

DIU Hypnose médicale et clinique

PLACE DE L'HYPNOSE DANS L'EXTUBATION D'UN PATIENT CONFUS EN RÉANIMATION



RANDOUR Rémi

Sous la direction du Docteur RAULT

Année 2017-2018

SOMMAIRE

Remerciements	4
INTRODUCTION	6
REVUE THÉORIQUE DES TRAVAUX	10
1. L'hypnose	10
1.1 définition et historique	10
1.2 La séance formelle	11
1.3 la communication hypnotique	13
2. La ventilation mécanique	16
2.1 Le ventilateur	16
2.2 L'intubation trachéale	17
2.3 L'extubation	18
2.4 les dispositifs d'oxygénothérapie	19
3. La confusion	20
3.1 Substrats organiques :	21
3.2 Substrats psychologiques :	22
3.3 Incidence de la confusion :	23
PROBLÉMATIQUE	24
MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	26
RÉSULTATS ET DONNÉES CLINIQUES	30
Mme X	30
Mr R.	35
Mme Z et Mme J	38
Mr V	40
Mr W	42
DISCUSSION CLINIQUE	44
DISCUSSION ÉTHIQUE	50
1-la bienveillance au quotidien ?	50
2-Parler ou ne pas parler d'hypnose au patient ?	51
CONCLUSION	54
BIBLIOGRAPHIE	56
ANNEXES	58
RESUME ET MOTS CLÉS	63
<i>résumé :</i>	63
<i>mots clés :</i>	63

REMERCIEMENTS

A mes cadres de santé, Elisa et Céline, qui m'ont permis d'accéder à la formation, pour leur confiance, leur écoute bienveillante, l'aide apportée pendant cette année.

A nos différents intervenants, qui m'ont permis de m'intéresser à l'hypnose et de retrouver un équilibre dans ma vie professionnelle et personnelle.

A mes collègues et amis de promotion, pour nos sympathiques soirées à rire, échanger, partager comme des amis de toujours, Magalie, Delphine, Sébastien, Jérôme, et tous les autres.

A mon tuteur de mémoire, le Dr Rault, pour ses apports toujours justes et adaptés, et son apprentissage de l'hypnose très addictif.

A ma compagne, Adeline, pour son aide, son soutien et sa gestion du quotidien pendant mes longs jours de balade dijonnaise et de rédaction de mémoire.

A Mathis et Alexia, pour l'énergie qu'ils m'apportent au quotidien.

Enfin, un immense merci, aux patients qui ont bien voulu me faire confiance et m'accompagner dans mes premiers pas vers l'hypnose.

INTRODUCTION

Le métier d'infirmier est pour moi une vocation née du besoin de me positionner dans la société comme une personne utile à l'autre. Je ressentais ce besoin de prendre soin de l'autre, d'être présent pour l'autre. Cette dimension est d'ailleurs essentielle pour moi dans le soin.

Depuis le début de ma jeune carrière, j'ai souhaité travailler dans une unité dite "technique" afin de m'approprier et maîtriser des actes que d'autres infirmiers n'ont pas l'opportunité de pratiquer dans les services dits conventionnels. Je désirais également exercer dans un secteur où l'organisation est bousculée par l'urgence. Après quelques années de pratique dans divers services de mon centre hospitalier, j'ai obtenu un poste en réanimation, milieu réputé comme hostile, complexe et fermé compte tenu de son hyper technicité et de l'extrême fragilité des patients y étant accueillis.

Lors de la première année dans ce service, chaque soignant s'approprie les techniques spécifiques. Aussi, durant cette période initiale, la technique prend une part très importante dans le soin, reléguant, pour les infirmiers, le "prendre soin" ("care") au second plan. Le côté relationnel des soins m'a paru limité. C'est pourquoi, il me semble primordial de se le réapproprier. Lorsque la technique est maîtrisée, elle s'efface de manière naturelle, laissant le "care", essence même de notre fonction de soignant, reprendre l'importance qui lui revient dans les prises en soin.

Après 5 ans dans cette unité, je suis désormais à un stade professionnel auquel je ne suis plus focalisé sur la technique car je la maîtrise. C'est pourquoi je peux repenser ma pratique afin qu'elle coïncide avec ma conception du soin, la qualité des soins attendue par les patients et l'humanisation des services de réanimation. Il ne suffit pas de se cantonner à l'administration de thérapeutiques et à la surveillance de leurs effets. Cette remise en question professionnelle est indispensable pour faire évoluer ma pratique soignante. Cette analyse m'a permis de mettre en évidence que le versant technique avait une part trop importante dans la globalité de mes soins, et que l'équilibre entre technique et communication n'était pas respecté. Toutefois la communication, les marques d'empathie, l'écoute attentive sont essentielles. Notons que le "care" est défini par M.F Collière comme "tout cet ensemble d'activités qui assurent la continuité de la vie" [1], le "cure" étant "les soins de réparation ou de traitement de la maladie" [2].

Au cours de ma pratique, j'ai commencé à être insatisfait par la prise en charge des patients. En effet, il arrive que l'état de santé d'un patient évolue favorablement, mais que, face à une désadaptation de sa ventilation artificielle (secondaire ou due à une certaine agitation), l'équipe médicale n'a d'autre alternative que de le sédaté à nouveau. Injecter des sédatifs tels que le Propofol® pour maintenir sa sécurité a des conséquences sur l'organisme, mais également sur la durée d'hospitalisation.

Cette manière de soigner (« cure »), qui lors de l'apprentissage de la technique m'était acceptable est, avec quelques années d'expérience, remise en question. J'ai effectivement pris connaissance de la pharmacocinétique propre en réanimation et sur la qualité de vie des patients en post réanimation ; professionnellement, je m'interrogeais de plus en plus sur ma pratique face à cette frustration qui grandissait.

Pourquoi réaliser un acte bénéfique dans l'instant qui sera potentiellement délétère dans la qualité de la vie future du patient ? Existe-t-il un moyen de réduire, voire supprimer ce risque ?

En effet, au sein de notre service, nous avons mis en place des consultations post-réanimation. Celles-ci nous permettent, entre autres, d'évaluer la qualité de vie des patients sortis d'un séjour en réanimation et de travailler sur des axes d'amélioration de nos pratiques pour optimiser le vécu de l'hospitalisation. Il est important, dans nos prises en charge au quotidien, d'appliquer les recommandations du “Mieux vivre la réanimation”¹. Effectivement, l'humanisation de la réanimation est essentielle dans notre projet de service.

Il est primordial de personnaliser nos prises en charge, de les adapter à chaque patient, qu'il soit hospitalisé une semaine, un mois ou plus dans notre unité alors qu'il est accompagné par l'équipe soignante dans une période délicate de son existence (pouvant toutefois être ponctuée de moments joyeux). Comme nous avons pris part à leur vie durant un temps d'hospitalisation, partagé des instants avec leurs proches, il est également essentiel de ne pas rompre brutalement ce lien à la sortie du service. Tout ceci concourt à humaniser son hospitalisation dans un univers hyper technique.

C'est également pourquoi, j'ai cherché un moyen, une pratique innovante qui me permettrait d'être en adéquation avec mes valeurs, tout en étant bénéfique pour la tripartite

¹ Conférence de consensus des sociétés savantes de réanimation (SRLF SFAR 2009)

soigné, soignant et service. Je ne voulais pas standardiser les prises en charge sur le plan relationnel comme elles peuvent l'être sur le plan thérapeutique. En effet, le risque de déshumaniser la pratique est grand, face à l'hyper technicité et la charge de travail.

Les douleurs induites par les soins sont parfois considérées à tort par les soignants comme ayant peu d'impact mais à long terme, elles peuvent conduire à un simple mauvais souvenir ou aller jusqu'à une souffrance psychique. Nos interventions aussi bienveillantes et thérapeutiques soient elles, laissent des stigmates (peur, troubles du comportement voire phobie). C'est dans ce contexte de questionnement et de remise en question que je me suis alors intéressé à l'hypnose. Mes recherches dans la littérature et ma compagne ayant pratiqué une séance avec un hypnothérapeute m'ont fortement éloigné de l'image très théâtrale véhiculée par la société. L'hypnose est effectivement plus axée sur la relation à l'autre et le bénéfice qu'il peut en tirer. C'est un domaine qui reste encore peu exploré dans un contexte de réanimation.

Que pourrait-elle apporter aux patients (qui sont dans un état d'anxiété extrême face à la douleur déjà présente, celle générée par les soins, la gravité et la fragilité de leur état de santé), à l'équipe et à moi-même ? Dans quelles prises en charge l'hypnose pourrait nous aider ?

Dans la première partie de ce travail je passerai en revue la définition de l'hypnose, et des éléments importants en réanimation me permettant d'arriver à ma problématique.

Puis, l'utilisation de l'hypnose au cours des soins qui seront détaillés dans un deuxième temps, regroupant les observations cliniques, illustrera mon propos.

Enfin dans une troisième partie, j'analyserai les résultats obtenus afin de pouvoir conclure.

1. L'HYPNOSE

1.1 DEFINITION ET HISTORIQUE

L'hypnose peut être définie comme l'idée véhiculée par l'école de Nancy en 1889 qui seront les fondements de l'hypnose moderne : "l'hypnose est un état normal, physiologique, utile au soulagement des patients" [3]. Antoine Bioy ajoute aussi qu'il n'y a pas hypnose sans un état de transe, lors d'une conférence². Cet état a été objectivé par les neurosciences : tout d'abord par le Pr. Pierre Rainville (en 1997) durant une étude montrant le lien entre hypnose et analgésie, et par Marie-Elisabeth Faymonville (en 2005) avec des techniques d'anesthésie couplées à l'hypnose ; Cliniquement cependant, Pierre Janet met en évidence l'existence de la dissociation dans ses travaux sur l'hystérie relatée dans son ouvrage "les névroses" de 1909.

Deleuze Joseph Philippe François, bibliothécaire au muséum de Paris, qui pratiquait le magnétisme animal, ancêtre de l'hypnose, écrit dans l'instruction pratique sur le magnétisme animal : "le sentiment de bienveillance qui nous unit à un être souffrant", "la patience, qui empêche de se lasser dans une lutte longue et pénible, le désintéressement qui porte à s'oublier soi-même pour ne s'occuper que de l'être à qui l'on donne ses soins, et qui éloigne la vanité et même la curiosité", "on ne doit magnétiser ni par curiosité, ni pour produire des effets surprenants, ni pour convaincre les incrédules: mais uniquement pour faire du bien"[4]. L'idée que l'hypnose n'est là que pour le patient et dans l'unique but d'avoir un bénéfice positif pour ce dernier, représente clairement l'idée du soin et de la pratique que je veux faire de l'hypnose.

L'hypnose éricksonienne, qui est "de favoriser l'utilisation de suggestions indirectes permissives, qui ont plus de chance de toucher l'inconscient du sujet en contournant ses résistances psychiques en impulsant un changement thérapeutique" [5] qui donne à l'inconscient son importance. De plus, M. Erickson insiste sur "le fait que chaque problématique est individuelle et replace le patient en tant qu'acteur de sa prise en charge"

²A. Bioy, "Conférence Hypnose Café-psy" 30 mars 2017 : https://www.youtube.com/watch?v=_NOIX6gFtLQ

[6], notion importante dans les soins, car nous avons la volonté de maintenir et restaurer l'autonomie de chaque patient. En hypnose, il est vrai que le patient ne fera que ce qu'il souhaite faire. Mais le simple fait de pouvoir lui donner l'opportunité d'améliorer son vécu, ou son hospitalisation dans le service est un pas vers le retour de son autonomie. Diminuer une douleur limitant les mouvements, par exemple, permet à nouveau cette remise en mouvement et de retrouver une dynamique positive. En réanimation, les patients ont une "dépendance quasi complète... vis-à-vis des dispositifs de surveillance, des matériels, des traitements, des examens et des professionnels de soin ... le patient ainsi que ses proches la « subissent » tout au long du séjour" [7]. La volonté du patient est primordiale pour favoriser son adhésion au projet thérapeutique.

Par ailleurs, l'hypnose, "état de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, expérimente un champ de conscience élargi" [8] oblige une relation entre le soignant et le soigné. Il est primordial qu'un lien de confiance existe car une séance ne peut se dérouler sans la pleine adhésion du patient et lors d'une communication soignant-soigné bienveillante.

Cette communication est essentielle et nous prenons conscience de l'importance des mots dans notre prise en soin grâce à l'hypnose et l'hypnose conversationnelle : "Au-delà d'une technique, l'hypnose est avant tout une passerelle vers un savoir être plus adapté, c'est également une autre façon de penser le soin mais surtout de l'appréhender" [9].

Enfin, comme nous avons pu le voir durant notre apprentissage, l'hypnose s'intègre dans nos soins et n'apporte aucune contrainte en termes de temporalité. De plus, elle ne se pratique que sur les soins effectués jusqu'alors sans hypnose, selon notre décret de compétences³.

1.2 LA SEANCE FORMELLE

La séance d'hypnose formelle commence toujours par l'accueil du patient et la mise en relation du soignant et du soigné. Ce moment est extrêmement important dans la relation à

³<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20180429>

l'autre, car il pose les bases du lien thérapeutique. Ensuite, vient la phase de recueil de l'anamnèse grâce à laquelle nous pouvons identifier les besoins et les envies du patient ; ceci nous permet de mieux le connaître (ce qu'il aime, ses loisirs...), de cerner ses attentes et ses représentations de l'hypnose, afin de fixer avec lui des objectifs spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et définis dans le temps. L'anamnèse nous permet aussi de pouvoir commencer à identifier les éléments de VAKOG (visuel, auditif, kinesthésique, olfactif, gustatif) du patient qui nous permettront ensuite de pouvoir l'amener dans un état de transe hypnotique (ex : un patient utilisant des notions de vision, nous utiliserons beaucoup de visuel dans notre séance).

Dans le cadre de la réanimation, l'anamnèse est difficile. Les patients arrivants déjà intubés ventilés et sédatisés, ne peuvent pas répondre à ce questionnement, néanmoins une discussion avec ses proches peut nous permettre d'identifier les éléments nous permettant d'amener des composants durant la transe.

Le signaling peut être introduit afin de permettre au patient de nous signifier à l'aide d'un geste de tête, de main, de doigt, ... l'acceptation d'une proposition, l'inconfort ressenti et pour la réanimation pallier l'impossibilité de pouvoir s'exprimer oralement.

Le début de la séance peut s'accompagner du Yes set : séquence d'acceptation où l'on obtient des réponses positives à des truismes (des choses évidentes : vous vous appelez Madame/Monsieur ... ? Vous êtes venus pour ... ?) afin de permettre l'adhésion du patient.

Suit alors la séance en elle-même :

➡ Dans un premier temps, la phase d'induction qui peut être différente et qui s'adapte au patient. L'induction est une phase d'accompagnement du patient vers un état de transe hypnotique. Durant cette étape, nous focalisons l'attention du patient, nous dissociions le patient et nous l'amenons progressivement "à s'associer de plus en plus à son vécu intime" [10], d'accéder à son inconscient en mettant l'esprit critique de côté.

➡ Dans un deuxième temps, la phase de transe hypnotique représente le moment de travail avec le patient, le lieu où il a accès à son inconscient. Il peut y faire de nouvelles expériences et y retrouver des émotions, il s'y ressource et y trouve de la protection.

Cette phase est propice aux suggestions hypnotiques :

- Directes : le “thérapeute suggère exactement et directement ce qu’il souhaite” [11].
- Indirectes : “Cette suggestion est proposée à un patient qui reste libre de l’accepter ou non, celle-ci permet d’évoquer des possibilités nouvelles, de susciter un cheminement intérieur, de mobiliser des ressources” [12].

Mais cette phase laisse également place aux métaphores. C’est une histoire racontée au patient faisant référence à ce que l’on veut travailler avec lui. Une histoire à deux sens : “la première apparente, s’adresse consciemment au patient, la seconde, est une proposition qui s’adresse à une partie inconsciente de lui” [13], ...qui “peut être acceptée ou non par l’inconscient” [14]. Elles aident aussi à renforcer la transe en utilisant différents V.A.K.O.G.

➡ Enfin, la phase de retour à un état de conscience ordinaire, à un “ici et maintenant” où le patient revient à un état de conscience, qu’il se réassocie dans son corps, qu’il revient dans la pièce, le lieu du soin.

Durant la séance, il est important de ratifier le comportement du patient. La ratification est une validation des émotions (pleurs par exemple), mouvements du patient (se découvrir, déglutir...). On “renforce le sentiment d’être accompagné par la présence attentive du thérapeute, et surtout, amplifie de façon importante le processus hypnotique” [15].

1.3 LA COMMUNICATION HYPNOTIQUE

La communication hypnotique permet grâce à une communication adaptée avec le patient de pouvoir induire “un état de conscience modifiée (léger, le plus souvent) puis avoir un effet thérapeutique” [16]. Il peut permettre par exemple de pouvoir réaliser un soin en modifiant la perception émotionnelle (ex : algie). Les outils de communication utilisés sont ceux d’une

séance d'hypnose formelle telle que la suggestion, le langage métaphorique..., sans induction. Le changement d'état se fait de façon progressive. Les métaphores souvent utilisées, permettent "d'éclairer, de manière imagée mais implicite, certains côtés" [17] qui invitent à l'imaginaire. Cette allégorie permet de "proposer un autre point de vue qui, tout en respectant la réalité telle que le perçoit le patient, invite à un « pas de côté »" [18]. Doidge disait : "Imaginer un acte implique les mêmes programmes moteurs et sensoriels que lorsqu'on l'exécute réellement" [19]. Il est facilement utilisable lors de la pratique des soins courants comme le nursing, la pose de cathéter veineux,

2. LA VENTILATION MECANIQUE

Un aspect important en réanimation est la ventilation mécanique assurée par le ventilateur.

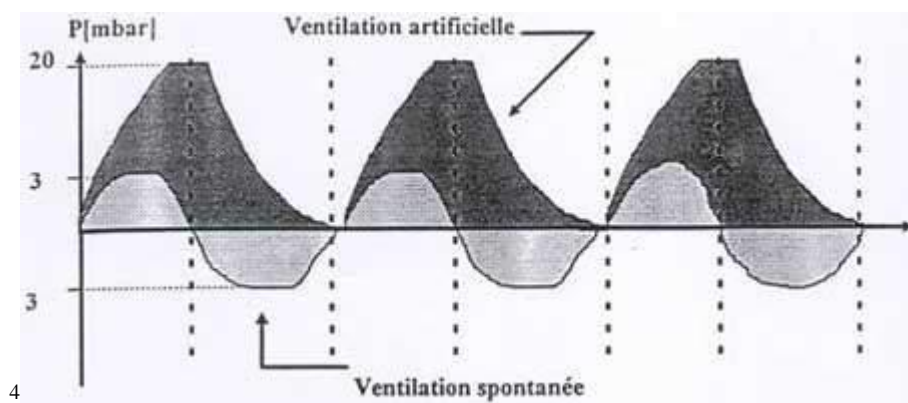
On dit que la respiration est une respiration artificielle car assurée par la machine

2.1 LE VENTILATEUR

Le ventilateur assure les fonctions d'oxygénation du patient, il assure les cycles d'inspirations et d'expirations. A la différence de la ventilation spontanée (la respiration naturelle) qui est une alternance de cycle de pression positive et négative, la ventilation artificielle est toujours positive. La pression positive minimale exercée continuellement par la machine s'appelle la PEP (pression expiratoire positive) qui permet l'ouverture des alvéoles pulmonaires.

La respiration assurée ainsi est donc anti-physiologique.

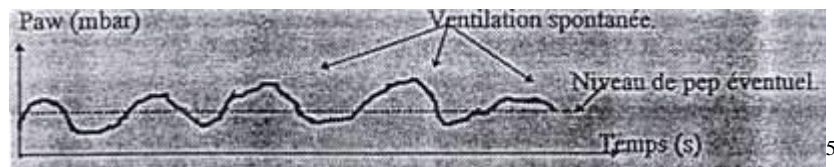
La machine peut soit être réglée pour délivrer un volume constant (Volume Contrôlé ou VC) ou pression dans le poumon (Pression Contrôlé ou PC). Ces deux modes sont généralement utilisés lorsque le patient est profondément sédaté.



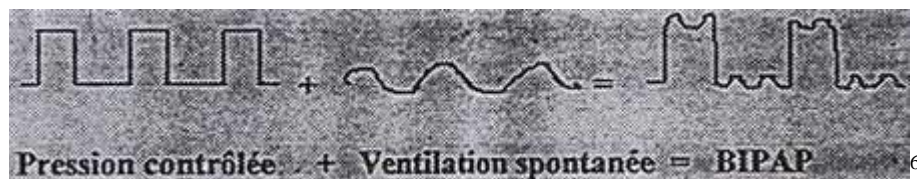
Il existe d'autres modes ventilatoires lorsque la sédation du patient peut être baissée ou levée en fonction de l'évolution de sa pathologie :

⁴ <https://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsu/cours/cours-reanimation-la-ventilation-artificielle.html> (mai 2018)

-Vs-pep ai : est une ventilation spontanée avec maintien d'une PEP (pression expiratoire positive) avec une aide inspiratoire qui se déclenche dès que le patient entame une inspiration. Il permet d'aider le patient durant son sevrage respiratoire en lui permettant de retrouver une respiration spontanée et une tonicité musculaire de la cage thoracique.



-BIPAP (Biphasic intermittent positive Airways pressure) : est une ventilation spontanée basée sur une pression positive. C'est un mode intermédiaire entre le VC et/ou PC et la VS-pep car le patient peut conserver une ventilation spontanée entre chaque cycle de pression exercé par le ventilateur. L'atrophie musculaire est donc moindre.



Lors des différents modes, il est possible de régler la Fio2 qui est le taux d'oxygène apporté aux patients, mesuré en pourcentage pouvant aller jusqu'à 100% (l'air ambiant étant à 21%).

Il est également possible de régler le temps entre chaque cycle d'inspirations et d'expirations.

2.2 L'INTUBATION TRACHEALE

La ventilation mécanique est possible par l'intubation qui est : "En réanimation et en anesthésie, l'introduction dans la trachée d'un tube assurant la liberté des voies aériennes supérieures, permettant la ventilation artificielle, la protection du poumon et l'aspiration des

⁵ <https://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsu/cours/cours-reanimation-la-ventilation-artificielle.html> (mai 2018)

⁶ <https://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsu/cours/cours-reanimation-la-ventilation-artificielle.html> (mai 2018)

sécrétions bronchiques.”⁷. C’est une technique invasive permettant au patient d’assurer les apports en oxygène nécessaires à son organisme, mais qui peut être vécue comme inconfortable voire douloureuse. Ce sentiment est souvent dû à la ventilation mécanique qui est anti physiologique, la ventilation se fait en “pression positive” : le ventilateur insuffle l’air dans les poumons et crée donc une pression à l’intérieur de ceux-ci.

La sonde est composée d’un tube sur lequel se trouve un ballonnet à faible pression permettant d’assurer l’étanchéité du circuit respiratoire au niveau de la trachée. Elle empêche le patient de communiquer verbalement, car elle passe entre les cordes vocales, maintenues ouvertes, qui ne peuvent plus émettre de son.

2.3 L’EXTUBATION

Lorsque l’état clinique du patient le permet, l’extubation est envisagée ; elle est précédée d’une période de rééducation respiratoire lors de laquelle le patient peut avoir la sensation de respirer à travers une paille. Cet inconfort est majoré par la fonte musculaire, résultant de l’alitement prolongé, de l’inactivité, des conséquences du sepsis [20].

Le patient ayant suffisamment gagné d’autonomie respiratoire, le médecin décide alors l’extubation, “l’ablation de la sonde d’intubation sur prescription médicale”⁸. Ce geste, réalisé en présence du médecin est le début d’une phase délicate au risque majeur de morbidité car de nombreux facteurs peuvent conduire à la ré intubation du patient.

Un de ces facteurs est l’obstruction des voies aériennes supérieures due à une abondance de sécrétions bronchiques consécutive à la persistance de l’infection, à une hypersialorrhée due à la présence de la sonde et engendrant des micro inhalations, à un œdème et une inflammation laryngée le plus souvent consécutifs à l’intubation (le geste, la durée, l’anatomie de la sonde...). L’effort de toux inefficace, les troubles de la déglutition ainsi que les troubles de la conscience sont d’autres facteurs de risque d’échec d’extubation.

⁷ Larousse : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/intubation/44029> (2018)

⁸ <https://www.srlf.org/metier-dide-reanimation/fiches-techniques/35228-2/> Fiche n°3 SRLF (janvier 2018)

Le geste consiste en une aspiration buccale par voie endotrachéale afin d'éliminer les sécrétions salivaires et bronchiques présentes. Puis l'équipe enlève le cordon fixe-sonde, dégonfle le ballonnet et procède à l'ablation de la sonde.

2.4 LES DISPOSITIFS D'OXYGENOTHERAPIE

Les masques et lunettes : pour oxygéner le patient, il est possible aussi d'utiliser des lunettes à oxygène, généralement jusqu'à un débit de 6L/min. Il s'agit de fins et courts tuyaux insérés dans les narines du patient. Si les besoins en oxygène sont plus importants, il est possible de passer sur des masques jusqu'à 10L/min, puis sur des masques à haute concentration (possédant une réserve) pour des débits pouvant aller jusque 15L/min.

La VNI (Ventilation Non Invasive) : est un procédé permettant d'insuffler au patient, lors d'une inspiration, une pression positive l'aidant à prendre le relai des muscles du thorax et du diaphragme. Le dispositif est composé d'un masque recouvrant la majeure partie du visage (nez + bouche) et est tenu en place par des sangles derrière la tête du patient.

L'optiflow : est un dispositif assurant une oxygénation dite à "haut débit". Ce procédé humidifie l'air permettant ainsi de réaliser une ventilation à haut débit chez les patients hypoxiques. L'administration d'air et d'oxygène humidifié est possible grâce à une canule nasale. Ce principe de ventilation permet de s'assurer que la FiO2 réglée est bien celle inspirée et d'avoir un effet PEP chez les patients.

3. LA CONFUSION

En réanimation, les patients peuvent souffrir de confusion. Elle se manifeste souvent par de l'agitation et se définit comme un "trouble profond qui se manifeste extérieurement : émotion, excitation"⁹. Le patient l'exprime par des mouvements volontaires ou non, dans un état entre l'éveil et la sédation profonde. Il veut se débarrasser des différents dispositifs médicaux qu'il porte, tels que l'intubation, la sonde gastrique, les différents cathéters.... Une contention est alors nécessaire durant cette phase afin de garantir la sécurité du patient.

La confusion en réanimation ou syndrome confusionnel qui d'après le DSM 4 [21] se caractérise par :

- Des troubles de conscience (diminution de la réactivité à l'environnement, difficultés attentionnelles...)
- Une atteinte d'une ou plusieurs fonctions cognitives (sans démence préexistante) : désorientation temporelle et spatiale, troubles du jugement et du raisonnement, hallucinations.
- Une apparition brutale ou rapidement progressive et une fluctuation des symptômes au cours du temps.

La confusion, en réanimation, est un événement grave, car il associe plusieurs complications à court terme (auto extubation, désinsertion de cathéters, infections nosocomiales), engendre également une surmortalité à 6 mois et 1 an [22], et a des conséquences sur l'équipe (stress, ...).

Pour évaluer le niveau d'agitation du patient, nous utilisons, dans le service, la grille de Richmond Agitation-Sédation Scale (RASS) [annexe 1] qui "est une cotation symétrique, avec des valeurs positives pour l'agitation, et des valeurs négatives pour le niveau de conscience autour d'un point 0 correspondant à un patient calme et éveillé. Son utilisation clinique nécessite un temps de réalisation chez des équipes entraînées de 20 secondes avec

⁹ Larousse : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/agitation/1671> (janvier 2018)

une excellente reproductibilité inter observateur”¹⁰. Il existe une autre échelle de mesure utilisée : le CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the Intensive Care unit) [Annexe 2] qui est couplée au RASS dans certaines structures pour évaluer le niveau de confusion du patient.

“Les syndromes confusionnels peuvent se décliner en trois catégories motrices : hyperactif, hypoactif, ou mixte” [23].

L’hyperactif se caractérise par “une anxiété, une agitation, voir un état combatif” [24], l’hypoactif lui par “une somnolence, ou un coma” [25] et le mixte étant un ensemble des deux phénomènes.

La confusion peut être reliée à différents éléments :

3.1 SUBSTRATS ORGANIQUES :

→delirium : il touche 80 % des patients sous ventilation mécanique. Multifactoriel, il dépend de l’âge, des antécédents (troubles cognitifs, hypertension artérielle, troubles visuels ou auditifs), des addictions (tabac, alcool, drogues, ...), de la gravité d’un sepsis ou de la complexité et la durée d’une intervention chirurgicale.

→encéphalopathie : “est un dysfonctionnement cérébral, il se manifeste par un large spectre d’anomalies neurologiques ou psychiatriques allant des altérations subcliniques au coma” [26]. Les étiologies peuvent être métaboliques (affection cérébro-méningée, infection, traumatisme, ...), biologiques (troubles ioniques, ...) défaillance d’un organe (rein, foie ...).

¹⁰<https://www.srlf.org/richmond-agitation-sedation-scale-rass/> (janvier 2018)

→sevrage : la confusion peut être induite par un syndrome de sevrage. Dans ce cas, certains substituts peuvent être utilisés (des benzodiazépines dans le sevrage alcoolique, les substituts nicotiques dans le sevrage tabagique)¹¹ afin d'atténuer l'agitation.

3.2 SUBSTRATS PSYCHOLOGIQUES :

Il est important de connaître les substrats psychologiques se retrouvant dans la confusion en réanimation tels que :

→ L'angoisse : "Sentiment pénible d'alerte psychique et de mobilisation somatique devant une menace ou un danger indéterminé, se manifestant par des symptômes neurovégétatifs caractéristiques (spasmes, sudation, dyspnée, accélération du rythme cardiaque, vertiges, etc.)"¹².

→ L'anxiété : "Trouble émotionnel se traduisant par un sentiment indéfinissable d'insécurité".

L'anxiété est souvent vue comme une peur qui disparaît lorsque le péril n'est plus là. Elle est souvent liée à l'anticipation du sujet sur l'avenir, une projection qui la plupart du temps sert de protection [27]. En réanimation, on retrouve souvent la peur de manquer d'air, de ne plus savoir respirer.

¹¹<http://www.mapar.org/article/1/Communication%20MAPAR/g4k4jakq/Confusion%20en%20r%C3%A9animation.pdf> Guy Moneger, Tarek Sharshar (Février 2018)

¹² Larousse : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/angoisse/3528?q=angoisse#3527> (janvier 2018)

→ La confusion : “État pathologique qui se caractérise par une désorganisation et une dissolution de la conscience”¹³. De causes multiples, la confusion se caractérise par une atteinte cérébrale se manifestant par un état stuporeux et des troubles d’idéation.

3.3 INCIDENCE DE LA CONFUSION :

Outre la problématique immédiate de réanimation exposée ci-dessus, la confusion peut avoir des répercussions sur les patients plusieurs années après leur sortie.

Les signes peuvent varier de “troubles de la mémoire, de l’attention, de la concentration, de la fluence psychomotrice et verbale” [28].

Ces derniers ont des conséquences sur la vie des patients. En effet, ils peuvent engendrer une reprise tardive du travail, des difficultés dans la réalisation des actes de la vie quotidienne par perte d’autonomie et donc une perturbation de la dynamique familiale. En effet, Il n’est pas rare que la vie d’un patient et de son entourage proche en soit complètement changée et doive être réorganisée. De même, le patient doit réapprendre à vivre avec les nouvelles limites de son corps.

S’ajoute à cela une composante budgétaire pour la société, il est estimé “qu’un patient atteint d’une altération cognitive légère est de 15 000 dollars” [29].

¹³ Larousse : http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/confusion_mentale/12139 (mai 2018)

PROBLÉMATIQUE

Comme nous avons pu le voir la confusion en réanimation est un enjeu dans l'hospitalisation et la vie du patient.

Dans le cadre des substrats organiques, nous avons des moyens d'améliorer la prise en charge.

Mais dans le cas des substrats psychologiques, l'hypnose aurait-elle une place à jouer pour aider le patient durant cette phase ? Peut-elle aider le patient agité lors de son extubation ?

Cela peut-il aider l'équipe ?

MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

La méthodologie de travail se déroulera dans notre service de réanimation en centre hospitalier.

Afin d'étudier l'impact de l'hypnose sur l'extubation des patients agités en réanimation, je centrerai ma recherche sur 3 points :

1- Le choix des patients répondant tous aux mêmes critères :

J'étudierai les patients présentant des signes d'agitation modérée RASS +1 +2, répondant aux critères d'extubation décrits en annexe dans l'algorithme d'extubation.

Ces patients ne présentent pas de pathologie neurologique pouvant expliquer l'agitation, ni d'antécédent de démence ou de troubles neurologiques, ni de troubles psychiatriques.

2- Échec d'extubation en lien direct avec l'agitation.

3- Patient sédaté mais pouvant répondre aux questions simples afin qu'il puisse donner son accord pour la séance d'hypnose ou patients communicants ; l'accord verbal aidant dans la mise en place du "yes set".

Un script préétabli est appliqué à chaque patient suivant le même procédé mais pouvant s'adapter en fonction des situations :

Le script :

Utilisation d'une induction utilisant le VAKOG avec passage de l'extérieur vers l'intérieur :

- Visuel : dans toutes les chambres se trouve une horloge, élément avec lequel je débute ma séance ; le même modèle est installé dans chaque chambre, en face du patient, en hauteur (au-dessus de la porte)
- Auditif : je me sers des nombreux bruits du service, tels que : le bruit des moniteurs, des ventilateurs, les conversations dans les couloirs, la télévision, et les bruits des différents dispositifs présents en chambre.
- Kinesthésique : pour cet élément, je fais intervenir le toucher des draps sur le patient, le matelas anti-escarres au mouvement d'air alternatif, présent dans chaque chambre ; je leur demande de ressentir le mouvement, la chaleur, la fraîcheur du matelas...
- Olfactif : ces éléments peuvent potentiellement ne pas intervenir. En effet, la sonde naso gastrique, la sonde d'intubation dont le patient est généralement porteur entravent les sensations olfactives. Mais ils peuvent intervenir dans la phase de transe.
- Gustatif : cet élément est également moins présent du fait des dispositifs, mais pourra être évoqué pour renforcer la transe.

La transe est induite par un voyage dans la "Safe place" : endroit propice à la sécurité, au calme, à la détente, propre à chaque individu, mais ne pouvant pas être présent chez certains patients (en effet, il est possible que des patients ne trouvent pas leur Safe place), dans ce cas nous pouvons proposer un moment de fierté (ou Proud Place). Durant la séance, la mise en place d'un signaling pourra permettre de palier la communication verbale impossible du fait de l'intubation.

Lors de la suggestion de calme, nous faisons intervenir des couleurs qui évoquent cette émotion, des sensations agréables, des lieux que le patient connaît ou pas qui évoque pour lui la sécurité et l'apaisement. Elle est utilisée pour faire un parallèle lors d'épreuves désagréables de la vie telle que l'extubation afin de placer le patient dans un endroit apaisant et sécurisé.

J'utilise ensuite une suggestion sur la respiration : j'explique au patient que celle-ci est naturelle, innée et qu'il l'utilise de façon automatique depuis l'enfance. Il respire déjà avec l'aide transitoire du ventilateur et sa respiration sera de nouveau naturelle et spontanée. La sortie de transe se réalise en VAKOG inversé, pour le faire revenir dans son lit d'hôpital, dans le service de réanimation, dans le centre hospitalier, dans le "ici et maintenant".

Un débriefing avec le patient permet de recueillir son ressenti de la séance et/ou vérifier le “bon” retour du patient. Ce temps avec le patient n’est réalisable qu’en fonction de son état d’éveil.

Enfin, l’évaluation de l’état d’agitation du patient nous permettra d’apprécier l’efficacité de la séance :

- sevrage possible ou non des sédations
- faisabilité de l’extubation en fonction de l’état clinique et de l’état psychique du patient
- surveillance de l’état hémodynamique du patient avant, pendant et après la séance d’hypnose.

RÉSULTATS ET DONNÉES CLINIQUES

MME X

Mme X présente un réveil agité nécessitant une contention de sécurité, durant son processus de sevrage en sédation. Elle a notamment enlevé elle-même sa sonde d'alimentation : une alimentation parentérale de relai a été nécessaire. Cette patiente présentait tous les pré requis à l'extubation : test de fuite concluant, niveau d'aide sur le respirateur bas (aide à 10) et un effort de toux suffisant.

La patiente est hors sédation puisque l'arrêt des traitements est réalisé à 9 heures, après les soins de nursing.

Sur le plan de la conscience, Mme X répond aux questions par oui et non et présente une bonne motricité des membres inférieurs et supérieurs.

Sur le plan neurologique, aucun signe clinique n'évoque une pathologie pouvant entrer en lien avec l'agitation.

La patiente présente à ce stade un niveau de RASS à +1 (cf. grille de R.A.S.S en annexe). Aussi, l'essai d'extubation est décidé par le médecin responsable du secteur.

Afin de vérifier qu'elle est prête à l'extubation, la patiente est mise sur Tube. Ce procédé consiste à la mise en place au bout de la sonde d'intubation d'une pièce en T raccordée à l'oxygène dont le débit est réglé en fonction du niveau de FiO₂ du ventilateur. Dans le cas de Mme X, la FiO₂ du ventilateur était réglée à 30%, aussi, le débit d'oxygène sur la pièce en T est de 4L/min. Le test peut durer entre 30 min et une heure, selon le patient, ballonné gonflé.

Après 10 minutes, la patiente commence à montrer des signes d'agitation plus importants : elle souhaite sortir de son lit, essaye d'enlever sa sonde d'intubation. Sa clinique se dégrade : sa fréquence cardiaque augmente pour dépasser 130 bpm, sa pression artérielle monte à 180 mmHg, et sa saturation en O₂ chute. Le diagnostic d'OAP sur une poussée hypertensive est rapidement posé. Il oblige la re-sédation de la patiente afin de pouvoir lui

assurer une oxygénation efficace. Mme X est donc sédatée par Propofol® 50 mg /h et Dexmedetomidine® 0.7 microgrammes/kg/h. Son niveau d'agitation était de RASS -4 sans stimulus extérieur et -1 lors des stimuli extérieurs (soins, toilettes, présence soignante en chambre...).

Au vu de son agitation, l'équipe médicale décide de programmer le nouveau sevrage des sédatifs le lendemain et d'y associer, au besoin, des anxiolytiques.

Le lendemain, Mme X présente toujours des signes d'agitation lors de sa toilette à 9h ; c'est pourquoi les thérapeutiques ne peuvent pas être diminuées.

L'équipe soignante en charge de la patiente (Médecin et infirmière) propose alors l'essai d'une séance d'hypnose dans le but de détendre et calmer la patiente, puis d'entreprendre la baisse de la sédation, voire envisager l'extubation dans la journée.

10h : Début de la mise en place :

Je rentre dans la chambre et je me présente : "Bonjour Mme X, je suis Rémi, un infirmier du service dans lequel vous vous trouvez. Je constate que vous êtes très agitée et je voudrais si vous le souhaitez que l'on fasse un exercice ensemble de détente afin de pouvoir avancer dans votre prise en charge et pourquoi pas enlever la sonde d'intubation " A ce moment-là, la patiente m'écoute, me regarde fixement et me répond d'un hochement de la tête signifiant oui.

Je n'ai, pour le moment, pas évoqué l'hypnose car j'estime que l'objectif est simplement de détendre la patiente ; peut-être l'évocation de l'hypnose pourrait entraîner un stress supplémentaire sur la patiente, de la peur de l'inconnu et je ne manquerai dans le débriefing de fin de séance de l'expliquer clairement.

Début de la séance :

"Etes-vous bien installée dans votre lit ?" Hochement de tête "oui"

"Souhaitez-vous que l'on vous installe mieux ?" hochement de tête "non"

"Bien, donc vous êtes bien madame X, vous êtes ici en réanimation et vous acceptez de faire une séance de détente en ma compagnie afin d'avancer dans votre prise en charge.

Je vais vous demander de fixer l'horloge que se situe en face de vous, de bien voir sa forme, ses couleurs, peut être voyez-vous les reflets de la lumière dessus.

Au plus vous fixez l'horloge, au plus votre vue peut se troubler, au plus vous ressentez le besoin de fermer vos yeux afin de vivre pleinement le moment présent.”

La patiente ferme les yeux ; je ratifie donc ce moment.

“Maintenant, je vous invite si vous le souhaitez à prendre conscience des bruits de la pièce. Le bruit du respirateur, l'air soufflé et le claquement de la machine... de faire attention au bruit du scope qui sert à vous surveiller, des bruits de mes collègues dans le couloir qui discutent Et de mettre tous ces bruits comme derrière un voile...afin que ceux-ci ne vous dérangent pas durant votre séance... qu'il fassent parti d'un décor.”

La fréquence cardiaque de la patiente ralentit légèrement (une perte de 5 à 10 bpm est visible sur le scope), je ratifie : ”je vois que vous commencez à vous détendre c'est bien”

“Maintenant , si vous le souhaitez... je vous demande de faire plus attention aux appuis de votre corps sur le lit, à vos pieds qui ressentent l'air circulant de votre matelas, le poids des draps sur vos jambes, la chaleur peut-être de ceux-ci, ou la fraîcheur, ou tout autre chose... de visualiser vos mains ... posées sur ce même matelas, peut-être ressentez-vous aussi l'air dans ce matelas, les périodes de gonflement... de dégonflement ... peut-être ressentez-vous des sensations fraîches ou plus chaudes Je vous invite si vous le souhaitez...à prêter attention à votre respiration, qui se ralentit progressivement ...à l'air qui rentre et SORT... et au plus vous ...INSPIREZ...au plus vous vous détendez... vous laissez entrer en vous le calme et la détente qui se répand dans votre corps... dans ce corps ... CALME... DÉTENDU...”

A ce moment-là, la tête de la patiente tombe un peu : ”c'est bien”

“Maintenant, je vous invite à profiter de ce calme et de cette détente afin de pouvoir accéder à votre mémoire... de rechercher un endroit... un lieu ...familier Qui évoque pour vous le calme et la détente...de profiter de ce lieu... de ressentir les émotions ... CALME... du lieu ...de prendre le temps de visualiser chaque détail... chaque endroit... De retrouver les sensations tactiles du lieu...Les odeurs...et je vais vous laisser ...calmement... dans ce lieu Afin de profiter du ...CALME ...de ce lieu...”

Je laisse s'écouler 5 min, en ratifiant régulièrement par “c'est bien”, “oui”, ”parfait”

“je veux que vous preniez conscience que le calme ressenti actuellement est une émotion en vous, disponible à chaque moment de votre vie... mobilisable à chaque instant... qu’il peut vous aider lors d’épreuve désagréable afin de la rendre plus agréable... telle que l’extubation...car le dispositif qui vous aide pour le moment à respirer ... respiration ... que vous savez faire depuis votre naissance... qui est un acte automatique de la vie ... va bientôt ...grâce à votre aide... être enlevé... et vous pourrez retrouver votre autonomie sur votre respiration.... Dans le calme et la détente... car c’est une étape normale vers votre guérison ...Je vais vous laisser.... profiter à nouveau... de ce ...CALME... quelques instants...c’est bien ... et je vais vous demander de revenir, de ressentir à nouveau vos jambes dans ce lit , les mouvements de ce matelas, de prendre le temps de remobiliser les muscles de vos pieds, de vos jambes, de bouger vos doigts, vos mains, vos bras, de vraiment reprendre conscience de chaque muscle de votre corps , de re bouger la tête, à gauche à droite” la patiente s’exécutant et bougeant ses membres et sa tête “et quand vous le souhaiterez , ouvrir vos yeux pour revenir , ici et maintenant , dans cette chambre en réanimation , lieu où l’on vous soigne.”

La patiente ouvre alors les yeux et reprend peu à peu conscience. Je lui demande comment elle se sent : elle me répond par un sourire. J’évalue le RASS de la patiente à -1 et décide d’arrêter le Propofol® et de diminuer le Dexdor® à 0.2 microgrammes/Kg/h.

Une heure après la baisse des traitements, l’évaluation de la patiente montre un RASS à -1. La Dexmedetomidine® est alors stoppée et la patiente mise en SMARTCARE, mode ventilatoire qui permet d’adapter l’aide de la machine en fonction de la respiration de la patiente et qui par des tests calcule la sevrabilité au ventilateur de la patiente [30].

A 12h, le ventilateur ayant affiché que la patiente est prête pour la séparation de la machine, l’équipe médicale décide de l’extuber. Aucun problème n’est signalé en post extubation.

Je ne vais revoir la patiente pour discuter qu’en fin d’après-midi, car les “épreuves” s’étant enchaînées, je souhaite lui laisser le temps nécessaire pour récupérer.

La patiente dit ne se souvenir que du moment où je lui ai demandé de regarder l’horloge et de celui où elle s’est réveillée. Entre ces deux étapes, ses souvenirs sont flous. Elle explique avoir ressenti un calme qu’elle n’avait pas éprouvé depuis longtemps, se décrit “si énervée d’habitude”, et évoque que “cela fait du bien : un peu de calme intérieur”. Je lui demande alors son ressenti concernant l’extubation en elle-même : “aujourd’hui, j’avais moins peur car

pour moi c'était normal d'enlever le tuyau, alors qu'hier j'en avais peur. J'avais peur de ne pas pouvoir respirer car on m'a répété depuis plusieurs jours que le retrait du tuyau pouvait m'empêcher de respirer et que je pouvais en mourir". Une fois la discussion finie, je lui ai expliqué que la séance que l'on a fait ensemble était en fait de l'hypnose. Elle me dit qu'elle s'en doutait un peu, mais était très étonnée. Elle ne pensait pas que ça se passait comme cela et qu'elle s'imaginait quelque chose de beaucoup plus rapide et brutal "comme à la télé" et qu'elle en ferait volontiers une fois sortie de l'hôpital car "ça marche bien".

MR R

M.R est un patient présentant durant son hospitalisation des angoisses liées à son intubation : peur de ne pas pouvoir ou savoir respirer.

Afin d'assurer son oxygénation, l'équipe médicale alterne les séances de VNI et d'Optiflow pendant une semaine. Durant cette phase de son hospitalisation, il présente déjà des signes d'angoisse. En effet, lors d'épisodes de désaturation ponctuelle, plusieurs signes cliniques apparaissent : sa pression artérielle moyenne augmente et dépasse 120 mmHg, sa fréquence cardiaque est supérieure à 110 bpm et son RASS est à +2. Je lui propose alors de réaliser une séance d'hypnose afin qu'il puisse être détendu et calme. Cette séance a donc lieu un matin, après les soins de nursing ; elle lui permet de passer la journée détendu et calme, avec une échelle de RASS comprise entre -1 et 0. Mais cette séance me permet également de faire un recueil de données sur le patient et d'identifier une "Safe place" possible : la voiture car le patient est un amoureux des véhicules.

Quatre jours plus tard, l'état de santé du patient se dégrade, notamment à la suite d'une infection pulmonaire ; il est alors intubé et placé sous ventilation artificielle. Après 2 semaines, son évolution au sein du service est satisfaisante car l'infection est traitée et le sevrage ventilatoire est débuté. Toutefois, ce dernier est freiné par l'état psychologique de M R.

En effet, M R. angoisse de ne plus pouvoir respirer et la moindre perturbation respiratoire telle qu'une toux, une aspiration trachéale est vécue comme un événement très préoccupant.

Cet état ne permet pas à l'équipe soignante d'envisager une extubation malgré un niveau d'aide bas sur le ventilateur et une fio2 à 40%. A chaque angoisse, M R. présente les mêmes signes cliniques qu'au début de son début d'hospitalisation, lorsqu'il alternait les séances de VNI et d'Optiflow. De plus, les désaturations jusqu'à 85% ne permettent pas pour le moment d'envisager l'extubation.

Avec l'équipe médicale, nous décidons alors d'entreprendre une prise en charge aidée par l'hypnose, puisque la première séance avait été concluante et le patient étant demandeur.

La séance se déroule en début de poste de nuit.

(Séance)

L'induction, la transe et le retour se déroulent sans problème particulier.

Le patient présente une baisse significative de la pression artérielle systolique, passant de 120 à 75 mmHg, ainsi qu'une diminution de la fréquence cardiaque qui oscille entre 50 et 60 bpm. Son RASS est évalué à 0.

Le calme du patient permet de baisser le niveau d'aide du ventilateur de 14 à 10, d'arrêter l'administration continue de Catapressan et de ne pas reconduire la prescription de Xanax le lendemain, en accord avec le médecin de garde.

Le patient présente une phase de sommeil de 3 h, se réveillant vers 1h du matin à la suite de quintes de toux engendrées par l'hypersalivation. Il exprime alors, à l'aide de l'abécédaire, ses craintes et questionnements, notamment la peur de ne plus pouvoir respirer seul. Je lui explique le mécanisme de fonte musculaire lié à l'intubation et à la sédation prolongée et pourquoi il a l'impression que respirer est devenu si compliqué. Je reprends avec lui les différentes suggestions induites durant la transe : l'automatisme de la respiration et le naturel de la fonction. Je lui apprends également comment retrouver le calme et lui explique l'autohypnose, expliquant les différentes étapes du processus. Après une phase de veille, il se rendort vers 3h du matin.

Les jours suivants, le patient présente une phase de profond refus de soins à la suite de l'aggravation de sa pathologie et d'annonce sombre du pronostic. L'extubation n'est pas possible à cause d'une nouvelle infection pulmonaire ; aussi, une trachéotomie est programmée.

Une semaine après le début de cette phase et deux jours avant la pose de sa trachéotomie, le patient s'auto extube accidentellement. Il présente alors rapidement une désaturation à 67%, une oxygénothérapie à l'aide d'un masque à haute concentration réglé à un débit de 15L/min est immédiatement mise en place. Le patient reste polypnéique, tachycarde et hypertendu.

La ré-intubation n'est pas réalisable sur le moment pour des raisons organisationnelles (gestion d'un arrêt cardiaque chez une patiente voisine).

En accord avec le réanimateur et le patient, j'entreprends alors un accompagnement en discussion hypnotique, dans le but de calmer la situation vécue par le patient et de temporiser le temps que le médecin se libère.

Je lui rappelle alors nos différentes séances, reprends les différentes suggestions faites : “vous avez toujours su respirer “, “ vous le faites depuis votre naissance, c’est un phénomène naturel, physiologique et comme... vous avez toujours su faire cela.... Vous allez pouvoir recommencer.... Ensemble ...tout en amenant le calme...la sérénité... le confort...et vous respirez normalement... vous... INSPIREZ Puis EXPIREZ Et vous renouvez l’opération “.

Tout en parlant, je parviens progressivement, par mon débit de parole et la pleine adhésion du patient, à baisser sa fréquence respiratoire qui passe de 35 à 24, à remonter progressivement sa saturation. Plus le patient se calme et cale sa respiration sur le débit de parole, plus sa respiration devient efficace. Il remonte progressivement à une saturation acceptable (91%). Son niveau de RASS diminue à 0. Après 5 minutes, le patient sort de la phase critique, c’est pourquoi le médecin décide de le mettre sous ventilation non invasive et de ne pas le réintuber.

Mr R. reste extubé 4 jours avant de devoir être réintubé. Sa pathologie étant trop évoluée, il est trachéotomisé dans les jours qui suivent.

MME Z ET MME J

Ces deux patientes ont un parcours d'hospitalisation en réanimation assez similaire. Hospitalisées dans le service pour la prise en charge d'une détresse respiratoire sur une pneumopathie. Les deux patientes sont âgées d'une cinquantaine d'années. L'évolution de leur état de santé est rapidement favorable. Les deux patientes n'ont aucun antécédent neurologique ou psychiatrique. Toutes deux présentent une agitation avec un RASS évalué à 2 nécessitant une nouvelle sédation sur une détresse respiratoire.

Je prends en charge ces deux patientes le lendemain de leur tentative d'extubation. L'une est sédaturée par Propofol® et Dexaméthasone® et l'autre par Ultiva®.

Elles ont toutes les deux un RASS sédaturé estimé à -1, mais des agitations avec tentatives d'auto extubation sont observées lors des soins de nursing ; le niveau de RASS est alors estimé à +1. La séance d'hypnose (sur le même schéma que les précédentes) a lieu dans l'après-midi.

Durant la phase d'induction, les patientes sont relativement calmes (RASS 0), le seul élément visible de la séance étant la baisse de la fréquence respiratoire de 5 à 6 mouvements de moins par minute et les mouvements lents et saccadés.

Lors de la phase de transe hypnotique, les patientes ont toutes deux des réactions similaires : des mouvements répétés saccadés. Mme Z pousse sa sonde d'intubation avec la langue lentement, se répétant durant toute la transe. Mme J tente de se redresser dans son lit également avec cette lenteur d'exécution saccadée. Durant le retour à un état de conscience, les mouvements diminuent jusqu'à cesser, le niveau de RASS est alors revenu à 0.

Le sevrage de la sédation est alors initié et est poursuivi par l'équipe suivant mon poste de travail jusqu'à l'arrêt durant la nuit soit 6 h après la séance. Les patientes peuvent être toutes les deux extubées le lendemain matin. Elles intègrent un service conventionnel le jour même.

Je peux interroger les patientes les jours suivants mais celles-ci n'ont aucun souvenir de leur séjour en réanimation.

MR V

Ce patient de 82 ans arrive dans le service pour une détresse respiratoire dans un contexte de grippe surinfectée. Au cours de son hospitalisation, le patient nécessite la mise sous ventilation artificielle et présente une agitation lors d'une tentative de sevrage, voulant sortir du lit, s'extuber, se déshabiller ; le RASS est alors évalué à +3. La mise en place de Dexaméthasone® à 0.6 mcg/kg/h permet d'améliorer son RASS à +2.

Je propose donc au patient de faire avec lui une séance de relaxation afin de pouvoir avancer ensemble dans sa prise en charge. Il accepte (son niveau de conscience permettant une réponse oui ou non aux questions simples) ou semble accepter. Je lui propose donc de fixer un point devant lui, un peu en hauteur et je débute la séance avec lui. Le patient ferme les yeux, puis les ouvre rapidement. Je décide donc de continuer et ratifie le fait qu'il préfère garder les yeux ouverts. Je lui demande par la suite de ressentir ses membres dans le lit, mais à ce moment précis, le patient enlève sa chemise. Je ratifie cet événement : "si vous avez chaud, il peut parfois être utile de se découvrir". Je continue le cheminement de la séance mais n'observe aucune modification sur la fréquence respiratoire, et mets plutôt en évidence une augmentation de la pression artérielle passant de 130 mmHg à 150 mmHg ainsi qu'un RASS passant de -2 à -3.

Bien que son niveau d'agitation se soit détérioré pendant la séance, j'applique le protocole complet afin de pouvoir évaluer dans la globalité l'efficacité ou non de la séance sur le patient.

Son niveau d'agitation étant resté à un RASS à +3, le Dexaméthasone® est augmenté jusqu'à 1.4 mcg/kg/h. Le patient ne montre alors aucun signe de calme. Le débriefing de la séance avec le patient est impossible au vu de l'agitation et de l'augmentation de la sédation.

Durant ma formation, je prends en charge des patients à des phases différentes de leur hospitalisation. Il me paraît important d'évoquer, à ce stade du mémoire, la prise en charge de M. W sous hypnose, car la séance ne se déroule pas avant l'extubation, mais dans les suites proches (2 heures). Bien que nous sortons du cadre stricto sensu du mémoire, cette prise en charge hypnotique en post extubation a, je pense, aussi sa place.

Le patient est un homme de 64 ans, entré dans le service pour prise en charge d'une détresse respiratoire dans un contexte de surinfection bronchique (grippe). Il est extubé vers 17h et je le prends en charge vers 19h, au début de mon poste. A ce moment, le patient présente un niveau de RASS évalué à +1, une polypnée à 32 mouvements respiratoires par minute, une saturation comprise entre 92% et 94% sous 9 L/min d'oxygène au masque à haute concentration ; ce débit est augmenté de 6 L/min à 9 L/min à 18H45 à la suite du bilan sanguin de 18H qui met en évidence une hypoxie. Lors de l'entretien avec le patient, celui-ci exprime son angoisse, sa peur de ne plus pouvoir respirer. Ce patient se décrit comme quelqu'un de très anxieux ayant beaucoup de crainte. Je lui suggère, en accord avec l'équipe médicale, une séance d'hypnose à visée anxiolytique. Elle reprend les principaux thèmes de la méthodologie, à savoir : la détente et la respiration, mais n'évoque pas l'extubation pour des raisons évidentes.

Je propose au patient de réaliser ensemble un exercice de détente qu'il accepte très volontiers : "oh oui ! cela me fera un bien fou !"

La séance se déroule parfaitement, je peux approfondir la transe avec une catalepsie de son bras.

Dans les suites de la séance, le patient retrouve un visage apaisé, calme et détendu. Son niveau de saturation augmente à 99% et reste stable le reste de la nuit. Son niveau de RASS est à 0 et sa fréquence respiratoire baisse à 23 mouvements par minute. Le niveau d'oxygénation du patient reste à 9L/min la nuit et le patient peut dormir la nuit complète : chose "qu'il n'avait pas faite depuis longtemps".

Au cours du débriefing avec le patient, ce dernier me dit qu'il est toujours anxieux de tout, que l'hospitalisation lui procure "pas mal de peurs", notamment la peur de mourir. Il insiste sur le fait que lors de la séance, il a senti ses muscles se détendre progressivement, sa respiration se "calmer" et que grâce à la détente ressentie, il se sent capable de respirer normalement, comme s'il avait acquis une "nouvelle compétence".

Je rappelle la problématique énoncée en début de mémoire :

L'hypnose peut-elle aider le patient agité lors de son extubation ?

Confrontation des observations à la problématique :

Je suis en phase d'apprentissage de l'hypnose donc, les observations réalisées ne permettent qu'une approche partielle et limitée de ce que peut apporter l'hypnose dans ces cas de soins.

Les différents patients choisis ont tous eu des réactions différentes, d'une efficacité rapide, plus ou moins lente ou inexistante.

L'interrogatoire des patients n'a pas toujours pu être réalisé. En effet, certains débriefings de fin de séance ont été impossibles par l'insuffisance du niveau de conscience des patients ou une agitation trop importante.

Je vais donc analyser les différentes réactions pour établir certains constats.

Le premier cas est une situation parfaite. Les différentes phases de l'hypnose sont nettement identifiables et les suites sont rapidement évaluables. En effet, le calme et la détente ont permis d'extuber la patiente dans de bonnes conditions, objectif attendu dans ma pratique de l'hypnose. Avec l'aide de l'hypnose, j'espère apporter ce plus qui nous permettra de diminuer la durée moyenne de séjour dans notre structure, d'aider un patient à vivre positivement une expérience désagréable, mais également de réduire rapidement les doses de médicaments qui malheureusement, comme on a pu le voir, ont des conséquences non négligeables sur l'avenir du patient.

Le retour de Mme X m'a permis d'observer deux notions :

Dans un premier temps, la communication bienveillante doit être permanente.

Lors du séjour, la patiente a associé l'ablation de la sonde d'intubation à la mort et a engendré chez elle un stress important lors de la réalisation de cet acte. Ce sentiment a été induit par les propos du soignant se voulant, dans les circonstances dans lesquelles ont été prononcés ces mots, protecteur et sécurisant. Le choix des mots dans nos prises en charge est primordial. Chacune de nos paroles, même anodine au quotidien, peut avoir une portée et une répercussion importante dans les soins apportés au patient et dans sa vie future. Ici, associer un sentiment de danger pour que la patiente comprenne la nécessité de conserver sa sonde d'intubation, vérité d'un moment, a engendré une angoisse lors de la tentative d'extubation et donc une nouvelle sédation et ses éventuels effets secondaires à moyen et long terme sur sa santé. De plus, il est démontré que des patients sédatisés sont dissociés et donc beaucoup plus réceptifs aux suggestions : le poids des mots sur les maux.

Les suggestions amenées durant la séance ont permis d'atténuer l'angoisse, de remplacer ce sentiment par d'autres plus positifs ou neutres concernant l'extubation et lui ont permis de pouvoir être extubée dans de bonnes conditions.

Dans un second temps, l'apaisement apporté par une séance d'hypno-relaxation, permet au patient d'appréhender plus sereinement un soin et de le dédramatiser. Ainsi, celui-ci se réalise dans le calme et la sérénité malgré le risque parfois vital qu'il peut avoir (œdème...). De plus, l'apaisement de la patiente par rapport aux soins a des répercussions positives sur l'équipe présente qui est relativement plus détendue pour accompagner la patiente : elle participe activement au soin sans le subir.

Le 2ème patient montre que l'anxiolyse amenée par l'hypnose lui permet d'améliorer son oxygénation par une meilleure dynamique ventilatoire. L'hypnose l'a épaulée durant une phase critique et l'a aidée à se concentrer sur sa respiration en gommant les sentiments négatifs. Une fois apaisé, il comprend à nouveau l'exécution d'un mécanisme qui était devenu très compliqué pour lui.

De plus, la sensation d'apaisement ressentie par l'équipe dans ces moments, ajoutée à l'anxiolyse générée détend d'autant plus le patient. Dans les situations d'urgence vitale, les équipes doivent garder leur sang-froid et agir de manière synchronisée et réflexe (se mettre dans en mode automatique) afin de réaliser les actes nécessaires rapidement et efficacement pour retrouver un niveau de sécurité suffisant pour le patient. Après cette séance d'hypnose, le sentiment de calme qui se répand permet à toute l'équipe d'agir toujours aussi rapidement mais également d'avoir une efficacité plus grande. En effet en situation de stress, nous pouvons ressentir une modification de l'espace temporel : le temps passant très vite et les gestes ne s'exécutant pas assez vite. En situation de calme, l'espace temporel peut sembler s'allonger et cette notion de gain de temps permet au soignant de mieux appréhender le soin, les actes et la prise en charge. Les bénéfices sont alors généralisés à l'ensemble du service. La confiance du patient envers moi, après nos nombreux échanges et exercices est primordiale. L'alliance thérapeutique est très importante car, sans sa confiance, l'accompagnement de cette phase aigüe aurait été beaucoup plus complexe et/ou anxiogène pour l'équipe et moi-même. Cette alliance, primordiale dans nos prises en charge, est un élément à instaurer dès l'entrée du patient. Il est un facteur aidant dans l'hypnose. Le lien entre le soignant et le soigné établi dans un climat de bienveillance permet au patient de se sentir en sécurité et d'adhérer plus facilement aux projets thérapeutiques et donc aux différents soins qu'ils lui sont proposés.

Pour Mme Z et J, le résultat fut inattendu : les signes cliniques de la transe hypnotique s'observent par une bradypnée légère. Or, les mouvements répétés presque à l'identique traduisant finalement une agitation n'évoquent pas l'état de transe ou l'idée que je m'en faisais. Cette discordance m'a permis de prendre conscience que la transe n'est pas obligatoirement un état calme. Le patient peut bouger, il y ressent également des émotions.

A la fin de la séance, les patientes sont revenues à leur état initial. Mais le maintien, voire l'amélioration de leur état clinique dans les heures qui ont suivi, m'ont permis de prendre conscience du résultat différé de l'hypnose. Les effets d'une séance d'hypnose peuvent s'observer à moyen ou long terme. Dans ma pratique, ceci est une notion importante pour les prises en charge futures. L'attente d'un résultat immédiat n'est plus une priorité. Il est plus important de comprendre ce qui a été bénéfique pour le patient afin d'améliorer mes compétences acquises ou en cours d'apprentissage.

L'efficacité de l'hypnose dans la prise en charge de Mr V m'a permis de mettre en évidence le fait qu'un patient conserve son libre arbitre en hypnose. Bien que nous lui soumettions des suggestions, chaque patient conserve le choix de le faire ou pas. Il peut tout à fait adhérer à une métaphore ou à un élément du VAKOG et faire toute autre chose. Il est important de respecter l'avis du patient, ses choix, son changement d'avis éventuel. Dans ma pratique de l'hypnose, je ne pourrais être efficace qu'avec le patient et sa pleine adhésion. Mr V a conforté l'idée que l'alliance thérapeutique est primordiale comme vu avec Mr R.

Les différents patients ont montré une réelle satisfaction car ils ont vécu "une parenthèse" plus apaisée. Les effets sur l'anxiété et l'angoisse, toile de fond du vécu des patients, est notable. L'accompagnement hypnotique favorise un état de répit.

Dans la globalité des cas, l'hypnose a favorisé les échanges avec le patient. Une relation de partage et une communication bienveillante m'aident au quotidien : là où certains collègues éprouvent des difficultés face à l'agitation des patients, je n'en éprouve plus ou peu. Cet outil disponible et efficace me permet d'appréhender mes soins autrement, plus sereinement. Il est une aide au quotidien pour les patients et peut être un plus dans la recherche d'un meilleur vécu de la réanimation par le patient. Les inconforts du patient en réanimation étant nombreux, l'hypnose, avec l'aide de thérapeutiques adaptées, peut être une solution ou un palliatif non négligeable.

Enfin, dans ces situations critiques, l'équipe est plus détendue. Les gestes exécutés automatiquement dans l'urgence se font dans une atmosphère beaucoup plus sereine. Dans la situation de M R., le fait que l'hypnose ait pu apaiser le patient et le calmer (signes visibles sur son visage et sa respiration) a diminué le stress ressenti par les soignants malgré la gravité de son état. Les gestes se sont faits beaucoup plus tranquillement en gardant leur rapidité d'exécution.

Le vécu a été aussi moins négatif. Lors des debriefings, les équipes ont exprimé leur sentiment de calme et de détente. Le pronostic vital du patient était en jeu malgré cela le stress des soignants est vite retombé. Le stress qui peut être un élément moteur et qui permet d'agir dans l'automatisme et la maîtrise, mais aussi qui peut être toxique quand celui-ci n'est pas contrôlé. Le vécu de la situation étant positive (sentiment de réussite et de contrôle), une

situation similaire pourra être gérée dans de bonnes conditions. Ce qui peut entraîner un frein dans la prise en charge lié à l'assimilation par l'inconscient d'une crainte pour un événement particulier, fut ici l'inverse. Donc les bénéfices sont vraiment multiples.

DISCUSSION ÉTHIQUE

Y a-t-il des problèmes éthiques soulevés par l'utilisation de l'hypnose dans le cadre défini par mon étude ?

Apports de l'étude :

1-LA BIENVEILLANCE AU QUOTIDIEN ?

La bienveillance est une notion connue de tous. Dans l'approche de mes soins, je pensais être très bienveillant. Les différents cours que j'ai eus durant cette année m'ont confronté à la communication bienveillante au quotidien : il faut être vigilant aux paroles prononcées régulièrement qui peuvent provoquer des émotions ou des sensations chez les patients. Une communication qui s'inscrit insidieusement dans nos habitudes par mimétisme de nos pairs, par acquisition scolaire, ... Par exemple : « je vais vous piquer », qui peut influencer la personne en lui évoquant des sensations douloureuses bien avant d'avoir fait le geste.

Cette prise de conscience a vraiment été pour moi brutale car j'ai compris que chaque jour, nous faisons très bien notre travail (« cure ») et si mal à la fois (« care »). Je pense que tout soignant doit réfléchir à ses postures pour améliorer la communication bienveillante et qu'une réflexion d'équipe doit être entreprise.

Éthiquement, réaliser un soin en y mettant toute la bienveillance possible est une évidence. En tant que soignant nous devons prendre en charge le patient dans toutes ses dimensions physiques, sociales, culturelles sans négliger l'aspect psychologique.

Même si tous les soignants ont à cœur de « prendre soin », parfois une distance thérapeutique s’installe pour permettre au soignant de se protéger face à des situations négatives vécues. Cette attitude vis à vis du “ care” entraîne un éloignement par habitude.

De plus, un manque de temps ou de moyens (outils, formations), aggravé par le contexte socioéconomique actuel ne facilite pas le « prendre soin ».

Modifier ce savoir être (ces pratiques) peut alors s’avérer compliqué, mais réalisable par une réflexion personnelle du soignant et un travail institutionnel autour de la question.

2-PARLER OU NE PAS PARLER D’HYPNOSE AU PATIENT ?

Au cours de ma pratique, j’ai modifié mon approche avec le patient en ne lui annonçant pas clairement que je ferai de l’hypnose. En effet, j’ai proposé une séance de détente et de relaxation, comme un exercice à faire pour tendre vers un mieux-être. Déontologiquement, le fait de ne pas annoncer clairement la thérapie au patient peut faire débat.

En termes de communication, la prise en charge d’un patient intubé-ventilé est un échange assez particulier et reste différent. En réanimation, il existe des freins dans le dialogue car la communication est complexe. Les idées échangées sont souvent limitées et se contentent des besoins basiques et primordiaux du patient. Cette complexité, ajoutée au niveau de conscience des patients à qui j’ai pu proposer un accompagnement hypnotique, m’a confronté à la représentation de l’hypnose dans la population. En effet, il m’a été difficile au début de ma pratique de proposer l’hypnose aux personnes soignées sans obtenir un refus.

L’idée que la majorité des patients se font de l’hypnose dans leur état clinique critique (dans le contexte de la réanimation) est liée à l’imaginaire. Ils lui donnaient un côté magique et mystique, ils préféraient qu’on aille à l’essentiel.

Les représentations mentales de l’hypnose sont bien ancrées, plutôt sous son aspect “spectacle”, et peuvent expliquer les appréhensions et la non adhésion de certains patients et soignants. Les différents patients m’en ont d’ailleurs parlé lors de nos discussions ultérieures.

Afin de proposer l'hypnose au plus grand nombre de personnes, j'ai demandé aux patients ayant refusé, si une annonce différente leur aurait permis de donner leur accord, par exemple : en leur proposant de la relaxation ou de la détente. La réponse étant affirmative, j'ai donc proposé, aux patients suivants, cette méthode. Juste paraphraser le nom de la technique sans évoquer clairement l'hypnose, peut être vécu comme un mensonge et je me suis donc posé cette question :

Dois-je mentir au patient pour pouvoir utiliser l'hypnose ?

Ce mensonge m'a permis de pouvoir proposer l'hypnose à un plus grand nombre de patients et de contourner les représentations culturelles de l'hypnose. Au fond de moi, je pense que l'hypnose peut apporter quelque chose de profond et nécessaire à ma pratique dans le but d'améliorer la prise en charge du patient et une légère modification de la réalité peut être éthiquement un risque à prendre.

CONCLUSION

En commençant ce mémoire, j'étais novice en hypnose, j'avais des attentes vis à vis de cette pratique et aussi des craintes. J'avais l'espoir d'apporter à nos patients chaque jour une "bulle d'oxygène" dans leur quotidien chaotique pendant une hospitalisation en réanimation.

L'agitation est anxiogène pour les patients et pour les soignants. Ils en font régulièrement le retour lors des consultations post-réanimation en place dans le service depuis 2014. Ils expriment la gêne de ce moment mais aussi l'aspect incontrôlable. L'aide apportée durant cette phase permet de diminuer la durée de séjour et les risques dans les suites de l'hospitalisation. L'hypnose a amené un gain de temps pour une prise en charge de qualité et un meilleur ressenti du patient. Par ce travail, j'ai pris conscience que les soins dispensés peuvent être optimisés par la pratique de l'hypnose.

L'impact de l'hypnose durant les différentes prises en charge a toujours été positif.

Un point important a été l'anxiolyse : pouvoir diminuer l'anxiété du patient améliore significativement son vécu.

Dans un service de réanimation, la complexité des prises en charge réside dans la gravité et l'incertitude du devenir du patient. Le patient peut passer d'un mieux à une nouvelle défaillance d'une heure à l'autre. Mais en dehors de cet aspect somatique, la communication est extrêmement difficile. Avec l'expérience, nous parvenons à communiquer différemment avec un patient intubé et sédaté : par la clinique, par le toucher ...il est possible d'identifier clairement une peur qui parfois n'est pas discernable (cas de Mme X qui a vraiment assimilé la mort à l'extubation). Malgré des propos qui se veulent toujours rassurants, la communication bienveillante est essentielle dans nos pratiques. L'assimilation parfois rapide d'un patient sédaté à un patient qui dort peut nous faire oublier que ce n'est nullement le cas. L'activité cérébrale d'un patient sédaté n'est pas la même qu'un patient endormi. Il peut être conscient de chaque événement se passant dans sa chambre. L'apport de l'hypnose dans ma pratique est la notion de dissociation du patient sédaté propice aux suggestions. Cela a clairement été montré ici. Je pense que mon travail a ouvert la voie à la réflexion sur le sujet.

En dehors de l'effet thérapeutique, la communication hypnotique peut avoir un effet préventif sur les rapports soignant-soigné, avec parfois moins de conflit ou de méfiance.

Fatigue, surcharge de travail, soucis personnels amènent parfois à un défaut d'empathie que le patient ressent et qui modifie sa confiance envers le personnel soignant.

L'hypnose ne serait-elle pas également adaptée au personnel soignant avec une formation adéquate avec pour but d'amener de la détente ?

L'approche hypnotique dans mes prises en soins des patients a accentué mon sentiment d'empathie envers eux, avec une distance interpersonnelle moindre, un lien soignant soigné plus intense, une connaissance plus aiguë de leurs histoires, un réel souci de bien faire, d'apaiser et d'obtenir des résultats positifs. Mais davantage de retours de patients auraient été bénéfiques pour améliorer ma pratique et mon savoir-faire.

Ces nouveaux ressentis et émotions ont été pour moi, dans un premier temps, une réelle bouffée d'air dans mon travail au quotidien. Or, je me questionne sur le long terme : en effet, une empathie exacerbée ne peut-elle pas devenir source d'épuisement professionnel ?

De plus, cette pratique innovante sera-t-elle entendue, comprise, partagée et reconnue par l'ensemble de l'équipe soignante ?

Quelle place l'hypnose pourrait-elle jouer dans mes questionnements professionnels ?

Je souhaite que mon travail puisse servir à d'autres pour améliorer la diffusion des techniques hypnotique en réanimation pour le bénéfice des patients et des soignants.

BIBLIOGRAPHIE

- [1][2] Collière Marie-Françoise. Promouvoir la vie. InterÉditions ;1982 ; p 241-248
- [3] Bellet P. L'hypnose. Odile Jacob poches ;2016 ; page 51
- [4] Bellet P. L'hypnose. Odile Jacob poches ; 2016 ; page 28-29
- [5] Barbier E. Hypnose en soins infirmiers : en 29 notions. Dunod ;2016 ; page 9
- [6] Barbier E. Hypnose en soins infirmiers : en 29 notions. Dunod ;2016 ; page 42-43
- [7] Chahraoui K, Laurent A, Bioy A. Vulnérabilité psychique et clinique de l'extrême en réanimation. Dunod ;2015 ; page 18
- [8] Bioy A, Célestin-Lhopiteau Isabelle, Wood C. L'aide-mémoire d'hypnose : Dunod ;2015 ; page 7
- [9] Barbier E. Hypnose en soins infirmiers : en 29 notions. Dunod ;2016 ; page 48
- [10] Barbier E. Hypnose en soins infirmiers : en 29 notions. Dunod ;2016 ; page 75
- [11] Becchio J, Jouselin C. Nouvelle hypnose initiation et pratique. Épi-Desclée De Brouwer ;1995 ; page 69
- [12] Ibid. ; page 72
- [13] [14] Ibid. ; page 89
- [15] Barbier E. Hypnose en soins infirmiers : en 29 notions. Dunod ;2016 ; page 62
- [16] Bioy A, Célestin-Lhopiteau Isabelle, Wood C. L'aide-mémoire d'hypnose : Dunod ;2015 ; page 30
- [17] Barbier E. Hypnose en soins infirmiers : en 29 notions. Dunod ;2016 ; page 95
- [18] Barbier E. Hypnose en soins infirmiers : en 29 notions. Dunod ;2016 ; page 97
- [19] Doidge N. Les étonnants pouvoirs de transformation du cerveau : guérir grâce la neuroplasticité. Belfond ; 2008.
- [20] Sarcopénie en Réanimation (2009)18, 486—492 éd Elsevier Masson

- [21] Guelfi JD, Crocq M-A. DSM-IV-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Masson; 2003.
- [22] Ely EW, Shintani A, Truman B, Speroff T, Gordon SM, Harrell FE, Jr., et al. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in intensive care unit. JAMA 2004 ;291 :1753-62.
- [23] Chahraoui K, Laurent A, Bioy A. Vulnérabilité psychique et clinique de l'extrême en réanimation. Dunod; 2015; page 90
- [24] [25] Ibid; page 92
- [26] Hepatic Encephalopathy in chronic liver: Disease: 2014 Practice Guideline by the European Association for the Study of the Liver and the American Association for the Study of liver Diseases. J Hepatol (2014), [http://dx.doi.org/10.1016:j.jhep.2014.05.042](http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2014.05.042)
- [27] Becchio J, Jousselin C. Nouvelle hypnose initiation et pratique. Épi-Desclée De Brouwer ;1995 ; pages 175 - 182
- [28] Chahraoui K, Laurent A, Bioy A. Vulnérabilité psychique et clinique de l'extrême en réanimation. Dunod ;2015 ; page 95
- [29] Ibid. ; page 96
- [30] SMARTCARE/Ai protocole clinique automatisé à base de connaissance médicales pour le sevrage en aide inspiratoire, complément à la notice d'utilisation EVITA XL, Dräger médical

ANNEXES

1) Grille de RASS / RICHMOND

+4	<i>Combatif</i>	<i>Combatif, danger immédiat envers l'équipe.</i>
+3	<i>Très agité</i>	<i>Tire, arrache tuyaux ou cathéters et/ou agressif envers l'équipe.</i>
+2	<i>Agité</i>	<i>Mouvements fréquents sans but précis et/ou désadaptation au respirateur</i>
+1	<i>Ne tiens pas en place</i>	<i>Anxieux ou craintif, mais mouvements orientés, peu fréquents, non vigoureux, non agressif.</i>
0	<i>Éveillé et calme</i>	
-1	<i>Somnolent</i>	<i>Pas complètement éveillé, mais reste éveillé avec contact visuel à l'appel (> 10s).</i>
-2	<i>Diminution légère de la vigilance</i>	<i>Reste éveillé brièvement avec contact visuel à l'appel (< 10s).</i>
-3	<i>Diminution modérée de la vigilance</i>	<i>N'importe quel mouvement à l'appel (ex. : ouverture des yeux), mais pas de contact visuel.</i>
-4	<i>Diminution profonde de la vigilance</i>	<i>Aucun mouvement à l'appel, n'importe quel mouvement à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum).</i>

-5	<i>Non réveillable</i>	<i>Aucun mouvement, ni à l'appel, ni à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum).</i>
----	------------------------	--

2) Méthode pour les soins intensifs (CAM-ICU)¹⁴

Le score peut être utilisé uniquement chez les patients capables d'ouvrir les yeux et de serrer la main à la demande

Critère 1 : Début soudain et évolution fluctuante

- La modification de l'état mental du patient est-elle soudaine ?

(Oui = positif/non = négatif)

- Y-a-t-il des fluctuations sur les dernières 24 heures ?

(Oui = positif/non = négatif)

Critère 2 : Inattention

- Le patient présente-t-il des difficultés à focaliser son attention ?

– Test « ABRACADABRA » : Epelez chaque lettre (1-2 secondes entre Chaque lettre) et demandez au patient de serrer la main sur la Lettre « A » :

Le test est positif s'il y a plus de deux erreurs (soit le patient ne sert pas la main sur la lettre A, soit il la sert sur une autre lettre)

Critère 3 : Désorganisation de la pensée

- Question oui/non :

– Est-ce qu'une pierre flotte sur l'eau ?

¹⁴ Rev Med Suisse 2013 ; 9 : 203-6 ; A. Kharat ; M. Louis Simonet

- Y-a-t-il des poissons dans la mer ?
- Est-ce qu'un kilogramme pèse plus que deux kilogrammes ?
- Peut-on utiliser un marteau pour enfoncer un clou ?

Le test est positif s'il y a plus d'une réponse fausse

• Commandes verbales :

- Dites au patient : « Montrez-moi le même nombre de doigts » (Montrez-lui deux doigts)
- Puis « Faites la même chose avec l'autre main »

Le test est positif si le patient se trompe dans ces deux commandes

Etape 4 : Evaluation de la vigilance

• Globalement, comment évalueriez-vous l'état général de votre patient ?

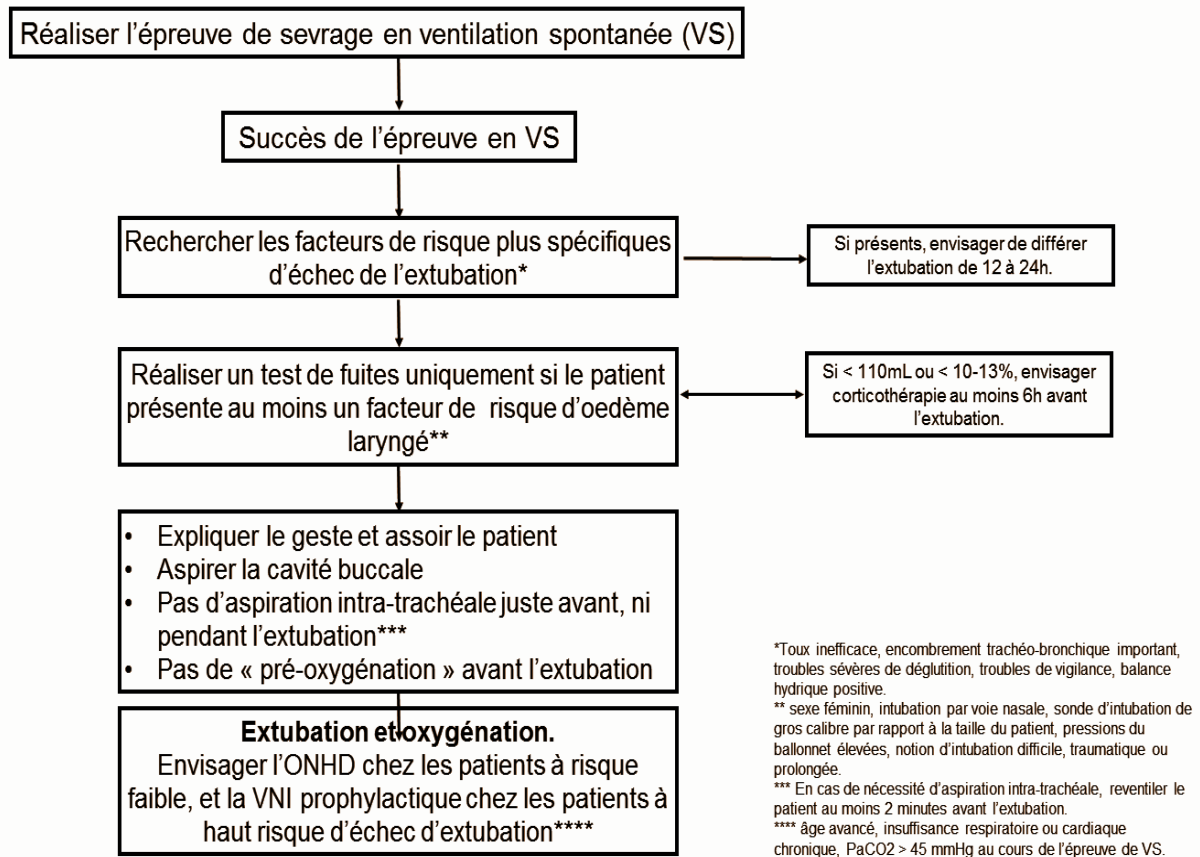
Alerte, vigile, léthargique, stuporeux, comateux

Le test est positif si le niveau de conscience est autre qu'alerte

Le diagnostic de delirium requiert la présence de 3 des 4 critères.

Les critères 1 et 2 sont toujours requis, accompagnés du critère 3 ou 4

Algorithme d'extubation en Réanimation



¹⁵Recommandations Formalisées d'Experts INTUBATION ET EXTUBATION DU PATIENT DE RÉANIMATION page 28 SFAR 2016

RESUME ET MOTS CLÉS

RESUME :

Depuis plusieurs années, et notamment la conférence de consensus de 2009 “Mieux vivre la réanimation”, les protocoles d’analgo sédation ont été retravaillés et allégés permettant d’obtenir une sédation participative. Ce nouvel état a révélé la présence d’un délirium sous-jacent jadis masqué par les thérapeutiques.

Le délirium ou la confusion sont une source de complications retardant l’extubation des patients et leur sortie du service. Leur prise en charge doit être une priorité dans les soins.

L’hypnose est une technique facilement applicable au chevet du patient et permet d’apaiser un patient en état de confusion. Cette pratique est innovante et complémentaire des techniques de suppléance classiques de réanimation.

L’étude sur 6 patients de l’incidence de leur mise en hypnose durant l’hospitalisation a permis de montrer une anxiolyse durable, une aide à la diminution des sédatifs et une meilleure adhésion du patient à son projet thérapeutique. Les liens soignant-soigné sont repensés permettant plus d’interactions et de communications, les soins étant effectués autrement.

L’amélioration du vécu du patient a également des conséquences sur les équipes soignantes car elles vivent mieux des situations stressantes durant les soins techniques ou les urgences vitales.

Les bienfaits de l’hypnose sont visibles au quotidien pour tous, aident à la réalisation des soins dans le service de réanimation et encouragent à entrevoir un champ d’application plus élargi.

MOTS CLES :

Extubation, confusion, angoisse, hypnose, réanimation