

PETRIGNET Arnaud

Manipulateur en Électroradiologie Médicale

Mémoire présenté et soutenu le 28 juin 2022 pour l'obtention du diplôme universitaire d'hypnose médicale et clinique.

Apport de l'hypnose en Imagerie Interventionnelle

Sous la direction de Mr Thierry Moreaux



REMERCIEMENTS

Merci aux patients pour leurs sourires.

Merci au Pr Antoine BIOY et à l'équipe encadrante pour faciliter l'accès à ce D.I.U aux manipulateurs en radiologie.

Merci à tous les intervenants pour leurs enseignements variés et leurs partages d'expériences.

Merci à Thierry Moreaux pour ses conseils et sa bienveillance.

Merci à l'ensemble de mes collègues pour leurs encouragements, pour leurs corrections multiples, pour m'avoir facilité la pratique et pour leur esprit d'équipe inflexible.

Merci à mes cadres de m'avoir libéré du temps en cette période fragile.

Merci à Claire pour sa patience et pour m'avoir sauvé de la noyade informatique.

Merci à Eva, Catherine, Monique, Lydia, Mélanie, Thomas, Gaëlle et toute la bande... pour l'orthographe et la mise en page.

Merci à ma famille et à mes amis pour leur appui lors de ce mémoire.

Merci à Maman et Papa pour votre Amour et votre soutien infallible pendant la formation.

Et Merci à mes trois princesses : Elyna, Fanette, Léonie pour votre Amour et votre force.

*” L’altruiste trouve sans le chercher ce que
L’égoïste cherche sans trouver. ”*

Emile COUE

TABLE DES MATIERES

REVUE THEORIQUE DES TRAVAUX PRATIQUES.....	9
I. L'HYPNOSE.....	9
a. Définition.....	9
b. Histoire et caractéristiques	10
c. L'alliance.....	13
II. INTÉRÊTS DE LA COMMUNICATION THERAPEUTIQUE EN RADIOLOGIE .	16
a. Les différents examens en radiologie.....	16
b. Anxiété et douleur.....	17
c. Communication thérapeutique	18
III. HYPNOSE EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE.....	20
a. Hypnose conversationnelle	20
b. Hypnose formelle et hypnoanalgesie	20
c. Suggestion post hypnotique et autohypnose	21
PROBLEMATIQUE	23
METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	24
I. CADRE DES RENCONTRES LORS DES PROCEDURES D'EXAMENS	24
a. Accueil et préparation du patient	24
b. Installation du patient.....	25
c. L'intervention.....	26
II. LES PATIENTS ET LEURS DEMANDES.....	27
RESULTATS ET DONNEES CLINIQUES.....	29
DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE.....	41

I. RAPPEL DE LA PROBLEMATIQUE.....	41
II. CONFRONTATION DES OBSERVATIONS A LA PROBLEMATIQUE.....	41
a.Cas n°1 : Mr G	41
b.Cas n°2 : Mme M.....	42
c.Cas n°3 : Mr R.....	42
d.Cas n°4 : Mme L.....	43
e.Cas n°5 : Mme H.....	43
f.Du côté des soignants	44
III. DISCUSSION ÉTHIQUE.....	45
CONCLUSION	47
TABLEAU DES ABREVIATIONS	49
BIBLIOGRAPHIE	50
ANNEXES	52

Manipulateur en électroradiologie médicale depuis vingt ans, j'ai eu la chance de connaître plusieurs services d'imagerie avec leurs spécificités dans différentes régions de France.

En imagerie, les modalités telles que l'échographie, la scanographie, la radiologie et la remnographie sont de plus en plus performantes et en perpétuelle évolution. Elles fournissent des images médicales précises, de qualité et dans un temps record. De plus, elles se développent tant sur le plan diagnostique que sur le plan interventionnel. L'accessibilité à ce plateau technique peut se révéler compliqué dans un parcours de soins, les délais de rendez-vous étant souvent longs. Afin de réduire l'attente, les examens sont optimisés : c'est le temps machine.

Malgré le caractère technique et les contraintes horaires, il y a le temps patient, cette relation soignant-soigné. Le côté soignant de ma profession me semble tout aussi important que le côté technicien. Nous sommes même des soignants à part entière, bien que considérés par l'institution comme personnels médicotechniques. On ne peut réduire le patient à une région anatomique à explorer, prétexter un écran plombé ou informatique pour rester à distance du soin. Le patient ne se résume pas à une image de qualité à interpréter ou à traiter. Par expérience, la réalisation d'un bel examen passe aussi par une bonne communication. Nous obtenons une meilleure collaboration (immobilité, apnée), quand le patient se sent bien accueilli et comprend le but de son examen. Une réelle écoute, une bonne observation et une information claire permettent de l'accompagner au mieux malgré son appréhension de l'examen.

Par ailleurs, j'ai pu constater pendant ces années à travailler de nuit en imagerie d'urgence, que notre profession était régulièrement confrontée à la douleur et l'anxiété.

Comment accompagner un patient hyperalgique ou anxieux malgré son bref passage en radiologie ? Comment aider, par les mots, le patient en manipulant sa luxation d'épaule ou sa fracture ouverte ? Quelle posture utiliser pour rassurer une personne angoissée par une oppression thoracique ?

La plupart du temps, l'implication du patient, guidée par l'empathie du soignant, permet de réaliser un bon examen radiologique. En soutenant avec ses mains, le manipulateur exerce pleinement sa place de soignant, il établit une relation de confiance par une position bienveillante. Afin de construire celle-ci, il se doit de rassurer le patient en employant un langage simple, ou en détournant la situation avec de l'humour conciliant.

Ces dernières années, je travaille régulièrement en imagerie interventionnelle. Avec mes collègues, nous avons plaisir à travailler sur différentes modalités au sein de notre plateau technique (scanner, radiologie et échographie) et réalisons des examens avec des indications très variables aussi bien en pédiatrie que chez l'adulte. Nous préparons les patients tant pour une biopsie pulmonaire par voie transpariétale sous scanner que pour une biopsie hépatique par voie transjugulaire au bloc radiologie. Le corps médical effectue des actes thérapeutiques multiples par radiofréquence ou par chimio embolisation. Je travaille au sein d'un service spécialisé en imagerie viscérale, thoracique et imagerie de la femme. En raison de notre statut et n'étant pas un service d'hospitalisation, nous sommes limités pour délivrer des antalgiques. Fréquemment, le radiologue réalise le geste sous anesthésie locale. Le manipulateur veille au confort. Il peut proposer au patient selon son installation et en respectant les règles de radioprotection, l'inhalation d'un gaz hilarant (MEOPA). Ces techniques analgésiques atténuent la douleur provoquée par le caractère invasif du soin. Néanmoins, j'ai le sentiment que le soignant peut amplifier cette atténuation par le détournement. Il a un rôle à jouer, non seulement sur le confort physique mais également sur le confort psychique du patient afin que celui-ci garde un souvenir, le plus agréable possible de son passage en radio.

En outre, j'ai été sensibilisé à l'hypnose dans le soin lors d'une courte formation en hypno-analgésie. Cette pratique m'est apparue comme un bel outil de communication et d'accompagnement. En participant à cette aventure universitaire, je souhaite approfondir cette technique relationnelle afin d'apporter un autre regard et un autre confort thérapeutique. Je suis attiré par cette prise en charge des patients face à la peur, la douleur et les souffrances en général. S'il le consent, je souhaite l'accompagner afin de potentialiser l'analgésie classique par cette pratique non médicamenteuse.

C'est dans cet optique que je me suis inscrit à ce D.I.U d'hypnose médicale et clinique.

A travers ce mémoire, je me questionne sur l'apport de l'hypnose en imagerie interventionnelle.

Qu'apportent communication hypnotique et hypnose formelle dans mon service en général ?

Quels sont les bénéfices pour le patient et les soignants ?

REVUE THEORIQUE DES TRAVAUX PRATIQUES

I. L'HYPNOSE

a. Définition

Il est difficile de donner une définition courte et précise tant la pratique de l'hypnose est vaste. Elle varie selon les auteurs et leurs champs d'application. C'est un phénomène naturel que l'on expérimente au quotidien en lien avec notre état de conscience. Ce n'est pas magique, nous nous égarons plusieurs fois par jour dans nos pensées. C'est être là sans être présent, une sorte d'isolation sensorielle. L'hypnose est un phénomène induit contrairement au mode naturel par défaut. Qu'elle soit de l'ordre du spectacle, de la psychothérapie ou du monde hospitalier, nous retenons que c'est un « mode de fonctionnement psychologique par lequel un sujet en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargie » (1). L'hypnose est définie par le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales comme « un état de passivité semblable à celui du sommeil, artificiellement provoqué, chez un sujet qui reste en partie conscient par des manœuvres de suggestion » (2).

Dans tous les cas, l'hypnose s'inscrit dans une relation. C'est avant tout une rencontre entre deux personnes. Pour Antoine Bioy, « le terme d'hypnose ne désigne pas seulement un état de conscience modifié, mais également de façon concomitante une forme de relation à l'autre » (3). Outre le côté relationnel, l'hypnose autorise l'accès à un état de conscience modifié, autrement dit une transe. « Il s'agit d'un état dans lequel le patient a une perception élargie de ses propres potentiels, ressources et capacités » (4). Les perceptions de cette veille paradoxale permettent la phase de travail, un éloignement du symptôme. En hypnothérapie ou en hypnose médicale, cette transe peut entraîner un changement, une mise en mouvement grâce à des métaphores et des suggestions plus ou moins directes et post-hypnotiques.

La personne arrive focalisée sur son symptôme, figée par sa situation. Le praticien en hypnose accueille le patient immobilisé avec une réelle empathie émotionnelle et cognitive. Dans un premier temps, il se doit de créer une alliance thérapeutique pour recueillir les attentes et objectifs thérapeutiques du patient. Après ce temps d'accordage et une installation confortable, débute la phase d'induction. Cette étape, à durée très variable, consiste à fixer l'attention, par exemple en convoquant le sensoriel. Elle autorise un jeu avec les perceptions corporelles. Cette attention sensitive permet d'accéder à notre partie non consciente, diminue notre facteur critique et invite notre capacité d'imagination : c'est la dissociation. L'entrée en transe autorise l'élargissement et le développement d'une nouvelle perception. C'est la « percéptude » de François Roustang, pour qui l'hypnose, « c'est d'ignorer tout ce que je sais faire ». (5)

Cette phase dissociative consiste à élever et modifier cette perception subtile. Dans le but, d'ouvrir une fenêtre thérapeutique grâce aux suggestions. Une mise en mouvement peut apparaître et se propager à l'ensemble du corps. Le patient devient alors artisan de sa vie. Il consent à enjamber les habitudes et les automatismes pour emprunter le chemin du changement et de la guérison.

Les métaphores, analogies créatives et suggestions hypnotiques autorisent l'amorce d'un travail. Le praticien propose la fin de la séance avec autant de bienveillance qu'à la phase d'induction puis veille à l'agréable retour à l'état de conscience critique. (3) (Annexes 1)

Néanmoins, le praticien en hypnose doit respecter une éthique déontologique. C'est à dire que l'intérêt et le bien-être du patient ou sujet doit constituer un objectif prioritaire. De plus, « il n'existe aucune contre-indication neurologique ou psychopathologique à l'utilisation de l'hypnose tant que le praticien reste dans son champ de savoir, d'expérience et de compétence. » (6)

Dans mon domaine, les contre-indications majeures sont la schizophrénie et les psychoses en particulier les troubles pervers et paranoïaques.

Je m'engage à pratiquer l'hypnose uniquement dans mon champ d'application en tenue hospitalière. J'adhère pleinement à la charte du Diplôme Inter Universitaire d'Hypnose Médicale et Clinique. C'est pour cela que j'évoquerai principalement dans ce mémoire l'hypnose médicale et clinique.

b. Histoire et caractéristiques

L'histoire de l'hypnose moderne débute aux abords de la révolution française avec Frantz Anton Mesmer (1734-1815), médecin et magistrat Autrichien avec une pratique dirigiste et dominatrice

(« dormez, je le veux »). Il croit en un « magnétisme animal » : une sorte de fluide corporel dont le dérèglement provoque des maladies. Il obtient du succès auprès du public mais est cependant décrié par les scientifiques.

Puis le chirurgien écossais James Braid (1795-1860) pose les bases scientifiques d'une pratique thérapeutique verbale et par fixation d'un point : l'hypnose thérapeutique est née. Le magnétisme de Mesmer, trop impalpable, est abandonné pour laisser place à « l'hypnotisme » et la relation patient-thérapeute qui suggère.

Par ailleurs, quelques années plus tard, deux écoles naissent en France. D'une part, la Salpêtrière expérimente l'hypnotisme avec le neuroanatomiste Jean Martin Charcot (1825-1893), en s'inspirant de la métallothérapie de Mesmer. Avec cette approche magnétique, il élabore un parallèle pathologique entre hypnotisme et hystérie. Tandis que, de son côté, le médecin guérisseur Ambroise Auguste Liebault (1823-1905) de « l'école de Nancy » s'écarte du magnétisme et du fluide en s'inspirant du Braidisme. Il établit un lien entre l'état hypnotique et la suggestion.

C'est plus tard, grâce au psychiatre américain Milton H. Erickson (1901-1980), que l'hypnose contemporaine apparaît. Il initie une pratique moins directive et plus douce par des suggestions indirectes et des métaphores subtiles. Le patient devient acteur de sa prise en charge et de sa guérison ; le thérapeute créatif et spontané n'étant là que pour accompagner cette transe. Selon Erickson, l'inconscient est capable de mobiliser des ressources susceptibles de conduire au changement désiré. Avec ses nombreuses publications, l'approche Ericksonienne est importée. Cela a permis de former de nombreux hypno-praticiens et d'apporter un nouveau souffle à l'hypnose dans toute l'Europe.

De manière plus contemporaine, François Roustang (1923-2016), psychanalyste de formation, enrichit la pratique de l'hypnose en se reconnectant avec le vivant en soi. « L'hypnose, par le biais de sensation réimpulse le mouvement, une dynamique qui est aussi celle du corps ». (6)

Dans les années 90, le C.H.U de Liège développe l'hypno-sédation au bloc opératoire grâce à l'anesthésiste émérite ME Faymonville. Cette hypnose médicale et souvent « clinique et sportive » accompagne les gestes invasifs. Ce détournement corporel entre de plus en plus dans les pratiques du monde hospitalier. De plus, elle investit l'activité cérébrale sous hypnose grâce à l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) ou avec le cyclotron de Liège par la tomographie par émission de positons (TEP). Ces recherches démontrent scientifiquement l'intérêt de l'hypnose sur la sensation douloureuse (Annexe 2). Dans la même période,

Pierre Rainville, au Canada apporte aussi la preuve en image, en élaborant une cartographie cérébrale précise des modifications des flux sanguins sous état de transe (8), ce qui vient compléter l'étude de Marie Élisabeth Famonville et de nombreux chercheurs et praticiens. Cet historique incomplet et partiel a pour but d'apercevoir les fondations de l'hypnose.

En effet, grâce à ces précurseurs de l'imagerie cérébrale couplée à l'état de transe, la recherche continue à corréliser les caractères neurophysiologiques et les phénomènes neuropsychologiques provoqués par la dissociation hypnotique.

En outre, la recherche a déterminé des caractères prépondérants : (6)

- **une diminution du jugement et de la censure** : en transe, les choses sont perçues, senties mais ne sont pas décryptées. Les informations ne passent pas par le processus d'intellectualisation.

Notre facteur critique est mis à l'écart. Nous quittons la logique rationnelle.

- **une augmentation de la détente et de l'attention** : bien identifiée en neurosciences par les études de Rainville. En s'autorisant l'état hypnotique, une détente mentale naturelle apparaît et peut être amplifiée par des suggestions de relaxation. L'attention est absorbée, focalisée sur un élément donné. Elle a une écoute sensorielle attentive et laisse place à l'imaginaire en même temps.

- **une distorsion de l'orientation temporo-spatiale** : en hypnose, la notion de temps est faussée. Le patient peut ressentir un étirement ou le plus souvent une contraction temporelle. Le corps a une perception différente dans l'espace et dans son cadre. Le ressenti corporel peut être modifié pour un mieux-être. Une sensation agréable de légèreté ou une lourdeur confortable peuvent apparaître ;

- **une expérience de réponse quasi automatique** : De façon involontaire, le patient s'approprie une suggestion hypnotique et la réalise sans en avoir l'impression. Par exemple, une main peut se soulever de manière inconsciente, « comme si » elle s'envolait.

Au total, ces caractéristiques s'expriment de manière régulière. Une séance d'hypnose peut être également interactive et gestuelle. En état dissociatif, le patient peut parler ou émettre des signaux avec son corps. Cela permet de voir où il en est. Le thérapeute aidé par le patient met en place un « signaling » (ils déterminent ensemble un signe, par exemple un index qui se lève). Un

geste simple valide ce que le patient vit. Après l'avoir ratifié, le thérapeute s'adapte à la réponse pour être en phase et l'accompagner au mieux dans son parcours.

Avant d'atteindre ces caractéristiques hypnotiques, il y a le temps de synchronisation : le praticien s'accorde avec empathie à l'instrument que lui apporte le patient à ce moment-là. C'est l'ingrédient indispensable à l'hypnose, la création d'une alliance.

c. L'alliance

L'être humain est un être de relation. Il a toujours eu besoin de s'exprimer au sein de son environnement. La communication désigne l'acte qui met en relation, qui unit les personnes. Comme s'alimenter, c'est un acte vital. Depuis sa genèse, l'Homme a établi des codes de langage pour prévenir, séduire, protéger... Le langage est constitué de l'ensemble des gestes et de la parole d'après Antoine BIOY dans son livre Construire la communication avec l'hypnose paru en 2017.

- **Le langage non verbal :**

Du fait de son apparence, le corps émet des messages prémédités ou non : l'allure, la posture, les mimiques, le regard, les traits du visage, la façon de respirer et la gestuelle de tous les membres. En décodant l'ensemble de ces signaux, le soignant obtient une grille de lecture pour réaliser un état des lieux émotionnels de son interlocuteur. De plus, la proxémie enrichit ce langage du corps, la juste distance physique ou perçue influence la communication. Elle permet la création d'un espace, une bulle de communication. Cet accordage corporel est une position complémentaire, elle permet d'être acteur avec le patient. Par exemple, une position basse montre au patient que l'on est à son écoute. (Annexe 3)

- **Le langage paraverbal :**

Le ton de la voix forte ou chuchoté, le rythme rapide ou lent, la ponctuation de silence et de soupirs constituent la manière de parler à l'autre. Cette composante linguistique supporte la communication verbale. Entre comportements et connaissances, ce langage est considéré comme un indicateur de l'état affectif du patient. Ainsi, le respect du silence est important afin d'honorer ses émotions, et pour que l'interlocuteur puisse intégrer l'information apportée. De plus, le silence permet de s'accorder à la rythmique de celui-ci et de laisser la trace de ce que l'on dit pour mieux utiliser la suggestion.

- Le langage verbal :

Le livre « Construire une communication thérapeutique avec l'hypnose » explique que le langage verbal correspond au langage parlé. Le langage détermine le milieu social et éducatif du patient. Cet outil cognitif permet de créer une relation soigné-soignant. Le patient peut mettre des mots sur ses sensations et son ressenti, en utilisant des métaphores et des comparaisons. Aussi, le soignant doit-il être à l'écoute des mots exprimés par le registre du patient afin de comprendre au mieux ce qu'il pense et ressent. Suite à la période d'écoute, le langage verbal entraîne la suggestion et peut amorcer un travail personnel. En ajustant son vocabulaire au patient, le soignant autorise celui-ci à penser à autre chose, même par une simple conversation.

Cependant, le langage est le soutien de nos pensées, il permet de les partager et de les exprimer afin de créer une relation par la communication. Ainsi, l'expression de nos pensées passe par différentes formes de langage, à la fois verbal (LV), para verbal (LPV) et non verbal (LNV). Selon le contexte, la communication analogique (LPV et LNV) sera plus influente que la communication digitale (LV). Par exemple, lors d'une première rencontre le langage du corps a un réel impact. En effet, quelques secondes suffisent à esquisser automatiquement un portrait de son interlocuteur. Dans le contexte du soin, le patient est conduit par une logique émotionnelle au détriment de sa logique rationnelle. Il se raccroche à tous les signaux corporels émis par le soignant. Dans ce même temps, l'intervenant doit décoder toutes les émissions linguistiques du soigné. Cette capacité à observer le verbal et le non verbal puis cet ajustement empathique aux codes de l'autre autorisent la création d'une alliance thérapeutique. Cette relation centrée sur le patient a pour but d'aider au changement. Il y a de multiples outils d'accordage psychocorporel comme le « pacing » (reproduire subtilement toutes les formes de langages vu précédemment afin de générer plus d'intimité) ou le mirroring (se mettre en miroir avec le patient), la synchronisation respiratoire : le fait de se caler sur son rythme et de lui parler sur son expiration lui apporte plus de confort. Parmi les techniques d'ajustement, le soignant peut également compter sur l'échelle VAKOG. C'est l'ensemble des canaux sensoriels pour traiter l'information. V pour visuel, A pour auditif, K pour kinesthésique, O pour olfactif et pour G pour gustatif. (3)

L'intervenant repère ainsi le canal sensoriel préférentiel du patient. Ce diagnostic sensoriel grâce aux mots, aux métaphores et aux expressions de la personne favorise l'alliance et la congruence. Le champ lexical du sens prépondérant est majoritairement sollicité.

Tous ces modes de synchronisation sont intéressants non seulement pour l'alliance mais également pour nourrir la capacité d'innover, d'imaginer et de rêver ensemble. S'y ajoute la réelle

empathie du soignant, c'est à dire aller retrouver le patient là où il est, avec son état physique, psychique et émotionnel sans jugement. Grace à cette alliance, Les fondations de l'hypnose médicale apparaissent et prennent toutes leurs valeurs au sein de l'accueil hospitalier.

I. INTÉRÊTS DE LA COMMUNICATION THERAPEUTIQUE EN RADIOLOGIE

a. Les différents examens en radiologie.

J'exerce mon rôle de manipulateur en radiologie dans ces trois modalités.

L'échographie, utilisant les ultrasons, est la modalité la moins contraignante sur le plan technique tant pour le confort du patient qu'au niveau des règles de radioprotection. Elle a un réel intérêt pour une étude anatomique, tissulaire et dynamique des organes abdominaux. Dans mon service, elle est utilisée de façon routinière pour des examens à visée diagnostique ou de suivi pathologique. Elle est de plus très sensible également pour réaliser des biopsies de lésions, principalement hépatiques et urologiques, des drainages de collection, ou encore pour soulager les voies biliaires ou les voies urinaires qui se font sous AL ou AG. Cet examen médical non irradiant autorise une présence des soignants en continu auprès du patient. De plus, la position en Décubitus Dorsal est relativement confortable pour le patient. Ces caractéristiques techniques favorisent l'alliance et l'accompagnement hypnotiques.

Le scanner ou tomodensitométrie (TDM) émet des rayons ionisant qui traversent le patient. Puis les capteurs récupèrent le faisceau de rayons X plus ou moins atténué par la densité des organes traversés. Cette imagerie en coupe autorise une étude en trois dimensions de toutes les cavités anatomiques du corps humains. Dans ma spécialité, c'est l'examen de référence en imagerie thoracique, abdominale et de la sphère ORL. Selon les indications, l'injection de produits de contrastes iodés (PDCI) est couplée à différents temps d'acquisition scanographique améliore également la qualité de l'examen et permet une étude approfondie des temps vasculaires et organiques. Ce produit iodé est néphrotoxique. Il peut provoquer de rares fois un risque allergique. Néanmoins, il provoque régulièrement des sensations particulières de chaleur à l'ensemble du corps, allant parfois jusqu'à des perceptions plus ou moins agréables au niveau du bas ventre et un goût amer voir métallique en bouche. Chaque patient perçoit et décrit une ou des réelles sensations physiologiques plus ou moins différentes et confortable lors de l'injection du PDCI. Ces sensations perçues peuvent être expliquées au travers de métaphores agréables. Le scanner in-

jecté est fréquemment utilisé en imagerie interventionnelle pour les biopsies pulmonaires, hépatiques, rénales sous AL ou pour des interventions plus lourdes sous AG. Elle offre une balistique précise grâce à la technique de Seldinger.

Le bloc radiologique ou les salles de radiologies télécommandées utilisent également un rayonnement ionisant pour l'acquisition d'image en deux dimensions. Les règles de radioprotection sont respectées, comme au scanner, aussi bien pour le patient et ses accompagnants, que pour le personnel. Les indications pour les examens dans ces salles sont multiples et très variées. Comme par exemple, tous les traitements par voie endovasculaire et transpariétale au bloc ou les études dynamiques en salles conventionnelles comme les cystographies, hystérogaphies et défécographies.

En outre, l'ensemble de ces examens sont potentiellement anxiogène pour les patients à cause de l'appréhension du résultat, les capacités à rester immobile ainsi que maintenir une apnée durant l'acquisition d'image. Le fait d'utiliser des rayons X délivrés par des appareils volumineux et impressionnant peut majorer cette anxiété. Lors des gestes invasifs, les patients peuvent ressentir une douleur induite par les différentes étapes du soin.

b. Anxiété et douleur

L'anxiété est définie comme un « état de trouble psychique, plus ou moins intense et morbide, s'accompagnant de phénomènes physiques (comportement agité ou immobilité complète, pâleur faciale, sueurs, irrégularités du rythme cardiaque, sensation de constriction épigastrique, spasmes respiratoires), et causé par l'appréhension de faits de différents ordres. » (10). L'anxiété est un trouble émotionnel qui se manifeste par un sentiment d'insécurité, comme une anticipation craintive d'un danger ou d'un malheur à venir, accompagné d'un sentiment de soucis. Les symptômes somatiques de tension dépendent de la nature de la maladie et des expériences hospitalières antérieures. Cet état d'alerte, de tension psychologique, est provoqué en réponse à des situations désagréables et anxiogènes, notamment par la réalisation de l'examen radiologique et de son résultat. Pour le patient anxieux, cet état d'hypervigilance est observable dès son arrivée en salle d'attente au travers de ses formes de langages. L'anxiété doit être distinguée de la peur qui répond à une situation menaçante réelle. Elle peut être normale, voire nécessaire, à la vie par sa fonction adaptative. La réaction anxieuse contrôlée mobilise le patient pour affronter un examen médical, contrairement à une réaction anxieuse dépassée qui invalide ce dernier. Notre rôle de soignant

est alors de lui apprendre à assouplir cette anxiété. Il ne s'agit pas d'effacer la réalité, mais d'apprendre à faire autrement et à contrôler les choses différemment.

D'autre part, la douleur est une expérience qui réunit une perception et un vécu émotionnels et affectifs. Selon l'association Internationale d'Etude de la Douleur (International Association for the Study of Pain), la douleur est : « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion » (11). Or, il y a deux dimensions essentielles de la douleur. D'une part, la dimension sensorielle ou physique et de l'autre, la dimension émotionnelle ou affective. Cependant la douleur est classée en trois types : La douleur aiguë qui a pour but d'alerter une lésion tissulaire brutale, la douleur procédurale induite par les soins et la douleur chronique perturbant la vie du sujet après trois mois. Au travers une communication thérapeutique et des suggestions hypnotiques, le manipulateur en radiologie pourra agir sur les sensations désagréables vécues par le patient, mais aussi sur le ressenti émotionnel de celui-ci. Pour ceci, il doit détourner les phénomènes d'anticipation, de représentation et de l'expérience de la douleur.

c. Communication thérapeutique

Une fois l'accordage réalisé par l'alliance vu précédemment, vient le temps de la communication positive prérequis à la pratique de l'hypnose. Il est important de parler de manière affirmative, sans utiliser de négation et limiter les verbes qui peuvent mener à l'échec comme « essayer ». Les mots utilisés par le manipulateur en radiologie comme « Je vous invite à rester immobile comme si ... », « Le produit peut vous procurer une sensation de chaleur... », « Soyez tranquille », « Je vous pose la perfusion » seront plus impactant et moins anxiogènes que « ne bougez pas », « le PDCI va brûler », « n'ayez pas peur », « je vous pique ». Les phrases courtes et simples en saupoudrant avec le champ lexical du patient amplifient ce parler positif. Pour aller à la rencontre du patient, le soignant propose une exploration corporelle puis le sollicite pour décrire son ressenti au travers des formes, des couleurs, des sons, des odeurs, des métaphores, des « comme si c'était ». Cette transformation en « chose » ou en symbole peut être modifiée en travail hypnotique. C'est la réification, bien utile pour le patient en douleur aiguë et procédurale. En débutant par la séquence d'acceptation (ou du yes set) qui entraîne un « oui » systématique du sujet à chaque question posée. Après un minimum de trois truismes (évidence qui ne peut être contredit), la suggestion finale s'installe plus facilement chez la personne de façon plus subtile. (12) Par la suite,

le soignant ratifie le discours du patient et ce qui va se produire durant l'examen avec l'aide de présuppositions, en encourageant et valorisant celui-ci sur ses capacités et ressources. Par expérience, le soignant peut développer sa créativité thérapeutique grâce à des séquences de confusion, de saturation verbale et d'humour bienveillante. Ou, en s'appropriant la technique Ericksonienne de « l'ami John », en proposant une anecdote heureuse d'une tierce personne, le patient peut s'identifier subtilement à celui-ci afin d'activer un possible changement. Ces techniques de distraction décentrent le patient de son processus mental habituel. Le patient surpris s'extrait plus facilement du cadre hospitalier et de sa focalisation sur le symptôme. Non seulement, la communication positive est indispensable aux praticiens en hypnose mais elle se suffit à elle-même pour humaniser et personnaliser le soin. Par son influence direct ou indirecte, elle conduit vers une relation qui soigne et qui peut même atteindre la guérison.

I. HYPNOSE EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

a. Hypnose conversationnelle

Les conversations thérapeutiques et hypnotiques sont identiques par leurs intentions bienveillantes et leurs influences bénéfiques pour le patient. La conversation hypnotique utilise les outils de l'hypnose sans chercher la transe. Quant à elle, l'hypnose conversationnelle respecte le processus hypnotique. L'induction et la dissociation s'intègrent dans le fil de la conversation. Ce qui signifie que le patient ne consent pas l'hypnose. Le soignant bienveillant utilise cette influence pour apporter un réel bénéfice au soigné. Malgré le « signaling » qui permet l'interaction. Le patient peut ressentir le besoin pendant sa séance hypnotique de parler pour décrire ses sensations et ses émotions... Le praticien créatif valorise ces descriptions apportées par le patient pour faciliter l'ancrage de ses perceptions positives. Cette technique peut se révéler très judicieuse dans les soins anxiogènes et algiques de courte durée ou les inductions formelles sont compliquées par le contexte et l'état émotionnel du patient. Les suggestions indirectes seront pertinentes. Elles évitent les résistances en contournant le facteur critique. Parfois, les patients accueillis pour un geste interventionnel viennent dans un état de stress et d'anxiété tel, qu'ils sont en état de transe subit ce qui déclenche une suggestibilité accrue. Accompagné du praticien, il transforme cette transe inconfortable en dissociation positive et ressource grâce à l'hypnose conversationnelle

b. Hypnose formelle et hypnoanalgesie

En hypnose formelle, le binôme soignant-soigné définit le cadre et les objectifs. Ainsi, Les règles du jeu sont claires et consenties. La phase d'induction absorbe l'attention par une focalisation sensorielle (VAKOG), une pensée ou par des instructions qui deviennent des suggestions. La littérature décrit de multiples techniques d'induction (par focalisation, plus ou moins rapide, par phénomène idéo-moteur...). Elle doit s'adapter au patient, au contexte et aux contraintes techniques de l'examen. L'ambiance et l'environnement de la salle interventionnelle, même hostile peut être source d'induction. Par exemple, la focalisation du patient sur l'image échographique avec ses formes et ses couleurs, la chaleur d'une couverture chauffante, le son des appareils de

surveillance permettent de fixer l'attention de l'extérieur vers une perception corporelle intérieure pour accéder à un « ailleurs ». Comme les inductions, les techniques de dissociation sont multiples et variées. La dissociation simple accompagne le patient dans un endroit agréable ou une activité qui le passionne afin d'y puiser ses capacités à avancer. Tandis que le lieu ressource renforce la transe, en permettant au patient de puiser dans ses ressources personnelles un lieu agréable de son vécu ou de son imaginaire grâce aux suggestions positives, axé sur sa sensorialité privilégiée. Quant au lieu sûr ou la « Safe place », cet exercice consiste à revisiter un lieu de sécurité réel ou imaginaire en sécurisant et saupoudrant avec des notions de limite, de contenant et de protection. Ce contexte renforce le sentiment de sécurité lors de soins douloureux et anxiogènes. A toutes ces techniques se rajoutent les techniques de réification, les techniques de suggestions en déplaçant par exemple, les perceptions agréables vers l'inconfort ou en installant un « interrupteur » ... Ainsi, le praticien possède plusieurs cordes à son arc qui seront décuplées grâce aux métaphores. Par principe d'analogie, elle ouvre également sur un monde intérieur et libère des contraintes rationnelles. L'hypnoalgésie se définit par l'utilisation d'hypnose formelle ou conversationnelle pour prévenir ou limiter la perception de la douleur aiguë et l'anxiété dans le soin. Dans ce cas, il n'y a pas d'utilisation des produits anesthésiques intraveineux, elle peut venir potentialiser une AL ou/et une inhalation de protoxyde d'azote.

c. Suggestion post hypnotique et autohypnose

La mémoire corporelle se souvient de cet état de bien-être grâce aux ancrages. « La technique de l'ancrage, paraît séduisante car elle offre au patient la possibilité de se saisir rapidement d'un exercice, facilement reproductible en situation de soin. Ce procédé permet en outre de limiter la présence du thérapeute aux côtés du patient. » (6)

Le manipulateur en radiologie insistera sur les suggestions post hypnotique. Ainsi le patient lie un acte interne ou externe à une sensation de bien-être. Pour effectuer cet ancrage, le soignant s'appuie par exemple, sur le support « VAGOK », l'architecture de la pièce ou la respiration du patient. Ainsi le patient peut réactiver un état de ressource positif et un bien-être lors son futur passage en radiologie. De plus, l'hypnotiseur prescrit volontiers l'autohypnose. Cet exercice pour soi-même permet de prolonger les effets bénéfiques d'une séance hypnotique induite par un tiers. A la façon d'Émile Coué (1857-1926), l'autosuggestion facilite le processus thérapeutique et limite la focalisation sur l'anxiété et la douleur.

L'autohypnose diminue l'anxiété voire la colère face à la maladie, en redonnant une sorte de contrôle des émotions aux patients. Elle facilite également le mouvement avec des suggestions.

PROBLEMATIQUE

La problématique de mon travail porte sur l'apport de l'hypnose en imagerie interventionnelle à travers différentes modalités comme le scanner, l'échographie et le bloc radiologique.

L'hypnose médicale rendrait le geste invasif guidé par imagerie plus confortable et moins anxio-gène. Elle améliorerait la perception de la douleur et son souvenir lié à la procédure.

De par son plateau technique volumineux éloigné des blocs chirurgicaux et de ses contraintes horaires, la radiologie propose peu d'alternative de prise en charge de la douleur et de l'anxiété pour accompagner ses effractions d'organes : soit l'anesthésie générale est organisée et programmée avec les équipes d'anesthésistes, soit une anesthésie locale sans prémédication des tissus concernés est effectuée par l'opérateur avant le geste radioguidé ou échoguidé. Parfois, selon les contraintes techniques de l'examen l'inhalation du protoxyde d'azote peut être proposé.

L'hypnose a-t-elle sa place pour accompagner les patients oubliés par une sédation médicamenteuse lors d'interventions radiologiques ?

Comment l'hypnose peut-elle venir potentialiser l'AL lors d'une biopsie pulmonaire sous TDM ou d'une biopsie hépatique sous échographie ?

Comment l'hypnose peut réduire l'anxiété d'origine multiple lors de la pose d'un cathéter profond (type PICC LINE) ?

Quels bénéfices peut apporter l'hypnose médicale dans mon service pour les patients pris en charge par les radiologues et les manipulateurs ?

METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

I. CADRE DES RENCONTRES LORS DES PROCEDURES D'EXAMENS

Ce mémoire s'est déroulé dans un service de radiologie Thoracique et Viscérale du pôle imagerie d'un Centre Hospitalier Universitaire. Le chef de service et l'équipe d'encadrement ont donné leurs accords pour ce travail.

Par la pluralité des examens rencontrés en imagerie interventionnelle, j'expose de manière transversale un échantillon non exhaustif des gestes invasifs réalisés dans mon service. Principalement les biopsies sous scanner et les gestes au bloc radio sous échographie.

a. Accueil et préparation du patient

Biopsies sous scanner

Les patients viennent pour la majeure partie en externe, ils ne sont donc pas hospitalisés la veille. C'est-à-dire qu'ils arrivent directement de leur domicile, à l'accueil du secrétariat d'imagerie. Il convient au manipulateur de vérifier au préalable le bilan sanguin récent du patient afin de vérifier ses facteurs de coagulation ainsi que le taux de créatinine. En effet, un trouble de la coagulation peut contre-indiquer le geste tandis que l'insuffisance rénale peut contre-indiquer l'injection de produit de contraste.

Le radiologue vérifie l'indication sur les bilans d'imagerie antérieurs. Ainsi, il détermine l'abord de la biopsie et caractérise la lésion à prélever : sa localisation et sa profondeur anatomique, sa taille et sa forme. Cela permet également de préciser l'installation du patient. Par exemple, une biopsie pulmonaire se réalise fréquemment en décubitus ventral en passant par un espace intercostal postérieur.

Le patient est installé en cabine afin de vêtir la chemise hospitalière. Pendant ce temps de préparation vestimentaire, le manipulateur prépare le matériel nécessaire à la pose de cathéter veineux périphérique. Cette voie d'abord intraveineuse est indispensable pour ce type de procédure

tant pour l'injection de PDCI, que pour l'injection de médicament en cas d'urgence ou d'hypertension. Souvent inconfortable pour le soigné, ce temps permet aussi d'expliquer le déroulement de l'examen en précisant les bénéfices et les risques aux patients. Avant de débiter l'examen, le patient signe un consentement écrit sur les risques du geste. (Annexe)

Gestes sous échographie au bloc radio

A l'inverse, les patients arrivant au bloc sont toujours hospitalisés. Ils sont amenés par les brancardiers dans la salle de préparation du bloc. Le manipulateur réceptionne alors le dossier du patient où il peut vérifier le bilan sanguin comme vu précédemment. Ainsi pour la préparation, le patient arrive alité ou en fauteuil roulant. Le manipulateur en se présentant, vérifie que le patient ne soit pas porteur de structures métalliques (fermeture éclair, soutien-gorge, bijoux, piercing...). Il profite également de ce temps pour expliquer clairement la procédure de manière rassurante.

b. Installation du patient

Biopsie sous scanner

Le manipulateur est le garant de la bonne installation du patient, afin d'assurer un maximum de confort, ce qui facilitera l'immobilité. Cependant, celle-ci doit respecter les contraintes physiques imposées par la machine. En effet, la table d'examen coulisse avec le patient allongé, et l'anneau ne mesure que 70 cm de diamètre ; le manipulateur est donc limité pour superposer des coussins moelleux ou pour proposer une position semi assise au patient dyspnéique. Il couvre les zones du corps non ciblées par soucis de pudeur pour le patient et de confort thermique. Il rassure aussi sur la gêne auditive engendrée par les bruits impressionnants du tube à rayon X en rotation. L'installation doit être optimale pour faciliter le trajet de l'aiguille de biopsie et réduire au maximum les risques du geste.

Gestes sous échographie au bloc radio

L'ambiance du bloc est souvent plus tamisée et fraîche. Elle s'apparente à l'ambiance aseptisée des blocs opératoires. L'arceau à rayon X et la faible largeur de la table limitent également le choix de l'installation. Celle-ci doit aussi respecter les règles d'asepsie nécessaire à la procédure. De manière systématique, la surveillance de la fréquence cardiaque et de la saturation de

l'hémoglobine en oxygène est mise en place pour le patient sur la table d'examen. Le manipulateur peut utiliser une couverture chauffante avec soufflerie pour compenser la fraîcheur de la pièce sur les zones non concernées par la procédure.

c. L'intervention

Biopsie sous scanner

Le manipulateur réalise la première acquisition scanographique couplée à l'injection de PDCI. Cette image de référence permet d'établir une cartographie, une balistique précise de la biopsie avec les structures anatomiques à éviter. Une fois que le point d'entrée est déterminé sur l'image, il est reproduit sur la peau du patient, puis le manipulateur procède à un badigeon chirurgical cutané avec plusieurs produits antiseptiques.

Ensuite le radiologue et l'interne recouvrent le patient de champs stériles permettant d'isoler la zone du geste. Il commence par l'injection d'anesthésie locale (Xylocaine 2%) au point repéré. La dilatation cutanée et l'anesthésie en profondeur du trajet balisé sont des moments délicats pour les patients et potentiellement désagréables et douloureux.

Par la suite, le médecin progresse avec le mandrin jusqu'à la lésion, toujours en se guidant avec les images réalisées. Il peut rajouter de l'anesthésiant chimique tout au long de la procédure. Une fois le mandrin positionné au regard de la lésion, l'opérateur effectue plusieurs prélèvements tissulaires pour être étiquetés et envoyés rapidement au laboratoire d'anatomo-pathologie. Le pistolet à biopsie émet un « clac clac » bruyant, au moment du carottage. Il est indispensable de prévenir le patient de ce bruit soudain pour éviter un éventuel sursaut.

Le scanner est précis pour effectuer des biopsies sur des nodules infra centimétriques. Mais il nécessite une immobilité du patient entre chaque contrôle scanographique. En effet, les images doivent être reproductibles à chaque avancée de l'aiguille à ponction. Non seulement pour atteindre la cible mais aussi pour éviter les rapports vasculaires et nerveux périphériques à cette lésion. De par la respiration et du péristaltisme, les organes abdominaux sont en perpétuels mouvements. Au niveau diaphragmatique, la grande amplitude de mouvement oblige le radiologue à se synchroniser aux phases respiratoires. Il peut demander une apnée afin de faire progresser son aiguille sans mouvement du patient.

Une fois les prélèvements déposés dans le formol, le radiologue retire son matériel.

Une dernière acquisition conclut le geste, pour éliminer le pneumothorax ou l'hémorragie intra ou extra parenchymateuse. Puis le patient alité est surveillé quelques heures dans un autre service. Pour les biopsies thoraciques, une radiographie pulmonaire de contrôle sera effectuée six heures après le geste afin d'exclure le pneumothorax (présence d'air entre la plèvre et le poumon consécutive à l'effraction).

Gestes sous échographie au bloc radio

Les règles d'asepsie et d'anesthésie locale sont respectées comme au scanner. Cette fois, le radiologue guide et contrôle son aiguille à l'aide des rayons X et/ou de l'échographie. Contrairement à la ponction directe, le radiologue utilise plus volontiers, la technique de Seldinger. Après repérage, une ponction de l'organe est effectuée. Puis un guide radio opaque est introduit dans celui-ci et l'aiguille est retirée, ne laissant que le guide dans l'organe cathétérisé. Par la suite un dilateur est utilisé afin de dilater la peau et les tissus sous cutanés, cela permet de monter facilement le matériel souhaité sur le guide, par exemple les drains d'évacuation ou les cathéters veineux profonds et artériels. Le PDCI est injecté directement par le radiologue, protégé par un tablier plombé, pour visualiser les anomalies physiologiques à traiter.

I. LES PATIENTS ET LEURS DEMANDES

Les patients choisis pour une présentation, hospitalisés ou externes ne présentent pas de trouble de la compréhension comme une démence ou une surdité sévère. Ils comprennent la langue française. Je m'assure que mon discours et mes explications techniques sont bien comprises par le patient.

Lors de la première rencontre, je me présente avec mes formes de langages soignées et ma communication thérapeutique, comme manipulateur en radiologie garant de son confort et de sa bonne installation.

Je me présente également comme soignant en formation à l'hypnose médicale dans le cadre d'un diplôme universitaire, je leur propose un accompagnement hypnotique ou un exercice de relaxation dans le contexte du soin, pour procurer une détente et un meilleur vécu. J'invite les patients à poser toutes les questions qu'ils souhaitent avant de commencer et ainsi lever les craintes possibles sur l'hypnose. Le patient est libre de refuser ou de changer d'avis et ce, à

n'importe quel moment. Je précise également que l'hypnose ne modifie pas la prise en charge habituelle. Elle ne se substitue pas à l'AL ou à la proposition de MEOPA.

Si le patient valide cette proposition hypnotique, il signe un consentement écrit.

Les patients demandent régulièrement si le geste est douloureux, et précisent qu'ils ne veulent pas avoir mal. La plupart du temps, ils avouent un stress ou une anxiété face à cette épreuve radiologique. Ils verbalisent leur appréhension et impatience face au résultat thérapeutique ou un diagnostic précis.

RESULTATS ET DONNEES CLINIQUES

Cas n° 1

Monsieur G, âgé de 65 ans, vient de son domicile pour une biopsie pulmonaire au niveau du lobe supérieur gauche, guidée par image scanographique. Lorsque j'arrive en salle d'attente pour l'accueillir, Mr G attend seul, masqué, avec une petite valise à ses pieds et dans ses mains son dossier médical.

J'en profite pour le saluer et m'asseoir à ses côtés, ainsi je suis à sa hauteur pour me présenter et vérifier sa bonne identité. Puis je l'invite à me suivre et lui propose une cabine « de plage » pour se préparer. Je lui demande son dernier bilan sanguin prescrit pour le geste et les étiquettes permettant l'identification des prélèvements. Il semble un peu perdu et agité avec ses documents. Il me tend la pochette et me dit sur un ton soucieux : « Je suis stressé, je ne trouve pas ma prise de sang, regardez vous-même... On ne se fait jamais à l'hôpital... ».

Je réponds : « Prenons le temps de regarder ensemble. C'est normal que notre corps réagisse face à un examen. Je suis là pour vous et je vais vous accompagner tout au long du geste ». Après une brève recherche, nous trouvons ensemble les documents : « vous avez un bon bilan sanguin pour réaliser cet examen, c'est très bien. »

Je lui explique avec des mots simples le geste technique, et lui propose « Tenez une ravissante chemise et une paire de chaussons. Vous pouvez garder votre pantalon si vous le souhaitez, je vous laisse vous préparer et je vous attends à coté pour la suite ». En attendant, je prépare la perfusion pendant que ma collègue s'occupe de la salle. Il sort rapidement de la cabine et vient s'installer sur le fauteuil. Je m'assure que Mr G a bien compris les étapes de sa journée d'hospitalisation, en orientant mes questions de telle sorte à obtenir un « oui ». Puis j'évoque les effets secondaires possibles et le temps d'analyse du prélèvement par le laboratoire. Mr G est attentif à mon discours, j'en profite pour lui parler de ma formation sur Dijon. Je lui propose une séance de relaxation accompagnée de l'hypnose : « Oui, pourquoi pas ? ... Je n'aime pas l'hôpital, je ne me fais pas à cette nouvelle saloperie. J'en ai marre. J'ai déjà été opéré deux

fois... ». Mr G soulève sa chemise pour me montrer ses cicatrices de chirurgie thoracique antérieure. J'accueille sa plainte en observant ses cicatrices.

Soignant : Maintenant, je vais vous poser la perfusion !

Patient : Ne me dites pas quand vous piquez.

S : Vous allez m'aider en serrant le poing très fort et mettre dans cette action tout votre inconfort et ce qui vous gêne aujourd'hui...

P : D'accord.

S : Voilà très bien. Quelle est votre profession ?

P : Je suis à la retraite, j'ai travaillé dans le bois toute ma vie...

S : Qu'est-ce que vous aimez faire à la retraite ?

P : Euh ..., J'aime être chez moi à la campagne... J'ai une maison à entretenir, je bricole et j'aime marcher avec ma femme.

S : Vous étiez bûcheron ou vous avez travaillé dans une scierie ?

P : Non, une usine d'assemblage de fabrique de meuble, mais je fais un peu de bois de chauffage...

S : Vous êtes affouagiste, vous aimez la forêt alors ? vous avez des coins à champignons à partager peut-être ?

Je devine un sourire caché sous le masque.

P : Désolé, je ne vais pas aux champignons. Oui, j'aime être en forêt, j'en ai une en face de chez moi...

S : Vous faites combien de stères par an ?...

Pendant cette communication, je pose la perfusion intraveineuse. Mr G a relâché son poing progressivement durant le soin. Je l'invite à venir prendre place sur le lit d'examen en s'allongeant sur le dos. Nous prenons le temps de l'installer convenablement avec un coussin sous la tête et une mousse sous les jambes. Ensuite, je commence une induction favorisée par le Décutus Dorsal:

S : Mr G si vous êtes prêt, observez la paume de votre main SVP.

P : Laquelle ?

S : Cela n'a pas d'importance.

P : Je vais regarder la main gauche. Celle de mon alliance.

S : Oui, très bien, la main gauche avec votre alliance. Prenez le temps de regarder les détails de cette paume prolongée de ses cinq doigts... Mes collègues se préparent. Pour cela, ils font du bruit... Vous entendez aussi le ronronnement du scanner en même temps... Peu importe, observez cette paume et écoutez ma voix... Elle va vous guider et vous accompagner... Vous n'êtes même pas obligé de m'écouter...

Mr G réalise facilement cet exercice. Je ratifie avec un « c'est très bien ». Afin d'être bien audible, je me rapproche de lui. Nous prenons le temps de détailler cette paume.

S : Admirez la finesse de cette paume... Avec tous ces chemins qui s'entremêlent... Peut être que des choses se modifient déjà au niveau de cette paume ou des sons perçus, peu importe...

Mr G semble se concentrer sur sa main qui commence à vaciller.

Mes collègues me font signe qu'ils sont prêts. Un peu désemparé, je ne peux finir l'induction souhaitée.

S : Maintenant, je vous invite à poser cette paume gauche sur la cuisse gauche, tranquillement...

P : Vous commencez ?

S : Oui, nous commençons le geste ! Super pour la main sur la cuisse. C'est parfait.

Mr G est conciliant. J'en profite pour être plus direct sachant que l'AL approche.

S : Vous pouvez fermer les yeux et écouter ma voix ...Voilà très bien...

Je décide de l'accompagner sur des perceptions plus corporelles, pour se synchroniser au soin. (la fraîcheur de la solution antiseptique, la sensation du drap de protection, les points de contact sur le matelas...) Je le vois calme, nous instaurons un « signaling » avec l'aide de son index gauche.

S : Percevez la fine sensation du marqueur sur la peau... Amplifiez la fraîcheur perçue... Pendant que l'on fait tout ce qui est bon pour votre corps... En posant ce corps ici simplement... Vous l'anesthésiez naturellement... Comme un bras peut s'ankyloser après s'être endormi dessus lors d'une bonne sieste... Et pendant ce temps, le docteur prépare l'anesthésiant chimique... Dites-moi si c'est OK pour vous...

Mr G accueille cette AL après avoir levé l'index gauche sans bouger mais les traits du visage se marquent légèrement. Nous quittons la pièce pour effectuer une acquisition scanographique.

S : Pendant que le corps perçoit toute cette palette de sensations en anesthésiant la zone nécessaire... Observez votre respiration... Accompagnez ce mouvement automatique de va et vient... À l'inspiration... Cet air frais qui apporte l'énergie dont le corps a besoin... Et à l'expiration...

Cet air tiède qui purifie ce corps... Votre corps saura retrouver cette respiration calme quand vous en aurez besoin... C'est très bien...

Après ce passage par le corps et cet ancrage sur sa respiration, il a toujours les yeux fermés, je lui propose donc de se promener dans un lieu qu'il affectionne, qu'il connaît bien, qui lui procure du réconfort et de la sérénité.

S : Je ne sais pas si c'est un endroit réel ou imaginaire... Si vous êtes en forêt... ou dans un autre lieu extérieur, ou peut-être même en intérieur... Ceci n'a aucune importance... Vous allez pénétrer dans ce lieu... Il vous appartient... Vous profitez de son ambiance... Vous retrouverez des sensations, et même des émotions qui s'y rattachent... Laissez les choses se faire et venir à vous. Retrouvez des formes et des couleurs... Accueillez des odeurs familières peut être... Écoutez les sons émis par ce lieu de détente...

Suite à cette ballade sécurisante parsemée de métaphores, je le raccompagne hors de son lieu ressource « ici et maintenant » suite au retrait de l'aiguille. Mr G ouvre les yeux en souriant. « C'est fini ». Après avoir éliminé en image, le pneumothorax et l'hémithorax, le radiologue évoque trois prélèvements de qualité à Mr G en le félicitant de son immobilité. Une fois installé en salle des brancards, je lui demande comment il a ressenti le geste.

P : Merci c'était bien que vous soyez là. J'ai eu mal à la première piqûre et après j'ai senti un peu.

S : Bravo ! Vous avez été super ... Vous recommenceriez l'hypnose pour un soin ?

P : Oui, avec plaisir ! C'est bien quand quelqu'un nous parle

Le brancardier attend Mr G pour le raccompagner. Je le félicite encore pour son immobilité et sa respiration apaisée en l'encourageant à le refaire si nécessaire.

Il me semble que Mr G est plus serein qu'à son arrivée. J'ai le sentiment d'avoir été trop scolaire dans mon induction non adaptée et en manque de congruence avec le soin. Malgré cela mes collègues me renvoient du positif sur le côté apaisé de Mr G.

Cas n°2

Madame M âgée de 20 ans, vient de son domicile pour une biopsie osseuse sous scanner, au niveau du tiers inférieur du fémur gauche.

Ce jour-là, je suis en salle de radiographie télécommandée. Une manipulatrice du service ostéoarticulaire me prévient qu'ils ont accueilli une jeune patiente pour une biopsie. Elle me décrit une patiente très anxieuse, et en pleurs. Ma collègue me demande si je peux lui proposer une séance d'hypnose. Après mon remplacement en salle, suivi d'une transmission orale du dossier, je pars à la rencontre de Mme M.

Lorsque j'arrive en salle de préparation, je découvre Mme M prostrée dans un coin de la cabine avec un regard apeuré. Son corps est vêtu d'une chemise d'hospitalisation. Ces avant-bras sont revêtus de trois patchs de pommade analgésique. Dans ses mains, bien serrés, le deuxième volume des aventures d'Harry Potter, un téléphone portable et un mouchoir. Malgré ma faible connaissance du monde magique d'Harry Potter (H.P), je me lance

S : Bonjour Mme M, Je m'appelle Arnaud. C'est le deux ?

P : Bonjour... Quoi ?

S : Le livre, c'est bien le deuxième d'H.P ?

P : AH... Oui...

S : C'est votre préféré ?

P : Oui, j'adore « H.P et la chambre des secrets »

S : Vous les avez tous lus ?

P : Oui, plusieurs fois. J'ai la collection entière chez moi.

S : Alors, ça vous dit de venir discuter sur le quai 9 3/4, il y a un fauteuil juste là en attendant le Poudlard express...

Mme M accepte en installant un corps crispé, recroquevillé sur le fauteuil à perfusion. Elle ne me quitte pas du regard. Face à son anxiété avancée, je m'assois à ses côtés et me présente en tant que manipulateur en radiologie qui est là pour l'écouter. Elle verbalise une peur insurmontable des aiguilles en relatant de nombreux souvenirs douloureux de soin.

P : Je ne veux pas faire cette biopsie... C'est ma maman qui veut. Elle est à coté en salle d'attente... Je ne vais pas y arriver ! J'ai trop peur...

S : J'entends votre appréhension et je vois votre corps contrarié par cet examen... Est-ce vous qui avez appliqué ces trois patchs ?

P : Oui, c'est pour ne pas avoir mal quand vous allez me piquer ...

S : C'est une super idée ces patchs magiques....

J'évoque ma formation et la possibilité d'inhaler un gaz hilarant pour renforcer la détente.

Après discussion, la résistance au soin de Mme M se dissipe légèrement, nous établissons une sorte de contrat. Je m'engage à rester auprès d'elle jusqu'à la fin de la procédure en valorisant ses capacités et ses ressources. Elle accepte que nous commençons le soin ensemble.

S : Je vous propose de choisir vous-même le patch anesthésiant que vous estimez le plus efficace...Et quand vous êtes prête, de l'enlever pour me présenter cette peau endormie...et vous gardez les autres patches de protection...Cela vous va ?

P : Bon OK, j'y vais...

Mme M choisit un patch collé sur la main gauche et retire le patch délicatement. Puis, se saisit à nouveau de son téléphone et de son livre dans la main droite.

S : Si vous êtes d'accord, je vous demande de porter toute votre attention sur cette main gauche...Laissez ces yeux fixer cette main...En enregistrant l'ensemble de ses détails...Voilà, c'est bien...Écoutez les sons lointains...Puis les plus proches...Prenez conscience de votre corps dans cette pièce et sur ce fauteuil...Le contact des pieds au sol...Puis des muscles du bassin...Lorsque vous aurez suffisamment photographié cette ambiance sensorielle...Et si vous le souhaitez...A présent, je vous demande de fermer les yeux... Et de vous représenter cette main derrière vos paupières fermées...C'est très bien...Maintenant imaginez un gant...Un gant de texture et de couleur de votre choix... Visualisez ce gant protecteur...peu importe sa forme et son épaisseur... Enfilez ce gant de protection...Et quand vous serez prête, faites-moi signe en bougeant le livre d'H.P...

En continuant à jouer avec des métaphores de fraîcheur et de moelleux sur la perception de ce gant gauche, Mme M garde les yeux fermés en s'autorisant un certain « lâcher prise » sur sa posture.

Je pose un cathéter rose sur cette main que j'espère anesthésier. Une fois la perfusion en place, je lui demande de déplacer le confort et le pouvoir de ce gant vers les zones de son corps inconfortables en laissant diffuser cette anesthésie. Pour finir évidemment sur la cuisse gauche en lui transférant et en renforçant toute cette sensation de protection et d'anesthésie. Je l'invite à imaginer et à enfiler de nouveau ce gant pour les fois suivantes.

Après ouverture de ses paupières, je valide et la félicite pour cette première étape franchie. Mme M semble à nouveau se contracter en pénétrant dans la salle.

S : Bienvenue à Poudlard, je vous présente l'équipe des Griffondor...Nous allons enfourcher nos balais pour faire une partie de Quidditch. Nous sommes présents pour t'aider à attraper le...Euh...la petite boule avec des ailes...

P : Oui le vif d'or...

Mme M observe attentivement toute l'équipe et les lieux, avec un léger sourire. Nous l'installons confortablement en la motivant pour saisir le vif d'or. Mes collègues évoquent également le monde magique d'H.P. Une fois bien installée, je me retrouve seul avec Mme M. Je sens une nouvelle anxiété naître dans son regard et sur ses traits du visage.

P : C'est quand, que vous me faites respirer le gaz j'ai peur... je ne vais pas y arriver...

S : Nous allons commencer à réaliser des images... Je vais vous proposer de la détente par le gaz hilarant, le moment venu... Vous allez franchir cette étape comme l'étape précédente...

Ou aimeriez-vous être en ce moment ?

P : J'aimerais être en plongée sous-marine dans un lagon... Je suis allé voir mon père plusieurs fois à Mayotte... Il vit là-bas... J'ai passé mon premier niveau...

S : Alors, je vais préparer le matériel de plongée et je reviens... Restez tranquille on commence le repérage...

Je sors de la pièce pour que ma collègue puisse lancer la première acquisition. Je sens l'anxiété de Mme M croître avec la biopsie osseuse qui approche. Suite à sa demande de partir en plongée sous-marine, je décide de quitter le monde d'H.P en conversation hypnotique pour former une palanquée afin d'explorer les profondeurs de ce monde sous-marin féérique.

S : Voilà, j'ai récupéré le matos de plongée, J'ai la bouteille d'air avec le détendeur...J'ai déjà mis ma combinaison (tablier plombé) ... Nous allons bien préparer cette plongée dans le lagon mahorais... Vous avez déjà vu quoi dans ce lagon ? Tortue, dauphin, dugong ?

P : J'ai vu des tortues mais pas de dauphin ni de dugong...

J'utilise le champ lexical de la plongée pour décrire la préparation du geste par les collègues de palanquée, l'aidant à enfiler sa combinaison de plongée. Mme M semble adhérer à cette sortie en mer chaude. Au travers de suggestions métaphoriques, je l'invite à protéger de nouveaux ses mains avec des gants de plongée ayant la même texture et couleur que le gant précédent.

Une fois la mise à l'eau correspondant à la fraîcheur du badigeon antiseptique, Mme M détendeur en bouche commence une immersion progressive. Je commence à lui parler de cette atmosphère aquatique.

S: Contemplez toute la palette de couleurs qui s'offre à nous... la forme des coraux... Observez les rayons du soleil pénétrant la surface de l'océan indien... Sentez, simplement la pression agréable de l'eau sur votre enveloppe corporelle, protégée par la combinaison en néoprène...

Percevez le goût de l'air emmagasiné dans la bouteille de plongée...

Les traits de son visage se relâchent et un sourire apparaît avec l'inhalation du protoxyde d'azote. Nous synchronisons la sensation désagréable de l'anesthésie locale avec la surpression tympanique, bien connu des plongeurs. Mme M équilibre les différences de pressions ressenties par le corps, en respirant lentement et profondément.

Après le palier de l'AL franchi, nous décidons de descendre plus profondément avec le langage des plongeurs qui sera en quelques sorte notre « signaling ». J'augmente le débit de la bouteille de protoxyde d'azote pour créer une narcose euphorisante voire hallucinogène.

Mme M se laisse porter par le courant marin avec une certaine ivresse des profondeurs. C'est à dire en riant et en me tendant la main droite. J'accompagne mon binôme de plongée, main dans la main, en lui proposant même de tirer la langue à la murène léopard au moment du carottage osseux.

Après avoir profité de tous les bienfaits de cette plongée profonde mélangée au monde d'H.P, notre palanquée remonte à la surface en respectant les paliers de décompression et en réduisant le débit du MEOPA.

Durant le geste, Mme M n'a jamais fermé les yeux. Elle me dit avoir vraiment vécu cette plongée.

P : Merci beaucoup, c'était super votre accompagnement et cette plongée sous-marine...En plus vous êtes restés tout le long avec moi...

S : Bravo, c'est vous qui avait fait le travail... N'hésitez pas à convoquer de nouveau le monde d'HP et/ou le monde sous-marin lorsque vous sentirez un besoin de bien-être et de détente...

Suite aux félicitations adressées à notre binôme de la part de mes collègues et du radiologue qui pensaient que l'examen ne serait pas possible. Je continue à valoriser les capacités et le réservoir de ressources de Mme M et lui prescrit des exercices d'autohypnose pour les futurs soins.

Malgré son anxiété avancée en arrivant, Mme M paraît heureuse de son examen réussi.

Elle est accompagnée en hôpital de jour par le brancardier et sa maman. Je lui précise que je passerai la voir pendant la pause méridienne. Le radiologue me remercie encore pour avoir apaisé l'angoisse de Mme M, ce qui lui a permis de réaliser un bon prélèvement.

J'ai le sentiment d'avoir été congruent avec Mme M au travers notre belle alliance et d'avoir facilité le geste du médecin.

Après mon déjeuner, je passe rendre visite à Mme M qui est déjà repartie avec les ambulanciers.

L'infirmière me tend une feuille avec un dessin en me disant qu'elle a laissé cela pour moi.
(Annexe 4)

Cas n°3

Mr R, âgé de 62 ans est hospitalisé dans le service d'hématologie. Il vient au bloc radio pour la pose d'un cathéter central dans une veine superficielle du bras droit afin de commencer sa première cure de chimiothérapie intraveineuse. (Type picc line)

Je me présente à Mr R comme manipulateur en radiologie, en cours de formation pour acquérir des techniques d'hypnose médicale. Alors que je prononce le mot « hypnose », Mr R m'interrompt d'un seul coup : « Pas d'Hypnose sur moi, ça ne marche pas et j'y crois pas ». Je ratifie sa demande et je continue l'explication par une communication simple. Puis je m'intéresse à sa profession et ses activités favorites.

Mr R, garagiste à son compte, semble plein de ressources et d'expériences de vie. Je reste à ses côtés tout au long de l'examen en écoutant ses récits passionnants sur les voitures anciennes et sa pratique de la pêche. Il ne décrit pas d'appréhension particulière pour le geste radiologique. Mr R parle beaucoup, en construisant les questions et les réponses. Je valide juste avec ma posture et mon écoute, en relançant parfois son monologue par quelques mots pour s'ajuster aux phases délicates du soin. À aucun moment il ne manifeste de signe clinique pour exprimer une quelconque douleur.

Hors mon rôle de manipulateur pour le geste, ma posture d'écoute sous la tente stérile semble suffire à l'accompagner dans son soin. Au travers de sa logorrhée, Mr R réalise le travail seul en détournant lui-même les sensations désagréables.

Une fois le pansement réalisé, il me confie : « Je ne voulais pas l'hypnose, mais ça fait du bien de pouvoir discuter avec vous, merci... ». Je le félicite pour son comportement face au geste et l'encourage à garder cette attitude énergique face à son parcours de soin.

Cas n°4

Mme L, âgée de 69 ans vient pour une biopsie pulmonaire du lobe moyen droit, suite à une découverte fortuite d'une masse sur le scanner antérieur. J'accueille Mme L en salle d'attente, accompagnée de son mari. Après avoir évoqué les suites du geste avec son mari, Mme L rentre

en cabine. Elle semble être au clair avec la procédure. Je lui précise qu'à la fin du geste, elle passera de la position ventrale à la position dorsale en une seconde. En effet, nous devons la manipuler rapidement pour diminuer le risque de pneumothorax. Elle devra pleinement relâcher sa tension musculaire pour faciliter ce retournement brutal de position. Pour ceci, nous réaliserons un simple décompte comme 3... 2...1 et un brusque retournement.

Lors de la pose de la perfusion, je lui propose une séance d'accompagnement par l'hypnose, qu'elle accepte volontiers. J'en profite pour m'intéresser à ses centres d'intérêts.

P : Je suis une ancienne institutrice à la retraite, j'aime marcher avec mes amis sur les collines de Besançon... Nous partons régulièrement marcher à la montagne avec mon mari... J'adore l'ambiance de la montagne...

Pour expliquer l'installation, j'évoque une partie de bronzage sur le ventre. Puis je me synchronise sur la sensation de chaleur induit par le PDCI. Malgré cette position non confortable, je commence à focaliser l'attention de Mme L sur sa sensorialité extérieure pour l'accompagner sur ses perceptions corporelles intérieures.

S : Et quand vous serez prête pour partir en randonnée, faites-moi un signe avec l'index de votre choix...

Suite à cette induction par le VAKOG, Mme L semble prête pour une séance hypnotique et sportive. Je lui propose d'apprécier le paysage montagneux.

S : Alors que vous marchez tranquillement à votre rythme... Vous appréciez le paysage montagneux... Les poumons se remplissent de cet air pur.

Je synchronise l'AL avec l'ascension d'une forte pente montagneuse... Une fois arrivée en haut, Mme L profite du magnifique point de vue avec tous ses sens en éveil.

S : Prenez le temps d'observer un cours d'eau, des champs fleuris ou enneigé peut être, ses couleurs, ses reliefs... Ou toute autre chose dans la vallée... Visualisez tel un aigle avec sa vision perçante et lointaine les détails d'une plaine peut être... Sentez le vent frais... Appréciez le confort de cette vue dominante après l'effort...

Mme L avec ses yeux fermés semble relâchée. Le radiologue se rapproche de la cible progressivement et réalise de multiples prélèvements. Avant le retrait de l'aiguille à biopsie, nous observons cet aigle percevant les courants d'air chaud, les ascendants thermiques pour prendre son envol. Lorsque toute l'équipe est prête, je décompte pour synchroniser la manœuvre brutale avec la prise d'envol de l'aigle. Une fois sur le dos, je laisse planer ce corps quelques temps en

renforçant ce bien être avec des suggestions post hypnotique. Puis, je raccompagne sur la terre ferme pour revenir à un état de conscience ordinaire.

Mme L sourit en ouvrant les yeux et me dit : « C'était une belle randonnée, j'avais l'impression d'être dans la montagne »

Une fois installée sur le brancard, je vais rassurer Mr L en l'invitant à rejoindre son épouse.

Cas n° 5

Mme H, âgée de 71 ans, vient pour une biopsie au niveau du rein droit à son pôle supérieur. J'accueille au bloc radio Mme H, alitée, pour une installation en procubitus sur le plateau flottant de la salle d'examen. Après une explication de la procédure, j'insiste sur sa capacité à maintenir une apnée. En effet la loge du rein étant proche du diaphragme, il y a une grande amplitude de mouvement entre l'inspiration et l'expiration. Je propose un accompagnement hypnotique pour un meilleur confort. Dans un premier temps, Mme H ne répond pas. Je lui précise que rien ne l'oblige à accepter cette prise en charge hypnotique. Je sens une résistance dans son attitude et Mme H me répond : « J'aimerais bien mais ça va coûter combien ? ». Je lui rétorque que « C'est une attitude offerte par un soignant pour rendre le geste plus confortable. C'est vous qui faites le travail, je suis là pour vous guider vers le confort et l'agréable. ». Alors, elle valide ma proposition d'un exercice hypnotique.

Suite à une courte anamnèse de la patiente, ou elle évoque sa passion pour les fleurs, je commence l'induction par le VAKOG, des sensations extérieures vers ses perceptions intérieures.

S : Et simplement, observez cette respiration douce et lente... Cette inspiration qui transporte le dioxygène jusqu'au muscle et... Cette expiration qui nettoie l'ensemble du corps ...

Mme H semble se focaliser sur sa respiration avec des mouvements de bonne amplitude, avec une certaine cohérence. Je félicite et continue à encourager cette juste respiration.

S : Voilà c'est bien... Admirez vos massifs de fleurs, leurs couleurs, la forme des pétales....

Par la suite, je lui suggère de retrouver tous les parfums dégagés par l'ensemble de ses fleurs.

En suscitant son désir olfactif, Mme H inspire profondément.

S : Inspirez cette fleur en restant bloquée sur son odeur... Imprégnez-vous de son parfum à l'inspiration... Et laissez diffuser à l'expiration...

Au travers des suggestions olfactives, je souhaite majorer l'inspiration bloquée de Mme H.

Je décide alors de lui décrire des odeurs de forêts et de champignons.

A la fin du geste, une fois de retour dans son lit, elle me remercie pour ce bel accompagnement hypnotique.

P : Merci, c'est agréable d'être rassuré et guidé pour bien bloquer sa respiration... on comprend indirectement. Mais par contre, je n'aime pas les champignons donc je suis restée dans mes massifs de fleurs...

DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE

I. RAPPEL DE LA PROBLEMATIQUE

La problématique de ce travail porte sur l'accompagnement hypnotique des patients pour un geste invasif dans un service de radiologie, sous anesthésie locale. L'hypnose médicale et clinique dans le contexte du soin anxiogène et douloureux améliorerait le vécu et le confort en général. Même pour un court passage en radiologie, elle pourrait diminuer l'anxiété et le caractère émotionnel de la douleur chez les patients lors de futurs soins, s'inscrivant dans un parcours de soin souvent long et éprouvant.

II. CONFRONTATION DES OBSERVATIONS A LA PROBLEMATIQUE

a. Cas n°1 : Mr G

Lors de notre première rencontre, Mr G semblait perdu et agité. Il était agacé par cette lourdeur administrative et cette nouvelle épreuve hospitalière. Suite à notre relation que j'espère positive, il accepta l'accompagnement par un « pourquoi pas ».

J'ai prétexté la pose du cathéter pour focaliser son agacement sur le poing fermé et commencer une réification hypnotique. J'ai peut-être détourné son attention en échangeant sur ses activités, ce qui le mettait en mouvement dans la vie. Étant au début de ma formation, j'ai eu un sentiment d'échec par mon induction idéo-motrice inadaptée au geste, trop scolaire et non synchronisée à la procédure, en retard face à mes collègues. Mr G a bien réagi à ce changement brutal d'induction.

Il a semblé adhérer à mes suggestions plus direct pour rattraper mon sentiment de retard.

Finally, Mr G n'a pas sursauté durant le geste. Il est resté immobile sans manifester de signe clinique de la douleur. Je pense que l'expérience fut positive pour Mr G. En effet, son faciès n'a pas changé. Il n'a jamais décrit un quelconque inconfort à la suite de la biopsie. Par ailleurs, Je considère que Mr G est satisfait de l'accompagnement hypnotique lorsqu'il verbalise un « Oui, avec plaisir » à la question « Recommenceriez-vous l'hypnose? ».

b. Cas n°2 : Mme M

Malgré son anxiété avancée et son état émotionnel, l'expérience de l'hypnose fut également positive. Elle a accepté de relâcher la tension et l'anxiété générées par le soin à venir. Son état de sidération induit par la peur de l'aiguille empêchait toute communication. J'ai donc utilisé son matériel personnel pour la détourner de son état d'alerte.

Ainsi, le monde magique d'Harry Potter m'a permis de l'accompagner directement dans une transe plus féerique, sans explication ni consentement. Cette hypnose conversationnelle autorisa Mme M à changer de comportement, en valorisant ses capacités. J'ai senti une force et une volonté naître grâce aux métaphores sportives du Quidditch.

Par la suite, j'ai ratifié et félicité cette démarche de protéger cette peau grâce au patchs de protection. L'hypnoalgésie en gant m'est apparue évidente pour amplifier les effets de la crème anesthésiante. Là encore, j'ai eu le sentiment que Mme M m'a apporté elle-même la technique à utiliser.

Le moment venu, elle m'a évoqué son activité et son lieu ressource que j'ai eu la chance de connaître réellement dans mon parcours de vie. Le lagon mahorais étant une source inépuisable d'imagination et de création, j'ai pu me replonger dans ce milieu magnifique. J'ai pu superposer la narcose à l'azote au effet du MEOPA. J'ai pu accompagner et sécuriser tel un chef de palanquée, son ivresse des profondeurs et ses hallucinations.

Au travers ce dessin offert (annexe), je pense que Mme M a apprécié ma présence et mon accompagnement qui l'ont rendue actrice de son examen. J'ai également un très bon souvenir de notre alliance magique, aquatique et thérapeutique. Cette séance hypnotique laissera un beau souvenir à la patiente et à tous les soignants présents dans la pièce.

c. Cas n°3 : Mr R

Le refus de Mr R m'a déstabilisé au début de notre rencontre. En tant que praticien en formation, je suis convaincu que « C'est en forgeant que l'on devient forgeron ». Par ce souci de devenir expert, je souhaitais accompagner toute les interventions avec la boîte à outils hypnotique. Or, une simple présence suffit pour l'accompagner, en le laissant se détourner lui-même du soin, au travers son propre discours.

Il peut être bon « de ne rien faire » et « de ne rien dire » lors d'un soin face à un patient sans anxiété particulière.

d. Cas n°4 : Mme L

La biopsie pulmonaire en procubitus avec ce brusque retournement du patient par les soignants m'a suscité beaucoup de questions durant cette formation. Comment intégrer une séance hypnotique avec cette manipulation brutale ?

Lors de l'explication de l'examen à Mme L, nous avons établi un code pour prévenir la manipulation physique. Je profite de sa motivation pour intégrer le mouvement dans un récit hypnotique. J'ai eu le sentiment d'avoir réussi à superposer le scripte de l'envol de l'aigle avec cette manœuvre soudaine.

Grâce à ses ressources, Mme L a bien vécu le geste sans anxiété, ni douleurs procédurales. Elle a ressenti une gêne au moment de la dilatation cutanée suite à l'injection d'anesthésiant local.

e. Cas n°5 : Mme H

En lui proposant une séance d'hypnose, j'ai oublié de préciser à Mme H que « C'était un accompagnement offert par le soignant ». En effet, Mme H a développé une résistance à la prise en charge par l'hypnose par crainte d'un surcoût financier. Une fois que cette appréhension pécuniaire a disparu, Mme H a accepté cette proposition hypnotique.

Au travers des suggestions olfactives indirectes, j'ai voulu adapter la transe à une manœuvre respiratoire : c'est-à-dire utiliser l'hypnose pour obtenir des inspirations profondes avec apnée. Elle ne m'a pas décrit d'inconfort pour cette hypnose congruente aux mouvements respiratoires.

f. Du côté des soignants

Par notre envie de prendre soin, il est difficile d'être face à une personne inconfortable, angoissée par le geste, voir en détresse émotionnelle face à son anxiété avancée.

Souvent la suggestibilité accrue du patient avant son intervention rend son adhésion plus facile à l'hypnose. Pour ces cas clinique exposés, mes collègues m'ont facilité l'apprentissage de la pratique en gérant la partie technique et informatique du geste. J'ai pu me concentrer sur la relation avec le patient, en l'accueillant là où il est, dans le contexte et selon le cadre de la procédure. L'actient nous guide pendant la séance par son rythme et son langage. Avec le peu de temps et le manque d'entretien en amont de la rencontre, j'ai dû m'adapter et imaginer, plus ou moins avec succès à chaque accompagnement. Finalement, la trame que je souhaitais suivre n'a jamais été celle proposée. Elle évolue en fonction de l'interaction et des perceptions ressenties durant la procédure. Quelquefois, j'ai ressenti des échecs en n'étant pas assez permissif dans mes suggestions ou pas assez naturel dans ma démarche.

Les patients présentés ont décrit un bénéfice positif ou un certain confort après une communication thérapeutique ou/et après avoir vécu un processus hypnotique. J'ai ressenti une certaine satisfaction au travers leur sourire, leur regard remercient ma présence. Comme s'ils percevaient l'intention de prendre soin par ma démarche thérapeutique.

De plus, la pratique de l'hypnose me donne l'impression de redécouvrir un nouveau service en prêtant plus attention à l'ensemble de mon environnement (Le VAK du soignant). Grâce à cette formation, je fais plus attention à mon attitude, mes paroles et mes gestes dans la relation « soignant soigné ».

D'autre part, la pratique de l'autohypnose est bénéfique pour s'adapter au stress professionnel (surcharge de travail, retard dans les vacances). Elle permet de rester motivé et concentré lors de tensions hospitalières. Je me suis aperçu également que l'outil hypnotique améliorerait l'ambiance de travail. De par sa communication positive, elle entraîne une écoute mutuelle et une réelle coopération entre les soignants. Ainsi le patient se sent plus contenu par une cohésion d'équipe.

Les radiologues apprécient l'hypnose médicale car elle suggère de manière douce et détournée l'immobilité indispensable en imagerie. Ils sont partisans d'une hypnose venant potentialiser et

diffuser une sensation d'anesthésie et de détente. L'avis des radiologues est positif. Ils peuvent se concentrer pleinement sur l'image et le geste.

Parfois, ils souhaiteraient profiter d'une transe pour figer une lésion mobile. C'est à dire utiliser l'hypnose pour rendre la balistique du geste plus sécurisée et confortable.

III. DISCUSSION ÉTHIQUE

L'hypnose clinique en imagerie interventionnelle apporte du confort pour le patient et à l'ensemble de l'équipe. La transe hypnotique permet les suggestions thérapeutiques et un réel « travail » du patient en autonomie.

En observant le patient devenir artisan de son soin, les radiologues m'ont parfois sollicité pour utiliser l'hypnose afin d'être plus précis dans leur geste technique. C'est à dire utiliser les suggestions hypnotiques pour obtenir un bénéfice sur la balistique. Par exemple, les opérateurs ont pu commenter la transe souhaitée pour optimiser leurs gestes périlleux : « Ne l'emmène pas trop loin, il ne faut pas que le patient ait une trop grande amplitude respiratoire pendant l'avancée de mon aiguille », « Ça serait super pendant la séance que tu suggères des séquences d'inspiration profonde suivi d'une apnée de 10 secondes » ou encore « Il faudrait que le patient bloque la respiration mais sans inspirer avant ».

A qui profite l'hypnose ?

Peut-on construire des séances d'hypnose à la carte pour les besoins de l'opérateur ?

Est-ce que l'hypnose peut dompter rigoureusement un mouvement systématique mais tellement aléatoire par sa fréquence et son intensité ?

Est-ce que la pratique de l'hypnose apporte autant de confort et de stabilité pour le radiologue qu'une anesthésie générale ?

J'ai pris en compte les précisions des médecins pour essayer de les fusionner à mon souci de prendre soin du patient. Pour moi, la priorité en hypnose médicale est le confort du soigné et le souvenir que l'on laisse.

Elle ne doit jamais être source d'inconfort ou le prétexte à des exercices respiratoires irréalisables. Le patient n'arrivera pas à maintenir une apnée plus longue avec l'hypnose médicale que d'ordinaire. Il est difficile d'avoir une faible amplitude entre l'inspiration et l'expiration lorsque le patient est en transe hypnotique.

Celle-ci est synonyme de lenteur et de grande amplitude. En état hypnotique, nous prenons plutôt le temps de bien respirer profondément.

Par peur d'augmenter l'anxiété chez le patient, il m'est apparu contradictoire lors de certaines séances de suggérer des hyperventilations pour diminuer l'amplitude.

L'hypnose sous anesthésie locale ne peut être aussi précis qu'un respirateur pour paramétrer et influencer directement sur la courbe respiratoire du patient.

Cependant, le patient peut se saisir des suggestions et des métaphores du praticien pour réaliser un certain contrôle sur son diaphragme, tout en restant confortable. Ainsi, il est possible en état de dissociation hypnotique de se détourner des sensations, tout en restant concentré sur des consignes respiratoires réalisables.

En superposant l'exercice respiratoire voulu au récit hypnotique, le patient concentré et détendu peut présenter une cible quasiment fixe au moment voulu.

Ce sont les prises en charges avec l'hypnose idéale, quand le patient profite d'un moment agréable en état de transe en jouant sur ses perceptions, tout en présentant une cible organique sous son meilleur angle. Ce qui rassure et sécurise l'archer pour atteindre le centre de la cible.

Ainsi, je pense qu'avec de l'expérience et des codes précis, élaborés entre le praticien et l'opérateur, l'hypnose médicale peut faciliter le geste délicat du radiologue tout en profitant au patient.

CONCLUSION

L'imagerie interventionnelle ne cesse de se développer. Elle présente des avantages, en étant moins invasive et moins mutilante que la chirurgie. Elle facilite également la prise en charge en ambulatoire des patients. Ce qui permet d'écourter le séjour hospitalier et ainsi de retourner rapidement à ses occupations. Ces types d'interventions ne proposent pas beaucoup d'alternative thérapeutique d'accompagnement de l'anxiété et de la douleur procédural.

Même si le patient ne fait qu'un bref passage en radiologie et que les interventions sont rapides, l'hypnose avec ses effets naturels d'anxiolyse et d'analgésie trouve sa place au sein d'un service carrefour.

Le patient peut se saisir en peu de temps, de cette dynamique hypnotique pour devenir acteur de son soin.

De nombreux patients approuvent cette façon « de prendre soin » par la présence et la communication thérapeutique.

Il est difficile de refléter et synthétiser par écrit, ces mois si intenses et si captivants d'enseignement, amplifiés par l'envie de pratiquer sur le terrain.

Il est délicat également pour moi, d'exposer et de décrire toutes les sensations et émotions perçues dans la relation « soignant soigné » en pratiquant l'hypnose.

Grâce à la richesse de cette formation, l'hypnose est devenue un outil majeur dans mon champ professionnel face à l'anxiété et la douleur. Elle permet également de prendre du recul sur sa façon de travailler au quotidien.

De plus, l'hypnose valorise le rôle du manipulateur en radiologie, en le responsabilisant sur le vécu positif du patient et sur la relation établie.

Tout n'est pas parfait, je ne me sens pas toujours créatif ou disponible pour proposer un accompagnement hypnotique. J'ai pu me sentir en difficulté face à des situations ou réactions émotionnelles. Toutefois, je suis vigilant sur ma posture en semant régulièrement avec les outils hypnotiques.

Après cette aventure universitaire, je continuerai à pratiquer et me former pour m'ajuster le mieux possible aux demandes des patients. Je proposerai cette attitude créative et bienveillante dès que possible.

Lors de la programmation du geste, si le patient souhaite une prise en charge par hypnose médicale, je souhaiterai proposer une rencontre en amont de l'intervention. Ainsi nous pourrions créer l'alliance thérapeutique, avec une anamnèse plus précise. Pendant l'entretien, il pourrait découvrir les bienfaits d'une transe hypnotique. En lui prescrivant la pratique de l'autohypnose ou en ancrant de simples exercices respiratoires, le patient peut se préparer aux mieux pour l'intervention.

TABLEAU DES ABREVIATIONS

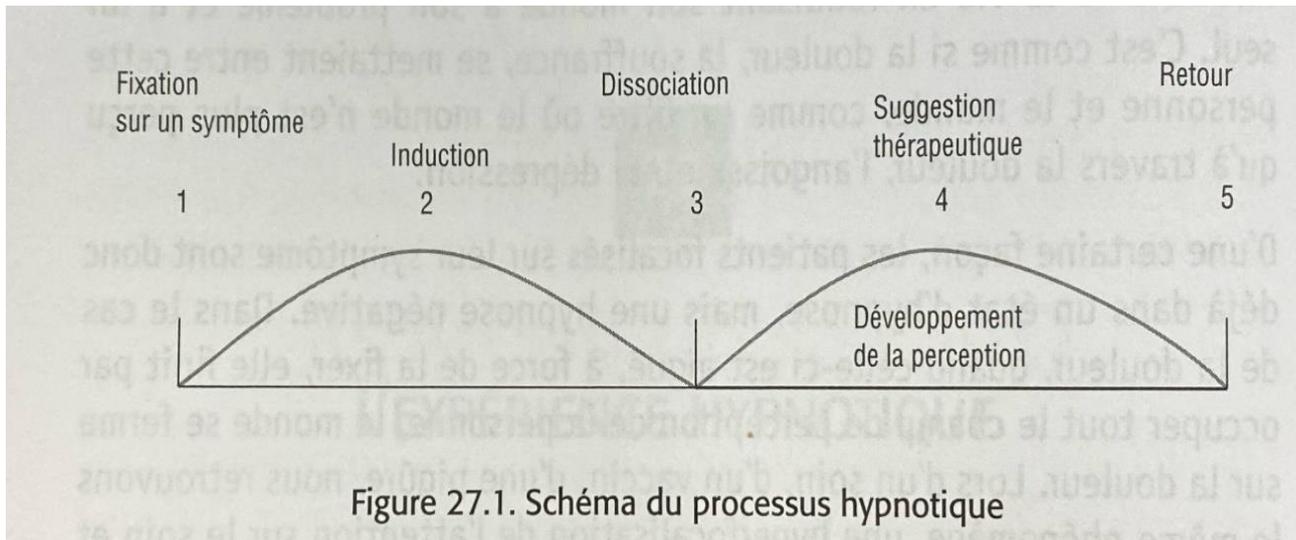
AL	Anesthésie Locale
AG	Anesthésie Générale
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
HP	Harry Potter
IRMf	Imagerie par Résonance Magnétique fonctionnelle
LNV	Langage Non Verbal
LP	Langage Para-Verbal
LV	Langage Verbal
MEOPA	Mélange Equimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote
ORL	Oto Rhino Laryngé
PDCi	Produit De Contraste iodé
TDM	Tomodensitométrie
TEP	Tomographie par Emission de Positons
VAK	Visuel Auditif Kinesthésique
VAKOG	Visuel Auditif Kinesthésique Olfactif Gustatif

BIBLIOGRAPHIE

1. BIOY Antoine, CELESTIN-LHOPITEAU Isabelle, WOOD C. L'aide-mémoire d'hypnose. Paris : Dunod ; 2010.
2. <https://www.cnrtl.fr/definition/hypnose>. 2012 consulté le 12 Mars 2022
3. BIOY Antoine, CELESTIN-LHOPITEAU Isabelle. Hypnothérapie et hypnose médicale. Saint-Just-la-Pendue : Dunod ; 2014.
4. MEYER Mireille. L'HYPNOSE Découvrir l'histoire, les mécanismes et les bienfaits du processus hypnotique. Paris : Eyrolles ; 2017
5. Emission France Inter. PSY : Les conditions pour guérir. Émission du 16 Décembre 2015, écoutée le 16 mars 2022.
6. BIOY Antoine. L'hypnose 2^{ème} édition. Clamecy : Que sais-je ? 2020.
7. Faymonville M-E, Boly M, Laureys S. Functional neuroanatomy of the hypnotic state. J Physiol Paris. Juin 2006;99(4-6):463-9.
8. Rainville P, Hofbauer RK, Bushnell MC, Duncan GH, Price DD. Hypnosis Modulates Activity in Brain Structures Involved in the Regulation of Consciousness. J Cogn Neurosci. Août 2002;14(6):887-901.
9. BIOY Antoine. Construire la communication avec l'hypnose. Domont: Dunod ; 2017.
10. GENTILHOMME Charles-Pierre. Efficacité de l'hypnose pour la prévention de l'anxiété au cours d'une coronarographie : étude HypCor. Université de Lorraine. Faculté de médecine de Nancy. 2017.

11. MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. La douleur [en ligne]. Disponible sur le site internet: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/la-douleur> (consulté le 25/04/2022).
12. ETIENNE Rémy. La boîte à outils de l'hypnose dans les soins. Espagne : Dunod ; 2021.

ANNEXES



Annexe 1 : schéma tiré du livre de BIOY Antoine, CELESTIN-LHOPITEAU Isabelle, WOOD C. L'aide-mémoire d'hypnose. Paris : Dunod ; 2010.

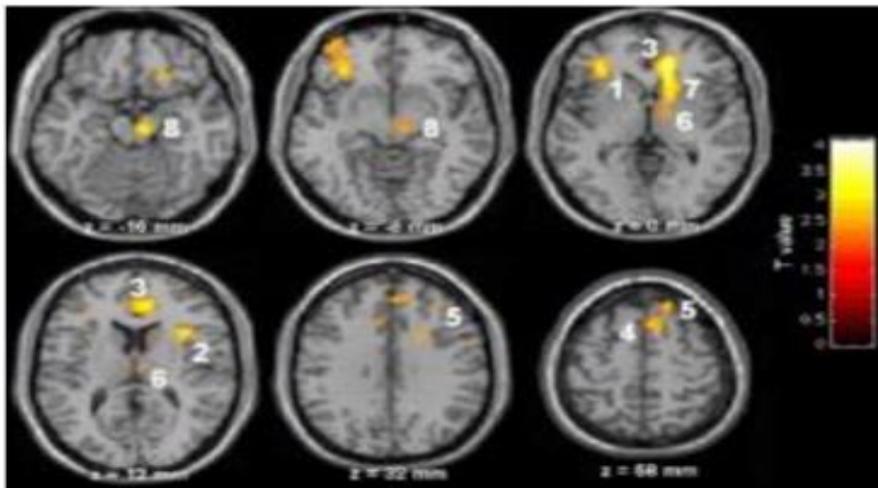


Figure 1 - Faymonville & al. 2006 (23) - Zones d'augmentation du débit sanguin lors de l'hypnose
 (1 & 2 : cortex insulaire ; 3 : cortex cingulaire antérieur dorsal ; 4 : cortex pré-moteur & aire motrice supplémentaire ; 5 : Gyrus frontal supérieur ; 6 : Thalamus droit ; 7 Noyau caudé droit ; 8 Tronc cérébral)

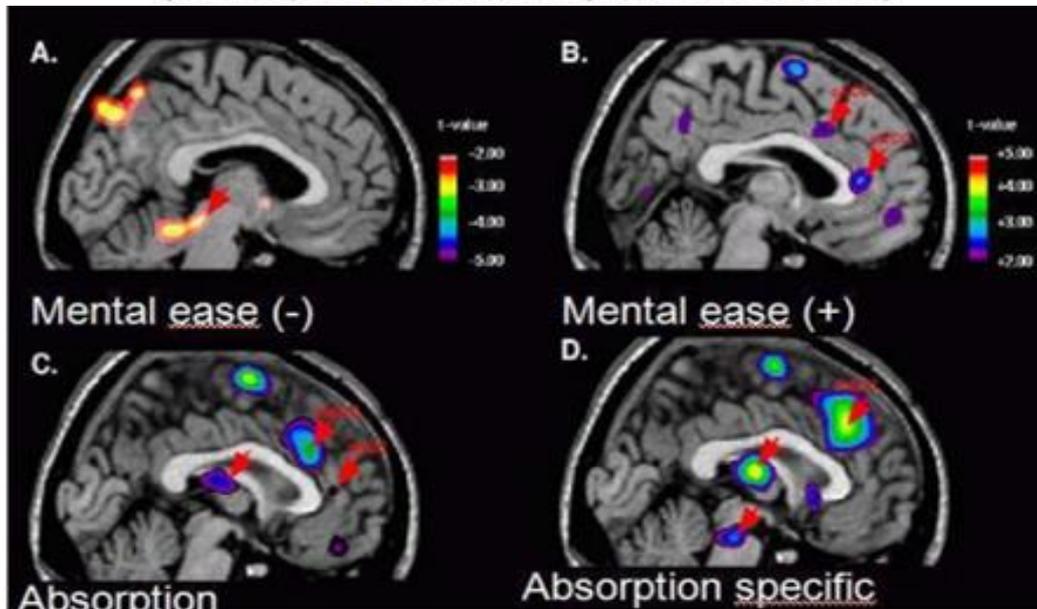


Figure 2 – Modifications du débit sanguin lors de l'état hypnotique
 Rainville & al. 2002 (24)

Annexe 2:

Figure 1: image tirée du livre de Faymonville M-E, Boly M, Laureys S. Functional neuroanatomy of the hypnotic state. J Physiol Paris. Juin 2006

Figure 2 : image tirée du livre de Rainville P, Hofbauer RK, Bushnell MC, Duncan GH, Price DD. Hypnosis Modulates Activity in Brain Structures Involved in the Regulation of Consciousness. J Cogn Neurosci. Août 2002

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

Annexe 3 : Indices aidant le décodage corporel. BIOY Antoine. Construire la communication avec l'hypnose. Domont ;Dunod ; 2017.



Annexe 4 : Dessin de Mme M laissé à mon intention

RÉSUMÉ

TITRE : APPORT DE L'HYPNOSE EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE.

Les champs d'indications de l'imagerie interventionnelle augmentent et évolue grâce à la performance incessante des appareils radiologiques et son caractère ambulatoire.

Pour accompagner ces gestes invasifs, les manipulateurs en radiologie ont peu d'alternatives médicamenteuses à visée antalgique ou anxiolytique à délivrer aux patients.

L'anesthésie locale permet une analgésie de la zone d'intervention. L'hypnose médicale apporterait un meilleur vécu dans un soin potentiellement douloureux et anxiogène. Elle améliorerait le confort perçu durant la procédure et après, en ancrant des souvenirs positifs. L'hypnose médicale commence avant tout par une relation soignant soigné et une alliance.

Pour ce mémoire, cinq observations sont rapportées. Les données recueillies sont des échanges et des partages de moments importants des séances.

L'hypnose médicale est une attitude offerte du soignant au soigné pour le rendre artisan de son intervention.

Mots clés : Accompagner, hypnose, relation et artisan