



Diplôme Inter Universitaire d'hypnose médicale et clinique

**« ACCOMPAGNEMENTS HYPNOTIQUES LORS DE
LA REALISATION D'UN BLOC
INTERSCALENIQUE EN PRÉ-OPERATOIRE »**

Directeur de mémoire : **Julien LECUELLE**

Rachel BURGAT

Infirmière Diplômée d'État

Année 2019-2020

REMERCIEMENTS

A Monsieur Antoine BIOY et à l'ensemble de l'équipe pédagogique de ce DIU pour les enseignements utiles à la pratique de l'hypnose médicale et clinique, pour leurs partages d'expériences,

A mon directeur de mémoire, Julien LECUELLE pour sa disponibilité et ses encouragements durant l'élaboration de ce travail,

A mes collègues de DU pour leur bonne humeur et leur soutien tout au long de ces mois si particuliers, et qui ont participé à faire de cette formation plus qu'un apprentissage, une expérience humaine exceptionnelle,

A Sylvain GANDER, médecin-chef d'anesthésie, pour l'attention portée à mes questionnements et pour nos échanges qui m'ont stimulé,

A Emmanuelle et Philippe, pour leurs retouches techniques précieuses,

A Sylvie, pour nos balades « confinées » et nos riches conversations autour de l'hypnose et de la vie en général, merci pour ton esprit stimulant,

A celles et ceux qui de près ou de loin, ont participé à mon équilibre tous ces mois durant, merci pour vos messages et appels de soutien qui m'ont redonné l'énergie nécessaire lors des moments de faiblesse,

Merci à mon compagnon, sans qui rien n'aurait été possible, pour avoir toujours cru en moi, et pour tout ce qui n'appartient qu'à nous,

A mes deux enfants, pour m'avoir toujours encouragé, pour leur fierté d'avoir une maman étudiante, pour cet amour inconditionnel qui me porte,

Et aux patients bien sûr, qui m'ont fait confiance et sans qui je n'aurais pu me lancer.

« Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours »

Louis Pasteur

TABLES DES MATIERES

ABRÉVIATIONS	1
I. INTRODUCTION	2
1. MON INTRODUCTION A L'HYPNOSE	2
2. INTRODUCTION AU TRAVAIL	2
II. REVUE THEORIQUE DES TRAVAUX ET PROBLEMATIQUE	4
1. L'HYPNOSE C'EST QUOI ?	4
1.1. <i>L'hypnose médicale : son histoire</i>	4
1.2. <i>L'hypnose médicale : Ses définitions</i>	6
2. LA SCIENCE ET L'HYPNOSE	7
2.1. <i>L'hypnose comment ça marche ?</i>	7
2.2. <i>Études scientifiques</i>	8
3. L'HYPNOSE AU BLOC OPERATOIRE	10
3.1. <i>L'hypnosédation</i>	10
3.2. <i>L'hypnoanalgésie</i>	10
3.3. <i>L'hypnose conversationnelle</i>	10
3.4. <i>Les différentes étapes de l'hypnose formelle</i>	13
4. LA DOULEUR INDUITE	15
4.1. <i>Définition</i>	15
4.2. <i>Les moyens à disposition du soignant</i>	16
4.3. <i>Un peu d'anatomie</i>	17
5. L'ANXIETE PREOPERATOIRE	17
5.1. <i>L'univers du bloc opératoire</i>	17
5.2. <i>Rôle de l'infirmière</i>	19
6. LES MOYENS D'EVALUATION	19
PROBLEMATIQUE	21
III. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	22
1. ENVIRONNEMENT ET CADRE	22
2. LES ANESTHESIES LOCOREGIONALES	23
3. LE BIS, INDICATIONS, PROCEDURE, COMPLICATIONS	23
4. DEROULEMENT DE LA SEANCE	24
5. DONNEES RECUEILLIES	26
CAS CLINIQUE N°1 : EMILIO	27
CAS CLINIQUE N°2 : VALERIE	31
CAS CLINIQUE N°3 : THIERRY	34
CAS CLINIQUE N°4 : MICHEL	38
IV. DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE	42
1. RAPPEL DE LA PROBLEMATIQUE	42
2. CONFRONTATION DES OBSERVATIONS A LA PROBLEMATIQUE	42

2.1. <i>Emilio</i>	42
2.2. <i>Valerie</i>	43
2.3. <i>Thierry</i>	44
2.4. <i>Michel</i>	44
2.5. <i>Bilan personnel</i>	45
3. LIMITES ET DIFFICULTES	47
4. DISCUSSION ETHIQUE	48
5. PERSPECTIVES	49
V. CONCLUSION	51
VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	52
VII. ANNEXES	56

ABRÉVIATIONS

AL	ANESTHÉSIE LOCALE
ALR	ANESTHÉSIE LOCO RÉGIONALE
AG	ANESTHÉSIE GÉNÉRALE
BIS	BLOC INTER-SCALENIQUE
BO	BLOC OPÉRATOIRE
DIU	DIPLOME INTER UNIVERSITAIRE
EN	ÉCHELLE NUMÉRIQUE
EVA	ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE
EVS	ÉCHELLE VERBALE SIMPLE
IADE	INFIRMIÈRE ANESTHÉSIQUE DIPLOMÉE D'ÉTAT
IDE	INFIRMIÈRE DIPLÔMÉE D'ÉTAT
IRM	IMAGERIE PAR RÉSONNANCE MAGNÉTIQUE
PET	TOMOGRAPHIE PAR ÉMISSIONS DE POSITONS
SSPI	SALLE DE SURVEILLANCE POST INTERVENTIONNELLE
VAKOG	VISUEL, AUDITIF, KINÉSTHÉSIQUE, OLFACTIF, GUSTATIF

I. INTRODUCTION

1. MON INTRODUCTION A L'HYPNOSE

J'ai débuté ma carrière en réanimation chirurgicale après un Diplôme d'État d'Infirmière (IDE) obtenu à Besançon en 1997. Jusqu'en 2012, j'ai poursuivi mon activité au sein de différents établissements dans des services équivalents. Devenue une technicienne, je ressentais de plus en plus une frustration : celle de ne pas prendre en charge le patient dans sa globalité.

En 2012, j'ai accepté un poste comme infirmière de Salle de Réveil au sein d'un hôpital du nord vaudois, l'occasion pour moi de mesurer et d'apprécier la différence d'approche dans la prise en charge des patients.

En 2017, j'ai participé à une journée de formation en hypnose proposée à tous les professionnels du bloc opératoire. A l'issue de cette présentation, j'ai décidé d'en savoir davantage en m'inscrivant au Diplôme Inter Universitaire (DIU) en hypnose médicale et clinique. Ma curiosité n'a pas été vaine, puisque j'ai découvert un outil me permettant d'établir une relation privilégiée avec le patient.

Dès mes premiers contacts avec l'hypnose, je me suis rendu compte des bienfaits qu'elle procure au patient, mais aussi du bénéfice évident sur moi. Cela m'a permis non seulement de renforcer mes compétences, mais aussi de rester plus sereine dans les situations difficiles ou de découragements, et de ne pas « tomber » dans le « vide » des habitudes et des lassitudes. Transformer le cercle vicieux en cercle vertueux !

2. INTRODUCTION AU TRAVAIL

Mon activité en Salle de Surveillance Post Interventionnelle (SSPI*) est variée et repose sur plusieurs prises en charges :

- L'accueil du patient en préopératoire pour les anesthésies locorégionales ;
- L'accueil du patient pour surveillance post-interventionnelle ;
- L'accueil du patient pour des soins qui doivent se réaliser en SSPI* pour des raisons d'asepsie et de matériel (pose de voies veineuses centrales, perfusions difficiles, pose de péridurale...).

J'ai choisi de me concentrer exclusivement sur les patients arrivant en salle de réveil en préopératoire. Mon travail portera sur les « accompagnements hypnotiques lors de la réalisation d'une Anesthésie Locorégionale (ALR*), plus précisément « le Bloc Inter-Scalénique » (BIS*) en préopératoire de la chirurgie de l'épaule.

Ce soutien thérapeutique me semble indiqué pour différentes raisons :

- L'injection de l'anesthésique, localisée au niveau du cou, s'avère très souvent inconfortable et anxiogène, incommodité renforcée par l'appréhension de l'opération qui va succéder ; Je rencontre souvent des patients ruminants leurs émotions négatives ;
- Ce geste technique, délicat pour le médecin anesthésiste, demande une grande concentration et lui permet difficilement de communiquer avec le patient, rôle que je peux prendre dans la mesure de ma charge de travail ;
- Celui-ci, pratiqué en SSPI*, et non pas dans l'urgence de l'enchaînement du programme opératoire, permet une prise en charge au patient dans un environnement souvent perçu comme plus serein, un « sas » familial que le patient retrouvera après l'opération.

Plusieurs questions se posent alors :

Comment aider le patient à gérer sa perception de la douleur au cours de cet acte ? Comment réduire son anxiété ?

L'accompagnement par l'hypnose permet-il d'améliorer l'expérience du patient de passage au bloc opératoire ?

Dans un contexte de travail établi et normé, est-il possible et raisonnable de proposer un acte nouveau ?

II. REVUE THEORIQUE DES TRAVAUX ET PROBLEMATIQUE

1. L'HYPNOSE C'EST QUOI ?

1.1. L'HYPNOSE MEDICALE : SON HISTOIRE

Elle apparaît dans le domaine médical au moment de la révolution française grâce au Dr Franz Anton Mesmer (1734-1815), médecin autrichien. Il l'appelle « magnétisme animal ». Il est convaincu que certaines maladies sont dues au déséquilibre du **fluide magnétique** du corps présent en chaque être humain. La guérison serait due au rétablissement de ce fluide par l'intermédiaire d'un baquet.

Malgré son succès auprès des patients, sa théorie est discréditée par des scientifiques qui concluent que **l'imagination** est la véritable cause de la guérison. C'est la première apparition de l'intérêt de l'imagination comme facteur thérapeutique (Barbier E, Etienne R, 2016).

Le marquis de Puységur (1715-1825), élève de Mesmer, réfute l'idée de fluide magnétique et nomme cette manifestation « **sommeil magnétique** » puis « **somnambulisme** ».

En 1841, James Braid, chirurgien écossais (1795-1860), assimile ce phénomène à un « **sommeil nerveux** », déclenché par la fixation prolongée des yeux sur un objet brillant. Il utilise cette méthode comme **méthode d'induction** au bloc opératoire (Barbier E, Etienne R, 2016). C'est de lui que naît le terme « **hypnotisme** ».

A cette même période, James Esdaile, chirurgien écossais exerçant en Inde (1808-1859), expérimente cette méthode à large échelle, permettant de diminuer le taux de mortalité de 45 à 5 % au bloc opératoire. Rappelons qu'à cette époque, il n'existe aucun produit anesthésiant efficace pour prévenir la douleur (Virot C, Bernard F, 2010).

L'apparition en 1846 de l'éther et du chloroforme fait reculer progressivement l'analgésie hypnotique au bloc opératoire, donnant naissance à l'anesthésie moderne, plus fiable et plus reproductible.

Entre 1870 et 1900, l'hypnose connaît un essor important dans les domaines de la neurologie et de la psychiatrie. Deux écoles s'affrontent dans l'interprétation du phénomène hypnotique :

- L'école de la Salpêtrière fondée par le célèbre neurologue Jean-Martin Charcot (1825-1893), s'intéresse aux modifications physiologiques chez les sujets en transe. L'hypnose n'est qu'un état pathologique, une forme d'hystérie (Virot C, Bernard F, 2010).

- Dans le même temps, l'école de Nancy, dirigée par Hippolyte Bernheim (1837-1919) et Auguste Liebault (1823-1904), considère l'hypnose comme un phénomène naturel découlant de la **suggestion**. La relation entre soignant et soigné et le climat de collaboration est indispensable à la réussite de l'hypnose (Bioy A, 2017)

A partir de là, l'hypnose est abandonnée, la science ne parvient pas à l'expliquer, elle reste trop mystérieuse et magique. La recherche sur les états mentaux est alors tournée vers la psychanalyse de Freud (Virot C, Bernard F, 2010).

Les travaux du psychiatre américain Milton Erickson dans les années 1950 vont donner un nouvel élan à l'hypnose moderne. Il a la conviction que le patient possède en lui des **ressources** et qu'il doit être acteur de sa prise en charge. Il conteste l'idée d'associer la transe à un phénomène provoqué par le thérapeute et bouleverse la conception de l'hypnose classique, trop directive. Atteint de poliomyélite, il expérimente sur lui-même avant d'expérimenter sur ses patients, utilisant des **suggestions** et des **métaphores**. Il insiste beaucoup sur le « sur-mesure » de la technique hypnotique, car chaque être humain est unique. Pour lui, l'inconscient doit être utilisé comme un outil plein de ressources bénéfiques à la guérison (Perennou G, 2019) ; (Barbier E, Bernard F, 2010).

Dans les années 1990, l'avènement des neurosciences marque un tournant majeur, démontrant l'état hypnotique et ses mécanismes d'action sur le cerveau.

Plus récemment, des plans de lutte contre la douleur ont permis de pérenniser cette démarche au sein des hôpitaux. Le dernier plan ¹ (2006-2010) recommande d'ailleurs l'utilisation de méthodes autres que pharmacologiques. L'hypnose est aujourd'hui l'une des plus utilisées par les professionnels de la santé, s'inscrivant naturellement dans leur champ de compétences (Barbier E, Etienne R, 2016).

1 Quatre axes : - Améliorer la prise en charge des populations les plus vulnérables (enfants, personnes âgées et en fin de vie) ; renforcer la formation des professionnels de santé ; améliorer l'utilisation des traitements médicamenteux et des méthodes non pharmacologiques ; structurer la filière de soins. *SFETD* (Consulté le 10.02.2010). Disponible sur : <https://www.sfetd-douleur.org/plans-douleurs/>

1.2. L'HYPNOSE MEDICALE : SES DEFINITIONS

Le terme « hypnose » vient du mot grec « hypnum » qui signifie sommeil, s'endormir. Néanmoins, contrairement à ce que son étymologie nous laisse croire, l'hypnose est un processus différent de la veille ou du sommeil.

L'état hypnotique se caractérise par :

- Un état élargi de conscience, impliquant une hyper absorption de l'attention avec dissociation psychique, que l'on appelle « veille paradoxale ». Cette dissociation se fait par notre capacité naturelle à la suggestion, elle-même liée à des dispositions anatomiques de notre cerveau.

- Elle est toujours associée à une relation singulière au praticien avec laquelle le rapport hypnotique s'établit. Sans ces deux éléments, on ne peut pas parler d'« hypnose » (Bioy A et al, 2016).

Selon Erikson, l'état hypnotique « est un état de conscience particulier qui privilégie le fonctionnement inconscient par rapport au fonctionnement conscient » et « est un état de conscience dans lequel vous présentez à votre sujet une communication, avec une compréhension et des idées, pour lui permettre d'utiliser cette compréhension et ces idées à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissages ».

Il existe de multiples définitions de l'hypnose en fonction des époques, des auteurs et de leur angle d'analyse. « Elles doivent aujourd'hui obéir à un cahier des charges fixé par l'APA : donner une définition courte et Trans théorique, les précédentes étant jugées trop longues (1993 et 2003) » (Bioy A, 2017 : 27).

Ainsi, le Professeur Antoine Bioy la définit comme :

« Un état de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi. » (Bioy A et al 2020 : 7)

2 *American Psychological Association*

2. LA SCIENCE ET L'HYPNOSE

2.1. L'HYPNOSE COMMENT ÇA MARCHE ?

Dans les années 1990, le professeur ME Faymonville combine technique hypnotique et tomographie par émissions de Positons (PET*) sur des sujets volontaires sains (Barbier et al, 2016) :

Les sujets sont allongés dans le scanner les yeux fermés. Il leur est demandé de revivre un moment agréable ou de vacances. Le débit sanguin cérébral est étudié d'une part sous hypnose (le praticien fait revivre le souvenir), d'autre part au cours de la remémoration du même souvenir en état de conscience ordinaire (le patient seul se souvient). L'analyse révèle que, sous hypnose, l'évocation de ce même souvenir :

- active les régions occipitales (comme si les sujets voient réellement alors que leurs yeux sont fermés) ;

- active les régions pariétales (comme s'ils ressentent réellement des sensations alors qu'ils sont immobiles) ;

- active les régions pré centrales (comme s'ils bougent réellement).

Les sujets relatent l'impression d'avoir vécu une deuxième fois ce souvenir, comme une expérience hors du temps, de l'espace et des repères corporels dont ils ont l'habitude.

« Il existe donc au niveau du cerveau humain des modifications spécifiques au processus hypnotique » permettant d'objectiver l'état de transe hypnotique comme un état de conscience modifiée bien distincte de l'état de veille ou de sommeil (Virot C, Bernard F, 2010 :13).

Le processus hypnotique est atteint lorsque, par l'imagination, le patient parvient à se détacher du « contrôle » pour actionner la perception des sensations. Tout l'enjeu de l'hypnose est de maintenir le patient absorbé à son imaginaire (Benhaiem JM, 2010)

2.2. ÉTUDES SCIENTIFIQUES

Plusieurs structures cérébrales sont impliquées dans le traitement de l'information nociceptive (perception de la douleur) et sont en interaction entre elles.³

Le Dr Faymonville et le Professeur Rainville se sont intéressés au rôle de l'hypnose dans la perception de la douleur. Ils mettent en évidence au PET*scan que l'hypnose permet une activation du cortex cingulaire antérieur lors d'un stimulus douloureux, mais aussi une modification de sa connectivité avec d'autres régions impliquées dans la gestion de la douleur. Ces résultats permettent de penser que le processus hypnotique inhibe les perceptions périphériques et recrute d'autres réseaux neuronaux afin de permettre au message douloureux de se moduler.⁴

L'hypnose agit sur les composantes sensori-discriminatives (la localisation, la durée, l'intensité de la douleur), émotionnelles (l'anxiété), cognitives (l'interprétation donnée à la douleur) lors de suggestions hypnotiques visant à diminuer ou augmenter l'intensité de la douleur. Ces composantes se modifient grâce à la modulation de l'activité du cortex cingulaire antérieur.⁵

Deux études s'intéressent tout particulièrement à l'efficacité de l'hypnose en anesthésie locorégionale :

- En 2012, 100 patients bénéficient de la réalisation d'une ALR* sous guidage associée à l'hypnose versus 100 patients bénéficient du même geste sans hypnose. La même répartition est faite sur chaque groupe, à savoir 50 blocs du membre supérieur, et 50 du membre inférieur. Les 200 patients

-
- 3 Faymonville ME, Joris J, Lamy M, Marquet P, Laureys S. Hypnose : des bases neurophysiologiques à la pratique clinique. *Conférence d'actualisation* (en ligne) 2005 (consulté le 20.01.2020) ; 59-69. Disponible sur : http://www.medecine.ups-tlse.fr/du_diu/fichiers/ametepe/1212/Hyp_bases_neurophysio_pratique_clinique.pdf
 - 4 Bernhaïem JM, Attal N, Brasseur L, Chauvin M, Bouhassira D. Local and remote effects of hypnotic suggesting of analgesia. *Pain* (en ligne) 2001 (consulté le 19.11.2019) ; vol 89 : 167-173. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304395900003596>
 - 5 Rainville P, Duncan CH, Pric e DD, et al. Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science* (en ligne) 1997 (consulté le 20.07.2020) ; 277 : 968-971. Disponible sur : <https://science.sciencemag.org/content/277/5328/968>

évaluent la douleur (D), le confort (C), et la satisfaction (S) à la fin de la procédure. L'étude conclue que (C) et (S) sont supérieurs dans le groupe hypnose, en lien avec (D) quasi-inexistant.⁶

- En 2014, une étude prospective en simple aveugle, sur l'intérêt de l'hypnose lors de la réalisation d'une anesthésie locorégionale fémoral écho-guidé en préopératoire d'une prothèse totale de genou comprenant 20 patients partagés en deux groupes, un groupe « hypnose » versus un groupe témoin, conclue que la douleur liée à l'ALR* est moins importante dans le groupe hypnose, la douleur post-opératoire est réduite en SSPI*, et les patients du groupe hypnose consomment moins d'analgésie complémentaire par morphiniques. Ceux-ci sont également significativement plus satisfaits à tous les stades de l'étude (en post ALR*, en SSPI*, et à J1).⁷

D'autres études ont démontré que l'hypnose présente un intérêt dans la prévention de l'anxiété préopératoire. En voici deux pour ne pas toutes les citer :

- L'une d'entre elles, compare un groupe « relaxation classique » et un groupe « hypnose » avant et après des pansements quotidiens sur des brûlures graves. Il en ressort des diminutions considérables de l'anxiété avant, pendant et après les soins dans le groupe « hypnose ».⁸

- Une autre compare deux groupes sur une intervention chirurgicale mineure, un groupe « sédation légère » versus groupe « hypnose ». Elle conclut que le groupe « hypnose » s'est avéré beaucoup plus confortable et moins anxieux.

L'impact de l'hypnose sur l'anxiété et la douleur est donc confirmé : l'hypnose agit sur l'anxiété et donc sur la composante émotionnelle de la douleur ; Le patient est constitué d'un corps et d'un esprit, un tout indissociable, qu'il est absolument nécessaire de relier.

6 Lemarie J, Eisenberg E, Ledenmat P-Y, Durand S, Papaianu M, Bouche B. Vécu douloureux, satisfaction et confort de patients bénéficiant d'une anesthésie locorégionale sous hypnose. *Revue douleurs* (en ligne) 2012 (consulté le 22.01.2020) ; Vol 13, A81-A82. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/en/article/762931>

7 Castaing C, Delanoe M, Arrovays S, Miquel G, Chaillan M, Tueux O. Intérêts de l'hypnose lors de la réalisation d'un bloc fémoral écho-guidé en pré-opératoire d'une prothèse de genou. *Annales françaises d'Anesthésie et de Réanimation* (en ligne) 2014 (consulté le 22.11.2019) ; vol 33, supp2 : A283-A284. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0750765814007278>

8 Frenay MC, Faymonville ME, Devlieger S, Albert A, Vanderkelen A. Psychological approaches during dressing changes of burned patients : a prospective randomised study comparing hypnosis against stress reducing strategy. *Burns* (en ligne) 2001 (consulté le 22.11.2019) ; vol 27 : 793-799. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0305417901000353>

3. L'HYPNOSE AU BLOC OPERATOIRE

3.1. L'HYPNOSEDATION

Elle combine l'hypnose formelle à une sédation intraveineuse par faible dose de narcotiques et de morphiniques. Elle peut aussi accompagner une AL*, une ALR* ou une AG*. Les explications débutent à la consultation pré anesthésique avec l'accord du patient. Le circuit standard propre à toute opération chirurgicale est respecté et nécessite une collaboration de toute l'équipe du BO*.

3.2. L'HYPNOANALGESIE

En salle de réveil, c'est l'hypnose formelle ou conversationnelle qui est utilisée pour prévenir ou limiter la perception de la douleur ou de l'anxiété, lors d'un geste ou une situation potentiellement difficile pour le patient. Contrairement à l'hypnosédation, elle ne s'associe pas à des produits anesthésiques intraveineux, mais peut être combinée à un anesthésique local. Le but est de faire basculer l'état de conscience ordinaire en état de conscience élargi qui est la transe hypnotique. Dans tous les cas, il s'agit de réunir toutes les informations pertinentes pour un accompagnement optimal, adapté et personnalisé (Barbier E, Etienne R, 2016).

3.3. L'HYPNOSE CONVERSATIONNELLE

L'hypnose conversationnelle est issue de l'hypnose formelle, sur le mode d'un dialogue entre le soignant et son patient. Cette forme de communication permet de s'adresser à l'inconscient du patient, en utilisant un langage et des techniques spécifiques incitant le patient à modifier sa façon de penser et de percevoir.

Elle est particulièrement adaptée au BO* dans un contexte où le patient arrive en « transe négative » (peur, douleur, stress). L'idée est de faire « basculer » cet état afin de permettre au patient de vivre au mieux son passage au bloc (Bioy A et al, 2010). L'association d'une focalisation de l'attention aux

techniques de communication, permet de faire de l'hypnose conversationnelle (Bernard F, Musellec H, 2012)⁹ .

La focalisation peut se faire en employant la confusion (utilisation de mots inintelligibles, farfelus). Le patient, focalisé sur sa situation, « glisse » progressivement vers d'autres pensées qui vont lui permettre de rentrer vers une transe légère positive (Watremez C, Roelants F, 2015).¹⁰

3.3.1 LES VOIES DE LA COMMUNICATION

La communication et le langage sont au centre de l'hypnose. Nous transmettons nos messages au travers de trois voies :

➤ **Le langage verbal :**

C'est la base d'une relation de qualité entre un soignant et son patient, si tant est qu'il est bien employé : la négation doit être bannie du discours du soignant, le patient arrivant au bloc avec déjà tout un panel de pensées négatives. (Barbier E et al, 2016)

On ne dit pas à un patient : « n'ayez pas peur » ou « ne vous inquiétez pas », c'est le meilleur moyen de renforcer chez lui son sentiment de peur ou d'inquiétude ; ni « ne bougez pas, vous n'aurez pas mal » l'image du « soin douloureux » est alors induite instantanément dans le mental du patient. Malgré une intention bienveillante, la conséquence peut amener à une péjoration de l'anxiété, et surtout de la relation soignant-soigné. Une simple reformulation de ces phrases sera bénéfique : « je vous demande de rester bien immobile, rassurez-vous, cela va être court ». La commande négative peut cependant annuler la résistance de certains patients. Ex : « Ne faites pas attention à la légèreté qui est en train de se produire dans votre bras ». Ici, l'inconscient entendra : « légèreté » et « bras ».

9 Bernard F, Muselec H. Hypnose et anesthésies locorégionales. *Le congrès infirmier SFAR* (en ligne) 2012 (consulté le 29.01.2020). Disponible sur : https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Hypnose_et_anesthesie_locoregionales.pdf

10 Watremez C, Roelants F. L'hypnose en anesthésie. *Association française pour l'information scientifique* (en ligne) 2015 (consulté le 25.11.2020) ; SPS n°313. Disponible sur : <https://www.pseudo-sciences.org/L-hypnose-en-anesthesie>

Le « mirroring » consiste à mimer le langage du patient, reformuler les mots et expressions afin d'aller sur le même niveau linguistique. Le patient se sent alors entendu et compris. Cette vérification de la compréhension prend toute son importance lorsqu'on donne des explications au patient avant le geste ou l'opération. Elle permet d'activer la conscience critique du patient envahi par des préoccupations anxieuses et lui permet de demander des explications supplémentaires (Virot C, Bernard F, 2010).

➤ **Le langage non verbal :**

Beaucoup plus suggestif que le verbal, c'est le langage qui s'**observe**. Ce sont les gestes, les attitudes, les émotions, les pensées, les expressions faciales, le langage des yeux.

La proxémie est la distance physique mais aussi relationnelle et émotionnelle entre deux personnes. Il faut trouver le meilleur compromis possible pour effectuer le soin à la distance la plus adaptée à l'environnement et au soin, mais aussi à celle du patient, son espace vital. Bien souvent, le soignant a le privilège d'adopter une distance proche de l'intime du patient, grâce notamment au toucher ou au murmure à l'oreille. Il faut cependant veiller à ne pas heurter et respecter le patient qui ne l'approuve pas. L'observation de son non-verbal est essentielle (Virot C, Bernard F, 2010).

Nous sommes en position haute de par notre savoir, nos connaissances. Il faut toujours se mettre à la hauteur du patient pour effectuer un soin technique ou un soin relationnel.

➤ **La voix ou le langage para-verbal :**

C'est la manière de parler, l'intonation, le rythme, le ton, les silences ou les soupirs. Il sera très important au cours du discours hypnotique. Il est aussi à prendre en compte chez le patient comme un indicateur de son état émotionnel (Virot C, Bernard F, 2010).

Le praticien adapte son discours au rythme respiratoire du patient, plus précisément sur la phase expiratoire. Cette technique, appelée « pacing », permet au patient de synchroniser inconsciemment sa respiration sur celle du praticien. Les mots agréables sont prononcés de façon plus marquée, répétés sans limite (agréable, confortable, en sécurité...), favorisant une transe positive : c'est le « saupoudrage ».

3.3.2 LES CANAUX SENSORIELS

Nous percevons le monde à travers cinq canaux sensoriels : la Vue (V), l'audition (A), le toucher ou la kinésie (K), l'odorat (O), le Gout (G). Ces cinq sensorialités sont contenues dans l'abréviation VAKOG*. Tout comme le langage et la communication, l'attention particulière portée au canal préférentiel du patient, est déterminante pour s'ajuster au patient et créer l'alliance thérapeutique¹¹.

Le VAKOG est utilisé comme outil d'observation et permet d'ajuster les techniques d'induction et les suggestions tout au long de la séance (Virot C, BernardF, 2010).

3.4. LES DIFFERENTES ETAPES DE L'HYPNOSE FORMELLE

Elle se déroule selon un protocole et un temps bien défini, elle est officielle et décidée entre le soignant et son patient. Elle associe l'hypnose formelle à des techniques dissociantes.

➤ **La prise de contact**

- *Bonjour et créer l'alliance* : ce simple échange de regards, de paroles, de renseignements, doivent permettre au soignant de recevoir immédiatement des informations sur l'état émotionnel du patient. Les trois formes de langage sont activées. Dans cet instant extrêmement court le plus souvent, le soignant doit apprendre à repérer le « langage du patient » afin d'avoir autant que possible un langage similaire (Jousselin C, 2017).

11 Pour Antoine Bioy « L'alliance thérapeutique peut se définir comme la collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés (...). Elle permet notamment de montrer que les méthodes thérapeutiques employées ne sont pas efficaces du fait de leurs outils propres, mais par un jeu subtil d'adéquation entre un praticien et son patient. » Perspectives psy (en ligne) 2010 (consulté le 26.01.2020) ; vol 49 : 317-326. Disponible sur : https://www.researchgate.net/publication/275168144_L'alliance_therapeutique_historique_recherches_et_perspectives_cliniques.pdf

La relation thérapeutique se crée à ce moment-là. Il est important de laisser le patient s'exprimer sans l'interrompre de façon à colliger les informations et permettre au patient de se sentir écouté (Bioy A, Servillat T, 2017).

En utilisant un langage positif, des métaphores, une voix et des gestes adaptés, il est alors plus facile de modifier l'état mental en vue de l'induction. Toutes les techniques de l'hypnose conversationnelle peuvent être utilisées à ce moment-là, notamment le « yes set » (faire valider des questions évidentes et banales par trois « oui », la suggestion thérapeutique étant validée par le troisième « oui »). Cet accord est primordial et la séance qui va suivre en dépend. (Virot C, Bernard F, 2010)

- *Le thème* : Le choix du thème permet au patient de se focaliser sur un souvenir agréable de son choix ou sur un lieu où il se sent en sécurité (« safe place »¹²) avant la phase d'induction proprement dite. Les renseignements récoltés sont précieux et seront utilisés tout au long de la transe.

- *Le « signaling »* : S'accorder avec le patient sur un simple petit geste (« oui » ou « non » avec la tête, ou bouger un doigt) qu'il pourra effectuer pour communiquer avec le soignant durant le soin.

➤ **L'induction**

L'utilisation du VAKOG* permet au patient de se « déconnecter » de « l'ici et maintenant » pour rentrer progressivement dans une relation de proximité avec son monde intérieur. Cette orientation spatio-temporelle, prépare le patient à la transe officielle. Chaque sens est énoncé avec un ton calme, une voix monocorde, un timbre rassurant, en partant du plus loin vers l'intérieur du soigné.

➤ **La transe**

La respiration et la fermeture des yeux marquent le point de passage vers le travail d'accompagnement.

La transe se fait, soit par focalisation externe (reliée aux sens) ou interne (imagination), soit par dissociation, par une hyper-absorption de l'attention. Les informations données par le patient au moment de l'alliance sont utilisées dans le discours par des suggestions et des métaphores. Le respect

12 « Le lieu sûr, traduit directement de safe place en anglais, est un endroit de sécurité pour le patient qui fait partie de ses ressources » (Virot C, Bernard F, 2010 : 157)

du thème choisi est la trame. Les mots, les expressions, les gestes, les émotions, sont partagés pendant cette expérience (Virot C, Bernard F, 2010).

Durant cette phase, le patient entre dans une perception sensorielle plus large : François Roustang (2003) l'appellera la « perceptude »¹³. Juste avant que la séance ne se termine, la suggestion post-hypnotique et la proposition d'ancrage invitent le patient à ramener et à garder quelque chose d'agréable de la transe.

➤ **Le retour à la conscience critique**

Reconnecter le patient à la réalité de « l'ici et maintenant », l'inviter à revenir dans la temporalité présente en activant les cinq sens dans le sens inverse (GOKAV), lui suggérer de remettre son corps en mouvement, lui permet de sortir de transe.

Le travail se termine toujours par une vérification de l'état de conscience, ainsi que par des questions simples permettant de recueillir le ressenti de l'expérience. Au revoir (la séquence se ferme).

4. LA DOULEUR INDUITE

4.1. DEFINITION

L'International Association for the Study of Pain¹⁴ (1986) définit la douleur comme : « Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire potentielle ou réelle »

Une douleur induite se dit «de courte durée, causée par un acte, une thérapeutique ou un soignant dans des circonstances de survenues prévisibles et susceptibles d'être prévenues par des mesures adaptées » (Blanchon C, Moreaux T, 2014 : 231). Elle est bien souvent appréhendée, suscitée et amplifiée par

13 « État d'une personne plongée dans son univers perceptif, sans intervention de son intellect ou des émotions. Alors que la perception habituelle segmente, la perceptude est un état de perception de la continuité de l'être, qui prend en compte tout ce qui le relie au monde. » Cazard-Fillette C et al, 2016 :30

14 Association professionnelle internationale fondée en 1973, qui promeut la recherche, l'éducation et les politiques pour la connaissance et la gestion de la douleur. Disponible sur : https://fr.m.wikipedia.org/wiki/International_Association_for_the_Study_of_Pain

différentes composantes : les expériences passées, la culture, la personnalité du patient, mais aussi par tout ce que le soignant peut induire dans son attitude (rapidité des gestes, langage inadapté, etc...), entraînant une anticipation anxieuse et douloureuse. (Blanchon C, Moreaux T, 2014)

4.2. LES MOYENS A DISPOSITION DU SOIGNANT

Le but est d'aider le patient à se focaliser sur autre chose que le soin douloureux en l'aidant à modifier ses perceptions. La participation du patient est essentielle. Trois moyens sont disponibles au moment de la réalisation du geste :

- Les techniques conversationnelles

Dans une étude intitulée « Can words hurt ? », Elvira Lang, médecin américaine, conclut que si l'on décrit un geste technique en termes de douleur ou d'anxiété, cela accroit la sensation de douleur ou d'anxiété chez les patients. Elle prouve que l'importance des mots du soignant au moment d'une procédure potentiellement invasive est capitale. (Bioy A et al 2010)

Au moment du geste redouté, la saturation de paroles, ainsi que la confusion permettent à la concentration de se déplacer ailleurs. (Blanchon C, Moreaux T, 2014)

- Les moyens physiques

C'est associer un geste physique (serrer la main, caresser le bras, jouer avec les doigts) au discours hypnotique pendant le geste technique. Car « plus nous stimulons les fibres de la sensation non douloureuse, plus nous bloquons la transmission du message envoyé par les fibres des neurones nociceptifs » (Cazard-Fillette et al, 2016 :19).

- Les moyens psychologiques

La « safe place » qui permet au patient de se réfugier dans un endroit sécurisant et protecteur ;

L'anesthésie locale d'une partie du corps, imaginée par le patient (technique du gant magique) ;

La réification qui permet au patient, par l'imagination, de modifier l'intensité et les caractéristiques de sa douleur.

4.3. UN PEU D'ANATOMIE

Le système de transmission du message peut se comparer à un réseau câblé à trois niveaux :

- Au niveau périphérique d'abord, le signal douloureux est capté par des récepteurs (appelés neurones nocicepteurs) situés dans la peau, les muscles, les articulations et la paroi des viscères, eux-mêmes reliés à un faisceau de fibres.

- Au niveau médullaire (moelle épinière), ce faisceau neuronal achemine le message au cerveau par le tronc cérébral (Cazard-Fillette, et al 2016 :18)

- Au niveau cérébral, l'information est alors distribuée dans des zones spécifiques (cf. chapitre 2.2) ; (ANNEXE 1)

5. L'ANXIETE PREOPERATOIRE

5.1. L'UNIVERS DU BLOC OPERATOIRE

Le bloc opératoire est un lieu bien à part, régit par des règles strictes, c'est un lieu mystérieux qui suscite l'imaginaire du patient. Il est donc lui-même facteur d'anxiété.

C'est un type d'anxiété spécifique au milieu hospitalier et à l'expérience chirurgicale, quel que soit d'ailleurs le type d'anesthésie. Cette confrontation à la situation préopératoire, dont il ne connaît pas les règles induit un état d'angoisse. Comme le précise R. Amoureux (2012)¹⁵, « il ne s'agit pas de peurs précises ou spécifiques, mais plutôt d'une sensation de malaise, une réaction de stress, qui peut rester confuse ou porter sur différents aspects de l'hospitalisation. Dans cette perspective, l'anxiété préopératoire pourrait être la conséquence d'un débordement de la capacité d'adaptation face au stress généré par une intervention chirurgicale ».

Si l'opération est prévue sous AG*, l'idée de la mort est légitimement présente, si le choix d'anesthésie est l'ALR*, l'idée de paralysie émerge immanquablement.

15 Amoureux R, Rousseau-Salvador C, Annequin D. L'anxiété préopératoire : manifestations cliniques, évaluation et prévention. *Annales Médico-Psychologiques* (en ligne) 2009 (consulté le 26.08.2020). Disponible sur : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00682246/document>

Il arrive, et c'est le cas dans ce travail, que le patient soit amené directement en SSPI*, afin de commencer les premiers gestes qui précèdent l'intervention chirurgicale, à savoir la pose du cathéter périphérique et l'ALR*. Il faut donc être extrêmement vigilant, car la dissociation du patient est encore plus importante, ce qui le rend encore plus suggestible (Bioy A, Sevilat T, 2017).

Imaginons alors les perceptions du patient au travers de son VAKOG* :

Le Visuel avec les lumières agressives, le personnel de bloc avec des tenues de papier bleu et charlottes sur la tête, la vue du matériel technique et d'urgence, la couleur des murs souvent austère...

- L'Auditif avec les alarmes, bips, téléphones, plaintes des autres patients, bruits de matériels ; surinformation des différents acteurs de la prise en charge ;

- Le Kinesthésique : la nudité, la température de la salle souvent fraîche, l'inconfort d'installation, et n'oublions pas dans le contexte de ce mémoire, l'état d'invalidité partielle ou totale de l'épaule ;

- Les Odeurs particulières non familières ni agréables ;

- Le Gustatif avec souvent une bouche sèche liée au jeûne.

Comme le souligne Besson G (2010), l'accueil est une étape « déterminante sur l'expérience globale de l'intervention chirurgicale vécue par le patient. Ces quelques secondes peuvent aussi bien générer de la « réassurance » qu'aggraver une anxiété ».¹⁶

Le patient ayant perdu tous ses repères habituels, l'observation et le dialogue vont permettre de cibler au plus près ce qu'il vit à l'intérieur de lui, afin de pouvoir le rejoindre.

16 Besson G. L'accueil au bloc opératoire : dix secondes, quatre phrases. In *inter bloc* (en ligne) Juillet-sept 2010 (consulté le 26.08.2020) ; vol 29, n°3 :197-98. Disponible sur https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/L_accueil_au_bloc_operatoire- Dix_secondes_quatre_phrases- Gilles_Besson.pdf

5.2. ROLE DE L'INFIRMIERE

L'Infirmière de salle de réveil a pour mission d'assurer l'accueil des patients en post-opératoire ainsi que la surveillance des fonctions vitales et l'évaluation du confort. Elle a également pour mission d'accueillir les patients en préopératoire pour la préparation à l'anesthésie. Dans tous les cas, la SSPI* est une unité d'observation et d'accueil.

L'accueil est un droit du patient et un devoir du soignant. La loi Kouchner¹⁷ relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé stipule : « *La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité doit être respectée ainsi que sa tranquillité.* ». L'IDE* doit prendre conscience de la nécessité d'adaptation et d'intégration du patient à ce lieu de passage où la promiscuité entre les différentes catégories de patients peut majorer l'anxiété déjà existante. L'accueil passe par la communication, l'écoute, l'observation, mais aussi par l'attention portée à l'organisation des « arrivées » et « départs » afin de permettre autant que possible la tranquillité et l'intimité de chacun et un temps d'accueil le plus personnalisé possible.

6. LES MOYENS D'EVALUATION

L'évaluation de l'anxiété et de la douleur ne s'observe pas seulement, elle se mesure aussi. Aujourd'hui, alors que beaucoup de symptômes s'objectivent (tensiomètre, thermomètre), se voient (grâce aux scanner, échographie ou IRM*), se mesurent (prises de sang), la douleur et l'anxiété possèdent la caractéristique de ne pas être objectivement mesurées et chiffrées. Ce sont des symptômes à part, subjectifs, qui appartiennent au malade lui-même. C'est lui qui est le mieux placé pour évaluer son inconfort.

Pour mesurer l'anxiété, l'échelle spécifique la plus reconnue est *l'Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS)*. Elle est principalement utilisée en consultation d'anesthésie mais n'est pas adaptée lors d'un soin iatrogène. Elle est également traduite en français, elle permet de combiner

17 Loi n°2002-303. *Charte de la personne hospitalisée*, item n°8 (en ligne) mars 2002 (consulté le 25.08.2020) disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/flyer_a5_couleur.pdf

l'évaluation de l'anxiété à l'évaluation des attentes concernant l'information sur l'intervention.

L'APAIS comporte 6 items validés pour la consultation d'anesthésie. ¹⁸ (ANNEXE 3)

Les échelles d'évaluation les plus utilisées sont : (ANNEXE 2)

- l'Échelle Visuelle Analogique (EVA) : le patient déplace un curseur correspondant à un dessin ou un curseur d'intensité représentatif de la douleur, le soignant lit au dos du curseur le chiffre correspondant à une valeur millimétrique de 0 à 100 mm) ; C'est la plus fiable selon la SFETD ¹⁹

- l'Échelle Numérique (EN) : Elle peut être réalisée à l'écrit, mais elle est le plus souvent proposée à l'oral. Le soignant demande au patient de coter sa douleur entre 0 et 10. Le « 0 » signifie une absence totale de douleur et le chiffre « 10 » une douleur maximale imaginable ;

- l'Échelle Verbale Simple (EVS) : c'est le patient qui exprime sa douleur par l'intermédiaire de cinq adjectifs (ex : aucune, faible, moyenne, forte ou intense).

Conçues à l'origine pour évaluer la douleur, elles sont de plus en plus utilisées pour évaluer l'anxiété. Le choix de l'échelle varie en fonction du soignant et des habitudes du service.

Ces systèmes de mesure « d'auto-évaluation » sont considérés comme les plus efficaces car ils allient les trois composantes de la douleur : émotion, sensation et pensée. A partir du moment où le patient ²⁰ évalue sa douleur, elle devient pour le soignant un élément objectif, et non plus subjectif. Pour reprendre la métaphore de Patrice Queneau et ses confrères dans leur magnifique ouvrage illustré, il faut croire en la réalité de l'Autre, savoir en écouter la plainte et en tenter l'évaluation. Ces échelles de confort permettent de « prendre le pouls » et peuvent faciliter l'entrée en relation avec le patient (Queneau P, et al. 2007)

18

Robert B. Mesure de l'anxiété préopératoire par l'échelle visuelle analogique. (Mémoire). CHU Poitiers ; sept 2017 (consulté le 23.02.2020). 42 p. Disponible sur <http://www.chu-poitiers.fr/specialites/formation-infirmier-anesthesiste/wp-content/uploads/sites/49/2019/12/ROBERT-Benjamin-Mesure-de-l'anxiété-préopératoire-par-l'échelle-visuelle-analogique.pdf>

19

Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur

20

Mesurer la douleur. Priorité au ressenti du patient : l'auto-évaluation. (Consulté le 25.02.2020) Disponible sur <http://brainberry.fr/mesure-douleur/>

PROBLEMATIQUE

Ce travail porte sur l'accompagnement par l'hypnose des patients lors de la réalisation d'une anesthésie locorégionale du membre supérieur en préopératoire.

Le patient arrive dans un univers dont il a une perception hostile. Il est vulnérable et hautement suggestible, la plupart du temps anxieux, et n'a reçu aucune prémédication. Il va subir un geste potentiellement douloureux, puis une opération sous anesthésie générale.

Nous, personnel soignant, travaillons dans un contexte qui peut sembler peu favorable à l'établissement d'une relation sereine et empathique avec le patient.

Plusieurs questions se posent alors :

Dans ce contexte anxiogène à plusieurs facteurs, lié au geste invasif, à la narcose puis à la chirurgie qui va succéder, à l'environnement du bloc, à l'histoire liée à l'opération, l'hypnose médicale permet-elle d'améliorer le confort du patient ?

Comment améliorer nos prises en charge pour que l'hypnose puisse être incluse comme une étape tout aussi essentielle que la sécurité et l'enchaînement du programme opératoire ?

Quels bénéfices pour le patient, l'opérateur et l'équipe d'anesthésie ?

III. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

1. ENVIRONNEMENT ET CADRE

Ces accompagnements se sont déroulés dans le département d'Anesthésie Réanimation d'un hôpital périphérique du canton de Vaud. J'exerce transversalement sur deux établissements gérés par la même direction. J'ai informé mon chef de service de mon désir d'engagement dans ce DIU*. L'établissement ne pouvant me financer, celui-ci a assuré mes congés sur les jours de formation et fait au mieux pour que je puisse pratiquer sur le site pratiquant la chirurgie de l'épaule.

Les équipes sont sensibilisées « au langage positif » mais l'hypnose est pratiquée en tant que telle (hypnose formelle) par une IADE* et deux médecins chefs d'anesthésie, qui sont eux aussi transverses sur ces deux hôpitaux.

L'équipe d'anesthésie a fait le choix de réaliser les BIS* en salle de réveil pour des raisons d'organisation. Cinq postes de surveillance sont dédiés aux patients en post opératoire, dont un pour les ALR*. Celui-ci se trouve à l'extrémité, près de la fenêtre, et possède un système de monitoring et de surveillance identiques aux autres.

La salle de réveil dépend directement du bloc opératoire. Elle est séparée des salles d'opération par un long couloir, et dispose d'un interphone pour une communication rapide avec les salles d'opération.

Depuis 2018, et pour favoriser l'autonomie, les futurs opérés arrivent à pieds accompagnés par un soignant du service d'hospitalisation. Le lit est prêt en salle de réveil.

A l'arrivée, les équipes se présentent par leur prénom au patient. L'identité est reprécisée ainsi que toutes les questions relatives à la sécurité avant l'opération (jeune, allergies éventuelles, antécédents, etc...).

La pose d'un accès veineux périphérique et le monitoring (pression artérielle, fréquence cardiaque et saturation en oxygène) seront assurés pendant toute la durée du geste.

2. LES ANESTHESIES LOCOREGIONALES

Le terme « anesthésie » provient du grec évoquant la faculté de percevoir par les sens. L'anesthésie est la suppression des sensations (en particulier la douleur), au niveau d'un membre, une région ou de l'organisme entier.

Le principe de l'ALR* est d'injecter des anesthésiques locaux au voisinage d'un nerf ou de la moelle épinière afin d'anesthésier une région donnée de l'organisme. Le patient ne ressent plus rien dans la partie du corps visée mais conserve un état de conscience.

L'ALR* est réalisée comme complément de l'AG* ou comme anesthésie seule. Elle se pratique à tous les niveaux du système nerveux en fonction de la région à insensibiliser. Elle anesthésie un nerf ou un groupement de nerfs, souvent plus large que la zone à opérer.

Il existe deux groupes d'anesthésie locorégionale :

- **Les blocs centraux** concernent la rachianesthésie (injection d'un anesthésique local dans le liquide céphalo-rachidien) et la péridurale (injection de l'anesthésique local dans l'espace péridural) ;
- **Les blocs périphériques** concernent les blocs tronculaires (infiltration de l'anesthésique local au contact d'un tronc nerveux pour obtenir l'anesthésie d'un territoire précis. Ex : le bord interne de la main) et les blocs plexiques (infiltration d'un ensemble de nerfs pour obtenir l'anesthésie d'une région entière. Ex : tout le membre supérieur).

3. LE BIS, INDICATIONS, PROCEDURE, COMPLICATIONS

Le Bloc Inter Scalénique fait partie des blocs périphériques et permet d'obtenir une anesthésie du plexus brachial (ANNEXE 5). Il est devenu incontournable pour l'analgésie de l'épaule et de l'extrémité supérieure du bras en vue d'une chirurgie. Son efficacité peut durer, en fonction du produit utilisé, une dizaine d'heures et permet de prolonger la durée de l'analgésie post-opératoire. Pour des raisons chirurgicales-dépendantes, ainsi que de confort pour le patient, cet ALR* est toujours suivi d'une narcose totale.

Depuis quelques années, la procédure d'infiltration se fait sous échographie par un large repérage des différentes structures anatomiques (nerfs, vaisseaux, muscles, etc...). En effet, les complications qui

pourraient persister et entraîner des lésions définitives consisteraient en une lésion du plexus sur le trajet intermusculaire de l'aiguille ou encore l'injection intravasculaire de l'AL* dans l'artère vertébrale ou carotidienne. L'échographe dispose d'un mode couleur en cas de doute entre vaisseaux et nerfs.

Les racines nerveuses concernées pour l'infiltration sont C5, C6 et C7. On les reconnaît à l'échographie sous la forme d'un chapelet d'alvéoles noires et sont généralement localisées entre le muscle scalène moyen et le muscle scalène antérieur. C'est à proximité de ces racines que l'anesthésique est injecté. (ANNEXE 4). L'injection est localisée au niveau du cou plutôt latéralement, le patient allongé sur le dos, tourne la tête du côté opposé. Une aiguille de 50 mm de long est utilisée. L'AL* va entourer les racines concernées et permettre d'analgésier l'épaule et la partie supérieure du bras. C'est un geste minutieux qui demande une grande concentration afin d'éviter une lésion nerveuse ou la perforation d'un vaisseau. (ANNEXE 6)

L'effet secondaire le plus fréquent est d'endormir le nerf phrénique touché par diffusion du produit anesthésiant. Celle-ci engendre toujours une paralysie diaphragmatique unilatérale qui persiste aussi longtemps que l'ALR* est efficace, entraînant la plupart du temps une dyspnée. Plus rarement, l'impact sur le nerf laryngé avec paralysie de la corde vocale ou encore une atteinte du nerf sympathique avec trouble visuel (syndrome de Homer²¹) sont des événements transitoires qui s'estompent et disparaissent lorsque le bloc cesse de faire effet.

4. DEROULEMENT DE LA SEANCE

Une fois le patient installé dans son lit, le médecin et/ou l'assistant qui va réaliser le geste et moi-même nous présentons. C'est le premier contact avec le patient, la rencontre ne pouvant se faire avant.

Le monitoring, la pose du cathéter veineux, les explications techniques, les questions d'usage et de sécurité, se font dans cet intervalle. La notion d'anxiété et de douleur est mise en lumière ici, au travers de l'échange, puis à l'aide d'une échelle d'évaluation, souvent l'EN*.

21

Les symptômes du syndrome de Claude Bernard-Homer comprennent une paupière supérieure tombante (ptose) et une pupille rétrécie (myosis)

C'est à ce moment que l'alliance thérapeutique se crée.

L'accompagnement par l'hypnose médicale est ensuite proposé au patient comme une technique permettant de lui procurer un confort et une détente durant le geste. Je me présente comme étant en formation dans le cadre d'un diplôme universitaire et l'invite à poser toutes les questions qu'il souhaite avant de commencer. Je lui précise que l'hypnose médicale est ici un complément à l'anesthésie locale et que cela ne change en rien à la prise en charge médicale.

Le patient est libre de refuser ou de changer d'avis à tout moment.

La séance se déroule en parallèle de mes responsabilités de surveillances post-opératoires des autres patients présents. Lors de ces accompagnements, je suis seule comme IDE* et les sorties de salle peuvent survenir à tout moment. Dans la mesure du possible, je délègue mes responsabilités à l'IADE* de garde et prévient le reste de l'équipe médicale et anesthésique.

Je me place à la tête du patient, assise ou debout selon la hauteur du lit souhaitée par l'opérateur. Le patient est sur le dos, sa tête tournée dans ma direction. L'espace est étroit, l'échographe étant placé face à l'opérateur ainsi que le dispositif veineux.

Il peut arriver que le médecin, ganté stérilement, ait besoin de moi pour pousser la seringue d'AL* s'il n'a pas d'assistant. Je dois alors suivre ses consignes du regard en parallèle de l'accompagnement hypnotique.

L'EN* est à nouveau proposée et évaluée avant le départ au bloc et la satisfaction de l'accompagnement est recueillie en post-opératoire.

Les enregistrements des séances ont été réalisés pour retranscription fidèle de l'échange avec le patient., et sont chronologiques dans le temps pour les trois premiers cas.

5. DONNEES RECUEILLIES

Les données recueillies résultent de l'échange avec le patient, de l'observation, et des échelles d'évaluation.

Avant la réalisation du geste : « Savez-vous pour quelle(s) raison(s) vous êtes ici en SSPI* avant l'opération ? » ; « Comment vous sentez-vous ? » ; « Avez-vous entendu parler de l'hypnose médicale ? » ; « Aimerez-vous que je vous accompagne durant le geste ? » ;

Après la réalisation du geste : « Avez-vous été satisfait de cette prise en charge ? » ; « Cela vous a-t-il aidé ? » ; « Avez-vous ressenti quelque chose de désagréable durant le geste ? » ; « Aimerez-vous renouveler cette expérience pour un nouveau geste ou une nouvelle opération chirurgicale ? »

Pour des raisons de confidentialité, les quatre patients présentés dans ce travail seront nommés par des prénoms fictifs.

IV. RESULTATS ET DONNEES CLINIQUES

CAS CLINIQUE N°1 : EMILIO

« *Une bulle en Sicile* »

67 ans. Sans antécédents particuliers. Épaule abimée par 50 années de maçonnerie. Les tendons de l'épaule droite ne résistent pas à une chute en voulant porter son moteur de bateau 6 mois auparavant, entraînant la rupture des rotateurs et une invalidité quasi-totale. Après de nombreuses infiltrations inefficaces, l'arthroscopie est donc programmée ce jour.

Je me présente par mon prénom et lui explique le rôle qui sera le mien auprès de lui en tant qu'infirmière de SSPI*. J'installe les câbles de surveillance tout en lui expliquant chacune de mes actions. Son accent ne trompe pas, il est sicilien, immigré en Suisse il y a 40 ans, retraité, bon vivant, et très amoureux de sa femme avec laquelle il aime aller en Sicile dans la maison où il a vécu étant petit. Il est plutôt bavard et semble détendu.

En lui touchant l'épaule je lui demande :

« Et dites-moi alors, qu'est-ce que ça vous fait d'être ici ? Comment vous sentez-vous ? ».

Il me répond avec le sourire : « Oh rien...très content d'être enfin là, j'ai hâte que cette foutue épaule soit réparée ! » avec un accent mélodieux très agréable. Oups...intérieurement je me dis que je ne vais lui servir à rien, il semble visiblement détendu !

Je lui propose d'évaluer sa douleur entre 0 et 10 (EN*) : « Oh pouh ! Presque rien ! je dirai : 3/10 ».

Je lui réponds avec un grand sourire : « Ah bon ! Tant mieux alors ! c'est super ça ! Et qu'est-ce qui s'est passé avec cette épaule alors ? Racontez-moi »

Il me raconte sa chute sur son bateau, la poisse, il n'est pas prêt de naviguer ni de voyager.

Dans le même temps, le médecin cheffe ce jour-là, accompagnée par l'une de nos nouvelles assistantes en anesthésie, se présentent à leur tour. Les questions d'usage sont posées (à jeun ? allergies ? matériel dans le corps ? etc...). Je vois l'assistante s'emparer du plateau que j'avais préparé pour poser la voie veineuse. Bon, elle a décidé de le faire, tant mieux je la laisse s'exécuter. Pendant ce temps, je pourrai en apprendre plus sur Emilio. Sicilien débarqué en suisse depuis 40 ans, amoureux de son pays, la discussion glisse rapidement sur les Cantucci, Cassata, Arancino et autres spécialités siciliennes...

Peut-être un peu trop compliqué pour se concentrer, l'assistante novice perfore la veine qui forme un « œuf » sur l'avant-bras... Le patient fait une grimace, son front se fige, son enthousiasme semble s'être éteint. Pendant que le médecin reprend la main, je sais que je dois absolument poursuivre l'échange pour focaliser son attention ailleurs et le rassure tout en lui prenant la main qu'il me serre. Elle est moite...

« Ça va Emilio ? ». Son visage a changé, je sens qu'il se renferme :

« Ben oui mais j'espère que cette fois ce sera la bonne ! Surtout qu'on a que ce bras-là hein ! »

Je ne sais si c'est une question mais je ratifie ses propos : « Oui, on ne peut poser la voie que sur ce bras mais il reste plein de belles veines, il y a peut-être même autant de veines que de spécialités italiennes ! D'ailleurs vous connaissez les polpettes ? »

Je vois son visage s'illuminer, il tourne son regard vers moi souriant :

« Oh oui !!! Vous connaissez ça ? Ah mais c'est délicieux oui ! ma femme les fait très bien ! C'est une spécialité sicilienne pure souche ça ! Enfin y en a qui vous diront le contraire mais... » et patati et patata dans ce laps de temps, le médecin a posé la voie.

Je lui réponds : « Oui, je connais très bien cette spécialité à base d'aubergines et de viande, que c'est très bon et très gras aussi, d'ailleurs la voie veineuse est posée, vous voyez ?! » Oui, il voit et dit « ah ben je n'ai pas senti ! »

C'est à ce moment-là que je lui parle de ma formation en hypnose médicale et lui propose de l'accompagner s'il est d'accord pour le geste qui va suivre, qu'on pourrait se mettre dans une « bulle » lui et moi pendant que les médecins s'occuperaient de la partie technique, « ça vous dit ? »

D'un ton taquin, il me répond : « Oh oui avec plaisir alors ! Partir avec vous je ne dis pas non ! On pourrait partir à Cefalù ?!! »

Il a trouvé sa safe place et j'ai mon yes set ! L'anesthésiste me fait signe que je peux commencer pendant qu'elle déballe son matériel. Je m'installe du côté où il doit tourner la tête pour le geste, et commence mon VAKOG* d'un ton posé et calme, lui demande de s'imprégner des bruits de la pièce... ceux, plus lointains (les voix sont nombreuses et fortes, un patient vient de sortir de salle), ceux plus proches comme les bruits de papier, le bruit de son cœur... et ma voix... qu'il peut écouter ou non et en même temps... et puis de choisir un point qu'il peut fixer tout en écoutant ma voix, « vous n'avez rien d'autre à faire, juste prendre ce temps rien que pour vous ».

Spontanément il regarde vers la fenêtre, il neige depuis ce matin. Son regard est absorbé par la chute incessante des gros flocons. Ses yeux sont fixes. Je m'efforce à prononcer mes phrases sur l'expiration, et me concentre davantage.

« Et pendant que vous observez un de ces flocons blancs... prendre conscience de la position de votre corps sur ce matelas...les talons, le dos, la tête, la joue gauche... posée sur cet oreiller dont vous pouvez ressentir la fraîcheur... agréable contre la joue...et les paupières ont peut-être déjà envie de se fermer pour mieux percevoir l'environnement (suggestion qu'il prend immédiatement)...tout en continuant de percevoir ma voix... imaginer mieux les contours de ce flocon qui ont changé...peut être même sa blancheur...plus intense...ou différente...je ne sais pas... »

Emilio est en mode automate, lui si bavard il y a quelques instants, semble concentré. Je ratifie et le félicite doucement : « C'est très bien Emilio »

Je lui propose d'écouter sa respiration, de percevoir la fraîcheur de l'inspire lorsque l'air entre par le nez et l'air plus chaud qui en ressort à l'expire. Il prend une profonde respiration, je l'accompagne et ratifie.

« ...imaginez derrière les paupières... (déconcentrée et déjà à court d'idées, le terme que j'avais utilisé plus tôt me revient soudainement à l'esprit) une bulle...une bulle en verre ou tout autre matière...de la taille que les yeux perçoivent le mieux...une bulle refuge, résistante aux éléments extérieurs » et je continue : « vous êtes sûrement curieux d'y entrer pour aller l'explorer...(je laisse quelques secondes pour lui laisser le temps d'imaginer, pas davantage car à ce moment-là je vois le médecin qui me montre le coton imbibé de désinfectant au bout de la pince.

« ...et à l'intérieur...percevez... comme derrière une vitre... les flocons qui continuent de tomber au sol...gracieusement...alors que vous pénétrez à l'intérieur, la température y est idéale...et la fraîcheur d'une agréable brise vient caresser le visage...et peut être aussi le cou... » Le patient ne réagit pas, sa respiration est apaisée et les paupières dansantes...il n'est clairement plus avec nous. Je ratifie à nouveau en le félicitant.

Commence alors le repérage avec la sonde d'échographie, l'anesthésiste explique en chuchotant à l'assistante le panel topographique des différentes structures. Je me rapproche de l'oreille gauche d'Emilio, pas trop non plus, pour me synchroniser sur sa respiration :

« Et dans cette jolie bulle de verre... ou tout autre matière, vous pouvez percevoir le son apaisant du silence.....confortablement installé...vous humez avec bonheur les odeurs de l'Italie à Cefalù, les

odeurs de de cette ile magique... les sons...les voix...les rires des enfants et de tous ceux que vous aimez plus que tout...les saveurs tellement fantastiques des plats de l'enfance... »

J'énumère à nouveau les polpettes, cantucci et autres douceurs... (Il est visiblement dissocié, les mouvements oculaires, les traits lisses de son visage, un léger rictus, me l'indiquent indéniablement) ... « ... et l'odeur des pins...si envoutante... »

J'ai dans l'idée à ce moment-là d'inclure une épine de pin dans mon scénario et je relève la tête pour être synchrone avec l'introduction de l'aiguille, et je suis surprise de voir que l'anesthésiste a déjà introduit l'aiguille et l'assistante est en train de pousser la seringue d'AL* ! Aucun mouvement d'Emilio qui est probablement au pays de soleil. J'étais moi-même tellement dans mon histoire que je n'avais pas prêté attention au signal du médecin.

L'anesthésiste me fait un pouce et un sourire, je ratifie à nouveau en le félicitant de ce qu'il fait en ce moment. D'une voix plus soutenue, j'amène ma suggestion post-hypnotique :

« Et pendant que le bras est en train de s'endormir profondément, prenez ce temps encore pour explorer ce lieu que vous aimez tant... où tout est calme et sérénité...peut-être y ramener cette sensation de plénitude avec vous, ici et maintenant... »

Le patient ne semble pas vouloir « revenir » alors je poursuis d'un ton plus direct :

« Ici on a terminé et le bras va maintenant pouvoir dormir à son tour pour être réparé et fonctionner à nouveau comme avant, comme il sait le faire... et quand vous serez prêt, vous pourrez revenir ici et maintenant, avec nous, dans cette salle de réveil... »

Il a toujours les yeux fermés et l'anesthésiste, étonnée, lui demande d'une voix forte :

« Ca va Emilio ? Vous sentez une sorte de chaleur dans votre bras, vous arrivez à le bouger ? »

Il ouvre les yeux difficilement comme hébété, les yeux brumeux comme sortis d'un long sommeil

« Oui oui... c'est déjà terminé ? mon bras est tout engourdi ça fait bizarre ! »

« Oui c'est tout à fait normal, ça va se prolonger quelques temps et c'est terminé ! Vous n'avez rien senti ? ». Il me répond encore étourdi et en se raclant la gorge : « Absolument rien ! »

Je lui demande de me confirmer s'il se sent bien, s'il est plus détendu à présent et là il me répond doucement : « oui super j'étais vraiment parti chez moi en Sicile ! »

A nouveau je lui propose l'EN* : « Ben là 0 ! En fait, tout à l'heure quand vous me l'avez demandé j'étais plutôt à 8 ! »

Je lui dis qu'il peut maintenant à nouveau repartir dans son monde intérieur, qu'il a parfaitement montré avoir les ressources pour le faire, et qu'à son réveil, le bras sera réparé, je serai là quand il ouvrira les yeux.

L'opération terminée, j'attends qu'il soit bien réveillé et lui demande si mon accompagnement en hypnose l'a aidé, s'il renouvellerait une prochaine fois. Il me répond :

« Ah oui ! je vais d'ailleurs en parler à ma femme de cette technique, suis certain qu'elle connaît car elle sait tout ! » Et il rajoute : « Comme ça, on va pouvoir partir quand même pendant les semaines de convalescence ! » Mercis et sourires mutuels, au revoir.

Je n'ai pas besoin de recueillir l'avis de l'anesthésiste qui me dit alors spontanément que c'était très bien, qu'il n'a pas bougé. Elle est satisfaite et a pu se concentrer entièrement sur son geste.

CAS CLINIQUE N°2 : VALERIE

« Ne rien faire et lâcher-prise sur un vélo »

40 ans. Invalidée par son épaule droite suite à une chute sur son lieu de travail. Elle est responsable d'un magasin de vêtements et doit assurer la livraison et le portage de lourds cartons. Les douleurs sont quasi-permanentes depuis 6 mois et les nombreuses infiltrations se sont révélées inefficaces. Ne dormant plus la nuit, elle est à bout physiquement et nerveusement, ce qu'elle l'exprime très bien par ailleurs : « Je ne sais plus comment me mettre la nuit pour trouver le sommeil, c'est insupportable depuis des mois, je n'en peux plus ». Son visage est crispé.

Pendant que je l'écoute tout en ratifiant ses propos, j'ai mis en place le monitoring et, la saturant de questions d'usage et diverses, j'ai introduit le cathéter veineux. La patiente parle beaucoup, la conversation tourne autour de son épaule. Elle est sportive, pratique le VTT, mais depuis quelques temps, même marcher lui provoque des douleurs. Je me dis qu'elle a besoin de se détendre...

EN*: Spontanément, elle différencie sa douleur de son anxiété : 7/10 pour l'appréhension de la piqure dans le cou et 6/10 sa douleur.

C'est à ce moment-là que je lui propose l'accompagnement par l'hypnose médicale, pour lui permettre d'oublier pendant quelques instants ce qu'il se passe ici. Elle me répond avec un grand soupir : « D'accord, je sens que ça peut me faire du bien... enfin j'espère parce que j'ai du mal à lâcher prise ! »

Il faut réaliser l'anesthésie de l'épaule afin de respecter le timing opératoire. Le peu d'informations que j'ai retenues de la patiente semble m'indiquer un canal kinesthésique prédominant. Je cherche quelle sera le meilleur outil à utiliser, et je me lance sans savoir vraiment.

« ...Prenez une position confortable...prenez conscience des bruits qui nous entoure...ils seront présents tout au long de la séance » (je les lui énumère) « ...je suis sûre que vous pouvez percevoir ceux qui sont plus sourds... comme la climatisation... et ceux plus lointains comme l'oxygène du voisin ? ...puis de chaque partie du corps de bas en haut, les talons, le dessous des cuisses, le dos, jusqu'à la tête posée sur l'oreiller, et les épaules...vous êtes bien installée et confortable ? » réponse : « oui ».

Je poursuis : « ...au moment de l'injection, si vous ressentez un petit quelque chose, comme la sensation d'un ongle ou un frémissement, comme ceci ongle (je fais la démonstration avec mon doigt), c'est tout à fait normal et vous pourrez nous le dire, même si ce sont d'autres sensations plus désagréables, d'accord ? » réponse « oui »

Je lui suggère de trouver un point qu'elle pourra prendre le temps d'observer tout en écoutant ma voix. Je la sens encore dans l'analyse de ce qu'il se passe autour de nous elle mais a vraisemblablement trouvé son point : son regard est fixé sur le radiateur.

« Très bien Valérie... et peut être qu'il est plus facile de bien définir les contours de ce point derrière les paupières fermées dans le son du silence... » (bruits alentours) je laisse un blanc car ce que je viens de dire est incohérent...j'ai fait de la confusion sans m'en rendre compte, ni l'anesthésiste, ni l'assistante ne semblent s'en être aperçu.

« ... fermez simplement vos yeux et laissez tous vos muscles être mous et relâchés...du sommet de la tête jusqu'au bout des orteils... faites attention seulement à ma voix, tous les autres bruits sont sans importance pour vous... » La patiente a fermé les yeux, je me concentre sur sa respiration et parle sur son expiration en posant ma main sur son bras.

« Très bien... prenez conscience de votre respiration...l'air frais qui rentre ...et celui plus chaud qui ressort...ce va et vient naturel qui se produit sans même que vous ne vous en rendiez compte... c'est très bien ce que vous faites Valérie... »

Le médecin est sur le point de procéder au repérage avec la sonde, il commente les images de l'écho à son assistante. Je poursuis :

« Et pendant que les choses se font, vous, vous n'avez rien à faire... vous n'avez pas besoin de penser à vous détendre... vous n'avez pas besoin de tenter de vous relaxer...vous n'êtes même pas obligée de m'écouter... juste laisser votre esprit libre de faire ce qu'il a envie de faire...depuis si longtemps...profitez de ce temps pour vous » ... La patiente semble plus relaxée, sa respiration est plus profonde.

« ...Et pendant que vous entrez de plus en plus profondément à l'intérieur de vous, je vous invite à prendre tout votre temps pour percevoir toutes les sensations agréables qui vous viennent...positives...tranquillement...à votre rythme..., peut-être êtes-vous en train de revivre un moment, un souvenir où toutes ces sensations étaient présentes...cette liberté de l'esprit et du corps tout entier lorsqu'on n'a rien d'autre à faire que de ne rien faire... »

On me fait signe de l'imminence de la ponction, je me demande comment je vais bien pouvoir amener ça à Valérie puisque je suis dans le « ne rien faire » ...elle est certainement nulle part ! ...elle semble tout de même plus détendue, les muscles de son visage relâchés. Je continue d'un ton calme et posé :

« Et là où vous êtes...laisser faire le corps... et l'esprit... de plus en plus profondément...détendus...tous les muscles...les moindres petits nerfs...jusqu'au bout des orteils...ressentez cette sensation de légèreté »

Introduction de l'aiguille. Valérie fait une grimace mais ses yeux restent fermés et elle ne bouge pas.

« Au fur et à mesure de la respiration et à chaque expiration... (je souffle en même temps qu'elle), vous ressentez cette sensation de légèreté d'abord dans les pieds, d'abord le droit...et peut-être le gauche...ou les deux en même temps...je ne sais pas...et peu à peu cette légèreté remonte tranquillement vers les mollets, les cuisses, ... » (j'énumère chaque partie en remontant jusqu'aux épaules, au cou, puis à la tête). « ...vous êtes totalement...parfaitement... détendue, légère...comme l'image de votre corps sur un vélo qui dévale tranquillement une pente douce...en sécurité...les cheveux au vent... »

Injection du produit anesthésique. Je continue :

« Et au fur et à mesure de votre promenade, profitez de l'espace, du paysage...prenez le temps d'observer tranquillement les nouvelles sensations qui sont en train de se créer dans votre corps et dans votre bras...agréables...peut-être une sensation de chaleur bienfaisante...de légèreté...de protection, ou tout autre chose »

Le geste est terminé, on me fait signe du pouce que le geste est terminé. D'une voix plus forte et un plus rapide, je lui dis en lui touchant le bras :

« Ici c'est terminé, le bras gauche s'est endormi le temps que l'épaule soit réparée et il retrouvera toutes ses capacités après l'opération, comme il a toujours su faire, vous pouvez ramener cette sensation de légèreté, ce moment de confort que vous a apporté ce lieu, ici, dans cette salle de réveil, avec nous, et reprendre conscience des bruits présents, de ma voix, et puis de votre corps que vous pouvez remettre en mouvement. Mémorisez ce moment de plénitude, pour le garder en vous tout en fermant fortement vos paupières quelques secondes et vous pouvez ouvrir vos yeux, revenir vers nous, ici »

Valérie bouge les pieds puis les mains, mobilise fortement ses paupières fermées.

Je lui demande comment elle se sent, si elle a pu se détendre et lâcher-prise. Elle me répond soulagée et souriante : « oui, j'ai eu du mal à lâcher-prise au début et puis je suis montée sur mon vélo ! ». Son visage est serein. Elle mentionne l'inconfort de la position de la tête mais pas la douleur liée au geste.

L'anesthésiste me laisse terminer puis lui pose quelques questions sur les sensations perçues maintenant dans son bras.

Je lui propose l'EN*. Elle évalue à nouveau en différenciant spontanément son anxiété à 2/10 et sa douleur à 0/10.

Je la félicite à nouveau et, tout en l'aidant à se mobiliser sur la table d'opération avec son bras anesthésié, lui dit qu'elle a les ressources en elle pour lâcher-prise, qu'elle peut, si elle le souhaite, recommencer en traversant ce long couloir, et que je la revois dans quelques heures à peine.

En post-opératoire, la patiente me dit que c'est une technique qu'il faut vraiment qu'elle retente ultérieurement, soit pour un futur soin anxiogène, soit pour elle au quotidien, elle est ravie.

CAS CLINIQUE N°3 : THIERRY

« La feuille blanche »

48 ans. Sportif, il a fait une chute en VTT pendant la période de confinement, l'intervention a dû être repoussée de quelques semaines. L'épaule droite n'est pas fracturée mais les tendons sont touchés. En attendant l'opération, l'immobilisation du bras, les infiltrations, les séances de physiothérapie et les nombreux antalgiques ont permis de faire supporter la douleur.

Au moment de l'accueil, je découvre un faciès fermé. Il semble peu enclin à l'échange mais je ressens chez lui une grande lassitude, peut-être même de la contrariété.

Tout en poursuivant l'installation et les explications sur le geste et la position qu'il devra prendre, je me dis que je dois absolument instaurer une relation de confiance avec lui.

A la question : « comment ça va ? » il me répond « ça va ça va... »

Pour me rapprocher de lui, j'oriente le dialogue en ratifiant ce qu'il doit vivre depuis quelques semaines, la douleur, l'immobilisation pour un sportif comme lui, et probablement cette période d'attente de l'opération qui a dû être d'autant plus frustrante et irritante, « n'est-ce pas ? »

« Oui c'est très difficile pour moi et en plus mon activité professionnelle est à l'arrêt, c'est vraiment déprimant cette période, et j'en peux plus de ne plus faire de sport j'adore ça...vivement que la vie reprenne comme avant ». Je rebondis sur sa profession, il est dans l'horlogerie. Pendant ce temps, j'ai posé le cathéter périphérique.

Je réponds que je comprends tout à fait ce qu'il doit vivre, et que ce qui va reprendre en premier lieu c'est déjà que son épaule va pouvoir se mouvoir à nouveau, ce n'est qu'une question d'heures. Échelle analogique : 8/10.

« On va faire ce qu'il faut pour que cette étape se déroule parfaitement bien et que vous soyez plus détendu et soulagé, d'accord ? »

Il marque un soupir : « D'accord »

« Alors vous êtes en salle de réveil pour que l'on procède à l'anesthésie de l'épaule et du bras avant d'entrer en salle d'opération, (je touche en même temps son épaule et laisse cheminer ma main jusqu'au bout de ses doigts pour ancrer mon explication) ...et puis si vous êtes d'accord, je pourrai vous accompagner durant le geste avec une technique complémentaire d'anesthésie car je suis en formation actuellement en hypnose médicale et j'aimerais vous aider dans cette étape. »

« Oui d'accord »

« Super, votre position est confortable ça va ? vous pouvez déjà tourner la tête de mon côté sinon on le fera après, aucun problème, je vous le dirai à ce moment-là, d'accord ? »

Il replace son bassin. Je considère qu'il est coopérant et que j'ai obtenu mon yes set. Assise à côté de lui, je continue à lui poser des questions pour maintenir le dialogue et en apprendre plus sur lui, notamment s'il fait d'autres sports en parallèle du VTT.

« Oh oui beaucoup ! et j'attends avec impatience de remonter sur des skis ! »

Je développe alors mes questions sur le thème du ski, de l'hiver, de la neige. Il devient de plus en plus bavard, j'apprends que son grand père était alpiniste et qu'il passait beaucoup de temps avec lui petit, dans les montagnes enneigées. Il faut que je profite de cette joie qu'il a d'en parler.

L'anesthésiste est prévenu de mon souhait de l'accompagner, il prépare son matériel.

Il me vient à ce moment la technique de la « feuille blanche » de Marc Galy, médecin anesthésiste.

Je lui suggère de fixer une feuille blanche que je lui tends, lui propose de lui tenir à la distance qui lui convient. De focaliser son attention maintenant dessus et de laisser venir les pensées quelles qu'elles soient. « Qu'évoque cette feuille blanche pour vous ? » (Silence)... Ce peut être un lieu qui lui-même évoque un moment précis de votre enfance...des sensations, des odeurs... continuez à bien la fixer »

« Oui elle me fait penser à la neige de mon enfance, et aux bonhommes de neige que l'on construisait avec mon frère et mon grand-père tous les trois, on a bien ri ! »

Je profite qu'il soit dans ses pensées (ses yeux commencent à peiner à fixer la feuille, son regard est embué), pour lui tourner doucement la tête vers moi. L'anesthésiste vient d'arriver.

« Vous pouvez profiter pleinement de ce moment pour sortir de cette pièce, vous pouvez même fermer les yeux pour faire revenir ce souvenir...comme cette horloge qui remonte le temps derrière les paupières...(il s'exécute aussitôt, je retire la feuille) fermées maintenant... de plus en plus collées aux yeux... et je suis sûre que c'est comme si vous flottiez à l'extérieur de votre corps...agréablement...et prêtez attention uniquement à ma voix, comme une musique de fond qui accompagne la fabrication de ce bonhomme de neige...et le tic-tac d'une horloge...apaisante...rassurante... » (je laisse passer quelques cycles respiratoires)

« Et maintenant que vous êtes totalement absorbé par ce magnifique souvenir joyeux, je suis sûre qu'en vous rapprochant de plus près de ce bonhomme de neige, vous pouvez y voir une carotte ? ...et même très certainement une écharpe ? » Hochement de tête et sourire.

« ...vous pouvez peut-être me décrire l'écharpe ? »

Il s'applique particulièrement à me la décrire : « C'est l'écharpe de mon grand-père, elle était en laine, à carreaux rouge » répond -il toujours avec le sourire.

Je ralentis progressivement le rythme de manière plus lente, plus détendue, sur son expiration et je reprends ses mots :

« En laine...avec des carreaux rouges...très bien... et votre esprit, votre inconscient peut imaginer cette écharpe de façon encore plus précise...son épaisseur...son odeur...l'intensité de sa couleur...la forme et l'espace entre les carreaux...et l'usure peut être... (je laisse passer deux cycles respiratoires) ...je vous invite à la placer autour de votre cou (j'effleure simultanément mes doigts de part et d'autre de son cou en mimant la pose de l'écharpe)...comme une protection...et vous pouvez enrouler cette écharpe de plusieurs tours...ceux qui vous paraissent nécessaires pour bien le protéger...allez-y...et peut-être que vous pourriez protéger davantage la partie du cou qui en a le plus besoin....et lorsque vous l'aurez fait, vous pouvez me le dire ou me faire un signe »

Au bout de quelques secondes, il hoche la tête et lève un pouce.

« C'est super ce que vous faites, portez bien attention aux infimes sensations de cette écharpe sur votre cou, la chaleur sécurisante qu'elle procure, c'est comme si ce cou était protégé par cette écharpe, comme une barrière... protectrice... (je laisse à nouveau passer un cycle respiratoire) et je suis sûre que vous pouvez déjà percevoir un engourdissement plus intense à droite de ce cou, une légèreté ou une lourdeur...peut-être une chaleur agréable. Ce sont les effets de l'écharpe qui commencent à se produire du côté qui en a besoin le plus ».

Juste avant que l'anesthésiste procède à l'introduction de l'aiguille, je l'invite à porter sa main valide sur son cou à gauche puis à droite, et à sentir ces effets. Il me dit « oui oui c'est plus chaud à droite qu'à gauche en effet c'est bizarre »

Je lui réponds qu'il a fait ce qu'il fallait pour ça. Je lui propose de fermer les yeux à nouveau et de continuer à ressentir cette sensation agréable, et à l'approfondir davantage en rajoutant peut être encore de l'épaisseur, de la chaleur, de la protection, peut-être même une crème anesthésiante sous cette écharpe... (à ce moment-là, l'anesthésiste procède à la dernière désinfection et introduit l'aiguille).

Son front plisse légèrement, ce sera son unique réaction jusqu'à la fin de l'injection de l'anesthésiant.

Le geste terminé, je lui suggère de prendre conscience de ce qu'il est en train de se produire dans son bras, cette chaleur qui se diffuse progressivement jusqu'au bout des doigts et de continuer à entretenir ces sensations agréables en imaginant le produit qui se diffuse autour des moindres petits nerfs.

« Vous pouvez revenir dans cette salle parmi nous et bouger à nouveau tout votre corps. Toute la région de l'opération reste relâchée, détendue et confortable, tout au long de l'intervention et dans les jours qui vont suivre, vous pourrez refaire le même exercice pour prolonger ces effets agréables, vous avez su le faire très bien ». Résultat de l'EN : « 2/10 »

Après l'opération, je le félicite encore et lui suggère qu'il peut se servir durant les semaines de rééducation de cette feuille blanche, comme une rêverie qui le ramène à refaire du ski ou du VTT dans un futur proche.

Son visage est détendu et souriant. Il me dit être agréablement surpris par cette technique et d'avoir réussi à transformer ses sensations juste avec son imagination.

CAS CLINIQUE N°4 : MICHEL

Bien que nous sortions du cadre stricto sensu de ce mémoire, et étant donné les circonstances exceptionnelles, j'aimerais relater une de mes expériences (parmi d'autres), qui a, je crois, elle aussi sa place. Elle se déroule en réanimation COVID.

Une nuit, aux prémices de de cette crise sanitaire qui durera plusieurs mois, je prends en charge Michel âgé de 65 ans. Hospitalisé depuis deux semaines en réanimation, intubé puis trachéotomisé, il passe par des phases d'agitation, notamment lors des changements de paramètres ventilatoires ou lors des soins. Depuis quelques jours il respire spontanément avec une aide inspiratoire, le but étant de permettre le renfort musculaire respiratoire et le sevrage en oxygène. La sédation nocturne et les opiacés ont été supprimés afin de permettre au plus vite son transfert dans un service moins lourd et plus adapté.

Sur le plan de la conscience, le patient répond aux questions par oui ou par non, bien qu'il soit difficile parfois d'interpréter ses réponses. Il convient de poser des questions courtes, fermées, et audibles.

Sur le plan neurologique, aucun signe clinique ne permet d'évoquer une pathologie en lien avec l'agitation.

C'est ma deuxième nuit auprès de lui, et en prenant mon poste, je me suis présentée par mon prénom, lui annonçant qu'on allait passer la nuit ensemble.

Nous l'avons mobilisé quelques heures plus tôt, pour frictions anti-escarres et remis sur le dos. Pendant et après l'installation, sa respiration s'est accélérée, est devenue anarchique, s'accompagnant de quintes de toux dues à l'hypersalivation engendrée par la mobilisation. Il faut l'aspirer plusieurs fois pour maintenir un niveau de saturation d'oxygène satisfaisant.

Il est maintenant minuit et c'est l'heure du soin de trachéotomie selon le protocole fixé par les médecins réanimateurs. L'orifice est inflammatoire et béant, il laisse passer des sécrétions purulentes. Ce soin est plus que nécessaire même à cette heure tardive.

Harnachée de mon déguisement de cosmonaute anti-covid, je m'approche tout près de lui afin de mieux capter son attention. Il a les yeux grands ouverts et regarde de gauche à droite, sa fréquence respiratoire est élevée.

« Êtes-vous bien installé dans votre lit ? » Hochement de tête « oui »
« D'accord super, on va nettoyer la trachéotomie d'accord ? » Hochement de tête « oui » « Il est maintenant minuit, et après ça je vous laisserai dormir un peu »

Je lui propose de réaliser ensemble un exercice de détente pendant que je ferai le soin, « un exercice qui va vous permettre de mieux respirer, d'être plus apaisé et de passer une bonne nuit, vous pouvez me faire un signe si vous êtes d'accord »

Il lève immédiatement son index gauche. Je considère que j'ai mon « yes set »

« OK alors suivez bien toutes mes instructions et si vous suivez toutes mes instructions, cela vous permettra d'être plus confortable et apaisé. Prenez d'abord conscience de votre respiration, ce mouvement naturel qui se produit sans même que vous n'ayez à y penser, le respirateur vous aide juste un peu et de moins en moins chaque jour qui passe car vous le faites très bien...l'air qui rentre plus frais...et l'air qui ressort plus chaud ... »

« ...et je vous invite à prendre conscience des bruits du respirateur...l'air soufflé qui passe par les tuyaux de cette machine qui vous aide...le bruit du scope qui représente les battements de votre cœur...ce cœur qui fait partie de vous et qui bat tout naturellement aussi... »

J'ai le sentiment qu'il m'écoute, il me regarde pendant que j'exécute le soin. Je poursuis le nettoyage de la plaie.

« ...et tout en prenant conscience de ces éléments, prenez le temps de faire plus attention aux appuis de votre corps sur ce lit...vos talons, vos fesses, votre dos...qui ressentent l'air circulant de votre matelas qui se gonfle...se dégonfle à un rythme régulier...peut être ressentez-vous des sensations fraîches ou plus chaudes... ».

Je laisse s'écouler quelques minutes tout en ratifiant régulièrement par « c'est bien Michel » « super » « parfait ».

« Je suis sûre que vous pouvez visualiser l'air que vous apporte la machine lorsque vous inspirez...rempli de particules dorées, ou colorées qui viennent doucement tapisser vos poumons et leur apporter une force supplémentaire...de plus en plus de force à chaque inspiration... »

Je glisse les compresses propres sous l'orifice de la trachéotomie. Il ne tousse pas comme à son habitude, aucune réaction ! J'observe sur les écrans ses fréquences cardiaques et respiratoires qui ont sensiblement diminué.

Mon soin terminé, je me rapproche de lui et l'observe. Il ne me regarde plus, ses yeux sont fixes et regarde au plafond, son visage est lissé, plus serein.

« ...et tout en continuant à visualiser cet air précieux, vous pouvez accéder à votre mémoire et faire venir à vous un souvenir heureux...de plénitude...un endroit qui évoque pour vous des sensations agréables...un peu comme la mer et le bruit caractéristique des vagues...ce va et vient incessant qui rappelle la respiration... »

« ...et peut-être vous pouvez fermer les yeux pour mieux percevoir toutes les sensations que ce lieu ou ce souvenir vous rappelle...ce peut être un lieu imaginaire...les odeurs, les bruits, les couleurs... imprégnez-vous de toutes ces choses agréables »

Je garde le silence un instant. Ses paupières s'abaissent légèrement et sa respiration est beaucoup plus calme maintenant, les alarmes du respirateur se sont espacées, il est en phase avec la machine.

« ...voilà... très bien. Je veux que vous preniez conscience que ce calme que vous ressentez maintenant est une émotion en vous, disponible à chaque fois que vous vous sentez moins bien...vous pouvez la mobiliser à chaque instant...vous avez cette capacité...et lors de la prochaine étape pour vous ici...lorsque la machine sera remplacée par un petit tuyau d'oxygène...et jusqu'à votre autonomie complète...vous saurez faire exactement la même chose ».

Cette fois, ses yeux sont complètement fermés et ses paupières dansent. Je ratifie et lui laisse quelques minutes. Je reviens vers lui et m'approche près de son oreille. Je lui suggère de mobiliser un peu son corps et procède alors GOKAV*. J'observe un mouvement des pieds, de la tête et à l'ouverture des yeux je devine un apaisement de l'ensemble du visage et un léger sourire. Je lui demande si cela lui a fait du bien. Hochement de tête « oui »

Je lui dis qu'il peut maintenant s'endormir et faire confiance à sa respiration, que le respirateur l'aidera si cela est nécessaire, et qu'au prochain soin dans plusieurs heures, il pourra refaire exactement la même chose.

Contrairement à la nuit passée, Michel a pu dormir trois heures sans interruption sans aucune alarme de dysfonctionnement respiratoire. Au petit matin lorsque je lui ai indiqué le jour et l'heure, il a écarquillé ses yeux de surprise, je lui ai souri et à nouveau félicité. « On refait le soin de la trachéotomie, d'accord ? » Hochement de tête « oui »

Ce patient a été transféré deux jours plus tard dans un centre spécialisé pour patients trachéotomisés. J'apprendrai son décès une semaine plus tard.

IV. DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE

1. RAPPEL DE LA PROBLEMATIQUE

La problématique de ce travail porte sur l'accompagnement hypnotique des patients lors de la réalisation d'un bloc interscalénique en préopératoire d'une chirurgie de l'épaule.

L'hypnose médicale permettrait la diminution de la douleur induite par le geste invasif ainsi que l'anxiolyse dans le contexte préopératoire et environnemental.

La communication hypnotique serait un bénéfice non seulement pour le patient mais aussi pour l'équipe soignante.

2. CONFRONTATION DES OBSERVATIONS A LA PROBLEMATIQUE

2.1. EMILIO

L'accompagnement a duré 46 minutes entre l'accueil et la fin du geste. La relation créée pendant la pose de voie veineuse puis la séance formelle durant la réalisation de l'anesthésie locorégionale ont permis l'immobilité du patient durant le geste et de toute évidence l'anxiolyse. L'échange durant la pose de VVP* a permis non seulement de recueillir des informations que j'ai pu réutiliser durant le geste, mais aussi de permettre la confusion chez Emilio qui n'a pas senti l'introduction du cathéter.

Je pense qu'il était en état hypnotique suffisamment profond pour ne plus être « là ».

Je connaissais peu de choses sur lui et sur la Sicile...toute la difficulté pour moi a été de rester « vague ».

Je crois que de lui avoir parlé des « polpettes », a permis de transformer la relation en hypnose conversationnelle par focalisation, et ainsi de créer l'alliance thérapeutique entre lui et moi. Son canal sensoriel préférentiel était probablement gustatif, j'aurai pu davantage saupoudrer de mots comme « moelleux, crémeux, mâcher, arômes, etc... »

A la fin, il a eu de la peine à « revenir ». C'est certainement dû au fait que je n'ai pas accéléré ma voix, ni énumérer les canaux sensoriels dans le sens du GOKAV*. J'étais tellement contente de le voir si bien dans son monde intérieur, que je ne lui ai pas fait prendre conscience des bruits présents dans la

pièce, ni de son corps. J'ai juste évoqué l'ici et maintenant. C'est le médecin, inquiet des résultats de son anesthésie, qui est intervenu, le faisant revenir un peu brusquement.

Je suis plutôt satisfaite de cette séance. Ce monsieur avait de bonnes dispositions à « entrer » en transe. Lorsque j'ai réécouté l'enregistrement, les bruits des déballages de matériels, les voix bruyantes, les alarmes de scopes et les sonneries de téléphone, y étaient omniprésents. Il était de toute évidence dans un état de conscience dissociée, et moi suffisamment concentrée pour y faire abstraction. Je crois que j'étais même « partie » un peu aussi. Le geste s'est déroulé dans une ambiance sereine.

2.2. VALERIE

L'accompagnement a duré 35 min, de l'accueil jusqu'à la fin du geste. J'ai eu peu de temps pour recueillir des informations sur cette patiente avant de l'accompagner, mais l'observation de ses trois formes de langage m'a permis de cerner très rapidement le contexte émotionnel dans lequel elle était enfermée. Toute la difficulté pour moi a été le choix de l'outil.

Spontanément, elle a chiffré sa douleur mais aussi son anxiété. Il m'a paru évident que le travail de travailler sur le relâchement. « Ne rien faire », était pour moi plus approprié et plus adéquat, le soin allait commencer et la patiente, devait absolument dissocier son esprit de son corps, et principalement de son épaule droite.

Je pense que son canal sensoriel prédominant était kinesthésique, et c'est pourquoi, après les suggestions « ne rien faire » et « légèreté du corps et de l'esprit », j'y ai inclus l'action de « faire du vélo ». J'ai volontairement suggéré la notion de « dévaler une pente douce », afin qu'elle puisse ne rien faire tout en étant dans une action volontaire mais légère malgré tout...Elle me dira cependant être montée sur son vélo mais pour monter une côte, elle avait besoin de bouger...Du coup, je ne sais pas bien si le « ne rien faire » était adapté à cette patiente, une safe-place avec des suggestions motrices aurait peut-être été plus adaptée.

Je n'ai pas utilisé les autres canaux sensoriels, je ne savais pas bien comment les intégrer à mon discours.

Je me suis sentie un peu nerveuse du fait de l'impératif d'enchaînement qui était bien présent, mais la patiente a été satisfaite, et n'a pas ressenti de douleur liée au geste. L'anesthésiste m'a remercié d'être resté près de la patiente. L'expérience fut positive pour elle, pour le médecin et du coup pour moi.

2.3. THIERRY

L'accompagnement a duré 20 minutes de l'accueil à la fin du geste.

Au fur et à mesure de mes expériences, je me suis aperçue que mes accompagnements se réalisaient de façon plus fluide, plus détendue. Je me suis affranchie des bruits alentours et j'ai accompagné ce patient tout à fait naturellement.

Il est arrivé avec un non-verbal particulièrement fermé. Lors de mes premiers accompagnements, cela m'aurait perturbé et bloqué. Il se présentait à la fin de ma formation, j'avais pris davantage d'assurance et j'ai eu la certitude que je pouvais l'aider.

L'induction par fixation de la feuille blanche m'est venu spontanément, certainement parce qu'il m'a parlé de neige et de ski. Du coup, tout le reste en a découlé.

J'aurais aimé approfondir davantage le thème de l'horloge qui me paraissait intéressant mais je ne savais pas comment l'inclure à mon discours.

C'est l'accompagnement formel où je me suis sentie le plus à l'aise. J'ai moins réfléchi au découpage de l'accompagnement, à ce que j'allais dire, suggérer. Le patient a été très satisfait et est reparti souriant.

2.4. MICHEL

Accompagner ce patient dans sa détresse m'est venu tout à fait naturellement. Je ne pouvais pas ne pas agir en le voyant si mal. J'étais au milieu de ma formation et je possédais les techniques de bases. Finalement, la trame était la même et je me suis lancée avec plaisir. C'était une nuit plutôt calme au début de la crise sanitaire, il s'agissait d'en profiter.

L'induction sur la respiration et les suggestions de détente m'ont parues évidentes. Après le soin, j'ai volontairement continué à entretenir les suggestions de détente afin qu'il profite encore.

A la fin de l'accompagnement, j'ai dû répéter plusieurs fois ma phrase pour qu'il me fasse signe de revenir. J'ai imaginé qu'il n'en avait pas envie mais je peux me tromper. Je n'ai volontairement pas parlé d'hypnose à ce patient, je trouvais que le contexte ne s'y prêtait pas.

Je ne saurais dire si Michel était en transe profonde ou non. Il m'apparaît toutefois que son état de conscience était modifié, élargi par les suggestions de détente et de confort.

Je n'ai pas utilisé les échelles de confort, je ne savais pas trop comment m'y prendre avec un patient dont l'énergie n'était pas suffisante pour déplacer une réglette, et dont la parole était absente.

J'aurai pu étayer et étirer davantage mon script, approfondir les métaphores et appuyer sur des suggestions post-hypnotiques en lien avec son devenir... Toutefois, la situation était non seulement nouvelle pour moi et l'équipe d'anesthésie, mais elle était aussi incertaine dans le devenir de ce virus, que je n'ai pas trouvé l'énergie suffisante.

L'accompagnement de ce patient rejoint ce sujet de mémoire puisqu'il s'agit d'une douleur induite par un soin. Certes, ce n'était plus l'introduction d'une aiguille dans le cou, mais bel et bien la prise en charge d'un soin anxigène et douloureux. L'annonce de son décès m'a peiné mais je sais qu'il a saisi la bouée que je lui tendais, et que j'ai fait de mon mieux pour la lui lancer.

2.5. BILAN PERSONNEL

De toutes mes expériences balbutiantes, j'ai découvert que ma satisfaction était obtenue grâce à celle exprimée par le patient. Au regard des cas cliniques élaborées dans ce mémoire et de toutes les autres moins formelles, la place de l'accompagnement par l'hypnose lors d'un BIS* est évidente. Ce sont des patients anxieux, inconfortables, stressés, arrivant dans l'univers hostile du bloc opératoire, sans prémédication leur permettant « d'échapper » aux émotions négatives. Hautement suggestibles, chaque geste, parole, bruit accroît leur anxiété et du coup, la perception de leur douleur. L'hypnose sous ALR* doit prendre en compte cet état de fait en considérant l'importance de l'alliance thérapeutique dès l'arrivée en SSPI*.

J'ai été contrainte en cours de formation de contourner ce travail de recherche initialement ciblé sur le BIS*, et j'ai dû me réinventer, donner à ma démarche débutante un nouvel élan, une nouvelle dimension. J'ai poursuivi mon apprentissage avec une nouvelle façon d'accompagner l'autre dans la douleur induite par les soins. Cela n'a pas cessé. Chaque patient était alors un nouveau sujet d'exploration de possibilités, y compris en réanimation. Je suis convaincue que l'hypnose médicale est une ressource primordiale à l'amélioration de la relation soignant-soigné.

Je n'ai jamais essuyé de refus d'accompagnement en proposant « l'hypnose médicale », je pense qu'il est important dans le cadre formel de l'annoncer comme tel au patient. Néanmoins, je l'ai proposé à Michel sous forme de « relaxation ». En effet, le contexte, pour lui comme nous tous, ne s'y prêtait

pas. Il me manquait aussi un vrai échange verbal si toutefois il avait des questions sur l'hypnose. De plus, je ne pouvais pas lui faire signer le consentement éclairé.

En réécoutant les enregistrements de ces accompagnements, je pense que j'aurai pu inclure davantage les bruits dans la séance, pour ne pas qu'ils soient interprétés de façon anxiogène. Par ailleurs, je ponctue beaucoup mes phrases d'un « oui, c'est très bien ce que vous faites » ou « voilà, super », je laisse aussi des silences quand je ne sais pas trop quoi dire pour enchaîner. Finalement, cela devient positif, je finis moi-même par l'intégrer et cela m'apaise aussi. Je me suis aperçue que l'anesthésiste et l'assistant finissent par chuchoter entre eux et exécutent le geste de manière plus calme.

Au cours de ces accompagnements, je me suis sentie immédiatement comme dans une « bulle » avec mes patients, ma voix et mes intonations changent spontanément dès le début de la séance et créent un lien singulier. Pour chaque accompagnement, nous étions tous, y compris le patient, en harmonie, chacun dans un même but, celui de l'anxiolyse et de l'analgésie, surtout celui d'accomplir le geste dans la quiétude. L'hypnose permet de gagner en confort chacun à la place qui est la sienne.

Je me suis sentie parfois déstabilisée pour placer au bon moment mes suggestions post-hypnotiques, l'impératif d'enchaînement des opérations et l'importance de recueillir les sensations neurologiques juste après l'ALR* étant nécessaires.

Afin de m'affranchir du manque de temps et des bruits, des inductions rapides sur les deux premiers cas cliniques auraient été plus pertinentes dans les conditions de la SSPI* et du BO*. Dans ce contexte et comme le souligne Bertrand Fayard (visioconférence DIU hypnose médicale et clinique, avril 2020), il convient de faire des suggestions directes et précises à un rythme relativement rapide et soutenu.

L'adaptabilité et la réactivité ont été bien présentes durant ces accompagnements. Je me suis petit à petit détachée des scripts. C'est le patient qui devient acteur de ses soins et qui guide la séance faisant évoluer son rythme et son déroulement, lui donnant un caractère unique. Je m'en suis aperçue par exemple chez Valérie lorsqu'elle me dit à la fin de la séance, qu'elle a grimpé la cote plutôt que de se laisser glisser en la descendant, chez Emilio lorsqu'il propose spontanément d'aller à Cefalù, et chez Thierry qui, en regardant une feuille blanche, pense à un bonhomme de neige.

En hypnose, le soignant n'est plus seulement un exécutant de geste technique, il a aussi cette chance incroyable de sortir des dogmes bien établis de sa pratique, en apprenant à observer le patient dans sa globalité.

Comme le souligne Dr Janssen, chirurgien devenu psychothérapeute, l'individu est indivisible. Le corps et l'esprit interagissent et ne font qu'un, il faut réapprendre à *voir le malade derrière l'organe et l'être humain derrière le malade*.²²

3. LIMITES ET DIFFICULTES

Ce mémoire ne relate qu'une partie infime de ma pratique de l'hypnose au quotidien. En effet, mon activité est variée en salle de réveil et en réanimation. A chacune de mes prises en charge, l'hypnose et la communication hypnotique sont présentes. J'intègre toutes ces techniques autant que faire se peut au cours de la prise en charge du patient.

Les difficultés que j'ai rencontrées ont été nombreuses mais ne m'ont jamais détournée de mon aspiration à « prendre soin » autrement.

- Le contexte de la salle de réveil avec les bruits et les sollicitations auxquels nous avons été confrontés les patients et moi compliquent les accompagnements. Une meilleure gestion du temps et l'anticipation m'ont permis de surmonter cette difficulté. Au fil de mon expérience pratique, je suis parvenue à mieux m'en détacher et à me libérer de cela.

- Le peu de temps pour découvrir le patient, son histoire, son canal préférentiel, sans l'avoir vu préalablement, m'a paru complexe pour créer l'alliance thérapeutique et être en phase avec lui. J'ai appliqué au mieux la méthode S.M.A.R.T²³ dont j'avais entendu parler en formation « gestion du stress » à l'hôpital ;

- L'utilisation des échelles de confort sur un échantillon restreint de patients ne permet pas l'objectivité. A mon sens, la satisfaction du patient est l'élément clé qui définit la bonne prise en charge et le lien au patient lors du soin ;

22

Janssen T. Entre corps et esprit, une science du lien. (En ligne) 01/03/2007 (consulté le 27.03.2020). Disponible sur <http://www.thierryjanssen.com/articles?start=90>

23

Spécifique : aider le patient et l'accompagner dans le contexte du BO*, Mesurable : avec les échelles de confort, Atteignable : à visée anxiolytique et analgésique, Réaliste : utiliser les outils appris et maîtrisés, Temporel : la séance doit être adaptée au temps du geste

- Le peu de patients éligibles à un BIS*. En effet, les jours programmés des épaules ne coïncidaient pas systématiquement avec mon planning de travail. Cette difficulté ne s'est pas arrangée avec la survenue de la crise sanitaire du Covid-19. Néanmoins, même si j'ai été contrainte d'abandonner la pratique sur mon sujet initial, j'ai poursuivi naturellement sur d'autres situations anxieuses et douloureuses.

4. DISCUSSION ETHIQUE

Il convient ici de rappeler les risques et le caractère délicat du Bloc Inter Scalénique : le suivi de la pointe de l'aiguille, la visualisation de la diffusion de l'anesthésique local et l'approche prudente des racines nerveuses sont essentiels pour réduire le risque de complications telle qu'une lésion nerveuse. Comparé aux autres blocs nerveux périphériques, le BIS* présente le plus haut risque de lésions neurologiques.

La surveillance des effets secondaires comme la chute de la paupière, le rétrécissement de la pupille, ou l'atteinte des cordes vocales est donc essentielle en post-geste immédiat, bien que ces symptômes soient transitoires. Quant aux lésions neurologiques définitives (cf. chap. III.3), il est indispensable, bien qu'elles soient rarissimes grâce à l'écho guidage, que le patient soit vigile et en capacité de formuler les sensations neurologiques dans le bras en temps réel. Comme le conseillent les experts de la Société Française de Réanimation, il convient de ne rien négliger et toujours garder une certaine

²⁴
vigilance .

On peut donc se poser la question de l'impact de l'hypnose : Si le patient est trop dissocié, pourrait-il formuler ces effets si toutefois ils se présentaient ? Le geste ne dure que qu'une quinzaine de minutes, il est donc important de bien réassocier le patient en fin d'accompagnement, afin qu'il puisse rapidement formuler ses sensations dans le bras ou ailleurs. La transe hypnotique permet de conserver ses réflexes

24

« Il est probablement recommandé en première intention de réaliser une ALR chez un patient éveillé ou légèrement sédaté, calme et coopérant. Toutefois, après discussion avec le patient, il est possible de réaliser un bloc associé à une anesthésie (...) s'il existe un bénéfice. La traçabilité du choix est importante. Dans ce cas, l'échographie apporte probablement une sécurité supplémentaire. » SFAR. Recommandations formalisées d'experts (en ligne) Mai 2019 (consulté le 24/04/2020) article R5.2 Disponible sur <https://sfar.org/wp-content/uploads/2019/10/rfe-anesthesie-loco-regionale-perinerveuse.pdf>

tout en étant dans un état de confort et de calme intérieur. Il convient néanmoins d'intégrer dans le discours ce qui pourrait se produire d'anormal et de mettre en place un signaling dans ce sens.

Savoir observer le patient, observer l'anesthésiste, observer le geste, est primordial en hypnose à fortiori lors d'un geste invasif. « La règle des trois O » de Milton Erikson consistant à Observer /Observer/Observer prend ici un sens accru. Mais suffit-elle à percevoir une sensation paradoxale liée à l'acte ? Autant de questions et de réflexions que l'on peut se poser. La balance bénéfice-risque est à évaluer en anesthésie comme en hypnose.

Par ailleurs, je me suis attachée à utiliser le terme « hypnose médicale » pour chaque séance formelle. Avec les trois premiers patients, cela m'a paru légitime et adapté puisqu'il s'agissait de séances protocolaires réalisées en parallèle du geste technique. Je ne l'ai pas fait avec le patient trachéotomisé pour les raisons exceptionnelles évoquées. Je ne le fais pas non plus dans les nombreuses situations où je pratique l'hypnose conversationnelle. En effet, elle est tellement présente et adaptée au contexte du bloc opératoire, qu'elle en devient naturelle pour moi. Il serait étrange d'interrompre le dialogue au début de la prise en charge et dire : « accepteriez-vous que nous fassions de l'hypnose conversationnelle ? »

Ma pratique de l'hypnose rentre indéniablement dans mon champ de compétence d'infirmière en salle de réveil et en réanimation. Cet outil, complémentaire à la prise en charge, vise un objectif précis (détente, anxiolyse, antalgie) et permet leur bien-être des patients. L'hypnose installe une relation de confiance et s'inscrit dans la démarche éthique qui m'anime.

5. PERSPECTIVES

L'hypnose est en plein développement au sein du service d'anesthésie réanimation de l'hôpital dans lequel j'exerce. Quelques soignants ont commencé une démarche de formation, et en dépit du scepticisme encore présent chez certains d'entre eux, je sais qu'elle n'a pas été vaine. En effet, elle est volontiers acceptée lorsque je la propose.

Je suis convaincue de l'impact positif de la communication hypnotique, tant pour le patient que pour l'équipe. Par un effet « tache d'huile », l'hypnose et ses bienfaits se propagent incontestablement et sèment un climat impavide. La plupart de mes collègues ont été sensibles à ce travail, j'ai pu m'apercevoir que les personnes que je pensais les plus réfractaires, ont été intéressées, sensibles et curieuses de ma démarche. Je suis ravie de travailler au sein d'une équipe dynamique prête à modifier

ses habitudes de travail pour intégrer l'hypnose, et mon envie de transmettre ce savoir est devenue évidente.

Ce travail m'a permis de faire émerger des solutions susceptibles de pallier certains dysfonctionnements rencontrés quotidiennement dans mon travail. Tout d'abord, le patient arrive sans prémédication, le plus souvent dans un état d'anxiété qui rend sa suggestibilité accrue. Il est donc nécessaire d'être vigilant à notre façon de communiquer devant lui et avec lui. La consultation pré-anesthésique a lieu quelques semaines au préalable. Le futur opéré à gambergé, imaginé, amplifié. Créer l'alliance thérapeutique à son arrivée au bloc est fondamentale pour permettre un meilleur vécu du geste invasif et de l'opération.

Dans l'avenir, il serait souhaitable de proposer une première séance, ou tout au moins une première alliance, en amont du geste, dans la chambre, quelques heures avant la prise en charge anesthésique. L'hypnose viendrait davantage renforcer l'effet bénéfique de l'accompagnement au moment du geste invasif. Elle ferait partie intégrante des étapes de la prise en charge. Et pourquoi pas une visite systématique une fois le patient bien réveillé, dans la chambre, afin de débriefer et répondre à ses questions sur l'« autohypnose » par exemple, cette technique suggérée à la fin de l'accompagnement.

Selon Marie-Élisabeth Faymonville, « l'hypnose est un don de la nature, comme le dessin ou la musique. Tout le monde possède des vestiges de cette capacité, certains sont des apprentis, d'autres des virtuoses. » (Janssen T. 2006 : 146).

Je ne suis qu'aux balbutiements de mon apprentissage en hypnose et j'ai encore beaucoup à apprendre de cette technique mais aussi de l'Autre. Continuer à me former et considérer le patient dans sa globalité représente mes principaux objectifs pour les années à venir.

V. CONCLUSION

Nous avons vu comment la communication positive, les suggestions, la focalisation, les métaphores et l'humour aussi, donnent la possibilité au patient, comme au soignant d'aller chercher dans ses ressources pour gagner en mieux-être.

Mieux soulager la douleur, réduire le stress et l'anxiété, prendre soin dans une vision globale du corps et de l'esprit, laisser au patient une trace positive de son passage au bloc opératoire et à l'hôpital, tout cela est possible en dépit du temps et des difficultés organisationnelles.

Au bloc opératoire, l'approche du patient par des mots bienveillants et positifs permet de changer l'appréhension face à l'anesthésie et/ou au geste inconfortable. La douleur est étroitement liée au mental, c'est là tout l'enjeu de l'hypnose.

La découverte de l'hypnose a changé ma façon de « prendre soin ». Elle induit des valeurs de bienveillance et de bientraitance. Rassurer et communiquer au-delà de la surveillance des courbes, des chiffres, des sons, observer finement les patients en allant chercher l'outil le mieux adapté pour eux. Cela demande d'utiliser son imaginaire, son instinct, et se faire confiance aussi.

Outre la part d'incertitude du résultat final, j'ai découvert l'envie de partager un moment unique avec chacun d'eux, comme une bulle d'oxygène au milieu du vacarme, une ressource dans mon quotidien. En même temps que j'aide mon patient, je m'aide moi-même. Cela se répercute sur l'équipe soignante par un sentiment de bien-être.

En associant lectures et expériences tout au long de cette formation, ma pratique s'est vue lentement progresser et je me sens à nouveau en phase avec ma mission de soignante. Bien au-delà d'un savoir-faire, j'ai acquis un savoir-être, que j'espère ancré à jamais dans ma relation au malade, mais aussi plus largement dans les relations interhumaines plus personnelles.

VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

LIVRES

Barbier E, Etienne R. Aide-mémoire hypnose en soins infirmiers en 29 notions. Paris : Dunod ; 2016

Bioy A. L'hypnose. Paris : que sais-je ; 2017

Bioy A, Sevilat T. Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose. Malakoff : Dunod ; 2017

Bioy A, Wood C, Celestin-Lhopiteau I. Aide-mémoire hypnose. 2^e édition. Paris : Dunod ; 2016

Bioy A, Celestin-Lhopiteau I, Wood C. Aide-mémoire hypnose en 52 notions. 3^e édition. Paris : Dunod ; 2020

Bonvin E, Salem G. Soigner par l'hypnose. 5^e édition. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2012

Cazard-Fillette C, Wood C, Bioy A. Vaincre la douleur par l'hypnose et l'auto-hypnose. Paris : Vigot ; 2016

Janssen T. La solution intérieure, vers une nouvelle médecine du corps et de l'esprit. Paris : Fayard ; 2006

Jousselin C. Nouvelle hypnose. 4^e édition. Paris : Desclée de Brouwer ; 2017

Perennou G. Métaphores hypnotiques pour accompagner les patients lors de soins techniques « c'est comme si... ». Bruxelles : Satas ; 2019

Queneau P, Ostermann G, Grandmottet P. La douleur à bras-le- corps. Dessins de Piem. Paris : Médicis ; 2007

Viot C, Bernard F. Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie. Paris : Arnette ; 2010

CHAPITRES DE LIVRES

Benhaïem JM. Place de l'hypnose dans la prévention et le soulagement des douleurs induites. In : Bérout F et al. Les douleurs induites. Paris : Institut UPSA de la Douleur ; 2010. p.145-156

Blanchon C, Moreaux T. Hypnoalgésie et soins douloureux : Indications et problématique. In : Celestin-Lhopiteau I, Bioy A. Hypnoalgésie et hypnosédation en 43 notions. Paris : Dunod ; 2014.p 230-235

Corydon H. Hypnoanesthésie et préparation à la chirurgie chap 4. In : Métaphores et suggestions hypnotiques. Bruxelles : Satas ; 2004 ; p.81-101

GUIDES PRATIQUES

Deleye B. Hypnose. Apprendre l'hypnose facilement et rapidement. Hypnose ericksonienne, toutes les techniques. Printed in Poland : by Amazon Fulfillment

Gouttier T. Petit guide du langage hypnotique. Printed in Poland : by Amazon Fulfillment

Honoré F et Al. Scripts d'hypnose tout-terrain. Bruxelles : Satas ; 2018

ARTICLES ET REVUES

Amoureux R, Rousseau-Salvador C, Annequin D. L'anxiété préopératoire : évaluation clinique, évaluation et prévention. Annales Médico-Psychologiques, Revue psychiatrique, Elsevier Masson (en ligne) 2012 (consulté le 26.08.2020) ; 168 :588 Disponible : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00682246/document>

Bernard F, Musellec H. Hypnose et anesthésies locorégionales. Le congrès infirmier SFAR (en ligne) 2012 (consulté le 29.01.2020). Disponible : https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Hypnose_et_anesthesie_locoregionales.pdf

Bernhaiem JM, Attal N, Brasseur L, Chauvin M, Bouhassira D. Local and remote effects of hypnotic suggesting of analgesia. Pain (en ligne) 2001 (consulté le 19.11.2019) ; vol 89 : 167-173. Disponible : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304395900003596>

Besson G. L'accueil au bloc opératoire : dix secondes, quatre phases. Interbloc (en ligne) juill.-sept 2010 (consulté le 26.08.2020) ; vol 29, n°3 :197-198 Disponible : https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/L_accueil_au_bloc_operatoire-Dix_secondes_quatre_phrases- Gilles_Besson.pdf

Bioy A, Bachelart M. L'alliance thérapeutique : histoire, recherches et perspectives cliniques. Perspective psy (en ligne) 2010 (consulté le 27.01.2020) ; vol 49 : 317-326. Disponible : https://www.perspectives-psy.org/articles/ppsy/abs/2010/04/PPSY_494_0317/PPSY_494_0317.html

Castaing C, Delanoe M, Arrovays S, Miquel G, Chaillan M, Tueux O. Intérêts de l'hypnose lors de la réalisation d'un bloc fémoral écho guidé en préopératoire d'une prothèse de genou. Annales françaises d'Anesthésie et de Réanimation (en ligne) 2014 (consulté le 22.11.2019) ; vol 33, supp2 : A283-A284. Disponible : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0750765814007278>

Faymonville ME, Joris J, Lamy M, Marquet P, Laureys S. Hypnose : des bases neurophysiologiques à la pratique clinique. Conférence d'actualisation (en ligne) 2005 (consulté le 20.01.2020) ; 59-69. Disponible : http://www.medecine.ups-tlse.fr/du_diu/fichiers/ametepe/1212/Hyp_bases_neurophysio_pratique_clinique.pdf

Faymonville ME, Mambourg PH, Joris J, Vrijens B, Fissette J, Albert A, Lamy M. Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies : a prospective randomized study. Pain (en ligne) 1997 (consulté le 22.11.2019) ; vol 73 :361-367. Disponible : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S030439599700122X>

Frenay MC, Faymonville ME, Devlieger S, Albert A, Vanderkelen A. Psychological approaches during dressing changes of burned patients : a prospective randomised study comparing hypnosis against stress reducing strategy. Burns (en ligne) 2001 (consulté le 22.11.2019) ; vol 27 : 793-799. Disponible : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0305417901000353>

Jansenn T. Entre corps et esprit, une science du lien. (En ligne) 1 mars 2007 (consulté le 27.03.2020). Disponible : <https://www.thierryjanssen.com/articles?start=90>

Lemarie J, Eisenberg E, Ledenmat P-Y, Durand S, Papaianu M, Bouche B. Vécu douloureux, satisfaction et confort de patients bénéficiant d'une anesthésie locorégionale sous hypnose. Revue douleurs (en ligne) 2012 (consulté le 22.01.2020) ; vol 13, A81-A82. Disponible : <https://www.em-consulte.com/en/article/762931>

Mesurer la douleur. Priorité au ressenti du patient : l'auto-évaluation. (Consulté le 25.02.2020) Disponible sur <http://brainberry.fr/mesure-douleur/>

Rainville P, Duncan CH, Pric DD, et al. Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. Science (en ligne) 1997 (consulté le 20.07.2020) ; 277 : 968-971. Disponible : : <https://science.sciencemag.org/content/277/5328/968>

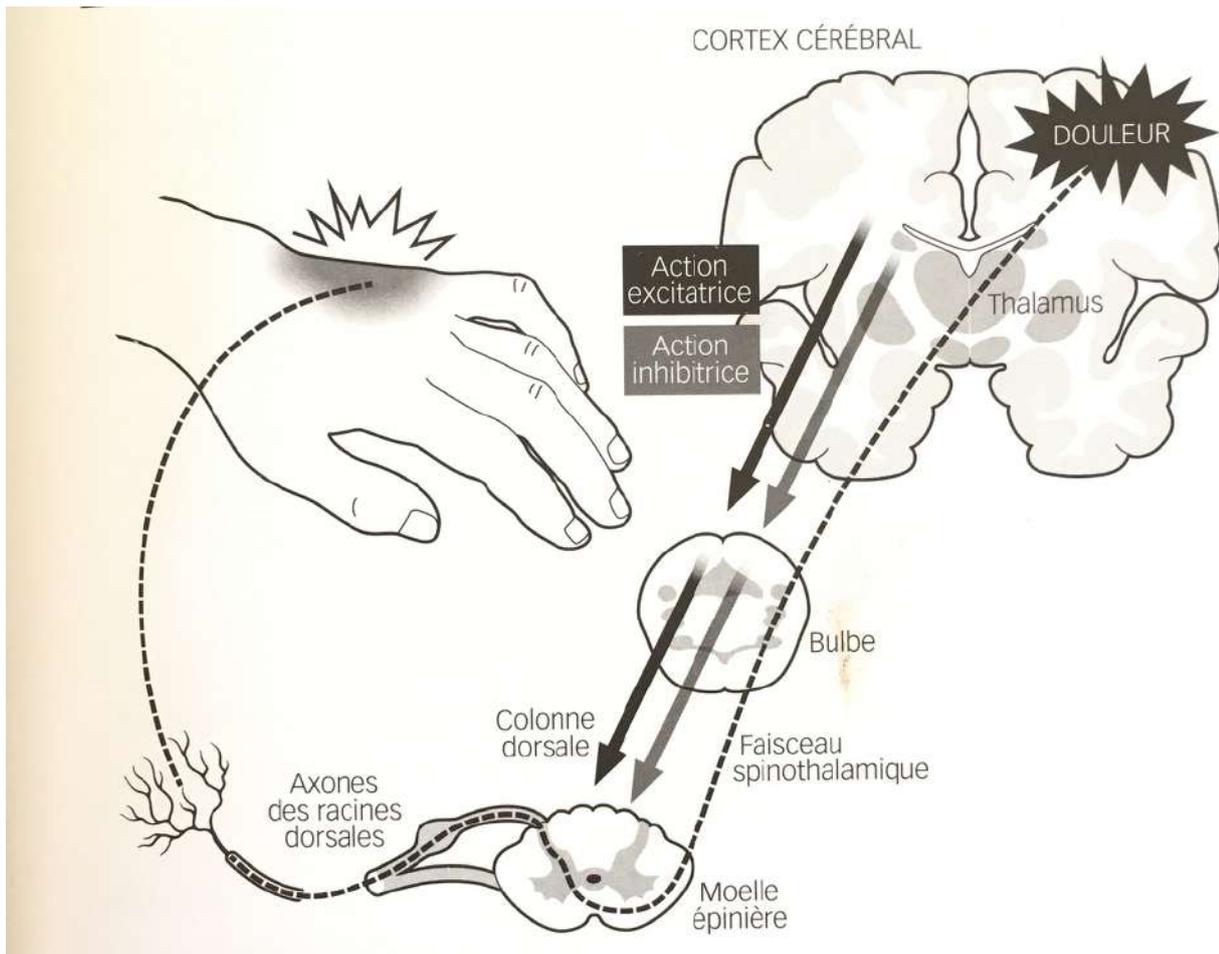
Robert B. Mesure de l'anxiété préopératoire par l'échelle visuelle analogique. (Mémoire). CHU Poitiers ; sept 2017 (consulté le 23.02.2020). 42 p. Disponible sur <http://www.chu-poitiers.fr/specialites/formation-infirmier-anesthesiste/wp-content/uploads/sites/49/2019/12/ROBERT-Benjamin-Mesure-de-l'anxiété-préopératoire-par-l'échelle-visuelle-analogique.pdf>

SFAR. Recommandations formalisées d'experts (en ligne) Mai 2019 (consulté le 24/04/2020) article R5.2 Disponible sur <https://sfar.org/wp-content/uploads/2019/10/rfe-anesthesie-loco-regionale-perinerveuse.pdf>

Watremez C, Roelants F. L'hypnose en anesthésie. Association française pour l'information scientifique (en ligne) 2015 (consulté le 25.11.2020) ; SPS n°313. Disponible : <https://www.pseudo-sciences.org/L-hypnose-en-anesthesie>

VII. ANNEXES

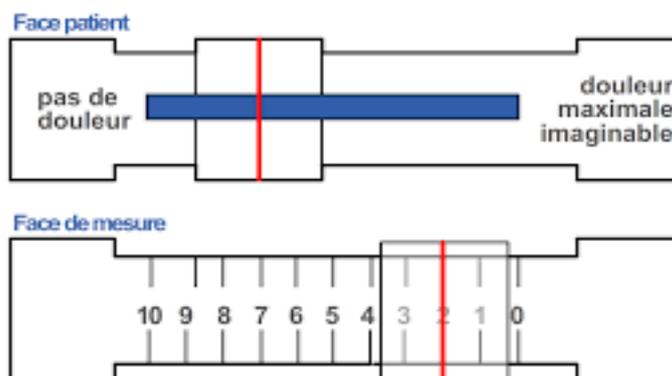
ANNEXE 1 : Anatomie de la douleur



LES VOIES DE LA DOULEUR. D'APRES SERGE MARCHAND (CONFERENCEANTAL'J PARIS (2014).

ANNEXE 2 : Les échelles d'auto-évaluation

EVA : ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE

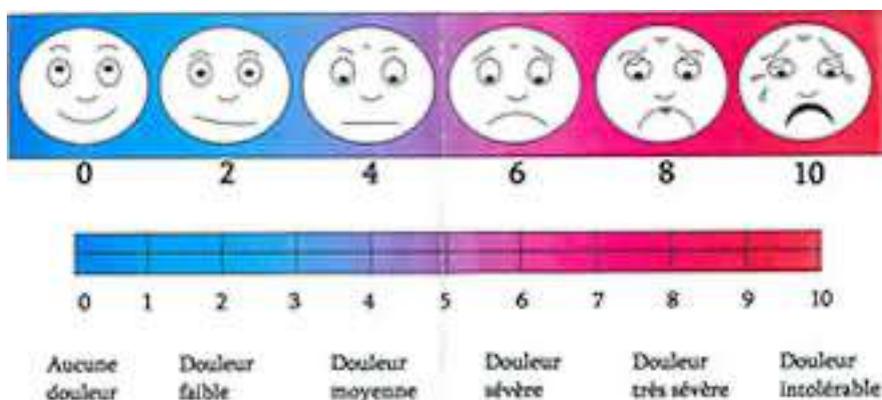


EN : ECHELLE NUMERIQUE

Échelle Numérique (EN)

- Échelle la plus pratique : pas de support
- Le patient donne à sa douleur une note de 0 à 10.

EVS : ECHELLE VISUELLE SIMPLE



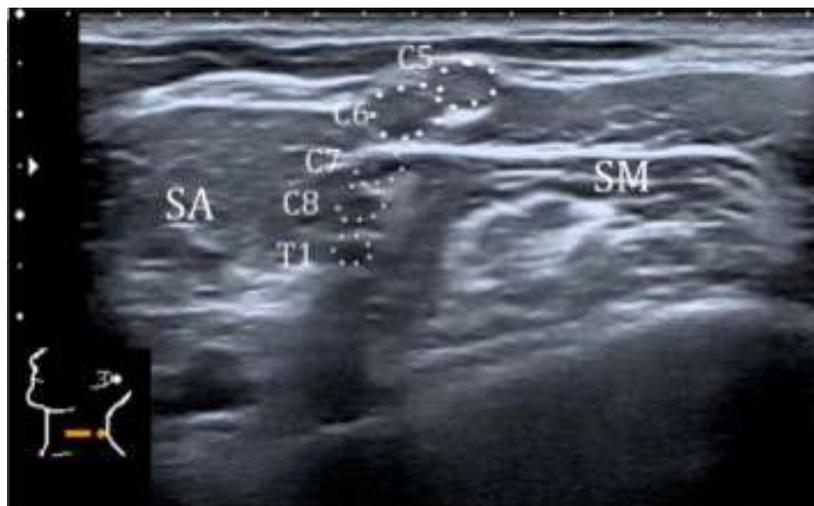
ANNEXE 3 : Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAI)

Chaque item se cote de 1 (absence) à 5 (extrême). Les items 1, 2, 3, 4, 5 cotent l'anxiété. Pour obtenir le score d'anxiété, on additionne ces 6 items.

Cette échelle n'a pas été validée en français.

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

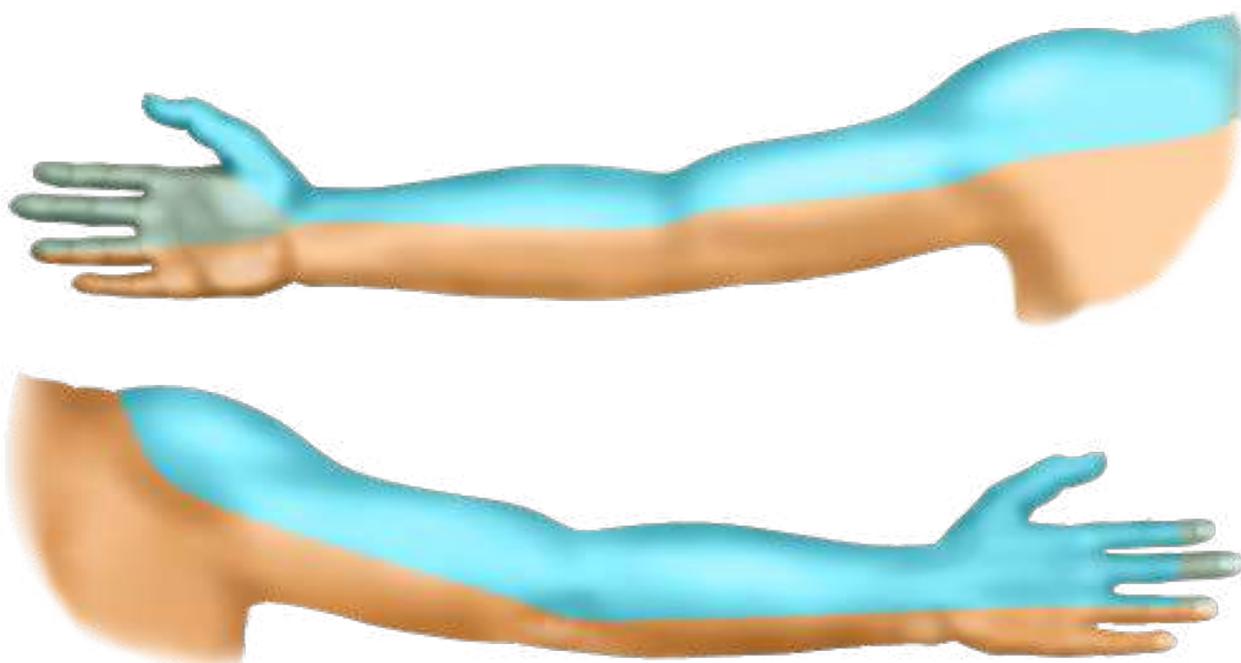
ANNEXE 4 : Vue sous échographie guidée



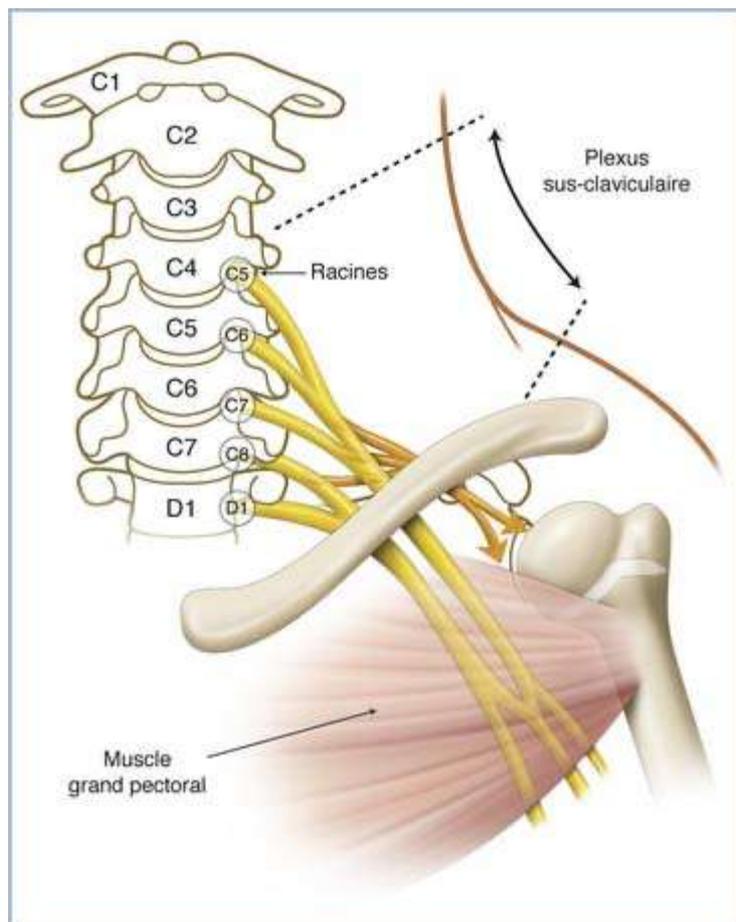
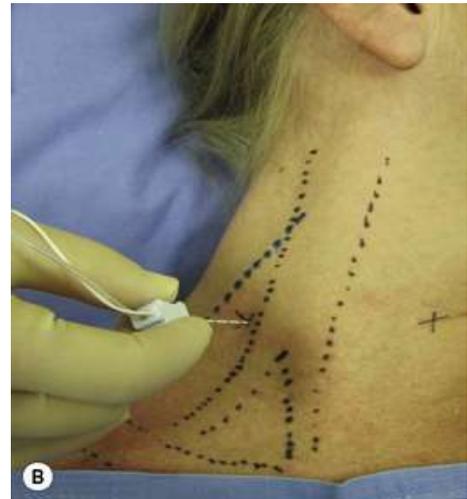
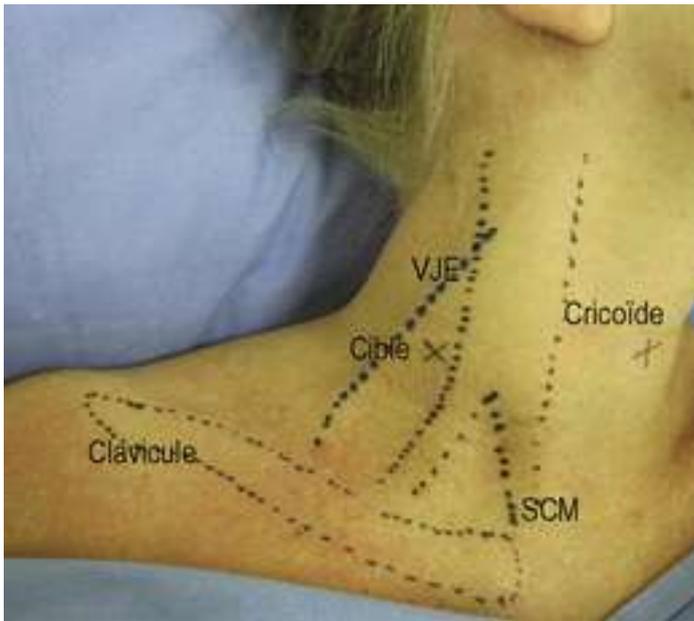
SM=SCALENE MOYEN/ SA=SCALENE ANTERIEUR (MUSCLES)

RACINES NERVEUSES C5, C6, C7 FORMENT UN CHAPELET ENTRE LES MUSCLES

ANNEXE 5 : Dermatome du BIS



ANNEXE 6 : Anatomie du BIS



LE BLOC INTERSCALENIQUE ECHOGUIDE

CHU BORDEAUX.PDF

ANNEXE 7 : Consentement de l'hypnose au patient

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE AU PATIENT

1. Je soussigné(e)
déclare avoir été informé qu'un mémoire universitaire sera réalisé, portant sur l'utilisation de l'Hypnose Médicale en pré-opératoire de la chirurgie de l'épaule.

2. Je sais que ma participation ou non à ce travail ne changera en rien la qualité des soins pour lesquels je suis amené à être hospitalisé aujourd'hui.

3. Je sais que, si j'accepte de participer à ce travail, mon nom et mes informations personnelles n'y figureront pas, l'anonymat étant certifié.

4. Je suis informé(e), qu'à tout moment, je peux exprimer mon refus d'être inclus dans ce travail universitaire et qu'il me suffira d'en informer l'infirmière.

Signature du patient

Date (jour/mois/année)

Je soussigné, Mme BURGAT Rachel, habitant 15C boulevard Charles de Gaulle ,25000 BESANCON, et exerçant en qualité d'infirmière diplômée d'état aux EHNV, confirme avoir expliqué la nature et le but de l'étude au patient(e) mentionné(e) ci-dessus.

Signature de l'infirmière

Date (jour/mois/année)

Accompagnements hypnotiques lors de la réalisation d'un Bloc Inter-Scalénique en préopératoire de la chirurgie de l'épaule.

Infirmière en réanimation et au bloc opératoire depuis 23 ans, j'ai voulu comprendre ce que l'hypnose pouvait apporter aux patients et comment je pouvais utiliser cette ressource en ma qualité de technicienne du soin.

L'hypnoalgésie a fait preuve de son efficacité depuis les débuts de l'utilisation de l'hypnose médicale.

L'hypnose traite distinctement les deux composantes de la douleur : sensori-discriminative et affective, de nombreuses études le démontrent.

Mon travail porte sur trois cas concrets en lien avec le sujet choisi. Je m'attache à démontrer comment l'hypnose médicale apporte un confort et permet de réduire l'anxiété et la douleur du patient lors d'une anesthésie locorégionale, et plus particulièrement le bloc de l'épaule. Je partage un quatrième accompagnement sur une douleur induite par un soin en réanimation COVID. L'hypnose permet une relation singulière et participe au bien-être du patient et de l'ensemble de l'équipe soignante.

Pour paraphraser le Dr Benhaïem il s'agit de passer d'une situation d'enlèvement à une situation de relâchement en créant une rupture avec la réalité du patient. ²⁵ Qu'ils soient utilisés de manière formelle ou informelle, les outils hypnotiques sont des compléments essentiels à la prise en charge du patient hospitalisé.

Bien qu'effectué dans un contexte sanitaire particulier (COVID-19), l'élaboration de ce travail m'a permis d'acquérir la conviction que l'approche hypnotique ré-humanise nos pratiques et permet de remettre le patient au centre de nos soins.

Mots clés : Hypnose, hypnoalgésie, douleur, anxiété, communication.