

Université de Bourgogne



Mémoire pour l'obtention du Diplôme Universitaire
d'hypnose médicale et clinique

**Prise en charge par l'hypnose au bloc
opératoire de patients pour ponction
biopsie de prostate (PBP) sous anesthésie
locale.**

Nelly CHEVASSON

Infirmière anesthésiste Diplômée d'Etat

Directeur de mémoire : **Dr Philippe RAULT**

Année 2017-2018

« Pour accéder à l'hypnose, il faut se rendre là où on ne pourra plus penser »...

François Roustang

Remerciements

A Monsieur le Pr Antoine Bioy pour permettre à la faculté de Dijon de former des soignants à l'hypnose ainsi que pour son enseignement,

A l'ensemble des intervenants de ce DU pour la qualité et la richesse de leur enseignement, et pour le nouveau souffle donné à ma pratique professionnelle et à ma vie en générale,

A Monsieur le Dr Philippe Rault pour son suivi pendant l'élaboration de ce mémoire,

A mon ami, le Dr Thierry R pour avoir cru en moi et pour son soutien indéfectible

A Gilles B sans qui je ne serai probablement pas là,

A mes collègues du bloc opératoire,

A mes collègues de DU pour l'empathie et la bonne humeur qui nous ont accompagnés tout au long de cette belle aventure,

A mes amies Marie-Kiki et Danièle pour leur soutien lors des moments de « faiblesse »,

A mes trois « piliers » : Patricia, Julien et Laurent pour m'avoir tenue en équilibre,

A ma famille pour avoir été là tout simplement,

Un très grand merci à mon mari Denis pour son amour, sa présence, sa patience et son soutien sans faille,

A mes trois enfants : Quentin, Enzo et Fanny pour leur Amour sans lequel je ne serais rien...

Merci...

Plan

Introduction	4
Revue des travaux et problématique :	6
❖ La belle histoire d'Hypnose et Anesthésie	6
❖ Intérêt de l'hypnose en anesthésie :	7
➤ Rappel du rôle de l'infirmière anesthésiste (IADE) au bloc opératoire	8
➤ Les différents types d'anesthésie	8
➤ Définition de l'induction	9
➤ Quelques heures dans la « peau » d'un patient	9
➤ L'anxiété au bloc opératoire	12
▪ Comment évaluer l'anxiété préopératoire ?.....	13
▪ Comment prévenir l'anxiété préopératoire ?.....	13
➤ La communication thérapeutique	14
▪ Le langage verbal	16
▪ Le langage non verbal	17
▪ Le langage para-verbal	18
❖ Quelques mots sur la prostate :	19
➤ Le cancer de la prostate	19
➤ La ponction biopsie de prostate	19
➤ L'installation du patient	21
❖ Rappels législatifs	21
❖ Problématique	22
Méthodologie de la recherche	23
❖ Présentation du cadre	23
❖ Présentation des patients	25
Résultats et données cliniques	26
❖ Les sculpteurs	26
❖ Bilan des séances	38
Discussion théorico-clinique et éthique	39
Discussion éthique	43
Conclusion	45
Bibliographie	48
Lexique et Annexes	49

Introduction :

Après presque trente années de soins d'urgence, de réanimation, de S.M.U.R* , de Salle de Surveillance Post-Interventionnelle* (SSPI) puis d'anesthésie au bloc opératoire* (BO), auprès de patients jeunes ou plus âgés, de prématurés, d'enfants ou de vieillards, d'hommes ou de femmes, enceintes ou non... Je me suis rendue compte que j'avais acquis une certaine maîtrise de l'urgence, des gestes techniques, du « self contrôle », de la dextérité, de la rigueur... Mais avais-je vraiment tous les outils pour une prise en charge individuelle et humaine ?

Alors certes, la vocation qui me guide depuis mon enfance, l'empathie, l'envie de bien faire et d'aider mon prochain en complément des quelques cours théoriques reçus sur le sujet pendant toutes ces années, m'ont permis jusqu'alors de « prendre soin » de « mes » patients et de les aider à franchir le bout de chemin que je faisais avec eux.

Mais il manquait quelque chose à ma pratique.

J'ai découvert l'hypnose fortuitement grâce à un médecin anesthésiste avec lequel je travaillais au bloc opératoire en pédiatrie. J'ai alors vraiment pris conscience de l'existence d'une toute autre pratique, qui mettait le soignant à la hauteur du soigné (*l'enfant*) et qui s'adaptait à sa posture, son langage, son rythme... J'étais à la fois surprise et curieusement « hypnotisée » par ce qui se passait là, sous mes yeux !

C'est à cet instant que j'ai découvert l'Hypnose, nous étions en 2001. Cet enfant turbulent, qui enrageait dans son lit et qui refusait que quiconque l'approche, venait d'être perfusé juste en étant « captivé » par les paroles et les gestes de cet anesthésiste.

C'est à partir de là que j'ai pris conscience d'une autre façon de « prendre soin », adaptée, remarquable et redoutablement efficace.

Il existait véritablement un autre moyen de communiquer et il fallait absolument que je me forme à cette technique.

Il m'aura fallu attendre 2016 pour débiter une formation enseignée dans mon établissement puis 2017 pour que je me forme à titre personnel à ce mode de communication et que j'ose enfin me lancer dans cette fabuleuse aventure.

En tant qu'infirmière anesthésiste (*et pour être y passée plusieurs fois en tant que patiente*), j'ai conscience que le bloc opératoire est une étape très « sensible », caractérisée par une

sensation d'inconfort aussi bien physique (*douleur, température des salles...*) que psychique (*peur de l'inconnu, du résultat, de ce que vont penser les autres...*). Le confort et le bien-être sont devenus la nouvelle quête du Graal de notre société occidentale.

A l'ère de la « zénitude », du « mieux-être » et du « burn-out », le stress est devenu la maladie du siècle.

Bien avant que celui-ci ne devienne à la mode, l'anesthésie a fait de la gestion du stress (« *Réaction de l'organisme à une agression physique ou psychique ayant un caractère éprouvant ou traumatisant pour un individu* »)^[A] et de l'anxiété (« *Vive inquiétude née de l'incertitude d'une situation, de la crainte d'un événement* »)^[A] un de ses principaux enjeux.

Aussi, quelque soit l'anesthésie, qu'elle soit générale ou locorégionale elle débute quasi systématiquement par une prémédication dans le but de diminuer l'anxiété préopératoire et ainsi faciliter l'induction, réduire la consommation de produits anesthésiques, mais également d'améliorer la qualité du réveil et diminuer les douleurs post-opératoires.

La société savante d'anesthésie (SFAR*) valide l'utilisation de l'hypnose combinée à une anesthésie locale ou à une anesthésie générale légère.^[B]

Pour ce mémoire, j'ai décidé de me tourner prioritairement vers les patients qui ne bénéficient pas d'une prise en charge préopératoire. Je parle des patients qui arrivent au bloc opératoire depuis chez eux pour un examen uniquement sous anesthésie locale, sans aucune adjonction chimique ou sédation et qui pourtant vont faire l'apprentissage de cette étape très difficile qu'est le passage en salle d'opération.

Dès mes premiers « contacts » avec l'hypnose, j'ai compris qu'il se passait quelque chose à « un autre niveau », à la fois pour les patients mais aussi pour moi. Comme un moment « privilégié », hors du temps, une parenthèse dans le quotidien. Je me suis aperçue que je connaissais parfaitement bien cet état de transe, celui que l'on rejoint lorsque l'on crée, que je rejoins lorsque je sculpte la pierre. Et comme le décrit très joliment l'artiste Laure Pascual dans les propos recueillis par Antoine Bioy « Cet état, cette bulle partagée, cette transe créatrice qui englobe tout l'espace ». (Pascual L, 2018).^[1]

^[A] Dictionnaire de langue française. Larousse.2014

^[B] SFAR Juin 2011. <http://sfar.org/lutilisation-de-lhypnose-par-les-anesthesistes-reanimateurs>.(mars 2018)

❖ La belle histoire d'Hypnose et Anesthésie...

Elles pourraient être « sœurs » tant leur histoire et leur évolution sont intimement liées et confuses.

Par définition, elles répondent toutes deux à « un état de conscience modifiée » et elles ont chacune une origine très ancienne.

L'hypnose prend naissance dans les « temples du sommeil » de l'Égypte et de la Grèce antique (Célestin-Lhopiteau I, Bioy A, 2016) ^[2] tandis que l'anesthésie naît au temps d'Hérodote (484-432 av JC) avec l'inhalation de vapeurs de chanvre dans des chambres closes, induisant à l'époque un état stuporeux afin de verser dans un état de transe et de confusion (Buchon J.A.C , 1889). ^[3] Il faudra attendre 1847 pour voir apparaître l'éther et le chloroforme en France puis 1880 pour l'utilisation du protoxyde d'azote associé à l'oxygène.

Leur but commun était de modifier l'état de conscience pour soulager une douleur ou permettre un geste thérapeutique agressif.

Aujourd'hui encore « L'hypnose est un état de transe à visée thérapeutique » (Bioy A, 2017). ^[4]

Alors que l'hypnose est un état de conscience altérée, artificiellement induit par la voix du thérapeute, l'anesthésie est un état de conscience altérée, chimiquement induit par des médicaments appelés « hypnotiques », afin de provoquer le sommeil lors d'une anesthésie générale par exemple. Bien évidemment, tout ceci entretient la confusion entre « hypnose » et « anesthésie » (Vandaele S, 1999). ^[5]

Cette confusion persiste encore aujourd'hui puisque l'idée que se font la plupart des gens de l'hypnose, (*entretenu il est vrai par l'hypnose de spectacle dans l'esprit du grand public*) est celle d'un sommeil, on pourrait presque parler de perte de connaissance, provoquée par une injonction de « l'hypnotiseur ». Si bien que nombre de patients s'étonnent de « ne pas avoir dormi » suite à une séance d'hypnose, pensant ainsi ne pas avoir fait « de la vraie hypnose », puisqu'ils ont entendu, senti...etc. (Tosti G, 2017). ^[6]

^[4] Bioy A. Conférence hypnose-café-psy. 2017 - https://www.youtube.com/watch?v=_NOIX6gFtLQ

Il faut savoir que même au repos, le mode par défaut du cerveau est l'activité spontanée, même lorsque l'on ne fait rien. L'activité est intense, permanente avec de lentes fluctuations et elle ne s'arrête jamais. Elle persiste même pendant le sommeil et l'anesthésie générale (Becchio J, 2017).^[7]

C'est une infirmière, Alice Magaw qui sera célébrée « mère de l'anesthésie » au XIX^e siècle et qui obtiendra une réputation internationale pour sa parfaite maîtrise des agents inhalés en association à l'hypnose. En 1906, ses publications montrent qu'elle a réussi ainsi à réduire ses doses d'agents de 80 %, sans décès imputables à l'anesthésie. Exploit incontestable à une époque où la mortalité anesthésique frôle les 50 %. (Célestin-Lhopiteau I, Bioy A, 2016).^[2]

En 1891, le Dr Hyppolyte Bernheim (1840-1919) écrivait : « Tous les auteurs définissent l'hypnotisme comme étant un sommeil artificiel ou provoqué ». (Benhaiem J.M, 2012)^[8]

L'anesthésie par inhalation en faisait-elle partie ?

❖ Intérêt de l'hypnose en anesthésie :

L'idée m'est donc venue, en tant que « professionnelle de l'anesthésie » de prendre en charge par l'hypnose **uniquement** des patients sous anesthésie locale de contact, c'est-à-dire sans adjonction de traitements chimiques ou médicamenteux injectés ou inhalés.

Il faut saluer avec respect les études du Pr Marie-Elisabeth Faymonville (MAR* au CHU de Liège, Belgique) qui ont permis dès 1992, l'utilisation de l'hypnose en anesthésie contemporaine. (Célestin-Lhopiteau I, Bioy A, 2016)^[2]

De nombreuses publications montrent que l'hypnose peut être utilisée comme **unique** anesthésique pour des interventions mineures, ou bien dans les cas où il existe des antécédents de réaction allergique chez le patient [...], ou encore en fonction de la chirurgie, lorsque le patient doit répondre à des questions pendant l'intervention et où il est important d'observer son état de conscience [...], ou pour des patients qui redoutent tellement l'anesthésie que cela pourrait augmenter le risque anesthésique, quand les problèmes organiques augmentent le risque des anesthésiques chimiques et interfèrent avec le diagnostic ou le traitement chirurgical. (Corydon Hammond D, 2004)^[9]

Ainsi, comme le constate le Pr Jean Lassner, on se retrouve soixante années plus tard, avec les mêmes difficultés conceptuelle et sémantique que Bernheim en ce qui concerne

« l'anesthésie sans anesthésique » et plus encore avec la confusion de l'hypnose et le sommeil voire l'inconscience. (Benhaiem J.M, 2012) ^[8]

➤ **Rappel du rôle de l'infirmière anesthésiste (IADE*) au bloc opératoire :**

Les IADEs* français sont des infirmiers diplômés d'Etat. Ils doivent exercer la profession d'infirmier pendant deux ans « au chevet du malade » pour obtenir le droit de présenter le concours d'entrée à l'Ecole d'Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat. L'enseignement théorique et pratique s'étend sur deux ans. Au terme de ces études, un diplôme d'Etat d'Infirmier Anesthésiste est délivré par le Préfet de région.

Ils sont seuls habilités, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment, à participer à l'application des techniques suivantes : anesthésie générale, anesthésie locorégionale, réinjections et réanimation peropératoire. (Samii K. 1995). ^[10]

➤ **Les différents types d'anesthésie :**

« L'anesthésie a pour objectif de permettre et de faciliter les gestes chirurgicaux sans préjudice pour le patient [...] Pour atteindre cet objectif, l'anesthésie fait appel à des moyens pharmacologiques et à des techniques d'anesthésie générale (AG) et d'anesthésie locorégionale (ALR) auxquelles on peut ajouter l'anesthésie locale (AL).

L'anesthésie générale consiste à administrer des agents qui provoquent une perte de connaissance réversible [...] par voie intraveineuse ou par inhalation.

L'anesthésie locorégionale a pour but d'interrompre transitoirement la transmission des influx nociceptifs à leur source tout en préservant l'état de conscience, par injection d'anesthésiques locaux. (*Anesthésie péridurale, rachianesthésie, blocs périphériques...*).

L'anesthésie locale dite de surface (topique) consiste à déposer sur la zone en question l'anesthésique sous forme de gel, pommade ou spray sur les muqueuses ou la peau, tandis que l'anesthésie dite « par infiltration » consiste à injecter l'anesthésique à proximité de nerfs par une aiguille. L'effet de l'anesthésique local est très bref (*entre un quart d'heure et une heure*) permettant de réaliser de courtes interventions [...] et le jeûne n'est pas obligatoire. ». (Bonnet F, Soulier A, Spielvogel C, 1998). ^[11]

On peut également utiliser le MEOPA ou Kalinox^R. Il s'agit d'un gaz médicinal comprimé, composé d'un mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote, utilisé dans la prise en charge d'analgésies de courtes durées des actes douloureux ou en cas de douleurs légères à modérées chez l'adulte et l'enfant de plus d'un mois. Médicament de liste 1 c'est-à-dire sur prescription médicale. ^(A)

➤ **Définitions de l'induction :**

En anesthésie, l'induction est le stade de l'anesthésie générale pendant lequel commence l'endormissement. Elle peut être intraveineuse ou inhalatoire et elle permet le geste chirurgical. ^(B)

En hypnose, l'induction est la seconde étape du processus hypnotique, mais c'est bien elle qui débute l'entrée dans l'hypnose. Elle permet au patient de sortir de la perception ordinaire, dominée par la logique, la maîtrise et la raison. Elle s'exerce également dans un contexte de soin dont le but est d'accompagner le patient de la souffrance au soulagement par la transformation de la perception, mais peut également permettre le geste chirurgical. (Tosti G, 2017). ^[6] C'est un ensemble d'actions intentionnelles (suggestions et autres) dont l'objectif est de susciter ou de faciliter la survenue d'un état hypnotique. (IFH*)

➤ **Quelques heures dans la « peau » d'un patient :**

Pour se faire, il est nécessaire de rappeler le contexte dans lequel un patient arrive au bloc opératoire.

A son arrivée, le patient se retrouve le plus souvent face à une situation inconnue, anxiogène, dépourvu de tout signe distinctif et personnel, porteur de son seul bracelet d'identification et uniquement vêtu de sa blouse d'opéré, le plus souvent vulnérable et inquiet. Il faut donc être extrêmement vigilant, car la dissociation du patient est encore plus importante, ce qui le rend encore plus suggestible. (Bioy A, Servillat T, 2017) ^[12]. Certains médecins parlent même de « transe spontanée négative » comme étant un véritable état d'hyper-suggestibilité et d'hyper-vigilance.

^[A] Vidal 2018, Le Dictionnaire. 42^e édition. Copyright VIDAL 2018

^[B] Dictionnaire Médical Masson, Paris, 1997

La transe négative pourrait se définir de la façon suivante : terme utilisé pour décrire un processus de transe dont l'origine se situe dans un registre émotionnel et/ou cognitif négatif (*peur, anxiété, je suis en danger, je suis nul...*) mais également, dont les effets sont délétères pour la personne qui en est l'objet (*tachycardie, tachypnée...*).

Selon le Dr A.Ménard : « Le patient se plonge involontairement dans une transe négative dans laquelle il imagine le pire de la crise, qu'elle soit douloureuse ou anxieuse. Cette transe négative le rend donc hypervigilant aux moindres modifications physiologiques (rythme cardiaque, oppression...) qui interprétées comme les prémisses de la crise ont de *fortes* chances d'y mener ». (Célestin-Lhopiteau I, Bioy A, 2016) ^[2]

Le cerveau met cela en place pour se protéger, lorsque le patient n'a plus d'esprit critique rationnel.

Les effets négatifs peuvent alors se manifester sous forme de peurs de toutes sortes, attitude figée, visage fermé, regard anxieux, absence de sourire, muscles tendus...

Dans cet état de « transe négative », il risque de mémoriser de façon confuse tout ce qui est désagréable. D'autant plus que le personnel qui l'accompagne tout au long de son parcours, est rarement formé à la communication hypnotique. Donc pensant bien faire, chacun tente de le rassurer à coup de « N'ayez pas peur... », « Vous savez, ça ne fait pas mal ... ! », tout cela renvoie inmanquablement le patient à sa PEUR et à sa DOULEUR.

Il faut impérativement inclure le patient dans la relation. En effet, l'empathie à elle seule, ne suffit pas à améliorer le confort périopératoire. Il faut réfléchir et faire réfléchir le patient à ce qui est confortable pour lui et cela oblige à recentrer la communication sur LUI.

La connaissance de l'hypnose permet d'observer l'« état » du patient à son arrivée au bloc opératoire et ainsi d'utiliser les outils de communication thérapeutique pour suggérer des choses positives.

Mettons-nous à la place du patient qui arrive en salle d'opération, en imaginant ses perceptions au travers du **VAKOG** (*acronyme pour désigner les cinq sens : Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif et Gustatif*) :

- Visuelles :
 - Accueil par un personnel en tenue (uniforme), cagoulé, parfois masqué et le plus souvent anonyme (sans badge d'identité)
 - Vue du matériel chirurgical, des machines d'anesthésie : vision d'hyper-technicité
 - Agression de la lumière des scialytiques
 - Préparation du matériel par l'infirmière de bloc et concentration de celle-ci
 - Jeunes étudiants bras croisés, en attente dans un coin de la salle
 - Parfois vision d'un patient intubé qui sort d'une autre salle
 - Couleur des salles parfois austère et lumière artificielle

- Auditives :
 - Langage, conversation du personnel capté dans un couloir qui peut être totalement inadapté
 - Bruit des instruments
 - Alarmes et bips sonores, sonnerie du téléphone
 - Musique parfois inadaptée
 - Plainte d'autres patients ou du personnel

- Kinesthésiques :
 - Température de la salle souvent fraîche
 - Installation inconfortable sur la table
 - Badigeonnage
 - Nudité et pudeur
 - Mise en place du monitoring, plaque de bistouri, perfusion...

- Olfactives :
 - Désinfectant
 - Gaz anesthésique
 - Odeur de « cochon grillé » liée à l'utilisation du bistouri électrique

- Gustatives :
 - Goût désagréable dans la bouche
 - Bouche sèche liée au jeûne

A tous ces stimuli désagréables va s'ajouter une surinformation par les différents acteurs : explications parfois incomprises ou mal interprétées par le patient, interrogatoire redondant et pourtant médico-légal... Tous ces éléments vont saturer la conscience critique du patient déjà plus suggestible et augmenter son anxiété et son stress.

L'idéal serait d'inscrire la communication thérapeutique dans une dynamique de groupe pluridisciplinaire où chaque acteur (brancardier, aide-soignante, infirmière, IADE*, IBODE*, médecin anesthésiste, chirurgien et autres opérateurs) pourrait harmoniser le discours offert au patient.

➤ **L'anxiété au bloc opératoire :**

L'anxiété préopératoire est un malaise physique et psychologique en lien avec une intervention chirurgicale. Il ne s'agit pas de peurs précises ou spécifiques mais plutôt d'une sensation de malaise, une réaction de stress, qui peut rester confuse ou porter sur différents aspects de l'hospitalisation. Lorsqu'elle est d'intensité faible à modérée, c'est une réponse adaptée à une situation potentiellement anxiogène. Lorsqu'elle est intense, elle peut remplir les critères d'un trouble psychopathologique. Les travaux de 2008 de l'équipe du Pr Zeev N.Kain (pédiatre californien) ont établi, chez l'enfant comme chez l'adulte, que des niveaux importants d'anxiété augmentaient le risque de complications postopératoires ainsi que la survenue de troubles émotionnels et comportementaux postopératoires.^[13] (Avril 2018).

Cette anxiété peut être liée à différents facteurs :

- Au patient lui-même (terrain anxieux, dépressif...)
- A l'anxiété de son entourage (conjoint, famille...)
- A l'examen, la chirurgie (intrusion corporelle d'un instrument...)
- A l'anesthésie : locale, locorégionale ou générale (perte de contrôle d'une partie ou de la totalité de son corps).
- Peur de souffrir, de ne pas se réveiller...
- Aux complications possibles énumérées par les différents praticiens rencontrés en consultation (médecin anesthésiste et chirurgien) et obligatoires d'un point de vue éthique et médico-légal. Bien souvent son consentement est requis (« consentement éclairé du patient »...)

^[13] <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00682246/document> (avril 2018)

Chez l'adulte, la prévalence de l'anxiété préopératoire varierait entre 60 et 80 % selon les études (Célestin-Lhopiteau I, Bioy A, 2014) ^[2].

▪ Comment évaluer l'anxiété préopératoire ?

L'échelle d'hétéro-évaluation de l'anxiété préopératoire la plus commune et la plus utilisée est la « modified Yale Preoperative Anxiety Scale (mYPAS) ^[14] mais elle est plus spécifiquement réservée à l'enfant. (Annexe 1)

L'Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) ^[14] (Annexe 2) est un outil simple d'auto-évaluation réservé à l'adulte, qui permet de combiner l'évaluation de l'anxiété et l'évaluation des attentes concernant l'information sur l'intervention.

Il existe ainsi de nombreuses échelles évaluant tantôt l'anxiété, tantôt le stress perçus avec de nombreuses variantes.

Toutes ces échelles d'évaluation peuvent avoir un intérêt en consultation d'anesthésie mais sont contraignantes en utilisation préopératoire immédiate et ne sont pas validées en France. On dispose cependant de traductions françaises.

On peut tout simplement utiliser l'Echelle Visuelle Analogique* (EVA) (Annexe 3) en auto-évaluation.

Elle est très simple d'utilisation et permet au patient de quantifier son anxiété directement sur une règlette.

C'est pourquoi j'utiliserai cet outil (EVA) pour évaluer à la fois l'anxiété et le confort des patients que je prendrai en charge au bloc opératoire.

▪ Comment prévenir l'anxiété préopératoire ?

« Si les angoisses à propos de l'anesthésie (un sommeil qui évoque le grand sommeil) sont plus importantes que les angoisses en lien avec la chirurgie, c'est que le patient va perdre conscience de tout. Le patient sait qu'il va connaître un grand vide, sans même cette activité « minimale » qu'est le rêve ». (Bioy A, 2017). ^[15]

Cet état de perte de conscience et donc de perte de contrôle induit quasi systématiquement une certaine anxiété chez le patient. Cette dernière est généralement bien comprise et prise en compte par les médecins anesthésistes.

^[14] <http://www.cnr.d.fr/L-anxiete-preoperatoire.html> (mars 2018)

Aussi, pour atténuer cette anxiété préopératoire, ils ont souvent recours à la prémédication, c'est-à-dire à l'administration de sédatifs et/ou d'analgésiques.

Il a été démontré qu'une consultation d'anesthésie rigoureuse où le médecin a su gagner la confiance du patient permet de réduire les doses des agents de prémédication. (Davison J.K, Eckhardt III WF, Perese DA, 1995) ^[16].

Aussi, il existe des programmes de préparation à l'hospitalisation qui permettent de diminuer l'anxiété préopératoire. Ces programmes s'appuient généralement sur le modèle des thérapies comportementales et cognitives dont certains utilisent l'hypnose. Selon une étude menée en 2006, l'hypnose permet de diminuer le score d'anxiété préopératoire à l'induction alors qu'il augmente pour les sujets contrôles. ^[14]

Retenons toutefois l'analyse positive d' Antoine Bioy : « l'anxiété est un véritable moteur d'intentionnalité [...], l'anxiété en tant que tension à vivre quelque chose de différent » (Bioy A, 2017). ^[1] Cela permet de relativiser le précepte de la « zen'attitude » et de la recherche perpétuelle du « je me sens parfaitement bien... » et des suggestions positives d'Emile Coué surnommé « le marchand de bonheur » par les américains. : « Chaque jour, à tout point de vue, je vais de mieux en mieux », qui consisterait à mettre en avant l'imaginaire pour l'emporter sur la volonté. (Coué E, 2017) ^[17]

➤ **La communication thérapeutique :**

Pour le Dr Arnaud Gouchet (MAR au CH de Saint Briec), « La communication thérapeutique désigne tout ce qui présente des vertus thérapeutiques dans le champ de la communication entre un patient et un soignant ». (Bioy A, Servillat T, 2017) ^[12].

En effet, la communication est vecteur de messages et d'informations délivrés volontairement mais également involontairement et inconsciemment. Ces messages sont alors considérés comme des suggestions. Et ces suggestions sont d'autant plus efficaces qu'elles s'adressent à un patient en situation de soin et donc hautement suggestible.

Il faut savoir choisir ses mots avec soin et faire que cette rencontre dont l'origine est l'acte chirurgical, donc essentiellement technique, devienne une Rencontre Humaine autour de laquelle s'organise la technique.

^[14] <http://www.cnrdr.fr/L-anxiete-preoperatoire.html> (mars 2018)

L'humanisation du soin passe tout d'abord par la reconnaissance de l'Autre et par le langage des sens :

- **La vision** : se placer dans le champ visuel du patient, le regard que l'on accorde, le sourire franc qu'on lui adresse à son arrivée (*avec les lèvres et avec les yeux...*), la tenue correcte que l'on porte (*comme une marque de respect*) ;

- **L'audition** : l'appel du patient par son nom, les paroles que l'on échange avec lui, la politesse, l'intonation de la voix et la vitesse d'élocution ;

- **La kinesthésie** : le toucher de l'épaule du patient dans son lit ou son fauteuil ou la poignée de main à l'arrivée.

Les premiers échanges débutent dès l'entrée du patient dans le sas d'accueil du BO* (*lieu où les patients sont amenés par le brancardier, dans l'attente de leur prise en charge par le personnel du bloc opératoire*) Ce premier contact est primordial et la séance qui va suivre en dépend. C'est un instant privilégié pour débiter le travail d'observation mais extrêmement court. Il faut repérer le « langage du patient » afin d'avoir autant que possible un langage similaire. (Jousselin C, 2017) ^[18]

La promiscuité des autres patients en attente dans le sas peut parfois entraîner une certaine « réserve » de la part du patient. Mais c'est à cet instant que se construit « la bulle » dans laquelle aura lieu la séance. La confiance mutuelle crée l'alliance thérapeutique et c'est à ce moment précis que peuvent survenir les émotions...

Il est important de laisser le patient s'exprimer librement sans l'interrompre pendant les deux premières minutes de façon à colliger les informations et permettre au patient de se sentir écouté (Bioy A, Servillat T, 2017). ^[12]

La communication doit s'établir de manière sécurisée afin de ne pas nuire au patient ni au contexte thérapeutique en cours. Pour cela, il faut se sentir soi-même physiquement confortable afin que la qualité relationnelle soit optimale. Par ailleurs, il faut veiller à ne pas être iatrogène afin de ne pas provoquer ou aggraver un état de santé psychique et/ou physique déjà altéré en tenant des propos visant à augmenter les inquiétudes et /ou les sensations physiques du patient. (Bioy A, Servillat T, 2017). ^[12]

Porter attention à l'autre avec authenticité, le rejoindre dans sa souffrance, la ratifier, la reconnaître et le faire en étant réellement avec lui, c'est déjà un premier pas vers quelque chose qui soulage. (Tosti G, 2017) ^[6]

Il en est de même pour Le Dr Patrick Richard lorsqu'il affirme que « l'objectif du premier contact est d'établir un lien de confiance et de permettre au sujet de ressentir d'autres sensations que celles de son anxiété ou de sa plainte. Le fait de prêter attention au patient de manière personnalisée avec une attitude cordiale et de reconnaître sa situation suffit le plus souvent à amorcer cette relation ». (Benhaiem J.M, 2012) ^[8]

Il faut également intégrer que le patient n'est pas seul, il s'accompagne toujours d'un entourage familial, d'une histoire clinique, d'une pathologie et d'une situation socio-culturelle dont chaque acteur du soin devra tenir compte. Il doit bénéficier d'une relation thérapeutique adaptée et personnalisée, du « sur mesure », comme en haute couture. (Galy M, 2015) ^[19]

Ainsi va se tisser une forme de relation particulière entre le soignant et le patient décrite par G. Salem et E. Bonvin comme « une interaction entre deux personnes, utilisant des feedback, où la distribution des rôles est tacitement convenue et où le désir partagé est celui de mener à bien le projet thérapeutique ». Cette implication mutuelle peut être comparée à une jolie métaphore, celle d'une danse, où l'un « mène » l'autre mais avec son adhésion et sa complicité. (Salem G, Bonvin E, 2012) ^[20]

La communication se fait à plusieurs niveaux. Le terme « langage » du grec *logos* désigne à la fois le langage et la pensée. La pensée s'exprime donc par le langage qui lui-même implique la parole et le geste.

Il est courant de dire que la communication se fait à trois niveaux : (Bioy A, Servillat T, 2017) ^[12]

- **le langage verbal :**

C'est le vocabulaire utilisé par le patient. On peut distinguer le langage familier, courant ou soutenu. Il est important de « détecter » dans quel registre se fera l'échange verbal. Il est

également nécessaire d'être à l'écoute des métaphores utilisées par le patient afin de les reprendre pour établir une communication efficace.

Le langage verbal peut être positif ou négatif. Il sera judicieux de le souligner pour pouvoir reformuler le discours du patient ou certaines phrases jugées importantes. Côté soignant, le langage verbal peut être vecteur d'un grand nombre de suggestions ou connotations négatives et anxiogènes. En effet, le vocabulaire professionnel, bien particulier et parfois technique peut revêtir une signification toute autre chez le patient (*potence, garrot, perf...*). Il faut indéniablement éviter d'être contre-productif.

▪ **le langage non verbal :**

C'est le langage qui ne s'écoute pas, il **s'observe**. Il va bien au delà des mots. Ce sont les pensées, les émotions, le langage des yeux, le langage du corps, tout ce que le patient donne à voir consciemment ou non et qui doit être observé par le soignant. Cela demande une totale disponibilité et une observation fine de façon à adopter certains comportements par la suite. Il faut également savoir se « surveiller » soi-même.

Il peut être intéressant et parfois utile de savoir décoder le langage corporel. Ainsi le Dr T. Servillat donne des indices pouvant aider à « décoder » le langage de la posture. (Bioy A, Servillat T, 2017) ^[12] (Tableau p. 18)

→ La proxémie : est une forme de langage non verbal extrêmement importante au BO*. Il s'agit de la distance physique, psychique et émotionnelle à préserver dans le respect du patient mais qui doit également permettre d'instaurer la séance au milieu d'un environnement peu propice. On peut ainsi schématiser 4 espaces :

→ L'espace intime : de 15 à 50 cm, seuls les proches sont autorisés à pénétrer. Si inférieur à 15 cm, c'est le micro-espace franchi exclusivement lors des contacts physiques. Parfois utilisé en hypnosédation.

→ L'espace privé : de 45 cm à 1,20 m. C'est la distance respectée en société.

→ L'espace social : de 1,20 à 3 m. C'est la distance qui sépare des personnes qui se connaissent peu ou pas.

→ L'espace public : au delà de 3 m. C'est la distance d'un orateur face à son auditoire.

▪ **Le langage para-verbal :**

C'est l'écoute au « 2^e degré ». Cette dimension concerne l'écoute des intonations de la voix, du rythme (rapide ou lent), du ton (fort ou à l'inverse chuchotements), de la scansion (silences, soupirs, accents toniques) et leurs variations tout au long du discours. C'est un bon indicateur de l'état émotionnel du patient et les variations du langage para-verbal sont le reflet de la diversité des émotions associées au discours du patient.

Indices aidant le décodage corporel selon A. Gouchet et J.Morvan

Franchise	Agressivité	Attitude défensive	Ennui, indifférence	Aisance	Frustration	Confiance	Nervosité, incertitude
Sourire chaleureux	Plisser les sourcils	Peu de regards	Regard fixe sans expression	Regard franc	Regard fixe dans le vide	Mains jointes	Faible poignée de main, main moite
Bras décroisés	Regard soutenu, pupilles contractées, regard fixe	Corps rigide	Les yeux ne clignent pas	Assis, penché en avant, les mains sur les cuisses ou les genoux	Mains dans les cheveux	Penché en arrière mains jointes derrière la tête	Se racle la gorge en continu
Jambes décroisées	Poings serrés	Mains serrées	Tête dans la paume de main	Expression faciale vivante	Courtes inspirations et expirations	Fier, se tient droit, les mains jointes derrière le dos	Peu de regard
Buste en avant	Bras allongés, les mains saisissent le bord de table	Bras fermement croisés	Tapote avec ses doigts, donne des petits coups de pied	Debout la veste ouverte, les mains reculées sur les hanches	Se tord les mains	Tête haute	Rire nerveux
Corps détendu	Fronce les sourcils	Tête basse	Peu de regards	Proximité de l'interlocuteur	Lèvres pincées	Jambes étirées	Tapote avec ses doigts sur la table
Regard direct pupilles dilatées	Index pointé	Chevilles fermement croisées	Les yeux bas	Assis sur le bord de la chaise	Profondes respirations	Se dominant physiquement	Soupire
Décontracté/ veste retirée (pour les hommes)	Mains sur les hanches en se tenant debout		Les jambes croisées	Exprimer son accord	Mains fermement serrées	Penché en arrière de sa chaise	Croise les bras et les jambes
	Se déplace dans l'espace personnel de l'autre		Distrait			Regard continu	Tripote des objets ou des vêtements

Revenons maintenant aux raisons pour lesquelles le patient arrive au bloc opératoire afin de bénéficier d'un examen de la prostate.

❖ Quelques mots sur la prostate :

La prostate est une glande unique de la grosseur et de la forme d'un marron, faisant partie du système reproducteur masculin. Elle pèse environ 15 à 25 g à l'âge adulte, lorsqu'elle est saine. Elle mesure 30 mm de haut, 40 mm de large et 30 mm d'épaisseur et se situe dans le petit bassin, sous la vessie et en avant du rectum. On peut palper la prostate à travers la paroi antérieure du rectum au moyen d'un doigt introduit dans le rectum (toucher rectal). Le médecin effectue cet examen pour évaluer le volume et la texture de la prostate. (Marieb E.N, 1993)^[21].

➤ Le cancer de la prostate :

Il faut savoir que le cancer de la prostate est le plus fréquent chez l'homme, même si son taux d'incidence diminue (- 6% par an en moyenne entre 2005 et 2009) avec 48427 nouveaux cas en France métropolitaine en 2013 et 8625 décès (8207 cas estimés en 2017). Il se situe au premier rang des cancers chez l'homme, nettement devant les cancers du poumon et du colon-rectum.

Le cancer de la prostate survient dans environ 66 % des cas chez des hommes âgés de 65 ans et plus. On note une relative diminution du nombre de cas depuis quelques années.

Près de 79 % des décès concernent des hommes de 75 ans et plus, mais la mortalité diminue régulièrement depuis 1990, en partie grâce à l'amélioration des traitements notamment pour les cancers évolués et par l'accès au dépistage qui permet un diagnostic précoce.^[22] (avril 2018)

➤ La ponction biopsie de prostate : (PBP)

La PBP fait partie de l'arsenal des méthodes de dépistage. Elle consiste à prélever des fragments de la glande selon une technique bien codifiée, afin de pratiquer une analyse histologique au microscope.

^[22] <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-de-la-prostate> (avril 2018)

La PBP joue un rôle décisif dans le processus de décision thérapeutique, car elle permet d'affirmer ou non le diagnostic afin de différencier une hypertrophie bénigne d'un cancer de la prostate, mais également de donner des éléments de pronostic, en précisant l'étendue de la maladie.

La PBP* est un acte invasif potentiellement responsable de complications. La morbidité est variable de 3 à 20 % et la mortalité est quasi nulle.

Historiquement, la biopsie était réalisée par ponction de la prostate guidée approximativement au doigt lors du toucher rectal. L'arrivée de l'échographie a permis la réalisation de biopsies écho-guidées avec repérage des zones réellement prélevées, par voie transrectale. L'aiguille à biopsies est manipulée à l'aide d'un boîtier à déclenchement automatique et un système de guillotine permet un prélèvement de 17 mm de longueur en une fraction de seconde. ^[23] (mars 2018). L'intervention débute par l'introduction d'une dosette de gel de lidocaïne intra rectal (*anesthésique local dont l'effet maximal est à 15 minutes et dont la durée d'action est de 30 à 60 minutes*) (Dalens B, 1996) ^[24], puis introduction de la sonde échographique.



Sonde endorectale avec guide externe pour passage de l'aiguille à biopsies. (photo AFU)



Carottes biopsiques conditionnées dans une cassette avant mise dans le formol. (photo AFU)

^[23] <http://www.urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/la-biopsie-de-prostate.html> (mars 2018)

➤ **L'installation du patient :**

Le patient est installé sur la table d'opération en décubitus dorsal et en position gynécologique, c'est-à-dire sur le dos, les jambes écartées et posées sur des appuis fixés dans des « bottes » et relevées à 90°. C'est bien évidemment une position inconfortable mais également extrêmement gênante pour le patient, où le chirurgien s'installe entre ses jambes, assis, les mains à hauteur de l'anus.



Position gynécologique (photo Steris)

❖ **Rappels législatifs :**

En France, la relation soignant-soigné est réglementée.

En effet, la loi prévoit notamment des devoirs pour les soignants et des droits pour les personnes soignées. On y retrouve trois éléments essentiels : le respect de la personne, la qualité de la relation et l'information de la personne soignée.

Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 portant sur le code de déontologie des infirmiers. ^[25] (mars 2018)

^[25] <https://www.legifrance.gouv.fr> (mars 2018)

Article 1

Section 1-Devoirs généraux :

« Art. R. 4312-4.-L'infirmier respecte en toutes circonstances les principes de moralité, de probité, de loyauté et d'humanité indispensables à l'exercice de la profession.

Section 2-Devoirs envers les patients :

« Art. R. 4312-10.-L'infirmier agit en toutes circonstances dans l'intérêt du patient.

« Ses soins sont consciencieux, attentifs et fondés sur les données acquises de la science.

« Il y consacre le temps nécessaire en s'aidant, dans toute la mesure du possible, des méthodes scientifiques et professionnelles les mieux adaptées. Il sollicite, s'il y a lieu, les concours appropriés.

« Il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience, ses compétences ou les moyens dont il dispose.

« L'infirmier ne peut pas conseiller et proposer au patient ou à son entourage, comme salubre ou sans danger, un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé.

Toute pratique de charlatanisme est interdite.

« Art. R. 4312-14.-Le consentement libre et éclairé de la personne examinée ou soignée est recherché dans tous les cas.

Section 4-Modalités d'exercice de la profession :

« Art. R. 4312-32.-L'infirmier est personnellement responsable de ses décisions ainsi que des actes professionnels qu'il est habilité à effectuer.

« Il ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre son indépendance, la qualité des soins ou la sécurité des personnes prises en charge.

❖ Problématique :

Le patient qui arrive au bloc opératoire est donc une personne fragile, vulnérable et hautement suggestible, bien souvent anxieux, ayant perdu ses repères et confronté à un personnel qualifié, parfois surmené et peu enclin à l'écoute. Et cela d'autant plus, qu'il n'est pas prémédiqué lorsqu'il doit subir une intervention de courte durée sous anesthésie locale, comme cela sera le cas dans ce mémoire.

Aussi il m'a paru intéressant de me poser ces différentes questions :

L'hypnose peut-elle améliorer la prise en charge de ces patients « délaissés » par l'anesthésie ?

Comment aider les patients pris en charge uniquement sous AL à passer cette « épreuve » ?

Quel est l'intérêt de l'hypnose sans sédation au bloc opératoire ?

Quels bénéfices pour le patient, l'opérateur et l'équipe soignante présente ?

En résumé, l'hypnose peut-elle diminuer l'anxiété des patients qui viennent au bloc opératoire pour des interventions sous anesthésie locale et ne bénéficiant donc pas de prémédication ?

Et quel est le bénéfice pour le reste de l'équipe ?

Méthodologie de la recherche

❖ Présentation du cadre :

Le cadre dans lequel se sont effectuées les séances est celui du bloc opératoire d'un hôpital périphérique où l'hypnose n'est pas pratiquée en tant que telle (hypnose formelle) mais où le personnel soignant est sensibilisé au « langage positif ».

Les patients qui viennent pour cette intervention : ponction biopsie de prostate (PBP) arrivent au bloc opératoire sur un fauteuil roulant, après être passés en service de chirurgie ambulatoire où ils se sont déshabillés pour revêtir la traditionnelle blouse d'hôpital et le pantalon de pyjama.

Ils sont ensuite pris en charge par le brancardier qui les poussent au BO* où ils patientent dans le sas en attendant leur tour.

Habituellement, l'infirmière responsable de la salle vient les chercher et après les questions d'usage, elle les emmène dans la salle, pour les installer sur la table d'opération après leur avoir demandé de retirer leur pantalon et d'installer leurs jambes sur les deux appuis.

Tout est réuni pour que l'inconfort et l'anxiété soient à leur maximum dans la plupart des cas.

Ensuite, elle leur pose systématiquement un masque à oxygène haute concentration avec le Kalinox^R.

Pendant ce temps, elle termine les préparatifs du geste en attendant le chirurgien qui bien souvent opère dans une autre salle, ce qui rend l'attente parfois un peu longue.

En fin d'intervention ils repartent sur un fauteuil roulant directement en circuit inverse sans passage par la SSPI*.

Mon idée a donc été d'inviter l'hypnose au bloc opératoire et d'observer quels bénéfices chaque acteur de cette scène pouvait trouver... L'hypnose accompagnerait ainsi l'anesthésie locale afin que le patient ne bouge pas pendant les ponctions qui sont écho-guidées et extrêmement précises.

Le chirurgien était « ouvert » à cette pratique, pour l'avoir déjà proposée à ses patients dans un autre établissement et était favorable à ce que je puisse le proposer ici.

Il a été convenu avec le chirurgien, le médecin anesthésiste et la cadre de santé, que j'accompagnerai uniquement les patients venant pour des biopsies de prostate dans le cadre de mon mémoire.

J'allais donc à la rencontre de chaque patient dans le sas afin de leur proposer un accompagnement adapté et pouvoir recueillir quelques « graines » que j'allais pouvoir ensuite faire germer... quand cela était possible.

J'ai appliqué la suggestion du Dr A. Gouchet : « L'approche du patient se voudra donc essentiellement anxiolytique, tout en veillant à apporter du (ré)confort au patient ». (Bioy A, Servillat T, 2017) ^[12]

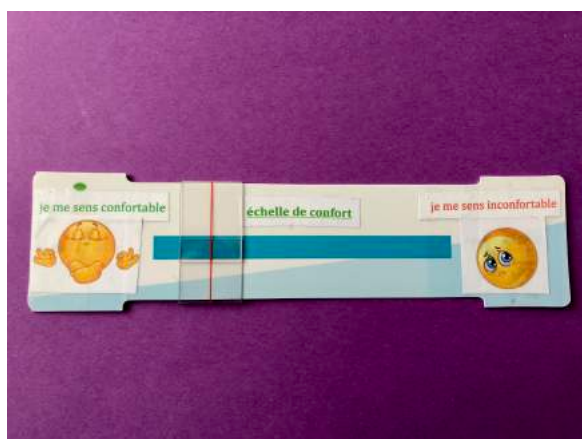
❖ Présentation des patients :

Dans le cadre de ce mémoire, j'ai eu l'occasion d'accompagner onze patients qui venaient pour des interventions programmées de PBP* mais qui n'étaient pas prévenus de la possibilité de prise en charge par l'hypnose. Ils n'ont par ailleurs bénéficié d'aucune séance préalable.

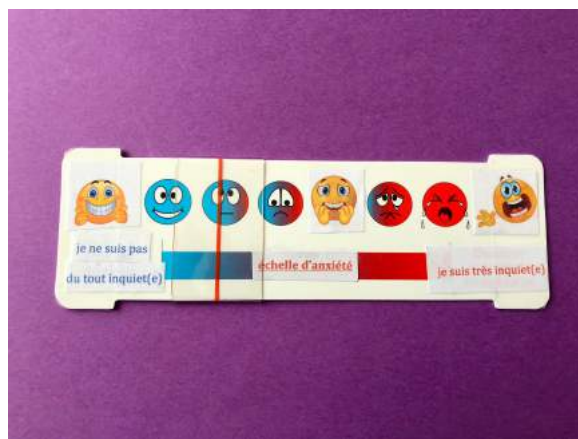
Il s'agissait d'hommes entre 51 et 75 ans, avec ou sans antécédents médicaux et/ou chirurgicaux, qui venaient pour cette intervention, dans le but de confirmer ou non la présence d'un cancer de la prostate.

Avec leur consentement, j'ai choisi de les accompagner uniquement par l'hypnose, en gardant la bouteille de Kalinox^R à proximité, à la fois pour les rassurer, car certains venaient pour la 2^e ou 3^e fois, mais également pour me rassurer moi et avoir une bouée de secours.

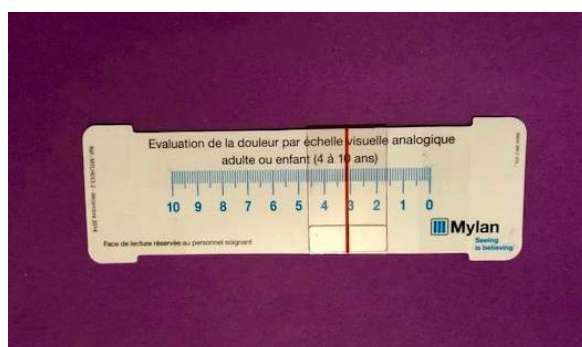
A chaque fois, je leur ai demandé de faire glisser le curseur de la réglette EVA pour estimer leur anxiété (A) et leur confort (C) avant et après la séance afin d'évaluer l'impact de la séance sur leur ressenti.



Echelle de confort



Echelle d'anxiété



Valeurs chiffrées

Résultats et données cliniques

Chaque séance débutait ainsi : j'allais seule ou avec l'IBODE* chercher les patients dans le sas d'accueil du bloc où ils patientaient sur un fauteuil ou un brancard. Nous nous présentions souriantes et sans masque.

Nous posions les questions d'usage (identité, jeûne....) et je leur expliquais ma démarche et ma proposition puisqu'ils n'avaient pas pu être avertis à la consultation avec le chirurgien (*elle était bien antérieure à mon projet*) et qu'ils n'avaient pas eu de consultation d'anesthésie. Je recueillais alors leur ressenti « anxiété » et « confort » à ce stade puis à nouveau dans le sas au moment de leur départ à l'aide de mes réglottes « artisanales » basée sur l'EVA. (photos p.24)

Les premières fois, je ne savais pas si je devais prononcer le mot « hypnose », si cela n'allait pas effrayer les patients et les faire refuser une « aide » que je pensais « idéale » pour eux.

Par la suite, je leur proposais une prise en charge par l'hypnose en leur expliquant en quoi cet accompagnement allait consister.

Pour des raisons de confidentialité, je renommerai tous les patients par des noms d'artistes sculpteurs, pour leur talent et leur travail avec des outils peu connus.

❖ Les sculpteurs :

✓ Cas n°1 : **M^r François Pompon**

Homme de 57 ans, pas d'antécédents particuliers. Dosage de PSA* très augmenté

A son arrivée : EVA Anxiété (A) : 7-8 /10

EVA Confort (C) : 4 /10

PSA : Antigène Prostatique Spécifique, marqueur tumoral de la prostate dont la limite du seuil est de 4ng/ml. Il est recommandé un seuil de 2,5ng/ml chez les hommes de moins de 50 ans.

Premier patient de la journée et premier patient pour lequel je vais utiliser les nouveaux outils que l'on m'a confiés lors de mes trois jours de formation...

Je suis à la fois heureuse et inquiète, comme si je découvrais un nouveau métier puisque je n'ai pas mes outils habituels d'anesthésie...

Le patient attend sur un brancard dans le sas et je n'ai que son nom inscrit au tableau du programme du BO* pour me guider.

Nous arrivons dans le sas avec l'IBODE* en charge de la salle dans laquelle vont se dérouler les interventions, souriantes et sans masque. Elle se présente et pose les questions d'usage (*nom, prénom, jeûne, douche bétadinée, dernière prise de sang...*). Ok pour elle.

Je me présente à mon tour : « Bonjour, je m'appelle Nelly, je suis infirmière anesthésiste (*je vois les yeux du patient qui s'écarquillent légèrement, déjà la confusion...*) et je vais prendre soin de vous pendant toute la durée de l'intervention, pendant que ma collègue s'occupera de la partie technique. D'accord ? ».

J'imagine qu'il ne comprend pas trop mon rôle puisqu'on lui a dit que son intervention aurait lieu sous AL*.

Le temps ne se prête pas à la causette, alors nous nous dirigeons vers la salle d'intervention, tout en parlant de la pluie et du beau temps, pour détendre l'atmosphère et prendre un peu la « température » de notre future « collaboration ».... Je lui explique comment cela va se passer et comment je vais l'accompagner en restant près de lui. Je lui demande d'évaluer son anxiété (A) et son confort (C) à l'aide des réglettes EVA*.

L'IBODE* demande au patient de retirer son pantalon de pyjama et de s'installer sur la table, les pieds sur les supports. Le patient s'exécute tel un automate. Je l'aide à s'installer en accompagnant ses gestes et lui dit sur le ton de la plaisanterie: « Et bien, ce n'est plus ce que c'étaient les 4 étoiles ! ». Le patient esquisse un sourire.

L'IBODE* fixe ses jambes sur les appuis, pendant que le patient descend sur la table pour poser ses fesses en bord de table. Je préserve la pudeur du patient en maintenant sa chemise sur ses cuisses.

Je lui demande s'il est bien installé comme cela et comme il bouge sa tête pour mobiliser l'oreiller, je réajuste le deuxième coussin en lui demandant si c'est mieux ainsi ?

« OUI, c'est mieux ». Alors je liste calmement chaque partie de son corps en débutant par les pieds, jambes...et je remonte jusqu'à ses épaules et sa tête sur le coussin.

A chaque partie nommée il ajuste sa position. Voilà, j'ai quand même fait ma check-list ! Ne pourrait-on appeler cela un bodyscan conscient où le patient fait sa propre check-list ?

Tout est OK ! Je lui demande si la chaleur est suffisante à son goût : « Oui, ça va ».

Je m'installe donc à sa gauche (*la salle est ainsi faite !*) sur un tabouret, le visage à hauteur de sa tête.

Comme je ne lui ai rien annoncé et que je ne connais rien de lui, je décide de partir sans esquisse ni croquis. J'ai bien un script dans ma poche que je pourrais sortir au cas où, mais je décide de faire confiance au patient. Nous allons être tous deux des artistes et nous allons créer ensemble, sans croquis préalable, juste avec la confiance mutuelle et le savoir faire de l'autre.

Je lui demande donc très doucement et très calmement de bien vouloir prendre conscience de chaque partie de son corps, que j'énumère, là, maintenant afin de m'assurer de sa bonne installation, puis sa tête bien en équilibre entre les deux épaules. (*Je commence mon travail de dissociation*). « Oui », et la tête bien installée sur l'oreiller pour un voyage au pays des rêves ? « Oui ». (*J'ai mon « yes set »...*)

Je lui demande de fixer un point au plafond (induction par fixation) et d'écouter ma voix. C'est tout ce qu'il a à faire, tout simplement. Le patient est toujours en mode « automate », comme sidéré, impassible. Je considère qu'il est déjà en transe, mais il garde les yeux ouverts et j'avoue que cela me gêne un peu...

Alors, je lui dis qu'il est parfois plus facile d'écouter les sons les yeux fermés pour plus de confort dans le corps. L'IBODE* me sourit en haussant les épaules. Voilà, je dérape, je « confusionne ». Je lui réponds par un sourire/grimace... Mais le patient ferme les yeux ! Je ratifie et le félicite doucement.

Puis les yeux fermés je lui demande de se diriger vers sa respiration, de prendre conscience de l'air froid qui entre dans les poumons à chaque inspiration et chaud qui en ressort à chaque expire.

J'intègre les bruits alentours comme étant des choses sans aucune importance car le confort est à l'intérieur et je lui demande de prendre conscience de ses bruits à l'intérieur, peut-être des gargouillis (*j'ai entendu son estomac, il est à jeun...*), peut-être même plus finement écouter les battements de son cœur, toc, toc, toc comme de petites gouttes de pluies qui se forment pour tomber délicatement dans la rivière... J'observe ses mouvements oculaires et son visage devient lisse et détendu, sa respiration est calme et régulière. Je ratifie et félicite doucement. Et comment chaque gouttelette se mêle délicatement à l'eau limpide de la rivière, je lui dis de se laisser transporter délicatement par le courant de cette rivière avec une belle description d'images et de sensations agréables jusqu'à une crique magique et merveilleuse, où tout est calme, paisible et rassurant, baignée de positivité et de sérénité,

où l' on peut se ressourcer et prendre tout ce dont le corps et l' esprit ont besoin. Entre temps, le chirurgien est arrivé, les jambes du patient ont été levées et le gel de Xylocaïne^R (AL*) introduit dans l'anus du patient... sans que je puisse l'intégrer dans mon histoire. Le patient ne semble pas avoir réagi ... ouf... Je lui dis donc de profiter de ce calme, de cette paix intérieure et là : CLAC ! (*première biopsie*), je suis déstabilisée par le bruit et je sursaute presque en même temps que le patient ! Quel mirroring ! Je perds mes moyens, j'essaie maladroitement de mettre des bruits dans ce paysage féérique mais je n'y crois pas et le patient non plus. Il ouvre les yeux.

Tel une naufragée, je pose mes deux mains délicatement sur ses épaules et je lui demande de repartir au contact de mes mains sur ses épaules, de prendre conscience de la chaleur qu'elles diffusent et de repartir avec cette chaleur à l'intérieur de lui. Il referme les yeux. Et je lui masse doucement les épaules en me synchronisant sur sa respiration jusqu'à la fin des prélèvements (*14 au total*) en le suivant et en nommant les inspires et les expires, à son rythme à lui.

A la fin, je lui ai demandé si ça allait, il m'a répondu « oui » avec un sourire... A la question du chirurgien : « vous avez eu mal ? » le patient lui a répondu : « non ça va »...

Puis après l'avoir aidé à se relever et se rhabiller, je l'ai accompagné dans le sas (*sans même penser à évaluer son anxiété et son confort après l'intervention*)... en lui souhaitant une bonne journée, un bon retour et en lui disant de prendre soin de lui.

Bilan :

Le patient a dit que cela s'était bien passé pour lui, il n'a absolument pas bougé pendant toute la durée des ponctions, je pense donc qu'il était quand même en hypnose.

La difficulté ici, était de ne pas avoir pu discuter avec le patient avant, afin de créer avec lui une alliance thérapeutique et de trouver le langage qui lui correspondait. Je ne connaissais rien de lui, de sa vie, sa famille, de ses goûts, de ses loisirs, ses ressources... Toute la difficulté a été, comme le dit Bertrand Fayard, de rester « artistiquement vague »...

Et puis, j'avais une idée de l'hypnose qui était de « garder » le contrôle de la situation, comme je l'aurai fait en anesthésie. Pas simple de laisser l'imprévu entrer dans la transe, sans pouvoir réinjecter tel ou tel médicament que l'on connaît bien et que l'on maîtrise.

Le chirurgien et l'IBODE* étaient également très satisfaits même si je n'ai pas eu l'impression de faire de la « vraie hypnose ».

C'était finalement une expérience concluante pour tous.

✓ Cas n°2 : **M^f François Rude**

Homme de 75 ans, retraité, qui vient pour la 3^e fois au BO* pour biopsie de prostate, en 2 ans. Ses résultats biologiques sont en discordance avec les résultats des précédentes biopsies.

A son arrivée : **A** = 3 /10 et **C** = 4 /10

Il est très volubile, gesticule beaucoup sur son brancard, accoste tout le monde et cherche à « amuser la galerie ». C'est un homme curieux et « coquin ».

Il se trouve qu'il est arrivé en même temps que son voisin de chambre, M^f Paul Cabet, et se trouve en attente dans le sas pour la même intervention.

Ils se taquent, discutent fort et se font régulièrement réprimander par le personnel qui passe devant le sas d'attente.

Après les questions d'usage et avoir recadré M^f Rude, je lui propose une prise en charge par l'hypnose. Il « n'y croit pas, il a déjà essayé et il n'est pas hypnotisable... » mais « pourquoi pas ». Je lui explique en quoi consistera sa prise en charge, en l'expliquant également à M^f Cabet qui donne également son accord pour une « partie de rigolade »...

Je me dis que le stress n'a pas les mêmes manifestations chez tout le monde et je pousse donc François Rude, sous l'œil désapprobateur de ma collègue.

Installation sur la table... il connaît parfaitement le déroulement de l'examen. C'est peut-être même lui qui va nous expliquer comme cela va se dérouler !

Pas simple à canaliser cet homme-là ! Les fois précédentes, l'IBODE* lui avait mis le Kalinox^R mais il n'avait pas arrêté de parler et de gesticuler.

Je me positionne comme d'habitude et lui demande de fixer un point du plafond avec toute sa curiosité et son sens de l'observation. « J'y vois flou, j'ai pas mes lunettes ! » me dit-il en rigolant. Je lui demande donc de faire comme s'il avait ses lunettes. En fait, il me donne lui même la réponse : « c'est bizarre, je vois tout flou, sauf le point que vous m'avez demandé ! ». Quelle aubaine ! Je lui dis que c'est parfait et je le félicite. Il peut donc maintenir cette netteté puisque les yeux ont trouvé leur solution ! Et tandis que les yeux continuent leur travail, je lui demande à lui, de prendre conscience de sa respiration. Et de faire un petit jeu : sentir l'air frais qui entre dans ses poumons et chaud qui en ressort.

A ce moment, l'IBODE* tire sur les fesses du patient pour positionner son bassin en bord de table. Le patient se déconcentre et me dit « ah ben j'arrive pas à fixer constamment, des fois je pars ! ». Je répète ce qu'il vient de me dire et lui dis que c'est parfait. Il n'a qu'à se laisser partir car je vois qu'il a les capacités, je dirais même les ressources pour faire tout cela parfaitement bien. Je vais même compliquer le jeu en lui demandant de le faire à travers les paupières closes, et de retrouver son point de tout à l'heure puisqu'on a bougé sa position et donc ses repères au plafond.

Il ferme les yeux et je lui demande de focaliser son attention sur sa respiration puis sur les battements de son cœur. Ce sont des choses qui se font à l'intérieur sans même en avoir conscience, le jour, la nuit... Et je lui répète : « Sentez comme il est agréable de Sentez les battements » et là, il me dit « je ne sens qu'un seul truc, c'est votre parfum, c'est bien agréable ».

Ok. Je lui dit alors de se laisser transporter par les effluves et là il me demande s'il faut qu'il parle ?... Et bien en fait, non pas du tout, sauf s'il le souhaite... Je lui demande alors de me dire s'il y a un endroit qu'il affectionne tout particulièrement ? Il me demande s'il doit me le dire ? Et là, 1^{er} CLAC de la biopsie. « Vous voyez, je ne suis pas très réceptif ! » Je lui explique que ce n'est pas une histoire d'être réceptif ou pas, c'est juste la volonté et la possibilité de partir ailleurs plutôt que de rester là, ici et maintenant. « C'est la 3^e fois, je sais ce que c'est ! ». « Raison de plus pour en profiter pour partir ailleurs ! Aucun intérêt à rester » lui dis-je en plaisantant. Et nous voilà donc partis tous les deux sur l'Ile d'Oléron à la pêche aux huîtres sauvages, sur les rochers. La discussion est très animée, je le questionne sur le calibre autorisé, je lui demande de me raconter les odeurs, les couleurs, les saveurs, le paysage, les sons associés à cet agréable moment.

Le chirurgien lui demande : « ça va M^f Rude, ça fait pas mal ? »... « bah non, ça fait moins mal qu'avant » et il continue son récit et je lui pose tout un tas de questions. Il prend plaisir à me surprendre. Nous parlons des perles dans les huîtres... Et là il me dit : « Vous voyez que je ne suis pas endormi ! ».

Le chirurgien lui demande comment ça va ? Il répond « Ça va, je ne sens rien ». « Normal, c'est terminé ! »

« Ah bon ? Déjà ? Ah bah ... j'ai rien senti cette fois ! »

A = pfff, super ! C = ah ben super aussi !

Au retour de M^f Rude dans le sas, il dit à son « copain » : « Tu vas voir elle est épatante ! ».

Bilan :

Je ne me suis pas sentie très à l'aise au départ, car je sentais que je n'avais pas le contrôle de la situation et que c'était plutôt le patient qui me « manipulait ». Par ailleurs, son « je n'y crois pas, ça ne marche pas sur moi » m'a un peu plus déstabilisée et diminué la confiance que j'avais en moi. Je devais donc lui proposer un jeu dont je dicterais les règles. Je pense qu'avec ses antécédents et l'anxiété qui l'accompagnait, il avait du mal à « lâcher prise », il devait impérativement garder le contrôle de la situation. Spontanément, je suis partie sur un terrain qu'il connaissait bien en faisant appel à ses connaissances (*je suis allée le chercher là où il était*) et j'ai exploité ses ressources en faisant appel au VAKOG, en insistant sur les odeurs iodées et les sensations ressenties lors de ce séjour en Bretagne car il avait plutôt un canal olfactif.

Il était très satisfait de cette expérience et m'a remerciée pour « le jeu ». Je lui ai dit qu'il avait de vraies prédispositions à la dissociation et qu'il pouvait aller consulter un hypnothérapeute pour lui permettre d'améliorer « sa » technique afin de s'en servir chez lui, dans sa vie quotidienne. « Hum, pourquoi pas ! »

Au revoir M^r Rude, bon retour et prenez soin de vous !

✓ Cas n° 3 : **M^r Paul Cabet**

Homme de 73 ans, voisin et « copain de galère » de François Rude.

A l'arrivée : A : 5 /10 C : 2 /10

Il est retraité, aime la nature, son jardin, les voyages et revient d'un séjour en Irlande où il est allé à la pêche au saumon. Très taquin et coquin. Il a fallu le recadrer gentiment et avec le sourire à chaque phrase. Et pour ce second patient, la patience de l'IBODE* avait atteint ses limites en plaisanterie de mauvais goût. Elle ne lui répondait plus et me regardait en levant les yeux au ciel.

Induction par fixation d'un point au plafond et des suggestions de Gaston Brosseau « Ne rien faire, juste laisser faire ». Juste prendre conscience qu'il est facile de ne rien faire, de prendre conscience de la respiration, les battements réguliers (*dissociation*) et rassurants à l'intérieur et tout ce qui est « ailleurs » n'a aucune importance. Bertrand Fayard parle de « spirale sensorielle » : je pars de la réalité et l'accompagne. Et à l'intérieur se trouve le

silence, la paix intérieure, la sérénité, comme sur le bateau de pêche au milieu de l'océan, où tout est calme, fluide, apaisé. Un retour au contact de la nature avec ses sensations, peut-être un léger vent marin qui surprend, peut-être la lueur du lever de soleil, les émotions quand le saumon arrive vers l'hameçon... Et je lui propose de ressentir la fraîcheur du lever de soleil un matin de bonne heure et de bonheur, où l'excitation d'avoir pêché un beau saumon, la fierté et le regard des autres qui l'envient quand il ressort de l'eau cette belle prise (CLAC 1^{ère} biopsie) : le patient ne réagit pas et je joue sur les mots avec un peu d'excitation dans la voix et j'insiste sur la fierté, et je vois le patient qui lève légèrement le menton. Je ratifie et lui dit qu'il peut vraiment être fier de lui, sous le regard de tous les autres et qu'il faut immortaliser cette image pour la garder précieusement dans sa boîte à ressources. Puis je parle de plus en plus lentement et doucement et je murmure presque à son oreille des jolis mots : fierté, bonheur, paix intérieure, grandeur, calme, magie, bien être, détente, sérénité. Et les CLAC se poursuivent laissant Paul au milieu de ses amis, sur le bateau en plein océan. Je remarque un léger sourire à la commissure de ses lèvres.

« Et tandis que vous gardez ce merveilleux souvenir, cette fierté de l'instant, vous pourrez à tout moment retrouver cette confiance et cette assurance quand vous le souhaiterez, quand vous en aurez besoin, précieusement rangées dans une belle boîte au cœur de votre océan ». Puis réassociation, retour à son rythme après une grande inspiration, ici et maintenant.

A son départ : A : 0 /10 C : 10 /10

Je pousse le patient dans le sas de départ, encore « en mer », calme et détendu et très reconnaissant. Presque plus le même homme qu'au départ.

Bilan :

J'étais vraiment contente de cette séance. Elle s'est déroulée presque comme dans les livres. Le patient est bien parti en transe avec les outils que je lui ai proposés, malgré une certaine permissivité et nous avons réussi à faire une magnifique œuvre d'art. Il repart avec sa sculpture et moi je reste avec le plaisir et la satisfaction du travail bien fait.

Il faut toujours faire confiance au patient et ne pas se laisser influencer par un comportement où une attitude que l'on pourrait mal interpréter et qui empêcherait la créativité.

Je me suis tout de même contrôlée au départ pour ne pas utiliser des mots qui me semblaient à double sens tels que « sentir » car M^r François Rude n'a senti que mon parfum et la première biopsie. Aussi ais-je utilisé plutôt « prendre conscience de.. ». Le poids des mots à vraiment son importance et un patient en transe prend tout au « pied de la lettre ».

✓ Cas n° 4 : **M^r Auguste RODIN**

Homme de 75 ans, très fermé, l'air sévère et prostré, presque à fleur de peau.

Assis sur un fauteuil dans le sas, les mains unies sur les genoux. Il répond très brièvement et froidement aux questions qu'on lui pose. Quand je lui propose un accompagnement en hypnose après m'être présentée à lui, il me regarde et hausse les épaules. Je considère cela comme un accord et je me dis que je ne sais pas si je vais avoir les bons outils pour arriver à faire une œuvre d'art, mais que cela mérite d'essayer. La pierre est ma matière préférée !

Sans un mot, il met le curseur des réglettes :

A : 10 /10 C : 0,5 /10

Je débute comme d'habitude une induction par fixation visuelle au plafond. Et je lui demande s'il a trouvé un point. Il me répond : « Ben oui ! ». Je le félicite et lui explique que nous allons pouvoir débiter la séance. Il garde les yeux ouverts et ne cligne pas. Si bien que j'ai mal pour lui, ses yeux deviennent fixes et rouges. Je lui suggère plus de confort les paupières closes, que l'on garde le contrôle des sens les yeux fermés. Je lui propose de rester bien à l'écoute des bruits qui l'entoure, des sensations du corps sur la table, puis sa respiration et ses battements cardiaques comme peut-être ils ne les a jamais entendus, réguliers, rassurants, comme le mécanisme d'une belle horloge Franc-comtoise, avec son balancier et ce rythme régulier qui berce, qui rassure, cette cadence que l'on peut suivre juste en abaissant les paupières. Il ferme alors ses yeux. Je le félicite et lui suggère de ressentir comme il est doux et confortable maintenant d'être à l'écoute de ma voix. Je parle à un rythme hypnotique, régulier en fractionnant mes phrases et en laissant des silences. Je suggère un lieu qui lui convient, qui l'apaise où ses souvenirs sont sereins et teintés de douceur et de quiétude.

Et là, gros bruit de poubelle en inox (même moi je sursaute !) Je regarde l'IBODE* qui s'excuse avec une grimace. Puis le téléphone sonne : elle répond. Le chirurgien arrive en salle avec son téléphone à la main en pleine conversation pour une consultation en urgence qu'il doit aller voir. M^R Rodin ouvre les yeux et me regarde fixement. Comme le chirurgien constate que le patient n'est pas en hypnose, il lui parle et le rassure en lui disant que ça va aller vite et qu'il ne doit pas s'inquiéter. Je décide alors de mettre le Kalinox^R car je ne pense pas pouvoir trouver rapidement ni les moyens ni les outils pour un départ rapide, alors que le chirurgien introduit le gel et la sonde dans l'anus du patient en lui annonçant, « c'est parti ! ».

« CLAC », je pose ma main chaleureusement en même temps sur l'épaule du patient et je lui ai promis de l'accompagner, je ne lui ai pas promis comment. Cette main va vous accompagner, c'est promis.

Durant cette séance, le téléphone n'a pas cessé de sonner et l'IBODE* de répondre. Comme le patient avait son masque sur le nez, tout redevenait habituel pour eux. Je lui ai donc demandé de me donner le nom d'un lieu qui l'avait particulièrement touché. Il ne me répond rien, il « subit » sans rien dire. Alors je lui dis de respirer calmement et j'accompagne chacune de ses inspirations avec un doux mouvement de vague sur son épaule. Je lui parle très doucement à l'oreille, d'une voix presque maternante car il m'émeut cet homme. Et puis spontanément, mes mains se mettent de chaque côté de son visage et je lui masse doucement les tempes et le front, tout en continuant à accompagner sa respiration au son de ma voix. Ses yeux sont fermés et je ne sais pas si c'est la douleur où les émotions qui l'assaillent. Je me tais et accueille ses larmes en lui disant qu'il s'agit d'une réaction très saine, qu'il peut déposer son sac d'émotions ici, qu'il peut charger ce sac avec tout ce qu'il veut laisser ici et ne pas ramener avec lui. Le chirurgien lui dit de ne pas s'en faire, ça va aller ! Allez Mr Rodin !

Je lui ai laissé quelques minutes pour évacuer. Il s'est levé et rhabillé avec difficulté, comme groggy, puis nous l'avons raccompagné à son fauteuil puis poussé dans le sas. Quand je me suis retrouvée face à lui, ce n'était plus le même visage. Son regard avait changé, rougi bien sûr mais différent. Je lui ai demandé comment s'était passée la séance. Il m'a répondu avec un sourire ! Le gaz ne lui a rien fait. J'ai dit que je prenais bonne note. Puis il m'a demandé si je parlais tout le temps comme ça ? Mon air étonné lui a décroché un sourire et il m'a dit : « Vous savez, je vis seul toute la semaine, ma femme est à Paris, car je suis bourguignon et pas elle. Elle ne veut pas venir chez moi et je ne veux pas aller chez elle. Je ne parle avec personne, alors là... vous m'avez saoulé ! ».

J'ai répondu sur le ton de l'humour et avec un grand sourire que nous étions en Bourgogne. Si sa ponction avait eu lieu ailleurs, cela aurait probablement été bien différent !

Il m'a demandé si j'allais continuer à endormir les gens comme ça ? Je lui ai dit que c'était un traitement de faveur car d'habitude je les endors de façon plus traditionnelle.

Il m'a remerciée en me serrant spontanément la main et il m'a dit « Vous donnez bien, hein ?! ».

Puis il s'est mis à parler sans plus s'arrêter, à raconter des anecdotes avec le bruit des essuie-glaces, de sa jeunesse, de ses bêtises de jeune homme ... Je suis obligée de mettre court à sa prose car je dois continuer mon travail et le laisser repartir avec le

brancardier qui est là aussi à l'écouter et à rire avec nous.

Je lui souhaite bonne route et je le remercie pour ses compliments. Il part en riant et en me saluant avec la main.

Bilan :

J'ai volontairement choisi un vocabulaire léger, et sans contrainte : « si vous le souhaitez... débiter la séance et non pas l'exercice ou le jeu (ça ne me semblait pas très approprié), facile, rien à faire (Merci M^R Brosseau).

Quand j'ai utilisé le mot « fermer » les paupières, le patient n'a pas réagi. Il y a peut-être entendu une consonance définitive, je lui ai donc suggérer « d'abaisser » ses paupières, et là il a réagi. Je ne lui ai pas demandé d'être à l'écoute de ses sensations, car avec une anxiété à 10, cela pouvait être contre productif. Je devais donc lui proposer autre chose.

C'est au cours de cette séance que j'ai le plus souffert des différents éléments environnementaux (bruits violents, conversation téléphonique...) peu propices à l'apaisement.

Je n'ai pas eu l'impression de faire un accompagnement en hypnose, mais je pense que je l'ai quand même accompagné et que ma présence lui tout de même permis d'évacuer des choses, de parler et même de sourire et rire !

Nous ne nous sommes pas servi des mêmes outils, il n'a pas pris ceux que je lui ai proposés, mais le résultat est tout de même une belle pièce, unique comme une œuvre d'art, avec toutes les émotions qu'elle peut susciter lorsqu'on prend le temps de la regarder.

✓ Cas n° 5 : **M^r Auguste Bartholdi**

Homme de 73 ans, souriant et jovial. Antécédents de poliomyélite à l'âge de 5 ans avec malformation de la jambe et du pied gauches. A la fois pêcheur et chasseur, c'est un heureux papy de 5 petits enfants, qui le surnomment « papy la bricole ».

A : 0,5 /10 (« juste pour dire ») **C : 10 /10**

Induction par fixation d'un « petit bitoniau » choisi au plafond et imagination de tout ce à quoi il pourrait bien servir s'il l'avait dans les mains. Puis avec un langage fleuri de petits trucs et petits bidules, Auguste se laisse transporter dans son univers, en n'ayant rien à faire, juste laisser faire. Malgré plusieurs suggestions de confort paupières closes, les yeux rougis

et fixes, je lui suggère doucement mais directement de « Fermez les yeux maintenant ». Il s'exécute avec un soupir. Puis direction vers un lieu ressource de son enfance, des petits garçons qui jouent dans une cour, un jardin, un champ et saupoudrés de sensations, d'odeurs, de rires (VAKOG). Puis, au rythme des culottes courtes, des genoux écorchés (Auguste sourit), le chirurgien débute et le premier CLAC arrive, ces branches qui craquent dans le bois sous les semelles des enfants qui se sauvent en courant et en riant.

Saupoudrage de jolis mots doux, insouciance, murmure des feuilles, bonheur, rires mélodieux.

Puis, le chirurgien tire sur le bassin du patient pour le repositionner en bord de table... Auguste ouvre les yeux doucement et je lui demande de « rattraper vite ce petit garçon, faites le courir, gambader.. ». Au son des pas qui tapent sur le sol, respirez profondément (le patient prend une grande inspiration) et c'est reparti.

Retour de transe après suggestion de retrouver ce lieu de bonheur et de ressources quand il le souhaite.

M^r Bartholdi est « revenu » ici et maintenant en me regardant avec un grand sourire. Et il m'a dit « Je vous remercie ».

Après discussion dans le sas, il m'a dit qu'il avait voyagé dans « La guerre des boutons » et quand je lui ai demandé de « repartir » il était en train de chasser des oiseaux à coups de lance-pierre.

A : 0 C : 10

Bilan :

Ce monsieur avait vraiment de bonnes dispositions pour « entrer » en transe et je lui ai suggéré de glisser l'hypnose dans sa trousse à outils. C'était peut-être un peu « osé » de partir sur l'idée du petit garçon qui court en culotte courte, mais c'est ce qui m'est venu spontanément, probablement après l'avoir écouté me raconter les histoires de son village étant enfant. Et puis sa poliomyélite m'a semblée être un signe (référence à M.Erickson). Ses remerciements m'ont confortée dans l'idée qu'il avait pris les outils proposés et qu'il s'en était bien servi pour faire une belle œuvre, qui lui a été agréable à regarder. C'était une belle séance qui était également agréable pour moi, car il y a eu des signes positifs et heureux.

Discussion théorico-clinique

L'hypnose sous AL* doit prendre en compte le fait que le patient n'a aucun traitement lui permettant « d'échapper » à son environnement immédiat, aucune prémédication. Il faut donc une vigilance constante et être attentive aux bruits, commentaires et images qui peuvent être perçus par le patient avant l'entrée en salle d'opération.

Considérant qu'à ce stade il est hautement suggestible et que chaque parole, geste ou bruit peut accroître son anxiété, il faut impérativement que l'alliance thérapeutique se soit créée dans le sas du BO*. Nous pouvons ainsi guider à la fois le corps du patient sur le fauteuil et le pousser jusqu'à la table d'intervention, mais également guider son esprit en lui parlant de choses positives le concernant (et s'assurer que l'on a bien pris les bonnes graines...).

Par la suite, nous pourrions inclure les bruits dans la séance pour ne pas qu'ils puissent être interprétés de façon anxiogène, d'autant plus que le patient ne voit pas ce que fait le chirurgien entre ses jambes... (position gênante dans l'image qu'elle renvoie au patient).

Au début, j'avais vraiment peur de mal faire, de ne pas réussir, de prendre les mauvaises pistes. Il est vrai que se retrouver face au patient, lui parler, l'observer finement pendant toute l'intervention n'est pas chose courante en anesthésie. Nous avons plutôt pour habitude de surveiller des courbes, des chiffres, des débits, des sons... et bien évidemment le corps du patient mais si la situation nous semble « douteuse », nous pouvons réinjecter, augmenter les doses, changer les volumes...etc.

Ce nouvel apprentissage était à la fois riche, excitant et vraiment aux antipodes de ma pratique habituelle.

Chaque patient était un nouveau sujet d'exploration des possibilités, une nouvelle aventure, un nouveau voyage dont je ne connaissais jamais la destination.

Tous ces « voyages » m'ont permis d'avoir la conviction que l'hypnose avait vraiment toute sa place en anesthésie, au même titre que les hypnotiques, les curares... etc.

Au début, je me demandais comment j'allais mettre en pratique ce que j'apprenais en formation, compte-tenu des contraintes organisationnelles du BO*, c'est-à-dire comment mettre en place rapidement une séance d'hypnose, qu'elle soit « efficace » pour le patient mais aussi pour le chirurgien, pour qu'il puisse réaliser le geste opératoire avec précision, avec l'immobilité du patient... Lourde responsabilité, d'autant plus que je décidais de ne pas mettre en place le Kalinox^R et de faire confiance à l'hypnose et au patient. Je gardais bien évidemment la bouteille de gaz juste à côté de moi...

Ma question était alors de savoir s'il était possible d'accompagner le patient afin de diminuer son anxiété et son inconfort, tout en l'amenant rapidement dans un état hypnotique permettant le geste opératoire et le sortir tout aussi rapidement, pour ne pas ralentir le rythme des programmations opératoires ?

Mes difficultés :

Les difficultés que j'ai rencontrées ont été multiples mais ne m'ont pas pour autant détournée de mon objectif et de mon désir de « prendre soin » autrement.

- Difficulté de « découvrir » le patient et son histoire dans le sas sans visite préalable. C'est un sentiment nouveau que j'ai découvert aux travers de ces prises en charge. Car en anesthésie nous ne connaissons quasiment jamais les personnes avant de les rencontrer dans le sas. Mais la confiance et la connaissance que nous avons sur l'efficacité des médicaments et des techniques utilisées ne génèrent pas ce doute et cette crainte de ne pas être à la hauteur. Pour cela, il me fallait appliquer la devise du Dr P.Rault c'est-à-dire avoir des objectifs S.M.A.R.T (Spécifique : accompagner le patient, Mesurable : échelles d'anxiété et de confort, Atteignable : séance uniquement à visée hypnotique et analgésique, Réaliste : utilisation d'outils simples et maîtrisés, Temporel : que la séance dure le temps du geste opératoire).

- Peu de temps pour créer une alliance thérapeutique et découvrir le canal sensoriel de chaque patient avant le début de l'intervention. Et il faut que le patient soit en hypnose suffisamment profonde pour qu'il ne vive pas mal l'introduction de la sonde dans le rectum, qu'il ne bouge pas, qu'il ne souffre pas à chaque biopsies (en moyenne 15 à 18 « CLAC » qui à la fois surprennent par le bruit et par la douleur perçue par le patient). Il faut donc trouver les « bons mots » pour chaque patient. J'ai contourné ce « problème » en utilisant tous les canaux sensoriels, en me disant que le patient ferait le choix de celui qui lui convient le mieux.

- Les patients sont en ambulatoire et ne bénéficient donc d'aucune prémédication qui pourrait atténuer leurs craintes. Ils vivent cette expérience « seuls » avec eux-mêmes.

- Bruits des ponctions (« CLAC »), des téléphones, des poubelles en métal, bruits des autres salles ...

- Il n'est pas simple de se taire. J'avais l'impression qu'il fallait que ma voix couvre le « CLAC » du prélèvement de façon à ce que le patient n'y prête pas attention.

- La proxémie peut être un obstacle à l'alliance thérapeutique. Je parlais doucement et proche de l'oreille des patients ce qui automatiquement nous fait entrer dans le cercle d'intimité. C'est à la fois une marque de confiance qu'il nous accorde et cela permet de restreindre la « bulle thérapeutique » pour faciliter la « fusion » de l'échange. C'est également indispensable pour les messieurs d'un certain âge qui ont parfois des problèmes de surdité.

- La position gynécologique est une position plus inhabituelle pour un homme et lorsque le retour de transe se faisait dans cette position, il a parfois été difficile pour eux d'y retourner. A deux reprises, j'ai d  focaliser l'attention du patient sur mes mains sur leur épaule pour avoir l'impression de court-circuiter leur facteur critique. Et cela a aidé les patients à se focaliser sur une autre sensation physique.

- Les patients n'ayant pas prévenus de la possibilité de la prise en charge par l'hypnose, je me suis posée la question de savoir si je leur annonçais ou pas. La réponse m'est apparue rapidement.

- La gestion du temps n'est pas chose aisée au BO*, car il faut tenir compte de tous les paramètres et de tous les acteurs. J'ai eu parfois très peu de temps pour créer une alliance thérapeutique avant la séance, car l'IBODE* devait mettre le gel intra rectal rapidement pour que le patient soit «   disposition » du chirurgien et à l'inverse, il se passait parfois 20 minutes de transe avant le geste opératoire. Et comme en anesthésie, si nous n'anticipons pas, le patient « se réveille »... sauf qu'il m'a semblé que les hypnotiques et autres « drogues » anesthésiques étaient plus rapides et plus efficaces que ma « réinjection » hypnotique...

- Les  chelles EVA* utilisées pour analyser l'anxiété et le confort des patients n'étaient pas très performantes et les résultats pas toujours en adéquation avec la réalité de la séance. Par exemple : au patient qui est resté tendu, le visage crispé pendant toute

l'intervention, mais les yeux fermés et qui n'a absolument pas bougé, le chirurgien lui demande s'il a eu mal ? Et le patient de répondre : « Ah non... pas du tout ! ». Et le patient met alors le curseur sur 7 ou 8. Mais bien évidemment puisque je ne demandais pas d'évaluer la douleur per opératoire. M'aurait-il fallu une troisième réglette « douleur »... ?

- La population prise en charge pour ce mémoire était exclusivement masculine, liée à l'acte opératoire, dont l'âge variait de 51 à 75 ans. Il m'a parfois été difficile de prendre conscience de la manipulation dont j'étais le sujet. En effet, certains patients s'installaient parfois dans un jeu de « séduction » et il fallait sans cesse recadrer pour conserver mon objectif. J'avais l'impression de devoir « casser » un lien humain pour retrouver un lien « thérapeutique ». Je ne devais pas être une Femme, mais une IADE* qui était là pour les accompagner.

- Il n'a pas été pas simple de trouver le « bon ascenseur émotionnel » pour chaque patient, de façon à aller le chercher là où il est avec ses peurs, afin de l'amener vers plus de confort, vers un état émotionnel plus satisfaisant. Il faut trouver les bons mots, la bonne vitesse, la bonne distance avec prudence et bienveillance. Et prendre en considération l'étude de Rainville, de l'université de Montréal au Québec, qui confirme scientifiquement que l'anticipation d'une douleur accentue son importance. (Janssen T, 2007) ^[26]

Discussion éthique

La première question que je me suis posée était de savoir si je parlais d'hypnose ou pas à mes patients. Bien évidemment lorsque je me présentais à eux, ils étaient surpris d'entendre le mot « infirmière **anesthésiste** » alors qu'ils étaient informés que l'intervention aurait lieu « sous locale avec respiration d'un gaz dans un masque ».

Aussi, pour le tout premier patient que j'ai pris en charge pour ce mémoire, je n'ai pas voulu prononcer le mot « hypnose ». Je lui ai juste parlé d'accompagnement, de façon à ne pas lui faire peur, et peut-être aussi parce que je ne me sentais pas performante pour faire de « la vraie hypnose » sans avoir l'impression de lui mentir et de faire mauvaise presse à cette belle technique de soin. Et pourtant, il est bien « parti en transe », ce qui a eu pour effet de me rassurer.

Mais le fait de ne pas avoir été « honnête » avec lui me perturbait. J'avais l'impression de lui avoir menti en ne lui disant rien, de l'avoir manipulé à son insu et je n'étais pas très à l'aise lors de son départ. Je ne lui ai finalement rien dit et il est reparti. Je m'en suis voulu encore plus d'avoir manqué de courage et d'honnêteté.

Par souci de transparence, j'ai préféré parler d'hypnose plutôt que d'expérience ou d'exercice de concentration.

Aussi, les fois suivantes, je me suis attachée à prononcer le mot « hypnose » systématiquement de façon à obtenir oralement leur consentement « éclairé ».

Je leur expliquai donc chaque fois avec des mots choisis en fonction du registre verbal de chaque patient en quoi consisterait l'accompagnement en hypnose : je resterai là pour prendre soin d'eux pendant le geste technique et toute la durée de leur passage au BO*.

Sur 11 patients, je n'ai essayé aucun refus ! Même les plus septiques étaient d'accord pour essayer. Je leur expliquais qu'il n'y a pas de personnes plus hypnotisables que d'autres. Ce qui est important c'est le désir d'essayer, la curiosité de découvrir quelque chose de nouveau. Peut-être qu'être une femme qui parle à un homme favorise la confiance et l'acceptation... ?

Il est vrai qu'entre « ça » et rien...

Comme dirait le Dr Arnaud Gouchet : « Un naufragé qui se noie ne regarde pas la couleur de la bouée qu'on lui envoie, il la saisit ! ».

Au départ, je pensais que l'hypnose générerait des résistances et des peurs. Finalement en les rassurant, en leur expliquant ma démarche, les patients ont tous adhéré à ma proposition.

Pour le Dr Bertrand Fayard, le simple fait de parler d'hypnose crée l'hypnose. Alors, considérant le patient en état d'hyper-suggestibilité à son arrivée au BO*, le fait d'expliquer ce qui va suivre, ce qui va se passer est déjà une suggestion.

Rappelons également que 80 % des plaintes de patients relèvent de facteurs humains. Comment ne pas se sentir concerné sachant qu'en hypnose, « l'anesthésiste exerce un pouvoir certain sur le patient aux effets différents de celui d'une injection, dont il connaît les tenants et les aboutissants », « La pratique de l'hypnose est une pratique qui par excellence recentre le patient et son médecin sur la communication et le consentement éclairé indispensable à une telle pratique ». « Le médecin anesthésiste a pour mission d'assurer l'endormissement de l'opéré pour permettre au chirurgien l'exécution de l'acte opératoire, de veiller à sa sécurité pendant toute l'opération. Il en va de même pour l'acte hypnotique durant lequel le chirurgien intervient ». « La pleine conscience après un état hypnotique est-elle la même qu'après un état d'endormissement par anesthésiant classique ? ». « Quelles conséquences sur le psychisme du patient si celui-ci sort de transe brutalement et ne « repart » pas en transe à la suite d'un geste douloureux ou réflexogène du chirurgien ? ». (Lémeillat N, 2015). ^[27]

Autant de questions et de réflexions que l'on peut se poser. Comme en anesthésie, en hypnose, il ne faut donc rien négliger et toujours garder une certaine vigilance.

Savoir observer le patient, observer le chirurgien, observer le geste opératoire en lui-même, comme on le ferait au quotidien pour une opération sous anesthésie générale.

Sauf qu'en hypnose, j'ai eu l'impression d'être en parfaite symbiose avec mon patient, dans la même « bulle », le même « voyage »... Aurais-je alors « pressenti » l'urgence ou le moment où cela se passe mal de la même façon qu'en état d'hyper-vigilance habituelle ?

Il se trouve que les fois où les patients sont sortis de transe pendant l'acte opératoire, je les ai « récupérés » in extremis par le toucher et le massage... cela aurait-il suffi dans d'autres circonstances ?

Je pense donc que l'hypnose au bloc opératoire ne s'improvise pas, elle se prépare (mais l'inverse est également vrai) avec la coopération du patient bien sûr, du chirurgien et des IBODEs* bien évidemment. Et qu'il faut toujours avoir sous la main un plan « B » pour permettre au patient de bien vivre son intervention, dans de bonnes conditions.

Il faut savoir les rassurer par rapport au secret professionnel auquel nous sommes tenus et qui est de mise même en hypnose (certains ont été surpris de l'entendre !) mais également les rassurer sur leur pudeur et la préserver.

^[27] <https://www.village-justice.com/articles/Hypnose-responsabilite-Medicale,20455.html> (avril 2018)

Selon Nadine Meillat, avocate en droit médical et dommages corporels : ^[27] (avril 2108) « La médecine évolue rapidement et devient de plus en plus performante, les techniques médicales sont à la pointe de la technologie et les normes organisationnelles sont de plus en plus draconiennes. Tout est comptabilisé, organisé, débriefé, chronométré, calculé, contrôlé... au point de déshumaniser la médecine, le soin et la structure hospitalière ».

N'oublions pas que 80 % des plaintes relèvent de facteurs humains... Les victimes interrogées lors des expertises parlent souvent de leurs ressentis avec toujours les mêmes mots : mépris, dédain, non prise en compte de la douleur, communication opaque...

L'hypnose laisse cette possibilité de recentrer l'accompagnement sur la communication et l'Humain.

Ainsi en s'associant, l'hypnose offre à l'anesthésie la possibilité d'un accord entre une approche technique sophistiquée et une approche relationnelle non médicamenteuse et humaniste. (Célestin-Lhopiteau I, Bioy A et al, 2016). ^[2]

« L'humanisation des soins passe par le langage des sens ». (Bioy A, Servillat T, 2017). ^[12]

Conclusion

Mes attentes lors de l'inscription à ce Diplôme Universitaire d'hypnose Médicale et Clinique ont été largement dépassées.

Les patients étaient bien souvent étonnés par cette expérience mais tous satisfaits de son déroulement, les IBODEs* étaient contentes de ne pas avoir à prendre en charge le patient en plus de servir le chirurgien, le chirurgien était très satisfait car les patients n'ont absolument pas bougés même lorsqu'on pensait que l'hypnose « ne marchait pas » ...

^[27] <https://www.village-justice.com/articles/Hypnose-responsabilite-Medicale,20455.html> (avril 2018)

De mon côté, j'étais heureuse de ne pas avoir utilisé autre chose que mon imaginaire en allant chercher instinctivement ce qui me semblait être le mieux pour le patient... Je savais que l'hypnose serait un outil supplémentaire qui me permettrait de mieux « travailler », un peu comme le sculpteur qui découvre de nouveaux ciseaux, un nouvel outil qu'il ne connaît pas et qui sait qu'il en fera bon usage dans sa pratique.

Mais bien au delà de ce sentiment d'avoir appris une nouvelle technique artistique, je m'aperçois qu'il s'agit en fait beaucoup plus d'un « savoir être » que d'un « savoir faire ». En effet, il suffit d'avoir les bons outils choisis avec soin, une pierre avec toute la part d'incertitude quand au résultat final en lien avec sa constitution et son histoire, l'envie de partager un moment unique, dans sa bulle, et de laisser libre cours à sa créativité.

En se retrouvant dans la même bulle que le patient, le soignant est également dans un processus hypnotique qui fait que sa créativité et son intuition se retrouvent exacerbées.

On voit la pierre, on l'observe, on laisse venir les idées, on les imagine, on les met en forme, on leur donne vie puis la sensibilité prend alors toute sa force créative et au final, le résultat est rarement celui imaginé au départ, mais l'impression d'avoir fait une belle expérience est à chaque fois une richesse.

C'est donc ainsi que tous les scripts que j'avais préparés avec soin en y mettant « tout mon savoir » d'étudiante, ne m'ont jamais servis... sauf peut-être à me rassurer !

L'avis du chirurgien est très positif. Cela est très confortable pour lui car les patients ne bougent pas lors des ponctions contrairement à une prise en charge par Kalinox^[R]. Cela lui a permis de réaliser des gestes précis car les patients ne sursautent pas à chaque « CLAC » (*biopsie*). Cela lui permet également d'être plus concentré sur le geste écho-guidé, comme lorsque le patient est sous AG*.

Même ressenti pour les différentes IBODEs* qui m'ont accompagnées. Elles n'ont eu à « gérer » ni le patient, ni ses états d'âme, mais uniquement leur travail de suivi, d'identification et d'envoi des échantillons.

Un autre avantage de la transe hypnotique, c'est que les réflexes des patients sont conservés tout en étant dans un état de confort et de calme intérieur. Cela permet donc au patient de repositionner son bassin au bord de la table à la demande du chirurgien. Attention toutefois à bien l'intégrer dans la transe pour ne pas provoquer un retour brutal qui rendrait problématique la poursuite de la séance.

Je conclurai en reprenant les propos de Patrick Richard (MAR*) : « *L'hypnose permet une modification de la perception à l'environnement, aux stimuli ou à soi-même. Cette modification de la perception [...] est une ouverture sur un autre vécu. Tandis qu'elle permet au patient de confier en toute tranquillité son corps au chirurgien, elle autorise par le jeu de l'imagination à vivre comme réel une autre expérience [...]. Ceci nous amène à mieux comprendre que la modification fondamentale et majeure pour le patient de l'hypno-anesthésie est la modification de son « Vécu » et que l'analgésie n'en est qu'un effet certes favorable mais secondaire ».* (Benhaiem J.M, 2012) ^[8]

Il faut donc expliquer, écouter, observer et ne pas oublier que les mots du thérapeute peuvent être tout autant bénéfiques que toxiques. Il faut que tous les professionnels de santé soient conscients de leur pouvoir de suggestions afin de ne pas « jeter des sorts » aux patients, car la suggestion et l'influence sont au cœur de l'ensemble des relations humaines. (Janssen T, 2007) ^[26]

Cette formation en hypnose changera indiscutablement ma façon de « prendre soin ».



« *Douce Pensée* »
(Pierre de Bourgogne - fév. 2013)

Bibliographie

- 1 - Pascual L. Un art d'accidents. Transes 2018 ; 2 : 33-39
- 2 - Célestin-Lhopiteau I, Bioy A et al. Aide mémoire Hypnoalgésie et hypnosédation en 43 notions. Paris : Dunod ; 2016
- 3 - J.A.C Buchon. Choix des historiens grecs avec notices biographiques. Histoire d'Hérodote. Société du Panthéon littéraire. Stanford Library. 1889 ; p.148
- 4 - Bioy A. Conférence hypnose-café-psy. 2017
https://www.youtube.com/watch?v=_NOIX6gFtLQ
- 5 - Vandaele S. Proceedings of the XV Congress Mons (B), 6-10 August 1999 volume 1. Dérive sémantique et terminologique en traduction médicale. 1999 ; p. 316
- 6 - Tosti G. Le grand livre de l'hypnose. Troisième tirage 2017. Paris : Eyrolles ; 2017
- 7 - Becchio J. Séminaire : Hypnose et Activation de Conscience, du chamanisme aux Techniques d'Activation de la Conscience. TAC. Dijon ; 15 et 16 septembre 2017
- 8 - Benhaïem J.M. L'hypnose aujourd'hui. 2^e édition. Paris : In Press ; 2012
- 9 - Corydon Hammond D. Métaphores et suggestions hypnotiques. American Society of Clinical Hypnosis. Bruxelles : Satas ; 2004
- 10 - Samii K. Anesthésie Réanimation Chirurgicale. 2^e édition. Paris : Flammarion ; 1995
- 11 - Bonnet F, Soulier A, Spielvogel C. Le livre de l'interne anesthésiologie. Paris : Flammarion ; 1998
- 12 - Bioy A, Servillat T. Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose. Malakoff : Dunod ; 2017
- 13 - <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00682246/document>
- 14 - <http://www.cnr.fr/L-anxiete-preoperatoire.html>
- 15 - Bioy A. Quelques enjeux à la notion de conscience en hypnose. Transes 2017 ; 1 : 43-50
- 16 - Davison J.K, Eckhardt III WF, Perese DA. Manuel d'anesthésie clinique. Protocoles du Massachusetts General Hospital. 2^e édition. Paris : Pradel ; 1995
- 17 - Coué E, Teyssier d'Orfeuïl. La méthode Coué, La maîtrise de soi par l'autosuggestion consciente. Paris : Poche Leduc.s ; 2017
- 18 - Jousseïin C. Nouvelle hypnose 4^e édition. Paris : Desclée de Brouwer ; 2017
- 19 - Galy M. Pourquoi l'hypnose ? Du bloc opératoire à la vie quotidienne. Montpellier : Sauramps médical ; 2015
- 20 - Salem G, Bonvin E. Soigner par l'hypnose. 5^e édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2012
- 21 - Marieb E.N. Anatomie et physiologie humaine. 2^e édition. Canada : De Boeck Université ; 1993
- 22 - <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-fre-quents/Cancer-de-la-prostate>
- 23 - <http://www.urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/la-biopsie-de-prostate.html>
- 24 - Dalens B. Médicaments en anesthésie, références pratiques. Paris : Pradel ; 1996
- 25 -
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=FC4CA098129A8A45088455955D2BC206.tplgfr23s_3?cidTexte=JORFTEXT000033479578&dateTexte=29990101
- 26 - Janssen T. La solution intérieure. Paris : Pocket ; 2007
- 27 - <https://www.village-justice.com/articles/Hypnose-responsabilite-Medicale,20455.html>

Lexique

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SSPI : Salle de Surveillance Post-Interventionnelle

BO : Bloc opératoire

Sas : lieu où les patients sont amenés par le brancardier, dans l'attente de leur prise en charge par le personnel du bloc opératoire

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

IADE : Infirmièr(e) Anesthésiste Diplômé(e) d'Etat

IFH : Institut Français d'Hypnose

IDE : Infirmièr(e) Diplôm(é) d'Etat

IBODE : Infirmièr(e) de Bloc Opératoire Diplômé(e) d'Etat

EVA : Échelle Visuelle Analogique

PBP : Ponction Biopsie de Prostate

PSA : (*Prostate Specific antigen*) = Antigène Prostatique Spécifique

MAR : Médecin Anesthésiste Réanimateur

AFU : Association Française d'Urologie (urofrance.org)

AL : Anesthésie Locale

Annexe 1

Score mYPAS (the Modified Yale Preoperative Anxiety Scale)

Cette échelle d'évaluation a été développée pour évaluer l'anxiété pré-opératoire au moment de l'attente avant l'intervention et de l'induction de l'anesthésie. La mYPAS comprend 22 items répartis en 5 catégories (activité, comportement verbal, expression, éveil, attitude avec les parents). Dans toutes les catégories on retient l'item correspondant au niveau d'anxiété de l'enfant. Celles-ci ayant un nombre d'items différent (4 ou 6), des quotients sont calculés puis additionnés afin d'obtenir un score total allant de 0 à 100.

Par exemple, pour un protocole avec un score de 1 pour les 5 catégories le calcul est : $(1/4 + 1/6 + 1/4 + 1/4 + 1/4) \times 100/5 = \text{score total}$. Les enfants ayant un score inférieur ou égal à 24 sont considérés comme calmes, et ceux dont le score est strictement supérieur à 24 comme anxieux.

Cette échelle n'a pas été validée en français.

		cotation	réponse
Activité	Curiosité, explore l'environnement, comportement adapté à l'âge (jeux)	1	
	Ne joue pas, tripote ou suce ses doigts Attente près de ses parents	2	
	Activité confuse sans but Agrippé à ses parents Bouge sur la table, refuse le masque	3	
	Refuse la séparation avec ses parents Fuite, repousse les personnes à l'aide de ses membres	4	
	Questionne calmement, rires Commentaires adaptés	1	
Comportement Verbal	Réponse chuchotée, parler »bébé« Hochement de tête	2	
	Muet, pas de réponses aux adultes	3	
	Plaintes, gémissements, pleurnichard	4	
	Cris, dit « non »	5	
	Cris forts, audibles sous le masque	6	
Expression	Heureux, souriant	1	
	Indifférent, sans expression	2	
	Inquiet, triste, yeux apeurés	3	
	Anxieux, cris, effrayé	4	
Eveil	Curiosité, en éveil	1	
	Repli, suce son pouce Assis sans bouger, regard vers les adultes	2	
	Vigilant, tendu Regards furtifs	3	
	Paniqué, cris Repousse les adultes	4	
Attitude Avec parents	Jeux, comportement adapté, pas besoin d'eux	1	
	Recherche le confort, la sécurité, s'appuie contre eux	2	
	Épie leurs gestes, s'accroche à eux	3	
	Rejet des parents ou désespérément accroché à eux	1	
	Recherche le confort, la sécurité, s'appuie contre eux	2	
	Épie leurs gestes, s'accroche à eux, ne les laissant pas s'éloigner	4	

Annexe 2

Score APAIS (Amsterdam preoperative anxiety and information scale)

Chaque item se cote de 1 (*absence*) à 5 (*extrême*).

Les items 1, 2, 4, 5 cotent l'anxiété. Pour obtenir le score d'anxiété, on additionne ces 4 items. Les sujets sont considérés comme anxieux lorsqu'ils ont un score strictement supérieur à 11 pour ces 4 items. Les items 3 et 6 cotent le désir d'information. Pour obtenir le score de désir d'information, on additionne ces 2 items.

Un score de 2 à 4 impliquerait un « refus d'information », un score entre 5 et 7 un « désir moyen d'information », un score supérieur à 7 un « désir avide d'information ». Il existe une corrélation entre les plus anxieux et ceux qui demandent le plus d'information.

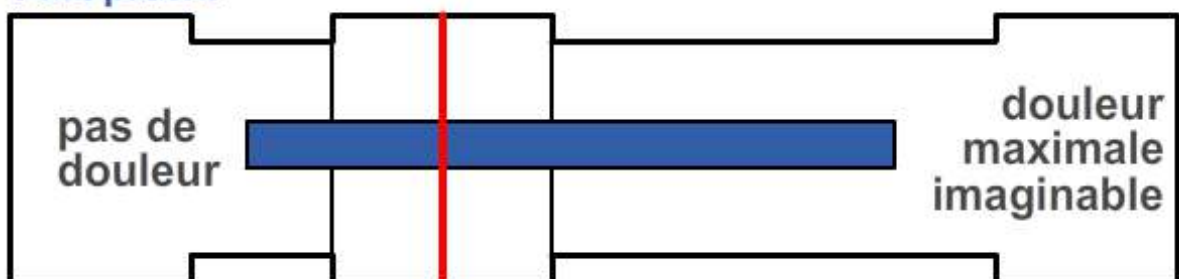
Cette échelle n'a pas été validée en français.

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

Annexe 3

EVA : ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE

Face patient



Face de mesure

