bloc opératoire polyvalent dans lequel j'exerce, la pratique de l'hypnose est essentiellement de l'hypnose conversationnelle lors de pose de perfusion, d'ALR ou avec les enfants, et de l'hypnosédation pour des examens endoscopiques, coloscopie et fibroscopie, les lithotrities extracorporelle avec sédation seule sans AL, les interventions mineures sous AL et pendant l'induction anesthésique d'une anesthésie générale quelque soit l'intervention. Cela est fonction bien sûr du patient et de l'opérateur.

Aussi j'ai choisi de développer, avec 2 patients différents, un exemple d'hypnose conversationnelle avec ancrage sur la respiration lors d'une pose de voie veineuse, et une hypnosédation sans AL avant une anesthésie générale.

METHODOLOGIE

I. Description du cadre

L'idée de faire une vidéo semblait intéressante pour effectuer ce travail mais, pour des raisons de temps et d'organisation, j'ai choisi de présenter deux entretiens hypnotiques de types différents, choisis au hasard de ces rencontres imprévues.

Avant tout il convient de préciser qu'en tant qu'IADE, j'interviens essentiellement en bloc opératoire et en salle d'accouchement, mais je travaille aussi en étroite collaboration avec la salle de surveillance post interventionnelle (SSPI dit salle de réveil) et le service de soin intensif post opératoire (SIPO).

La salle de réveil et ce service de soin intensif font partie du pôle d'anesthésie et, en pratique, se trouvent dans la prolongation du bloc opératoire. Le SIPO fait partie des mêmes locaux que la SSPI, juste séparé par un rideau métallique.

Certains patients peuvent être amenés, en post opératoire, à continuer leur séjour au SIPO pour une surveillance accrue durant 24 à 72H, mais ce service accueille aussi des patients pour une surveillance médicale rapprochée. Il arrive que l'IADE soit appelé dans ce service pour diverses raisons, et c'est dans ce cadre que j'ai réalisé un des entretiens que je développerai par la suite. Bien que ce type d'entretien se réalise la plupart du temps au bloc opératoire, j'ai choisi volontairement cette expérience vécue au SIPO au vu du contexte.

Le bloc opératoire est un bloc polyvalent avec plusieurs salles où se côtoient diverses disciplines chirurgicales ainsi que des examens endoscopiques et une salle d'urgence obstétricale proche des salles d'accouchements. L'IADE intervient dans toutes les disciplines et change régulièrement de secteur, parfois quotidiennement et voir dans plusieurs disciplines le même jour. L'accueil et le parcours du patient sont bien définis et la check-list d'ouverture des salles est la même quelque soit le type d'intervention et le type d'anesthésie prévu.

Dans ce cadre, une séance d'hypnose peut se faire en salle de transfert, dite salle de pré anesthésie où les patients sont installés en attente de leur entrée dans la salle de bloc, ou dans la salle de bloc elle-même. Parfois cette séance débute en pré anesthésie et se termine dans le bloc. Le deuxième entretien que je vais développer s'est déroulé directement en salle.

II. Présentation des patients

Le premier entretien s'est déroulé au SIPO sous la forme d'une hypnose conversationnelle avec un travail sur la respiration. Il s'agit d'une jeune patiente de 17 ans hospitalisée en soin intensif pour suspicion d'embolie pulmonaire.

Ce jour là, en fin de journée, je suis en poste au bloc opératoire et je sors un patient du bloc en SSPI. Cette salle est contiguë au SIPO et l'infirmier de ce service m'appelle afin de lui rendre un service. Il me parle de cette patiente qu'il n'arrive pas à reperfuser (il a essayé 2 fois sans succès). Auparavant, sa collègue avait essayé sur l'autre bras, en vain. Il me demande de bien vouloir essayer à mon tour et de lui faire dans le même temps les bilans sanguins prescrits. Il me précise que la patiente est anxieuse.

J'accepte et me dirige au lit de cette patiente que je ne connais pas. Je ne prévois pas encore à ce moment là de lui faire une séance d'hypnose. Cependant, devant son air angoissé et étant donné les échecs de perfusion précédents, je comprends, dès le début de notre conversation, qu'il peut être intéressant de faire ce soin avec l'aide de l'hypnose.

Le second entretien a lieu au bloc opératoire pour une hypnosédation avant une anesthésie générale. Il s'agit d'une patiente de 55 ans devant subir une cholécystectomie sous cœlioscopie. Je suis en poste alors sur une vacation de 12H, et vers 15H après avoir terminé mon programme opératoire dans une salle, on me demande d'ouvrir une autre salle pour prendre en charge cette patiente.

Pendant que je prépare la dite salle, la patiente arrive en compagnie de l'infirmière de bloc tout en lui expliquant son « ras-le-bol ». Je comprends alors que la patiente attendait d'être opérée depuis plus d'une heure dans la salle de transfert et qu'elle ne comprenait pas cette attente d'autant moins que l'opération était prévue initialement le matin. Ma collègue lui explique alors qu'elle était désolée, que cette attente était indépendante de notre volonté et que l'intervention précédente avait duré plus longtemps que prévu, d'où l'attente.

Je prends donc en charge la patiente dans un état d'énervement et douloureuse de surcroît. Aussi je décide de faire une hypnosédation avec induction d'un « safe place ».

RECUEIL DE DONNEES

I. Présentation du déroulé des entretiens

Ces deux entretiens se sont déroulés pendant ma formation du D.U d'hypnose, entre le second et troisième module. Dans un premier temps je vais relater les entretiens tels qu'ils se sont déroulés, et faire ensuite des observations cliniques.

I.1 Premier entretien

- Bonjour, je suis l'infirmier anesthésiste et je suis là pour votre perfusion.
- Oui je sais, l'infirmier m'a dit que vous alliez venir.
- Il semble qu'il faut vous reperfuser et mon collègue a essayé plusieurs fois ?
- Oui ce n'est pas facile, ils ont essayé les 2 bras.
- Ah en effet ; eh bien vous allez m'aider, je vais regarder cela, d'accord ? *sourire*
- ...*signe affirmatif de la tête*
- Je vais vous poser la perfusion et faire en même temps des prélèvements sanguins, comme ça on vous fait 2 choses à la fois pour le prix d'un ! *sourire*
- D'accord.
- D'abord je vais bien regarder, vous préférez la perfusion sur le bras gauche ou sur le bras droit ?
- Comme vous voulez, ils ont piqué les deux de toute façon ; le bras gauche si vous voulez.
...*C'est le côté où je me trouve, je prends une chaise et m'assois.*
- Comment vous appelez-vous ?
- Julie (*Je l'appellerai ainsi afin de garder son anonymat*)
- Moi c'est Bertrand. Tu es au lycée ?
- Oui ...*elle observe ce que je fais, je lui mets le garrot*
- Alors je vais mettre un petit élastique et tu vas bien fermer le poing...voilà comme ça;
Qu'est-ce-que tu aimes faire dans la vie ?
- Je fais du taekwondo.
- Ah c'est bien ça, mais ça consiste en quoi exactement ?
- C'est un art martial pour avoir plus confiance en soi. ...*je prends une compresse et lui caresse le bras*
- C'est un peu comme le judo ou le karaté alors ?

- Oui en quelque sorte.
- Et tu fais des compétitions ?
- Oui je suis inscrite dans un club.
- Je nettoie ton bras et je regarde où se cachent les veines, d'accord ?
- D'accord. ...*je prends une voix plus calme*
- Alors tu vas m'aider en respirant profondément...voilà comme ça, tu respire tranquillement et tu vas te concentrer sur ta respiration...voilà c'est bien. ...*je continue à chercher la veine tout en passant la compresse sur le bras...elle commence à respirer amplement et regarde le plafond*
- Tu vas fermer et ouvrir plusieurs fois ton poing pour faire ressortir les veines...comme si tu te préparais à faire du taekwondo...très bien...et tu continues à respirer tranquillement, à sentir l'air qui rentre et qui ressort...*j'observe la patiente et je desserre de temps en temps le garrot et le remets...très bien, continue à respirer profondément et lentement...je passe la compresse de haut en bas plusieurs fois...et peut-être que tu vas te sentir de plus en plus détendue...elle cligne de plus en plus les yeux...peut-être que tu vas sentir une chaleur dans ton bras ou un picotement, c'est normal...tu peux relâcher le poing si tu veux...elle le relâche...voilà c'est très bien...et elle ferme les yeux...et si tu le désires tu peux fermer les yeux, c'est comme tu veux...ma voix est de plus en plus calme...voilà très bien, et tu continues à respirer tranquillement et à sentir cet air frais qui rentre par les narines et descend doucement par la gorge pour faire gonfler tes poumons...voilà...et cet air plus chaud qui ressort tranquillement...c'est bien, continue comme ça...j'ai trouvé la veine que je vais perfusée...voilà exactement tu respires bien tout en pensant si tu veux à ta prochaine compétition de taekwondo, où tu vas pouvoir affronter ton adversaire, et tu souffle doucement, calmement...très bien...lors de l'inspiration je repasse la compresse d'antiseptique vers le haut et à l'expiration vers le bas, et à l'inspiration suivante je pose mon cathéter et dans la foulée je fais le bilan sanguin, je desserre le garrot et branche la perfusion...elle continue à respirer tranquillement...voilà c'est bien, et je vais maintenant mettre le pansement, et quand tu le voudras tu pourras ouvrir les yeux...c'est terminé, tu peux ouvrir les yeux et revenir avec moi tranquillement...elle ouvre les yeux, me regarde et regarde son bras...*
- Ça y est c'est bon ?
- Oui tu vois, la perfusion est branchée et on va pouvoir mettre tout ce qu'il faut pour te soulager.
- ...*signe affirmatif de la tête et elle soulève le bras pour bien regarder le pansement*
- Alors ça a été ?

- Oui finalement je n'ai rien senti
- C'était bien alors ?
- Ben oui je pensais que j'allais sentir quand vous allez piquer mais je n'ai rien senti
- Eh bien tu vois, la prochaine fois, si on doit te remettre la perfusion, tu peux faire exactement ce que tu as fait : te concentrer sur ta respiration et faire comme si tu pensais à autre chose.
- D'accord, merci.
- Je t'en prie, au revoir Julie.
- Au revoir et merci bien monsieur.

I.2 Second entretien

- Bonjour madame, je suis l'infirmier anesthésiste et c'est moi qui vais m'occuper de vous pour l'anesthésie avec le médecin anesthésiste.
- Bonjour monsieur.
- Je vois que ça n'a pas l'air d'aller.
- Ah non ! comme je disais à votre collègue, ça fait plus d'une heure que j'attends dans la salle à côté; en plus sur cette table ce n'est franchement pas agréable.
- Oui je comprends ! ...et de quelle façon on pourrait rendre votre position plus agréable ?
- Ah ben je ne sais pas ! ça me fait mal au dos !
- Peut-être que si vous pliez un peu les jambes, ça peut vous aider à vous sentir mieux, non ?
- Oui je ne sais pas, peut-être.
- Allez-y, pliez un peu les jambes et on va voir...*la patiente essaye de le faire en grimaçant*
- Je vais vous aider, je vous tiens, vous pouvez me tenir le bras et vous repositionnez.
- Attention ne me faites pas tomber !
- Je suis là et au pire si vous tombez, vous tomberez dans mes bras ! ...*sourire*
- Pff, il ne manquerait plus que ça !...*et la patiente sourit elle aussi*
- Alors c'est mieux comme ça ?
- Ouais, si on veut.
- Bien. Maintenant, je vais devoir vous poser quelques questions qu'on vous a sûrement déjà posées, mais c'est pour votre sécurité et pour être sûr que tout le monde comprenne bien. ...*je prends la consultation d'anesthésie et pose les questions d'usage...j'observe à un moment une grimace...*
- Il y a quelque chose qui ne va pas madame Marie? (*Je l'appellerai ainsi afin de garder son anonymat*) vous avez mal quelque part ?
- Oui un peu là sur le côté.
- Vous avez eu des antalgiques ce matin ?
- Oui mais c'était ce matin et depuis rien.
- D'accord...*je contrôle la perfusion et je constate qu'elle ne passe plus ! il ne manquait plus que ça comme disait-elle !*

- Je regarde un peu mieux votre perfusion...*j'essaye de voir si je peux quand même l'utiliser en me demandant comment je vais devoir lui dire au mieux qu'il va falloir reperfusionner !*
- Madame Marie, votre perfusion ne passe pas très bien, c'est peut-être pour cela que les antalgiques n'agissent pas bien ! (?) Je crois qu'il est préférable que je remette correctement la perfusion pour mieux vous endormir et passer les antidouleurs.
- Oh non ! En plus je suis difficile à perfuser. ...*A ce moment ma collègue infirmière intervient et lui dit de ne pas s'inquiéter, qu'elle était tombée sur le meilleur perfuseur du bloc ! (Merci collègue!)*
Je vous préviens c'est pas facile !
- Rassurez-vous, on va trouver une veine et dans un instant quand je vais vous mettre la perfusion pour pouvoir vous endormir, je vous mettrai aussi tous les médicaments pour calmer cette douleur. D'accord ?
- Pff, ben allez-y.
- En attendant, soufflez un bon coup, et on va bien s'occuper de vous...vous allez pouvoir mettre votre bras ici sur l'appui bras...ça va comme ça c'est agréable ?
- Oui ça va
- Je vous mets les petites électrodes pour surveiller le cœur, le brassard pour la tension sur l'autre bras et puis ce petit appareil sur le doigt pour surveiller votre respiration... et puis je vais mettre une bonne couverture qui va bien vous réchauffer.
- Ah oui, il fait froid ici !
- Vous allez voir, dans cette couverture on envoie de l'air chaud et ça va être bien agréable...alors, je vais faire gonfler les veines, vous allez m'aider, ouvrez et fermez plusieurs fois le poing...voilà comme ça, très bien...*ma collègue essaie de lui détourner l'attention en lui demandant de la regarder si elle veut, c'est ce qu'elle fait...*
- Vous avez une belle veine là...ça va picoter un peu, respirez bien...*et j'arrive à poser la perfusion (ouf!) avec toutefois une grimace. Le médecin anesthésiste arrive suivi du chirurgien et parlent avec elle; je termine l'installation de la patiente pour l'anesthésie. J'explique à mon collègue anesthésiste brièvement la situation et lui dit que je tenterai bien une hypnosédation; il me dit ok, pas de soucis, qu'il me laisse faire.*
- Madame Marie, je vais maintenant vous faire respirer de l'oxygène dans ce masque. Vous pouvez respirer tout à fait normalement dans ce masque.
- D'accord...*je m'assois et approche ma tête de la sienne...*

- Voilà, vous respirez tranquillement...et vous allez penser à quelque chose de plus agréable que d'être ici...continuez à bien respirer...calmement...la couverture vous a bien réchauffé ? ça va mieux ?
- Oui c'est plus chaud...*l'anesthésiste me fais signe qu'il va injecter du midazolam, je lui fais comprendre que non, d'attendre encore.*
- Bien...alors ressentez cette chaleur agréable sous la couverture... sentez bien vos pieds qui se réchauffent et cette chaleur qui se diffuse agréablement au niveau du bas du dos...ça va mieux la position sur la table ?
- Oui ça va.
- Alors, dans quel endroit agréable vous aimeriez être actuellement ?
- Ben, J'aimerais bien être à l'île Sainte-Marie.
- Ah oui c'est sympa, à Madagascar ? vous connaissez ?
- Oui j'y suis allé plusieurs fois...j'aime bien aller là-bas...*je commence à constater qu'un certain calme s'installe en salle*
- C'est vrai que c'est bien, je connais un peu. Et qu'est-ce que vous aimez là-bas ?
- Ah les enfants, ils sont tout le temps souriant.
- Oui c'est vrai leur sourires et leurs rires aussi ?
- ...*signe affirmatif de la tête*
- Eh bien pendant qu'on va commencer à vous endormir, vous allez vous imaginer à l'île Sainte-Marie, d'accord ?
- ...*signe affirmatif de la tête...la patiente ferme d'elle-même les yeux et je fais alors signe à l'anesthésiste d'injecter le midazolam, Img. Ma voix devient plus calme aussi.*
- Et quand vous y serez, vous me ferez un signe de la tête...vous pouvez fermer les yeux si vous voulez...et vous vous sentirez encore plus sur cette île...et tout à l'heure quand je vous dirais que vous pouvez revenir avec moi vous pourrez de nouveau ouvrir les yeux...en attendant vous pouvez continuer à respirer tranquillement...tout en pensant à l'île Sainte-Marie...que vous êtes en train de vous promener peut-être dans les rues ou dans les chemins avec peut-être beaucoup de gens qui marchent et que vous croisez...et surtout des enfants, plusieurs enfants qui se promènent comme vous, avec leurs beaux sourires...qui viennent vous parler et rire avec vous...parce qu'ils sourient sans cesse et rient beaucoup aussi n'est-ce pas ?
- Oui, surtout quand ils sont sur la plage.
- Oui c'est vrai, ils sont souvent sur la plage en train de se balader.
- ...*signe affirmatif de la tête...je fais signe à l'anesthésiste qu'il peut continuer l'anesthésie.*

- Et qu'est-ce qu'on est bien sur ces plages avec tous ces enfants qui se baladent, bras dessus, bras dessous, en train de rigoler sans cesse, c'est agréable n'est-ce pas ?
- ...*signe affirmatif de la tête*
- et puis certains viennent vers vous pour discuter avec vous, et vous dire ça va vasa...bonbons vasa...et puis ils sourient, il y en a même qui n'arrêtent pas de rire...*Je m'arrête de parler un instant, la respiration de la patiente est de plus en plus lente...*
- Et peut-être que vous allez ressentir combien c'est agréable de se promener sur les plages de Sainte-Marie...avec ces enfants qui vous accompagnent et qui sourient sans cesse...peut-être que vous pourrez sentir alors comme une chaleur qui passe dans votre corps...ou peut-être que l'air frais qui arrive sur cette plage vous amène de la tranquillité et du calme...en tout cas, c'est tellement agréable de se promener avec ces enfants et leurs beaux sourires...de sourire avec eux ou peut-être même de rire...
La patiente est en apnée, j'assiste sa respiration, nous continuons l'anesthésie générale, je l'intube et l'intervention peut commencer.

A la fin de l'intervention, l'anesthésie terminée, la patiente reprend tranquillement sa respiration, j'évalue les critères de réveil et d'extubation, la patiente déglutit.

- Madame Marie, l'opération est terminée...vous pouvez revenir avec moi maintenant, tout s'est bien passé...vous pouvez revenir ici et ouvrir les yeux tranquillement...voilà allez-y, ouvrez les yeux tranquillement...voilà c'est bien, je vais vous enlever ce qui vous gêne dans la bouche, respirez bien...*J'extube la patiente...* tout va bien, l'intervention est terminée et vous êtes avec nous maintenant, ça va ?
- ...*signe affirmatif de la tête et ouverture des yeux*
- c'est bien, vous êtes encore dans la salle d'opération et on va vous emmener en salle de réveil maintenant, d'accord vous m'entendez bien ?
- ...*signe affirmatif de la tête*
- C'était bien à l'île Sainte-Marie ?
- Oui
- Très bien, respirez bien, on vous emmène en salle de réveil.

*Arrivé en SSPI, je fais les transmissions à l'infirmière et lui indique que j'ai fait une séance d'hypnose avant de l'endormir et que je reviendrai la voir un peu plus tard.
Environ une demi heure plus tard je reviens vers la patiente, bien réveillée.*

- Alors madame Marie, ça va ?

- Oui ça va
- C'était bien votre petit séjour à l'île Sainte-Marie ?
- Ah oui c'était bien
- Vous avez vu les enfants vous sourire ?
- Ah Oui, c'était pas mal, oui.
- Vous n'avez pas trop de douleur, ça va ?
- Non ça va, j'ai l'impression que je ne suis pas encore bien réveillée mais ça va.
- Oui ça c'est normal, dans un moment vous serez mieux réveillée vous allez voir.
- Ah bon d'accord.
- Vous savez madame Marie, le fait de vous promener à l'île Sainte-Marie pendant l'intervention, c'était pour vous une façon de mieux vivre votre opération...et vous avez bien vu que vous avez pu le faire vous même, n'est-ce pas ?
- Euh oui.
- Et bien la prochaine fois si vous avez de nouveau à vivre un moment pas facile pour vous, vous pourrez tout à fait vous remettre dans cette situation; je veux dire par là que vous pourrez à ce moment là, à l'intérieur de vous, penser à quelque chose d'autre de plus agréable, vous comprenez ce que je veux dire ?
- Oui je crois
- Bon si il y a quoique soit, si vous avez besoin de quelque chose, vous n'hésitez pas à demander à l'infirmière, d'accord ?
- D'accord, merci.
- Allez madame Marie, je vous laisse vous reposer et je vous souhaite un bon rétablissement. Au revoir.
- Au revoir, et merci.

II. Observations cliniques

II.1 Premier entretien

Concernant le déroulé du premier entretien, j'ai voulu travailler surtout sur la respiration en rapport au motif respiratoire de son hospitalisation mais aussi du fait que je n'y connais absolument rien en art martial et que cela me semblait donc plus facile. Cependant, au cours de l'entretien, j'ai quand même juste suggéré pour le poing fermé une « prochaine compétition de taekwondo » car l'idée m'est venue juste à cet instant précis de l'expérience.

Je me suis aussi permis de tutoyer la patiente en cours d'entretien du fait de son jeune âge mais aussi parce que je la sentais en confiance.

Dès que j'ai parlé de respiration, elle a détaché son regard de son bras et a regardé le plafond et s'est ensuite mise à fermer d'elle-même les yeux au moment où commençait une transe légère.

L'emploi du mot « petit élastique » au lieu de « garrot » m'a semblé plus approprié. De même j'ai passé volontairement plusieurs fois la compresse sur son bras en l'observant et en attendant le moment où je pouvais me permettre de mettre le catheter, à savoir le moment d'une transe suffisamment profonde même si j'avais l'impression que cette transe était plutôt légère. Le geste de la compresse de haut en bas et inversement m'a juste aidé à choisir l'instant où j'allais introduire le cathéter dans la foulée.

Le fait que « le retour » se soit fait rapidement, en ouvrant les yeux et en regardant son bras, me fait dire que la transe était plutôt légère mais satisfaisante pour elle. Cette transe a probablement duré au plus quatre minutes et l'entretien lui-même une dizaine de minutes environ.

II.2 Second entretien

Pour le second entretien, je n'étais absolument pas préparé à faire une séance d'hypnose et tout s'est enclenché au fur et à mesure de la rencontre. J'ai du sans cesse adapter ma communication à la patiente (tant bien que mal) et improviser la séance en fonction des événements qui se déroulaient.

Dès le début il m'a semblé que la patiente était plutôt kinesthésique, c'est la raison pour laquelle je suis parti sur son problème de position et de mal au dos et ce moment là m'a permis d'établir une relation de confiance malgré les difficultés exposées par la patiente.

Le fait de dire « et si vous tombez, vous tomberez dans mes bras » était une façon de détendre l'atmosphère !

Lorsque je me suis rendu compte que la perfusion ne passait plus, cela m'a un peu déstabilisé, d'où le point d'interrogation dans le texte, ne sachant plus trop quoi dire à cet instant.

Une fois la patiente en SSPI, j'ai volontairement préféré revenir plus tard et attendre que la patiente soit mieux réveillée pour la suggestion post hypnotique.

DISCUSSION

Les objectifs que je me suis fixés dans la réalisation de ces expériences hypnotiques ont été les mêmes pour ces deux patientes :

- Arriver rapidement vers un état hypnotique d'où la communication développée avec une certaine empathie dès le début des entretiens, particulièrement pour le second.
- Avoir de la congruence pour mettre en place une relation privilégiée et obtenir une hypnose brève.
- Un « retour » rapide, particulièrement pour le 1^{er} entretien où la transe m'a semblé légère.

Pourquoi avoir choisi ces 2 patientes ?

- Pour la première, le but était de démontrer la possibilité de faire une séance d'hypnose lors d'un soin et surtout la possibilité d'être l'hypno-praticien et en même temps faire le soin.
- Pour la seconde, j'ai choisi cette séance pour la complexité des événements déroulés.
- Pour les deux, le choix de ces séances s'est fait aussi volontairement pour l'absence de stratégie préparée : j'ai laissé place à l'improvisation.

Quels sont les oublis ?

- Probablement que le VAKOG n'a pas été suffisamment développé pour les 2 entretiens ! Réflexion faite au regard des cours que nous avons pu avoir. Personnellement, j'ai tendance à développer surtout le visuel, l'auditif et le kinesthésique. Mais pour ces entretiens le but étant d'amener rapidement ces patientes dans un état hypnotique, il m'a paru plus approprié de limiter l'exploration des sensations corporelles.

La première patiente m'a semblé plutôt visuel et auditive, la seconde plutôt kinesthésique.

- Pour le 1^{er} entretien que j'ai nommé hypnose conversationnelle, peut-on réellement parler d'hypnose conversationnelle ? Comme je l'ai décrit précédemment, il peut s'agir d'une simple conversation dans laquelle le thérapeute occupe l'esprit du patient en discutant avec lui tout simplement pendant qu'on lui fait autre chose. Mais l'on peut aussi approfondir cette discussion en amenant le patient vers une dissociation brève, de manière à ce qu'il puisse percevoir le soin différemment, sans ressenti douloureux.

Sur le plan éthique, je n'ai jamais parlé d'hypnose à ces 2 patientes car pour moi le but était de permettre à ces patientes de vivre autrement ce moment difficile pour elles, assez rapidement. J'aurais peut-être pu leur expliquer par la suite qu'elles avaient vécu une expérience d'hypnose, mais il a fallu que j'enchaîne avec d'autres patients ces jours là, le temps m'a manqué !

Cependant je pense qu'il n'est pas toujours nécessaire d'employer le mot hypnose. Sur ce point également il faut s'adapter à l'individu, l'essentiel à mon sens étant qu'il parvienne, par le biais de cette relation avec le soignant, à changer la perception de sa douleur ou de son anxiété.

A la fin de ces entretiens, il était donc important de faire comprendre à ces patientes qu'elles étaient tout à fait capables de reproduire en quelque sorte ce qu'elles avaient pu faire afin d'en tirer un bénéfice et de pouvoir l'utiliser ultérieurement lors d'une situation difficile.

L'étude du déroulé de ces entretiens m'a permis de me rendre compte des erreurs commises, et surtout de mieux comprendre ce que j'aurais pu faire ou dire à ce moment là. Même si, encore une fois, je préfère laisser place à l'improvisation car chaque situation est différente et qu'il faut savoir adapter sa communication en fonction de la relation qu'on peut avoir avec le patient.

L'hypnose conversationnelle et l'hypnosédation sont des techniques de plus en plus utilisées dans nos blocs opératoires. Pour nous, professionnels de l'anesthésie formés aux différentes techniques d'hypnose, il est impératif de maintenir nos connaissances et d'optimiser la prise en charge de nos patients pour une meilleure collaboration en adaptant sans cesse notre comportement et notre façon de communiquer. Nous devons également apprendre à échanger nos expériences afin d'améliorer notre pratique.

L'adhésion de l'ensemble des intervenants du bloc opératoire est nécessaire afin d'organiser au mieux la mise en place d'une séance d'hypnose. La sélection des patients dans ce cadre demande alors une bonne entente et une bonne coordination entre chirurgiens et anesthésistes. L'idéal serait de pouvoir rencontrer le patient la veille de l'intervention, pour l'aider à vaincre sa peur de l'opération et pourquoi pas, lors de cette entrevue, proposer un exercice d'hypnose à visée de relaxation. Les difficultés de répartition du personnel formé reste cependant un frein à l'organisation de cette rencontre.

Il est difficile de former tout le personnel en hypnose mais au moins pourrait-on initier une sorte de formation sur la façon de communiquer pour les agents et aides soignants du bloc qui sont les premiers à accueillir les patients. En outre, il serait intéressant d'avoir un personnel IADE formé en salle d'accueil ou salle de pré anesthésie. Mais actuellement moins de 20% des Iades dans mon service a été formé à l'outil hypnotique même si cela est déjà bien ; plus de 50% ne semble pas être intéressé par cette technique ; les autres ont du mal à obtenir ce type de formation.

Initier un protocole de soin avec hypnose serait intéressant, lors de la pose de perfusion par exemple. Les techniques de communication alors utilisées sont des compléments tout à fait adaptées dans la prise en charge du patient au bloc opératoire.

L'hypnose transforme notre relation de soignant avec le patient. Elle est un outil complémentaire précieux dans l'exercice quotidien de notre métier qui mérite d'être plus développée.

- 1- Erickson M, Rossi E.L. Traité pratique de l'hypnose : La suggestion indirecte en hypnose clinique. 1^{ère} éd. Paris : Grancher ; 2006
- 2- Bioy A, Wood C, Célestin-Lhopiteau I. L'Aide-mémoire d'hypnose-en 50 notions. 1^{ère} éd. Paris : Dunod ; 2010
- 3- Kirsh M, Joris J, Faymonville M.E. Hypnosédation, une nouvelle technique anesthésique. Hypnose et thérapies brèves. 2006, N°2 ; 16-25
- 4- Dal Molin M et B. Hypnose et douleur, le bruit des vagues. Enregistrement vidéo. Collection Vision Santé, 2009. 38 minutes, DVD
- 5- Bouaziz I. Maîtriser le lâcher prise. Hypnose et thérapies brèves. 2006, N°2 ; 6-15
- 6- Martin J.J. Le guide de la communication. 1^{ère} éd. Paris : Marabout ; 1999
- 7- Bioy A. D.U Hypnose médicale et clinique. La Réunion 2013
- 8- Wood C, Bioy A. Hypnose chez l'enfant. Hypnose et thérapies brèves. 2007, N°3 ; 44-54
- 9- Calipel S, Lucas-polomeni MM, Wodey E et al. Premedication in children : hypnosis versus midazolam. Paediatric Anaesthesia, April 2005, vol 15, issue 4 : 275-281
- 10- Habre W, prémédication et préparation à l'intervention. Anesthésie pédiatrique, hôpitaux universitaires de Genève, Suisse ; 2011
URL : <http://www.adarpef.org/site/publications/conferences/premedication.htm>
- 11- Halfon Y. Aide à l'accouchement ; Garden-Brèche F, Urgences en souffrances, les sphères de l'antalgie ; Kaiser K. l'hypnose du dentiste ; Hypnose et thérapies brèves. 2007, Hors-série N°7 ; 8-34 ; 44-53
- 12- Wood C, Bioy A. De la neurophysiologie à la clinique de l'hypnose dans la douleur de l'enfant ; 2005
URL : http://hypnose.33.free.fr/t/Hypnose_DOULEURS2005.pdf
- 13- Bioy A, Negre I. Techniques d'induction hypnotique. Formation à l'hypno analgésie, La Réunion ST Denis, 2008
- 14- Bisson O. Hypnose médicale au bloc opératoire.
URL : <http://www.dailymotion.com/fr/relevance/search/hypnose+medicale/1#video=xs4jm4>
- 15- Nasr M. Voyage au fil de l'eau, Hypnose et Fibroscopie bronchique. Hypnose et thérapies brèves. 2006, N°2 ; 26-31

Hypnose rapide au Bloc Opératoire

L'hypnose thérapeutique au bloc opératoire permet aux personnes de vivre plus sereinement leur intervention dans une dimension autre. Elle les autorise à élargir leur champ de conscience et à percevoir différemment leurs émotions avec l'aide et la collaboration d'un thérapeute.

L'hypnose et les techniques de communication ont aujourd'hui leur place au sein des blocs opératoires. Le personnel d'anesthésie a enfin trouvé, en complément de ses compétences techniques, un moyen non médicamenteux pour diminuer la douleur ou apaiser l'anxiété de ses patients. Cette dimension émotionnelle transforme complètement sa relation à l'autre.

Comment mettre en place une séance hypnotique dans le contexte du bloc opératoire?

Est-il possible d'amener le patient dans un état hypnotique rapidement et l'en sortir aussi rapidement?

Sa brièveté est-elle compatible avec son efficacité?

C'est ce que nous tentons de démontrer dans ce travail avec la pratique de l'hypnose conversationnelle comme approche d'un soin douloureux et l'hypnosédation en anesthésie.