



Mémoire pour l'obtention du Diplôme Universitaire d'Hypnose

Médicale et Clinique

**PANSER AU COURS D'UN
VOYAGE AGRÉABLE & CONFORTABLE**

Madame Le Gallo Samia

Infirmière Anesthésiste Diplômée d'État

Directeur de mémoire : **Monsieur LAU WEN TAI Bertrand**

ANNÉE 2021-2022

REMERCIEMENTS

Merci à l'ensemble de l'équipe pédagogique pour la richesse de leur enseignement, leur partage d'expérience qui nous ont fait progresser dans notre parcours en hypnose.

*Merci à **Bertrand** mon tuteur, pour ses judicieux conseils, son accompagnement et ses encouragements dans la progression des séances. Son soutien m'a été précieux.*

*Merci à **mes collègues de promotion**. De nouvelles rencontres, des partages et surtout une excellente ambiance.*

*Merci à **Clément** pour ses conseils avisés, son soutien et son appui tout au long de ce travail.*

*Merci à **Clémence** pour avoir partagé cette formation, une belle rencontre.*

*Merci à **mes collègues de services** qui m'ont initié à l'hypnose. Merci **Faïza, Laurence, Emmanuel, Elena** et bien d'autres.*

*Merci à **Dominique** pour le partage de son expérience et sa bienveillance à mon égard.*

*Merci **Amélie**, sans toi Madame D n'aurait pas profité de tous les bienfaits de l'hypnose.*

*Merci **Stéphanie** pour ton amitié et surtout pour m'avoir cédé ta place. J'ai vécu une expérience extraordinaire et je te souhaite également de la vivre pleinement.*

*Merci **Arnaud** pour ta patience, ton soutien inconditionnel, ton écoute et ta présence lors de mes projets. Un jour, je ne désespère pas, tu adhérerai à l'hypnose...*

*Merci **Ella** pour tes encouragements, tu es mon rayon de soleil, ma motivation à progresser. Tous les jours tu me rends si fière.*

*Merci **Nadine**, ma sœur toi qui est toujours là pour moi. Je te remercie infiniment pour ton aide et ton soutien indéfectible.*

*Merci à **mes parents** qui m'ont toujours enseigné que rien n'est impossible.*

*Merci à **Madame D** pour m'avoir accordé sa confiance « seul on va plus vite, ensemble on va plus loin ».*

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	6
I. REVUE THÉORIQUE DES TRAVAUX ET PROBLÉMATIQUE.....	7
1. Généralités en hypnose.....	7
2. Hypnose en anesthésie :	10
3. Généralité sur la douleur.....	17
4. L'anxiété.....	21
5. Le système de cicatrisation dirigé par Traitement des plaies par Pression Négative (TPN).....	22
II. PROBLÉMATIQUE.....	23
III. METHODOLOGIE.....	24
1. Cadre.....	24
2. Population.....	24
3. Présentation du cas.....	25
IV. RÉSULTATS DES DONNÉES.....	26
1. Première séance.....	28
2. Deuxième séance.....	31
3. Troisième séance.....	34
4. Quatrième séance.....	37
.	
V. DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE.....	39
1. Progression et difficultés.....	39
2. Débriefing du cas.....	40

3. Questionnement éthique.....	42
CONCLUSION.....	43
BIBLIOGRAPHIE.....	45
ANNEXES.....	47
RÉSUMÉ.....	49

ABRÉVIATIONS

AG : Anesthésie générale

AIVOC : Anesthésie intraveineuse à objectif de concentration

AL : Anesthésie locale

ALR : Anesthésie locorégionale

BUO : Bloc d'urgence obstétricale

CHU : Centre hospitalier universitaire

EVASAN : Évacuation sanitaire ou médicale

HAS : Haute Autorité de Santé

IADÉ : Infirmier anesthésiste diplômé d'état

IBODE : Infirmier de bloc opératoire diplômé d'état

IRM : Imagerie par résonance magnétique

MAR : Médecin Anesthésies Réanimateur

PET scan : Tomoscintigraphie par émission de positons

PSE : Pousse Seringue Électrique

SFAR : Société française d'anesthésie réanimation

SSPI : Salle de surveillance post-interventionnelle

TPN : traitement par pression positive

UMDA : Unité Mobile Douleur Aiguë

VAC : Vacuum Assisted Closure

VAKOG : Visuel auditif kinesthésique olfactif gustatif

INTRODUCTION

Mes expériences personnelles ainsi que mes rencontres, m'ont permis d'appréhender « l'expérience de l'hypnose ». J'ai pu ôter un voile sur cette technique, ce voile embrumait mes yeux. Je pensais en effet que l'hypnose était une manière de prendre le contrôle de la personne, de la « mener par le bout du nez » et d'en faire ce que l'on voulait.

« Les hommes sont tourmentés par les opinions qu'ils ont des choses, non pas par les choses elles-mêmes » (Montaigne)

Grâce à la pratique de certains de mes collègues, eux-mêmes praticiens et à l'aide de formations sur cette thématique, j'ai voulu approfondir mes connaissances en oubliant les images superficielles véhiculées par les médias. Il me fallait également oublier que l'hypnose serait un sommeil où un hypnotiseur manipulateur suggérerait de faire des choses plus ou moins ridicules en exerçant une emprise mentale sur le sujet.

Me voilà au commencement de mon cheminement initiatique sur la voie de l'hypnose dans le Voyage du Confort et de l'Agréable.

Lors de la réalisation de soins douloureux, il est impératif que nous puissions trouver des procédures convenables pour garantir une prise en charge et une qualité du soin pour chaque patient. Cela permet également d'améliorer nos pratiques professionnelles.

Certains patients ne sont pas soulagés malgré la prise de nombreux traitements antalgiques et nécessitent quelque fois une prise en charge sous anesthésie générale (AG), source de multiples effets secondaires. L'hypnose a fait ses preuves scientifiquement dans le traitement de la douleur aiguë et chronique.

L'intérêt de ce travail est de conforter ma conviction que l'hypnose médicale peut optimiser la prise en charge d'un patient lors d'un pansement douloureux et ainsi de lui éviter une AG. Pour construire ce mémoire, il m'a fallu effectuer des recherches bibliographiques sur plusieurs thèmes puis analyser une situation de soin.

I. REVUE THÉORIQUE DES TRAVAUX ET PROBLÉMATIQUE

1. Généralités en hypnose :

a. Historique de l'hypnose

Au XVIII^e siècle, Franz Anton Mesmer (1734-1815) a séparé l'hypnose de son contexte magique et théologique. Mesmer a utilisé des aimants parce qu'il était convaincu que le magnétisme était l'explication du phénomène hypnotique. On parlait alors de « magnétisme animal », fluide bienfaisant qui pouvait être transmis d'un sujet à un autre.

Plus tard, au XIX^e siècle, James Braid a inventé le terme « hypnose ». Sa théorie est basée sur des phénomènes psycho-neuro-physiologiques liés au principe des forces magnétiques émanant du regard. En France, deux écoles, dont les personnages principaux sont Hippolyte Bernheim et Jean Martin Charcot ont façonné l'évolution de l'hypnose et se sont opposés. L'élève de Charcot, Sigmund Freud, est progressivement venu au concept de « transfert », c'est-à-dire l'installation de forces dynamiques dans la relation médecin-malade. (Vidot et Bernard 2018)

Toujours au 19^{ème} siècle, le Docteur Cloquet (1829) fût le premier médecin en France à publier un article scientifique relatant une intervention chirurgicale (une ablation du sein) sous hypnose (appelée état magnétique à l'époque), puis ce sera le Dr Elliotson (1843), en Angleterre, pour une amputation de la jambe. Ces deux médecins ont décrit des patients totalement analgésiés. D'autres résultats similaires ont été rapportés sur plus de 1 000 interventions mineures et 261 interventions majeures par le Docteur Esdaile, chirurgien écossais en Inde (1852). (Vidot et Bernard 2018)

Le terme d'hypnose a été introduit par le docteur James Braid, un chirurgien écossais en 1843 (Neurypnology or the Rational of Nervous sleep). Il opposait cette pratique à celle du magnétisme animal. L'hypnose est décrite comme un état de sommeil nerveux provoqué par la focalisation d'un objet brillant.

En 1847, l'analgésie hypnotique est occultée par l'anesthésie chimique globalement adoptée par les chirurgiens. L'hypnose analgésique réapparaît un siècle plus tard en complément de traitements médicaux.

Au début du 20^{ème} siècle, le développement de la psychanalyse contribua à l'ébranlement de l'hypnose. Le Dr Chertok essaya de faire reconnaître cette pratique en France. L'hypnose est

par la suite réhabilitée par les travaux du Dr Milton H. Erickson, psychiatre américain, après la seconde guerre mondiale. (Celestin Lhopiteau et Bioy 2014)

Le but de l'hypnose ericksonienne est de permettre au patient d'accéder à ses propres ressources et à son inconscient afin de résoudre ses problèmes. On peut considérer que cette approche a des possibilités en théorie illimitées et que les bénéfices thérapeutiques sont également très importants. Les sujets se viennent eux-mêmes en aide, décident de leurs propres changements et prennent les décisions qui leur conviennent. Dans l'hypnose ericksonienne rien n'est imposé, les sujets et leurs intentions sont bien entendu respectés. La British Médicale Association, en 1955, et par la suite l'American association en 1958, réhabiliteront l'hypnose. On parle dès lors de communication ericksonienne.

L'International Society for Clinical and Experimental Hypnosis a été créée en 1959 puis deviendra, en 1973, lors du congrès international d'Uppsala (Suède), l'International Society of Hypnosis. Cela marque une nouvelle organisation dans le développement de l'hypnose médicale.

b. Quelques définitions de l'hypnose

L'hypnose a plusieurs définitions, selon la période, l'auteur et l'angle d'analyse. Parmi ces définitions j'ai fait le choix de quelques-unes :

Milton H. Erickson (1970) :

« L'hypnose isole la personne de son environnement conscient immédiat, et dirige ainsi son attention à l'intérieur d'elle-même, et vers ses propres potentialités réelles. »

Professeur Antoine Bioy :

« L'hypnose peut enfin se définir comme un état de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi. »

Société Française d'Anesthésie et Réanimation (2019) :

« L'hypnose est un état d'attention focalisée impliquant une concentration focale et une absorption interne avec une suspension relative de la conscience périphérique ».

c. Hypnose et neuroscience

L'électroencéphalogramme EEG est la première technique de recherche neuroscientifique permettant d'étudier l'hypnose en enregistrant l'activité électrique du cerveau. La technique permet de prouver en 1949 que l'hypnose n'est pas un état de sommeil mais bien un état de veille.

En effet, le sujet est éveillé et donc conscient mais dans un état de conscience particulier dit « modifié », encore appelé « conscience hypnotique » par rapport à l'état de veille ordinaire dénommé « conscience critique ».

Aujourd'hui, la TEP (Tomographie par Émission de Positons) et l'IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) fonctionnelle constituent des méthodes de choix en neurosciences cognitives. Elles permettent de détecter des modifications dans l'activation de certaines zones du cerveau invisibles sur le tracé électroencéphalographie. Elles permettent également d'établir une correspondance assez précise et distincte entre l'activité physiologique du cerveau et l'expérience subjective consciente. Lorsque nous sommes sous hypnose, les régions exécutives frontales sont déconnectées du reste du cerveau ce qui entraîne pour la personne la réalisation des choses de façon automatique, sans réflexion. Nous pouvons aussi observer que les régions sensorielles et celles impliquées dans l'imagerie mentale comme le précunéus sont activées sous hypnose, sans doute grâce à l'image mentale qui sert à l'induction hypnotique. Nous pouvons donc en déduire que les circuits neuronaux activés lors de l'hypnose dépendent des suggestions données par l'hypnothérapeute.

L'état hypnotique permet le repos en freinant la pensée et ainsi mettre le cerveau en « veille » en réduisant les échanges neuronaux et le rendant étranger à tout stimulus extérieur, tout en poursuivant une activité « automatisée ». Reconnaître cet état permet de lui suggérer des comparaisons avec d'autres états de conscience, ce qui ouvre le champ des possibles sur de nouvelles réalités. (Annexe 1)

2. Hypnose en anesthésie :

a. Intérêt de l'hypnose en anesthésie

L'utilisation de l'hypnose a été proposée en préopératoire sur plusieurs spécialités chirurgicales. Des études ont utilisé l'hypnose préopératoire afin d'obtenir des avantages postopératoires.

Les avantages de l'hypnose sont nombreux pour les patients qui en bénéficient :

- Amélioration du vécu du parcours patient.
- Réduction du temps d'hospitalisation (réhabilitation précoce).
- Réduction de la douleur et de l'anxiété pré, per et post opératoire.
- Préservation de la conscience, de la respiration spontanée, et des réflexes protecteurs.

Elle permet également la réduction de l'anxiété, l'utilisation d'analgésie postopératoire, des effets secondaires tels que les nausées et vomissements postopératoires et ainsi elle facilite une réhabilitation précoce.

L'hypnose est favorable à l'anesthésie générale pour certaines interventions chirurgicales. De nombreux patients peuvent désormais être opérés uniquement sous hypnose avec un support d'anesthésie loco-régionale ALR et sans AG qui comporte une iatrogénie plus importante.

b. Ses outils

• Les éléments de communication

Toute forme de communication comporte plusieurs niveaux, conscients ou non. Pour le psychologue américain, Albert Mehrabian, les mots ne représentent que 7 % du message de la communication totale, le para-verbal 38 % (le timbre de voix, le débit ...) et donc reste 55 % pour le non verbal.

- Langage verbal véhiculé par les mots.
- Langage para verbal : c'est-à-dire le ton de la voix (monocorde, calme, douce, posée), le rythme, l'intensité, la diction, les temps de pause. On utilise ici le « pacing », c'est-à-dire placer les mots uniquement sur le temps expiratoire du patient.
- Langage non verbal :

Le regard et les expressions faciales : la joie, la surprise, la colère, la tristesse, le dégoût et la peur, décrit par le professeur Ekman en tant qu'émotions universelles.

Le kinesthésique : par les gestes et attitudes des membres. Les membres croisés (jambes ou bras) expriment un bouclier de défense, une absence d'ouverture et donc une communication difficile en opposition avec un positionnement « ouvert », « non croisé » facilitant l'écoute et l'attention.

Les mots énoncés (langage verbal), contrairement aux mots écrits (comme les notes d'information), sont inscrits dans un certain contexte dont on ne doit pas les soustraire. Ce contexte est l'apanage de la communication non verbale (volontaire ou non) qui est du domaine de la psychologie bénéficiant des apports de l'anthropologie, de la sociologie, de l'ethnologie et des neurosciences.

- **La communication hypnotique**

La communication est un acte de soin quotidien. C'est un élément central du soin et l'un des principaux facteurs de satisfaction (ou d'insatisfaction ...) des patients et de leurs proches. Les patients et leurs familles ont le droit (au sens légal du terme) à une information claire, loyale, adaptée et personnalisée. Les soignants, étymologiquement, apportent du soin et ont donc ce besoin impérieux de bienveillance. La communication est un élément essentiel de l'activité des soignants, mais ne fait pas partie de leur cursus de formation, notamment lors de situations difficiles. « Communiquer c'est aussi soigner ! »

L'hypnose conversationnelle ou communication hypnotique est la plus répandue et permet une prise en charge en pré, péri et post-opératoire. Elle est adaptée aux consultations de pré-anesthésie pour la préparation des patients, gestion du stress pré-interventionnel puis de la douleur aiguë.

C'est l'outil le plus utilisé car le moins contraignant. C'est l'une des techniques de choix pour le personnel soignant faisant appel aux différents niveaux de langages (verbal et non verbal). Il s'agit d'une manière d'être et de parler qui accompagne le soignant dans son acte. On y retrouve des éléments de communication bienveillante, de relaxation et aussi tout simplement des qualités humaines comme l'empathie, le respect des autres, de l'altruisme. Ces techniques vont permettre au patient de se sentir écouté, réconforté et pris en charge dans sa globalité en tant que personne et non plus uniquement en tant qu'organe malade.

« L'hypnose nous apprend beaucoup sur la communication et nous pourrions dire également qu'apprendre l'hypnose, c'est apprendre à communiquer. L'hypnose n'est pas une juxtaposition de techniques mais un art de la communication. » (Celestin Lhopiteau)

c. Procédure habituelle d'une hypnose formelle en 5 étapes

Lors de notre formation, le Docteur Gouchet nous a exposé la procédure d'une transe pour une hypnose structurée et sécurisée. L'hypnose implique des procédures communes à une anesthésie générale : il y a l'accueil, l'installation, l'induction, « l'entretien » et pour finir le réveil.

En général, les séances abordent souvent une structure uniforme, même si des ajustements sont apportés en fonction de la situation.

○ Prise de contact

Créer une alliance thérapeutique :

La relation de confiance est un facteur important dans tout type de relations. Lors d'un soin d'une manière générale, elle peut être travaillée pour associer au maximum le patient à son projet de soins. Le soignant s'efforce d'établir avec le patient une alliance thérapeutique qui facilitera sa prise en charge ainsi que la résolution plus rapide des problèmes.

L'alliance thérapeutique se situe au niveau du soin. Il s'agit d'un accord entre un soignant et la personne soignée. Une alliance thérapeutique permet (soignant et soigné) de se coordonner et d'unir leurs forces pour atteindre des objectifs en commun. Il s'agit d'un engagement mutuel.

Connaitre le patient :

Lors de la consultation initiale, le praticien recueillera les données suivantes :

- Les connaissances et croyances du patient sur l'hypnose (préjugés, peurs, attentes, etc.).
- La connaissance du sujet, y compris le comportement sensoriel et physique. Chacun de nous a sa propre perception de l'environnement selon son sens de la perception sensorielle privilégiée. On définit cinq canaux sensoriels, VAKOG (pour Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif et Gustatif). Par exemple, une personne « visuelle » utilise principalement les phrases « je vois », « c'est clair » et « j'ai une image dans la tête », tandis que la personne « auditive » utilise principalement des phrases comme « je me dis », « je l'entends », « ça me parle », et le « kinesthésique » est susceptible d'utiliser les expressions « je ressens ça » et « je me sens mal ».

Avoir repéré cela lors de la première visite, permet au soignant d'utiliser les mêmes registres sensoriels et le même vocabulaire pour interagir avec le patient.⁷

- L'environnement du sujet : contexte social, familial, professionnel...
- Prendre connaissance du dossier médical.
- La connaissance par le patient de ses symptômes, de leurs perceptions et de leurs conséquences dans la vie quotidienne.
- Quels objectifs le patient souhaite-t-il atteindre ?
- Il convient ici de définir des objectifs **SMART** avec le patient : **S**imple ; **M**esurable ; **A**ccessible ; **R**éaliste ; **T**emporel.

○ **L'induction :**

Il s'agit d'une mise en transe, réalisée à travers des techniques très différentes et dont la durée varie. En voici quelques-unes : les inductions par catalepsie, lévitation du bras, par hypnose conversationnelle ou par la respiration...

La mise en place du signaling :

Les praticiens communiquent avec le patient via des codes définis au cours de cette phase. Le signal est le plus souvent basé sur des processus inconscients qui conduisent à des signes comportementaux externes. Le patient est invité à faire un mouvement, comme une main levée pour dire oui. Il est important que le patient puisse rester le plus possible en état de transe en communiquant facilement et simplement si nécessaire.

« Lorsque vous serez bien prêt pour entrer en hypnose, vous pouvez l'indiquer en soulevant votre main droite ou votre main gauche »

Les soignants peuvent guider les patients en utilisant certaines techniques de communication spécifiques :

La voix : Par exemple, en faisant varier le rythme, l'intonation du phrasé ou encore en faisant les pauses avant et après certains mots, les praticiens peuvent souligner des informations importantes et diriger des processus inconscients.

Les truismes : C'est une façon d'énoncer une évidence que personne ne peut contester (par exemple « C'est agréable de se sentir bien », « Aujourd'hui vous êtes venu me voir et vous êtes allongé sur un brancard » « votre blouse est bleu »). Le truisme permet non seulement le contact avec le patient, mais aussi de surmonter la résistance (le patient ne peut pas résister à ce qu'on lui dit).

○ **La Dissociation :**

La dissociation permet l'entrer en hypnose. Le patient focalise son attention sur lui-même et s'isolant ainsi de l'environnement (ici et ailleurs). La dissociation permet la présence de phénomènes hypnotiques. La dissociation est une étape clé de l'induction hypnotique. Le patient est « le spectateur » et « l'acteur » de la transe hypnotique.

○ **Le travail :**

Il s'effectue principalement par l'activation de suggestions hypnotiques. Cette étape fait appel à l'imaginaire du patient. Dans cette phase, le soignant guide la personne pour lui permettre d'actualiser ses représentations internes, le plus souvent au niveau inconscient. Pendant le travail, le praticien suggère des ancrages, c'est l'association entre une réponse interne et un déclencheur, le stimulus. À chaque fois que le stimulus est exercé, la réponse apparaît.

La métaphore : permet de parler d'une situation différente de celle du patient, de manière distante mais inconsciemment perçue. Le sujet ne se sentant pas concerné par l'histoire et l'écoute avec plus d'attention. La narration permet aux sujets d'entrer dans un état hypnotique.

Les suggestions post-hypnotique : elles produisent chez le patient un état d'absorption interne approfondi, un sentiment de bien-être et des changements avec des répercussions prolongées après la séance. Ces suggestions visent à produire des effets à distance de la séance d'hypnose.

- **La Sortie de transe :**

La sortie de transe est la phase où le soignant accompagne le patient pour qu'il se réassocie, c'est à dire l'état inverse de la dissociation. Il regagne son inconscient et son conscient dans un état « normal » de vigilance. Le praticien ramène la personne « ici et maintenant » en arrêtant toutes manifestations hypnotiques. Le débriefing va permettre de vérifier si le patient est sorti de transe, autrement dit réassocié, vigilant et alerte. C'est un temps de parole libre. Et enfin, il pourra lui donner des conseils pour l'auto hypnose si nécessaire.

d. Les techniques

- **Hypnosédation**

L'hypnosédation désigne l'usage de l'hypnose en anesthésie, soit en remplacement total des produits couramment utilisés, soit en complément des produits anesthésiants qui sont employés à dose minimale.⁸ Elle est utilisée par l'équipe d'anesthésie du CHU de Liège depuis près de vingt ans.⁹ Il ne s'agit pas d'une transe spontanée mais d'une transe hypnotique provoquée. L'objectif est de permettre une intervention chirurgicale potentiellement douloureuse. L'état de dissociation induit par l'hypnose permet d'accompagner le patient lors des temps opératoires dans un état de confort physique et mental. (Celestin Lhopiteau et Bioy 2014)

Une étude de 1994 incluant 337 patients divisés en trois groupes (sédation médicamenteuse, hypnosédation, relaxation) pris en charge par le même anesthésiste, a constaté que l'hypnose était associée à une meilleure analgésie, une réduction de l'anxiété préopératoire, moins d'anxiété peropératoire et postopératoire, moins de nausées et des vomissements postopératoires, des séjours plus courts en salle de réveil et de meilleures conditions chirurgicales évaluées par les chirurgiens.

En 1996, 121 interventions sous hypnosédation ont été rétrospectivement comparées à 70 interventions sous AG. Les patients inclus dans le groupe hypnosédation étaient des volontaires et aucun test d'aptitude à l'hypnose n'a été effectué. Il a été conclu que la durée du séjour à l'hôpital, les saignements peropératoires, la fatigue postopératoire étaient réduits et qu'a apporté une amélioration des conditions opératoires.

- **Hypnoalgésie**

L'hypnoalgésie est la pratique de l'hypnose qui a pour but de modifier et soulager une douleur.⁸ Pour utiliser cette technique dans le soulagement ou la prévention de la douleur, il est utile pour le praticien d'avoir des informations sur la douleur du patient, sur ses représentations de la douleur avant un soin douloureux. Pour ce faire, une description détaillée des caractéristiques sensorielles de cette douleur est nécessaire : les sensations kinesthésiques, thermiques, une représentation imagée par le patient de ses maux. Avec ces informations, le soignant peut alors utiliser des méthodes de remplacement des sensations, modifier l'image qu'a le patient de sa douleur. (Celestin Lhopiteau et Bioy 2014)

Les effets de l'hypnose sur la douleur ont été étudiés vers les années 1960. Il a été établi qu'il existait une corrélation entre le degré d'hypnotisabilité et le degré d'antalgie.

L'analgesie hypnotique était indépendante du système opioïde endogène et l'hypnose avait des effets neurophysiologiques spécifiques en plus de l'effet placebo. C'est-à-dire que cet effet était indépendant des effets relaxants de l'hypnose.

L'imagerie montre les effets de l'hypnose sur la douleur, une action plurimodale centrée sur le cingulum antérieur, pivot d'un réseau complexe reliant les aires primaires et associatives. L'hypnose est un outil de modulation de l'activation cérébrale.

Des études ont démontré un gain sur la réalisation de gestes douloureux conscients en radiologie interventionnelle ou en chirurgie sous anesthésie locale AL ou locorégionale ALR sur divers items : anxiété, douleur, effets secondaires liés à la douleur et à la consommation médicamenteuse, diminution de la durée de la procédure.¹

¹ Mascret D. Le cancer du sein opéré sous hypnose à l'Institut Curie. Le Figaro 2015

<http://sante.lefigaro.fr/actualite/2015/02/03/23340-cancer-sein-opere-sous-hypnose-linstitut-curie>. (Consulté le 1 juillet 2022)

Lors du congrès Euroanaesthesia 2018 à Copenhague, le Dr Marcou et son équipe présentent une étude montrant que l'hypnose est une alternative positive à l'anesthésie générale conventionnelle. Ils ont réalisé une étude sur 150 patients ayant un cancer traité à l'Institut Curie entre 2011 et 2017 et dont les interventions chirurgicales avaient été réalisées sous hypnosédation. Dans 99% des cas, l'hypnose a été accueillie de manière confortable pour le patient comme pour le chirurgien. L'inconfort du patient s'est produit dans seulement deux cas, et dans ces deux cas, l'anesthésie générale a été rapidement et facilement mise en œuvre. Pour les auteurs, il semble que "l'hypnose peut être proposée comme une alternative utile à l'anesthésie générale dans divers types de chirurgies, y compris les chirurgies mammaires majeures. En minimisant les effets de l'anesthésie, cette technique est particulièrement précieuse pour les patients vulnérables".

3. Généralités sur la douleur :

La prise en charge de la douleur reste une préoccupation majeure des soignants dans les unités de soins. Elle nécessite une bonne connaissance des mécanismes, des traitements ou soins qui en sont générateurs, des thérapeutiques et/ou des soins qui visent à agir sur celle-ci.

a. Historique de la douleur

L'histoire de la douleur s'inscrit dans les différentes pensées philosophiques ou symboliques qui ont opposé les civilisations au cours des décennies. Elle a été longtemps valorisée et élevée à des degrés divers. Pour Hippocrate la douleur avait un caractère clinique.

C'est un symptôme dans l'ensemble du processus de la maladie. Lorsque deux douleurs cohabitent de préférence la douleur la plus forte s'exprime. Par exemple, le doigt d'un patient a été tenu au-dessus de la flamme d'une bougie lorsqu'une dent a été extraite ! La douleur est considérée comme le chien de garde de la santé et aboie pour sonner l'alarme. Si le chien aboie constamment la douleur est chronique !

Pour la culture chrétienne et juive, la douleur a eu une fonction morale, ambiguë. Elle est à la fois une épreuve, supporter la douleur pour se rapprocher du Christ ou de Dieu et également instrument de purification de l'âme ou bien une punition divine. Pour la culture musulmane, la douleur est un test de leur foi. En Inde, les hommes se débarrassent de la douleur grâce à la

pratique de la sagesse et de techniques physiques comme le yoga. Dans la mythologie indienne, Mourouga (dieu du peuple malabar) promet des récompenses et des bénédictions à tous ceux qui portaient le Cavadee. Comme dans de nombreuses religions, la quête de spiritualité passe par l'exaltation de la souffrance. Une personne pénitente amplifie sa douleur physique en plantant un citron dans le dard crochu sur son corps. Il reste ainsi quelques heures. Et l'ultime épreuve consistera à retirer ces aiguilles.

La douleur est un thème récurrent en littérature. Elle exalte parfois l'écrivain en donnant à la douleur une notion de plaisir. La douleur restera longtemps une valeur initiatique. « *L'homme est un apprenti, la douleur est son maître, et nul ne se connaît tant qu'il n'a pas souffert* » Musset. Au XVII^{ème} siècle Descartes, décrit la douleur comme une perception de l'âme dans son Discours « de la méthode et ses méditations métaphysiques »

Le rapport à la douleur va donc se transformer grâce aux changements des sensibilités et des mentalités mais surtout grâce à l'évolution scientifique. Elle a cessé d'être un savoir intériorisé, un guide spirituel ou existentiel, pour devenir un symptôme à soigner.

Entre la fin du 18^{ème} siècle et le 19^{ème} siècle, les connaissances et les pratiques liées à la douleur connaissent un développement. A cette époque pour la médecine, la douleur paraissait encore indispensable, essentielle à un organisme détérioré qui doit retrouver l'énergie menant à la convalescence. Le bouleversement en analgésie a été avec l'utilisation de l'éther comme anesthésique grâce au docteur Crawford qui doit opérer un patient d'une tumeur au cou. Ensuite arrivera l'avènement « du gaz hilarant » : le protoxyde d'azote utilisé en chirurgie dentaire pour calmer la douleur des extractions dentaires. Le statut de la douleur, fatalité, soumission et mal inévitable devient donc controversé.

b. Définition

La douleur est une expérience subjective multidimensionnelle complexe composée à la fois de composantes sensorielles et affectives. La définition officielle, validée par le Conseil de l'IASP (International Association for the Study of Pain), est la suivante :

"Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée ou ressemblant à celle associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle".

c. Les composantes de la douleur

- La composante sensori-discriminative : elle correspond à l'ensemble des mécanismes neurophysiologiques aboutissant à la traduction de la douleur : la qualité (exemple : torsion, étai, choc électrique...), la localisation, l'intensité et la durée (fond permanent, crises paroxystiques).
- La composante affectivo-émotionnelle : elle correspond au ressenti du patient, un sentiment désagréable, pénible voir insupportable ... Elle correspond également aux effets sur les émotions et les humeurs comme la peur, l'angoisse, la panique, la colère...
- La composante cognitive : elle correspond tout ce qui donnera un sens, c'est l'interprétation individuelles de la douleur, les références du passé, les phénomènes d'anticipation, la mémorisation.
- La composante comportementale : c'est l'ensemble des manifestations des signes verbaux et non verbaux observables (verbalisation, plaintes gémissements, mimique, attitudes antalgiques, limitation d'activités. Le comportement exprime la douleur.
- La composante culturelle et ethnique : "Les garçons ne devraient pas pleurer", "syndrome méditerranéen".
- La composante religieuse : "gagner son ciel, faire son chemin de croix, accoucher dans la douleur".

d. Les 4 grand types de douleurs

- La douleur nociceptive : les structures nerveuses restent intactes. Elle correspond généralement à des douleurs d'origine externe (chaleur, brûlure, piqûre, coup...) Elle peut correspondre également à des douleurs d'origine interne (douleurs abdominale, inflammation liée à une infection...) Elle peut être aiguë ou chronique.
- La douleur neuropathique : Les structures nerveuses sont altérées. Son délai d'apparition est de quelques semaines à plusieurs années. Sa topographie suit un nerf. On retrouve des sensations comparables à des fourmillements, des piqûres, des décharges électriques, des broiements...

- La douleur psychogène : elle est due à des dysfonctionnements du système neuropsychique. Elle est vécue et ressentie comme n'importe quelle autre douleur. Elle n'est pas associée à une lésion. On l'observe dans divers troubles psychiatriques comme la dépression.
- La douleur idiopathique est un syndrome douloureux actuellement mal expliqué. Les examens restent normaux. On y inclut la fibromyalgie, les douleurs myofaciales...²

e. La classification

Quelle que soit l'étiologie ou l'intensité de la douleur, elle doit également être définie par sa durée afin d'y adapter les méthodes de prise en charge. On distingue ainsi :

- *La douleur aiguë* est de courte durée inférieure à trois mois. Elle a un rôle d'alarme qui permet à l'organisme de se protéger lors d'une atteinte tissulaire. C'est un « symptôme ».
- *La douleur chronique* est une douleur persistante ou récurrente. Sa durée est de plus de trois mois allant jusqu'à plusieurs années. C'est une douleur accompagnée d'un retentissement fonctionnel dans les actes de la vie quotidienne, sociale ou professionnelle.³

f. Les douleurs liées aux soins

Elles sont induites par de nombreux soins (pose de sondes, pansements, pose de perfusion), certains examens complémentaires (ponction lombaire, endoscopie...) ou bien par la simple mobilisation du patient. Elles sont dites « procédurales ». Tous soins qui les engendrent doivent être identifiés car ils doivent conduire à la mise en place de protocoles de prévention.

« La douleur induite se dit d'une douleur de courte durée causée par un soignant ou une thérapeutique dans des circonstances de survenue prévisibles et susceptibles d'être prévenues par des mesures adaptées. » (François Boureau – Les douleurs induites. Institut UPSA de la douleur – 2006)

² La douleur phénomène complexe. <https://pediadol.org/la-douleur/> (Consulté le 1^{er} juillet 2022)

4. L'anxiété :

a. Définition

L'anxiété est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme :

« Sentiment d'un danger imminent indéterminé s'accompagnant d'un état de malaise, d'agitation, de désarroi, voire d'anéantissement ».

Elle fait partie intégrante du fonctionnement normal de tout individu et ne peut être considérée comme pathologique que lorsqu'il y a altération du retentissement du patient.

b. L'anxiété préopératoire

C'est un malaise physique et psychologique consécutif à la possibilité d'une intervention chirurgicale. Elle est, à des degrés divers, omniprésente. Il s'agit d'une réponse normale à la situation tant qu'elle reste faible à modérée. Mais lorsqu'elle devient intense, elle peut augmenter le risque de complications postopératoires avec une douleur postopératoire plus accrue et des troubles du comportement pouvant perdurer à long terme.

« 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 ».

L'anesthésie induit une perte de contrôle chez les patients, ceux qui provoquent une forte anxiété. C'est un élément en générale qui bien compris et pris en compte par les médecins anesthésistes MAR et par les infirmiers anesthésistes IADE.

³ <https://solidarites-sante.gouv.fr/spip.php?page=recherche&recherche=douleur>. (Consulté le 23/07/2022).

5. Le système de cicatrisation dirigé par Traitement des plaies par Pression Négative (TPN) :

a. Définitions

Une plaie est une rupture de la cohérence anatomique et fonctionnelle du tissu vivant. Prise au sens large, la plaie peut également être un défaut ou une dégradation de la peau suite à une agression physique, mécanique ou thermique ou qui se développe suite à la présence d'un trouble sous-jacent.

Les systèmes de traitement des plaies par pression négative (TPN) aident à la cicatrisation de certaines plaies chirurgicales à haut risque de complications et de certaines plaies chroniques qui ne cicatrisent pas en première intention.⁴

b. Principe

Le TPN est un procédé non invasif qui consiste à placer la surface d'une plaie sous une pression inférieure à la pression atmosphérique ambiante continue 24 heures sur 24 ou discontinue. Pour cela, un pansement spécifique est raccordé à une source de dépression et à un système de recueil des exsudats. Le système TPN (de type V.A.C® Vacuum Assisted Closure) est utilisé sur prescription médicale et permet d'obtenir un tissu de granulation qui comble la cavité et qui permet soit un geste chirurgical (greffe de peau mince ou lambeau) soit une guérison spontanée.²⁰ Ces situations concernent notamment des plaies échouant à cicatriser en première intention et des plaies non suturales. (Annexe 3).

⁴https://www.has-sante.fr/jcms/r_1438055/fr/traitement-des-plaies-par-pression-negative-tpn-des-utilisations-specifiques-et-limitees-fiche-buts. (Consulté le 6 août 2022).

II. PROBLÉMATIQUE :

La prise en charge des pansements par TPN type VAC au bloc opératoire sous hypnose.

Le bloc opératoire est un espace qui produit un sentiment profondément ambivalent. Les progrès scientifiques et techniques impressionnent positivement le patient mais le bloc opératoire suscite inquiétudes et craintes. De nos jours, l'hyper-médicalisation peut satisfaire ou inquiéter.

Infirmière anesthésiste au sein d'un bloc opératoire depuis plus 12 ans, j'œuvre dans un lieu d'hyper-médicalisation qui est à la pointe. Nous sommes garants de la sécurité du patient avec une armada d'outils qui l'entourent. On peut se demander où se situe l'humanisme entre le patient et les outils utilisés.

L'hypnose pourrait-elle contribuer « à faire de la place » au patient face à des odeurs, aux bruits, au silence, au froid, à ses propres angoisses ?

L'anesthésie générale peut provoquer certains effets secondaires tels que des nausées, des vomissements, des troubles de mémoire et de concentration. Ils sont légers et ont une durée habituelle typique de moins de 48 heures. La plupart des procédures d'anesthésies générales nécessitent la mise en place d'un système pour aider le patient à respirer pendant l'anesthésie. Ceux-ci sont placés soit dans la gorge (masque laryngé) ou la trachée (l'intubation). Ces procédés peuvent être responsable de douleur de gorge au réveil. Leurs mises en place peuvent engendrer des traumatismes au niveau des dents, surtout si elles sont en mauvais état ou fragiles. Enfin, l'intubation peut être difficile et dans de rares cas, peut présenter des risques respiratoires importants. La plupart des effets secondaires de l'anesthésie sont généralement mineurs chez les personnes en bonne santé et sont facilement pris en charge par l'équipe d'anesthésie.

L'hypnose peut-elle être une alternative à l'anesthésie générale pour éviter les risques de complications liées à cette dernière ?

III. METHODOLOGIE :

1. Cadre :

Le CHU de La Réunion, site Félix Guyon (Saint Denis) propose de nombreuses spécialités chirurgicales, ainsi que de l'imagerie interventionnelle (scanner et IRM).

Les interventions se déroulent sur huit salles de blocs opératoires (dont une salle est dédiée au robot), deux salles d'endoscopie et dans le secteur radiologique. Les interventions peuvent être programmées ou bien réalisées en urgence. Nous avons également une Unité Mobile de Douleur Aiguë (UMDA). C'est une équipe composée de sept IADE qui se déplacent dans les différents services de chirurgie avec des missions transversales. Son objectif est de permettre aux patients en situation de douleur aiguë, parfois difficile à appréhender, de bénéficier d'une expertise par une équipe spécialisée. Ces IADE peuvent fournir des conseils thérapeutiques et/ou techniques, logistiques mais également promouvoir et développer la notion de prise en charge des douleurs dans les phases péri-opératoires par la sensibilisation et la formation des équipes de soins.

2. Population :

La Réunion est une île dont l'empreinte historique et la position géographique ont façonné depuis plusieurs siècles une société multi-ethnique, multiculturelle, multi-culturelle avec de multiples croyances.

Établissement support et référent de la zone Océan Indien, le CHU s'engage dans plusieurs conventions cadres de coopérations et de partenariat avec les territoires et pays voisins (archipel des Comores, île Maurice, Madagascar). Cette coopération peut se manifester par la prise en charge de patients transférés par évacuations sanitaires ou par des missions humanitaires bénévoles (à Madagascar essentiellement).

Ainsi les patients que nous sommes amenés à prendre en charge présentent des profils très différents en âge (des prématurés au grand âge) avec des niveaux socio-culturels variés et des perceptions vis-à-vis du soin allant de la confiance à la méfiance voire la défiance.

3. Présentation du cas :

Je vous rapporte ici le cas d'une patiente ayant bénéficié de quatre séances d'hypnose dans un contexte de réfections de pansements complexes de VAC au niveau de la boîte crânienne avec exposition de la dure-mère. Les pansements ont débuté début mars. Cette demande émane du chirurgien qui prendra en charge Madame D pour ses soins.

La méthode choisie sera une séance formelle, hypnosédation pour la première séance puis une hypnoanalgésie pour les deux suivantes et enfin un accompagnement vers une auto hypnose pour la dernière séance.

Les entretiens ont été retranscrit d'après mes notes. L'accord oral de la patiente a été recueilli, ainsi que l'autorisation pour l'utilisation des informations personnelles et des échanges dans le cadre de la réalisation de ce travail.

a. Présentation de Madame D

Mme D. est âgée de 49 ans. Elle est mariée et a 2 enfants. Elle est d'origine « européenne » et vit à La Réunion dans un contexte de mutation professionnelle de son mari.

b. L'histoire de la maladie

Avant sa prise en charge à La Réunion, Madame D a subi de multiples interventions neurochirurgicales pour un méningiome récidivant (entre 1994 et 2021 soit 5 interventions) nécessitant une reconstruction osseuse fronto-orbitaire et zygomatoco-maxillaire gauche (en 2021).

Elle sera prise en charge au CHU de Saint-Pierre en février 2022 pour une désunion de la cicatrice du scalp avec un abcès du tissu osseux frontal du fait de l'exposition de sa cranio-plastie.

C'est une patiente a pour antécédents : des nausées vomissements post-opératoires, une dent cassée après une anesthésie, une allergie au latex liée aux multiples interventions.

Conformément aux obligations réglementaires et légales (article R.4127-35 du code de la santé publique), une information loyale, claire et appropriée à son état est donnée à la patiente par le

chirurgien maxillo-facial et stomatologue concernant la possibilité de réaliser ces réfections itératives de pansement de VAC sous hypnose afin d'éviter les anesthésies générales à répétitions.

Après avoir obtenu le consentement éclairé de la patiente, celle-ci est adressée à l'équipe de l'UMDA pour poursuite de la prise en charge antalgique.

IV. RÉSULTATS DES DONNÉES :

Un premier rendez-vous est pris avec Mme D. la veille de son intervention pour nous présenter, discuter de ses attentes, ses doutes et ses craintes, en vue de créer une alliance thérapeutique.

Cette première rencontre est surtout marquée par une sensation de froideur, de peur, d'inquiétude, de crainte et de stress.

La chambre est plongée dans une pénombre pesante, sans touche personnelle. La patiente est elle-même enfouie dans son lit, sous sa couverture, habillée d'une veste chaude et adossée sur un pauvre coussin dont le confort semble avoir lui aussi été oublié dans une vie antérieure. Ses épaules sont relevées et sa tête baissée. Sur le côté, un plateau repas est posé négligemment et semble encore attendre une attention qui ne viendra probablement jamais.

L'alliance thérapeutique :

Je me présente à elle en enlevant mon masque. Elle attendait ma venue. Elle me dira plus tard que ce sera sa seule visite de la journée (son mari travaille n'est disponible que tard le soir).

Nous commençons à discuter assez rapidement de l'hypnose. Elle en a déjà fait l'expérience et n'en était pas satisfaite. La psychologue qui avait conduit cette séance lui a seulement dit à la fin « nous venons de faire une séance d'hypnose ». Elle aurait souhaité en être informée au préalable. Elle a ressenti un sentiment de « frustration ».

Je réponds ensuite à toutes ces questions. Mon mot d'ordre est de lui signifier avec des exemples et des arguments que l'hypnose est la maîtrise de soi, s'est-elle qui va travailler. Je serai là pour l'accompagner.

La voyant recroquevillée, je lui demande si elle ressent un inconfort. Elle me dit avoir très mal aux épaules, au cou. Elle est très stressée, très angoissée par ses pansements et elle a des insomnies. Je ratifie ses dires. Je lui demande si elle a déjà travaillé avec des méthodes de relaxations. Elle me répond que non. Je lui propose de travailler sur la respiration pour rechercher un confort, une détente. Nous commençons une séance, je l'encourage et je la félicite. Ensuite, je lui propose de recommencer seule cette séance dès qu'elle en éprouve le besoin et je lui explique que nous allons reproduire ce travail demain avant la réfection de son pansement.

Je l'interroge par la suite sur l'inconfort qu'elle ressent avec son pansement pour avoir des informations sur une potentielle douleur et pour pouvoir la moduler si nécessaire sous hypnose. Elle ne ressent aucune douleur en dehors des soins. Je lui explique que le pansement s'effectuera sous hypnosédation, une séance d'hypnose accompagnée d'antalgique de la même famille que la morphine. Elle sera consciente toute au long du soin. La patiente est informée de l'installation et de la surveillance hémodynamique et respiratoire qui seront identiques à celles requises pour une AG et qu'en cas de nécessité, tout sera prêt pour approfondir l'anesthésie par technique pharmacologique.

L'objectif proposé pour la séance de demain sera un soin le plus confortable possible pour éviter les anesthésies générales à répétitions.

Je lui demande ce qu'elle aime faire quand elle n'est pas à la l'hôpital. Elle aime peindre.

Je lui propose de choisir un lieu tranquille un lieu ressource. Ce pourrait être un lieu ressource qui évoque un sentiment de détente (un lieu de vacances qu'elle aime, un bon souvenir, la mer, la montagne, le jardin...), un lieu qu'elle connaît, où elle aimerait bien retourner pour s'évader.

Elle aimerait bien retourner en Ardèche, à la campagne, pour se rendre dans son atelier de peinture. Elle adore la peinture. Je lui propose de choisir un support pour peindre. Elle choisit une toile, une grande toile. Elle aimerait peindre avec des pinces mais aussi avec ses doigts, avec en fond sonore des musiques des années 80.

Je lui explique l'organisation du lendemain, je décris l'ambiance d'une salle d'intervention.

Je lui demande si elle a des questions, elle me signifie qu'elle a une angoisse pour la pose de la perfusion. Je lui propose 45 minutes avant le pansement une pose d'Emla (ce patch contient des

anesthésiques locaux. Il est utilisé pour insensibiliser la peau avant un acte médical douloureux petite intervention chirurgicale, injection sous-cutanée, prise de sang...).

À la fin de notre entretien elle me dit « j'ai hâte ».

Je vous avouerai que là, j'ai eu une grande pression !

1. Première séance du pansement sous hypnose :

L'équipe de salle est au courant que la réfection du pansement va s'effectuer sous hypnose.

a. Le protocole anesthésique

Le protocole anesthésique est une pose de voie veineuse périphérique. Un antalgique en pousse seringue électrique protocole AIVOC de rémifentanil (C'est un antalgique puissant et peu sédatif). Son délai d'action est rapide avec un pic d'analgésie qui est atteint après 1,5 à 2 minutes. Compte tenu de la disparition très rapide de l'effet analgésique du rémifentanil, l'activité résiduelle ne persiste pas plus de 5 à 10 minutes après l'arrêt de l'administration. Il a un effet « ON/OFF ».

De l'oxygène aux lunettes est placé sur le visage de la patiente.

L'installation et la surveillance de la patiente seront identiques à une AG, tout sera prêt pour approfondir l'anesthésie par des méthodes pharmacologiques si la nécessité s'impose.

b. L'induction

Arrivée au bloc j'accueille Madame D. qui me sourit et me dit « un visage connu ». Elle semble rassurée et contente de nous voir mais pas sans appréhension en ce qui concerne la réfection du pansement. Je l'accompagne en salle. Une couverture chauffante est installée et allumée, la lumière est tamisée dans la salle et une musique des années 80 joue en fond (comme souhaitée).

Je l'installe en lui disant « installez-vous confortablement sur ce matelas aussi doux qu'un nuage ». Je lui demande si la température lui convient, de s'installer de trouver la meilleure position pour qu'elle soit la plus confortable. Je mets en place les éléments de surveillance tout

en lui expliquant chacune de mes actions. Je me positionne près de sa tête, à la même hauteur qu'elle, assise sur le tabouret. Elle me demande de lui tenir sa main pendant le pansement.

Dans la salle, l'ambiance est calme, mais pas de silence absolu. Les infirmières de bloc préparent doucement leur matériel et mon collègue se prépare pour la pose de la voie veineuse.

Je commence par lui dire « nous allons commencer à respirer comme hier une respiration relaxante une respiration calme ». Je calque ma respiration sur la respiration de la patiente (mirroring), en essayant petit à petit de ralentir le rythme et en prenant bien soin de parler à l'expiration.

Mon collègue lui prend le bras sans le lui demander, pose le garrot et tape assez fort sur le dos de la main pour faire sortir la veine (je suis surprise et très étonnée, je me dis à ce moment-là « que fait-il ! Comment rattraper cela ? »).

Madame D a du mal à se concentrer sur sa respiration, son visage est tendu et crispé. Elle est focalisée sur ce qui est en train de se faire. Elle me dit « il frappe fort », « il me fait mal » Je lui demande de rester concentrée sur sa respiration et de revenir sur le ventre qui se gonfle et se dégonfle comme un ballon. Madame D étant dans une transe négative, j'utilise un discours directif. La situation est particulière, elle a une respiration rapide et n'est plus concentrée, je suis un peu déstabilisée. La perfusion est enfin posée !!! OUF ...

La patiente commence à se relâcher. Je lui demande de me faire un signe avec la main droite ou la gauche lorsqu'elle se sentira détendue et nous partons dans son lieu tranquille.

Le départ du rémifentanil est lancé à très petite dose. La fréquence cardiaque de départ est de 89 battements par minute.

Pendant que mes collègues déballent le matériel, toujours installé à côté, main dans la main, je commence l'induction par le **VAKO** d'une voix calme et apaisante.

« Écoutez les sons dans la pièce... puis ceux, qui sont loin (il y a beaucoup de voix fortes à l'extérieur de la salle), ceux plus proches comme les bruits de boîtes... du papier que l'on froisse... le bruit de votre respiration ou de votre cœur...et ma voix... que vous écoutez ou entendez en même temps... et puis choisissez un endroit... vous n'avez rien d'autre à faire, juste prendre ce temps rien que pour vous ».

c. La dissociation

Elle arrive dans son lieu ressource, elle reconnaît la lumière de la pièce les odeurs intérieures, extérieures, puis elle se prépare à peindre.

Je lui propose d'enfiler son tablier, celui qu'elle porte chaque fois qu'elle peint. Ensuite je lui fais **des suggestions** sur la préparation de son matériel. Je lui demande de choisir le pinceau idéal puis la toile, cette toile qui est peut-être blanche ou pas, de choisir sa palette de couleurs des couleurs, vives peut-être sombres ou bien les deux.

J'accompagne au rythme du pansement Madame D.

Le Chirurgien enlève le VAC et le pansement occlusif. Madame D fait quelques grimaces. J'en profite pour approfondir la transe en utilisant **une métaphore**. (Le chirurgien procède à la détersion tout en douceur) « ressentez-vous cette eau qui rafraîchit la tête ou qui peut être chaude ou les deux... ça peut faire penser à la pluie, une pluie en Ardèche avec ses odeurs, des odeurs d'herbe mouillée, (étape de la préparation du champ opératoire) ». Je lui dis de préparer la toile, peut-être de mettre une couleur en fond, de rincer ses pinceaux avec de l'eau peut-être fraîche ou peut-être chaude ou les deux. (Le chirurgien procède à l'incision de tissu fibrineux). Elle ne semble pas réagir. ... « Et de remarquer que peut-être sur cette toile il y a des petits reliefs, des petites imperfections qui sont accrochées et qu'elle aimerait peut-être unifier cette toile. » Ensuite, je lui propose de mélanger des couleurs, des couleurs qui chantent, des couleurs qui parlent et de remarquer les textures de la peinture au bout des doigts, cela peut être une sensation crémeuse ou une sensation liquide ou peut-être les deux (lors du badigeonnage avec de la Bétadine). « Prenez le temps qui vous est nécessaire... de votre temps intérieur... Pour prendre plaisir à être là... à ressentir ces bonnes choses en vous... pour prendre plaisir à apprendre quelque chose... à vous détendre... pour prendre plaisir à savoir que... vous possédez cette compétence... de pouvoir vous transporter dans cet endroit... où vous êtes bien... quand vous le voulez... dans cet endroit de votre réalité intérieure... »

Les signes évocateurs d'une transe chez cette patiente sont : mouvements rapides oculaires sous les paupières, mouvements inconscients (petits soubresauts de la main gauche) un relâchement musculaire (des épaules et des membres).

d. Les suggestions post-hypnotiques

La journée ne fait que commencer il est 9H45, je lui donne avec mes mots de l'énergie pour profiter de cette belle journée. Je lui dis qu'elle peut donner un nom à ce lieu et qu'elle pourra retrouver ce lieu agréable quand elle le souhaitera, pour les prochains pansements et à n'importe quel moment dès qu'elle en éprouvera le besoin.

Avant que Madame D ne sorte de sa transe, je fixe un **point ancrage** qui permettra de réactiver cette sensation confortable au moment d'effectuer des gestes plus douloureux. J'ai installé un ancrage à l'endroit où se pose la main du chirurgien pour réaliser l'acte.

e. La sortie de la transe

« Et quand vous aurez tiré de cette expérience... tout ce qui est important pour vous... sachez que vous pouvez revenir dans cet endroit... chaque fois que vous en éprouvez le besoin... dans votre domaine intérieur... alors quand vous allez-vous sentir prête je vais compter lentement de cinq à un... et vous allez pouvoir revenir dans la réalité de cette pièce... ici et maintenant... »

En fin de séance je laisse Madame D. apprécier le retour et je l'accompagne en salle de pré-anesthésie. Pour cette patiente il n'y aura pas de passage en SSPI.

Je lui demande son ressenti sur cette séance. Elle me dit ne pas avoir senti de sensation désagréable. Elle était bien, elle a retrouvé son atelier de peinture en Ardèche. Elle me dit qu'à un moment elle n'entendait plus ma voix, qu'elle était ailleurs. Elle est très heureuse de cette première expérience et elle souhaiterait que cela continue. Le moment le plus désagréable a été la pose de voie veineuse, les tapes sur le dos de sa main. Lors de l'ablation du pansement j'ai vu un sourcillement, elle me dit ne pas se souvenir de ce moment.

2. Deuxième séance :

La deuxième séance se fait la semaine suivante en deux temps. Mme D est sortie de l'hôpital et revient en unité de chirurgie ambulatoire (UCA) pour la réfection de son pansement.

○ **La pose de la voix veineuse :**

Pour cette séance je me suis rendue en service ambulatoire pour la pose de sa voix veineuse.

Je lui propose de retrouver son lieu ressource ou de choisir un autre endroit qu'elle pourrait garder pour elle et je l'accompagnerai en hypnose. Elle fait le choix de découvrir un autre lieu. Je lui propose de poser sa voix veineuse. Elle accepte.

« Pendant que je vais effectuer le soin, je vais vous proposer quelque chose pour vous aider à vous rassurer, est-ce que vous aimeriez vous sentir plus tranquille ? ... je peux vous aider à cela si vous voulez. » Elle acquiesce (**mise en place de l'alliance thérapeutique**). « Je vais simplement vous demander de mettre votre main gauche sur votre cuisse gauche (**mirroring**)... La main simplement placée sur votre cuisse... (Elle effectue le même geste) ... Vous pouvez tranquillement laisser le coude, prendre calmement appui sur votre cuisse naturellement, voilà... très bien (**saupoudrage**)... et maintenant regardez juste votre main, cette main (**dissociation**) très bien... c'est exactement cela (**ratification**). À partir de maintenant, je vais vous demander de laisser votre regard poser tranquille... sur cette main... Mais vous n'avez absolument rien d'autres à faire... que de laisser votre regard... poser... de manière tranquille... au bout d'un moment... regardez tout ce qu'il y a à regarder comment est la couleur de votre main... sa chaleur, regardez, explorez tranquillement votre main... cette main qui est posée sur cette cuisse tranquillement vous allez peut-être voir apparaître des modifications tout autour cela peut être par exemple la main qui est foncée ou qui devient plus claire.... ou bien elle semble faire de petits mouvements de gauche à droite ou de droite à gauche. Vous pouvez alors fermer les yeux si vous le désirez ou les garder ouvert peut-être les deux (**confusion**). Elle ferme les yeux. Continuez à explorer cette main même les yeux fermés. »

Tout en me préparant pour la pose de voix veineuse, je continue à approfondir la transe.

Enfin j'effectue le soin, Mme D est calme et ne bouge pas.

Le soin est fini, « dès que vous serez prête vous pouvez poser votre regard tout autour de vous. Revenir ici et maintenant dans votre chambre en service d'ambulatoire. »

Mme D est heureuse de cette nouvelle expérience, elle a ressenti une appréhension mais s'est laissée porter par ma voix.

- **Le changement du pansement du VAC :**

- a. Le protocole anesthésique**

Les conditions restent les mêmes. La patiente est à jeun et informée de la possibilité de passage en anesthésie générale si le confort n'est pas optimal. Elle reçoit de l'oxygène aux lunettes. Pour cette deuxième séance le remifentanil ne sera instauré que si nécessaire

- b. L'induction**

À son arrivée au bloc opératoire, je débute une induction en utilisant la relaxation par la respiration.

« Vous allez observer sans rien faire... d'autre qu'observer... les mouvements de la respiration du corps... Comment cela respire en vous. Avec votre regard habituel ou bien avec votre regard intérieur... tranquillement... confortablement... (saupoudrage). Celui que l'on a lorsque l'on a... fermé les yeux... observez en dedans, la respiration, qui respire... telle qu'elle respire... l'inspiration et l'expiration voilà comme cela c'est bien très très bien (**ratification**)

« Remarquez le rythme... son amplitude... une respiration lente... tranquille... une respiration agréable... confortable... »

- c. La dissociation**

Comme pour la première séance, j'utilise **la dissociation en utilisant les canaux sensoriels VAKO** et je l'invite à trouver un lieu tranquille où elle se sent bien.

« Et tandis que le corps est confortablement installé sur ce matelas, ... une autre partie de vous, peut-être votre esprit, votre inconscient, ... peut peut-être retrouver un endroit calme, apaisant tranquille. »

Le chirurgien commence à déballer le pansement.

« Commencez par observer ces sensations corporelles et émotionnelles qui sont peut-être déjà différentes ... ou la manière dont cela est en train de se produire maintenant ... »

Je lui suggère de percevoir une détente plus profonde à chaque fois qu'elle sent la douce chaleur de l'eau qui coule sur sa tête qui descend jusqu'aux oreilles et qui remonte au niveau de sa nuque afin que cela lui procure de plus en plus de confort dans son corps.

J'utilise encore le **VAKO** pour approfondir sa transe. « Écoutez les bruits autour de vous... Sentez la sensation de l'air sur votre peau... les odeurs de cet endroit... tout cela vous procure de la détente ...du confort... de la tranquillité.... sentez comme cela est agréable...cette sensation de détente de confort de tranquillité... prenez tout le temps qui est nécessaire.... pour prendre plaisir à cela... »

Je continue en boucle tout en observant les temps opératoires.

a. Les suggestions post-hypnotiques

En fin d'intervention, je l'invite à identifier ce nouveau lieu pour qu'elle puisse y revenir si elle le souhaite dès qu'elle en éprouve le besoin (suggestion post hypnotique). Je réactive l'ancrage au même endroit que pour la première séance. Au préalable, comme pour la première séance, je lui donne une suggestion post-hypnotique dynamisante pour continuer cette belle journée.

b. La sortie de la transe

J'effectue un compte à rebours pour un retour à la réalité du moment présent ici et maintenant.

Le visage de Mme D. est plus détendu que pendant la première séance. J'ai retrouvé les signes de transe accompagnés d'une respiration profonde. La fréquence cardiaque de Mme D avant induction était de 85 battements par minute et pendant de 63 à 72 battements par minute. Nous n'avons pas eu la nécessité d'utiliser le morphinique.

3. Troisième séance :

a. Le protocole anesthésique

La procédure ne change pas. Ma patiente sera en air ambiant pendant l'intervention et ne recevra pas de morphinique.

b. L'induction

L'induction débute par une focalisation de la respiration puis par l'introduction du VAKO pour approfondir la transe.

« Remarquez le rythme... son amplitude... une respiration lente... tranquille... une respiration confortable. »

c. La dissociation

« Et tandis que le corps (**dissociation**) est confortablement installé sur ce matelas, vous allez maintenant imaginer un endroit... un endroit calme et agréable... un endroit où vous pouvez tout oublier... un endroit où vous êtes bien... ou bien un endroit apaisant... ou peut être un lieu de confort... cet endroit peut être... le bord de la mer... la montagne... ou un autre endroit... réel ou imaginaire... maintenant vous allez vous concentrer sur votre lieu sûr... vous y êtes parfaitement à l'aise... peut-être vous voyez vous évoluer à l'intérieur de ce lieu sûr... vous imaginez les moindres détails... à présent, vous allez pouvoir observer les couleurs qui vous entourent... chaque détail ... Vous êtes dans un endroit qui vous détend...calme... confortable... et vous pouvez, si vous le souhaitez, aller vous promener dans ce lieu si agréable...ou simplement vous y asseoir... écouter les bruits qui vous entourent... peut être pouvez-vous percevoir des chants du paille en queue ou du tisserin au loin... ou bien proche de vous. Vous vous laissez complètement imprégner par ce lieu ... en le vivant pleinement de façon tout-à-fait positive... ».

« Commencez à observer ses sensations corporelles et émotionnelles qui sont peut-être déjà différentes ... ou la manière dont cela est en train de se produire maintenant... » Je lui suggère de percevoir une détente plus profonde à chaque inspiration ... J'utilise à nouveau le **VAKO** pour approfondir sa transe. « Écoutez les bruits autour de vous... Sentez la sensation de l'air sur votre peau... Les odeurs de cet endroit... tout cela vous procure de la détente ...du confort... de la tranquillité.... Sentez comme cela est agréable...cette sensation de détente... de confort... de tranquillité... Prenez tout le temps qui est nécessaire... Pour prendre plaisir à cela... »

d. Les suggestions post-hypnotiques

A la fin du pansement, j'instaure des suggestions post-hypnotiques.

e. La sortie de la transe

« Et vous allez pouvoir profiter de vos nouvelles sensations, les retrouver juste en fermant les yeux, en vous recentrant sur votre respiration... et vous allez pouvoir reprendre le cours de votre journée, reprendre contact avec le matelas, avec les bruits autour de nous, tout en gardant cette sensation agréable que vous pourrez retrouver juste en vous remémorant cette séance d'hypnose qui a été confortable... agréable... et puis simplement revenir à côté de moi, respirer, prendre conscience de vos jambes, de vos bras, (je laisse la patiente revenir à son rythme, elle s'étire) parfait ».

La patiente ouvre les yeux, a un grand sourire à aux lèvres, elle semble détendue.

Mme D est de plus en plus autonome. Je ponctue plus souvent avec des silences. Les silences laissent le champ libre à l'imaginaire. Tout au long du soin son visage est détendu. Je retrouve les mêmes signes de transe.

Sa fréquence cardiaque pendant la séance était de 65 à 70 battements par minute.

A la fin de la séance je la félicite de son travail accompli. Elle semble heureuse. Mme D me dit qu'elle n'a ressenti aucune douleur, qu'elle était bien relaxée. Par contre, elle se sent fatiguée et surtout elle a faim. Je lui propose de prendre une grande inspiration et de s'étirer comme pour se réveiller après une bonne nuit de sommeil.

Lors de cette séance je ne lui ai pas encore parlé d'auto-hypnose mais dans la suggestion post hypnotique je lui propose de retrouver ce voyage intérieur, ce voyage hypnotique dès qu'elle le souhaite, dès qu'elle en ressent le besoin, pour pouvoir se ressourcer. Je lui propose de donner un nom à ce lieu (ancrage) de l'écrire dans un coin de son esprit afin de permettre à la mémoire d'en garder une trace.

4. Quatrième séance :

a. Le protocole anesthésique

Pour la quatrième séance je vais voir Mme D en UCA. Chaque visite est l'occasion de la retrouver plus apaisée et plus joyeuse que la fois précédente. Elle adopte spontanément une attitude positive. Elle me montre ses nouveaux bandeaux pour cacher son VAC. Cela lui permet de sortir sans être gênée par les regards, de marcher sur le front de mer avec son mari.

Nous fixons ensemble l'objectif de la séance. Je lui propose l'initiation à l'auto-hypnose pour préparer les futurs pansements en consultations externes. Mme D a naturellement mémorisé les étapes de la transe. Elle accepte et je lui propose de nous rendre en marchant dans la salle d'intervention où le soin sera prodigué. Elle est surprise de ma proposition et accepte volontiers.

L'accueil est identique aux précédents. La lumière est tamisée et la musique demandée est présente. Elle s'installe confortablement sur le matelas chauffant. Je n'installe qu'un saturomètre pour surveiller sa fréquence cardiaque. Il n'y aura pas de voix veineuse (le matériel n'est jamais très loin dans un bloc opératoire).

b. L'induction

Je lui propose de bien s'installer, de se sentir confortable, le plus confortablement possible et de nous dire quand nous pourrions commencer.

La séance débute comme à son habitude par l'induction par la respiration relaxante. Je l'accompagne de mots, je calque ma respiration à la sienne (**mirroring**). Elle est calme, sa fréquence respiratoire est régulière et posée. Je lui propose d'aller voyager, de retourner dans un endroit qu'elle connaît, un endroit qu'elle aime. Je lui demande de retrouver son lieu ressource, son lieu tranquille avec le nom qu'elle lui avait donné, de rechercher dans sa mémoire ce lieu si tranquille et si apaisant.

« À présent, vous allez pouvoir visualiser, tranquillement... à l'intérieur de vos paupières... un endroit dans lequel vous vous sentez détendue... cela peut être un endroit que vous connaissez... ou que vous ne connaissez pas... peu importe, vous vous sentez parfaitement détendue... Vous allez pouvoir observer tout ce qui vous entoure... regardez chaque détail de ce lieu... »

c. La dissociation et la transe

Je lui demande d'explorer ce lieu, de retrouver des éléments qu'elle avait vu la dernière fois et pourquoi pas de découvrir d'autres éléments de décor de son lieu confortable... son lieu si tranquille... si apaisant... si confortable... « et lorsque vous l'aurez trouvé vous pourrez me le signaler en bougeant un doigt... » (Mme D lève un doigt) ... « c'est bien... c'est parfait... un endroit de vacances, ou de repos... un lieu où il fait bon vivre... un lieu pour se ressourcer... retrouver des images... des sons et des bruits ou ...le silence. Le chant silencieux d'une nature paisible... le silence des vagues...et toutes les bonnes émotions qui vont avec... la fraîcheur agréable des embruns... l'odeur de l'océan ... des fleurs... sur les arbres...qui bordent cet océan. » **VAKO.** Je ponctue avec d'avantage de silence.

Le chirurgien effectue le pansement au rythme de la séance. Ses gestes sont plus rapides et doux.

d. Les suggestions post-hypnotiques

Le soin arrive à sa fin et nous instaurons la suggestion post hypnotique en nommant une nouvelle fois ce lieu.

e. La sortie de la transe

« Puis, quand vous saurez que vous êtes prête... vous pourrez vous reconnecter à ce qui vous entoure, ici comme pour ramener, ici et maintenant, un bon souvenir de cette expérience... une sensation agréable... comme on rapporte un souvenir...d'un joli voyage que vous avez fait... et ce souvenir aujourd'hui... Et vous vous retrouvez alors, ici et maintenant, tranquille, disponible et reposée... dans cette salle au CHU de Saint Denis. »

La fréquence cardiaque pendant la séance a été de 58 battements par minute. Les signes de transe ont été plus rapides à s'installer. En discutant avec Mme D, elle me dit avoir apprécié cette nouvelle expérience. Elle est moins fatiguée.

V. DISCUSSION THÉORICO-CLINIQUE :

1. PROGRESSION ET DIFFICULTÉS :

Ce mémoire doit permettre de retranscrire et préciser le cadre de la pratique de l'hypnose par une infirmière anesthésiste avec des missions spécifiques telle que la prise en charge de la douleur. Bien que le domaine d'application de l'hypnose en milieu médical soit très large, son développement au bloc opératoire poursuit un objectif essentiellement analgésique et anxiolytique.

Le but de ce travail était de comprendre *« comment l'hypnose permettait d'améliorer la prise en charge des patients au bloc opératoire lors d'un pansement douloureux et d'éviter ainsi une anesthésie générale »*.

. Mes débuts ont été timides avec des erreurs de langages comme : je vais « ESSAYER », révélateur d'un doute sur ma capacité à faire de l'hypnose. Mais comme nous l'avions entendu lors de la formation : « c'est l'intention qui compte ».

Les supports pédagogiques transmis lors de la formation m'ont été d'une grande aide, une lecture intensive les veilles d'interventions m'ont permis de gagner en assurance. Mais progressivement j'ai pu m'affranchir de ceux-ci pour m'approprier la démarche et j'ai commencé à utiliser des formulations comme : « je vous propose », « nous allons pratiquer », « je vais vous accompagner ». Je m'installais donc petit à petit dans une attitude active et avec moins de retenue, donc plus naturelle.

J'ai pu discuter après chaque séance avec des collègues qui pratiquent l'hypnose, pour leur rapporter mes difficultés, mes doutes. Ils m'ont donné des conseils pour m'améliorer lors des séances suivantes. Cet accompagnement a été bénéfique et j'ai pu mettre en œuvre tous les conseils transmis.

La première séance m'a semblé aller très vite et pourtant elle a duré une heure. Malgré le maintien de mon attention sur les temps chirurgicaux pour affiner la séance, il m'a semblé parfois être moi-même dans un état d'hypnose.

L'accompagnement de Mme D n'a été possible que par la confiance qu'elle a décidé de m'accorder. Cette relation de confiance est un prérequis indispensable pour créer une alliance thérapeutique. Et pour créer cette relation de confiance il faut absolument connaître le patient

dans son entièreté, dans sa globalité. Le soignant doit s'enquérir des attentes et inquiétudes de son patient.

Dans notre dossier, la patiente voulait simplement échapper à ce qu'elle vivait (sa maladie). Elle s'est saisie facilement de la proposition d'effectuer un voyage intérieur à travers l'évocation d'un souvenir agréable.

En parallèle des séances avec Mme D j'ai pu expérimenter l'hypnose dans ma pratique professionnelle quotidienne au cours de la prise en charge des patients dans l'urgence ou au cours des hospitalisations et quel que soit le domaine chirurgical concerné.

2. DÉBRIEFING DU CAS :

L'objectif de ces séances pour Mme D était d'effectuer un soin confortable sous hypnosédation puis une hypnoanalgésie. Au vu des résultats obtenus lors de la première séance, la prise en charge a évolué avec une séance sur la focalisation d'un lieu agréable. Le but était d'amener Mme D vers des contenus de pensées positives ainsi que des émotions sur la « tranquillité et le confort » afin de pouvoir faire abstraction des sensations désagréables lors du pansement. En régulant les émotions de la patiente, la réalisation du soin va être confortable pour elle. Les soins vont pouvoir s'effectuer dans une ambiance encore plus sereine pour les trois séances suivantes.

L'hypnose proposée lui a permis d'utiliser ses ressources pour amorcer son évolution, en se rapprochant de ses sens, elle retrouve une certaine forme de contrôle sur son corps. La proposition de faire quelque chose ensemble l'autorise à voir les choses différemment de ce à quoi elle s'attendait. Au final, sa prise en charge avec l'hypnose est une alternative à l'AG pour ses soins.

Les bienfaits de ces séances ont dépassé le but recherché, en effet, la posture de Mme D change progressivement montrant des signes positifs d'amélioration de son confort. Elle adopte une attitude plus confortable, redresse ses épaules et son cou.

Elle acquiert de nouvelles perspectives sur ses propres sentiments et émotions, cela lui permet de participer et de gagner de nouvelles ressources qui mènent à l'autonomisation.

L'hypnose lui offre également la possibilité d'améliorer son image corporelle et de retrouver sa confiance en témoignent le sourire renouvelé à chaque séance mais aussi l'intérêt qu'elle porte de nouveau sur son apparence esthétique (achat de bandeaux pour cacher le VAC et pour pouvoir sortir et profiter du monde extérieur).

Notre patiente s'est progressivement détendue. Elle a gagné en assurance et est devenue actrice de ses soins par la pratique de l'auto-hypnose. On peut assurément dire que l'hypnose a eu de multiples effets bénéfiques chez cette patiente lors de son parcours de soin qui ne s'est évidemment pas arrêté aux portes du bloc opératoire.

Elle a poursuivi sa prise en charge et ses soins de pansement en consultation externe. Elle n'avait alors plus besoin d'aide pour pratiquer l'auto-hypnose jusqu'à l'ablation complète du VAC.

Les pratiques d'hypnose et d'auto-hypnose ont permis à Mme D. de ne pas être soumise à des interventions sous anesthésie générale et aux risques iatrogènes inhérents. Par la suite, Mme D n'est pas passée en SSPI, elle est retournée plus rapidement en chambre et son temps de séjour hospitalier a également été réduit. L'hypnose a donc favorisé une réhabilitation précoce chez cette patiente.

En favorisant une relation de « compagnonnage » avec la patiente, l'hypnose a créé un lien privilégié. Elle permet de solidifier l'alliance thérapeutique grâce à la participation active de Mme D à son traitement. Elle n'a plus l'impression de subir les actes de soins comme elle a déjà subi l'annonce du diagnostic. L'hypnose a aidé favorablement Madame D.

Un autre élément remarquable dans cette séquence a été le retour très positif des équipes soignantes du bloc opératoire. Elles ont apprécié cette ambiance calme et posée et à la fois sérieuse et concentrée. Ceci a engendré pour eux une sensation de bien-être et de sérénité.

Si certains infirmiers avaient suivi une formation avec le docteur Arnaud Gouchet et étaient déjà convaincus des bienfaits de cette pratique, nombreux sont ceux qui émettent maintenant le souhait de renouveler plus souvent cette expérience.

3. QUESTIONNEMENT ÉTHIQUE :

Dès ma première rencontre avec Mme D, il a été très important de clarifier et poser les cadres autour de l'hypnose.

Il convient de rappeler également le caractère délicat du pansement chez cette patiente. L'exposition de la dure-mère comporte un risque non négligeable d'atteinte neurologique. La nécessité d'une surveillance accrue surtout lors des deux premières séances a été nécessaire.

« La méthode des trois O » d'Erikson, enseignée pendant ma formation, prend ici un sens assez particulier et important. Il me faut : observer le patient et observer le chirurgien, observer les temps opératoires du geste invasif et observer le patient dans sa transe.

Mais est-ce suffisant pour percevoir les signes cliniques neurologiques iatrogènes liés à l'intervention ? Le rapport bénéfice/risque doit être évalué aussi bien avec l'anesthésie qu'avec l'hypnose. Cet outil complémentaire aux soins a une finalité précise (relaxante, anxiolytique, antalgique) et vise le bien-être du patient.

L'hypnose renforce la confiance et s'inscrit dans une démarche éthique. Comme tous les praticiens, les infirmiers doivent utiliser l'hypnose dans leur domaine de compétence de pratique professionnelle.

CONCLUSION

L'objectif initial de ce travail était de comprendre « comment l'hypnose permettait d'améliorer la prise en charge des patients au bloc opératoire lors d'un pansement douloureux et d'éviter ainsi une anesthésie générale ».

Ce travail me permet d'émettre une conclusion simple : l'hypnose est un outil efficace. Cette pratique peut être utilisée largement au sein des services et dans de nombreux domaines.

En l'associant à des moyens médicamenteux, elle permet de soulager ou de prévenir les douleurs induites par les soins et favorise ainsi le bien-être et le confort du patient. Grâce à l'hypnose le patient appréhende mieux la prise en charge des soins. Il devient acteur et trouve des ressources pour l'aider à supporter sa maladie.

Je travaille dans un établissement où l'hypnose a su trouver sa place. Nous avons la chance d'avoir des hypnopraticiens dans différents services.

Au sein du bloc opératoire cette approche s'est faite grâce à la volonté et le partage de collègues formés et diplômés. Cette pratique nous a été transmise, rapportée, soufflée, murmurée pour nous ouvrir les portes qui mènent sur le chemin de l'hypnose. Tous les ans, des formations en lien avec cette thématique nous sont proposées, permettant aux plus sceptiques et aux plus timorés de se lancer à la découverte de cette technique si passionnante.

La profession d'infirmière anesthésiste au bloc opératoire demande beaucoup de technicité, de rigueur, de sécurité et de maîtrise de soi en général et lors des situations d'urgence en particulier.

Ce surinvestissement technique voire technologique laisse parfois trop peu d'espace à l'Humain et l'hypnose m'a permis cette approche plus humaniste et rassurante du soin dans un espace perçu comme hostile par les patients.

Lors de mes études d'infirmière, j'ai appris les besoins fondamentaux de l'être humain. La communication fait partie de ces quatorze besoins mais elle est trop souvent négligée. La pratique de l'hypnose apprend ou réapprend à mieux communiquer c'est-à-dire, étymologiquement, mettre en commun deux personnes, deux histoires, deux vécus, deux

compétences. Simplement, en choisissant les bons mots en les articulant bien et en les sublimant, j'arrive à des résultats étonnants sur la prise en charge des patients.

Si mes débuts dans cet apprentissage ont été timorés, les encouragements de mes collègues et les résultats positifs du ressenti des patients, m'ont incité à continuer et à progresser sur cette voie. Je n'envisage plus la prise en charge d'un patient sans hypnose.

L'hypnose apporte également une meilleure communication entre professionnelle. Nous pouvons tout dire mais la manière et la façon de l'énoncer doit être d'une façon positive et constructive.

Ce travail et cette formation représentent une source d'enrichissement personnel et professionnel, tant sur les sujets abordés que sur la démarche méthodologique. Les nombreuses lectures et recherches m'ont permis d'approfondir mes connaissances. L'hypnose est une technique si passionnante qu'il est impossible de faire le tour de la question en si peu de temps. Cela me laisse des perspectives d'évolution et de progression notamment en pratiquant et en assistant aux ateliers du Collège d'hypnose de l'Océan Indien CHOI et aux différents congrès d'hypnose.

Au terme de ce travail il me semble nécessaire de ne plus concevoir un soin sans hypnose.

BIBLIOGRAPHIE

Revue scientifique :

- Faymonville ME. L'hypnose en anesthésie-réanimation. Oxymag Avril 2003 ; 69 : 25-27.
- Lamotte AS, Raft J, Meistelman C. S'approprier les techniques d'hypnose conversationnelle. Oxymag Mars/Avril 2017 ; 153 : 20-21
- Lakdja F, Sztark F. Hypnose dans le contexte de l'anesthésie. EMC Anesthésie-Réanimation Octobre 2017 ; 4.
- Violon A. Échapper à la douleur : l'hypnose et le pouvoir de rêver. Douleur Évaluation-Diagnostic-Traitement 2016 ; 17 : 200-204
- Mubiri MA, Richard M, Bioy A. Place de l'autohypnose dans la prise en charge de la douleur. Douleur Évaluation-Diagnostic-Traitement 2015 ; 16 : 116-223.
- Quintini D, Vitale C, Gaide M, Surdej F. L'hypnose pour lutter contre la douleur et l'anxiété en soins palliatifs. Soins décembre 2017 ; 821 : 11-15.
- Roelants F, Watremz C. L'hypnose périopératoire. Hypnose et thérapie Brèves Mars 2018 ; Hors-série : 148-158.
- Barbier E. Hypnose et prise en charge de la douleur. Soins 2008 ; 722 : 23-25.
- Cuvillon P, Marcou A, Bernard F, Suarez B. Hypnose et anesthésie en 2019 : état de l'art. SFAR Le congrès Conférence d'essentiel 2019. Disponible sur <https://sfar.org/download/hypnose-et-anesthesie-en-2019-etat-de-lart/>
- Mascrot D. Le cancer du sein opéré sous hypnose à l'Institut Curie. Le Figaro 2015 [<http://sante.lefigaro.fr/actualite/2015/02/03/23340-cancer-sein-opere-sous-hypnose-linstitut-curie>].
- Faymonville ME, Fissette F, Mambourg PH, et al. Hypnosis and adjunct therapy in conscious sedation for plastic surgery. Regional anesthesia 1995; 20(2):145-151.
- Meurisse M, Faymonville ME, Joris J, et al. Chirurgie endocrinienne sous hypnose. De la fiction à l'application quotidienne. Annales d'endocrinologie 1996; 57 :494-501
- Raja, Srinivasa, Carr, Daniel, Cohen, Milton, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain. 2020 ;161

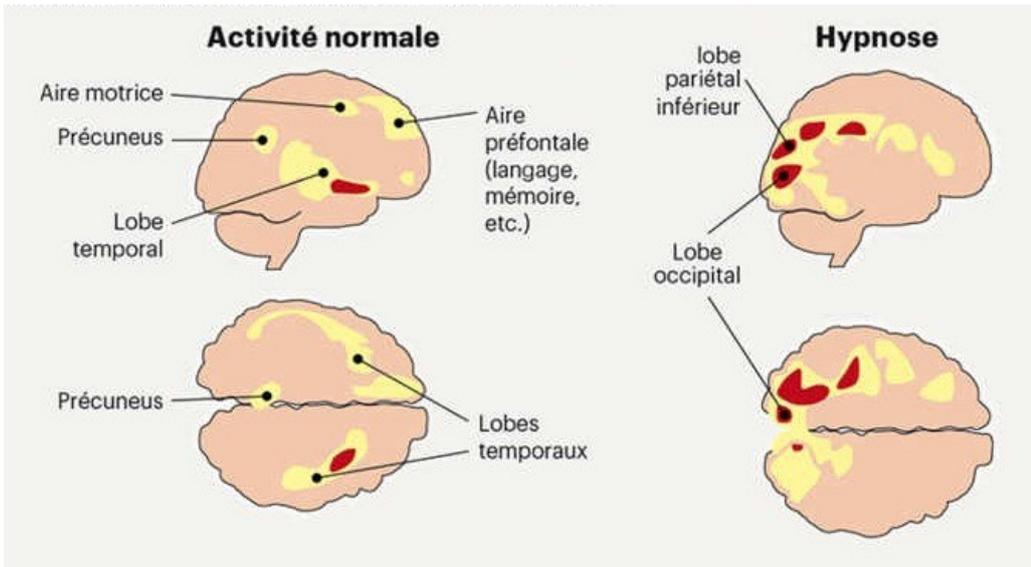
- Dadure C, Sola C, Castanié J, Coruble L. Gestion de l'anxiété périopératoire en anesthésie pédiatrique. Sfar - le congrès. Conférence d'actualisation. Paris, 2019

Ouvrages :

- Virot C, Bernard F. Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie. Deuxième édition. Montrouge Arnette ; 2018
- Sous la direction de : Elisabeth Barbier et Rémi Étienne avec C.Berlement, N.Jammot, T. Morceaux, Aide-Mémoire Hypnose en soins infirmiers 29 notions. Edition Dunod 2016
- Sous la direction de : Isabelle Célestin-Lhopiteau, Antoine Bioy. Aide-Mémoire Hypnoanalgésie et Hyposédation en 43 notions. Edition Dunod 2014
- Christine Cazard-Filette, Chantal Wood, Antoine Bioy, Vaincre la douleur par l'auto-hypnose. Edition Solutions VIGOT 2016
- Sous la direction d'Arnaud Gouchet, la boîte à outils de l'hypnose en anesthésie et réanimation. 59 outils clés en main. Edition Dunod 2021
- Sous la direction de : Edwige Michel, Douleur : soins préventifs et prise en charge. Éditions Médecines-Sciences Flammarion. 2000
- Ann Aerts, Dorien Nevelsteen, Françoise Renard, Soins de plaies. Edition De Boeck Université 1998

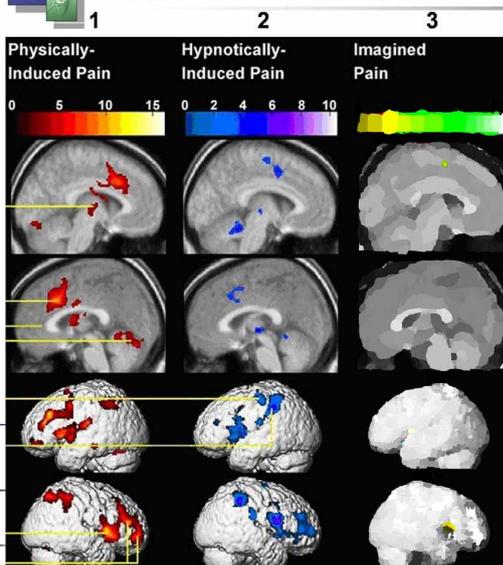
ANNEXES

ANNEXE 1



ANNEXE 2

Hypnose-analgésie: aspect **IRM** fonctionnelle



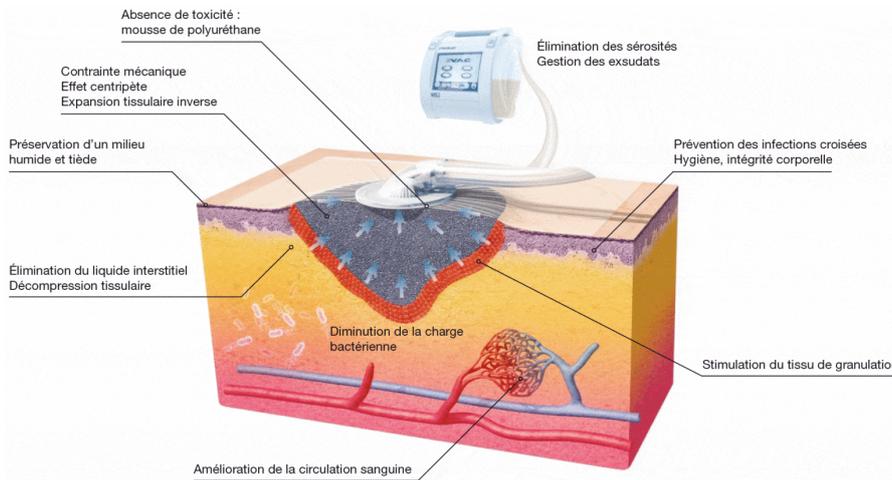
3 conditions, un même sujet

- 1⇒ Douleur provoquée.
- 2⇒ Douleur induite par suggestions verbales hypnotiques.
- 3⇒ Douleur imaginée (veille normale).

Résultats :

La douleur en condition réelle d'application (1) et la douleur perçue lors de suggestions hypnotiques (2) **partagent le même schéma d'activation** corticale admis à ce jour comme faisant partie du circuit neuronal impliqué dans la douleur.

ANNEXE 3



RÉSUMÉ

PANSER AU COURS D'UN VOYAGE AGRÉABLE & CONFORTABLE

Après un rappel théorique sur l'hypnose et les résultats de recherche sur l'efficacité de cet apport sur la douleur au bloc opératoire, je présente un dossier dans mon exercice professionnel d'infirmière anesthésiste dans un contexte UMDA. À travers ce cas clinique que je décris, j'utilise les outils qui nous ont été transmis lors de notre formation à savoir l'hypnosédation et hypnoalgésie afin de permettre un soin de pansement de VAC d'être confortable chez une patiente et lui éviter ainsi des anesthésies générales à répétitions puis de la rendre autonome dans sa prise en charge.

Mots clefs : hypnose, douleur, anesthésie générale, hypnosédation, hypnoalgésie.