

UNIVERSITE DE LA REUNION

Année 2019 - 2020

**Mémoire d'obtention du
Diplôme Universitaire d'hypnose médicale et clinique.**

Présenté et soutenu publiquement

Le 10.12.2020

Par

Christophe FLEURY

**Les bénéfices de l'hypnose sur le stress/anxiété par
anticipation auprès des patients en lithotritie extra-
corporelle.**

Directeur de mémoire : Docteur Arnaud GOUCHET.

« La représentation est déjà action. Penser quelque chose, c'est tout simplement le faire. »

Il suffit d'un geste - François Roustang

REMERCIEMENTS.

Je tiens à remercier tous les acteurs de cette formation au DU d'hypnose médicale et clinique pour ce transfert de savoir. Cette nouvelle connaissance a profondément modifié mon approche de soignant mais aussi d'être humain. L'hypnose permet une aide bienveillante aux personnes que l'on doit soigner. A mon tour de transmettre, de partager ce savoir dans mon entourage professionnel pour que l'hypnose devienne une évidence dans le soin.

Merci à Frédérique Mohy et aux autres formateurs d'avoir persévéré pour que ce DU puisse être mené à son terme !

Merci à Arnaud Gouchet pour le premier module, toujours aussi présent dans ma pratique et pour le suivi de mon mémoire.

Merci à Isabelle Célestin pour son approche intégrative.

Merci à Antoine Bioy pour sa sensibilisation à une hypnose plus personnelle et libre.

Merci à Laurence Bourlot pour son aide précieuse lorsque tout allait mal !

Merci à tous les autres intervenants pour ce partage.

Un grand merci également à Madame Rivière, Directrice de la Clinique des Orchidées pour avoir cru en ce projet et fait en sorte que cette formation se déroule dans les meilleures conditions possibles.

TABLE DES MATIERES.

I - INTRODUCTION.	6
II - LE STRESS.	8
II - 1 Transformations métaboliques et impacts sur le corps.	8
II - 2 L'angoisse.	8
II - 3 Impacts négatifs du stress et de l'angoisse au bloc opératoire.	9
II - 4 Repérer le stress, l'angoisse chez les patients de LEC	10
III - L'HYPNOSE.	11
III - 1 La transe.	11
III - 2 Les signes d'un état de transe.	11
III - 3 La dissociation.	12
III - 4 L'alliance thérapeutique.	12
III - 5 Quand les mots accentuent les maux.	13
IV - INTERET DE L'HYPNOSE DANS L'ANXIOLYSE PREOPERATOIRE.	13
V - METHODOLOGIE.	14
V - 1 Contexte de la lithotritie. Le parcours patient.	14
V - 2 La technique de lithotritie extra corporelle.	14
V - 3 Le déroulé du soin.	15
V - 4 Consignes des chirurgiens.	15
VI - INTEGRATION DE L'HYPNOSE DANS L'ANXIOLYSE EN LEC.	15
VI - 1 Présentation des patients.	18
VI - 2 Modification de l'environnement.	18
VI - 3 Aménagement de la prise en charge du patient en y intégrant l'hypnose.	18
VII - RESULTATS ET DONNEES CLINIQUES.	22
VII - 1 Présentation de cas concrets.	22
VII - 2 Protégée sous la glycine.	22
VII - 3 Une météorite sur le torse.	25
VII - 4 Sidonie et son jardin.	29
VII - 5 Florence ne veut pas d'anesthésie.	31
VII - 6 Marc a peur des piqûres.	33
VIII - DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE.	35
VIII - 1 Problèmes rencontrés - Résolution.	35
VIII - 2 Limite de la pratique dans le contexte.	37

IX - INTERET DE L'HYPNOSE DANS L'ANXIOLYSE EN LEC.	37
IX - 1 Au niveau du confort du patient.	37
IX - 2 Au niveau de l'anesthésie.	38
IX - 3 Au niveau du soignant.	38
X - CONCLUSION.	38
BIBLIOGRAPHIE.	40
RESUME ET MOTS CLEFS	42

1 - Introduction.

Je suis infirmier depuis 22 ans. Dès l'obtention de mon diplôme, j'ai très vite été attiré par la technicité. Mon premier poste en réanimation polyvalente a étanché en partie cette soif de respirateurs, de dialyses, de tuyaux, d'aspirations, de bips, de courbes ... Je pensais naïvement que la technicité était le plus important dans la profession d'infirmier.

Et puis arrive un moment où ces respirateurs, ces colonnes de seringues électriques et tout cet équipement deviennent trop présents dans la prise en charge du patient. Ces machines sont bien évidemment indispensables. Les progrès de la médecine doivent beaucoup à ces avancées technologiques. Mais le piège est de réduire le patient à une constante, à le déshumaniser.

Un autre poste en salle de surveillance post interventionnelle m'a heureusement rapproché de l'humain. Certes, la technique était toujours présente, mais les patients étaient conscients, parlaient, demandaient à être rassurés et exprimaient parfois leurs douleurs. Mon rôle d'infirmier s'est alors enrichi en relationnel, en communication. Apprendre à rassurer, à apaiser. Mais lorsque le savoir-être manque, la seule réponse aux problèmes du patient est souvent médicamenteuse : la douleur avec l'antalgique, le stress avec l'anxiolytique. Je me sentais plein de bienveillance mais désarmé. Mon savoir technique ne pouvait combler mon « ignorance » relationnelle.

Le décret de compétence de la profession infirmière (Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004) décrit un rôle propre et un rôle prescrit. Ce dernier est essentiellement technique. Nous pouvons le comprendre. Mais chaque item qui décrit le rôle propre de l'infirmier(e) commence très souvent par surveillance ou soins : Soins et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale, surveillance des fonctions vitales, ... Sur les 42 items, seul le numéro 41 : Aide et soutien psychologique, rappelle que le professionnel peut également aider, soigner par l'écoute et la parole. Comme si ce rôle propre était une évidence...

Depuis un an, j'exerce en lithotritie extra corporelle, plus communément appelée LEC. Cette technique permet, grâce à des ultrasons, de casser des calculs rénaux pour permettre leur évacuation par les voies urinaires. Elle est non invasive mais demande cependant une sédation anesthésique. Tout se passe au sein du bloc opératoire. Ce lieu est lourd de symbolique : maladie, instrument, douleur. L'éclairage et les couleurs sont souvent froids. Le personnel masqué, la venue en position allongée sur le brancard, le bruit, l'agitation font souvent perdre

aux patients leurs repères. Le stress et l'angoisse sont alors souvent présents. Il y a encore peu de temps, je tentais de les rassurer mais je m'aperçus vite que mes mots, la tournure de mes phrases étaient maladroits, sans vraiment d'efficacité. Paradoxalement, mes paroles renforçaient même le stress. La seule réponse à cet état était alors d'augmenter la dose de produits anesthésiques. S'en suivaient alors un réveil plus long, plus difficile et une sortie de l'établissement retardée.

Je devais donc combler cette lacune relationnelle et me former pour apprendre à soigner et apaiser avec mes mots. L'hypnose médicale me semblait une réponse adaptée à ma recherche. Différentes études sont en effet significatives pour la réduction du stress préopératoire. L'hypnose permet en effet d'apaiser le patient et de rendre le soin et son souvenir le plus agréable possible. J'ai donc choisi le DU d'hypnose médicale pour m'enrichir de cette pratique.

Ce mémoire présente l'intégration de l'hypnose dans mon accompagnement des patients, souvent stressés, lors d'une LEC.

II - Le stress.

II - 1 Transformations métaboliques et impacts sur le corps.

Le stress et l'anxiété étaient anciennement appelés « maladie de la bile noire » ou « mélancolie ». Ces termes ont souvent été considérés comme synonymes puis ont été étudiés et classifiés. Ils n'étaient plus liés aux « humeurs » mais à des phénomènes physiopathologiques liés au système nerveux central.

Les premières études du stress sont proposées par un endocrinologue canadien, Hans Selye, en 1936. Il définit celui-ci comme un syndrome général d'adaptation. Il distingue trois stades : une réaction d'alarme, une phase de résistance et une phase d'épuisement. Dans notre étude de l'impact du stress en lithotritie, nous nous intéresserons au premier stade.

Le stress comme réaction d'alarme est un mécanisme de survie. Le corps humain réagit pour préserver la vie en cas de situation menaçante ou nouvelle. Les principales aires du cerveau impliquées sont celles des émotions et de la coordination. La première zone stimulée est l'amygdale, proche de l'hippocampe. C'est le cœur de notre système d'alarme. Elle a un rôle dans l'activation de la réaction et dans nos émotions. Nous avons ensuite l'hippocampe qui agit pour l'adaptation à l'environnement et le cortex pré frontal, positionné derrière le front, qui est le centre des prises de décisions. Les différents stimuli envoyés à ces zones provoquent une libération d'hormones et de neurotransmetteurs. Citons principalement la dopamine, l'acétylcholine, la sérotonine, la noradrénaline et le cortisol. Ils provoquent, entre autres, une augmentation du rythme cardiaque, de la pression sanguine et de la respiration. Le flux sanguin se concentre sur le cerveau et les muscles, le foie libère du glucose pour fournir l'énergie nécessaire. Une vasoconstriction périphérique s'opère également. Il s'agit d'une adaptation ancestrale qui limite les pertes sanguines en cas de blessure.

Toutes ces réactions entraînent une situation d'alerte, un éveil émotionnel et une augmentation de la vigilance. La personne ressent alors un état de tension interne assez désagréable, accompagné d'un sentiment d'appréhension, d'inquiétude et de sensations d'inconfort physique et mental.

II - 2 L'angoisse.

Le stress et l'angoisse sont souvent associés. Mais il convient de les différencier. Le stress est une réaction psycho-physiologique au moment présent des stimuli alors que l'angoisse est plus

un ressenti psychique et somatique, face à une situation ou un évènement qui n'existe pas, qui est anticipé, fantasmé, imaginé dans le futur et qui ne se produira pas forcément.

Dans les situations d'angoisses, nous anticipons une réaction non adaptée. Le corps réagit sans aucun stimulus externe présent. Un patient qui arrive donc au bloc opératoire peut être stressé et avoir été angoissé depuis un temps plus ou moins long.

II - 3 Impacts négatifs du stress et de l'angoisse au bloc opératoire.

Le stress permet donc une réponse appropriée à une situation donnée. Il peut être positif, voire nécessaire lorsque vous courez brusquement, par exemple, pour attraper le métro avant la fermeture des portes. Les transformations vous rendent plus performants. Une fois assis, votre cœur ralentit, votre souffle reprend un rythme normal. Mais lorsque le stress devient délétère, il n'est plus là pour aider le corps. Il devient néfaste et se transforme en angoisse. Le sujet ressent une oppression thoracique, des palpitations, des sueurs, des tremblements, la gorge se serre, il devient difficile de déglutir. Le sujet peut être paralysé ou au contraire, en état d'agitation. (1) Voyons les impacts d'un stress, d'une angoisse lors d'une séance de lithotritie.

- Au niveau du séjour.

Les passages en lithotrities sont rarement uniques. Certaines personnes peuvent avoir jusqu'à trois séances espacées d'un mois. Nous avons vu que le stress pouvait amener un état de tension interne assez désagréable, accompagné d'un sentiment d'appréhension, d'inquiétude et de sensations d'inconfort physique et mental. Une première expérience vécue plus ou moins négativement conditionnera inévitablement les séances suivantes. L'angoisse sera majorée car le stress par anticipation découlera automatiquement de l'impact de la dernière expérience. Une bonne gestion du stress lors de la première séance sera donc déterminante pour les passages suivants en lithotritie mais également pour une éventuelle opération chirurgicale.

- Au niveau du soin.

Le calcul possède une mobilité verticale liée à la ventilation et au déplacement du rein. Lorsque la respiration est calme, à savoir 12 cycles par minute, le ciblage du calcul par la machine est aisé. Les chirurgiens demandent cependant une légère bradypnée provoquée par l'anesthésie pour limiter le déplacement du calcul. Celui-ci reçoit alors plus d'impacts car, nous le verrons

plus loin, la surface du choc est de seulement 3 mm². Nous avons vu que le stress entraîne une libération d'hormones et de neurotransmetteurs responsables, entre autres, d'une polypnée. Le patient respire plus rapidement. Le calcul possède ainsi une mobilité beaucoup trop importante pour recevoir un impact de qualité. Le soin peut perdre alors une très grande partie de son efficacité.

- Au niveau de l'anesthésie.

Pour un soin plus confortable et une légère diminution du rythme respiratoire, le patient bénéficie d'une sédation anesthésique. La polypnée de stress ainsi que le seuil de sensibilité à la douleur, souvent abaissé par cet état, amènent à augmenter les doses de produits anesthésiants pour se rapprocher le plus possible du confort recherché. Cet accroissement des doses peut entraîner une majoration des effets secondaires.

Le stress entraîne également une vasoconstriction périphérique. La pose de la voie veineuse pour la perfusion peut alors s'avérer plus délicate et entraîner une augmentation de ce stress.

II - 4 Repérer le stress, l'anxiété chez les patients de LEC.

Devant une situation de stress, les personnes peuvent adopter 3 comportements :

- La fuite, l'évitement.

Le patient n'est pas encore déshabillé quand on vient le chercher. Il a oublié ses radios, son scanner.

- Le combat, l'agressivité.

Les plaintes peuvent porter sur un retard dans la prise en charge, les réponses peuvent être brusques.

Enfin, si aucun de ces 2 comportements n'est adopté, un dernier se met alors en place :

- La sidération.

L'attitude est figée. Les réponses sont brèves, le regard immobile.

Pour repérer les signes de stress, il faut donc appliquer la règle des trois O d'Erickson : observer, observer, observer le patient.

- Le langage verbal.

Quels mots, expressions utilise le patient ?

- Le langage paraverbal.

Comment est le débit de la parole, sa respiration, ses hésitations ?

- Le langage non verbal.

Repérer des gestes, une attitude, des expressions au niveau du faciès.

Ces différentes observations permettront une meilleure appréciation de l'état de stress du patient.

III - L'HYPNOSE.

L'étymologie d'hypnose vient du grec hypnoûn, s'endormir. On pourrait donc penser que l'état d'hypnose s'apparente à un sommeil, plus ou moins profond. L'imagerie médicale et l'électroencéphalogramme ont cependant montré que les patients en état d'hypnose étaient bien en état d'éveil. Il s'agit en réalité d'une expérience personnelle de conscience modifiée. Les choses sont perçues différemment. Le but de l'hypnose peut-être simplement la détente ou alors une recherche de soin ou d'évolution personnelle. Cet état de transe ordinaire est courant dans la vie de tous les jours. Un livre passionnant, un chemin habituel ou un exercice délicat de calligraphie nous plonge rapidement dans un état où nous sommes ici et ailleurs. Nous passons d'un stade de conscience ordinaire critique à une conscience hypnotique appelée transe.

III - 1 La transe.

« La transe est la focalisation et la fixation de l'attention pendant un certain temps » (2)

La focalisation et l'attention sont les critères essentiels à la transe. Mon attention se focalise sur cet oiseau qui vient de se poser sur la branche. Je le regarde le plus précisément possible, je détaille son plumage. Mon intérêt pour ce qui se passe autour de lui diminue de plus en plus. Et plus l'attention est focalisée, plus la transe s'installe et s'approfondit. Cette technique de focalisation de l'attention est très habituellement utilisée dans les inductions hypnotiques.

III - 2 Les signes d'un état de transe.

Les signes cliniques qui valident un état de transe sont majoritairement les suivants :

- Une fixation du regard suivie d'une fermeture des yeux souvent précédée de clignements.
- Un immobilisme de la personne.
- Un ralentissement du rythme cardiaque et de la fréquence respiratoire.
- Une hypotonie musculaire générale et un relâchement de la mâchoire.
- Un ralentissement du débit vocal.

III - 3 La dissociation

La dissociation amène la personne à la transe. Nous avons vu que la focalisation ouvrait l'espace hypnotique. Cet accès à son propre monde virtuel amène une dissociation du corps et de son esprit. Plus je focalise mon attention sur quelque chose, plus je me dissocie de tout le reste. Ainsi, lorsque je ferme les yeux et que je laisse mon esprit vagabonder vers un lieu agréable, l'imaginaire l'emporte sur le rationnel. Mon attention est captivée vers ce lieu et mon intérêt pour le reste se restreint fortement. Il existe plusieurs formes de dissociations. Elles peuvent être psychiques : mon corps reste sur ce fauteuil mais mon esprit est ailleurs. Mais elles peuvent également être corporelles avec un bras qui devient de plus insensible par rapport au reste du corps. Cette dissociation valide l'état de transe et doit obligatoirement amener une phase de réassociation. Une sortie de l'état d'hypnose doit inciter la personne à revenir ici et maintenant. Elle est effectuée lors de la phase de réveil.

III - 4 L'alliance thérapeutique

Le lien thérapeutique entre le patient et le soignant est primordial. Des informations souvent confidentielles seront échangées. Des émotions, des confidences seront partagées. Les deux acteurs doivent se sentir en sécurité. Sigmund Freud disait de cette alliance qu'elle était « un intérêt sérieux et une compréhension bienveillante de la part du thérapeute qui permettait de développer avec le client une communauté d'intérêts et une obligation réciproque » (3). La réciprocité est en effet nécessaire. Le soignant apporte son aide au patient mais il attend également une participation active de ce dernier. C'est une alliance bilatérale avec des objectifs communs. Lors d'une séance d'hypnose, cette alliance thérapeutique est primordiale. Les deux acteurs doivent se sentir compris, en sécurité. Ce lien débute par un entretien où sont exposées

les demandes. L'écoute est active, le soignant reformule les propos du patient en reprenant ses propres mots. Cette technique permet une compréhension mutuelle correcte. L'utilisation d'une attitude en miroir renforce également cette alliance. Se caler sur la respiration de la personne, utiliser les mêmes gestes, les mêmes intonations permet au patient de percevoir quelque chose qui lui ressemble.

III - 5 Quand les mots accentuent les maux.

Dans un souci de bienveillance, nous pouvons être amenés à rassurer un patient avec un discours que l'on pense adapté. Dans un article de la revue PAIN - Les mots peuvent-ils blesser ? (4) un médecin rapporte que certains mots, tournures de phrases peuvent amener un effet contraire à celui recherché. Les mots comme piquer, électrodes, couper, billot ont une symbolique négative pouvant majorer une douleur ou un stress.

Notre cerveau logique est plus lent que notre imaginaire. Ce dernier se concentre rapidement sur l'idée générale sans intégrer la négation. Ainsi, lorsque nous demandons à une personne de ne pas penser à un éléphant rose, nous nous apercevons que celle-ci ne peut s'empêcher d'avoir cette image interdite en tête. Dès lors, lorsque qu'un soignant dit à son patient, avec la meilleure volonté du monde, « cela ne fait pas mal », le cerveau entend « cela va faire mal ». Notre communication comporte souvent une négation alors qu'une forme positive serait possible.

Aux expressions suivantes :

- « Ne soyez pas inquiet »
- « Ne vous tendez pas »
- « Cela ne va pas durer longtemps »

Nous préférons donc les alternatives :

- « Soyez rassuré »
- « Détendez-vous »
- « Cela sera rapide »

L'information sera alors entendue et correctement assimilée par le cerveau.

IV - INTERET DE L'HYPNOSE DANS L'ANXIOLYSE PREOPERATOIRE.

Selon les études, 60 à 80% des patients présentent une anxiété préopératoire (5). Elle varie bien sûr selon le type d'intervention et les suites envisageables. Les actions sur la réduction du stress avec l'hypnose ont été documentées par de nombreuses études et publications. (6) (7). Amener

l'hypnose dans la gestion du stress préopératoire améliore donc la prise en charge des patients en leur apportant une anxiolyse non médicamenteuse.

V - METHODOLOGIE.

V - 1 Contexte de la lithotritie. Le parcours patient.

L'indication de la lithotritie extra corporelle (LEC) est posée par le chirurgien urologue lors de la consultation. Celui-ci indique le côté du rein, le nombre et la taille des calculs à cibler. Le patient consulte ensuite un médecin anesthésiste en vue de la sédation pour l'acte. Une durée de 2 semaines est souvent observée entre l'indication et l'acte. La LEC se fait en ambulatoire. Le patient est prévenu la veille de son heure de passage. A son arrivée, il est dirigé dans un box de 10 m² où il pourra déposer ses affaires, se déshabiller, vêtir une blouse en papier et s'allonger sur un brancard. Une attente d'une heure est souvent observée.

15 minutes avant son passage, un brancardier vient chercher le patient. Il est alors emmené en brancard vers une zone d'attente située à côté de la salle de LEC. Environ 10 minutes plus tard, le patient est installé dans la salle où se trouve le lithotripteur. Il est conditionné puis sédaté. La séance dure 60 minutes. La salle de surveillance post interventionnelle l'accueille ensuite pour environ 15 minutes. Le patient retrouve enfin son box où une collation lui sera servie. Sa sortie de la clinique a lieu 1 heure 30 après. Le chirurgien lui a donné toutes les informations nécessaires ainsi qu'une ordonnance d'antalgiques.

V - 2 La technique de lithotritie extra corporelle.

La LEC est une technique non invasive qui utilise les chocs acoustiques pour pulvériser les calculs du rein par distorsion et compression. Le patient est allongé sur le dos, le flanc en appui sur une sphère en plastique remplie d'eau. Un repérage général du calcul est d'abord effectué avec la radio puis affiné par l'échographie. La force de l'impact est progressivement augmentée de 0 à 15 sur une échelle de puissance de 20. La fréquence utilisée est de 1 Hz, c'est-à-dire 1 impulsion par seconde. Le volume sonore de l'impact mesuré au niveau des oreilles du patient est de 80 décibels pendant de 400 ns. Chaque séance dure 60 mn, le patient reçoit donc 3600 impulsions durant l'acte.

Le soin peut être inconfortable, voire légèrement douloureux sur la durée. Sur une échelle d'évaluation de la douleur (EVA) comprise entre 0 et 10, le 0 correspondant à pas de douleur et

le 10 à une douleur maximale imaginable, les patients que nous avons questionnés évoquent le plus souvent une douleur à 3 ou 4 sans anesthésie. Elle descend à 0 ou 1 sous sédation.

V - 3 Le déroulé du soin.

Le patient arrive sur un brancard 10 minutes avant l'examen. Un infirmier l'accueille et procède au contrôle d'identité, à la vérification du côté à traiter et à l'examen cytbactériologique des urines qui doivent être stériles. Le patient arrive debout dans la salle de LEC. Il est installé sur la table d'examen, allongé sur le dos. Tous les éléments de surveillance sont installés : scopie cardiaque, tension artérielle et saturométrie. Une perfusion au bras est posée et un masque souple délivrant de l'oxygène lui est appliqué sur le visage. Pour favoriser la transmission du choc ultra sonore, un gel est appliqué sur la peau au niveau des côtes. Le calcul est repéré par radio puis par échographie. Lorsque tout est prêt pour lancer le soin, l'anesthésiste démarre la sédation au pousse seringue électrique (Rémifentanil 20 microgrammes/ml sous Anesthésie Intraveineuse avec Objectif de Concentration AIVOC – modèle de Minto – cible effet). La sédation efficace arrive 2 mn après. Le soin démarre alors pour 60 minutes.

L'acte terminé, la sédation est stoppée. Le patient retrouve ses esprits très rapidement. On lui ôte les éléments de surveillance. Il est mis en position assise puis, si tout va bien, rejoint son brancard. Il est amené dès lors en salle de surveillance post interventionnelle.

V - 4 Consignes des chirurgiens.

Un déplacement du calcul le long de la colonne vertébrale est observé à la radio. Il est dû au mouvement du diaphragme lors de la respiration. La focalisation de l'onde ultra sonore mesure 3 mm². Plus le déplacement du calcul est important et fréquent, moins le calcul sera impacté et moins le soin sera efficace. Les chirurgiens demandent donc à l'anesthésiste de provoquer, avec la sédation, une légère bradypnée. Le calcul reçoit plus d'impacts, environ 4 sur 6. L'efficacité est alors optimale. La sédation permet également une immobilité accrue du patient, critère également indispensable.

VI - INTEGRATION DE L'HYPNOSE DANS L'ANXIOLYSE EN LEC.

Le patient qui arrive au bloc opératoire pour une LEC voit son analyse de l'environnement, ses repères perturbés. Le lieu inconnu, les sons nouveaux, le personnel masqué et habillé de la

même manière, la position allongée sont des nouvelles informations que la personne doit intégrer rapidement. L'anesthésie est également un facteur majorant l'inquiétude. Le lithotriptideur se compose d'un appareillage imposant d'environ 30 m³. 3 écrans renvoient des images incompréhensibles pour le néophyte. L'opérateur est vêtu d'un tablier de plomb ainsi que d'une visière de protection. Tout cet environnement peut être analysé comme hostile et déclencher une réaction d'alarme, d'hypervigilance désagréable et gênante chez le patient. Le stress s'installe alors.

Je devais améliorer la prise en charge non médicamenteuse des patients stressés pour que le vécu du soin soit amélioré et l'hypnose m'a semblé être la solution la plus adaptée.

Quelques textes et articles m'ont éclairé pour intégrer l'hypnose dans ma pratique professionnelle. Le premier est la publication par l'hypno anesthésiste Dr KERKENI Otman d'un article sur la « communication dynamique à l'induction d'une anesthésie générale » (5). Cet écrit synthétise l'impact du stress en préopératoire et propose une approche pour favoriser sa diminution. Quelques cas en situation prouvent de manière concrète qu'avec une communication adaptée, nous pouvons aider une personne focalisée sur son stress. Nous sommes loin des scripts lisses où tout fonctionne formidablement bien. L'auteur rapporte notamment le cas d'un patient opposant. L'hypno anesthésiste réussit cependant à poursuivre sa démarche hypnotique sans céder à la facilité d'une induction anesthésique rapide. Ce retour d'expérience est très formateur. Il nous montre qu'avec de la persévérance, de l'empathie et une communication adaptée, l'objectif est atteint.

Les revues Hypnose « Pratique de l'hypnose dans les services d'urgence » (8) et Hypnose et thérapie brèves « Hypnotiser, techniques d'inductions » (9) apportent une vision pragmatique de l'hypnose et de ses différentes techniques d'induction par des professionnels de santé. Au fur et à mesure des retours d'expériences de ces soignants, certaines inductions apparaissent plus adaptées au contexte du bloc opératoire, au peu de temps disponible pour intervenir. Ce temps de communication entre l'arrivée du patient et l'induction anesthésique, difficilement extensible, doit être d'une grande qualité pour être le plus efficace possible.

Plus axé sur la pratique d'hypno infirmier, le livre d'Isabelle Célestin et de Pascale Wanquet « Hypnose et pratique paramédicale » (10) amène un éclairage important sur l'intégration de l'hypnose dans la pratique infirmière. Les exemples de prises en charge de patients ont été une source d'inspiration à ma communication hypnotique adaptée pour les séances de LEC. Je me suis d'ailleurs servi de l'exemple de suggestion de dissociation vers un lieu de sécurité (11) pour construire mon approche hypnotique de base.

Un très bel exemple d'accueil des patients grâce à une communication adaptée est proposé par le Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble avec une vidéo « Hypnose positive et négative au bloc opératoire » (12). Le choix des mots, les attitudes amènent une réflexion et une remise en question de notre propre comportement. Nous faisons en effet quelquefois les choses par habitude, sans réfléchir à leurs conséquences. Les exemples du GHMG m'ont permis notamment d'améliorer l'accueil des patients. Se présenter, trouver la distance de confort, ne plus verbaliser la négation, se mettre à la hauteur du patient, adopter le même rythme de gestes, de débit vocal et de respiration et apporter une attention particulière à son environnement visuel ont été mes premiers axes de travail.

Enfin, la thèse de Gaëlle DE FUSTER sur « L'impact de l'hypno-anxiolyse en péri opératoire » (13) apporte un retour d'expériences intéressant. L'analyse des différents contextes et la mise en place d'une hypnose adaptée à la situation des LEC sont des aides précieuses lorsque rien n'existe dans l'établissement où l'on exerce.

Suite à ces lectures, l'hypnose me semblait donc être la meilleure solution pour une prise en charge plus confortable des patients stressés en LEC. Il ne me restait plus qu'à mettre en œuvre tous ces apprentissages, ce savoir au service des patients.

VI - 1 Présentation des patients.

Les personnes accueillies pour une LEC viennent de la région ouest et sud de la Réunion. Sur 100 patients, nous pouvons ressortir les informations suivantes :

- 57 sont des hommes pour 43 femmes.
- 22 ont moins de 50 ans, 47 ont entre 50 et 70 ans et 31 plus de 70 ans
- 33 viennent pour une première séance. Les autres pour une deuxième ou troisième LEC
- 27 ont une urétéroscopie après la séance.

Leurs connaissances sur le principe de la LEC sont très souvent suffisantes. Les explications du chirurgien sont simples et claires : la machine casse le calcul avec des ultrasons. Les autres trouvent réponse à leurs questionnements sur internet. Ils ont donc globalement compris le fonctionnement.

Je suis parti du principe que tous les patients sont stressés. A un degré plus ou moins important, bien sûr, mais cet environnement spécifique et le contexte pathologique entraînent le plus souvent une perturbation de l'analyse et du comportement. Certaines personnes peuvent

également ne pas avoir conscience de leur état de stress, ou le minimiser pour tenter de le gérer. La prise en charge de la personne devait donc se mettre en place avec un objectif d'anxiolyse d'une manière généralisée.

VI - 2 Modification de l'environnement.

Dans un premier temps, j'ai porté une attention particulière à l'environnement du patient. Lors de son arrivée en brancard, la personne est installée dans une petite pièce. La lumière est crue et les murs sont jaunes et nus. J'ai donc positionné des autocollants zen avec des dessins assez gros pour capter rapidement l'attention et plus petits pour amener une certaine forme de focalisation par l'analyse du détail. Cette salle d'attente est relativement isolée du tumulte du bloc opératoire. Tout y est un peu plus calme et donc propice à proposer une ambiance musicale agréable. Dans la pièce où se déroule la LEC, la lumière est tamisée. J'ai collé des autocollants d'animaux, de plantes, de fruits au plafond. Ils me servent à focaliser l'attention du patient une fois allongé. Une ambiance musicale douce et agréable est également présente.

VI - 3 Aménagement de la prise en charge du patient en y intégrant l'hypnose.

Je devais donc modifier ma prise en charge avec pour objectif une anxiolyse par l'hypnose. Cela allait de l'accueil au séjour en SSPI. Au fil du temps, mon vocabulaire s'est modifié et ma communication thérapeutique améliorée. Les mots et attitudes rassurants ont lentement remplacé les termes neutres, négatifs ou stressants. Je suis arrivé à une présentation type, bien sûr modulable, qui permet un premier contact rassurant pour le soigné mais également pour le soignant.

- Bonjour Madame, Monsieur (nom de la personne). Je suis Christophe, l'infirmier qui va s'occuper de vous et qui va veiller à votre confort. Etes-vous installé(e) le mieux possible ? Avez-vous suffisamment chaud ? Si vous désirez vous sentir mieux, n'hésitez pas à me le demander.

Je pose ensuite une question qui recentre le patient sur le lieu et l'instant présent. Elle permet d'évaluer son état de stress en portant une attention particulière au verbal et au non-verbal.

- Comment vous sentez-vous là et maintenant ?

Certains patients verbalisent un état de stress. D'autre moins mais leur non-verbal peut parfois ne pas être en corrélation avec ce qu'ils expriment. Une légère agitation, un sourire forcé, des oublis de radio ou scanner, une respiration moins ample et plus rapide sont autant de signes auxquels il convient de porter attention.

S'en suivent les vérifications médicales pour la LEC. Afin de projeter le patient dans l'avenir, je lui explique qu'après la séance, il passera 15 minutes en salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) et qu'il retournera ensuite dans sa chambre. J'intensifie la projection dans le futur en lui demandant qui vient le chercher pour le ramener à son domicile.

Je termine cette première prise de contact par une réflexion sur un lieu de sécurité :

Les trois points (...), présents dans les scripts, correspondent à une pause dans mon discours. Il concorde à un cycle respiratoire du patient. Je m'efforce de parler lors de la phase expiratoire.

- Y a-t-il des questions que vous voulez me poser ? Je m'absente quelques minutes et je reviens vous voir. En m'attendant, pour aider à passer le temps le mieux possible pour vous, je vous propose de solliciter votre esprit, votre imaginaire, ou bien tout simplement votre mémoire... pour évoquer un endroit... un endroit particulier, dans lequel vous pouvez vous sentir tranquille, détendu, confiant... en sécurité... Un endroit où vous aimez tout particulièrement vous trouver, et vous retrouver... seul ou en compagnie... ça peut aussi être un endroit inventé, imaginaire... une sorte de paradis intérieur, rien que pour vous... où vous pouvez trouver tout ce que vous voulez... tout ce dont vous avez besoin... et remarquer combien il est agréable de se sentir bien... et peut-être qu'en fermant les paupières, il sera plus facile pour vous de retrouver une image de cet endroit ... avec votre regard intérieur... et dès qu'une image, ou bien simplement une couleur, une forme... s'installe à l'intérieur des paupières, alors vous savez que, déjà, vous commencez à vous installer dans cet endroit... un endroit important et utile pour vous... et les différentes sensations que cela procure, lorsque vous êtes dans cet endroit, dans ce lieu... ces sensations vous rappellent combien cet endroit est important, utile et aidant pour vous... peut-être la température ... ou bien le paysage sonore... ou encore la lumière ... ou autre chose encore... c'est peut-être même un tout... il y a tellement de façons de retrouver cet endroit et tous ses bienfaits... et vous profitez de mon absence pour explorer les choses, un peu comme si... vous y êtes à nouveau.

Je quitte le patient le temps de préparer la machine pour l'examen. Je reviens 10 mn après en lui demandant s'il, elle a fait un beau voyage. Je lui demande de se lever et je l'accompagne

vers la salle de LEC. Présentation très rapide de la machine avec une recherche d'imagerie positive.

- Voici la machine, avec son bras, on dirait un appareil pour faire les gâteaux, vous ne trouvez pas ?

Je fais ensuite toucher la boule remplie d'eau qui délivre les ultrasons.

- C'est cette partie qui va vous soigner. Touchez, c'est doux et rigolo comme sensation.

J'invite enfin le patient à s'allonger sur la table d'examen.

- Quand vous serez prêt(e), vous pourrez vous allonger ici, sur le dos. Vous allez voir, c'est doux comme un nuage ...

La position du bras doit être au-dessus de la tête ou sous la tête.

- Positionnez votre bras comme si vous étiez allongé sur la plage.

Le patient s'installe. Un masque pour l'oxygénothérapie lui est appliqué sur le nez.

- J'applique un masque sur le visage. C'est de l'air qui vient de Cilaos. Laissez les poumons se gonfler et profitez des bienfaits de l'air de la montagne.
- Très bien ! Pendant que j'installe tous les éléments qui me permettront de bien vous surveiller, pouvez-vous me décrire le lieu où vous êtes installé(e) tout à l'heure ?

Débute alors une immersion dans le lieu de sécurité choisi par le patient.

Lorsque la séance est lancée, les bruits secs de l'ultrason sont imagés comme s'il s'agissait d'un petit tailleur de pierre qui casse, à l'aide de son marteau, le calcul, petit à petit, doucement, tranquillement ...

« Le thérapeute n'a pas à partager la souffrance du patient. Le patient ne demande pas que l'on souffre avec lui. D'où l'ambiguïté du terme empathie. Il est possible d'être auprès ou avec quelqu'un sans éprouver ce qu'il éprouve. ... refuser la compassion »

Savoir attendre : pour que la vie change - François Roustang

VII - RESULTATS ET DONNEES CLINIQUES

VIII - 1 Présentation de cas concrets

Pour illustrer l'intégration de l'hypnose dans la prise en charge des patients en LEC et notamment ceux présentant ou verbalisant un stress, j'ai choisi d'exposer 5 cas concrets. Pour des raisons d'anonymat, le prénom et l'âge des patients ont été modifiés.

VIII - 2 Protégée sous la glycine.

La première patiente, que nous appellerons Sylvie, est une personne où l'intégration de l'hypnose dans sa prise en charge est aisée. Les patients sont le plus souvent ouverts à cette nouvelle expérience et apprécient que l'on fasse le maximum pour leur confort.

Sylvie, 40 ans, vient lors d'une première séance de LEC pour un gros calcul de 15 mm dans le rein gauche. Il a été découvert suite à une radio pour une douleur lombaire. Son médecin traitant l'a dirigée vers un urologue au vu des symptômes présentés. Une ou plusieurs séances de LEC lui sont alors proposées pour pulvériser et évacuer ce calcul. Sylvie arrive pour sa première séance. Elle a le sourire mais verbalise très vite son stress. Elle parle vite, un peu fort, cherche à être drôle. Après un contrôle de son dossier, je lui propose de réfléchir à un lieu où elle se sent bien, en sécurité. Je la laisse, le temps de préparer la LEC. Je la retrouve 10 mn plus tard.

Soignant

- Et voilà, tout est parfait pour moi, nous allons pouvoir y aller quand vous serez prête.

Sylvie

- Et bien on n'est pas prêts d'y aller alors !
(Rires, je remarque qu'elle cherche à être drôle)
- Allons, venez avec moi et laissez vos jambes vous emmener dans la pièce. Vous allez voir, elle est très agréable. La preuve, j'y passe mes journées.
(Elle se lève et me suit. Nous arrivons dans la salle de LEC)
- Alors, je ne vous avais pas menti, c'est douillet ici, hein ?
- C'est impressionnant !
- Tout à fait, c'est impressionnant de confort. Vous allez voir.

(Je lui présente la boule de plastique remplie d'eau qui délivre les ondes de choc).

C'est cette partie qui permettra au calcul de se réduire en poussière et de s'évacuer.

Touchez, vous allez voir, c'est très doux.

(La patiente touche et appuie sur la boule d'eau)

- C'est vrai, c'est doux. On dirait un gros chamallow.
- Le jeun vous déforme l'esprit. Vous allez bientôt pouvoir manger ce que vous voulez.
- C'est vrai que j'ai faim ! Mais je vais avoir mal... (la phrase est plus affirmative qu'interrogative).
- Je vous ai dit tout à l'heure que j'étais là pour veiller à votre confort. C'est vraiment très important pour moi que vous soyez bien. Si à un moment du soin, vous désirez plus de confort, vous n'aurez qu'à me le dire et je mettrai tout en place pour y arriver. Vous allez voir, je suis un vrai magicien. Quand vous serez prête, vous pourrez vous allonger sur cette table. Vous verrez, c'est doux comme un nuage.

(Elle s'installe)

- Alors, dites-moi, vous étiez où tout à l'heure quand je vous ai proposé de choisir un lieu agréable ?
- Bouu, je tremble ! Il faut que je me calme ...

(Je lui propose du chauffage qu'elle accepte)

- Si vous pensez être plus détendue dans l'endroit que vous avez choisi, pourquoi n'y allez-vous pas ? Laissez le corps ici, le temps qu'on le soigne et laissez votre esprit vagabonder. Je vais vous aider, vous êtes d'accord ?

(Elle ne parle plus pendant un instant, elle soupire)

- Ce n'est pas normal d'être aussi stressée. Ça me pourrit la vie, ce truc-là !
- Laissez-moi vous aider. Vous allez voir, ce que je vous propose va vous servir, même après la séance. Ça sera votre bulle de sécurité, une bulle où vous pourrez aller quand les choses auront besoin d'être apaisées.

(Elle ferme les yeux et prend une grande inspiration. Elle hoche la tête)

- Très bien, alors pendant que je m'occupe de tout, je laisse votre esprit, votre regard intérieur s'en aller doucement, tranquillement vers ce lieu qui vous apaise. Un fois que vous y serez, vous pourrez me l'indiquer par un signe de la tête ou bien en soulevant doucement un doigt de la main droite.

(Je continue de préparer la patiente. Elle soulève un doigt)

- Très bien. Prenez le temps de percevoir cet endroit ... de le détailler ... peut-être une certaine lumière ... une certaine couleur des lieux ... ou peut être des sons ... ou

simplement le silence ... tellement reposant. Observez tout ce qui fait que ce lieu ... cet endroit ... soit rassurant pour vous ... vous amène la sécurité ... le réconfort ...

(Son rythme cardiaque ralentit doucement de 90 à 75)

- Et peut-être désirez-vous me dire où vous êtes ... ou alors garder ce lieu comme un secret en vous-même ...

(Elle attend quelques instants puis parle)

- Je suis chez ma grand-mère. Dans son jardin. Il y a un endroit un peu caché sous une glycine avec un mur en brique pour s'asseoir. On se salit un peu les fesses. (Elle sourit puis prend son temps). J'aime m'y poser. On y est un peu caché. On a l'impression que le temps s'arrête, que tout fait une pause ...

(Je déplace la table pour cibler le calcul)

- Prenez le temps de détailler ce qui vous entoure. La lumière ... peut-être des objets.
- Oui, il y a toujours des pots vides et un arrosoir ...
- Un lieu où on se sent si bien doit avoir une odeur, des parfums ?

(La patiente prend une grande inspiration)

- Oui, ça sent la mousse, l'humidité ... ça sent les vieilles choses.

Nous sommes prêts pour débiter la séance. L'anesthésiste démarre l'induction.

- Très bien, alors laissez ce lieu vous envahir ... percevez comme il diffuse en vous ... laissez les sensations s'installer ... comme une parenthèse ... et cette sensation de sécurité ... de tranquillité ... vous pourrez la retrouver tout à l'heure ... lorsque la séance sera terminée ... elle fera encore partie de vous ... comme à chaque fois que vous en aurez besoin ... à chaque instant où vous aurez besoin de calme intérieur ... vous aurez simplement à penser à un objet ... une couleur ... un mot que vous associez à ce moment de paix ... de tranquillité ... de sécurité ... pour qu'il revienne en vous et vous calme ... vous apaise.

La cible sous AIVOC sera de 1,40 nanogrammes/ml. La patiente restera immobile et confortable durant l'heure que dure la séance. A l'arrêt de la sédation, j'accompagne son réveil.

- Et voilà ... la séance est terminée ... tout s'est très bien passé ... prenez le temps nécessaire pour vous réveiller ... comme après une bonne nuit de sommeil réparateur ... ouvrez les yeux quand vous vous sentirez prête ... à revenir ici ... à la clinique.

Elle ouvre les yeux, son regard est calme. Après quelques instants, je lui demande de s'asseoir, puis de se diriger vers son brancard.

- Vous allez rester un quart d'heure en salle de réveil pour valider que tout va bien. On vous ramènera ensuite dans votre chambre.
- Merci beaucoup.
- N'oubliez pas que lorsque vous aurez besoin de calme intérieur, il y a un lieu en vous qui vous veut du bien et qui peut vous apaiser.
- Oui, merci.

Le lieu de sécurité est assez simple et rapide à mettre en place avec les patients stressés. Il entraîne un apaisement général profitable. Mais parfois, il arrive que le patient soit trop dans son stress, qu'il soit déjà en transe.

VIII - 3 Une météorite sur le torse.

C'est le cas de Paul, 35 ans. Première séance de LEC sur un calcul à gauche. Il arrive dans la salle d'attente, attenante à la LEC, le visage tendu, le regard très mobile. Ses réponses sont froides et limitées à oui ou non. Après les vérifications d'usage, je lui propose de chercher un lieu où il se sent bien. Mais je vois rapidement que ma demande est trop complexe pour lui à ce moment. Je le laisse quelques instants pour terminer ma séance en cours.

A mon retour, sa respiration s'est accélérée. Je cale la mienne sur la sienne. Je le fais entrer dans la salle de LEC, il s'allonge sur la table. Rien de ce que je fais d'habitude ne fonctionne avec lui.

- Installez-vous le plus ... (il me coupe la parole)
- Ça dure combien de temps ?
- Je vous l'ai dit, une heure ou v ... (il me coupe la parole)
- Je vais avoir mal ?
- Soyez rassuré, je mettrai tout en place pour que cela soit le plus confortable possible pour vous.
- Je vais avoir mal (affirmation).
- Mais pourquoi voulez-vous avoir mal ?

- C'est ma femme qui me l'a dit. (Il prend une grande inspiration mais elle semble bloquée)
- Elle est sympathique votre femme de vous dire des choses comme ça ?
- Elle est infirmière.
- Ah, et (il me coupe la parole)
- Je vais dormir complètement ?
- Vous dormirez suffisamment pour que le soin soit le plus confortable pour vous.
- Le docteur n'est pas là ... (à la fois une question et un constat).
- Je vous prépare pour la séance et il arrive ensuite. Il sait que vous êtes là. Nous travaillons en équipe. Soyez rassuré. Qui vient vous chercher tout à l'heure pour vous ramener chez vous ? (Projection dans le futur).
- Ma femme. Mais si j'ai mal, je fais quoi ?
- Vous me le signalez et je mettrai tout en place pour vous soulager. Vous allez voir (il me coupe la parole)
- Je suis désolé, je suis pénible avec mes questions...
- Mais pas du tout, vous posez des questions et c'est normal que vous me les posiez.

La séance peut commencer. L'induction anesthésique est démarrée.

- Voilà, vous pouvez garder les yeux ouverts ou bien fermés. Comme cela est le plus facile pour vous. Prenez une grande inspiration ... voilà ... soufflez maintenant cet inconfort et inspirez du confort. Et regardez qu'il est plus confortable d'inspirer sur une inspiration et d'avoir confortablement un confort que le contraire (confusion). Laissez les sensations d'apaisement venir à vous, venir en vous. Des sensations bienveillantes, qui sont là pour vous aider car elles sont bienveillantes.

Le patient s'endort. La dose cible sera de 1,7 nanogrammes/ml. A son réveil, il persiste un léger stress.

- Je suis désolé, je ne suis pas un patient facile. J'ai bien vu que vous tentiez de m'aider.
- Soyez rassuré, tout va bien. S'il y a une prochaine fois, que pensez-vous qu'il faudrait faire pour que cela se passe mieux ? (Le calcul est encore présent. Il y aura une autre séance).
- Je ne sais pas.
- De toute façon, je saurai mieux vous préparer.

- C'est gentil, merci.

Son stress s'exprimait, entre autres, par une recherche d'informations pour réduire son incertitude et la détresse qui en résultait.

Ce patient revient 15 jours plus tard. Le calcul s'est bien disloqué mais il reste des morceaux trop importants pour être évacués naturellement. Une deuxième séance est donc nécessaire pour fragmenter ces débris. Je le fais venir 15 mn avant son soin. A son arrivée, nous avons un sourire mutuel mais le patient est toujours aussi stressé.

- Monsieur Paul, je vois que vous êtes venu avec votre stress !
- Bonjour, oui toujours là.
- Et pourquoi l'avez-vous laissé venir ici ?
- Je ne sais pas.
- Quel souvenir gardez-vous de la dernière fois ?
- Ça a été.
- Qu'est-ce qu'on pourrait faire pour que cela aille mieux ?
- Je ne sais pas.
- Moi, je pense que vous ne devriez pas rentrer avec votre stress dans la salle. Laissez le ici, sur cette petite table. Comment percevez-vous ce stress ?
- Je ne sais pas C'est lourd.
- C'est lourd. Lourd comment ?
- Comme un caillou sur le torse.
- Il est comment ce caillou ?
- Je ne sais pas
- Fermez les yeux, on sent les choses différemment, les yeux fermés. C'est plus facile comme ça ?
- Un caillou noir.
- Très bien, il a quelle forme ce caillou ?
- Comme une météorite, un peu plate.
- Comme une météorite noire.
- C'est ça.
- Et que voulez-vous faire de cette météorite noire ?
- Je ne sais pas.
- Peut-être pourriez-vous la soulever, la déplacer pour vous soulager ?
- Je ne sais pas.

- Il y a forcément un moyen.
- Avec un palan, un treuil peut-être ?
- Un treuil, parfait. Allez chercher un treuil où vous pensez pouvoir trouver un treuil et amenez le au-dessus du torse. Dites-moi quand vous l'aurez.

Le patient attend un moment.

- C'est bon.
- Très bien, maintenant, trouvez un moyen pour accrocher ce treuil à la météorite noire.
- Avec un câble autour ?
- Parfait. Positionnez le câble autour et maintenant soulevez le caillou avec le treuil.
- Ça ne marche pas, le câble glisse.
- Il faut trouver un autre moyen.
- Avec un crochet peut-être.
- Comment est votre crochet ?
- En acier
- Comment fixez-vous le crochet à la météorite noire ?
- Je perce un trou et j'enfonce le crochet dedans.
- D'accord, faites-le. Percez le trou, enfoncez le crochet et attachez le câble. Soulevez la météorite avec le treuil maintenant et dites-moi ce qui se passe.

Après un temps, le patient prend une grande inspiration et fait un léger sourire.

- C'est drôle...
- Alors ?
- Le caillou se soulève.
- Vous sentez vous plus à l'aise maintenant ?
- Oui, c'est étrange ce truc.
- Très bien, vous en faites quoi maintenant de ce caillou noir.
- Je le laisse au-dessus de moi, ça va.
- Très bien. Surveillez bien le treuil et le caillou. Si vous voyez qu'il redescend et vous gêne, utilisez le treuil pour vous apaiser.
- D'accord.

La séance se déroule beaucoup plus sereinement. La cible sous AIVOC restera à 1,4 nanogrammes/ml. A la fin de la séance, le patient a le sourire. Il parle beaucoup plus librement.

VIII - 4 Sidonie et son jardin.

Il est également possible de chercher dans le quotidien des patients pour induire la transe hypnotique et ce grâce à un questionnaire sur leur environnement.

Un exemple avec Sidonie, 80 ans. Elle vient pour un calcul de 7 mm au rein droit. Elle dit « j'ai un peu peur quand même ». Elle est toute menue et s'exprime dans un créole très prononcé. Malgré mes 21 ans passés sur la Réunion, il y a certains mots que je ne comprends pas. Mais dans le déroulé de la séance, cela ne pose finalement pas de problème.

- Installez-vous de la manière la plus confortable pour vous, Madame. Avez-vous suffisamment chaud ?
- Oui, ça va.
- Qui vient vous chercher tout à l'heure, quand vous rentrerez chez vous ? (Projection dans le futur)
- L'ambulance, faudra les appeler.
- Soyez rassurée, on fera le nécessaire.
- Vous habitez où, Madame ?
- (Je ne comprends pas la réponse)
- D'accord, vous habitez dans un appartement ou une maison.
- Une maison avec un jardin.
- Et il est comment ce jardin ?
- Bah, c'est un jardin
- Avec des fleurs, des légumes ?
- Ah non, les légumes c'est trop fatigant pour moi maintenant. Mon fils a planté deux, trois brèdes mais je ne m'en occupe pas.
- Des fleurs alors ? Et vous y allez à quel moment de la journée ?
- Le matin, je me lève tôt.

- Allez, on va faire comme si on y était. Comme s'il y avait un reportage sur vous à la télé. C'est le matin, Madame Sidonie sort de chez elle et met les pieds dans le jardin. Il fait encore frais, je suppose ?

Elle rigole.

- Je sors, (je ne comprends pas), je gratte un peu les herbes, je vais voir mes fleurs.
- Et lorsque vous tendez l'oreille, vous entendez quoi ?
- Ah, plein, plein d'oiseaux, des (je ne comprends pas). J'aime bien, c'est vivant, ça (je ne comprends pas)
- Vous vous sentez comment quand vous êtes dans votre jardin ?
- Bien, bien. Ça me repose. J'aime bien trainer un peu. C'est mon fils qui s'occupe du jardin. Moi, c'est trop fatigant. Je gratte un peu, ça m'occupe.

La séance peut commencer.

- Très bien. Alors, vous allez poser les paupières et laisser votre esprit vagabonder dans ce jardin ... un jardin merveilleux... plein de senteurs familières.

La patiente fait oui de la tête.

- Un jardin où vous aimez être ... vous promener ... vous ressourcer ... vous sentir bien ... dans ce lieu familier ... qui vous comprend peut-être ... vous apaise ... un endroit habituel ... forcément rassurant ... un lieu de paix ... de sécurité ... qui va vous accompagner pendant cette heure que nous allons passer ensemble.

La patiente ne dort pas, elle est tranquille. La cible AIVOC est à 1,3 nanogrammes/ml. A un certain moment, elle trouve que le soin est long. Elle se plaint au niveau du dos. Elle voudrait bouger un peu. Cela veut dire arrêt de la machine, recalibrage. Je lui explique et lui propose un exercice.

- Vous allez essayer de bouger sans bouger. C'est-à-dire vous imaginer en train de bouger mais simplement en imagination. Vous voir vous lever, vous redresser, vous étirer un peu mais sans bouger. Vous voulez essayer ?
- Bah.
- Alors fermez les yeux, et sans bouger le corps, imaginez que vous bougez doucement ... les mouvements doivent être lents ... un peu comme un chat ... qui s'étire ... doucement ... vous sentez que cela vous fait du bien ... de bouger ... que toute la gêne que vous ressentiez s'en va ... parce que vous avez simplement imaginer bouger ...

cette gêne qui se déplace et qui n'est plus gênante... simplement parce que vous avez pensé bouger, vous étirer ... comme un chat qui s'étire ...

La patiente ne verbalisera pas d'inconfort jusqu'à la fin de la séance. Lorsque tout est terminé, je lui demande son ressenti.

- Oui, oui mais il était temps que cela finisse. Je suis mieux chez moi...

VIII - 5 Florence ne veut pas d'anesthésie.

Florence a 55 ans. Elle est venue il y a 3 mois pour une LEC mais son vécu de l'anesthésie sédation a été très négatif. Dès l'arrivée des sensations, elle a paniqué, n'a pas apprécié cette impression « encore consciente mais qui part ». Elle s'est redressée sur la table, a enlevé brassard, scoop, saturation et a voulu arrêter la séance immédiatement. Malgré les explications, elle n'a pas voulu continuer. Le calcul a pris du volume depuis et commence à lui poser problème. Elle a accepté une LEC mais sans anesthésie.

Sa demande est bien reformulée dès son arrivée : pas d'anesthésie ! Je lui confirme que j'étais tout à fait au courant (2 heures avant) et que nous avons l'habitude de gérer autrement la situation lorsque les patients ne veulent pas d'anesthésie. Je lui propose de vivre confortablement la séance avec l'hypnose. Elle est enthousiaste. Elle-même pratique la relaxation, la méditation. Je lui demande comment elle pense soulager un éventuel inconfort du côté droit (localisation de son calcul et des impacts). Peut-être une couleur, une sensation de froid, un massage virtuel de la zone, un bouton régulateur du confort. Elle valide ce dernier.

- Très bien, lorsque vous serez prête, vous pourrez si vous le désirez ... fermer les yeux ... (la patiente ferme les yeux)
- Voilà, mais avant de commencer, je voudrais que vous ne rentriez pas trop vite en état d'hypnose. Je vous sens très réceptive, donc prenez votre temps.
- D'accord.
- Laisser le corps se poser comme il pense être le mieux possible. Laisser le dos s'installer. Votre corps sait comment il doit se mettre pour être confortable ... laissez le corps faire ce qui est bon pour lui ... en même temps qu'il pose ses repères ... des repères qu'il pose pour mieux se repérer ... comme les sons tout autour de vous ... des sons que vous pouvez accueillir ... ou bien laisser ... comme le son de ma voix ... qui

va vous accompagner dans cette expérience ... et vous pouvez peut-être déjà percevoir un changement ...quelque chose qui s'est modifié ... ou qui est en train de se modifier ... peut-être au niveau de la perception des choses (elle hoche la tête) ... très bien, laissez ces perceptions se modifier ... ces perceptions qui perçoivent une perception peut-être de confort ... de soulagement ... d'approfondissement ... de plus en plus profond ... et plus cette sensation de profondeur s'installe en vous ... plus la respiration trouve son rythme ... et plus la respiration trouve son rythme ... plus vous êtes détendue (les traits de son visage s'affaissent) ... et plus vous êtes détendue ... plus la respiration se pose ... (boucle) et plus votre esprit s'apaise ... tout en sachant ... qui si à un certain moment ... vous désirez plus de confort ... de soulagement ... vous pourrez tourner le bouton que vous créez en ce moment ... un bouton qui vous permettra de gérer l'approfondissement de cet état ... un bouton d'une certaine forme ... d'une certaine matière ... d'une certaine couleur ... et plus vous tournerez un cran de ce bouton ... plus vous approfondissez le confort ... chaque cran pour deux fois plus d'endormissement, deux fois plus de confort ... comme le temps qui passe (début de la séance, niveau minimal, 1 impact par seconde) le temps qui s'écoule ... le temps nécessaire pour vous ... tout en laissant votre esprit vagabonder ... vers un endroit où vous sentez bien ... un endroit que vous connaissez ... ou bien que vous imaginez ... ou bien un peu des deux ... un endroit à vous ... qui vous apporte la paix ... la sérénité ... (augmentation progressif de la puissance des impacts). Libre à vous de revenir de temps en temps vers votre corps ... pour vérifier que tout va bien ... qu'il est suffisamment confortable ... ou alors ajustez le confort ... en tournant le bouton ... pour plus de confort ... deux fois plus de confort ... et revenez dans cet endroit ... ce lieu où vous vous sentez bien ... reposée ... en sécurité ... et percevez pourquoi ce lieu vous apaise ... peut-être la lumière ... peut-être les couleurs ... peut-être une simple perception ... une perception de paix ...

Lors des séances sous sédation, la puissance des impacts est montée à 15/20 pendant 1 heure. Ici, avec l'hypnose seule, nous avons pu atteindre 13/20 pendant 50 mn (le contrôle sous échographie montrait que le calcul était suffisamment pulvérisé). A son retour en état de conscience ordinaire, la patiente était contente que la séance ait pu être gérée autrement. Elle était ravie de son expérience hypnotique. Elle n'aura tourné le bouton qu'une seule fois.

VIII - 6 Marc a peur des piqûres.

Marc à 46 ans. Il vient pour une séance de LEC mais son angoisse concerne les piqûres : il est phobique des aiguilles. Sur le dossier d'anesthésie, sa peur est signalée ++++. Dès son arrivée, la première chose qu'il me dit est « bonjour, j'ai peur des piqûres ». Il est costaud, ses veines sont bien apparentes sans garrot. Je lui explique le déroulement de la séance mais son problème reste les piqûres.

- Vous ne pouvez pas me faire dormir et faire la piqûre une fois endormi ?
- Hum, pour vous endormir, il faut une perfusion ...
- Je ne sais pas, avec un masque par exemple !
- J'ai bien un gourdin derrière la porte ...

(Il rigole plus de la situation que de ma tentative d'humour. Je prépare mon matériel et je m'approche vers lui.)

- J'aime pas ça !
- Bien, on en fait quoi de cette peur ?
- Je ne sais pas !
- Dans un premier temps, je pose le garrot et je nettoie la peau (Je passe une compresse sur le pli de son bras droit)
- (Il réagit fortement) C'est froid ça ! (Le patient tourne la tête pour ne pas voir mais regarde ensuite, puis retourne la tête ...)
- Bien, pour le moment, on laisse le bras ici et on va s'intéresser à l'autre, plus précisément à la main au bout du bras. Regardez la main au bout du bras gauche. Laissez cette main s'ouvrir, prête à recevoir quelque chose.

(Il ouvre la main gauche)

- Voilà, très bien. C'est cette main là qui nous intéresse pour le moment. Et dans cette main là, vous allez y déposer votre peur, toutes les sensations de votre peur. Voilà, très bien. Maintenant que toutes ces sensations sont dans la main, vous allez doucement laisser se serrer cette main. Doucement pour être sûr que toute votre peur soit bien prise dans la main.

(Je sature ensuite le patient par un discours rapide et appuyé)

- Non, mieux que ça ! La main, n'est pas assez serrée, regardez, il y a un petit morceau qui dépasse, serrez mieux, rien ne doit apparaître, la main doit bien l'envelopper, voilà c'est mieux, comme ça, il y a encore un petit morceau-là qui dépasse, allez, non ce n'est pas serré là, tenez la bien !
(Je perfuse le patient, son regard va sur son bras perfusé mais revient aussitôt sur sa main serrée)
- Et voilà, c'est terminé pour moi. Vous pouvez relâcher votre peur.
(Le patient attend quelques secondes et ouvre sa main)
- Et bien, vous voyez ! Il suffit que vous teniez bien votre peur pour qu'elle ne vous envahisse plus. Il faut que vous la contrôliez en la verrouillant dans votre main. Vous êtes fort, elle ne peut pas s'échapper.
(Le patient regarde la perfusion, rigole)
- A chaque fois que vous aurez cette peur, mettez là dans votre main et serrez la le plus fort possible. Vous verrez, elle se laisse vite faire quand elle voit que l'on est plus fort qu'elle.

Le patient se détend.

- Maintenant, laissez le corps s'installer tranquillement, à son rythme ... percevez comme certaines parties se détendent plus vite que d'autres ... (je cible le calcul). Parfois, c'est plus le haut du corps ... ou le bas ... ou bien à droite ... ou à gauche... avez-vous remarqué que le bras droit est à droite du bras gauche alors que le bras gauche a le bras droit à sa droite (confusion) ... percevez-vous la zone qui se détend ?
- Oui, les pieds.
- Très bien ... installez-vous dans cette détente ... et percevez comment cette détente diffuse ... tranquillement ... doucement (saupoudrage) dans le reste du corps ... un peu comme le thé infuse dans l'eau (à l'interrogatoire, le patient avait signalé qu'il avait pris un thé le matin) et diffuse sa couleur ... son parfum à toute l'eau ... et peut-être un sentiment de plénitude s'installe comme après avoir bu une tasse de thé ... la chaleur diffuse dans tout le corps ... comme une détente ... (l'induction anesthésique est démarrée) ... une détente bienveillante ... une chaleur bienveillante (le Rémifintanil provoque une sensation de chaleur dans le corps) ... et plus cette sensation s'installe ... plus votre respiration se pose ... et plus cette respiration se pose (boucle) ... plus ce qui doit se poser se pose ... ce qui doit se calmer se calme ... cette sensation de calme ...

de tranquillité ... qui diffuse dans tout votre corps ... une sensation que vous conserverez durant tout le temps de l'examen ... et que vous retrouverez à votre réveil.

L'acte débute. La bradypnée s'est installée rapidement. Le patient est resté parfaitement immobile, les yeux fermés. A la fin de la séance, le patient s'assoit au bord de la table d'examen.

- Ça m'a fait du bien ton truc, au début. Je ne sais pas si c'est ce que tu m'as injecté ou ce que tu m'as raconté mais c'était bien. Il faudrait que j'utilise ça pour mon sport.
- Vous faites quoi comme sport ?
- De l'haltérophilie.
- Mettez votre main sur une partie du corps, le torse, le ventre par exemple.
Le patient met sa main sur le torse.
- Très bien, par ce geste, vous retrouverez rapidement cet état que vous recherchez, comme un raccourci pour votre corps (ancrage). Il vous suffira de poser votre main sur le torse pour retrouver tout ce que vous avez ressenti et que vous ressentez encore actuellement. Une sensation de calme.
- En mettant ma main là ?
- C'est ça. En refaisant ce geste, votre corps saura que vous voulez retrouver cette sensation qui vous fait du bien.
- OK, merci !

Associer un geste, mais également un mot, une couleur à un état, une sensation, permet d'ancrer ce moment pour le retrouver plus facilement.

VIII - DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE.

VIII - 1 Problèmes rencontrés - Résolution.

Comme tout apprentissage, la découverte de l'hypnose passe par une réadaptation de ses croyances dans ce domaine. Il ne s'agit pas de déception mais de restructuration de son projet, de ses envies entre ce que l'on pensait pouvoir faire et ce que l'on peut faire en hypnose. Nous sommes en effet, à l'instar des patients auxquels on propose l'hypnose, fortement influencés. Notre représentation est souvent un mélange d'idées, de certitudes, d'espoir. Nous arrivons donc avec notre propre idée de l'hypnose le premier jour de formation. La transmission du

savoir se faisant, une structuration des connaissances se précise. Nos objectifs également, non sans quelques renoncements, peut-être des déceptions. C'est au fil de l'apprentissage, de l'expérience que « notre » hypnose se construit en nous. Notre sensibilité, notre vécu, nos envies nous amènent à construire une pratique personnelle. Celle qui nous ressemble et avec laquelle nous nous sentons à l'aise.

J'ai repris mes fonctions après la première semaine de formation en hypnose. Une semaine intense où les bases sont posées. L'envie est là mais la peur de ne pas bien faire, d'être un peu ridicule dans sa pratique vis-à-vis des patients, de ses collègues est un frein qu'il faut vite dépasser. Nous cherchons à appliquer l'hypnose classique avec une induction par le VAKOG alors que le bloc opératoire bouillonne autour de nous. Très vite, la notion de temps disponible arrive comme une limite. Vient alors la nécessité de trouver un consensus dans sa pratique, comme un challenge. Construire son hypnose pour l'intégrer avec tout ce qui constitue l'environnement. La première idée qui semble être une évidence est d'améliorer son alliance thérapeutique par l'hypnose conversationnelle. Se débarrasser de ses habitudes afin d'être réellement dans son rôle de soignant. Laisser les négations pour une approche positive. Cette façon de communiquer demande un peu de temps mais nous transforme vite. Une nouvelle communication tellement évidente. Au point de ressentir, au fil du temps, une certaine gêne par rapport aux autres soignants qui n'ont pas la chance d'y avoir été sensibilisés.

Le projet suivant était d'amener la transe par la dissociation dans un temps très limité et dans l'ambiance du bloc, même si, comme je l'ai dit plus haut, mon espace est un peu plus protégé. C'est avec le lieu sécurisé que je me suis senti le plus à l'aise. Mon discours s'est peu à peu débarrassé du superflu pour se consacrer à l'essentiel. Une induction que j'ai faite mienne, dont je module le contenu suivant les patients, l'approche, mon intuition. Des mots clefs pour ouvrir les portes de la confiance, de l'expérience intérieure. Apporter un soulagement aux personnes stressées est une expérience très enrichissante. Les patients comprennent vite que vous êtes là pour eux, pour les aider. Et même si notre perception du résultat est parfois assez décevante, les retours nous montrent que leur vécu est souvent différent du ressenti physique affiché. Les expressions du visage nous font penser que notre action ne sert à rien mais lorsque le soin est terminé, les patients sont satisfaits : « J'ai apprécié la balade en forêt, ça m'a bien aidé » ou bien « j'arrive à dompter mon stress maintenant, je ne pensais pas que je pouvais le manipuler ». Il est très important de ne pas interrompre, de ne rien lâcher avec un patient. Nul ne peut savoir ni prédire le retour qu'il nous en fera.

VIII - 2 Limite de la pratique dans le contexte.

En salle de lithotritie, située dans l'enceinte du bloc opératoire, nous accueillons les patients alors que leur stress, leur angoisse sont déjà bien présents. Le travail avec l'hypnose est important mais très vite, une action en amont s'avère essentielle pour une prise en charge optimale (14). Les patients sont en ambulatoires donc une séance d'hypnose la veille dans le service n'est pas possible. Un accompagnement avec l'hypnose devrait donc être proposé, en accord avec les médecins, lors de la consultation d'anesthésie. Les personnes volontaires seraient alors prises en charge, quelques jours avant la séance par un hypno praticien médical. Leur venue au bloc opératoire serait préparée et une hypnose qui leur correspond serait proposée pour mieux gérer leur stress avec une prescription d'autohypnose. Nous ne travaillerions plus dans la rapidité mais dans une parenthèse bienveillante. Par extension, cette prise en charge pourrait être proposée à toutes personnes dont le passage au bloc opératoire provoque un stress. Ce mode de fonctionnement demande effectivement un investissement humain et financier à l'établissement. C'est un projet sur du long terme car il faut parvenir à convaincre les différents acteurs.

IX - INTERET DE L'HYPNOSE DANS L'ANXIOLYSE EN LEC.

Après une pratique de 10 mois, l'intérêt de l'hypnose en LEC se vérifie sur plusieurs plans.

IX - 1 Au niveau du confort du patient.

Les personnes stressées sont désormais prises en charge en incluant la gestion de leur stress. Il est repéré lors d'un entretien à l'arrivée, au bloc opératoire, parfois en consultation d'anesthésie pour les stress verbalisés de manière importante. Le patient apprécie que cette donnée soit perçue et que l'on mette en place une prise en charge spécifique avec l'hypnose. Sa mise en confiance est augmentée. Le lieu de sécurité est apprécié, il permet aux patients une décontraction générale, un meilleur vécu de la séance.

IX - 2 Au niveau de l'anesthésie.

Avant la mise en place d'un accompagnement hypnotique des patients stressés, une injection de Kétamine (psychotrope) et de Midazolam (anxiolytique) était faite à l'induction anesthésique avec le Rémifentanyl sous AIVOC. Une sensation de perte de repère était souvent mal vécue. Cet accompagnement hypnotique a permis de supprimer ces deux premières injections. Elle a également entraîné une baisse de la cible AIVOC en passant de 1,9 à 1,3 voire 1,2 nanogrammes/ml pour certains cas. Il en ressort un réveil beaucoup plus rapide et surtout plus confortable. En effet, à la fin de la séance, les patients peuvent désormais se lever, marcher quelques mètres pour retrouver leur brancard qui reste maintenant à l'extérieur de la salle. L'équipe de la SSPI a remarqué que les nausées vomissements post opératoires (NVPO) ont considérablement baissé ainsi que les tremblements. La durée de séjour en salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) est passée de 30 voire 45 mn à 15 mn. Un goûter est immédiatement proposé aux patients dès leur retour en chambre.

IX - 3 Au niveau du soignant.

Proposer une action non médicamenteuse dans l'accompagnement des patients stressés en LEC amène une grande satisfaction professionnelle et personnelle. Le rôle du soignant est valorisé par les retours des patients mais également par les autres personnels de santé. Chirurgiens, anesthésistes et cadres apprécient cet accompagnement hypnotique des patients : la qualité du séjour de ces derniers est bien meilleure et la notoriété de l'établissement optimisée.

X - CONCLUSION.

L'environnement du soin et plus encore celui du bloc opératoire génère inévitablement un stress, vécu plus ou moins désagréablement par les patients. L'hypnose est une aide précieuse dans la diminution du stress et de l'angoisse. Ce moment, comme une parenthèse bienveillante dans le déroulé du soin, apporte une réponse non médicamenteuse au patient et permet au soignant une autonomie dans sa pratique. L'hypnose propose plusieurs outils efficaces : le lieu de sécurité, la réification, les inductions par la respiration, ... Ils permettent au soignant de personnaliser sa séance et de l'adapter aux différents patients. Les effets délétères du stress sont

amoindris et le vécu du soin est de meilleure qualité. L'attention du soignant pour le soigné est alors optimale. Le patient le remarque et apprécie cette attitude positive.

Les bénéfices de l'hypnose en LEC sont également nombreux : meilleur accueil du patient, prise en charge personnalisée, plus grande efficacité du soin et diminution des doses anesthésiques. Le réveil du patient est alors de meilleure qualité et le retour à son domicile est plus rapide. Le vécu du soin est également amélioré de façon significative. Cette donnée est importante car les séances de LEC sont rarement uniques.

Mon apprentissage de l'hypnose a évidemment profondément modifié mon rapport à l'autre en m'apportant au quotidien plus d'évidence, d'assurance et d'humanité dans ma pratique infirmière. L'hypnose a parfaitement répondu à ma demande initiale : mieux soigner par les mots.

Bibliographie.

- 1 - Palazzolo J. De l'anxiété normale à l'anxiété pathologique. Le Journal des psychologues. 2019; 369(7):72-77.
- 2 - Virot B, Bernard f. Hypnose. Douleurs aiguës et anesthésie. 2ème éd. Arnette. 2018; p. 29
- 3 - L'alliance thérapeutique comme instrument de soins – Prendre soin [Internet]. [cité 2 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.prendresoin.org/?p=3398>
- 4 - Elvira L. Can words hurt ? Pain. 2005; 114
- 5 - Communication dynamique à l'induction d'une anesthésie générale | Résultats de recherche | Collège d'Hypnose de l'Océan Indien (CHOI) à la Réunion | hypnose-reunion.org [Internet]. [cité 8 juin 2020]. Disponible sur: <http://hypnose-reunion.org/?s=Communication+dynamique+%C3%A0+l%E2%80%99induction+d%E2%80%99une+anesth%C3%A9sie+g%C3%A9n%C3%A9rale>
- 6 – Le Hen L. L'Hypnose, un nouvel outil pour améliorer la communication thérapeutique, la gestion du stress et de l'anxiété. Thèse en chir dent. UFR d'Odontologie de Brest. 2015 ; 29004
- 7 - Sébille N. Hypnose : technique thérapeutique dans la prise en charge de l'anxiété en pratique odontologique. Thèse en chir dent. Nantes. 2007
- 8 - Garden-Brèche F. La pratique de l'hypnose dans les services d'urgence. Transes. Dunod. Avril 2020; Vol 11. P. 37-46
- 9 - Servillat T. Rédacteur. Hypnotiser : techniques d'induction [dossier]. Hypnose et Thérapies brèves. 2015 ; HS 9
- 10 - Célestin I, Wanquet P. Hypnose et pratique paramédicale. Paris: Lamarre. 2018
- 11 - Célestin I, Wanquet P. Hypnose et pratique paramédicale. Paris: Lamarre. 2018 ; P.40
- 12 - Hypnose positive [Internet]. 2015 [cité 12 fév 2020]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=0Vn5uzcWQw4>

- 13 - De Fuster G. Hypnose et douleur chronique en sénologie. Thèse méd. Université Bordeaux 2. 2015; 163
- 14 - Cuvillon P, Marcou A, Bernard F, Tran G, Suarez B. Hypnose et anesthésie en 2019 : de la neuroscience au bloc opératoire. *Anesthésie & Réanimation*. 1 mars 2020; 6(2):270-80.

Les bénéfices de l'hypnose sur le stress/anxiété par anticipation auprès des patients en lithotritie extracorporelle.

Résumé

Le stress et l'anxiété sont les réactions d'alarme du corps humain. Ils se mettent en place devant un danger potentiel ou réel. Des mécanismes s'enclenchent alors pour permettre au corps d'être le plus opérationnel possible. Mais il arrive que ces modifications soient mal adaptées au contexte.

La lithotritie extracorporelle, communément appelée LEC, se situe au sein du bloc opératoire. Ce lieu est chargé de symboliques comme l'inconnu, la maladie, la douleur. Pour le patient, le stress et l'anxiété sont alors souvent présents. L'acte et son vécu sont, de ce fait, impactés. Cette première expérience influence dès lors les séances suivantes, souvent nécessaires pour briser le calcul.

L'hypnose médicale permet une anxiolyse non médicamenteuse par une prise en charge spécifique. Le discours du soignant est adapté au soigné. Les mots, les tournures de phrases, les truismes, les jeux de temps grammaticaux sont autant de passerelles pour permettre à la personne stressée, angoissée de se retrouver dans des conditions beaucoup plus favorables. Le soignant peut alors partager un moment hypnotique avec le patient et lui permettre d'être ici et ailleurs.

L'intégration de l'hypnose au sein des LEC nécessite, bien sûr, des modifications environnementales et organisationnelles dans le travail du soignant, mais les résultats escomptés sont rapides, probants donc motivants et gratifiants. Au point même d'oublier son ancienne approche !

Mots clés :

Lithotritie - LEC - Anxiété - Stress - Hypnose.