



Ecole I.A.D.E



C.H.U de Reims

Promotion 2010-2012

L'utilisation de l'hypnose et son intégration au bloc opératoire par l'IADE.

Aude Couet-Iannes



Ecole I.A.D.E



C.H.U de Reims

Promotion 2010-2012

L'utilisation de l'hypnose et son intégration au bloc opératoire par l'IADE.

Aude Couet-Iannes

REMERCIEMENTS

A Mme Joly pour sa guidance tout au long de ce travail, pour ses encouragements et sa compréhension,

Aux Drs Mussellec et Bernard pour leur attention et leurs recommandations,

Aux équipes anesthésiques du CHP Saint-Grégoire (Rennes) et de l'hôpital R. Debré (APHP) pour leur accueil et la transmission de leurs savoirs,

A Mme Williaume pour ses conseils avisés et sa disponibilité,

A Fabrice pour son écoute, son soutien et ses conseils perspicaces,

A Valérie pour le partage de son expérience pratique,

A Pascal pour ses remarques judicieuses.

« 100% des sujets sont hypnotisables,
mais certains sont des sujets
difficiles »

M.H. Erickson

1980



Figure 1 : Anesthésie sous hypnose, par RIF (droits réservés)

« L'hypnose est un phénomène banal de la vie quotidienne, une manifestation courante de la communication interhumaine »

Dr Dominique MEGGLE

2005

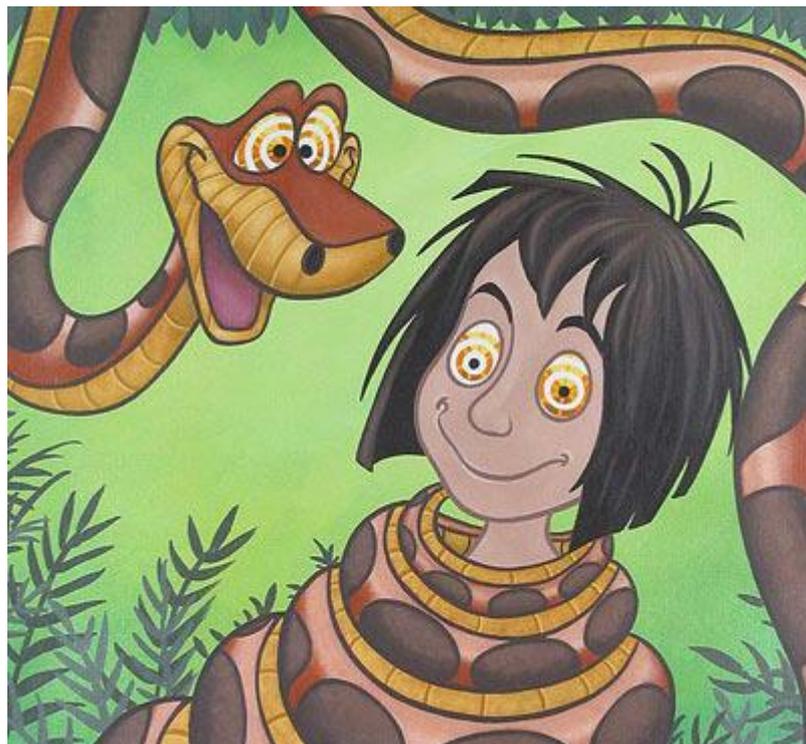


Figure 2 : Le livre de la jungle, WALT DISNEY (droits réservés)

COUET-LANNES AUDE

ELEVE INFIRMIERE ANESTHESISTE

Ecole IADE - CHU de REIMS - Promotion 2010-2012

**L'UTILISATION DE L'HYPNOSE ET SON INTEGRATION AU
BLOC OPERATOIRE PAR L'IADE**

Résumé :

Pourquoi l'hypnose est-elle utilisée avec succès dans de nombreux pays et encore si peu en France ? Que peut amener l'IADE pour faire comprendre cette technique au bloc opératoire et la faire accepter ? Ce travail est l'occasion d'une mise au point sur l'hypnose et ses modalités d'utilisation dans la pratique professionnelle de l'IADE. Il permet également d'identifier et de comprendre les différents obstacles auxquels l'IADE peut être confronté lors de l'introduction de cette technique au bloc opératoire. L'objectif est de lui donner les outils lui permettant de contourner ces résistances afin de faciliter l'intégration de l'hypnose. Enfin, l'élaboration d'un projet de service étant nécessaire au développement de sa pratique et de sa pérennisation, un ensemble d'idées et de propositions sont énoncées en dernière partie de ce travail.

Abstract :

How come is hypnosis a widespread successful medical technique in many countries but France ? What could an anaesthetist nurse do to educate and help implementing such technique within the Operating Room ? This study is a great opportunity to sum up the situation and review the practical details of the use of hypnosis by anaesthetist nurses. To help implementing hypnosis within the OR it is important to identify and to understand the different recalcitrance standing in its way. The aim is also to provide anaesthetist nurse with effective tools to get round of these resistances so that such implementation could be easier. At last and as an integrated project is needed to expand and make this technique durable, ideas and proposals will be submitted at the end of this study.

Mots clés : IADE, hypnose, intégration, résistances, projet de service

L'Ecole d'Infirmier Anesthésiste du CHU de Reims n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1 CADRE CONCEPTUEL	3
1.1 <i>L'hypnose en tant que technique</i>	3
1.1.1 Rappel historique	3
1.1.2 Définitions	5
1.1.2.1 L'hypnose ou transe hypnotique	5
1.1.2.2 L'état de conscience ordinaire	9
1.1.2.3 L'hypnose formelle	9
1.1.3 Les représentations sociales de l'hypnose	10
1.1.4 L'objectivation neurophysiologique de l'hypnose	10
1.1.5 Les caractéristiques de l'hypnose	15
1.1.6 La communication thérapeutique	16
1.1.6.1 Le principe de communication	16
1.1.6.2 L'observation	17
1.1.6.3 Les voies de communication existantes	18
1.1.6.4 Les suggestions	20
1.1.6.5 Les intérêts	21
1.1.7 Les types d'hypnoses pouvant être utilisées en anesthésie	21
1.1.7.1 L'hypnose conversationnelle	21
1.1.7.2 L'hypnose formelle	22
1.1.8 Les limites	23
1.1.9 Les formations	23
1.2 <i>La pratique de l'hypnose en anesthésie</i>	24
1.2.1 Les buts de la prise en charge anesthésique	24
1.2.2 Le contexte environnemental	25
1.2.3 Les intérêts de l'hypnose au bloc opératoire	27
1.2.3.1 Les bénéfices pour le patient	27
1.2.3.2 Les bénéfices pour le soignant	28
1.2.4 Les inconvénients	29
1.2.5 Les conditions de la pratique	29
1.2.6 Les indications	30
1.2.6.1 Pour les actes chirurgicaux	30
1.2.6.2 Pour les soins	30
1.2.7 Les contre-indications	31
1.2.8 L'organisation	31
1.2.9 Exemple de protocoles d'induction selon le choix de l'outil hypnotique	34
1.2.10 La place de l'IADE dans la pratique de l'hypnose.	37
1.2.11 Les responsabilités professionnelles	38
1.3 <i>Cadre législatif dans lequel doit s'insérer l'hypnose</i>	40
1.3.1 La pratique de l'anesthésie	41
1.3.2 L'IADE	41

1.3.3	La personne soignée	42
1.3.4	L'hypnose	44
1.4	<i>La mise en place d'un nouveau projet dans une équipe</i>	45
1.4.1	Le concept d'équipe	45
1.4.2	Les pré-requis à la mise en place d'une nouvelle technique telle que l'hypnose.	46
1.4.3	Le nouveau projet : source d'inquiétude	47
1.4.4	Les résistances au changement	47
1.5	<i>Conclusion</i>	51
2	ENQUETE	51
2.1	<i>Les hypothèses de recherche</i>	51
2.2	<i>Le choix de l'outil</i>	52
2.3	<i>L'élaboration du questionnaire</i>	53
2.4	<i>Pré-test</i>	54
2.5	<i>Le choix de la population</i>	55
2.6	<i>Les sites de diffusion</i>	55
2.7	<i>Les facteurs limitant et facilitant</i>	56
2.8	<i>Résultats et analyse</i>	57
2.8.1	Exploitation des résultats	57
2.8.2	Résultats de l'enquête	57
2.8.3	Analyse des résultats	77
2.8.3.1	Facteurs limitant l'analyse	77
2.8.3.2	Représentativité de l'échantillon	78
2.8.3.3	Vérification des hypothèses de travail	79
2.9	<i>Conclusion</i>	83
3	PROJET PROFESSIONNEL	84
3.1	<i>Etape de préparation et de communication</i>	84
3.2	<i>Etape d'acceptation</i>	86
3.3	<i>Etape de mise en œuvre</i>	88
3.4	<i>Etape d'évaluation et de retour d'expérience</i>	89
	CONCLUSION	91

LISTE DES ABREVIATIONS

AG	Anesthésie Générale
AFEHM	Association Française pour l'Etude de l'Hypnose Médicale
AL	Anesthésie Locale
ALR	Anesthésie Locorégionale
ANI	Analgésie Nociception Index
AS	Aide Soignante
ASH	Agent de Service Hospitalier
BIS	Indice Bi Spectral
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CI	Contre-indications
CPA	Consultation Pré-Anesthésique
CSP	Code de Santé Publique
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DSI	Direction des Soins Infirmiers
DU	Diplôme Universitaire
EEG	Electro-encéphalogramme
ESPIC	Etablissement de Santé Privés d'Intérêt Collectif
HTA	Hypertension Artérielle

IADE ¹	Infirmier(e) Anesthésiste Diplômé(e) d'Etat
IBODE ¹	Infirmier(e) de Bloc Opératoire Diplômé(e) d'Etat
IDE	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
IFH	Institut Français d'Hypnose
IVD	Intraveineuse Directe
IRMf	Imagerie par Résonance Magnétique Fonctionnelle
JEPU	Journée d'Enseignement Postuniversitaire
KT	Cathéter
LEC	Lithotritie Extracorporelle
MAR	Médecin Anesthésiste-Réanimateur
PET-Scan	Tomographie par Emission de Positons
PNI	Pression Non Invasive
Pr	Professeur
RA	Rachianesthésie
SFAR	Société Française d'Anesthésie et de réanimation
SNIA	Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes
SSPI	Salle de surveillance post-interventionnelle
TAA	Tarifcation à l'acte
TIP	Travail d'intérêt professionnel
VAKOG	Visuel Auditif Kinesthésique Olfactif Gustatif
VVP	Voie Veineuse Périphérique

¹ Lire partout infirmier et infirmière

AVANT PROPOS

Ma première rencontre avec l'hypnose.

Une femme d'une cinquantaine d'années est accueillie au bloc opératoire pour la prise en charge d'une prothèse totale de genou. La technique anesthésique choisie par la patiente et proposée par l'équipe est une rachianesthésie.

A son arrivée au bloc opératoire, la patiente présente, malgré la prémédication, des signes d'anxiété (repli sur elle, regard fuyant...). J'essaie de lui faire verbaliser ses craintes. Elle parle essentiellement d'angoisses concernant la réalisation de la rachianesthésie. Après la pose de perfusion (qui fut douloureuse pour la patiente), il est décidé de lui administrer du midazolam en IVD, dix minutes avant la réalisation de la RA afin d'en faciliter son déroulement. Durant la préparation du matériel, je cherche à détourner son attention, à lui « changer les idées » et essaie de l'orienter vers des pensées que je crois être plus agréables. Je souhaite éviter qu'elle se focalise sur le soin à venir. Deux enfants sont mentionnés dans son dossier d'anesthésie. Pensant bien faire, je lui demande alors ce qu'ils font dans la vie. Là, elle m'informe qu'un est décédé il y a quelques mois. A ce moment, je la vois se renfermer un peu plus sur elle-même et de la tristesse apparaît. Je ne sais plus quoi dire. En voulant aider la patiente à se détendre, j'ai majoré son stress en faisant appel à un vécu douloureux. J'ai été non seulement inefficace mais en plus délétère.

Le médecin arrive, pressé par le temps. Nous installons donc la patiente assez rapidement, lui réexpliquons ce qui est attendu d'elle et comment le soin va se dérouler. Après la première tentative, la patiente se met à pleurer. Elle dit qu'elle a mal. La tension dans la salle augmente. La deuxième tentative fut également un échec. Cela a majoré le stress autant pour la patiente que pour l'anesthésiste. En voulant de nouveau aider la patiente à améliorer ce vécu, je lui demande si elle a des loisirs. Elle me répond qu'elle aimait la marche mais que cette passion ne pouvait plus être pratiquée à cause de son genou. J'avais à nouveau « mis les pieds dans le plat ». Des stratagèmes que j'avais à plusieurs reprises utilisés et qui s'étaient avérés efficaces n'avaient pas fonctionné. Ma communication avec la patiente était plus qu'inadaptée.

A ce moment du soin, le niveau de stress atteint pour tout le monde était élevé et j'étais désarmée. Je ne savais plus quoi faire pour la patiente qui pleurait, toutes tentatives me semblant vaine. Un autre anesthésiste arriva. Il parla à la patiente d'une manière que je ne connaissais pas. Je percevais quelque chose de différent et nouveau pour moi. Il avait utilisé, ce qu'il m'apprendra après, de l'hypnose conversationnelle.

Les effets immédiats ont été les suivants :

- Retour au calme dans la pièce.
- Apaisement de la patiente.
- Geste réussit.
- Sérénité retrouvée dans l'équipe.

Cette technique a donc permis de potentialiser les effets des produits à visée anxiolytique qui lui avaient été administrés mais également de potentialiser la technique anesthésique utilisée pour le geste chirurgical. En effet, la patiente est non seulement restée sereine pendant toute la durée de la chirurgie mais est même sortie avec le sourire. Le souvenir qu'elle a dit garder était agréable. Elle précise que ce confort était apparu dès que « l'autre anesthésiste » était arrivé. L'hypnose conversationnelle a aussi permis d'apporter plus de confort pour tous.

J'avais également le sentiment que si j'avais été formée à cette technique je n'aurais peut être pas commis les différentes erreurs de communication précédentes.

J'en étais donc arrivée à me poser les questions suivantes :

- Dans quelle mesure l'hypnose conversationnelle peut elle être bénéfique pour le patient, l'équipe et la gestion de l'anesthésie ?
- Quelles en sont les limites et inconvénients ?
- Quel est alors le rôle de l'IADE dans sa réalisation ?
- Comment l'IADE peut-il l'utiliser ?
- Sa pratique régulière est elle réalisable ?

Ayant été enthousiasmée par ce nouvel outil, je me suis donc lancée dans des recherches documentaires et j'ai contacté des professionnels la pratiquant.

Ces différentes recherches et ces témoignages m'avaient convaincue de l'efficacité de l'hypnose ainsi que de son innocuité si elle était utilisée correctement. Il s'agissait donc d'un outil supplémentaire qui pouvait être mis à ma disposition pour le bien-être du patient. Les concepts développés par l'hypnose (technique de communication, utilisation des propres ressources du patient, collaboration indispensable avec l'équipe et encore mieux : avec le patient) résonnaient chez moi. Cela répondait à toutes mes préoccupations pour la prise en charge des patients. C'était dès lors ce que je voulais aussi pouvoir utiliser pour prendre soin d'eux.

J'avais la volonté d'apprendre tout ce que je pouvais pour améliorer ma prise en charge des patients, tout en ayant conscience que seule une formation pourrait m'aider. Mais où m'adresser ?

Mon stage et ma formation à Rennes.

Le « bouche à oreille » m'a orienté vers un institut de formation à l'hypnose à Rennes : « Emergence ». Les professionnels y enseignant sont psychiatres, médecins anesthésistes, infirmiers. Je me suis donc inscrite à une formation en communication thérapeutique mais j'ai également obtenu l'autorisation de réaliser mon stage optionnel de deuxième année au Centre Hospitalier Privé de St Grégoire, près de Rennes. Au sein de cette clinique, dix médecins anesthésistes et deux IADE sont formés à l'hypnose. Certains médecins (F. Bernard, H. Musellec, N. Guillou...) experts dans le domaine de l'hypnose, enseignent et publient régulièrement (SFAR, JEPU...).

Dans cette structure je découvre une autre façon de travailler avec le patient, de nouvelles techniques d'anesthésie le tout dans un cadre sécuritaire. Mes lectures m'avaient amenées un ensemble de connaissances théoriques, je pouvais dès lors en voir leurs applications pratiques. Le stage m'apportait cette dimension pratique qui me manquait. J'étais face aux bienfaits de l'hypnose pratiquée par des professionnels aguerris, bienfaits à mon avis pour les patients mais également pour les équipes.

Les écueils...

Au cours d'un stage de première année, j'ai eu la chance d'être encadrée par un médecin qui justement était en cours de formation à l'hypnose. Je bénéficiais dès lors d'une

nouvelle source d'information et j'en ai profité pour apprendre et observer. La possibilité d'en parler m'était également offerte.

Les professionnels de ce bloc opératoire évoquaient librement cette technique. Certains disaient qu'ils étaient intéressés, d'autres au contraire affirmaient ne pas y croire en étant parfois même moqueur. Le médecin me parlait des difficultés qu'il rencontrait pour appliquer ce qu'il était en train d'apprendre.

Confrontée aux difficultés de mise en place d'une « nouvelle technique » j'en suis arrivée à me poser d'autres questions :

- Pourquoi ces résistances apparaissent-elles ? Peut-on parler de résistance au changement ?
- Quels sont leurs origines ? : Individuelles ? Institutionnelles ? Socioprofessionnelles ?
- Est-ce en lien avec l'hypnose en tant que technique ou bien est-ce à cause de la mise en place d'un « nouvel outil » ?

Ma question de départ a alors été :

« Au regard de l'intérêt que représente l'hypnose pour le patient et les équipes, quels sont les obstacles à sa mise en place et à sa pratique par l'IADE au sein d'un bloc opératoire ne l'utilisant pas encore ? »

Introduction

L'anxiété préopératoire est un *malaise physique et psychologique en lien avec une intervention chirurgicale*² et la **douleur** est une *expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en fonction d'une telle lésion*³. Notons que l'anxiété majore la perception douloureuse⁴.

Le rôle de l'équipe anesthésique est de permettre un acte chirurgical à lui seul générateur d'anxiété et de douleur. En effet, les personnes devant subir une intervention chirurgicale sont 20 % plus anxieuses que la population générale et 40 % des opérés sont anxieux⁵. Les réactions physiologiques associées à cette anxiété préopératoire sont essentiellement transmises par le système nerveux autonome et peuvent retentir sur l'induction en termes de consommation d'anesthésiques⁶. Elles peuvent également avoir des répercussions en termes de risque de complications, de troubles émotionnels et comportementaux postopératoires⁷. Ces répercussions sont, entre autre, une douleur postopératoire élevée⁸, une augmentation de la consommation d'antalgiques et une durée d'hospitalisation majorée⁹.

L'accueil est un droit du patient et le soignant a le devoir de respecter les besoins fondamentaux de l'opéré : « la personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité doit être respectée ainsi que sa tranquillité¹⁰ ». L'accueil au bloc opératoire est une phase qui en elle-même peut être source de stress. En

² *L'anxiété préopératoire*, article consultable sur <http://www.cnrdr.fr/L-anxiete-preoperatoire.html>.

³ MERSKEY H. - *Pain terms; a list with definition and notes on usage*, Pain 6: 249-252, 1979; Recommended by the International Association for the Study of Pain.

⁴ MUSELLEC H., BERNARD F., GUILLOU N., *Hypnose périopératoire : utilisation et indications*, SFAR 2010

⁵ BEYDON L., DIMA C.E. *Anxiété périopératoire : évaluation et prévention*. Le praticien en Anesthésie Réanimation 2007, p. 242

⁶ CHABAY E. et al. *Accueil au bloc opératoire : prise en charge de l'anxiété*. 51^{ème} congrès national d'anesthésie et de réanimation. MASSON, 2009.

⁷ *L'anxiété préopératoire op.cit*

⁸ GRANOT M, FERBER SG, *The roles of pain actastrophizing and anxiety in the prediction of postoperative pain intensity : a prospective study*, Clinical journal of pain, 2005 ; 21(5) :439-45

⁹ AGARWAL A., et al. *Acupressure for prevention of pre-operative anxiety: a prospective, randomised, placebo controlled study*, Anaesthesia 2005, 60 :978-981

¹⁰ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

effet, il a lieu dans un nouvel environnement pour le patient, souvent méconnu mais également austère. Même s'il est démystifié pour certains, il n'en reste pas moins un « sanctuaire » pour d'autres, un monde à part avec ses règles, un lieu de haute technicité duquel émane une ambiance particulière (avec des stimulations visuelles, auditives et kinesthésiques...). D'autre part, durant cette phase, différentes étapes vont être à franchir par le patient. Cela commence par un interrogatoire. Celui-ci est souvent vécu comme un « interrogatoire de police », ce qui peut être source d'anxiété (« ils ne connaissent pas mon dossier, je ne suis pas attendu, ne risquent-ils pas de commettre des erreurs ? »). Enfin, différents soins techniques invasifs potentiellement douloureux vont être réalisés (la pose de la perfusion, la réalisation d'une ALR si la chirurgie la rend possible...).

Afin de gérer cette anxiété et ces douleurs iatrogènes, tout un arsenal thérapeutique médicamenteux est à notre disposition et peut être mis en place par l'IADE en collaboration avec le médecin. Est-il suffisant ? Dans tous les cas, il est stipulé dans le MAPAR¹¹ que *« des paroles rassurantes au bloc et un comportement serein de l'anesthésiste sont la prémédication idéale car sans toxicité ni effets secondaires »*.

L'IADE possède également un rôle propre : entretien d'accueil, aide et soutien psychologique¹², lutte contre l'inconfort et amélioration du bien être, lutte contre la douleur¹³ qu'il peut mettre à profit du patient afin de l'accompagner au mieux dans cette phase préopératoire. Cet accompagnement doit être personnalisé¹⁴. D'autre part, dans sa pratique quotidienne, l'IADE travaille dans le cadre d'une démarche de qualité des soins tout en devant respecter le cadre de sécurité de l'anesthésie¹⁵.

L'hypnose semble répondre à ces différents impératifs. Qu'en est-il exactement ? Peut-elle faire partie des stratégies utilisées en anesthésie ? D'autre part, des obstacles à la mise en place de l'hypnose apparaissent. Peut-on parler de résistances ? Les réponses à ces questions seront apportées en première partie de ce travail.

¹¹ MAPAR. *Protocoles 2010*, CHU Kremlin-Bicêtre, 12^e Edition p.18

¹² Art R-4311-2 et R-4311-5 du décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif à la profession d'infirmier.

¹³ Plans national de lutte contre la douleur 2006-2010, 2002-2005, plan triennal de 1998

¹⁴ CHABAY E. et al, op.cit., p3.

¹⁵ Respect de la mise en sécurité d'un site d'anesthésie, décret du 5 décembre 1994

Dans un second temps, une enquête basée sur le problème « *Lever les résistances, après les avoir identifiées, permet de développer la pratique de l'hypnose chez l'adulte au bloc opératoire dans la phase peropératoire par l'IADE formée à celle-ci* » est présentée.

L'analyse des résultats de celle-ci permet l'élaboration, dans une troisième partie, d'un projet professionnel permettant l'intégration par l'IADE de l'hypnose au bloc opératoire.

1 Cadre conceptuel

1.1 L'hypnose en tant que technique

1.1.1 Rappel historique

Les premières applications médicales de l'hypnose sont récentes, elles remontent au XVIII^e siècle, peu avant la Révolution française avec Franz Anton Mesmer (1734-1815). Ce médecin d'origine autrichienne est à l'origine du concept de « magnétisme animal » : il croit en l'existence d'un fluide magnétique corporel dont le blocage de la circulation provoque les maladies. La guérison serait possible par la transmission par le thérapeute d'un « fluide animal » qu'il aurait canalisé et emmagasiné. Ce fluide lèverait ce(s) blocage(s) en provoquant des « crises » avec agitation. Celles-ci permettraient alors de restaurer l'équilibre perdu et donc la guérison du malade. Mesmer a été un pionnier en matière d'hypnose¹⁶ à tel point que les Anglo-Saxons utilisent le terme de « mesmerization » pour en parler¹⁷.

Après lui, un de ses disciples, le marquis de Puységur (1715-1825), remarque la capacité de certains sujets magnétisés à communiquer et agir pendant l'état magnétique. Ils pourraient également accéder à des capacités et des connaissances accrues, c'est pourquoi il désignera cet état comme un « sommeil lucide ».

A la même époque, en 1842, le mot hypnose est introduit et popularisé par James Braid (1795-1860). Ce chirurgien anglais nie l'existence d'un fluide corporel et propose la notion d'un état neurologique spécifique : le « neuro-hypnotism » (d'après le grec hupnos qui signifie sommeil) qui désigne le processus par lequel on induit, par suggestion, un état

¹⁶ MICHANX D et al. *Manuel d'hypnose pour les professions de santé*, éd Maloine, 2007

¹⁷ HICK G. et al. *Hypnose en anesthésie*, SFAR 2011

comparable à un sommeil profond. Il avance également la théorie selon laquelle l'essentiel de l'action hypnotique se passe dans le « sujet hypnotisé lui-même » et pas dans la force magnétique de l'hypnotiseur. C'est le Dr. Braid qui introduit l'induction hypnotique par fixation du regard¹⁸.

Dans son sillage, l'hypnose est utilisée pour la première fois comme technique anesthésique par un chirurgien français (Jules Cloquet : 1790-1867) au cours d'une mastectomie unilatérale. Celle-ci est réalisée sans douleur : des rires ont été la seule manifestation présentée par la patiente, et ce en fin d'intervention. Cette expérience française a inspiré de nombreux médecins et notamment James Esdaile (1808-1859) qui utilisa l'hypnose lors de nombreuses interventions en chirurgie urologique. Il y associera une étonnante baisse du taux de mortalité (passant de 45 % à 5 %)¹⁹.

Cette première partie de l'histoire de l'hypnose est marquée par un essor extrêmement rapide. En effet, le magnétisme intéresse tous les français. Cet engouement concernera également les médecins et conduira d'ailleurs les autorités médicales à demander une expertise de cette pratique. Celle-ci contestera la réalité physique du fluide mais reconnaitra la réalité des effets thérapeutiques observés sur les patients qu'ils attribueront à l'effet de leur imagination. La pratique magnétique sera ensuite interdite aux médecins²⁰. L'avènement de l'éther et du chloroforme réduira progressivement l'usage anesthésique de l'hypnose.

L'état d'hypnose reste, pour les neurologues et les psychiatres, un sujet de réflexion. Deux écoles vont dès lors s'opposer dans l'interprétation du phénomène hypnotique : Jean-Martin Charcot (1825-1893) de l'Ecole de la Salpêtrière présente l'hypnose comme une forme d'hystérie artificielle et expérimentale, avec une étiologie organique et nerveuse alors qu'Ambroise August Liebault (1823-1904) et Hippolyte Bernheim (1840-1919) de l'Ecole de Nancy pensent que l'hypnose est un état psychophysiologique naturel caractérisé par une hypersuggestibilité²¹. L'hypnose intègre alors le champ des psychothérapies. Sigmund Freud (1856-1939) s'intéresse lui aussi à l'hypnose mais l'abandonne et développe sa théorie psychanalytique.

¹⁸ FAYMONVILLE ME. et al, *L'hypnose en anesthésie-réanimation*, OxyMag n°69, avril 2003, p.25-27

¹⁹ *Hypnose périopératoire : utilisation et indications* op.cit

²⁰ *Histoire de l'hypnose* disponible sur le site de l'IFH www.hypnose.fr/hypnose_histoire.htm

²¹ *Manuel d'hypnose pour les professions de santé* op.cit

Il faut attendre le milieu du XXe siècle pour que se produise, avec Milton H. Erickson (1902-1980), le renouveau de l'hypnose. Ce psychiatre américain est considéré comme le père de l'hypnose moderne. Il réveille l'intérêt de l'hypnose médicale. Son influence dans la pratique de l'hypnose contemporaine a été décisive. Après s'être formé à l'hypnose classique (française) très directive, il développe des modes d'inductions variés et insiste sur l'individualité de chaque patient. Selon lui, la participation active du patient à sa mise en condition hypnotique est importante, le thérapeute restant très respectueux de celui-ci. Dans cette approche, l'utilisation de métaphores permet au patient de trouver dans son inconscient la solution à son problème. Cela procure aux patients la capacité de s'exclure de leur environnement immédiat en puisant dans leur contexte de vie un souvenir agréable et confortable et donc les aides à dépasser leurs limites.

Gregory Bateson (1904-1980) a étroitement travaillé avec M. H. Erickson et est à l'origine d'un nouveau courant de pensée en psychiatrie : l'école de Palo Alto qui conçoit la communication comme la clef du comportement humain. Cela marquera le domaine de la communication moderne.

C'est à cette période que les anesthésistes manifestent un regain d'intérêt pour l'hypnose. En 1988, Jorge Abia induit une transe hypnotique permettant la première cholécystectomie avec hypnose au Mexique. Peu après, en 1990, le Dr Marie-Elisabeth Faymonville développe la technique d'hypnosédation au CHU de Liège. Elle lui permettra de réaliser plus de 7500 interventions chirurgicales. En parallèle, grâce à l'apport de l'imagerie moderne du PET-Scan et de la mesure des débits sanguins corticaux, la neuroimagerie ainsi obtenue permet l'étude de l'état hypnotique et son objectivation scientifique.

1.1.2 Définitions

1.1.2.1 L'hypnose ou transe hypnotique

Comme nous l'avons vu précédemment, la définition de l'hypnose n'a cessé d'évoluer, de changer selon les époques : état de « magnétisation », « mesmérisation », « somnambulisme », « état hystérique », « suggestibilité élevée », « rêve éveillé »....

Aujourd'hui, le Petit Robert la définit comme un « *état voisin du sommeil, provoqué par des suggestions, des actions physiques ou mécaniques, ou par des médicaments hypnotiques* ». Malgré son nom inventé en 1840 en référence au dieu grec du sommeil,

l'hypnose n'a rien à voir avec celui-ci. Il est aujourd'hui certain, grâce aux EEG, que le sommeil et l'état hypnotique (ou transe hypnotique) sont bien différents²².

Les Américains, quant à eux, considèrent l'hypnose comme un processus dynamique, interactif, en constante évolution au gré de la communication²³. Le patient modifie son rapport à la réalité en se focalisant vers son vécu intérieur. Il met ainsi entre parenthèses les éléments extérieurs non pertinents. Cette notion de dynamisme me semble importante à conserver.

La transe hypnotique est généralement considérée comme un *état de conscience modifié, avec focalisation de l'attention, concentration extrême* tout en permettant une *disponibilité à soi et à l'environnement*²⁴ à tout moment. Le terme de focalisation signifie que l'attention n'observe qu'une partie de la réalité, ce qui permet au patient de s'extraire de la réalité chirurgicale et de « s'évader » dans ses propres vécus agréables.

La transe est un état naturel, non artificiel, évolutif et réversible rapidement, qui peut être spontané ou provoqué. La transe spontanée est nommée par certains auteurs « éveil paradoxal »²⁵, c'est un état dans lequel nous évoluons plusieurs fois par jour.

De nombreuses situations de la vie quotidienne sont à l'origine de transe spontanée, par exemple lorsqu'il y a saturation de la conscience par un afflux massif d'informations surchargeant notre capacité à réfléchir ou en cas d'ennui. C'est la fixité de l'attention sur un événement qui initie cette dernière : fixité sur un phénomène, une idée, ou encore un sujet. Elle se stabilise grâce à la focalisation sur l'événement et se renforce par l'absorption de la conscience sur cette activité. Cette activité peut être intérieure, tel la remémoration d'un souvenir, la concentration sur un projet, les prévisions sur la soirée à venir ou au contraire extérieure, motivée par un film, un spectacle, une activité sportive, la lecture, la musique. Ces situations sont vécues positivement ou négativement, de manière plus ou moins confortable, tout en restant habituelles et naturelles. Ce mode de fonctionnement est aussi modulable par l'utilisation de techniques de communication, de suggestions et de focalisation : c'est l'hypnose.

²² FAYMONVILLE ME et al, *Hypnose : des bases neurophysiologiques à la pratique clinique*

²³ MEGGLE D., *Erickson, hypnose et psychothérapie*, éd du Retz 2005, p19

²⁴ SALEM G, BONVIN E, *Soigner par l'hypnose*, Ed. Masson 2001, p22

²⁵ RAULT P, MARCHAN P, VRIGNAUD S, *Hypnose éricksonienne et anesthésie*, Bolus n°65, janv-fév. 2005

Cette **transe** spontanée peut donc être de deux types. Elle est dite **positive** lorsqu'elle permet l'évolution du patient et contribue à son bien-être et l'on parle de transe spontanée **négative** lorsqu'il y a « focalisation et fixation de l'attention sur des émotions dites négatives »²⁶.

On parlera d'**hypnose** lorsque la transe sera *volontairement* provoquée, induite dans un cadre thérapeutique. A noter que le patient participera activement car c'est lui qui se placera dans cet état. En effet, le soignant ne fait que créer les conditions favorables à l'instauration de l'état hypnotique du patient. Celui-ci ne se soumet en aucun cas à la volonté de l'hypnoanesthésiste. Le soignant favorise la survenue de l'état hypnotique grâce à des suggestions qu'il propose au patient et qui obéissent à des règles particulières de sémantique et d'intonation de la voix. Cela entraîne un « *changement dans le mode de fonctionnement du cerveau avec des altérations des perceptions, de la mémoire et de l'action volontaire* »²⁷.

Erickson, en 1958, définit l'hypnose comme un « *état d'attention et de réceptivité intense avec une augmentation de la réactivité (de la réponse) à une idée ou à un groupe d'idées* » ou encore comme un « *état de concentration mentale, durant lequel les facultés d'esprit du patient sont tellement accaparées par une seule idée, que, pour le moment, il devient mort ou indifférent à toute autre considération ou influence* »²⁸.

En 1994, François Roustang met en miroir l'état hypnotique et le rêve, en définissant la transe comme un état de « *veille paradoxal* », dans laquelle « *l'atonie musculaire et posturale s'allie avec une activité cérébrale intense* », alors que l'on est « *coupé de tous les stimuli afférents, fermé au monde extérieur et revêtu des insignes du dormeur* », tout en étant « *capable de productions que l'on peut bien qualifier d'oniriques, c'est-à-dire sans rapport avec des objets réels* »²⁹.

D'autre part, l'hypnose n'est pas une forme de manipulation. C'est ce qu'a pu démontrer le Pr. E. Hilgard (1904-2001) au cours de ses différents travaux. En effet, pour lui, les conduites hypnotiques ne sont possibles que si apparaît une « *néo-dissociation* » psychique (ou dissociation incomplète). Il a mis en évidence un clivage permettant de distinguer deux sous-parties du MOI : la partie qui se laisse impliquer dans l'expérience et qui s'exprime directement si ça lui est demandé et une autre partie, accessible moins

²⁶ VIROT C, BERNARD F, *Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie*, Ed Arnette 2010, p36

²⁷ *Hypnose : des bases neurophysiologiques à la pratique clinique*, op.cit

²⁸ *Soigner par l'hypnose*, op.cit, p20.

²⁹ *Hypnose en anesthésie*, op.cit

directement, qu'il appelle « l'observateur caché » (« hidden observer »)³⁰. Cet observateur caché est alors la partie de nous-mêmes qui reste présente pendant la transe, qui observe et reste vigilante à préserver notre intégrité et notre bien-être³¹.

Enfin, les recherches concernant la **spécialisation des hémisphères cérébraux** ont contribué à identifier quelle partie du cerveau serait la plus active lors d'un état hypnotique. Selon cette théorie chaque hémisphère cérébral appréhenderait différemment la réalité : le cerveau gauche serait spécialisé dans les comportements d'éveil et le droit dans la rêverie, le rêve, la transe hypnotique.

Les fonctions essentielles du cerveau gauche sont les activités digitales c'est-à-dire verbales, logico-grammaticales, rationnelles, analytiques, critiques, conscientes, réelles... alors que celles du cerveau droit sont analogiques (non-verbales, intuitives, spontanées, imaginaire, inconscientes, émotionnelles). D'après Paul Watzlawick (1921-2007), l'état hypnotique correspondrait, selon ces perspectives, à une activation du cerveau droit.

En somme, l'hypnose, dans un cadre thérapeutique, consiste à établir un lien privilégié avec le patient lui permettant d'évoluer vers un état de concentration intérieure l'éloignant de la réalité environnante. Il y aura hypnose dès lors qu'il y aura une focalisation du patient et il existera une hypnose formelle lorsqu'il y aura une dissociation de celui-ci.

Pour conclure, rappelons que le terme hypnose désigne en fait trois types de phénomènes : l'état hypnotique dans lequel est plongé le patient hypnotisé, l'outil thérapeutique (la technique) utilisé par un soignant et le type d'interaction particulière qui s'établit entre les deux protagonistes.

³⁰ MICHAUX D., *Hypnose et dissociation psychique*, Colloque International Francophone, Oct. 2004

³¹ SCHMITT C., *Hypnose quotidienne en urologie*, 2009, consultable sur www.i-alr.com/agora/

1.1.2.2 L'état de conscience ordinaire

La conscience est définie par le dictionnaire Larousse comme étant la « *connaissance, intuitive ou réflexive immédiate, que chacun a de son existence et de celle du monde extérieur* ». Il s'agit d'une « *représentation mentale claire de l'existence, de la réalité de telle ou telle chose* ». En psychologie c'est une « *fonction de synthèse qui permet à un sujet d'analyser son expérience actuelle en fonction de la structure de sa personnalité et de se projeter dans l'avenir* ».

Par sa flexibilité et sa facilité à changer d'état, la conscience permet à l'homme de s'adapter à son environnement et de se protéger. L'état de conscience ordinaire (aussi appelé conscience critique), élaboré à partir de nos perceptions, nos pensées, nos croyances et nos expériences permet l'analyse d'une situation et l'adaptation des actions à l'environnement. A chaque instant elle permet de contrôler et de décider de notre attitude dans « l'ici et maintenant » et ainsi d'adopter un fonctionnement personnel et relationnel souvent adapté et compréhensible.

Certaines situations permettent une alternance entre l'état de conscience ordinaire et la transe. C'est ce que l'on appelle « dissociation » (ou état dissocié), le corps étant présent et l'esprit étant ailleurs. Par exemple, parfois il nous arrive en voiture de nous rendre compte que nous sommes arrivés à un endroit sans nous souvenir de notre conduite, de comment nous y sommes arrivés. Dans ces cas, notre conscience a basculé vers un fonctionnement où s'est produit une indifférence au monde extérieur (un rétrécissement du champ de conscience) du fait de perceptions sensorielles modifiées. Cela nous permet, par exemple, de nous protéger dans certaines situations ennuyeuses ou conflictuelles.

La conscience critique est donc cet état de fonctionnement ordinaire caractérisé par la mobilité de notre attention. En effet, notre attention s'orientera rapidement soit vers le monde extérieur grâce à nos perceptions soit vers notre monde intérieur grâce à nos émotions, nos sensations ou encore nos pensées.

1.1.2.3 L'hypnose formelle

Sous le terme d'hypnose formelle sont regroupés l'hypnosédation et l'hypnoanalgésie.

L'hypnosédation combine hypnose et sédation consciente intraveineuse. Il s'agit d'une association d'un morphinomimétique et d'un hypnotique à dose filée s'accompagnant d'une anesthésie locale du site opératoire par de la Xylocaïne®. Le choix de l'utilisation d'un anesthésique se fait en fonction de la nature de l'intervention (utile pour les thyroïdectomies par exemple mais non nécessaire pour les coloscopies). Elle a été développée en Belgique par le Pr M.E. Faymonville en 1992, initialement pour les interventions de chirurgie plastique sous anesthésie locale.

Une hypnosédation idéale interfère le moins longtemps possible avec la conscience. Les troubles de la conscience doivent être les plus courts. Il est donc conseillé d'utiliser des produits d'action rapide et de demi-vie contextuelle très courte. Au vu des données pharmacologiques actuelles, il s'agit donc d'utiliser préférentiellement le rémifentanyl comme morphinomimétique et le propofol comme hypnotique.

L'hypnosédation est utilisée comme une alternative à l'anesthésie générale et ses indications sont nombreuses.

On parle d'**hyponalgésie** lorsque seulement l'hypnose et un morphinomimétique pure sont utilisés.

1.1.3 Les représentations sociales de l'hypnose

L'utilisation de l'hypnose en anesthésie est en cours de développement. Cette technique suscite encore de la méfiance. En effet, le modèle de fascination lié à la sorcellerie ou à la magie (grand cabaret spectacle, cirque et foire) est encore présent. De ce fait, elle renvoie à un manque de sérieux et a induit une crainte de la perte de contrôle. Une idée de soumission à une force occulte est encore ancrée dans l'imaginaire collectif.

1.1.4 L'objectivation neurophysiologique de l'hypnose

Il existe aujourd'hui de nombreuses publications scientifiques dans des revues internationales expliquant les mécanismes de l'hypnose, en particulier celles des équipes du Pr. M.E. Faymonville.

Avec la collaboration étroite du Centre de Recherche Médicale du Cyclotron, les équipes de M.E. Faymonville ont pu effectuer des recherches afin de développer les connaissances du processus hypnotique grâce à la neuroimagerie fonctionnelle (PET-Scan et IRMf). Elles ont pu démontrer que l'hypnose, lorsqu'elle était basée sur la remémoration de souvenirs agréables, se caractérisait par l'activation cérébrale des régions pariétale (celle des sensations), occipitale (celle de la vision) et précentrale (celle de la motricité). Les patients témoignent d'une impression de revivre cet événement comme s'ils voyaient, sentaient et bougeaient alors qu'ils sont immobiles.

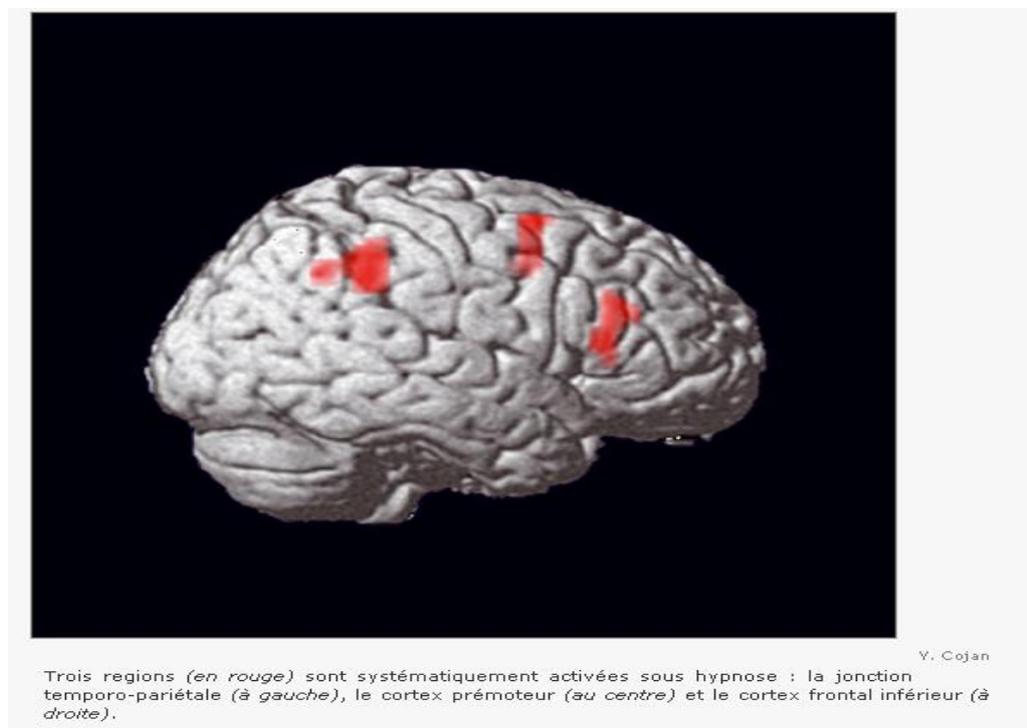


Figure 3 : Régions activées sous hypnose³²

La traduction du processus hypnotique est alors une imagerie mentale plurimodale, motrice et kinesthésique très vivace et cohérente, qui envahit le champ de conscience du patient.

³² PERRIER JJ, *Le cerveau observé sous hypnose*, [en ligne] consulté le 05.01.2012 à http://www.pourlascience.fr/ewb_pages/a/actualite-le-cerveau-observe-sous-hypnose-22712.php

En revanche, l'hypnose diffère de l'imagerie mentale par :

- la désactivation du précuneus. Le précuneus est l'aire corticale associative, de la conscience de soi et de l'environnement.
- la désactivation du cortex cingulaire postérieur qui joue un rôle dans l'intégration des modalités sensorielles d'un stimulus nociceptif.

Or ce phénomène de désactivation de ces régions a déjà été observé dans certaines phases du sommeil et dans les états végétatifs, ce qui correspond à des états de conscience modifiée. Cela tendrait donc à confirmer que lorsque le patient vit une hypnose, il vit un processus de conscience modifiée.

Ces schémas d'activation diffèrent aussi de l'éveil (puisque très active dans cet état), de la conscience habituelle, de l'activation onirique pendant le sommeil paradoxal et des hallucinations observées chez le patient schizophrénique³³. L'hypnose est donc un état particulier induisant un fonctionnement spécifique du cerveau.

D'autre part, leur étude montre un changement dans l'activité du cortex cingulaire antérieur qui participe aux processus d'attention, de motricité et de douleur. Ce changement est en relation avec l'intensité de la composante affective et sensorielle de la douleur. Il y a donc modulation et diminution de la nociception dans sa composante affectivo-émotionnelle et sensori-discriminative. Ceci explique l'observation clinique de réduction de la perception douloureuse. En outre, lors du processus hypnotique, les régions corticales et sous-corticales critiques à la gestion de la douleur sont activées. Cela permet également l'adaptation d'un réseau neuronal complexe impliqué dans l'expérience nociceptive. La réponse affective et comportementale est alors optimisée³⁴.

³³ FAYMONVILLE ME, *Hypnose et anesthésie : quelle est la part du rêve ?*, MAPAR 2005

³⁴ FAYMONVILLE ME, *Hypnose et anesthésie : quelle est la part du rêve ?*, MAPAR 2005

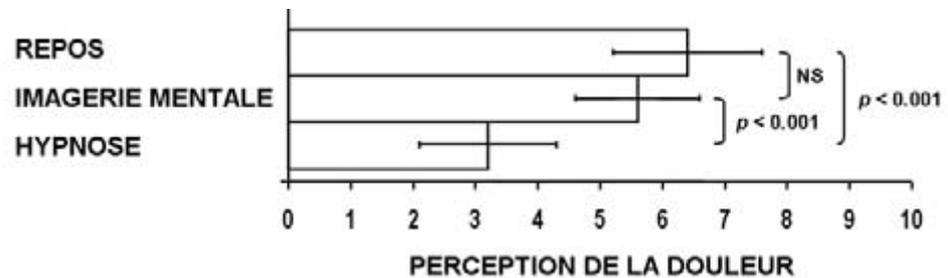


Figure 4 : Evaluation de la perception douloureuse par des sujets volontaires sains dans trois conditions : en état de repos, lors d'une tâche d'imagerie mentale (se remémorer un souvenir) et sous hypnose. Moyenne et déviations standards (NS : non significatif)³⁵

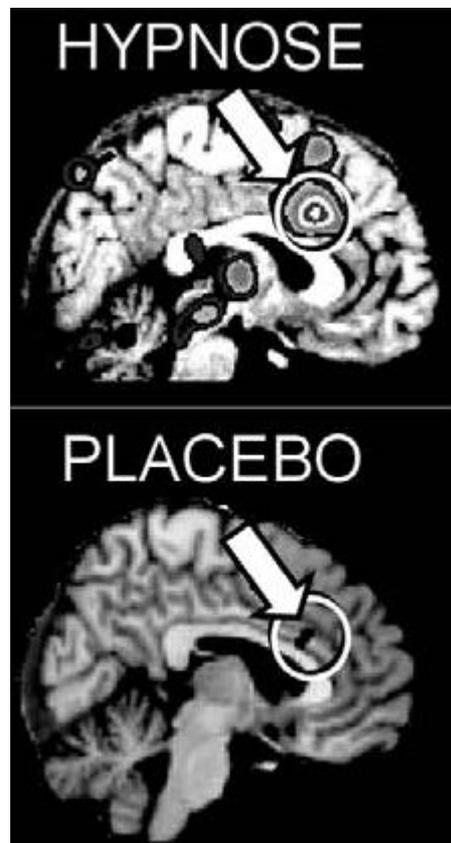


Figure5 : La modulation de la perception douloureuse tant en hypnose (Rainville et al. 1997) qu'avec un placebo (Wager et al., 2004) semble être tributaire du cortex cingulaire antérieur.

Certaines études ont également démontrées que l'hypnose s'accompagne de modifications des débits sanguins cérébraux des régions corticales et sous corticales³⁶. En effet, le débit

³⁵ VANHAUDENHUYSE A. et al. *Hypnose et perception de la douleur*, Revue médicale de liège, 2008; 63 : 5-6 : 424-428, même référence pour figure 5 et 6.

sanguin au niveau de la partie moyenne du cortex cingulaire antérieur augmente sous hypnose. Cette augmentation du débit est corrélée avec l'intensité de la douleur uniquement chez le patient hypnotisé.

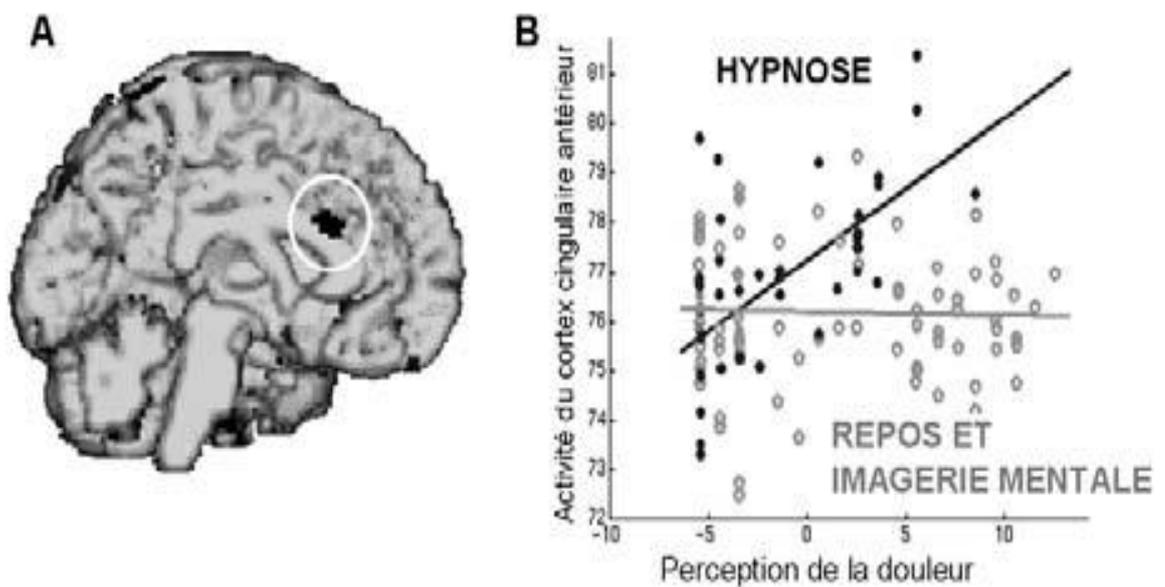


Figure 6 : (A) L'activité du cortex cingulaire antérieur augmente proportionnellement à la perception de la sensation douloureuse. (B) Modifications de la perception de la douleur versus modifications de l'activité du cortex cingulaire antérieur. La différence entre les courbes de régressions chez les sujets sous hypnose (foncé) et chez les sujets contrôles (clair) est significative ($p < 0,05$)

L'hypnose modifie donc bien le fonctionnement cérébral. Il existe bien un état cérébral hypnotique spécifique.

³⁶ Hypnose : des bases neurophysiologiques à la pratique clinique, op.cit

1.1.5 Les caractéristiques de l'hypnose

L'hypnose est avant tout une expérience subjective mais observable. Sa principale caractéristique est probablement la *dissociation*, c'est-à-dire la simultanéité d'une activité mentale consciente et inconsciente, séparées l'une de l'autre. C'est une sorte de vigilance à plusieurs niveaux.

D'autres signes peuvent être observés :

- une *distorsion du temps* : c'est la disparition de la notion précise du temps,
- une *modification de la perception douloureuse* : la composante émotionnelle de la douleur est modifiée ce qui entraîne une sensation douloureuse analysée plutôt comme un inconfort,
- des *modifications du tonus musculaire* : avec hypotonie et immobilité ou catalepsie voire lévitation de certaines parties du corps.

Ces trois phénomènes sont intéressants en anesthésie puisqu'ils correspondent à ceux recherchés par l'anesthésie chimique (narcose, analgésie et curarisation). L'outil hypnotique peut alors être considéré comme un adjuvant non médicamenteux à l'anesthésie ou utilisé comme une technique alternative à une anesthésie (générale ou non).

Le patient, somnolent en apparence, abaisse progressivement le niveau de conscience de son environnement puis de son propre corps. Il connaît une prise de conscience de lui-même où il est à la fois acteur et observateur. Il expérimente avec sérénité une dissociation. Certaines réactions physiologiques peuvent, à cette occasion, être observées : ralentissement de la fréquence respiratoire, de la fréquence cardiaque, mouvements des globes oculaires, relâchement des traits du visage...

1.1.6 La communication thérapeutique

La communication étant le fondement de la relation hypnotique, il paraît nécessaire d'en développer le concept et plus précisément celui de la communication thérapeutique.

La **communication**, d'après le dictionnaire Larousse, est « *l'action de communiquer quelque chose* », « *de transmettre quelque chose* », « *d'être en rapport avec autrui, en général par le langage* ».

Est **thérapeutique** la « *partie de la médecine qui s'occupe des moyens, médicamenteux, chirurgicaux ou autres, propres à guérir ou à soulager les maladies* », mais c'est aussi une « *manière choisie de traiter une maladie ; un traitement, une thérapie* »³⁷.

La **communication thérapeutique** est un terme employé de différentes manières dans le domaine des soins infirmiers. Certains auteurs considèrent que « *toute interaction soignant/soigné a un caractère thérapeutique* »³⁸ puisque toute infirmière aide le patient dans la gestion de ses besoins.

Il s'agit ici d'une communication particulière qui peut favoriser la survenue d'un état de transe hypnotique : un état de « concentration intérieure ». Cette communication diffère grâce à un ensemble d'outils relationnels et linguistiques et un positionnement par rapport au patient. Son utilisation est fonction de l'état de conscience du patient (conscience critique ou conscience hypnotique) et permet de s'y adapter. L'objectif est de favoriser le soin et d'améliorer le vécu global de la phase peropératoire (de l'accueil jusqu'en SSPI).

1.1.6.1 Le principe de communication

La communication est un système permettant un échange d'informations entre un récepteur et un émetteur. Elle utilise un canal de transmission, un langage de transmission et un message.

³⁷ Dictionnaire Larousse : www.larousse.fr/dictionnaires/francais

³⁸ RUBENFELD MG, SCHEFFER BK, *Raisonnement critique en soins infirmiers : guide d'apprentissage*, Ed De Boeck Université 1999, Collection Savoirs et Santé

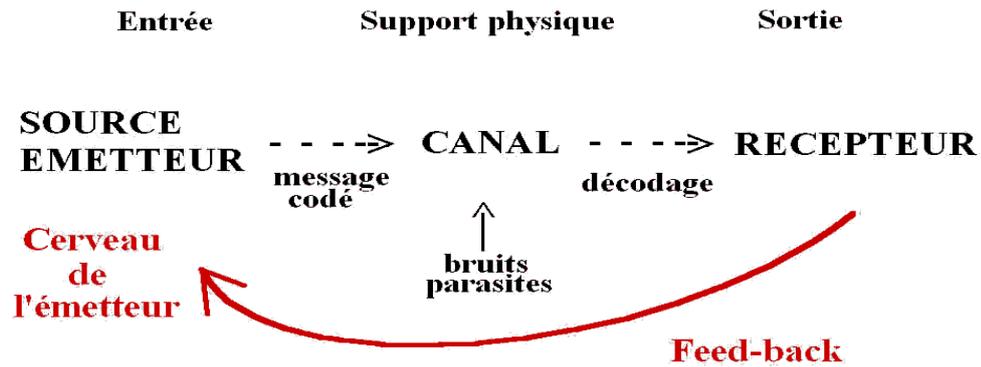


Figure 5 : Modèle de communication selon Shannon³⁹

Le récepteur devient ensuite un émetteur et l'émetteur un récepteur. C'est une boucle avec des rétrocontrôles (feedback), dans laquelle des échanges sont permanents.

Il est essentiel d'émettre les bons messages thérapeutiques mais il est tout aussi essentiel de bien recevoir les messages envoyés. L'observation devient alors indispensable.

1.1.6.2 L'observation

« La clinique repose sur l'observation la plus large possible. »⁴⁰

L'observation permet de mieux connaître le patient et de lui renvoyer des messages adaptés à son univers. Elle permet d'identifier le système de communication du patient et sa préférence sensorielle.

Cette observation repose sur nos cinq sens, ou encore sur les 5 canaux sensoriels dont nous disposons : visuel, auditif, kinesthésique, olfactif, gustatif (VAKOG). Pour bien observer il faut prêter attention à ce que ces sens perçoivent. C'est un acte fondamental en médecine pour recueillir des symptômes.

Le canal visuel est celui par lequel nous percevons le plus d'informations. Par le regard nous percevons les mouvements, les couleurs, le contenu de notre environnement. C'est un

³⁹ GIFFARD D., *Communication*, cours [en ligne], consulté le 30.12.2011 à <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychologie/psychologie/communication.htm>

⁴⁰ MEGGLE D., *Erickson, hypnose et psychothérapie*, op.cit

canal essentiel qui nous permet de nous sentir en sécurité dans un nouveau lieu. Lorsque nous arrivons dans une chambre d'hôtel, nous ouvrons tous les placards, regardons autour de nous. Ce n'est qu'après que nous pouvons fermer les yeux et dormir.

Le canal auditif nous permet d'entendre la voix, les mots employés, les phrases et leur intonation. L'écoute du patient est importante et permet de le rassurer, le calmer et créer un lien.

Le canal kinesthésique permet le recueil d'informations sensibles, réunies par le toucher. Par exemple, la température d'une pièce, les sueurs d'un patient, la vitalité d'une poignée de main.

Le canal olfactif donne des informations sur ce qui sent bon ou mauvais. Les odeurs sont très souvent associées à des émotions, qu'elles soient ou non confortables.

Le canal gustatif est le moins utilisé en médecine.

1.1.6.3 Les voies de communications existantes

Les outils de communications qui suivent ont été développés par M.H. Erickson et G. Bateson (Ecole de Palo Alto, Californie).

✓ **Le langage verbal**

Il est le mieux connu et est composé de mots. Il peut, malgré nous, devenir notre pire ennemi. En effet, un patient en transe ne reçoit pas les mêmes messages qu'en conscience critique. Avec l'imaginaire, la négation ne sera pas entendue. Par exemple, lorsque nous disons à un patient : « vous n'aurez pas mal », il entend : « vous aurez mal » car le mot qui a un sens immédiat est le mot « mal ». Une image de douleur sera dès lors induite. C'est pourquoi, en communication thérapeutique, tout message devrait être *formulé sous forme affirmative*.

D'autre part, l'utilisation d'un champ lexical particulier est préférable. Un « langage positif » est encouragé. Il correspond à l'utilisation de certains mots (« *mots qui protègent* ») comme *calme, confortable, sécurité, protégé, confiance, chaleur, sourire, équilibre, douceur, fraîcheur, énergie, détente* qui favorisent une transe confortable et un bien-être.

Enfin, la structure linguistique du cerveau lors d'une phase de transe est plus holistique qu'analytique, *les phrases devront donc être les plus simples possible*, la sémantique prenant le pas sur la syntaxe. Pour y parvenir, le plus simple est de reprendre les propres mots du patient, ses expressions, utiliser ce qui vient de lui. Il faut utiliser un langage imagé, métaphorique, analogique comme si nous nous adressions à un enfant de 10-12 ans. Chaque mot et chaque expression a un sens pour le patient.

Pour conclure, il faut *être prudent avec le questionnement* qui sert de suggestion et oriente l'attention du patient, le focalise. Il y a, comme nous l'avons vu précédemment une différence entre « *Avez-vous des douleurs en ce moment ?* » et « *Etes-vous suffisamment confortable en ce moment ?* ».

✓ **Le langage para-verbal**

Il prend en compte la façon dont sont prononcés les mots. Pour que les messages soient bien entendus (consciemment et inconsciemment) il faut :

- un rythme particulier : la voix est ralentie,
- un « pacing » respiratoire : c'est l'expression orale sur la phase expiratoire (encore appelé « mirroring respiratoire »),
- un timbre de voix : plus grave, plus bas, comme lorsque l'on raconte une histoire aux enfants.
- une modulation dans le timbre de voix qui permet d'orienter le patient (vers l'intérieur, vers ses sensations pour une transe ou vers l'extérieur pour revenir en conscience critique).
- des pauses et des silences afin de donner du relief à ce que nous disons, de laisser le temps à l'imaginaire de se mettre en fonctionnement et d'induire une transe positive.
- une orientation de la voix qui permet au patient de repérer d'où vient le bruit et donc de savoir si le message lui est adressé.
- un saupoudrage de la voix qui permet, en utilisant des mots à connotation positive et de manière répétitive, de passer tranquillement vers une transe positive.

✓ **Le langage non-verbal**

Le langage non-verbal représente certainement la manière la plus subtile de communiquer et peut-être la plus efficace. Il correspond à *l'attitude globale*, au sourire, aux gestes, à une poignée de main, à des mouvements de tête. Le langage non verbal est par exemple utilisé dans le cinéma muet, c'est le langage des mimes. Il est de ce fait sujet à interprétation et peut donc être générateur d'inquiétude et d'inconfort ou au contraire d'apaisement et de confiance.

La *proxémie* entre deux individus est aussi une notion importante. C'est la distance relationnelle physique de confort, plus connue sous le terme de « périmètre de sécurité ». Elle est essentielle car chaque individu possède sa propre distance de sécurité. La respecter permet d'accroître le sentiment de sécurité et de confort.

1.1.6.4 Les suggestions

La base de l'hypnose actuelle est la suggestion ouverte : plusieurs options sont proposées au patient et c'est lui qui choisit celle qui lui convient le mieux. Cette façon de faire permet de renforcer un sentiment de sécurité et de confiance favorisant la transe. Le patient « accepte » alors de quitter sa conscience critique pour aller vers son imaginaire.

L'une des caractéristiques de cet état de transe est l'hyper-suggestibilité. Les suggestions possibles peuvent être :

- Allusives : « Et vous respirez cet air calmement »
- Interrogatives : « Comment faites vous pour vous détendre ? »
- Associatives : « Dès qu'on vous allongera après la péridurale, votre corps gardera le confort »
- A type d'implication : « je ne sais pas à quel moment vous allez être le plus confortable ».

Chacune de ces phrases suggère, à sa manière, calme, détente et confort.

1.1.6.5 Les intérêts

En pratique, ces techniques favorisent la synchronisation soignant/soigné en créant une certaine **congruence**. Celle-ci est intéressante pour la création d'une relation d'aide et de confiance avec le patient.

Une **alliance thérapeutique** est ainsi obtenue en activant les ressources du patient et favorise la coopération du patient. Cela permet alors une prise en charge personnalisée du patient et centrée sur ses ressources propres.

1.1.7 Les types d'hypnoses pouvant être utilisées en anesthésie

La pratique clinique de l'hypnose comporte des règles et des étapes. Il y a des séquences d'installation, d'induction, d'entretien et de retour à la conscience ordinaire, un peu comme une anesthésie générale. Elle peut être conduite sous deux formes : l'hypnose conversationnelle ou l'hypnose formelle.

1.1.7.1 L'hypnose conversationnelle

L'hypnose conversationnelle est une « technique hypnotique de communication »⁴¹. C'est la base de toute hypnose. Il s'agit de communiquer avec l'inconscient du patient de manière subtile à l'occasion d'une conversation pouvant sembler anodine. Elle permet, par l'utilisation des outils de l'hypnose Ericksonienne (attitude, langage, suggestions...) d'induire un confort, un calme.

Il s'agit d'une forme de **bien-traitance** (verbale, para-verbale et non verbale). Elle s'appuie sur :

- la *reformulation*,
- l'*observation* des signes de transe, observation de la respiration et des gestes, observation des mots et des phrases : la règle des 3 O,

⁴¹ COPIN-ELIAT C., LANGUENAN N., *L'hypnose au bloc opératoire : le point de vue des IADE*, [en ligne], consulté le 20.11.2011 sur le site www.emergence.fr

- des *techniques optimisées de communications* développées précédemment : le langage verbal, para-verbal et non verbal : les 3 V,
- des *structures linguistiques spécifiques* avec notamment l'absence de négation, l'utilisation du littéralisme et du présent. L'emploi de mots comme "sans doute", "peut-être", permet de laisser le choix au patient et de renforcer ainsi, par cette permissivité, la confiance du patient et son adhésion.
- du *saupoudrage* et des *suggestions*.

Ces techniques permettent l'établissement d'un lien empathique grâce aux neurones miroirs qui réagissent aux actions d'autrui. Ces neurones miroirs nous permettraient de comprendre les autres après observation de leur comportement et identification de leur schéma d'activité cérébrale. Cela permettrait de développer notre empathie pour eux⁴². Ils ont été mis en évidence par V. Gallese il y a plus de dix ans.

L'hypnose conversationnelle peut être utilisée tout le temps, de manière informelle, au quotidien et sans bouleverser l'organisation habituelle du bloc opératoire ni le travail des équipes. Elle peut aider le patient dans les différentes étapes de son passage au bloc opératoire (de l'accueil jusqu'à la SSPI) et tout au long de son parcours de soin.

Aucune information préalable du patient n'est nécessaire puisqu'il s'agit d'hypnose non formelle sur le mode conversationnel, c'est à dire simplement l'utilisation d'un outil de communication. Elle s'apparente plus à une prise en charge empathique du patient. Aucun contrat avec le patient n'a besoin d'être établi.

1.1.7.2 L'hypnose formelle

Elle peut se présenter sous plusieurs formes. Il s'agit soit d'un accompagnement du patient afin de lui permettre de se remémorer un souvenir agréable, soit d'une induction de phénomènes idéo-sensitifs ou idéo-moteurs associée à des suggestions de confort ou

⁴² ROSSI E et all, *The Neuroscience of Observing Consciousness & Mirror Neurons in Therapeutic Hypnosis 1*, extrait traduit disponible sur <http://hypnose.33.free.fr/pages/lecturespag.html>

d'analgésie. Certaines techniques permettent de modifier des comportements, d'autres encore de moduler des symptômes douloureux. Le plus souvent, l'hypnose formelle est réalisée dans le cadre d'une hypnosédation⁴³.

Elle est considérée comme une technique anesthésique⁴⁴ et nécessite, à ce titre une information préalable du patient et le recueil de son consentement éclairé. Le patient reste conscient, monitoré et perfusé ; la salle d'intervention prête comme pour toute anesthésie.

1.1.8 Les limites

Les limites sont avant tout celles du soignant et du patient mais sont également d'origine économique.

Concernant le soignant, il peut s'agir d'un thème délicat à aborder, d'une expérience insuffisante, d'un manque de confiance, d'une fatigue passagère. Il est nécessaire de garder à l'esprit que chacun fait ce dont il se sent capable de faire et ce pour quoi il est convaincu

Les limites relatives au patient viendront d'abord d'un manque d'adhésion puis d'un manque de motivation, d'un thème trop flou, trop imprécis dans la mémoire ou encore d'une résonance émotionnelle douloureuse⁴⁵.

Enfin, au niveau économique, les formations tant initiales que continues ont un coût financier qu'il faut prévoir. Celui-ci est lié d'une part au tarif de la formation choisie et est d'autre part fonction du temps d'absence des personnels. Pour celles accessibles aux IADE, les durées d'enseignement s'étendent de 3 à 24 jours (sur une ou trois années) et les tarifs varient entre 590 € et 5825 €.

1.1.9 Les formations

Actuellement, peu de formations sont reconnues mais il existe notamment des DU d'hypnose médicale à l'université de Paris VI (AFEHM) et de Bordeaux, des formations à St Germain, à Paris (l'IFH et Emergence) et à Rennes (Emergence). Elles ne donnent pas un

⁴³ Hypnose et sédation consciente intraveineuse

⁴⁴ *L'utilisation de l'hypnose par les anesthésistes-réanimateurs*, article consultable sur SFAR.org

⁴⁵ *Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie*, op.cit

titre professionnel mais apprennent l'utilisation de ce nouvel outil. Le contenu de ces formations est facilement accessible sur internet.

L'usage de l'hypnose en anesthésie nécessite un apprentissage initial spécifique ainsi qu'une formation continue. De nombreuses structures proposent des enseignements en hypnose, il est donc important d'en choisir une réservée aux professionnels de santé. Afin de nous guider dans le choix de ces établissements, un premier label de formation vient d'être créé par la Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapie brève⁴⁶. Son objectif est de proposer des formations mieux évaluées, plus structurées et performantes.

Enfin, le nouveau référentiel de formation des IADE, créé dans le cadre de la réingénierie du diplôme au grade Master, devrait intégrer l'hypnose dans le programme initial. Le projet est en cours de validation par le ministère. Il est donc très probable que des changements au niveau des centres formateurs apparaissent.

1.2 La pratique de l'hypnose en anesthésie

1.2.1 Les buts de la prise en charge anesthésique

D'après le Pr Marcel Hanquet (1967) : « Placer le patient dans des conditions qui lui permettront de traverser, sans mal, les déséquilibres provoqués par une chirurgie de plus en plus extensive, compenser les perturbations respiratoires, les perturbations circulatoires, les conséquences métaboliques engendrées par le trauma : tel est devenu le but de l'anesthésiologie actuelle ».

On peut aujourd'hui ajouter que la récupération et le confort post opératoire des patients sont aussi devenus des exigences dans leur prise en charge.

D'autre part, des recherches visant à évaluer les risques de l'accumulation des drogues sédatives sur l'organisme et les répercussions à long terme sur la cognition sont en cours. Les démarches actuelles sont en faveur de techniques d'accompagnement non médicamenteuses⁴⁷. L'hypnose peut alors être envisagée comme un atout supplémentaire de l'arsenal thérapeutique.

⁴⁶ Cfhtb.org

⁴⁷ *Hypnose et anesthésie : quelle est la part du rêve ?* op.cit

1.2.2 Le contexte environnemental

1.2.2.1 Le bloc opératoire

Le bloc opératoire est « *une enceinte dédiée à des actes invasifs réalisés quelles qu'en soient la modalité et la finalité, en ayant recours aux équipements adéquats et en regroupant toutes les compétences médicales et paramédicales requises pour assurer la sécurité des patients*⁴⁸ ».

Il représente un secteur majeur d'un établissement hospitalier et est souvent le point central du plateau technique. Des actes de hautes technicité y sont réalisés ce qui implique un coût et des investissements financiers. En découle alors des notions de rentabilité autour de la productivité et de l'optimisation de l'occupation des salles associées à des impératifs de sécurité. Il y existe une dynamique spécifique.

Le bloc opératoire est aussi une unité indépendante dans laquelle il existe une diversité des activités (qu'elles soient réglées ou urgentes) et des équipes pluridisciplinaires. De multiples ressources matérielles et humaines sont engagées dans un souci de qualité permanent.

Chaque bloc s'organise en fonction de la taille et du mode de fonctionnement de l'établissement mais aussi selon des contraintes architecturales (taille et nombre des salles, présence de locaux annexes...). Cette organisation repose également sur la prise en compte des ressources humaines (pénurie de personnels, réduction du temps de travail, formations...), sur la réglementation de plus en plus sévère (prévention des infections nosocomiales...) et sur le programme opératoire (nombre et type d'interventions, techniques anesthésiques et chirurgicales choisies). Elle est alors de plus en plus complexe à mettre en place⁴⁹.

D'autre part, les activités d'un bloc opératoire sont encadrées par des procédures, rien ne doit être improvisé. Ces protocoles sont imposés aux soignants mais également aux patients. Avant de pénétrer dans cette enceinte à l'accès réservé (panneau de sens interdit sur les portes) et aux « us et coutumes » spécifiques, le patient suit un véritable « *parcours*

⁴⁸ I. GANDJBAKHCH, *Bloc opératoire*, Bull. Académie de médecine, 2009, tome 193, avril, n°4, p981-988.

⁴⁹ <http://umvf.univ-nantes.fr/chirurgie-generale/enseignement/bloc/site/html/cours.pdf>

initiatique »⁵⁰. L'entrée au bloc opératoire devient pour le malade l'occasion de vivre un « *rite de passage* »⁵¹.

C'est dans ce contexte que l'hypnose peut-être utilisée. Elle doit s'intégrer dans l'organisation spécifique du bloc opératoire ce qui peut représenter une difficulté⁵² dans sa mise en place.

1.2.2.2 Le vécu du patient

Le passage au bloc opératoire est une épreuve pour la personne soignée, épreuve très souvent imposée (par la maladie, les soins, les explorations). Le patient arrive avec son vécu, ses angoisses, sa propre vision de la maladie et de son confort.

Différents sentiments peuvent se développer :

- **la peur** (de l'inconnu, de la douleur, de la suite de la maladie, de la mort, de la séparation...),
- **un sentiment d'abandon**, de solitude (si le patient doit attendre avant d'entrer en salle, surtout s'il y a un manque de communication),
- **un sentiment d'insécurité**, de dépersonnalisation, de nudité (le patient est souvent en position basse, complètement allongé sur un brancard).

Cette arrivée au bloc opératoire sera donc génératrice de stress dont les conséquences psychosomatiques ne sont pas négligeables. Elles sont liées à des manifestations du système nerveux et du système endocrinien : tachycardie, tachypnée, HTA, sudation, modification du tonus musculaire... Existente également des conséquences sur le rétablissement physique et émotionnel postopératoire.

Il est aussi important de savoir que le patient, à son arrivée au bloc opératoire, est généralement en transe spontanée, souvent négative et à des degrés différents⁵³. Cette transe se manifeste par différents signes (immobilité, indifférence apparente, fixité du

⁵⁰ DAUMAS L., *Le bloc opératoire vu par l'opéré : passage au bloc, procédures ou rites ?*, Inter Bloc Tome XXII, n°2, juin 2003, p106-109

⁵¹ PECHOU G., *Rites de passage et bloc opératoire*, Inter Bloc, n°4/97, Tome XVI, p101-105

⁵² DELAUNAY L, PLANTET F, *Difficultés rencontrées pour la mise en place de l'hypnose au bloc opératoire*, [en ligne], <http://emergences.blogspirit.com/files/delaunay.pdf>

⁵³ *Hypnose quotidienne en urologie*, op.cit

regard....) Cet état est favorisé par le stress de l'hospitalisation, de l'acte chirurgical ou encore de l'anesthésie et parfois des trois en même temps. Toutes les perceptions sensorielles du patient sont soit exacerbées soit inhibées :

- ✓ La vision est fréquemment stimulée par exemple par la lumière particulière ou encore par cet environnement spécifique avec ses appareillages, toutes ces personnes qui circulent...
- ✓ L'audition par le bruit, les sons qui sont perceptibles par tous mais également lors des échanges, par les questions qui sont posées.
- ✓ L'odorat qui paradoxalement peut rassurer (l'odeur des désinfectants) ou angoisser (l'odeur des autres, *du stress*⁵⁴).
- ✓ Le kinesthésique par le contact avec le matériel (la table opératoire est plus dure) ou encore par la température ambiante qui est aux alentours de 20°C mais dont le ressenti peut-être plus frais.

Cet état augmente la suggestibilité du patient. Il facilite les modifications de l'état de conscience. Il est alors possible d'en profiter et de l'utiliser afin d'améliorer le vécu global du patient.

1.2.3 Les intérêts de l'hypnose au bloc opératoire

1.2.3.1 Les bénéfices pour le patient

Les bénéfices de l'hypnose pour le patient sont de différents ordres. Tout d'abord, le patient est opéré dans des conditions confortables. Ensuite, il existe une stabilité hémodynamique plus importante qu'avec les autres techniques anesthésiques. Les conditions opératoires sont excellentes, de faibles doses d'analgésiques et d'anxiolytiques sont consommées. L'hypnose conversationnelle permet la création d'une anxiolyse verbale avec une prise en charge globale. Enfin, les individus accompagnés par l'hypnose se sentent respectés. Ils trouvent en eux les réponses à des difficultés. Ils utilisent des compétences personnelles ce qui peut renforcer leur estime de soi. Ils deviennent acteurs dans la maladie,

⁵⁴ PECHOU G., *Rites de passage et bloc opératoire*, op.cit

dans le soin et peuvent en retirer une certaine fierté⁵⁵. Ils ont davantage confiance dans leurs propres ressources.

Au niveau du postopératoire, il y a une diminution des douleurs, une diminution des nausées et vomissements, une fatigue moindre avec une récupération accélérée, une durée d'hospitalisation réduite avec la reprise des activités socioprofessionnelles plus précoce (donc des implications socioéconomiques évidentes)⁵⁶.

Chez l'enfant, certaines études ont montré que le stress préopératoire majore le temps d'induction, peut être responsable d'épisodes d'hypoxie, de complications respiratoires et digestives et favorise le développement de troubles du comportement postopératoire. Il a été mis en évidence que l'hypnose est plus efficace pour diminuer cette anxiété préopératoire que le midazolam⁵⁷. Aucune étude en ce sens n'a encore été menée chez l'adulte.

1.2.3.2 Les bénéfiques pour le soignant

L'anesthésie fait appel à des capacités d'observation (paramètres vitaux, réactions de l'organisme), l'hypnose en permet le développement. Même si son apprentissage n'est pas indispensable à la pratique de l'anesthésie, il s'avère très utile pour faciliter l'obtention de la confiance et de la coopération du patient.

Certains hypno-anesthésistes⁵⁸ parlent également d'un « *certain bonheur d'être un accompagnant, un guide, pour un moment où l'anesthésie devient un univers confortable et tranquille* ⁵⁹ ». Mieux communiquer amène un épanouissement et une plus grande satisfaction dans le travail. Certains pensent que cela peut protéger les soignants du burn-out (syndrome d'épuisement professionnel).

D'autre part, cette technique permet d'améliorer la relation soignant-soigné et de « combler » ainsi un certain vide relationnel que l'on peut éprouver dans la pratique de

⁵⁵ DEFECHEREUX T. et al, *L'hypnosédation, un nouveau monde d'anesthésie pour la chirurgie endocrinienne cervicale*. Etude prospective randomisée. Annales de Chirurgie 2000,125 :539-546

⁵⁶ FAYMONVILLE ME, Hypnose et anesthésie, op.cit

⁵⁷ CALIPEL S et al, *Premédication in children : hypnosis versus midazolam*, Paediatr. Anaesth. 2005;98-101

⁵⁸ Un hypno-anesthésiste est ici un médecin anesthésiste ou un IADE formé à l'hypnose.

⁵⁹ LUCAS-POLOMENI MM, *Hypnose en pédiatrie*, OxyMag n°103, nov/déc. 2008, p15-19

l'anesthésie, discipline très technique⁶⁰. Un lien fort se crée avec le patient. Un changement des rapports avec celui-ci mais également avec les équipes se produit.

Enfin, les conditions opératoires sont excellentes et au moins aussi bonnes pour le chirurgien que pour l'équipe : moins de bruit, moins de fatigue, plus d'écoute, d'anticipation et de concentration. Cela permet également de renforcer les liens au sein de l'équipe.

Cette modification des pratiques nécessite une remise en question dont l'impact sera souvent favorable pour celui qui le souhaite. Cependant, elle peut être à l'origine de résistances dans l'équipe et l'IADE doit utiliser l'ensemble de ses compétences acquises (savoir être, savoir faire) pour y faire face.

1.2.4 Les inconvénients

Au travers d'ouvrages que j'ai pu lire et d'observations sur le terrain, j'ai constaté que les inconvénients semblent peu nombreux et concernent essentiellement le soignant.

En effet, cette technique n'est pas préjudiciable pour le patient dans la mesure où elle est utilisée par un professionnel formé. En cas d'échec, il s'agit de réaliser une conversion en anesthésie générale (possibilité préalablement évoquée avec le patient en CPA) ce dont le patient aurait bénéficié si l'hypnose n'avait pas été proposée.

Pour le soignant, il n'y a pas d'effets délétères mais cette technique est consommatrice d'énergie par la vigilance qu'elle impose. En effet, elle demande de la part du soignant, organisation, anticipation et disponibilité.

1.2.5 Les conditions de la pratique

Avant de pouvoir évoquer les indications de l'hypnose, il est important de rappeler que l'hypnose est un outil. Cet outil sera plus ou moins facilement utilisable en fonction de sa propre expérience, du contexte dans lequel on souhaite l'utiliser mais également selon la demande du patient. Dans le cadre d'une hypnose formelle, la participation active de celui-ci

⁶⁰ *Hypnose quotidienne en urologie*, op.cit

et donc son accord doivent être recherchés. Aujourd'hui, son utilisation dans le contexte de l'anesthésie est, rappelons-le, validée par la SFAR.

1.2.6 Les indications

1.2.6.1 Pour les actes chirurgicaux

L'hypnose formelle peut s'utiliser pour tout acte chirurgical pouvant se réaliser sous AL et pour lequel le patient souhaite rester conscient. Les interventions éligibles à cette technique sont de type réfection de cicatrices, extraction de dents de sagesse, correction d'oreille décollée, turbinoplastie, septoplastie, réduction de fracture de nez, pansements de patients brûlés, plastie des paupières, lipoaspiration, adénomectomie du sein, curetage utérin, ablation de matériel d'ostéosynthèse, varices des membres inférieurs.

Cette technique peut aussi convenir aux interventions majeures suivantes : lobectomie thyroïdienne, thyroïdectomie totale, para thyroïdectomie, prothèses mammaire, ptose, réduction mammaire, lifting visage-cou-front, résection tumorale (visage et cou) ainsi que la plastie par lambeau, septorhinoplastie, greffe os pariétal, ligature des trompes, résection de polypes utérins, hernie ombilicale ou inguinale par laparotomie.

Enfin, la colonoscopie, la dilatation œsophagienne, l'ablation de naevus, l'ablation de lipome, la mise en place de site implantable, la LEC, la pose de KT de dialyse péritonéale sont aussi réalisables sous hypnose.

1.2.6.2 Pour les soins

L'utilisation de **l'hypnose conversationnelle** est intéressante dans la réalisation de soins tels la mobilisation du patient douloureux, la pose de voie veineuse, l'accueil du patient, la réalisation d'ALR car elle permet d'augmenter le confort (diminution du stress, de l'anxiété et de la douleur). En obstétrique elle peut s'employer pour participer au contrôle des douleurs de l'accouchement.

Son emploi dans les différentes phases du passage du patient au bloc opératoire (préopératoire, accueil et installation du patient, SSPI, postopératoire) peut s'avérer

intéressante dans la mesure où elle peut être une aide supplémentaire dans la gestion de l'anxiété, de la douleur et de l'inconfort.

1.2.7 Les contre-indications

La surdité, les troubles majeurs du comportement, l'atteinte cognitive sévère (de type démence) ou encore les graves problèmes psychiatriques contre-indiquent l'usage de l'hypnose. En effet, l'hypnose requiert une communication verbale avec le patient et celle-ci est difficile lorsqu'il est sourd. Les troubles du comportement, l'atteinte cognitive et les problèmes psychiatriques quant à eux interfèrent avec la compréhension du message envoyé.

La position de référence pour les hypnoses est le décubitus dorsal. Cette position doit être confortable pour le patient pendant toute la durée de l'intervention ce qui entraîne que toute impossibilité d'y rester (que cela soit lié au patient ou à la chirurgie) contre-indique la technique.

Enfin, une allergie aux anesthésiques locaux est également une contre-indication dans la mesure où, comme nous l'avons vu précédemment, ils peuvent être utilisés en peropératoire par le chirurgien afin d'assurer une analgésie du site opératoire optimale.

En pratique ces contre-indications sont rares.

1.2.8 L'organisation

✓ **Avec les personnes impliquées.**

Cette technique anesthésique repose essentiellement sur l'investissement personnel : celui des équipes opératoires qui mettent à profit leurs savoirs (savoir-faire et savoir-être) mais aussi celui des patients qui doivent être motivés (souvent désireux d'avoir un rôle actif dans leurs soins).

La première personne impliquée est donc le patient. Son information a pour but de bien cerner sa demande et redéfinir avec lui l'hypnose thérapeutique. Il doit être motivé, confiant et coopérant avec le soignant.

L'équipe soignante doit adhérer au projet car chaque intervenant est acteur à part entière de l'acte, chacun dans sa propre fonction. La coopération de tous est importante. L'implication de l'équipe et sa compréhension de l'hypnose permet l'émergence d'une transe positive et surtout sa pérennisation.

✓ **Selon les étapes de la prise en charge**

Comme pour toute intervention, le patient a rendez-vous avec le médecin anesthésiste pour la CPA⁶¹. Si la technique d'hypnose formelle est pratiquée dans la structure, cette consultation peut être l'occasion d'en informer le patient et de rechercher sa volonté. Son consentement est nécessaire pour ce type d'hypnose. Elle peut également permettre de préparer l'acte hypnotique formel, soit par l'évocation du choix possible de cette technique, soit par un recueil d'informations plus approfondi. Quoi qu'il en soit, chaque structure s'organise comme elle le souhaite, tout étant possible.

Les techniques de communication tirées de l'hypnose peuvent aussi optimiser cette consultation⁶² en facilitant un échange efficace et adapté puisque le patient arrive souvent angoissé et en transe négative (peur de l'inconnu, du geste opératoire...).

Au cours de la CPA, le médecin, en plus des éléments habituels, peut chercher à déterminer l'orientation sensorielle du patient pour adapter sa communication à ce canal préférentiel. Il peut rechercher également ses centres d'intérêts ainsi que les sujets à ne pas aborder. Cela favorise l'émergence d'une alliance thérapeutique.

Ce rendez-vous est une des opportunités de définir le thème de l'hypnose c'est-à-dire de recueillir toutes les informations possibles concernant le souvenir agréable que le patient souhaite revivre, en commençant par définir ce moment. Il s'agit peut-être d'une promenade en bord de mer et dans ce cas il convient de préciser aussi s'il s'agit d'une plage de sable ou de galet, d'obtenir une description de l'environnement (personnes présentes...), de savoir à quel moment de la journée cette promenade se fait (en pleine journée, au coucher du soleil...). Tous les thèmes sont possibles et ce recueil d'information permettra à l'hypno-anesthésiste, qui n'est pas forcément le médecin qui a effectué la consultation, d'avoir une base pour travailler avec le patient le jour de l'intervention. Ces informations peuvent-être retranscrites sur la feuille d'anesthésie. Enfin, le médecin aborde l'éventualité d'une

⁶¹ Etape réglementaire avant tout acte anesthésique programmé : décret du 5 décembre 1994 relatif à la pratique de l'anesthésie.

⁶² *Hypnose quotidienne en urologie*, op.cit

conversion en anesthésie générale et vérifie la compréhension effective de la technique hypnotique. Dans le cas où le patient reste indécis, ce thème peut-être défini ultérieurement.

Le jour de l'intervention, le patient est généralement admis le matin à jeun (comme pour toute anesthésie). La prémédication n'est pas obligatoire : elle se décide selon le choix du patient et les habitudes du médecin anesthésiste. En effet, elle peut interférer avec l'état de conscience du patient et gêner la réalisation d'une hypnose.

Comme nous l'avons vu précédemment, la CPA peut être réalisée par quelqu'un d'autre. Il faut donc prendre connaissance des éléments concernant le thème de l'hypnose choisi par le patient ou au besoin le définir avec ce dernier. Entre la CPA et le jour de l'intervention un certain temps s'est souvent écoulé ce qui a permis au patient de réfléchir sur le thème qu'il souhaite aborder et ainsi mieux le décrire. Cette évolution doit être évaluée.

Au bloc opératoire est utilisé tout ce qui peut suggérer le calme, la détente et la confiance en soi. Les précautions habituelles sont prises⁶³. La surveillance clinique et paraclinique est classique. L'induction de la transe hypnotique peut alors débiter. Sa réalisation est rapide⁶⁴. Le « réveil » concorde avec la fin de la chirurgie et est immédiat.

En fin d'intervention, le patient est orienté ou non vers la salle de réveil, en fonction de l'acte réalisé et de l'adjonction de produits anesthésiques. Le retour en chambre est généralement très rapide et l'alimentation orale peut être reprise.

✓ **L'organisation matérielle**

La mise en place des hypnoses formelles doit être organisée et anticipée. Tout d'abord, la répartition des professionnels formés à l'hypnose sur ces interventions peut être difficile. En effet, s'ils sont peu nombreux dans une même structure, il est donc certainement préférable que les interventions d'une même spécialité, prévues sous hypnose, soient regroupées dans une même salle : toutes les coloscopies sous hypnose dans une salle réservée par exemple. Ensuite, il doit y avoir une coordination dans la répartition des interventions. En effet, le planning doit être organisé de façon à permettre aux IADE d'être

⁶³ Respect de la réglementation concernant la pratique de l'anesthésie

⁶⁴ *Hypnose et anesthésie : quelle part du rêve ?* op.cit

disponible pour la réalisation d'hypnose si différentes interventions la prévoient. L'organisation et l'enchaînement des interventions doivent donc être très rigoureux.

D'autre part cette technique, par l'observation permanente, la réadaptation aux plus discrètes réactions du patient et la concentration intense qu'elle demande est consommatrice d'énergie. La fatigue en découlant est un élément dont il faut tenir compte dans l'organisation du planning opératoire et de l'offre de soins⁶⁵. L'objectif est de ne pas surcharger un programme « hypnose ».

Ensuite, l'improvisation étant impossible en anesthésie, l'anticipation est primordiale. Tout doit être à portée de main de l'hypno-anesthésiste de manière à réagir le plus rapidement possible (respirateur, drogues d'urgences, plateau d'anesthésie).

Enfin, l'IBODE change également ses pratiques : la table est souvent préparée à l'avance, le champ opératoire est réalisé avec encore plus de douceur. Il doit attendre l'autorisation de l'hypno-anesthésiste et respecter la relation exclusive de l'IADE avec le patient. L'IBODE développe également une communication non-verbale avec l'opérateur. Il anticipe davantage, est plus attentif et cherche à limiter le bruit autant que possible.

1.2.9 Exemple de protocoles d'induction selon le choix de l'outil hypnotique

Ces protocoles ne doivent être considérés que comme des exemples d'utilisation et d'organisation. Il ne s'agit en aucun cas d'un mode d'emploi, chacun devant s'approprier les enseignements reçus lors de sa formation. Il s'agit ici d'une retranscription de ce que j'ai pu observer en stage ou recueillir au travers de témoignages. Le choix de l'outil se fait essentiellement en fonction de la nature de l'acte à réaliser.

1.2.9.1 Pour l'hypnose conversationnelle

A l'accueil, le recueil d'un thème d'accompagnement (sur le métier, la vie quotidienne, les voyages ou encore les loisirs) permet facilement l'utilisation d'une focalisation. Cela induit un ressenti souvent agréable et sécuritaire de l'accompagnement. La

⁶⁵ COPIN-ELIAT C, LANGUENAN N, *Hypnose au bloc opératoire : le point de vue des IADE*, Journée rennaise d'anesthésie réanimation 2010

présentation des lieux peut se faire à l'aide du VAKO (canaux sensoriels) qui constitue alors un guide pour cette phase. Le saupoudrage de mots positifs peut également être utilisé.

Lors de l'installation de la surveillance, une catalepsie peut être mise en place pour la pose du brassard de PNI tout en induisant en même temps une transe positive orientée vers le confort.

Différentes techniques de focalisation ou de confusion, avec un accompagnement verbal adapté, peuvent être utilisées pour la *pose de la VVP*. On pose, par exemple, une perfusion pour hydrater et soulager.

Dans la phase de pré-induction d'une AG, il s'agit de poursuivre l'accompagnement hypnotique avec des focalisations visuelles, respiratoires et glisser quelques suggestions positives pour le futur réveil (réveil confortable, suggestion « anti-NVPO » si besoin...). L'induction et la perte de conscience se font alors en douceur. En phase de réveil, il faut s'assurer de la réassociation complète du patient. Certaines équipes, à cet effet, glissent des « mots de passe », reconnaissables par le patient et utilisables en SSPI par le personnel présent et informé.

Lors de la réalisation d'ALR, il s'agit d'initier l'accompagnement dans les mêmes conditions que précédemment mais celui-ci sera poursuivi après l'installation complète de l'anesthésie. Ici, il est très facile d'utiliser des techniques de dissociation (par exemple en utilisant un contact verbal balançant d'une oreille à l'autre).

Le facteur favorable à la mise en place de cette technique est la consigne donnée à l'équipe de ne *pas interrompre le dialogue patient/hypno-anesthésiste* afin de ne pas rompre le lien qui s'est instauré.

1.2.9.2 Pour l'hypnose formelle

La technique d'hypnose formelle est basée sur la personnalisation et l'intensification de la relation soignant-soigné. Une relation de confiance doit être instaurée et est indispensable.

L'accueil du patient permet **d'établir la relation** (bonjour, présentations...) et de créer **l'alliance thérapeutique** (comment êtes-vous arrivé ? qui vous accompagne ? quels sont vos loisirs ? votre métier ? les lieux de vacances futures ou passées ?).

Le patient est invité à choisir le souvenir agréable qu'il a recherché au préalable (ce qui lui avait été demandé au cours de la CPA). Quelques précisions concernant ce souvenir, ce **thème** permettent au soignant d'adapter l'accompagnement.

Après le monitoring du patient, la mise en place de l'oxygène et la pose de l'abord veineux, l'établissement d'un « **signaling**⁶⁶ » est réalisé.

L'induction peut alors commencer, elle prend entre 5 et 10 minutes. Le patient est invité à s'**installer confortablement** et est orienté dans « **l'ici et maintenant** » (orientation spatio-temporelle : du plus loin au plus proche, VAKOG, date et heure). Il est possible de débiter en même temps du Rémifentanyl à 0,05 gamma/kg/min par exemple (intéressant pour son effet analgésique et sa cinétique d'action rapide : effet ON-OFF qui permet une réversibilité rapide des effets secondaire)

La phase de transition comprend successivement une **fixation de l'attention** sur un élément particulier (visuel par exemple, mais possible aussi sur la respiration) puis, au fur et à mesure le patient se détend, peut **fermer les yeux** et retrouver le souvenir agréable qu'il souhaitait revivre.

L'accompagnement de la transe se fait tout au long de la chirurgie. La voix de l'hypno-anesthésiste **guide** le patient tout au long de l'intervention tout en répétant de nombreuses suggestions de bien-être et de confort. L'observation étroite du patient permet d'adapter l'analgésie. La collaboration avec le chirurgien permet, elle, d'anticiper les gestes les plus douloureux et de réajuster selon les besoins du patient.

La fin de l'hypnoanalgésie⁶⁷ coïncide avec la fin de la chirurgie et est anticipée. Elle se fait au moyen d'une communication adaptée (**timbre** plus fort, respect de **l'ordre des étapes, réorientation** temporo-spatiale) et contient des suggestions post-hypnotiques. Après cette phase de dissociation, l'anesthésiste veille à la **réassociation** complète de son patient, vérifie que tout va bien, **évalue** le confort du patient et peut **fermer la relation** par un « Au revoir et bonne route » par exemple.

⁶⁶ « *Technique de communication non verbale pour faire savoir si tout va bien ou non, c'est une sorte de « code inconfort* »

⁶⁷ Le protocole propose ici l'utilisation de l'hypnose et d'un analgésique. Il est possible de choisir une hypnosédation ou une hypnose pure. C'est trois techniques sont regroupées sous le terme général d'hypnose formelle. Le libre choix est laissé à l'hypno-anesthésiste.

1.2.10 La place de l'IADE dans la pratique de l'hypnose.

De par ses compétences acquises en formation, l'IADE sait « analyser, gérer et évaluer les situations relevant de son domaine de compétence afin de garantir la qualité des soins mais également la sécurité des patients ». Nos domaines d'activité sont variés et transversaux. Nous sommes formés à :

- ✓ La préparation et l'organisation adaptée du site anesthésique.
- ✓ La mise en œuvre et le suivi de l'anesthésie et de l'analgésie adaptée à chaque situation.
- ✓ L'analgésie, l'hyperalgésie et l'impact des morphiniques sur celle-ci.
- ✓ La prévention des risques.
- ✓ L'information, la communication et l'accompagnement du patient tout au long de sa prise en charge.
- ✓ La formation et l'information des personnels.
- ✓ L'activité au bloc opératoire, en SSPI, en centre antidouleur, à l'anesthésie hors bloc.

L'IADE est de ce fait un excellent technicien capable de faire face à toutes situations en collaboration avec le MAR. Cependant la technique n'est pas dissociable du relationnel même lorsque la rentabilité d'un bloc opératoire est impérative. L'hypnose peut alors trouver sa place dans la mesure où elle permet d'améliorer la qualité du contact relationnel.

D'autre part, nous avons une capacité d'intervention exclusive dans le cadre d'une procédure d'anesthésie établie par le MAR. Nous sommes souvent seuls en phase peropératoire et sommes habilités à débiter la réanimation peropératoire. Nous avons un rôle de pivot dans la communication des informations. Il est donc indispensable, dans le cadre d'un projet de service portant sur l'intégration de l'hypnose médicale, de se former.

Concrètement, l'IADE formé à l'hypnose peut devenir un interlocuteur privilégié du patient. Lors des hypnoses formelles, il centralise toutes les informations de l'équipe (pose des champs, AL, pansement...) vers le patient et inversement (confort, bien-être, douleur) de l'accueil jusqu'à la SSPI. La communication alors utilisée avec les équipes est une communication souvent non verbale. Ses compétences d'anticipation sont également mises à profit.

L'IADE assiste généralement le MAR lors de la réalisation d'ALR. Si celui-ci n'est pas formé à l'hypnose, il peut lui proposer sa collaboration afin de faciliter la réalisation du geste. Cela peut également permettre de renforcer la relation de confiance dans ce binôme.

Nos connaissances en analgésie et notre sensibilisation à l'hyperalgésie nous font souvent rechercher différents moyens afin d'effectuer une épargne morphinique peropératoire. Les moyens à notre disposition sont l'utilisation d'un BIS ou encore de l'ANI. La pratique de l'hypnose par l'IADE répond aussi à cette compétence en gestion de la douleur.

Enfin, nos compétences en formation des personnels nous permettent, après s'être formé à l'hypnose, de transmettre notre savoir, d'informer les équipes sur cette technique. L'IADE a des activités transversales. Il peut être amené à intervenir en SSPI pour une aide à la gestion de la douleur ou pour ses compétences spécifiques en réanimation. Il peut intervenir en maternité pour la gestion de l'analgésie de la parturiente... Ses activités hors bloc l'amène aussi souvent à gérer l'anxiété des patients (SMUR, scanner...). L'hypnose est un outil qui peut s'adapter à chacune de ces situations. D'autre part, ces activités satellites font de l'IADE un bon vecteur d'information et de communication pour l'intégration de l'hypnose dans un établissement.

1.2.11 Les responsabilités professionnelles

Les responsabilités professionnelles peuvent se définir comme « *l'obligation morale ou juridique de répondre de ses actes et d'en supporter les conséquences* ⁶⁸ ». Tout IADE peut voir sa responsabilité personnelle engagée.

L'IADE cumule les responsabilités de l'IDE et celles liées aux spécificités et à l'exclusivité de sa fonction :

- ✓ Imputation de faute dans l'exécution des soins et des techniques.
- ✓ Défaut de surveillance d'un patient, défaut de maintenance et de surveillance d'un matériel.
- ✓ Non respect du protocole et des prescriptions médicales.

⁶⁸ <http://www.sofcot.fr/data/FlashConfs/2006/028/index.htm>

- ✓ Faute dans la réalisation d'un soin et des techniques ne relevant pas de sa compétence.

La pratique de « l'hypnose médicale » par les IADE n'est pas encore clairement encadrée. Cette technique n'est pas encore décrite dans les actes professionnels. Cependant, elle est intégrée dans le nouveau référentiel d'activité de l'IADE dans sa quatrième partie pour son versant analgésique :

« 4. *Information, communication et accompagnement du patient tout au long de sa prise en charge :- Mise en œuvre de pratiques de relaxation et de prise en charge de l'anxiété et de la douleur (sophrologie, hypnose...)* ». Elle semble donc entrer dans notre domaine de compétence si elle est pratiquée à visée antalgique.

De nombreux débats existent sur le sujet mais rien n'est encore actuellement clairement défini en ce qui concerne l'hypnose. Il est de ce fait légitime de se poser certaines questions :

1/ Le rôle propre infirmier comprend notamment la communication avec le patient de laquelle relève l'hypnose conversationnelle. Cette dernière peut être utilisée comme outil supplémentaire dans une séquence anesthésique déjà prévue. Dans ce cas est-ce la responsabilité individuelle de l'IADE qui est engagée ?

2/ Pour l'IADE, la responsabilité est partagée mais non transférée. Nous n'avons pas la compétence pour effectuer seul un acte d'anesthésie. Dans ce cas il est possible de se demander si l'hypnose formelle, en tant que technique anesthésique, est praticable par l'IADE ? (l'induction d'une hypnose se faisant par une seule et même personne). Dans un même registre, un certain nombre d'actes nous sont interdits ou du moins une liste des actes autorisés existe. L'hypnose n'y figurant pas, est-elle pour autant interdite ?

3/ Une hypnose formelle présente de nombreuses spécificités. L'IADE agit ici sur prescription en devant se conformer au protocole anesthésique établi par le MAR (par exemple : protocole hypnoanalgésie). Nous savons que notre responsabilité peut être engagée individuellement ou solidairement avec le MAR, la délégation de tâche n'exonérant pas ce dernier. De ce fait, si l'hypnose est déléguée à l'IADE, à quel point le médecin engage-t-il sa responsabilité ?

4/ Ensuite, la pratique de « l'hypnose **médicale** » serait-elle une sorte d'exercice illégal de la médecine ? Mais qu'est ce qui définit l'hypnose médicale ? Est-ce une technique d'hypnose

pratiquée par un médecin ou bien une pratique de l'hypnose dans un cadre médical à des fins thérapeutiques ?

5/ Enfin, la loi HPST dans son article 51 prévoit que « *les professionnels de santé soumettent (...) des protocoles de coopération* ». Une dérogation nous permettrait, selon cette loi, de nous « *engager (...) dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer* » entre nous « *des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser* » notre « *mode d'intervention auprès du patient* »⁶⁹. L'hypnose ne pourrait-elle, dans ce cas, bénéficier d'une telle dérogation ?

Les seules certitudes actuelles sont que l'intérêt et le bien-être du patient sont un objectif prioritaire. Les conditions de sécurité habituelles sont requises, la réglementation concernant la pratique de l'anesthésie doit bien entendu être respectée.

Les compétences de chacun s'inscrivent dans une démarche collective ayant pour but premier la sécurité du patient. La coopération et la relation de confiance établie au sein du binôme MAR/IADE sont la clé de la réussite d'une anesthésie.

Enfin, une information éclairée du médecin sur la technique envisagée et le recueil de son consentement semblent permettre une pratique autonome favorable à l'essor de l'hypnose.

1.3 Cadre législatif dans lequel doit s'insérer l'hypnose

La pratique de l'hypnose ne doit se faire que dans le cadre de la pratique de l'anesthésie. C'est pourquoi je vous propose un rappel succinct du champ réglementaire de notre activité en anesthésie. Les articles mentionnés ci-après sont consultables en annexe1.

L'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste est régi par deux catégories de textes. Il y a, avant tout, les textes régissant la profession d'infirmier et ceux encadrant la pratique anesthésique.

⁶⁹ LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

1.3.1 La pratique de l'anesthésie

1/ Le décret n° 94-1050 du 5/12/94 relatif aux conditions techniques de l'anesthésie.

Et plus spécifiquement les articles D712-40, D712-42, D712-43 et D712-50 relatifs à l'organisation des établissements, la programmation des interventions, aux protocoles d'anesthésie et leurs traçabilités (cf. annexe).

2/ L'arrêté du 3 Octobre 1995 relatif aux modalités d'utilisation des matériels d'anesthésie.

Les articles 1 et 4 concernant les contrôles des matériels et dispositifs médicaux ainsi que l'organisation de ces contrôles sont les plus intéressants ici (cf. annexe).

1.3.2 L'IADE

1/ Le Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux actes de la profession d'infirmier.

Différents articles de ce décret nous intéressent particulièrement :

- ✓ L'article R.4311-1 qui régit l'exercice de la profession d'infirmier
- ✓ L'article R.4311-2 qui définit les soins infirmiers
- ✓ L'article R.4311-5 qui définit quant à lui le rôle propre de l'infirmier et la prise en charge relationnelle du patient
- ✓ L'article R.4311-8 relatif à la prise en charge de la douleur des patients.
- ✓ L'article R. 4311-12 concerne spécifiquement l'IADE et dit que celui-ci « est seul habilité, à condition qu'un MAR puisse intervenir à tout moment, et après qu'un MAR a examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques suivantes : anesthésie générale... », « Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du MAR, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole »
- ✓ L'article R.4311-15 qui décrit les aptitudes de l'infirmier à la formation des personnels

Ce décret édicte également un certain nombre de règles professionnelles que l'on peut citer :

- ✓ Le respect de la vie (article R.4312-2)
- ✓ La réalisation d'acte relevant de notre compétence (article R4312-3)
- ✓ L'engagement de notre responsabilité personnelle dans la réalisation d'actes professionnels que nous sommes habilités à effectuer

Concernant nos devoirs envers le patient, l'article R.4312-26 spécifie bien que nous devons toujours agir dans l'intérêt de celui-ci (cf. annexe).

2/ L'arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'état d'infirmier anesthésiste.

Et plus précisément l'annexe II spécifiant les objectifs de la formation (cf. annexe).

3/ La SFAR a édité des recommandations concernant le rôle de l'IADE en 1995.

Ces recommandations :

- ✓ Précisent que l'IADE est un proche collaborateur du MAR, « l'IADE travaille en équipe avec le MAR ».
- ✓ Signalent que la nature de ce travail consiste en « l'exécution de prescriptions médicales et de la réalisation de tâches clairement précisées, qui lui sont confiées en fonction de sa compétence propre ».
- ✓ Indiquent que la formation continue est nécessaire
- ✓ Définissent le terme de compétence de l'IADE
- ✓ Précisent l'activité des IADE dans les soins
- ✓ Indiquent l'organisation hiérarchique dans cette activité
- ✓ Enoncent les responsabilités juridiques de l'IADE et les différencient selon le secteur de l'activité
- ✓ Abordent la déontologie de l'IADE (cf. annexe)

4/ Le nouveau référentiel de compétence IADE réalisé dans le cadre de la réingénierie du diplôme et de l'universitarisation des études IADE décrit de manière détaillée nos compétences professionnelles (cf. annexe).

1.3.3 La personne soignée

1/ La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Cette loi précise les modalités d'information du patient et rend obligatoire le recueil du consentement libre et éclairé du patient (cf. annexe).

2/ Les plans d'amélioration de la prise en charge de la douleur

- ✓ Circulaire DGS/SQ2/DH/DAS n°99-84 du 11 février 1999⁷⁰ relative à la mise en place de protocole de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et institutions médico-sociales

« Le programme de lutte contre la douleur s'articule autour de quatre axes principaux :

- la prise en compte de la demande de la personne malade ;
- le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et les réseaux de soins ;
- le développement de la formation et de l'information des professionnels de santé sur l'évaluation et le traitement de la douleur ;
- l'information du public »

- ✓ Circulaire DHOS/E2/2002/266 du 30 avril 2002⁷¹ relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002- 2005 dans les établissements de santé

« Ce programme quadriennal (2002-2005) poursuit les axes d'amélioration du plan précédent notamment en ce qui concerne la prise en charge de la douleur chronique rebelle.

Il comporte par ailleurs trois nouvelles priorités :

- La douleur provoquée par les soins et la chirurgie ;
- La douleur de l'enfant ;
- La prise en charge de la migraine.

Ces priorités s'articulent autour de cinq objectifs :

- Associer les usagers par une meilleure information ;
- Améliorer l'accès de la personne souffrant de douleurs chroniques à des structures spécialisées ;
- Améliorer l'information et la formation des personnels de santé ;
- Amener tous les établissements de santé à s'engager dans un programme de prise en charge de la douleur ;
- Renforcer le rôle infirmier notamment dans la prise en charge de la douleur provoquée. »

⁷⁰ <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/1999/99-08/a0080531.htm>

⁷¹ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_266_300402.pdf

✓ Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010⁷²

« Le plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 repose sur quatre axes :

- l'amélioration de la prise en charge des personnes les plus vulnérables (enfants, personnes âgées et en fin de vie) ;
- la formation renforcée des professionnels de santé ;
- une meilleure utilisation des traitements médicamenteux et des méthodes non pharmacologiques ;
- la structuration de la filière de soins »

3/ Charte de la personne hospitalisée.

En particulier les articles 2, 3, 4 et 7 qui développent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins, l'information loyale du patient, le recueil de son consentement, et son traitement avec égard. Le résumé est disponible en annexe.

1.3.4 L'hypnose

Aucune réglementation spécifique et précise n'existe actuellement malgré le développement croissant de cet outil. Les assureurs professionnels ne se prononcent pas encore et aucune jurisprudence en lien avec la pratique de l'hypnose médicale au bloc opératoire n'existe à ce jour.

Cependant, l'hypnose est reconnue par les sociétés savantes d'anesthésie telle la SFAR. On la retrouve dans les congrès nationaux (MAPAR, AGORA...). Elle est reconnue par le conseil de l'ordre des médecins et la sécurité sociale à créé une cotation TAA⁷³.

Enfin, cette technique a été considérée, lors de la certification de certains établissements, comme un point fort de la prise en charge de la douleur par des experts visiteurs⁷⁴.

⁷²http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf

⁷³ Référencée sous ANRP001

⁷⁴ SCHMITT C, op.cit

Pour conclure, l'hypnose est un outil supplémentaire (il s'agit de prendre en charge « avec l'hypnose ») qui ne doit être utilisé que dans son champ de compétence professionnel.

1.4 La mise en place d'un nouveau projet dans une équipe

1.4.1 Le concept d'équipe

Une équipe est, d'après le dictionnaire Larousse, un « *ensemble de personnes travaillant à une même tâche* ». Ces personnes sont des individus qui, dans le cadre de l'équipe soignante, peuvent avoir des qualifications différentes (médecins, infirmiers...) mais qui collaborent pour réaliser un projet de soin commun. Cette équipe est un « *tissu complexe de personnalités et de relations humaines, d'habitudes et de ressenti* », chacun devant trouver sa place en « *exprimant sa personnalité et son tempérament tout en côtoyant ceux des autres, ce n'est pas toujours facile* »⁷⁵.

Au bloc opératoire, une équipe est pluridisciplinaire. Sa composition varie dans les salles d'intervention. Dans une salle opératoire, il est possible de distinguer deux équipes : l'équipe chirurgicale et l'équipe anesthésique. L'équipe anesthésique est en général plus restreinte que l'équipe chirurgicale (un MAR et un IADE). Chacune de ces équipes est présente en fonction de ses compétences et de ses qualifications. Il ne s'agit pas d'une équipe au sens général du terme mais de plusieurs individus formant plusieurs équipes travaillant au sein d'un même espace. D'autre part, en plus des différentes équipes que l'on peut rencontrer dans une salle, il existe aussi différentes catégories de professionnels travaillant dans les locaux afin d'assurer la maintenance, l'entretien, le réapprovisionnement en matériel ou encore la logistique des patients. Enfin, attendant au bloc opératoire se trouvent des SSPI qui regroupent également des équipes spécifiques. Cette inconstance dans la composition de l'équipe du bloc opératoire demande des capacités d'adaptation développées ainsi qu'une information constante des différents protagonistes.

Une équipe peut aussi être considérée comme un système dans la mesure où un système est constitué d'un ensemble ou groupe. La première fonction d'un système étant de se pérenniser, alors tout changement entraînera une résistance afin de maintenir l'équilibre,

⁷⁵ DOUCET C, *Le facteur humain : la résistance au changement*, Management, Qualité références, juillet 2005.

l'homéostasie. Ainsi « *toute force générée sur un système peut générer une force opposée au moins équivalente* »⁷⁶. Cela signifie que si un projet est imposé à l'équipe il est fort probable que celui-ci soit rejeté avec la même force et au contraire si ce projet est proposé en douceur qu'il soit plus facilement accepté.

Mr. Crozier, dans le cadre de la sociologie des organisations, a développé le concept de résistance au changement. Pour lui, un individu (acteur) est soumis en permanence à des tensions (internes et externes). C'est pourquoi il cherche toujours un équilibre de manière à rester en harmonie avec son environnement. Cet équilibre se fait grâce à la mise en place de stratégies. Cela permet de comprendre que le changement doit se faire en douceur afin de ne pas perturber l'équilibre des individus mais surtout que différentes stratégies d'adaptation verront le jour pour pouvoir accepter ce changement. Il y a autant de stratégies que d'équipes et à fortiori que d'individus.

1.4.2 Les pré-requis à la mise en place d'une nouvelle technique telle que l'hypnose.

L'hypnose, en particulier, nécessite :

- une implication personnelle,
- une modification de l'approche relationnelle,
- l'établissement d'une relation de confiance,
- une collaboration étroite avec l'équipe : le chirurgien doit aussi pouvoir proposer cette technique lors de sa consultation
- une remise en question de ses pratiques : la banalisation du coma pharmacologique, sa facilité et sa rapidité d'exécution en fait une technique bien maîtrisée et donc sécurisante.

Il n'est donc pas surprenant de voir apparaître quelques résistances.

⁷⁶ DICQUEMARE D, *La résistance au changement, produit d'un système et d'un individu*, Les cahiers de l'actif n°292/293

1.4.3 Le nouveau projet : source d'inquiétude

Le projet est « un *but que l'on se propose d'atteindre* ⁷⁷ ». Il nécessite de l'inventivité, de la motivation et une capacité à se projeter dans l'avenir. Il est ici la mise en place de l'hypnose au bloc opératoire par les équipes soignantes. C'est une prévision de changement et donc génératrice de forces (constructrices ou destructrices). Des réactions inhérentes à ce changement apparaîtront.

Pour ceux qui le décident et le conçoivent, le projet est une source de plaisir, un ensemble d'initiatives à partager. Au contraire pour ceux qui ne sont pas conviés à son élaboration, qui ne participent pas à la phase initiatrice de changement, il peut être mal vécu, source d'un sentiment d'insécurité et de déséquilibre. Des réactions défensives peuvent apparaître afin de conserver l'état antérieur plus sécurisant.

1.4.4 Les résistances au changement

1.4.4.1 Définition

Le changement est « *l'action de modifier quelque chose* », c'est tout ce qui « *bouleverse l'ordre établi* ». Les résistances sont quant à elles des « *actions de s'opposer à ce que l'on n'approuve pas* »⁷⁸.

1.4.4.2 Le concept de résistance au changement

La résistance au changement est une « *réticence à modifier ses comportements, représentations ou idées, pour des raisons autres que ses valeurs personnelles (morales, religieuses, sociales* »⁷⁹. C'est dans les habitudes de fonctionnement des équipes et des institutions qu'elle apparaît. Elle prend la forme d'un refus des nouveautés, des modifications d'horaires, de mode de travail....

⁷⁷ Dictionnaire Larousse, <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/>

⁷⁸ Dictionnaire Larousse, op.cit

⁷⁹ DICQUEMARE D, *La résistance au changement, produit d'un système et d'un individu*, les cahiers de l'actif n°292/293 p.81-96

« *La résistance au changement est inhérente à la nature humaine*⁸⁰ », c'est un phénomène complexe dans lequel interviennent et s'imbriquent différents paramètres.

1.4.4.3 Les causes de résistance au changement

✓ Exogènes

Le manque de soutien de la part de l'autorité fonctionnelle (chef de structure, cadre de pôle...), empêche d'avoir l'autorité nécessaire pour agir. **Les difficultés économiques** d'une structure empêchent l'investissement financier que peut nécessiter la mise en place de cette nouvelle technique ou encore limiter le renfort en personnel. Ce sont autant de facteurs qui favorisent les résistances.

La taille de la structure, son fonctionnement plus ou moins autarcique, l'existence de valeurs, de normes sociales, de stratégies existantes qui fixent l'organisation sont des facteurs qui contribuent aux **résistances** dites « **institutionnelle** ».

Les conflits, les luttes de pouvoir, le contexte sont aussi générateurs de résistances.

Notre culture, française, est aussi un élément à prendre en compte, le conservatisme en étant une caractéristique⁸¹.

✓ Endogènes

Les habitudes, qui permettent sécurité et efficacité, sont menacées par le changement. En effet, celui-ci représente l'inconnu, la perte des repères et des efforts à fournir. Il est donc générateur d'inquiétudes.

Craindre quelque chose c'est « *tenir pour possible ou probable l'existence ou la venue de quelque chose qui inquiète, qu'on considère comme dangereux, pénible ou regrettable*⁸² ». Ici c'est donc un sentiment qui aura pour origine une projection ou une interprétation (exacte ou non) par l'individu du projet à venir. Différentes craintes peuvent être à l'origine de résistances.

⁸⁰ DICQUEMARE D, op.cit

⁸¹ DICQUEMARE D, op.cit

⁸² Dictionnaire Larousse, op.cit

La crainte des perturbations associées, des changements d'organisation, des nouvelles méthodes ou des nouveaux comportements à adopter sont des craintes légitimes.

D'autres craintes telles que **la crainte de ne pas être à la hauteur**, la crainte de ne pas être capable de développer les compétences et comportements attendus apparaissent également. S. Freud parle de « blessure narcissique » qui peut être générée par le changement⁸³.

Au niveau psychosociologique, la pression de la conformité sociale et l'attachement à la norme du groupe peuvent expliquer certaines résistances. Cela se manifeste par la nécessité de rejoindre l'opinion de la majorité que ce soit par peur du rejet, par besoin d'appartenance ou encore par besoin d'identification.

Nous résistons aussi pour mettre en avant notre liberté de s'opposer et notre refus à la soumission, pour défendre des valeurs, un confort personnel⁸⁴.

La subjectivité du phénomène hypnotique, la personnalité et la nature humaine du soigné et du soignant posent un problème. En effet, chacun donne un sens différent à ce qu'il observe. Il est risqué, aléatoire et difficile d'interpréter un comportement, une attitude. Cette difficulté à avoir des repères favorise le doute⁸⁵.

L'ancienneté professionnelle dans une même structure crée des habitudes. D'après D. Dicquemare, celle-ci crée une perte du sens du travail⁸⁶ favorable à la résistance. D'autre part, un certain nombre de principes et de valeurs seront alors profondément ancrés et leur modification sera difficile, la tendance sera, spontanément, au dénigrement et au rejet des nouvelles méthodes de travail. Enfin, l'usure professionnelle induira un manque de motivation. Il faut savoir que la remise en cause de pratiques soignantes n'est pas chose aisée.

L'insuffisance ou **l'inadaptation des moyens et supports** (qui permettent la compréhension de l'hypnose), le manque de connaissance et d'information suffisent à créer une résistance : « *Nous avons peur de ce que nous ne connaissons pas* ».

Enfin, il faut savoir qu'un principe appliqué de façon systématique et rigide produit l'effet inverse de celui attendu.

⁸³ PELE M, *Résister pour exister*, mars 2009, article disponible sur www.infirmiers.com

⁸⁴ PELE M, op.cit

⁸⁵ DICQUEMARE D, op.cit

⁸⁶ DICQUEMARE D, op.cit

1.4.4.4 Les formes de résistance

Les réactions observées en cas de changement se manifestent par une **résistance passive ou active** aux propositions des autres, une **absence de prise d'initiative** créative, un **refus** de modifier son système de représentation et de pensées, une **inertie** dans les passages à l'acte, de **fausses acceptations**, une argumentation (ou contre-argumentation), des **blocages** et même des **sabotages** plus ou moins conscients.

1.4.4.5 Comment y faire face ?

Afin de faire face aux résistances, il est important de commencer par comprendre les origines des craintes puis d'apporter des solutions concrètes aux problèmes identifiés.

En considérant qu'un manque de communication crée un manque de compréhension (à son tour pouvant créer un manque d'adhésion allant même jusqu'au rejet), il est conseillé de diffuser largement des fiches et documents explicatifs. Cela permet de partir sur des bases claires et de définir un cadre, ce qui est une étape indispensable. Dans un même registre, prévoir des temps de discussion autour de la technique est aussi favorable à l'harmonisation des représentations et des connaissances.

D'autre part, tout changement nécessitant un effort, il peut être utile de montrer que les personnels ont un intérêt à y participer, qu'il y aura des bénéfices (tant professionnels que personnels).

La démarche de projet aide à donner du sens à l'action et à en faire comprendre l'utilité. Elle signe une volonté commune. En rendant le projet sympathique, il est possible de fédérer un plus grand nombre mais un engagement global de l'établissement aura encore plus de répercussions. Pour ce faire, montrer que le projet rendra compétitif l'établissement est efficace.

Afin de préparer le changement dans le détail, il est possible d'utiliser une méthode participative, en concertation avec les intéressés. Recueillir leurs suggestions et prendre en compte leurs réticences est un bon moyen d'y parvenir. Ce travail collectif, qui doit impliquer tout le monde (AS, ASH, Médecin, IDE, IBODE, IADE, Chirurgien...), permet entre autres

l'élaboration de compromis et d'un mode de fonctionnement consensuel ayant donc plus de chances d'être accepté.

En rendant les personnels acteurs du changement il faut les laisser bénéficier d'une certaine autonomie, d'un certain pouvoir et accepter les adaptations possibles. Rester permissif est favorable au projet dans la mesure où, de toutes façons, nous avons besoin d'eux pour mener à bien le projet. D'autre part, cette technique permet, pour certains auteurs de limiter les résistances car celles-ci seraient avant tout un problème de motivation⁸⁷.

Il faut également accompagner et aider jusqu'au bon fonctionnement, être tolérant lorsque des erreurs sont commises et laisser du temps pour qu'un équilibre se recrée.

Enfin, favoriser la formation initiale et surtout continue permet d'assurer une viabilité du projet à long terme.

1.5 Conclusion

Dans un premier temps, la définition de l'hypnose et les techniques hypnotiques pouvant être utilisées au bloc opératoire ont été développées. Ensuite le cadre dans lequel l'IADE peut utiliser l'hypnose a été traité. Enfin, les pré-requis théoriques à l'introduction de cette technique et des résistances auxquelles on peut s'attendre ont été énoncés.

Un certain nombre d'obstacles à la mise en place et à la pratique de l'hypnose au bloc opératoire sont apparus. La vérification de leur réalité sur le terrain a nécessité la réalisation d'une enquête approfondie.

2 Enquête

2.1 Les hypothèses de recherche

L'élaboration du cadre conceptuel a soulevé de nombreuses interrogations :

- ✓ Quelles sont les perceptions actuelles de l'hypnose chez les IADE ?
- ✓ Quelles sont les connaissances des IADE sur l'hypnose ?
- ✓ Quelle est la nature de l'engagement requis pour pratiquer l'hypnose ?

⁸⁷ ACCORDANCE Consulting, *La résistance au changement*, Infoqualité, Lettre d'information du management par la qualité, juin 2007

- ✓ Quelles sont les motivations de chacun amenant à la pratique de l'hypnose ?
- ✓ La pratique de l'hypnose est-elle possible au bloc opératoire ?
- ✓ Quel est le nombre d'IADE formés à l'hypnose ?
- ✓ Quelles sont les actions à mettre en œuvre afin d'en faciliter l'intégration au bloc opératoire ?

Certaines questions peuvent se regrouper dans une même famille et ont permis de réduire les hypothèses au nombre de quatre afin de faire un travail plus synthétique :

- ✓ Hypothèse 1 : L'équipe, avec ses représentations, ses croyances, son expérience, son manque d'information est un frein à l'utilisation de l'hypnose.
- ✓ Hypothèse 2 : L'environnement du bloc opératoire, avec le nombre d'intervenants autour du patient et son organisation particulière est un obstacle à l'utilisation de l'hypnose.
- ✓ Hypothèse 3 : L'hypnose, comme toute nouvelle compétence, nécessite un apprentissage, une implication personnelle et la remise en question des pratiques.
- ✓ Hypothèse 4 : L'absence d'intégration et de priorisation dans un projet de service freine son développement.

2.2 Le choix de l'outil

Afin d'éprouver ces hypothèses de recherche il m'a semblé intéressant d'utiliser le questionnaire. En effet, celui-ci permet tout d'abord l'anonymat dans les réponses ce qui induit que les enquêtés sont généralement sans retenue dans celles-ci. Le thème du sujet, même s'il est de plus en plus répandu reste sensible.

Ensuite, le questionnaire favorise un recueil d'informations exhaustif. Sa diffusion est souvent rapide ce qui permet généralement d'obtenir un échantillon d'enquêtés conséquent.

Les limites de cet outil, quant à elles, résident souvent dans la sur représentativité des contestataires et des personnes à l'aise avec l'écriture.

2.3 L'élaboration du questionnaire

Le questionnaire se compose de neuf questions ouvertes, dix-sept questions fermées (dont trois pour les indications formelles, sept échelles d'Osgood et deux échelles de Likert) et une question semi-ouverte. La grille d'élaboration du questionnaire se trouve en annexe 2.

Les questions fermées permettent au panel de choisir une ou plusieurs réponses entre des réponses formulées à l'avance. Cela permet de faciliter la compréhension de la question, de faciliter l'expression de la réponse, de fixer le sens de celle-ci et d'en favoriser la compilation. Les inconvénients sont la limitation des possibilités d'expression du répondant, la provocation d'effet d'ancrage (« *effet provenant de ce qu'une interprétation ou une réponse est déterminée non pas par les propriétés de l'objet mais par le cadre de références implicite de l'observateur ou du répondant* »⁸⁸) et la provocation d'influence sur ceux-ci. Les questions fermées sont, dans ce questionnaire, de trois types :

- ✓ *Des questions dichotomiques* (deux choix seulement : oui/non). Elles permettent la simplicité du questionnement et du traitement statistique. Elles sont cependant directives et limitent le choix.
- ✓ *Des questions à choix multiple* (multichotomiques). Elles permettent la liberté de choisir plusieurs réponses qui figurent dans une liste préconstituée. Elles ont pour avantage de faciliter la collecte et de la rendre plus riche. Leur inconvénient est de risquer d'induire des réponses inconnues de l'enquêteur.
- ✓ *Des questions à échelle d'attitudes*. Une échelle d'Osgood est une échelle de plusieurs degrés comportant deux qualificatifs à la signification opposée (antonymes) inscrits à chaque extrémité d'un même axe. Entre ces deux termes, l'individu doit positionner son opinion. Afin d'éviter les valeurs refuge, un nombre pair de degrés a systématiquement été proposé. Une échelle de Likert permet quant à elle d'exprimer l'intensité de son approbation.

Les questions ouvertes permettent à l'interviewé de répondre comme il le désire. Ce qu'il dit est en général intégralement enregistré par l'enquêteur mais ce n'est pas une obligation. L'objectif de ce type de questions est de capter le plus d'éléments en laissant la liberté complète de réponse aux personnes interrogées.

⁸⁸ CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES TEXTUELLES ET LEXICALES. *Ancrage* [en ligne] disponible sur <http://www.cnrtl.fr/definition/ancrage> (consulté le 01.02.2012)

D'autre part, ce questionnaire comporte :

- ✓ Une partie présentation et instruction destinées aux enquêtés.
- ✓ Des questions pour l'échantillonnage par quotas et relatives aux caractéristiques individuelles (indications formelles).
- ✓ Des questions de comportement (« *Etes-vous personnellement formés à l'hypnose ?* »...).
- ✓ Des questions d'opinion.
- ✓ Des questions de motif (« *Pour quelles raisons...* », « *Pourquoi ?* »).

Ensuite, plusieurs notions devant être abordées, il a été nécessaire de scinder les questions afin d'avoir une appréciation sur chacun des éléments et d'obtenir des questions simples, concises et claires pour en faciliter la compréhension. Cela explique le nombre conséquents de variables.

Pour les questions à échelle, certaines ont été regroupées en tableau afin de raccourcir le questionnaire mais également de permettre à la personne interrogée de « caler » inconsciemment une échelle qui dès lors a pu être utilisée de la même manière tout au long du questionnaire⁸⁹.

Enfin, la volonté de proposer un questionnaire accessible et agréable tout en assurant la pertinence de l'approche a présidé à l'ordre des questions.

2.4 Pré-test

Avant sa diffusion, le questionnaire a fait l'objet d'un test de pertinence auprès d'élèves IADE et d'IADE. Cela a permis de vérifier la compréhension des questions et de vérifier l'absence de questions à effet de halo. L'effet de halo est un biais cognitif : la façon de formuler certaines questions peut induire les réponses à celle-ci mais également aux suivantes. Il s'agit d'une sorte de contamination par des réponses réflexes.

⁸⁹ LE MAUX B., *La conception d'un questionnaire*, [en ligne] disponible sur <http://perso.univ-rennes1.fr/benoit.le-maux/Questionnaire.pdf>

2.5 Le choix de la population

L'utilisation de l'hypnose au sein du bloc opératoire impacte la pratique de chaque professionnel. Le choix d'interroger exclusivement les IADE s'explique par ma future intégration à ce corps professionnel même s'il aurait été intéressant d'interroger des Cadres de Santé et des IBODE compte tenu de l'hypothèse 2.

2.6 Les sites de diffusion

Ce questionnaire (annexe 3) a été élaboré sous deux formes : une forme papier et une forme numérique. Sous forme papier, le document a fait l'objet d'une diffusion dans des structures de différentes régions (Picardie, Champagne, Bretagne et région Parisienne) et de tailles différentes (CHU, CH) après accord des Directeurs des Soins respectifs. Ces choix ont été guidés par la volonté de recueillir des témoignages variés d'IADE évoluant au sein d'établissements dont les particularités culturelles sont probablement propres à chaque région, chaque structure. Une telle approche a pour objectif de recueillir un panel le plus représentatif possible de la population IADE.

La forme numérique, quant à elle, a été diffusée sur différents canaux. Tout d'abord, et afin d'obtenir des réponses d'IADE travaillant dans des structures privées, j'ai profité de mes contacts évoluant dans ce milieu. Je leur ai demandé de diffuser le questionnaire à leurs connaissances et collègues IADE. Ensuite, pour pouvoir obtenir des réponses d'IADE formées en hypnose, j'ai contacté l'Institut Emergence. Ce dernier a accepté d'une part de communiquer le lien internet vers mon questionnaire aux contacts inscrits dans sa base de données et d'autre part d'afficher le lien sur leur propre site internet. J'ai également profité de mon stage de pédiatrie à Paris, où un certain nombre d'IADE sont formés à l'hypnose, pour élaborer une liste d'adresses internet à laquelle j'ai communiqué le lien internet du questionnaire. Certaines personnes ont transféré mon courriel à leurs connaissances. Enfin, j'ai mis en ligne le questionnaire sur différents sites professionnels spécialisés en anesthésie (« Laryngo.com », « Sofia.medicalistes.org » et « infirmier.com » section IADE). Cette diffusion a été possible grâce à un logiciel qui permet de protéger le document de toute

modification. D'autre part, la probabilité qu'une personne actuellement non IADE réponde au questionnaire est extrêmement faible⁹⁰. Les réponses obtenues ainsi sont donc exploitables.

2.7 Les facteurs limitant et facilitant

Les facteurs limitant l'enquête sont les suivants :

- ✓ L'ensemble des élèves IADE de France diffuse ses questionnaires à la même période, les IADE sont ainsi très sollicités et répondent donc peu.
- ✓ Le temps imparti pour la création du questionnaire le rend perfectible au niveau de la présentation, du choix et de la formulation des questions.
- ✓ Le choix même des hypothèses de travail limite l'exploration complète de la problématique.
- ✓ La spécificité des questions a probablement limité le nombre de répondants, certaines personnes ne se sentant ni concernées ni impliquées par le sujet.
- ✓ Certaines hypothèses auraient pu être exploitées de manière plus approfondie en diffusant l'enquête auprès des Cadres de santé des IBODE ou encore des MAR.

Les facteurs facilitant l'enquête sont quant à eux:

- ✓ La simplicité et les modalités de la voie numérique pour l'obtention de l'accord des différentes Directions des Soins permet une fluidité dans la diffusion. Les accords étaient obtenus dans un délai moyen de 4 jours.
- ✓ Certaines DS ont directement imprimé les questionnaires et les ont diffusés auprès de leurs agents ce qui diminue largement les contraintes de temps liées à la voie postale.
- ✓ La récupération des questionnaires papiers grâce à des enveloppes retour préaffranchie permet de s'assurer de leur renvoi.
- ✓ Le témoignage de mes prédécesseurs quant à leur expérience concernant le taux de retour des questionnaires papiers (environ 20%) m'a incité à créer et diffuser un questionnaire numérique pour recueillir le plus de réponses possibles.

⁹⁰ SAUT-HABCHY I., doctorante en sociologie et auteur de *Comment rédiger une étude de santé*, Ed. BROCHE, explique lors de son cours à l'école d'IADE que cette « cyber délinquance » est extrêmement rare et de ce fait ne met pas en doute les résultats obtenus par internet.

- ✓ La date limite de retour des questionnaires figurant dans le chapô permet de recevoir les réponses dans les temps.
- ✓ La diffusion sur internet permet d'envisager l'obtention d'un échantillon suffisant et donc une analyse riche et représentative.

Consciente de la polémique encadrant le sujet, mes inquiétudes portaient sur le taux de réponses, la diffusion et le parti pris des IADE répondant à l'enquête. L'hypnose est un sujet vaste et présumé méconnu de ma part. Cela explique que le questionnaire comporte de nombreuses questions demandant des réponses précises.

2.8 Résultats et analyse

2.8.1 Exploitation des résultats

L'examen des réponses est effectué grâce au logiciel « Excel » et une programmation informatique spécifique qu'il propose.

Certains questionnaires sont exclus de l'analyse. Les critères d'exclusion choisis sont les suivants :

- L'absence de réponse à la question 2.
- L'absence de réponse à toute autre question hormis les questions 5, 7, 12, 15, 20, 24 et 27 qui sont considérées comme moins prioritaires.

L'analyse porte alors sur 105 questionnaires ce qui rend l'exploitation statistique admissible. Les résultats sont présentés sous forme graphique. Afin d'en faciliter la lecture, seul deux types de graphiques sont présents : des histogrammes et des graphiques en barre.

2.8.2 Résultats de l'enquête

Question 1 : Depuis combien d'années travaillez-vous dans ce bloc opératoire ?

L'objet de cette question est de déterminer l'expérience professionnelle des répondants.

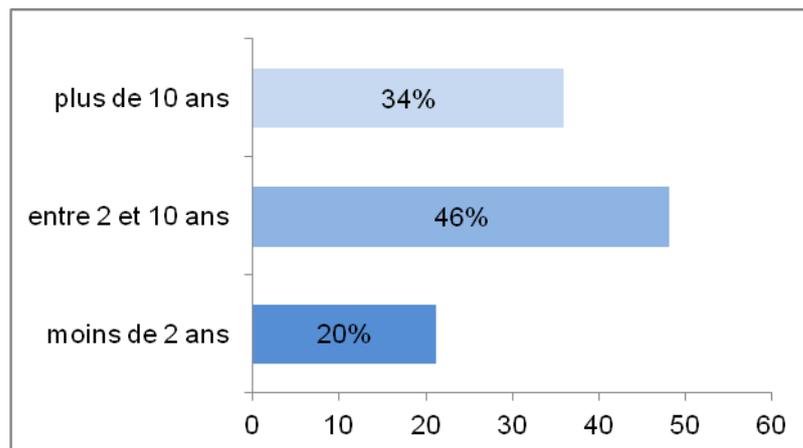


Figure 6 : Expérience professionnelle des IADE interrogés.

On constate ici que la quasi majorité des IADE a entre 2 et 10 ans et que 80% des répondants ont plus de 2 ans d'expérience professionnelle.

Question 2 : Qu'évoque pour vous le mot hypnose ?

Cette question permet d'évaluer les perceptions et les connaissances des IADE sur l'hypnose.

L'analyse de cette question ouverte peut s'effectuer sous deux angles. Tout d'abord, selon la présence ou non de termes définissant habituellement l'hypnose (présentés dans le cadre conceptuel) qui permet d'identifier une réponse comme étant conforme ou non. Enfin, chaque réponse est globalement évaluée comme étant une perception positive ou négative de l'hypnose. Vous trouverez en annexe 4 les modalités ayant permis de déterminer ces catégories.

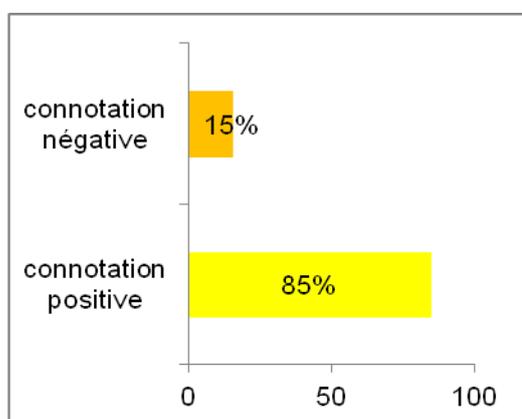


Figure 7 : Perception de l'hypnose.

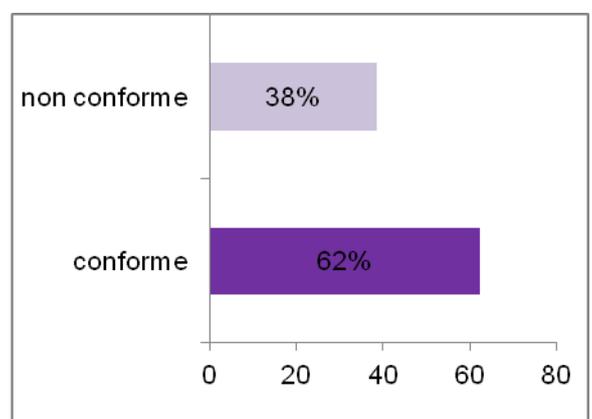


Figure 8 : Définition de l'hypnose.

Les répondants ont donc une perception très positive de l'hypnose et plus de la majorité a une définition de l'hypnose conforme aux définitions usuelles.

Question 3

Cette question permet d'évaluer les connaissances spécifiques des IADE liées à l'hypnose. Afin d'en faciliter l'analyse, elle est scindée en trois sous questions :

Question 3 A : Diriez-vous que l'hypnose permet de diminuer l'anxiété ?

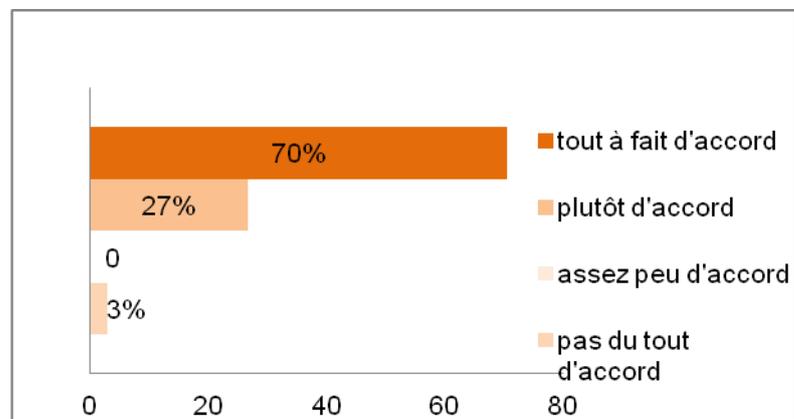


Figure 9 : Diminution de l'anxiété grâce à l'hypnose.

97 % des IADE considèrent que l'hypnose diminue l'anxiété.

Question 3 B : Diriez-vous que l'hypnose permet de diminuer la douleur ?

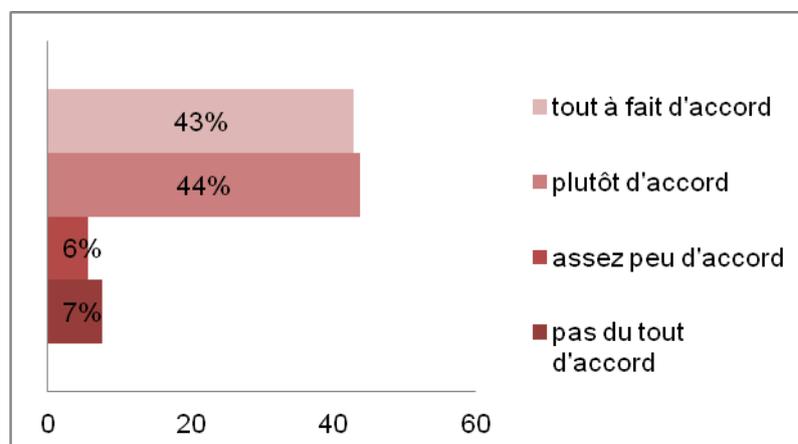


Figure 10 : Diminution de la douleur grâce à l'hypnose.

87 % des IADE estiment que l'hypnose permet de diminuer la douleur.

Question 3 C : Diriez-vous que l'hypnose permet d'améliorer la relation soignant-soigné ?

Cette question permet, quant à elle, d'analyser le ressenti au niveau de la prise en charge relationnelle du patient avec l'utilisation de l'hypnose.

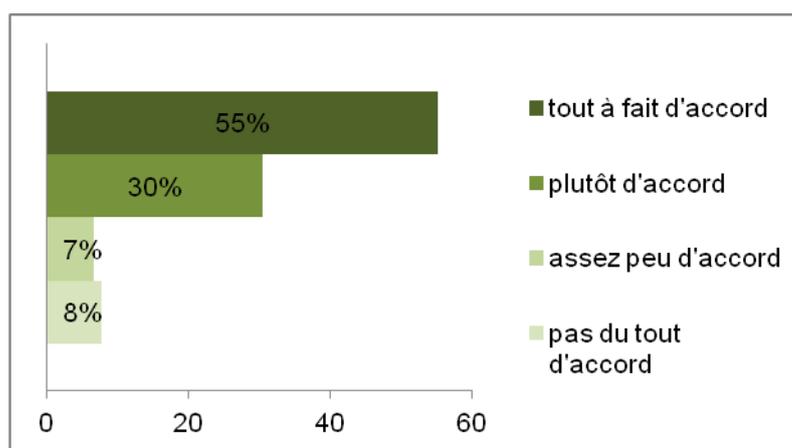


Figure 11 : L'hypnose permet d'améliorer la relation soignant-soigné.

85 % des IADE pensent que l'hypnose permet d'améliorer la relation soignant-soigné.

Question 4 : D'après vous existe-t-il d'autres bénéfices pour le patient ?

L'intérêt de cette question réside dans son couplage avec la question suivante. Elle permet non seulement d'évaluer la présence d'autres bénéfices que ceux habituellement présents mais également de voir si d'autres avantages sont perçus par les IADE.

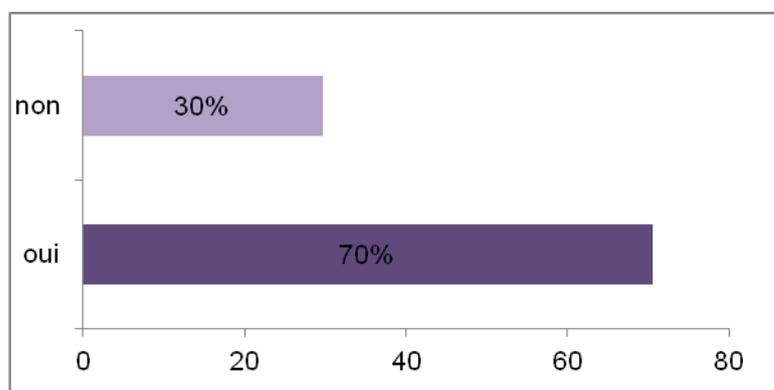


Figure 12 : Existence d'autres bénéfices de l'hypnose.

70 % des IADE considèrent donc qu'il existe d'autres bénéfices à l'hypnose que ceux précédemment cités.

Question 5 : Si oui, lesquels ?

28 bénéfices différents ont été cités dans cette réponse. Sont cités ici ceux n'apparaissant pas dans le cadre conceptuel de ce TIP :

- ✓ Qualité de l'induction anesthésique et du réveil amélioré
- ✓ Amélioration de la cicatrisation
- ✓ Amélioration des résultats opératoires (par exemple dans le cadre de ponctions folliculaires)
- ✓ Diminution des risques et complications anesthésiques (puisque pas d'anesthésie générale)
- ✓ Moins de saignements
- ✓ Diminution des coûts financiers

Question 6 : Pensez-vous que la pratique de l'hypnose soit adaptée au bloc opératoire ?

Cette question a pour but de légitimer ce travail c'est-à-dire de savoir si l'hypnose a, aux yeux des IADE, sa place au bloc opératoire.

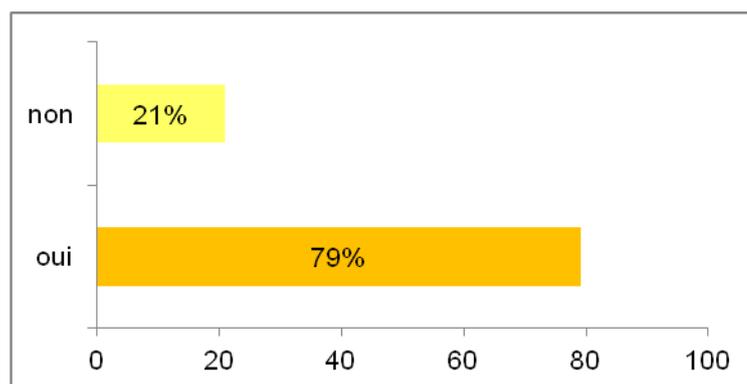


Figure 13 : L'hypnose est adaptée au bloc opératoire.

On constate ici que plus de la majorité des IADE considère que la pratique de l'hypnose est adaptée au bloc opératoire.

Question 7 : Pourquoi ?

Cette question permet de connaître les **arguments avancés par ceux pensant que la pratique de l'hypnose au bloc opératoire n'est pas adaptée**. Cela indique le type de freins qu'il est possible de rencontrer.

Les réponses données pour l'expliquer peuvent être regroupées en quatre catégories que l'on peut mettre en lien avec les hypothèses de travail. Elles sont les suivantes :

En lien avec l'hypothèse 1 :

- ✓ Manque d'ouverture d'esprit des équipes
- ✓ Manque de croyance dans la technique

En lien avec l'hypothèse 2 :

- ✓ Trop de bruit au bloc opératoire
- ✓ Trop de passage, trop de monde
- ✓ Inadapté au rythme et à la charge de travail
- ✓ Demande du temps
- ✓ Structure non adaptée
- ✓ Nécessite une prise en charge, une organisation spécifique

En lien avec l'hypothèse 3 :

- ✓ Manque de recul

En lien avec l'hypothèse 4 :

- ✓ Manque de personnel
- ✓ Manque de rentabilité
- ✓ Manque de concertation des équipes
- ✓ Ne fait pas partie de la volonté politique de l'établissement.

D'autre part, les **arguments avancés par les 79 % d'IADE qui pensent que la technique est adaptée au bloc opératoire** peuvent être regroupés en trois familles :

En lien avec les bénéfices pour le patient :

- ✓ Permet une anxiolyse

- ✓ Permet une analgésie
- ✓ Diminue la consommation des drogues
- ✓ Facilite l'acceptation des soins
- ✓ Permet une individualisation des soins
- ✓ Améliore la qualité du réveil
- ✓ Permet des interventions chez des patients ASA III/IV grâce aux AL
- ✓ Permet d'éviter une AG
- ✓ Diminue les effets secondaires de l'anesthésie
- ✓ Améliore le confort du patient
- ✓ Rend le patient acteur de ses soins et coopérant
- ✓ Facilite la prise en charge en ambulatoire
- ✓ Diminue les temps d'hospitalisation

En lien avec les bénéfices pour le soignant :

- ✓ Améliore les conditions de travail
- ✓ Permet un apaisement des équipes
- ✓ Permet de travailler dans le calme
- ✓ Améliore la qualité des soins

En lien avec la particularité de la technique :

- ✓ Pas de matériel spécifique
- ✓ Ne gêne pas l'activité des autres collègues
- ✓ Mise en place simple et rapide
- ✓ Nécessite peu de moyens financiers
- ✓ Adaptée pour des gestes courts
- ✓ Technique validée scientifiquement
- ✓ Bases de la technique facilement assimilable et reproductibles
- ✓ Peut s'utiliser dans toutes les circonstances
- ✓ Est adaptée à notre pratique professionnelle
- ✓ Permet de diversifier l'offre de soins et d'être concurrentiel
- ✓ Entre dans le cadre d'une démarche de qualité des soins
- ✓ Permet de diminuer les coûts liés à la durée d'hospitalisation
- ✓ Répond à une demande des patients de prise en charge plus « naturelle »

Question 8 : Diriez-vous que le nombre d'intervenants auprès du patient au bloc opératoire peut gêner la réalisation d'une hypnose au bloc opératoire ?

A travers cette question il est possible d'évaluer l'impact du nombre d'intervenants au bloc opératoire sur la réalisation d'une hypnose.

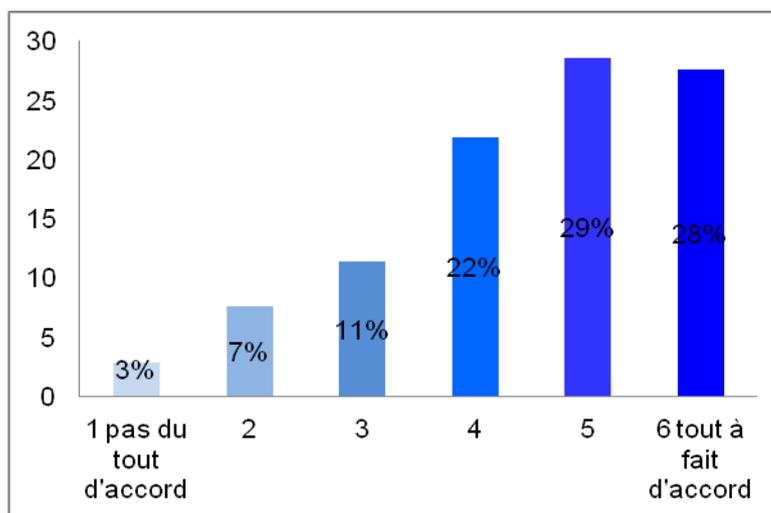


Figure 14 : Le nombre d'intervenants au bloc opératoire gêne la réalisation d'une hypnose.

Il semble que pour 79 % des IADE, le nombre d'intervenants au bloc opératoire soit une gêne à la réalisation d'une hypnose. Seul 3 % des IADE pensent qu'il n'y a pas d'impact du tout et 18 % estiment que la gêne est légère.

Question 9 : L'utilisation de l'hypnose au bloc opératoire vous semble-t-elle être une nouveauté ?

L'objectif ici est d'évaluer la « nouveauté » de la technique hypnotique au bloc opératoire.

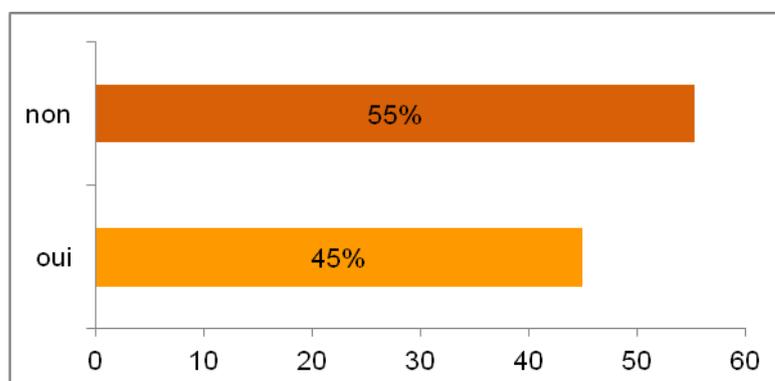


Figure 15 : L'hypnose au bloc opératoire est une nouveauté.

Cette technique est pour plus de la moitié des IADE considérée comme étant nouvelle au bloc opératoire

Question 10 : D'après-vous, pour être pratiquée, l'hypnose nécessite-t-elle une motivation personnelle du soignant ?

Cette question permet d'évaluer l'intensité de la motivation nécessaire pour la pratique de l'hypnose et donc l'implication personnelle requise.

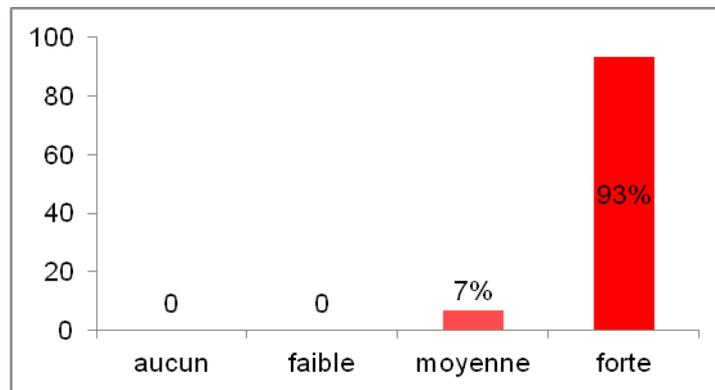


Figure 16 : Degré de motivation pour la pratique de l'hypnose.

Tous les IADE estiment qu'il est nécessaire d'être motivé pour pratiquer une hypnose et cette motivation doit être forte pour 93 % d'entre eux.

Question 11 : Intégrer l'hypnose au bloc opératoire vous semble-t-il envisageable ?

Cette question a pour objet de confirmer la possible intégration de l'hypnose au bloc opératoire. A posteriori, il semble que la similitude de cette question avec la question 6 rende son analyse inutile. Les résultats sont malgré tout communiqués par souci de transparence.

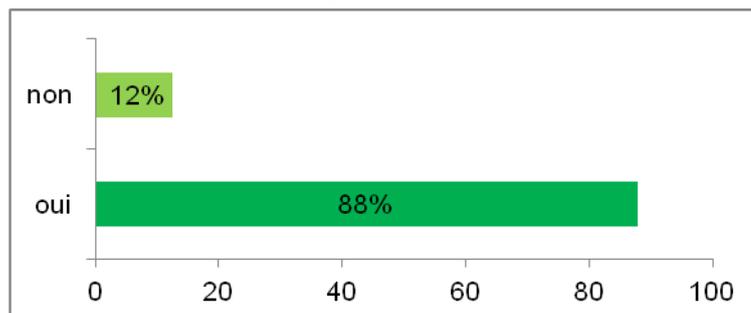


Figure 17 : Intégrer l'hypnose au bloc opératoire est concevable.

On peut noter une similarité dans les résultats de la question 6 et celle-ci.

Question 12 : Pourquoi ?

Les réponses attendues pour l'analyse concernent celles où la réponse « non » est apportée à la question 11. Les réponses à cette question et à la question 7 étant similaires, il est possible que la formulation des questions 6 et 11 ait induit ce résultat. Plusieurs répondants en ont d'ailleurs fait la remarque et ont considéré ces questions comme similaires. Il est donc plausible de les considérer comme étant identiques. Afin d'éviter toute redondance dans l'analyse des réponses, les détails des réponses apportées ici n'est pas exposé. On se référera aux résultats de la question 7.

Question 13 : Pour vous, l'hypnose au bloc opératoire remet-elle en question la pratique professionnelle au niveau de la prise en charge relationnelle ?

L'objectif ici est de vérifier si l'hypnose induit une remise en question des pratiques.

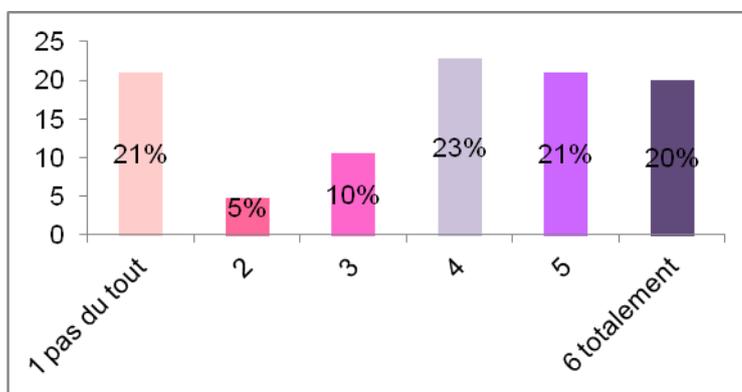


Figure 18 : Intensité de la remise en question des pratiques professionnelles par l'hypnose.

64 % des interrogés pensent que l'hypnose remet en question les pratiques professionnelles au niveau de la prise en charge relationnelle.

Question 14 : L'hypnose est-elle une technique utilisée au sein de votre structure ?

Cette question permet d'évaluer la fréquence d'utilisation de l'hypnose dans les structures des IADE répondant.

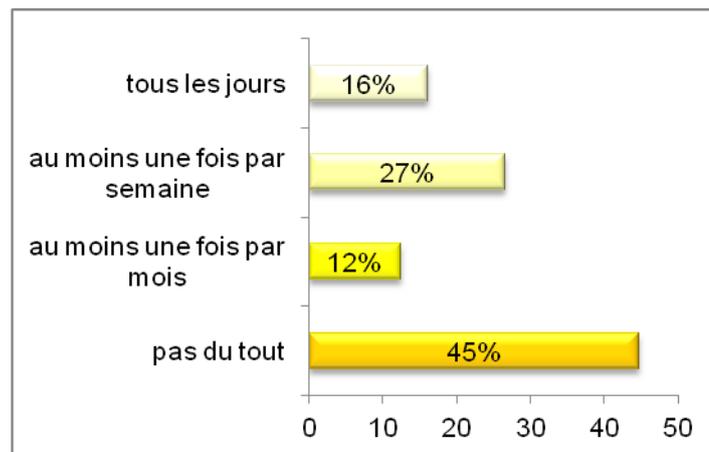


Figure 19 : Fréquence de mise en contact des agents avec l'hypnose.

On constate ici que 45 % des répondants n'ont aucun contact avec l'hypnose dans la structure dans laquelle ils exercent mais aussi que 43 % ont quant à eux un contact très régulier.

Question 15 : Combien de personnes la pratiquent ?

L'intérêt de cette question se trouve dans la comparaison entre le nombre de personnes formées et la fréquence d'utilisation de la technique.

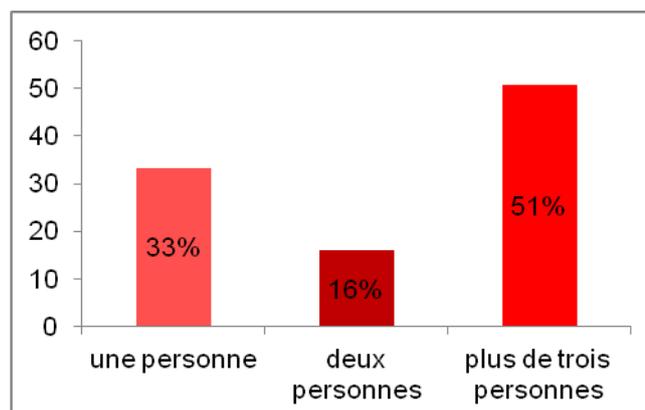


Figure 20 : Nombre de personnes pratiquant l'hypnose dans la structure du répondant.

Dans la structure de l'IADE où l'hypnose est utilisée, on observe que pour 51% des répondants la technique est utilisée par trois personnes ou plus et dans 33% elle n'est utilisée que par une personne.

Il était également demandé, dans cette question, de distinguer les IADE des MAR pratiquant l'hypnose. L'essentiel des réponses étant approximatif, cette distinction n'a pas été analysée.

Question 16 : Etes-vous personnellement formé à l'hypnose ?

Cette question permet d'établir une donnée démographique concernant les IADE et la formation en hypnose. Elle autorise également certaines analyses croisées concernant les connaissances générales en hypnose et sa perception.

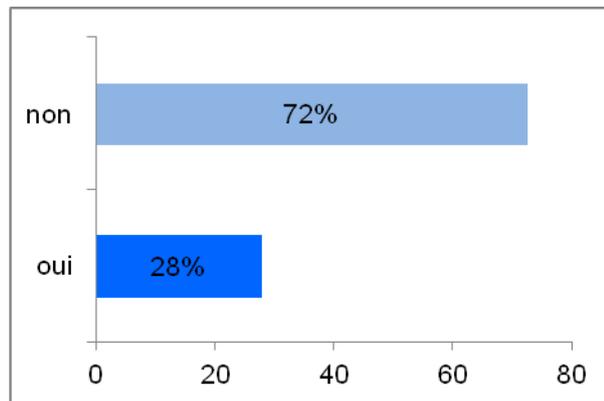


Figure 21 : IADE formés à l'hypnose.

On peut constater que la majorité du panel interrogé n'est pas formé à l'hypnose.

Question 17 : Depuis combien de temps y êtes-vous formés ?

L'objectif ici est de connaître l'expérience dans la pratique de l'hypnose et ainsi d'évaluer le degré de nouveauté de la technique. En effet, plus les formations à une technique sont récentes plus il est possible de considérer celle-ci comme nouvelle.

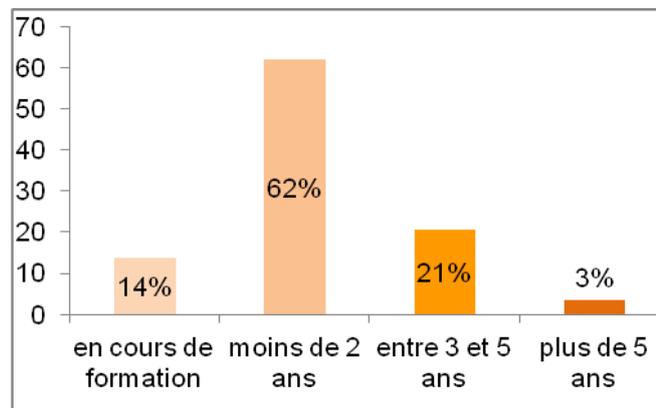


Figure 22 : Expérience dans la pratique de l'hypnose.

On observe ici que la majorité des personnes formées le sont depuis moins de deux ans.

Question 18 : Quels sont les raisons qui vous ont conduit à vous former ?

Cette question permet de connaître les motifs qui ont amené les IADE à se former et donne lieu à une priorisation des motivations.

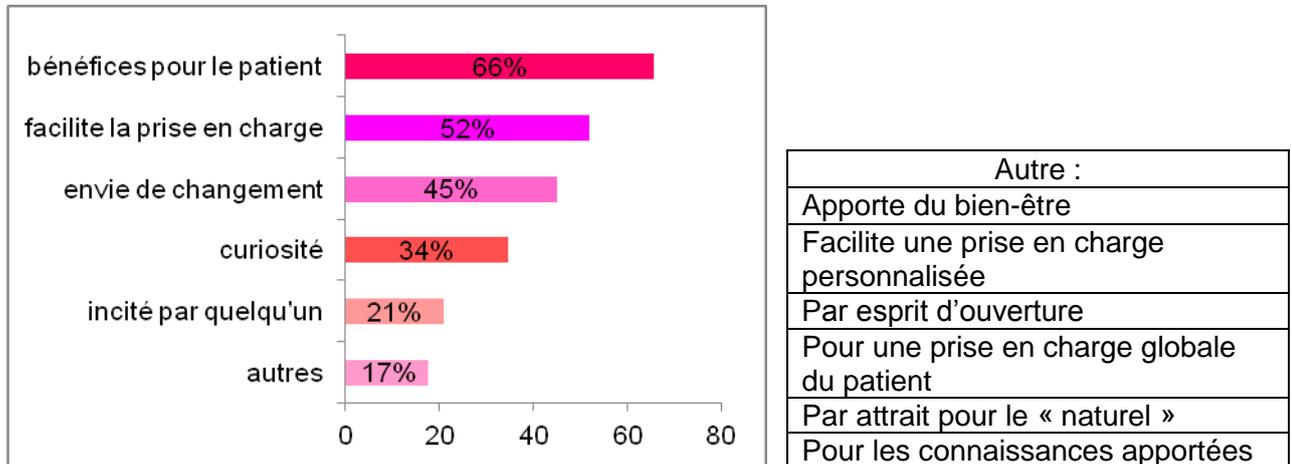


Figure 23 : Motivations amenant à la formation en hypnose.

Il ressort ici que les principales motivations conduisant à une formation sur les techniques hypnotiques sont les bénéfices pour le patient, la facilitation de la prise en charge et l'envie de changement.

Question 19 : Souhaiteriez-vous vous former à l'hypnose ?

Cette question permet d'approfondir l'intérêt porté à l'hypnose par les IADE ayant répondu.

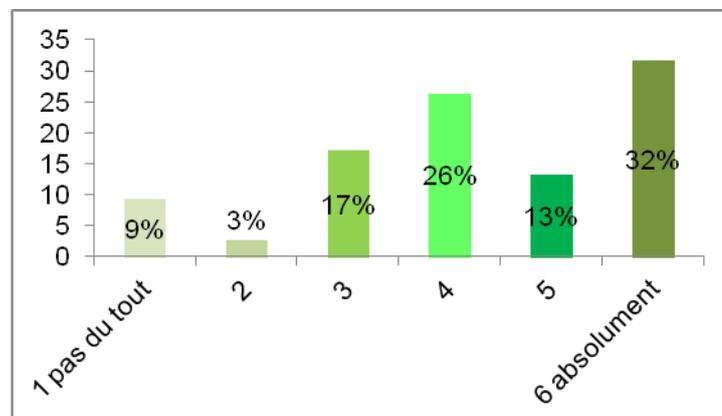


Figure 24 : L'envie de formation à l'hypnose des IADE.

On s'aperçoit ici que 71 % d'entre eux ont envie de se former.

Question 20 : Pourquoi ?

Pour ceux ayant répondu oui précédemment, cette question donne un éclairage sur l'éventail des motivations énoncées. L'exploitation des raisons avancées permet d'étoffer le projet professionnel en quatrième partie. Ces raisons peuvent être regroupées en huit familles :

- ✓ La curiosité : *« l'apprentissage d'une nouvelle technique, l'esprit d'ouverture, la curiosité provoquée par la technique ».*
- ✓ Le développement de compétences : *« apporte un plus à la formation, augmente les compétences professionnelles, permet un enrichissement professionnel ».*
- ✓ L'envie de changement : *« pour envisager l'anesthésie autrement, pour avoir une approche différente du travail, pour avoir une approche différente du patient, à l'occasion d'une remise en question personnelle ».*
- ✓ Les bénéfices pour le patient : *« pour les bénéfices pour le patient, pour une prise en charge personnalisée, plus humaine, pour une meilleure qualité d'anesthésie, pour rassurer le patient, pour améliorer sa prise en charge »*
- ✓ Les bénéfices personnels obtenus ont été avancés.
- ✓ Les bénéfices pour les équipes et les établissements ont été énoncés.
- ✓ L'amélioration de la prise en charge relationnelle : *« développer la relation soignant-soigné, améliorer les capacités relationnelles, améliorer la pratique, faciliter et améliorer la prise en charge, avoir une relation de qualité avec le patient »*
- ✓ « Pour répondre à la demande des patients » est un argument qui a également été avancé.

Les réponses négatives permettent quant à elle de recenser les motifs et d'approfondir la réflexion sur les freins à l'intégration de l'hypnose au bloc opératoire. Ils sont cités ici dans leur totalité et peuvent être classés dans deux catégories :

1/ Les freins déjà évoqués dans le cadre conceptuel :

- ✓ Le manque de croyance en la technique
- ✓ Le manque de temps
- ✓ La subjectivité de l'hypnose
- ✓ La difficile application de la technique au quotidien
- ✓ Le manque d'envie

- ✓ Le manque de disponibilité pour l'apprentissage
- ✓ L'absence des qualités personnelles pensées comme requises pour la pratique
- ✓ L'absence de prise en charge par la structure
- ✓ Le manque d'informations

2/ De nouveaux freins :

- ✓ Le nombre d'outils déjà existant et utilisable par l'IADE

Question 21 : D'une manière générale, diriez-vous que l'hypnose vous intéresse ?

Cette question permet d'évaluer l'attractivité de l'hypnose. L'objectif est d'apprécier l'intérêt porté par les IADE à la pratique de l'hypnose.

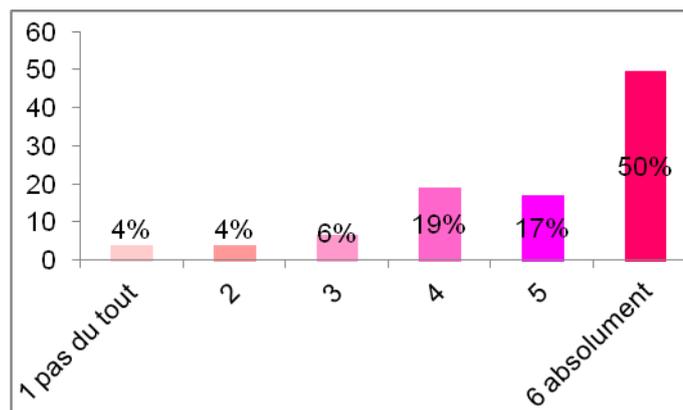


Figure 25 : Intérêt porté à l'hypnose.

On peut relever que 86 % des IADE sont intéressés par l'hypnose.

Question 22

Cette question est scindée en plusieurs sous-questions afin d'en faciliter l'analyse mais également car différents objectifs sont présents. Ils sont développés ci-après.

Question 22 A : Selon vous, une hypnose augmente le temps de présence du patient au bloc opératoire.

L'objectif de cette question, mais également de la question suivante (22B), est d'évaluer l'impact de la pratique de l'hypnose sur l'organisation du bloc opératoire

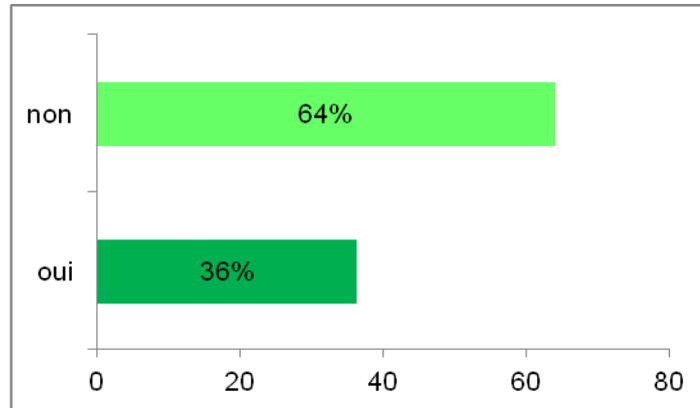


Figure 26 : L'hypnose augmente le temps de présence du patient au bloc opératoire.

Pour 36% des IADE l'hypnose est une technique chronophage et au contraire ne l'est pas pour la majorité d'entre eux.

Question 22 B : Selon vous, une hypnose perturbe l'organisation du bloc opératoire.

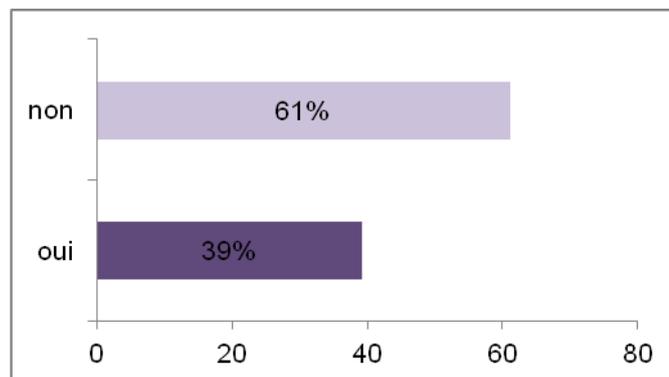


Figure 27 : L'hypnose perturbe l'organisation du bloc opératoire.

Dans 61% des cas, l'organisation des blocs opératoires ne semble pas être perturbée par la pratique d'une hypnose.

Question 22 C : Selon vous, une hypnose gêne la collaboration entre les équipes de bloc opératoire et d'anesthésie.

L'intérêt de cette question porte sur l'évaluation de l'impact de l'hypnose sur la collaboration des professionnels.

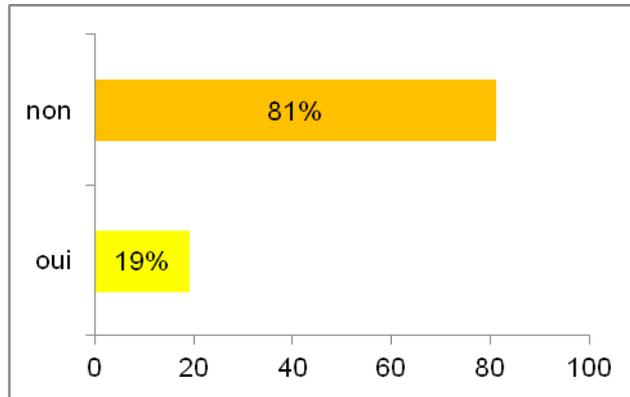


Figure 28 : L'hypnose gêne la collaboration des équipes.

Pour 81 % des IADE, l'hypnose n'est pas une entrave à la collaboration des équipes.

Question 22 D : Selon vous, une hypnose est plus facile à mettre en place s'il y a un consensus des équipes au bloc opératoire lors de sa réalisation.

En posant cette question l'objectif est d'évaluer si l'obtention d'un consensus d'équipe permet une mise en place plus facile de l'hypnose. Indirectement, il s'agit de voir s'il est nécessaire d'établir un projet de service.

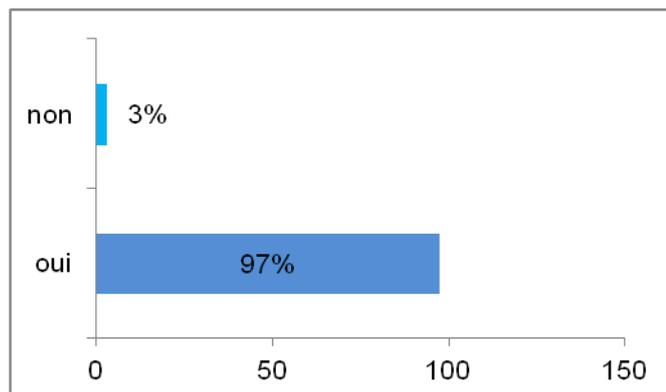


Figure 29 : L'existence d'un consensus d'équipe facilite la mise en place de l'hypnose.

De manière assez flagrante, il semble que ce soit le cas.

Question 22 E : Selon vous, une hypnose est plus difficile à réaliser lors de la non participation de l'équipe de chirurgie.

Il s'agit ici d'évaluer la difficulté ressentie par les IADE pour la réalisation d'une hypnose lorsqu'une équipe ne collabore pas dans son ensemble.

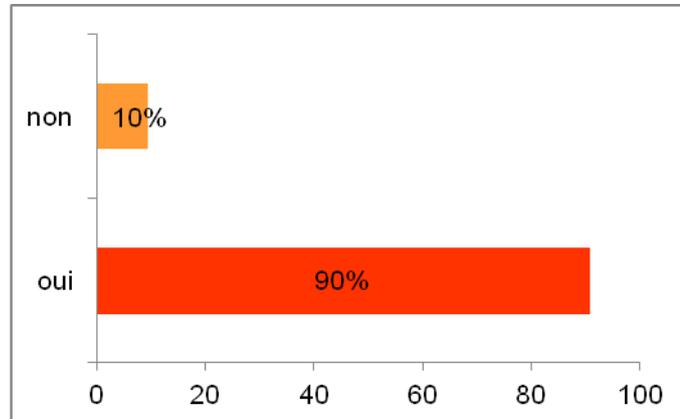


Figure 30 : L'absence de collaboration gêne la réalisation d'une hypnose.

90% des IADE pensent que la non participation de toute l'équipe gêne la réalisation d'une hypnose.

Question 22 F : Selon vous, une hypnose est un atout dans la prise en charge globale du patient.

Cette question permet d'estimer si l'hypnose, hormis ses bénéfices pour le patient, possède des bénéfices perceptibles par les soignants dans le domaine de la qualité des soins.

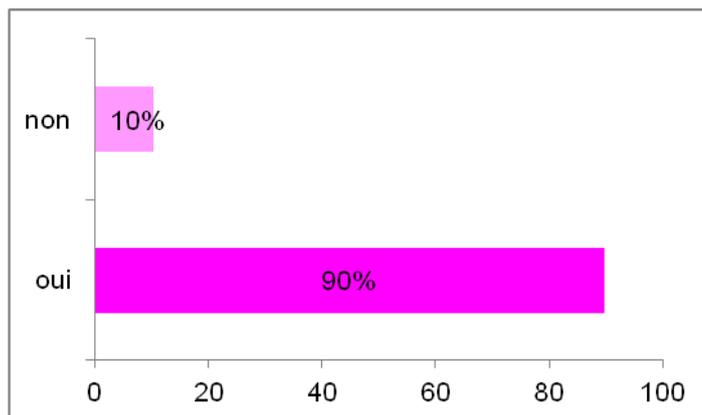


Figure 31 : L'hypnose est un atout à la prise en charge globale du patient.

90% des IADE le pensent.

Question 23 : Etes-vous d'accord avec la phrase suivante : « L'intégration de l'hypnose au sein d'un projet de service est indispensable à sa mise en place au bloc opératoire ».

Concrètement, il est question ici d'évaluer la nécessité de création d'un projet de service pour intégrer l'hypnose au bloc opératoire.

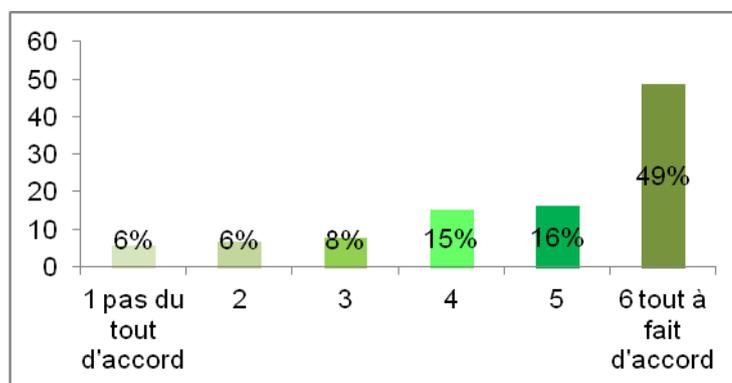


Figure 32 : Nécessité du projet de service pour intégrer l'hypnose.

Pour 65 % des IADE il est essentiel d'intégrer l'hypnose dans un projet de service. Seulement 12 % n'en voient pas l'utilité et 23 % ont un avis plutôt mitigé.

Question 24 : Selon vous, quels sont les facteurs favorables à l'utilisation de l'hypnose au bloc opératoire ?

L'objet de cette question n'est pas d'éprouver les hypothèses mais plutôt d'amener une réflexion. La richesse des informations qu'elle apporte permet d'offrir des axes de progression pour intégrer l'hypnose au bloc opératoire notamment par le recueil d'expériences d'IADE qui ont vécu cette mise en place au sein de leur structure.

Les réponses proposées par le panel sont catégorisées en trois groupes de facteurs facilitant la mise en place de l'hypnose au bloc opératoire :

Les facteurs individuels :

- ✓ Ne pas imposer la technique, la faire découvrir
- ✓ Faire des démonstrations
- ✓ Etre en position basse
- ✓ Pratiquer régulièrement
- ✓ Avoir de l'imagination

Les facteurs organisationnels :

- ✓ Sélection des patients, des chirurgies et des équipes

- ✓ Organisation du programme opératoire
- ✓ Organisation de la logistique des patients
- ✓ Organisation des équipes
- ✓ Faire parvenir un retour sur les résultats de ce qui a été entrepris

Les facteurs institutionnels :

- ✓ Existence d'un consensus d'équipe
- ✓ Existence d'un projet de service
- ✓ Accord des MAR
- ✓ Information des équipes et des patients
- ✓ Coopération des équipes
- ✓ Calme et bonne ambiance générale
- ✓ Effectif suffisant
- ✓ Plusieurs personnes doivent être formées et motivées pour introduire l'hypnose au bloc opératoire
- ✓ Intégration de l'hypnose dans le parcours de soins du patient (CPA, VPA...)

Question 25 : Vous exercez dans quel type d'établissement ?

L'objectif des deux questions suivantes est démographique. Il permet d'évaluer la représentativité de l'échantillon recueilli. Il s'agit d'indications formelles.

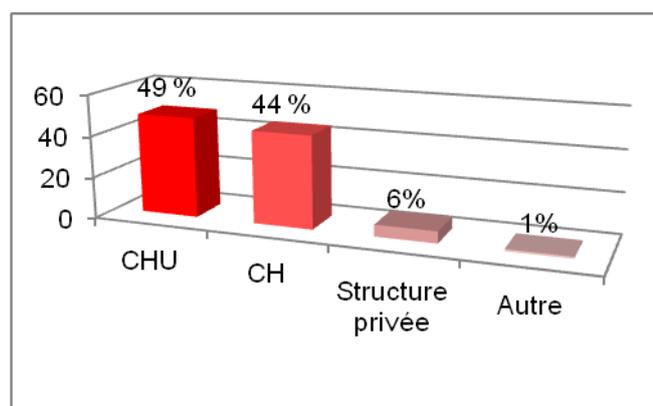


Figure 33 : Lieux de pratique professionnelle

Ici « Autre » est une structure privée à but non lucratif (ESPIC).

Question 26 : Vous êtes :

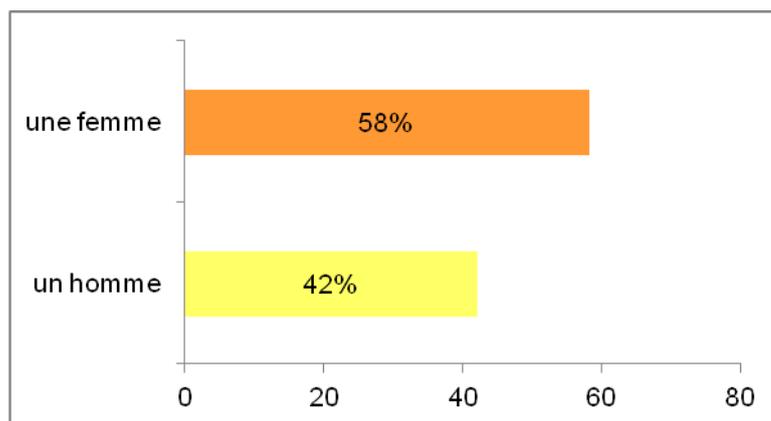


Figure 34 : Ratio Homme/Femme

2.8.3 Analyse des résultats

2.8.3.1 Facteurs limitant l'analyse

Il apparaît, après le recueil des questionnaires et l'évaluation des résultats, certaines limites à cette enquête :

- ✓ Des limites liées au choix même de la population cible du questionnaire puisque l'intégration de l'hypnose au bloc opératoire concerne tous les intervenants.
- ✓ Des limites liées à la représentativité effective de la population interrogée puisque la réponse au questionnaire est basée sur le volontariat mais aussi sur l'attrait des IADE pour le thème. Le taux de réponse aux questionnaires papiers avoisine les 20 % (150 questionnaires papiers diffusés, 30 retours). Une enquête sur le terrain et donc directement auprès des professionnels aurait pu résoudre ce problème. Malheureusement le temps imparti la rendait impossible.
- ✓ Le taux de questionnaires exclus, tous formats confondus, approche les 30 %.
- ✓ Malgré toute l'attention portée à sa conception, le questionnaire montre des limites liées à la subjectivité de certaines questions. Il en est de même concernant leur formulation qui ne permet pas d'évaluer directement certaines hypothèses mais qui, en plus, a pu induire des réponses et ainsi fausser l'analyse. Par exemple la question 10 s'est avérée être directive. D'autres limites liées à l'agencement des questions (par exemple la question 21 peut

sembler tardive) peuvent induire une impression de désorganisation des questions et faire ainsi perdre le fil conducteur.

- ✓ Afin de pouvoir analyser les questions ouvertes il a été nécessaire de rechercher des mots récurrents et de les classer selon certaines thématiques. Cette méthode d'analyse implique une interprétation nécessaire afin de rendre les faits compréhensibles. Cette interprétation est par nature intuitive et donc individuelle.

2.8.3.2 Représentativité de l'échantillon

L'étude de la représentativité de l'échantillon est nécessaire afin d'obtenir une validité de l'analyse. A cette fin, deux questions dans le questionnaire sont à visée démographique. En effet, une étude⁹¹ menée par le SNIA sur la répartition de la population IADE et confirmée par les données DREES⁹² donnait les informations suivantes :

- ✓ En 2002, le ratio homme/femme était de 31%-69%, en 2007 il est de 28%-72% : les chiffres ont peu évolué.
- ✓ 49% des IADE travaillent dans des CHU, 31% dans des CHG et 20% dans le secteur privé ou autre.

Si l'on compare ces statistiques avec l'échantillon recueilli, on observe que :

- ✓ Les chiffres sont proches de l'échantillon de la DRESS.
- ✓ Le ratio homme/femme est respecté.
- ✓ Le ratio établissement est proche.

Il est donc raisonnable de considérer l'échantillon comme valide.

⁹¹ FAUCON T. *Mieux connaître les IADE*, OxyMag n°63, avril 2002 p9-24

⁹² DREES, *Etude prospective de la FPH*, disponible sur http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/fichiers_repertoire/ProspectiveGroupeInfirmier.pdf, consulté le 21/03/2012

2.8.3.3 Vérification des hypothèses de travail

Mon interrogation première était la suivante : « *Au regard de l'intérêt que représente l'hypnose pour le patient (et les équipes), quels sont les obstacles à sa mise en place et à sa pratique par l'IADE au sein d'un bloc opératoire ne l'utilisant pas encore ?* ». Différentes hypothèses ont émergés pour permettre d'identifier précisément certains freins. Elles sont au nombre de quatre autour du problème « *Lever les résistances, après les avoir identifiées, permet de développer la pratique de l'hypnose chez l'adulte au bloc opératoire dans la phase peropératoire par l'IADE formée à celle-ci* ».

Je vous propose, pour procéder à l'analyse du travail, de reprendre séparément chaque hypothèse et les questions s'y rapportant. Vous trouverez en annexe 5 la grille d'analyse du questionnaire.

Hypothèse 1 : L'équipe, avec ses représentations, ses croyances, son expérience, son manque d'information est un frein à l'utilisation de l'hypnose.

Le cadre conceptuel a permis d'établir qu'il existait un certain nombre de représentations, notamment sociales, de l'hypnose. Celles-ci sont plutôt négatives et amènent de la méfiance. D'autre part, mes recherches et mes propres croyances m'ont amené à penser que l'ancienneté professionnelle pouvait être un frein à la mise en place d'une nouvelle technique et a fortiori pour la mise en place de l'hypnose. Enfin, l'expérience que j'avais du terrain m'avait également amené à croire que cette technique était méconnue. Qu'en est-il exactement ?

Question 2 / Question 19/ Question 21/ Question 22F : les IADE ont une **représentation vraie** et des **croyances positives** de l'hypnose. Cela peut s'expliquer par le fait que 70% d'entre eux ont **envie de se former** et 86 % sont **intéressés** par l'hypnose. Le panel recueilli semble être composé de personnes informées sur l'hypnose.

Question 1 / Question 19 : Parmi les 34% d'IADE ayant plus de 10 ans d'expérience professionnelle en anesthésie, 67% ont envie de se former à l'hypnose. Cela semble démontrer qu'avec l'**expérience**, les IADE se rendent compte de l'existence de vecteurs de progression et ont donc **envie de se former**.

Question 2/ Question 14/ Question 16 : 72% des IADE ne sont **pas formés** à l'hypnose cependant, 51 % des personnes ayant une **vision positive** de l'hypnose sont **en contact** au moins une fois par semaine avec cette technique et 39% en ont une **vision conforme**. 62% des personnes ayant une **vision négative** de l'hypnose ne sont **pas en contact** avec cet outil. Ces résultats laissent supposer qu'une sensibilisation des IADE à la technique amène au moins une vision positive de l'hypnose.

Les réponses aux questions 3, 4 et 5 montrent que les IADE ont une **bonne connaissance** de l'hypnose. Ils sont donc bien informés malgré une grande majorité non formée et ayant moins de 10 ans d'expérience.

Question 14/ Question 21: 55% des IADE interrogés sont **en contact** avec la technique car celle-ci est pratiquée au moins une fois par semaine dans leur structure et 86% s'y intéressent. Cela peut expliquer les résultats obtenus à la question 3 où plus de 85% des IADE estiment à chaque fois que l'hypnose permet de diminuer l'anxiété, la douleur et améliore la relation soignant-soigné. En effet, le contact favorise l'information et l'intérêt favorise le renseignement.

En conclusion, l'hypothèse 1 est partiellement validée. En effet, cette étude montre qu'une bonne information en hypnose facilite la mise en place de la technique et motive pour la formation. Il semble que le panel dispose de plus d'informations que la majorité des IADE car plus en contact avec des personnes formées et intéressées par la technique. L'information modifiant les croyances et les représentations, l'équipe ici n'est, de ce fait, pas un frein à l'utilisation de l'hypnose.

Hypothèse 2 : L'environnement du bloc opératoire, avec le nombre d'intervenants autour du patient et son organisation particulière est un obstacle à l'utilisation de l'hypnose.

Le bloc opératoire est une unité dans laquelle des équipes pluridisciplinaires se retrouvent en nombre. Pour le bon fonctionnement de cette structure, une organisation spécifique est nécessaire. Des habitudes existent. L'hypnose, avec ses particularités, doit trouver sa place en intégrant ces deux éléments ce qui représente à priori un frein à son utilisation. Qu'en est-il réellement ?

Question 8 : 79% des IADE estiment que le **nombre d'intervenants** au bloc opératoire **gêne** la réalisation des hypnoses.

Question 22 : L'hypnose **ne semble**, par contre, **pas perturber l'organisation** du bloc opératoire.

Question 6 / Question 14 : Près de 80% des IADE pensent que la pratique de l'hypnose est adaptée au bloc opératoire. Etant donné que dans 55 % des cas l'hypnose est une technique utilisée dans leur structure, il est possible que ce score soit corrélé avec l'observation de l'hypnose sur le terrain, l'expérience de ce qui se fait déjà.

Question 6 et 7 : Les arguments avancés par les personnes estimant que la pratique de l'hypnose n'est pas adaptée au bloc opératoire sont en majorité en faveur de l'hypothèse. Notons que cette catégorie constitue une minorité (soit 21% des interviewés).

L'hypothèse 2 est alors partiellement validée dans la mesure où le nombre d'intervenant reste une gêne identifiée par l'ensemble des répondants. L'hypnose ne semble cependant pas nécessiter une organisation particulière du bloc opératoire. Là encore, le fait que la majorité du panel recueilli ait une vision positive de l'hypnose peut biaiser en partie l'analyse.

Hypothèse 3 : L'hypnose, comme toute nouvelle compétence, nécessite un apprentissage, une implication personnelle et la remise en question des pratiques.

Question 9/ Question 17/ Question 14 : L'utilisation de l'hypnose au bloc opératoire ne semble pas être une nouveauté. C'est en tout cas ce qu'estiment 55% des répondants. Cependant, 76% des personnes formées le sont depuis peu ou sont en cours de formation. Si l'hypnose est une technique ancienne, l'engouement semble récent. L'utilisation de cet outil ne fait pas partie du programme de formation initiale des IADE et sa pratique n'est pas courante (Question 14). Il est donc légitime de considérer l'hypnose comme une **nouvelle compétence**.

Question 14/ Question 16 : il ressort de la question 14 que l'hypnose est actuellement peu utilisée. On apprend dans la question 16 que l'essentiel des IADE n'est pas formé. L'absence de formation peut en expliquer la faible utilisation. Cela met donc en évidence un **besoin de formation**.

La question 10 montre bien que la pratique de l'hypnose nécessite une motivation personnelle forte.

Question 19 / 21 : ces deux questions montrent une envie de formation et un **intérêt forts** pour l'hypnose. En outre, l'intérêt pour l'hypnose est supérieur à l'envie de formation à cette technique. Ceci démontre que la **motivation** pour la formation à cet outil doit être très **importante**.

La question 13 rapporte quant à elle que l'hypnose entraîne une **remise en question** personnelle de la pratique au niveau de la prise en charge relationnelle.

Les réponses au questionnaire ont démontré que l'hypnose apparaissait comme une nouvelle technique, nécessitant un apprentissage, une implication personnelle et la remise en question des pratiques. Cela valide ainsi l'hypothèse.

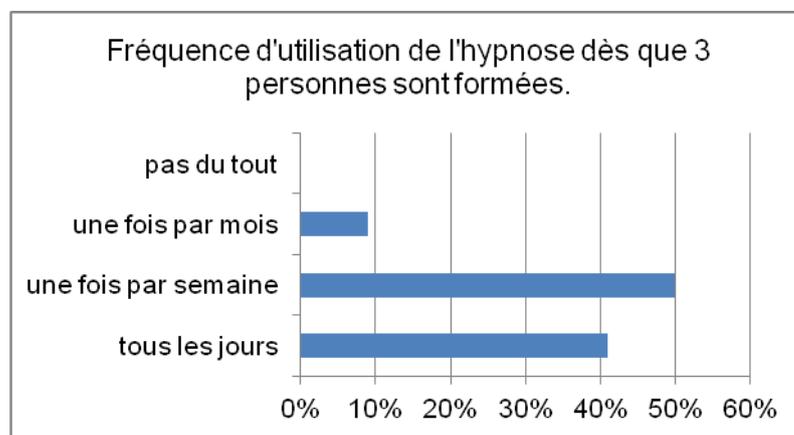
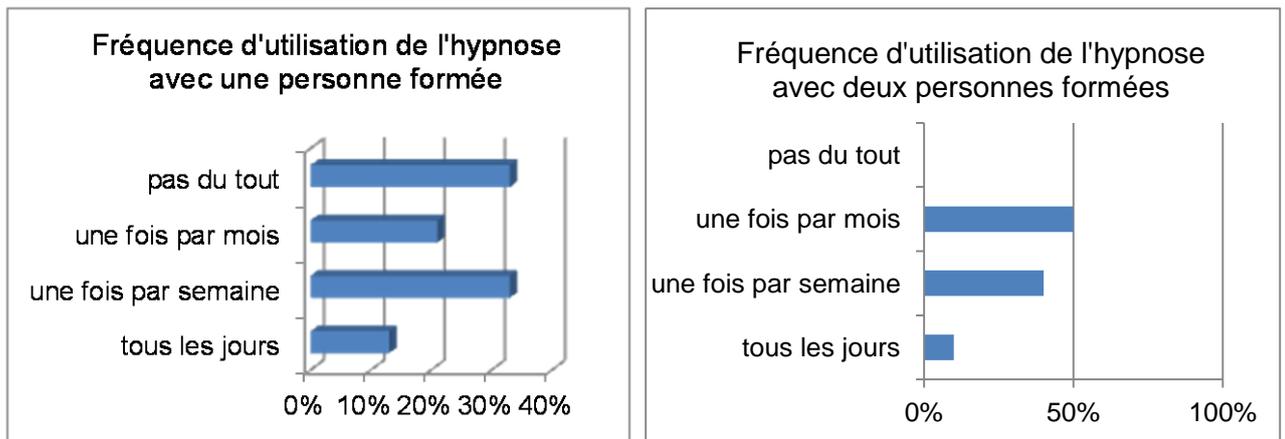
Or nous avons vu dans le cadre conceptuel (paragraphe 2.3.4) que des changements de ce type pouvaient être à l'origine de résistances. Il s'agit plus précisément ici de causes endogènes. Certaines réponses obtenues à la question 24 associées au paragraphe 2.3.4.5 (*Comment y faire face ?*) donnent des pistes de réflexion pour l'élaboration du projet professionnel développé en quatrième partie.

Hypothèse 4 : L'absence d'intégration et de priorisation dans un projet de service freine son développement.

Nous avons vu dans le cadre conceptuel que le manque de soutien de la part de l'autorité fonctionnelle était une cause de résistance au changement. Si l'hypnose, pour sa mise en place au bloc opératoire, n'est pas intégrée dans un projet de service, il est logique de considérer que ce sera un facteur de résistance.

La question 7 permet de voir que des arguments d'origine institutionnelle ont été avancés par ceux pensant que la pratique de l'hypnose n'était pas adaptée au bloc opératoire.

Les questions 22D, 22E et 23 valident à elles seules l'hypothèse. Cependant, une analyse croisée entre les questions 14 et 15 montre un lien entre la fréquence d'utilisation de l'hypnose et le nombre de personnes formées :



On constate ici que, lorsqu'il n'y a qu'une personne formée à l'hypnose dans une structure, dans 50% des cas la technique ne sera pas utilisée. Dès lors qu'il y a deux personnes formées, elle sera utilisée très régulièrement dans 50% des cas et ne sera jamais abandonnée. A partir de trois personnes formées, l'hypnose est quasi systématiquement utilisée (tous les jours dans 40% des cas et une fois par semaine dans 50%). Cette constatation permet d'évaluer les moyens à mettre en œuvre si l'hypnose devient une priorité dans un projet de service : obtenir le financement d'au moins trois personnes.

2.9 Conclusion

Comme pressenti les moyens de diffusion de l'enquête ont permis de réunir dans le temps imparti un nombre conséquent de réponses. En revanche, le nombre de questions et la spécificité du sujet ont surtout motivé les partisans de l'hypnose. Les freins à la mise en

place de la technique au bloc opératoire sont faiblement ressortis devant l'enthousiasme des sondés.

Si ceci est motivant, cela limite l'analyse des deux premières hypothèses. En revanche, il ressort de ce travail un véritable engouement et une curiosité pour l'hypnose. Des clés imprévues pour pérenniser la technique au sein d'une structure sont même ressorties. Cette enquête a modifié ma perception et donné des éléments tangibles pour élaborer un projet de service sérieux à proposer aux établissements souhaitant innover et intégrer l'hypnose au bloc opératoire. Elle a également permis de démontrer que toutes les résistances identifiées peuvent être levées.

3 Projet professionnel

Un certain nombre d'éléments constituant cette partie sont basés sur ma propre réflexion, sur des conversations avec des IADE ayant eux-mêmes introduit l'hypnose dans leurs structures et sur des observations que j'ai pu faire à l'occasion de mes stages. La richesse des propos recueillis à l'occasion de la réalisation de l'enquête et les différentes lectures ont également accompagné l'élaboration de ce projet qui est formalisé par des étapes.

3.1 Etape de préparation et de communication

L'étape de préparation permet d'établir les bases du changement en le légitimant, en sensibilisant les principaux intervenants par la communication, en établissant le dialogue et en évaluant les sources et causes de résistances.

✓ Initier la démarche

Afin de préparer la mise en place et la pratique de l'hypnose au bloc opératoire par l'IADE, un pré-requis est indispensable : celui-ci doit être formé ou en formation. Il peut, de ce fait, devenir l'IADE référent puisque formé à l'hypnose. Dès lors, il peut commencer en utilisant l'hypnose conversationnelle qui est la technique la plus facile à mettre en place et

pour laquelle les opportunités sont nombreuses (réalisation d'ALR, pose de VVP, gestion de l'anxiété...). L'entourage professionnel de l'IADE se rend souvent compte des modifications comportementales provoquées chez celui-ci par cette technique. En effet, la communication avec le patient, le vocabulaire utilisé ou encore le comportement auprès de ce dernier se trouvent modifiés ce qui ne passe pas inaperçu. Dès lors, certaines personnes s'intéressent à ce changement. Fort de ces remarques et de ces questionnements, il devient possible pour l'IADE de créer une dynamique autour de l'hypnose en anesthésie. Une première **étape de sensibilisation et d'information** peut être proposée. L'ouverture d'un dialogue autour de la thématique de l'hypnose peut ainsi être instaurée. Une précaution est à prendre : rester en position basse (qui consiste à demander de l'aide aux autres, à accepter que nous ne sachions pas tout, à ne pas adopter une attitude professorale...).

✓ *Le partage progressif des connaissances*

Le partage des connaissances par un **affichage progressif du contenu** de ce qui est appris en formation par exemple permet d'entretenir cette dynamique. Il est notamment possible d'expliquer quels sont **les mots qui aident le patient**, de donner des **clés de communication** ou encore de faire connaître les **bases neurophysiologiques du phénomène hypnotique**. Informer sur les **bénéfices** que le patient peut en retirer et sur les bénéfices personnels qui sont constatés participe également à cette démarche. Cela permet de définir le cadre et de partir sur des bases claires. Cela favorise également l'**auto-expérimentation** qui permet une auto-observation bénéfique des effets de l'hypnose. La pratique initiale par l'IADE référent peut ensuite s'étendre en « tâche d'huile ». Le cadre du service aura ici un rôle facilitateur pour la diffusion des informations mais également pour la programmation et la réalisation d'une **réunion d'information** ultérieure.

Cette étape indispensable permet dès lors **d'identifier les résistances** de l'équipe. L'évaluation des formes et des types de résistances est nécessaire. Il faut chercher à comprendre les origines de ces craintes et y apporter des solutions concrètes. S'agit-il d'un problème de motivation, de compréhension, de confiance (en soi ou dans la technique par exemple) ou encore de coopération ? La bonne connaissance de l'entourage nous permet de recruter des alliés et de convaincre sans induire de nouvelles résistances.

✓ Exemple

Dans un bloc pluridisciplinaire, les enfants bénéficient d'un « capital sympathie » élevé. La **population pédiatrique** peut, pour cette raison, être **choisie** dans un premier temps pour la mise en place de l'hypnose **avant extension à la population adulte**. D'autre part, l'utilisation de l'hypnose dans cette spécialité est facile. En effet, chez l'enfant, un certain nombre d'informations passe par les sens. Ils ont un imaginaire encore très développé et une grande aptitude au jeu. La mise en place d'une « **malette pédiatrique** » accessible à tous permet, de manière ludique, d'introduire ces techniques de distraction qui sont d'une grande aide pour la prise en charge des enfants. L'observation de l'efficacité de l'hypnose est ici rapide. Cela facilite l'adhésion à l'usage des techniques hypnotiques au bloc opératoire puisque chacun peut utiliser la malette. Une simple information préalable concernant les spécificités du développement psychoaffectif de l'enfant et donc des objets adaptés à chaque âge permet l'utilisation de cette malette par tous (IADE, MAR, IDE de SSPI, AS...). Afin d'optimiser l'usage de l'hypnose en pédiatrie, un questionnaire peut être proposé aux parents. Il nous permet de mieux connaître leur enfant.

L'identification de personnes « ressource » est également d'une grande aide. En effet, la pédiatrie est une spécialité à part. Qui n'a pas éprouvé de difficultés de communication lors de l'accueil et du réveil des enfants au bloc opératoire ? En règle générale, certaines personnes font preuve de plus de dispositions à la prise en charge pédiatrique. Ces personnes peuvent être sollicitées pour favoriser l'emploi de cette malette.

3.2 Etape d'acceptation

L'objectif de l'étape d'acceptation est d'obtenir l'adhésion des partenaires, en mettant à disposition toutes les ressources nécessaires, en évaluant les besoins et objectifs particuliers et enfin en élaborant les lignes directrices du projet.

La dynamique précédemment créée doit ainsi être entretenue et accompagnée. Pour ce faire, il s'agit ici de débiter l'introduction de l'hypnose formelle.

✓ L'encadrement

L'équipe d'encadrement doit accompagner le projet. Cela permet d'organiser des réunions d'équipe afin d'étendre la transmission des informations en faveur de l'intégration

de l'hypnose au bloc opératoire. Cela permet également de préparer le changement qui va s'opérer tout en recueillant leurs suggestions et leur participation. La collaboration des différentes équipes permet de formaliser un projet de structure. L'IADE a besoin de l'aide de chacun pour le mettre en place. En y fédérant un plus grand nombre, cela permet d'envisager une pérennisation du projet.

Une **réunion** de service peut donc être proposée. Celle-ci pourra être centrée sur la diffusion d'un **film** montrant le déroulement d'une hypnose formelle et répondre aux questions en découlant. Un **rappel** préalable des **bases** de l'hypnose peut être envisagé. En aucun cas le but de cette réunion est de former l'équipe à la pratique de l'hypnose. Elle a un objectif initiatique et informatif. C'est un espace de parole offert à tous qui permet de comprendre l'hypnose.

✓ Sélection des équipes

On débute cette étape en demandant aux médecins anesthésistes ce qu'il est possible de faire : comment souhaitent-ils utiliser l'hypnose dans leur pratique professionnelle ? En effet, on leur propose une compétence à mettre au service du patient. La recherche de leur consentement est indispensable. Cette amorce peut se faire avec un seul médecin puis s'étendre à plusieurs. Ensuite, il faut sélectionner les interventions sur lesquelles on souhaite utiliser cette technique et choisir l'équipe chirurgicale avec laquelle ce projet se réalisera. Il est possible de commencer par des interventions pour lesquelles rien, en dehors d'une anesthésie locale n'était proposé au patient : cystoscopie, coloscopie courte, ablation de naevus... Les temps opératoires de ces interventions doivent être bien connus de l'IADE. Ce choix présente un certain nombre d'intérêts. Tout d'abord il permet à l'IADE de parfaire sa technique hypnotique sans la pression de l'obligation de résultat et limite ainsi le risque d'échec. Cela permet également d'obtenir le ressenti des patients que l'on partagera avec l'équipe présente. Enfin cela permet à l'équipe chirurgicale de constater les effets obtenus pour la réalisation de l'acte chirurgical et d'obtenir sa confiance envers la technique hypnotique.

L'équipe chirurgicale opérant dans la salle est quant à elle sélectionnée en fonction de sa motivation et de sa coopération. Il faut l'informer du déroulement d'une séance d'hypnose formelle pour faciliter sa coopération. Les différents temps de l'induction hypnotique doivent être connus de tous, sa réalisation dans un minimum de calme étant nécessaire. Cette information a lieu au cours de la réunion de service à laquelle ils ont été

conviés. Les codes établis avec le patient sont expliqués à l'équipe de la salle afin de faciliter la communication et d'améliorer la prise en charge.

Il est possible, en parallèle, de poursuivre l'information auprès des collègues IADE. L'adhésion du plus grand nombre permet de faciliter l'intégration de l'hypnose en anesthésie. Ce projet doit devenir un travail collectif, où tout le monde trouve sa place.

✓ Sélection des patients

Après la sélection de l'équipe interventionnelle (anesthésique et chirurgicale), il faut sélectionner les patients. Il s'agit d'identifier les résistances, d'évaluer la motivation, la confiance et la coopération de ceux-ci. Les informations données au patient doivent lui permettre de faire un choix, le recueil de son consentement étant, pour cette technique, indispensable. Un livret d'information peut lui être remis.

3.3 Etape de mise en œuvre

L'objectif de cette étape est de permettre la réalisation concrète du projet et d'observer les changements attendus.

✓ Constitution d'une équipe formée à l'hypnose

Les étapes précédentes permettent l'introduction de l'hypnose au bloc opératoire. Un IADE seul éprouve un certain nombre de difficultés pour maintenir à long terme la pratique de l'hypnose au bloc opératoire. L'enquête réalisée à l'occasion de ce travail a permis l'émergence d'une donnée, certes logique, mais en tout cas maintenant normalisée : il faut au minimum trois personnes formées à l'hypnose pour s'assurer d'une pratique hebdomadaire de celle-ci. Il s'agit donc maintenant d'obtenir les budgets de formation favorisant l'élan de formation du service.

✓ Négociations avec le Chef d'Etablissement

Concrètement, la pratique de l'hypnose médicale peut répondre à la demande des patients qui est de « *pouvoir établir une relation personnalisée lors de l'accueil et d'être respecté en tant qu'être humain*⁹³ ». Ils attendent beaucoup de la relation humaine, de la communication que l'on peut établir avec eux. Cela valide donc un besoin et peut être présenté comme tel à la Direction.

D'autre part, une étude et une analyse des possibilités et des ressources en formation ou en moyens en personnel s'avère nécessaire. Ensuite, une autre étude concernant les économies engagées liées à l'utilisation de l'hypnose peut également être présentée. Ces économies sont essentiellement liées à la diminution des durées d'hospitalisation, à une diminution des temps de passage en SSPI et au développement de l'activité ambulatoire. Enfin, une enquête de satisfaction auprès des patients en postopératoire peut être menée. L'ensemble de ces facteurs permet d'avoir des arguments de négociation avec la direction pour défendre le projet. Ce travail de recherche s'effectue avec l'aide du Cadre et du Chef de structure.

✓ Traçabilité sur la feuille d'anesthésie

En collaboration avec les MAR, l'encadrement et les IADE, il peut être proposé d'intégrer un item « hypnose » sur la feuille d'anesthésie pour attester de la proposition au patient mais également assurer une traçabilité si la technique utilisée.

3.4 Etape d'évaluation et de retour d'expérience

L'objectif ici est de maintenir le changement amorcé, de l'accompagner sur le long terme en réajustant si besoin. Cette étape permet le maintien de la dynamique de progression, qu'il soit individuel ou collectif. Concrètement cela peut passer par :

- ✓ Etoffer le contenu de la **malette pédiatrique** et développer son usage, permettant les « premiers pas » en hypnose

⁹³ PECHOU G. op.cit

- ✓ Encourager la progression dans la pratique et l'apprentissage de l'hypnose des collègues en cours de formation.
- ✓ Réaliser un état des lieux concernant la pratique actuelle de l'hypnose dans le service et ainsi se distribuer les secteurs (pédiatrie, chirurgie digestive, chirurgie orthopédique...)
- ✓ Poursuivre la sensibilisation et l'information des équipes de soin hors bloc. L'IADE est souvent amené, lors de ses gardes, à se déplacer dans les services pour poser des VVP, en obstétrique pour assister le MAR dans la réalisation de péridurale ou de rachianesthésie pour césarienne... Ce sont autant d'occasions qui lui sont données d'insérer l'hypnose dans le parcours de soins des patients.
- ✓ Elaborer, avec les Cadres de différents services le désirant, des réunions de sensibilisations permet un travail d'information au niveau institutionnel. A cette occasion des vidéos montrant ce qui est déjà réalisé ou ce que permet l'hypnose peuvent être proposées à la diffusion.
- ✓ Evaluer les pratiques au quotidien grâce à des observateurs formés à l'hypnose ou à l'aide d'enregistrements vidéos permet une auto-observation et une autocritique. Cela permet d'affiner la technique. Le groupe constitué poursuit ainsi l'apprentissage et le perfectionnement (formation continue) de l'utilisation de l'hypnose.
- ✓ Organiser une association (institutionnelle, départementale, régionale) permet la création de temps d'échanges, de supervisions et d'analyses de situations avec un plus grand nombre. Cela favorise une dynamique de progression, de perfectionnement et de maintien d'une stimulation des professionnels formés.

Pour conclure, l'intégration de l'hypnose au bloc opératoire est une phase délicate. C'est un projet qui n'est pas évident à mettre en place dans la mesure où la maîtrise de la technique hypnotique demande du temps et de la pratique. S'il est indispensable de se former à la technique, la formation doit mobiliser plusieurs IADE pour faciliter sa mise en place et pérenniser le projet. L'aide et la collaboration de tous restent, quoi qu'il en soit essentiels. L'hypnose formelle n'est réalisable que si toute l'équipe opératoire adhère à ce mode d'anesthésie.

Conclusion

Les IADE sont en demande d'une approche certes technique mais également plus humaine du patient. Nous savons que la prise en compte de la dimension psychologique de l'individu est importante et qu'elle favorise la réalisation de soins de qualité. L'IADE, par sa formation initiale, acquiert une expertise dans la prise en charge de la douleur. Celle-ci intègre déjà différentes composantes que nous sommes en mesure d'identifier mais pour lesquelles il n'est pas toujours évident de trouver une réponse adaptée. D'autre part, la prise en charge relationnelle des patients me semble insuffisamment développée dans l'enseignement menant actuellement au diplôme d'IADE. Cela est en voie d'évolution avec le nouveau référentiel de formation qui est en cours de validation. Pour autant, cette prise en charge est encore fortement dépendante des compétences individuelles de chacun, acquises avec l'expérience ou à l'occasion de la formation continue.

Les outils que la technique hypnotique propose permettent la gestion de l'anxiété, la gestion de la douleur, l'accompagnement du patient et la création d'un lien privilégié avec celui-ci tout en le rendant acteur de ses soins et en assurant sa sécurité. C'est donc une réponse adaptée à la demande des patients et à leur besoin. L'hypnose peut alors être considérée comme un excellent adjuvant non médicamenteux à l'anesthésie et faire partie des stratégies utilisées pour faire face notamment à l'anxiété préopératoire et à la douleur. Elle peut également être considérée comme une alternative à l'anesthésie générale si les indications sont présentes et l'ensemble de l'équipe motivé, confiant et coopérant. C'est un outil complémentaire, qui ne se suffit pas à lui-même dans la pratique de l'anesthésie, mais qui s'avère utile dans les situations délicates. Elle concourt également à créer des circonstances favorables à la réalisation de l'acte chirurgical.

L'élaboration de ce travail de recherche m'a permis un approfondissement des connaissances en hypnose. D'autre part, j'ai à cette occasion pris pleinement conscience de l'expertise que l'IADE peut développer dans différents domaines tels la gestion de l'anxiété et de la douleur. J'ai ainsi pu découvrir comment il pouvait acquérir et développer une expertise dans ce domaine peu rependu qu'est l'hypnose. Ce travail m'a également fait connaître les raisons pouvant freiner la mise en place d'un nouveau projet dans une équipe. J'ai ainsi pu en comprendre les origines et les modes d'expression. La réalisation de l'enquête sur le terrain m'a apporté des réponses quant aux types de résistances qu'il est possible de rencontrer et de me donner des clés pour les contourner. De plus, j'ai perçu le

rôle important que pouvait tenir l'IADE dans l'élaboration d'un projet. Il peut être force de proposition dans la conduite d'un projet au sein des équipes mais également innovateur dans ce service qu'est le bloc opératoire.

Ce travail a également été l'occasion de me confronter à des démarches administratives afin d'obtenir l'autorisation de partir en stage à Rennes. La réalisation de ce projet de stage a été une première approche des étapes nécessaires à la formalisation d'un projet. Mais surtout, ce travail m'a permis de rencontrer des médecins et des IADE formés à l'hypnose. Les stages à Rennes et à Paris ont été l'occasion d'échanger avec ces professionnels qui pratiquaient l'hypnose. Certains étaient des experts, d'autres des novices. Les expériences individuelles qu'ils ont accepté de partager ont été très enrichissantes. Ils m'ont également permis de m'initier à cette technique, certains en me formant, d'autres en me laissant libre d'expérimenter. Tout cela a renforcé ma volonté de suivre une formation spécifique.

L'utilisation de l'hypnose a également été bénéfique sur le plan personnel. En effet, j'ai amélioré ma façon de communiquer et ma compréhension de l'individu dans sa dimension psychologique s'est enrichie. J'ai pu développer mes capacités d'écoute, de compréhension et d'empathie. Mon envie de transmettre ce savoir est devenue évidente. Je me suis alors demandée si l'IADE, de part sa polyvalence, sa formation initiale, son expertise et son exclusivité de compétence dans le domaine de l'anesthésie n'était pas la personne la mieux placée pour former ses collègues et diffuser ces connaissances ?

D'autre part, l'expertise acquise au cours de la formation sur la prise en charge de la douleur et avec une formation en hypnose ne ferait-elle pas de l'IADE la personne la mieux placée pour réaliser des « Consultations hypnose » dans un Centre Antidouleur ? Cela ne permettrait-il pas de poursuivre la prise en charge multimodale de la douleur ?

BIBLIOGRAPHIE

Textes législatifs et réglementaires :

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. *Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code*, [en ligne] JO n°183 du 8.8.2004 disponible sur <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/legislation/decret-nd-2004-802-du-29-juillet-2004-relatif-aux-parties-iv-et-v-annexe.html> (consulté le 15.02.2012)

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA SOLIDARITE. *CIRCULAIRE N°DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée*, [en ligne] disponible sur http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_10571.pdf (consulté le 15.02.2012)

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ASSURANCE MALADIE. *Arrêté du 3 octobre 1995 relatif aux modalités d'utilisation et de contrôle des matériels et dispositifs médicaux assurant les fonctions et actes cités aux articles D. 712-43 et D. 712-47 du code de la santé publique*, [en ligne] version consolidée au 13.10.1995 disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005619626> (consulté le 15.02.2012)

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DE LA VILLE. *Décret no 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique (troisième partie: Décrets)*, [en ligne] JORF n°284 du 8.12.1994 disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000549818&categorieLien=id> (consulté le 15.02.2012)

SFAR. *Recommandations concernant le rôle de l'Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État*, [en ligne] janvier 1995 disponible sur <http://www.sfar.org/article/7/recommandations-concernant-le-role-de-l-infirmier-anesthesiste-diplome-d-etat> (consulté le 15.02.2012)

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. *Arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste*, [en ligne] JO n°28 du 2.02.2002 disponible sur <http://www.chu-besancon.fr/ecole-iade/Reglement.html> (consulté le 19.04.2012)

ASSEMBLEE NATIONALE ET SENAT. *LOI no 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, [en ligne] JO n°54 du 5.02.2002 disponible sur <http://admi.net/jo/20020305/MESX0100092L.html> (consulté le 15.02.2012)

ASSEMBLEE NATIONALE ET SENAT. *LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*, [en ligne] version consolidée du 14.03.2012 disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475> (consulté le 15.04.2012)

Ouvrages :

BERNARD F, MUSELLEC H, *Hypnose péri-opératoire*, MAPAR 2010 :315-323 [en ligne] sur <http://www.mapar.org/article/pdf/873/Hypnose%20p%C3%A9ri-op%C3%A9ratoire.pdf>

BERNARD F., MUSELLEC H., *Intérêts de l'hypnose dans la gestion de la douleur aiguë ?*, JEPU 2011 [en ligne] consulté le 02.02.2012 sur <http://www.jepu.net/>

BIOY A, WOOD C, CELESTIN-LHOPITEAU I, *L'aide mémoire d'hypnose*. Paris : Dunod, 2010, 311p.

FAYMONVILLE ME., *Hypnose et anesthésie : quelle est la part du rêve ?* MAPAR 2005, p. 311-317.

MAPAR. *Protocoles 2010*, CHU Kremlin-Bicêtre, 12^e Edition p.18

MEGGLE D., *Erickson, hypnose et psychothérapie*. Retz, 191 p.

MICHAUX D., HALFON Y., WOOD C., *Manuel d'hypnose pour les professions de santé*. Paris : Maloine, 2007, 302p.

RUBENFELD MG, SCHEFFER BK, *Raisonnement critique en soins infirmiers : guide d'apprentissage*, Ed De Boeck Université 1999, Collection Savoirs et Santé

SALEM G., BONVIN E., *Soigner par l'hypnose*. Paris : Masson, 2001, 265 p

VIROT C., BERNARD F., *Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie*. Paris : Arnette, 2010, 285 p.

Reuves :

ACCORDANCE Consulting, *La résistance au changement*, Infoqualité, Lettre d'information du management par la qualité, juin 2007

AGARWAL A., et al. *Acupressure for prevention of pre-operative anxiety: a prospective, randomised, placebo controlled study*, *Anaesthesia* 2005, 60:978-981

AMOUREUX R, ROUSSEAU C, ANNEQUIN D, *L'anxiété préopératoire : manifestations clinique, évaluation et prévention*, *Annales médicopsychologiques*, octobre 2010, vol.168 n°8 :588-592

BERNARD F. et al, *Soigner la communication pour mieux communiquer dans le soin*, *Vigilance* n°21, septembre 2010 :11-14

BERNARD F., *L'hypnose conversationnelle, une autre manière de communiquer avec le patient*. *Oxymag* n°109, novembre/décembre 2009, p.4-7

BEYDON L., DIMA C.E. *Anxiété périopératoire : évaluation et prévention*. *Le praticien en Anesthésie Réanimation* 2007, p. 242

CALIPEL S et al, *Premédication in children : hypnosis versus midazolam*, *Paediatr. Anaesth.* 2005;98-101

DAUMAS L., *Le bloc opératoire vu par l'opéré : passage au bloc, procédures ou rites ?*, *Inter Bloc* Tome XXII, n°2, juin 2003, p.106-109

DEFECHEREUX T. et al, *L'hypnosedation, un nouveau monde d'anesthésie pour la chirurgie endocrinienne cervicale*. *Etude prospective randomisée*. *Annales de Chirurgie* 2000,125 :539-546

DICQUEMARE D, *La résistance au changement, produit d'un système et d'un individu*, *Les cahiers de l'actif* n°292/293

DOUCET C, *Le facteur humain : la résistance au changement*, Management, Qualité références, juillet 2005.

FAYMONVILLE ME. et al. *Comment l'hypnose agit sur le cerveau*, La Recherche, décembre 2005, p. 44-49

FAYMONVILLE ME., *L'hypnose en anesthésie réanimation*. OxyMag n°69, avril 2003, p. 25-27

GRANOT M, FERBER SG, *The roles of pain catastrophizing and anxiety in the prediction of postoperative pain intensity : a prospective study*, Clinical journal of pain, 2005 ; 21(5) :439-445

I. GANDJBAKHCH, *Bloc opératoire*, Bull. Académie de médecine, 2009, tome 193, avril, n°4, p981-988.

LUCAS-POLOMENI MM, *Hypnose en pédiatrie*, OxyMag n°103, novembre/décembre 2008 :15-19

MERSKEY H. - *Pain terms; a list with definition and notes on usage*, Pain 6: 249-252, 1979; Recommended by the International Association for the Study of Pain.

MOREAUX T., *Hypnoalgésie et soins*, Soins n° 730, novembre 2008, p.23-24

PECHOU G., *Rites de passage et bloc opératoire*, Interbloc n°4/97, tome XVI, p101-105

RAINVILLE P. et coll. *Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex*. Science 1997; 277 : 968-970

RAULT P., MARCHAND P., VIGNAUD *Hypnose ericksonienne et anesthésie*. Bolus, n°65, janvier/février 2005

VANHAUDENHUYSE A. et al., *Hypnose et perception de la douleur*, Revue médicale de Liège, 2008; 63 : 5-6 : 424-428

WARNET S. *Les rites de passage*, Revue de l'infirmière, octobre 2007, n°134 : 30-31

Travaux :

BELLET P., L'hypnose, **[en ligne]**, disponible sur www.hypnose-clinique.com/infirmiere.pdf (consulté le 02.01.2012)

BERNARD F, *Hypnose médicale : intérêt immédiat et développement possible en anesthésie et réanimation*, **[en ligne]** disponible sur http://livres.wkf.fr/mybdd/upload/03_Q7_Hypnose_medicale_interet_immediat_et_developpements_possibles.pdf (consulté le 05.02.2012)

CHABAY E et al, *Accueil au bloc opératoire : prise en charge de l'anxiété*, 2009, **[en ligne]** disponible sur http://www.sfar.org/acta/dossier/2009/inf_B978-2-8101-0173-3.c0006.html (consulté le 02.10.2011)

CHABAY E. et al, *Accueil au bloc opératoire : prise en charge de l'anxiété*, 51^{ème} congrès national d'anesthésie réanimation, SFAR 2009

COPIN-ELIAT C, LANGUENAN N, *Hypnose au bloc opératoire : le point de vue des IADE*, Journée rennais d'anesthésie réanimation 2010

COPIN-ELIAT C., LANGUENAN N., *L'hypnose au bloc opératoire : le point de vue des IADE*, Journée rennais d'anesthésie réanimation 2010 **[en ligne]**, disponible sur www.emergence.fr (consulté le 20.01.2012)

DECROIX G, Responsabilité juridique des IADE, Le sou medical, XVIII^{ème} journée bas normande des IADE, **[en ligne]** disponible sur http://www.ciarcr.org/IMG/pdf/Responsabilite_juridique_des_IADE.pdf (consulté le 15.04.2012)

DELAUNAY I., PLANTET F., *Difficultés rencontrées pour la mise en place de l'hypnose au bloc opératoire*, **[en ligne]**, disponible sur <http://emergences.blogspirit.com/files/delaunay.pdf> (consulté le 20.11.2011)

FAYMONVILLE ME., JORIS J., LAMY M. et al. *Hypnose : des bases neurophysiologique à la pratique clinique*. Conférence d'actualisation 2005 Elsevier SAS, p. 59-69

GIFFARD D., *Communication*, cours **[en ligne]**, disponible sur <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychologie/psychologie/communication.htm> (consulté le 30.12.2011)

HICK G. et al. *Hypnose en anesthésie*, 53^{ème} congrès national d'anesthésie et de réanimation, SFAR 2011

LUCAS-POLOMENI MM, CALIPEL S, WODEY E, *L'hypnose*, JEPU 2006, **[en ligne]** disponible sur <http://www.jepu.net/> (consulté le 02.10.2011)

LUCAS-POLOMENI MM., LANGUENAN N., *L'hypnose et la sophrologie ont-elles une place pour diminuer l'anxiété préopératoire ?* 51^{ème} congrès national d'anesthésie et de réanimation, 2009, Elsevier Masson.

MUSELLEC F., BERNARD F., GUILLOU N., *Hypnose périopératoire : utilisation et indications* **[en ligne]** disponible sur le site de la SFAR, consulté le 2/07/2011

PAYRE J, *La place de l'hypnose dans ma pratique de médecin anesthésiste*, **[en ligne]** disponible sur <http://emergences.blogspirit.com/files/agora.pdf> (consulté le 02.09.2011)

PELE M, *Résister pour exister*, mars 2009, **[en ligne]** disponible sur www.infirmiers.com (consulté le 20.01.2010)

PERRIER JJ, *Le cerveau observé sous hypnose*, **[en ligne]** disponible sur http://www.pourlascience.fr/ewb_pages/a/actualite-le-cerveau-observe-sous-hypnose-22712.php (consulté le 05.01.2012)

RAULT P., *Hypnose : applications en anesthésie, intérêts pour les IADE*, **[en ligne]** disponible sur <http://www.adrenaline112.org/hypnose/anes/anesiade.html> (consulté le 20.11.2011)

RAULT Ph, *Accueil de l'hypnose au bloc*, **[en ligne]** disponible sur <http://www.adrenaline112.org/hypnose/anes/anesaccbloc.html> (consulté le 02.09.2011)

ROSSI E et all, *The Neuroscience of Observing Consciousness & Mirror Neurons in Therapeutic Hypnosis 1*, extrait traduit **[en ligne]** disponible sur <http://hypnose.33.free.fr/pages/lecturespag.html> (consulté le 02.01.2011)

SCHMITT C., *Hypnose quotidienne en urologie*, 2009, **[en ligne]** disponible sur www.i-alr.com/agora/(consulté le 26.12.2011)

SCHWARTZ-HAENEL I, KEMPF M, *Introduction de l'hypnose au centre de la mère et de l'enfant « Le Parc » des hôpitaux civils de Colmar*, **[en ligne]** disponible sur <http://emergences.blogspirit.com/files/agora.pdf> (consulté le 02.09.2011)

SOURON V., Coloscopies sous hypnoses, **[en ligne]** disponible sur www.i-alr.com/agora/donnees_a1/pdj/22_souron.pdf (consulté le 02.02.2012)

VIROT C, *De la transe spontanée à l'hypnose médicale en anesthésie*, Agora 2002, **[en ligne]** disponible sur <http://pdf.emergences-rennes.com/articles/transe-spontanee.pdf> (consulté le 20.11.2012)

VIROT C, *L'hypnose médicale et son intérêt en pratique quotidienne*, mars 2008, **[en ligne]**, disponible sur <http://pdf.emergences-rennes.com/articles/virot-hypnose-quotidien.pdf> (consulté le 26.12.2012)

VIROT C., *De la transe spontanée à l'hypnose médicale en anesthésie*, novembre 2002. Congrès Agora Rennes **[en ligne]** disponible sur <http://www.emergences-rennes.com/bibliographie-hypnose/#CT> (consulté le 20.11.2011)

VIROT C., *Hypnose médicale et son intérêt en pratique quotidienne*, mars 2008 **[en ligne]** disponible sur <http://www.emergences-rennes.com/bibliographie-hypnose/#CT> (consulté le 02.02.2012)

WEISS C, *Préparation en hypnose formelle à une chirurgie externalisée*, **[en ligne]** disponible sur <http://emergences.blogspot.com/files/agora.pdf> (consulté le 02.09.2011)

Sites internet :

CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES TEXTUELLES ET LEXICALES. *Ancrage* **[en ligne]** disponible sur <http://www.cnrtl.fr/definition/ancrage> (consulté le 01.02.2012)

EMERGENCE *Institut de formation et de recherche en communication thérapeutique Rennes* **[en ligne]** disponible sur <http://www.emergences-rennes.com/>

IFH. *Histoire de l'hypnose*, **[en ligne]** disponible sur www.hypnose.fr/hypnose_histoire.htm consulté le 10.11.2012)

LAROUSSE. *Dictionnaire* **[en ligne]** disponible sur www.larousse.fr/dictionnaires/francais

LE SOU MEDICAL. *Dossier Risque et Prévention spécial IADE et IBODE*, **[en ligne]** disponible sur <http://www.macsf.fr/vous-informer/dossier-special-iade-et-ibode.html> (consulté le 19.02.2012)

PAPIN P. *La responsabilité des acteurs au bloc opératoire* [en ligne] disponible sur <http://www.sofcot.fr/data/FlashConfs/2006/028/index.htm> (consulté le 9.04.2012)

SFAR. *L'utilisation de l'hypnose par les anesthésistes-réanimateurs* [en ligne] disponible sur <http://www.sfar.org/accueil/index.php> (consulté le 10/08/2011)

UNIVERSITE DE LIEGE. *Quand le cerveau prédit...* [en ligne] disponible sur http://reflexions.ulg.ac.be/cms/c_9429/quand-le-cerveau-predit?portal=j_55&printView=true (consulté le 10.04.2012)

CNRD. *L'anxiété préopératoire*, juin 2008, [en ligne] disponible sur <http://www.cnrdr.fr/L-anxiete-preoperatoire.html> (consulté le 01.12.2012)

Autres :

EMERGENCE. *Formation Communication thérapeutique* des 7,8 et 9 décembre 2011 à Rennes.

LE MAUX B., *La conception d'un questionnaire*, [en ligne] disponible sur <http://perso.univ-rennes1.fr/benoit.le-maux/Questionnaire.pdf> (consulté le 1.02.2012)

LUCAS MM, ZETLAOUI P, *Méthodes psychocorporelles d'accompagnement en anesthésie pour prévenir l'anxiété de l'enfant*. Laboratoire Abbott 2012, plaquette de laboratoire.

MICHAUX D., *Hypnose et dissociation psychique*, Colloque International Francophone, Oct. 2004 [en ligne] disponible sur http://www.hypnosemedicale.com/colloque_dissociation_2004/resumes_2004/hypnose_dissociation_communication_michaux.htm (consulté le 15.02.2012)

SNPI. *Référentiel de compétences du Diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste*, [en ligne] disponible sur <http://www.syndicat-infirmier.com/Referentiel-de-competences-du,1296.html> (consulté le 15.03.2012)

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Textes législatifs

Annexe 2 : Grille d'élaboration du questionnaire

Annexe 3 : Questionnaire

Annexe 4 : Grille d'analyse du questionnaire

Annexe 5 : Résultats question 2

ANNEXE 1
TEXTES LEGISLATIFS

DECRET

Décret no 94-1050 du **5 décembre 1994** relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique (troisième partie: Décrets)

Article D. 712-40

« Pour tout patient dont l'état nécessite une anesthésie générale ou loco-régionale, les établissements de santé, y compris les structures de soins alternatives à l'hospitalisation, doivent assurer les garanties suivantes » (...) « Une organisation permettant de faire face à tout moment à une complication liée à l'intervention ou à l'anesthésie effectuées. » (...)

Article D. 712-42

« Le tableau fixant la programmation des interventions est établi conjointement par les médecins réalisant ces interventions, les médecins anesthésistes-réanimateurs concernés et le responsable de l'organisation du secteur opératoire, en tenant compte notamment des impératifs d'hygiène, de sécurité et d'organisation du fonctionnement du secteur opératoire ainsi que des possibilités d'accueil en surveillance post-interventionnelle ».

Article D. 712-43

« L'anesthésie est réalisée sur la base d'un protocole établi et mis en œuvre sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur, en tenant compte des résultats de la consultation et de la visite pré-anesthésiques » (...) « Les moyens » (...) « doivent permettre de faire bénéficier le patient:

- 1 D'une surveillance clinique continue;
- 2 D'un matériel d'anesthésie et de suppléance adapté au protocole anesthésique retenu. » (...)

Article D. 712-50

« Le protocole d'anesthésie ainsi que l'intégralité des informations recueillies lors de l'intervention et lors de la surveillance continue post-interventionnelle sont transcrits dans un document classé au dossier médical du patient. » (...)

ARRETE ⁹⁵

Arrêté du **3 octobre 1995** relatif aux modalités d'utilisation et de contrôle des matériels et dispositifs médicaux assurant les fonctions et actes cités aux articles D. 712-43 et D. 712-47 du code de la santé publique

Article 1

« Les matériels et dispositifs médicaux » (...) « 1. Sont contrôlés » (...) « après toute » (...) « interruption prolongée de fonctionnement » (...) « 2. Font l'objet d'une vérification de leur bon état et de leur bon fonctionnement avant utilisation sur les patients » (...)

Article 4

(...) « a) Vérifier le bon état et le bon fonctionnement avant : le début de chaque programme interventionnel ou opératoire ; le début de chaque anesthésie » (...)

J.O n° 183 du 8 août 2004 page 37087 : texte n° 37086

Décret n° 2004-802 du **29 juillet 2004** relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code⁹⁶

Livre III, Auxiliaires Médicaux Titre I, Profession d'infirmier ou d'infirmière

Chapitre I Exercice de la profession

Section 1 Actes professionnels

Article R. 4311-1

« L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques » (...) « Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels » (...)

⁹⁵ <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005619626>

⁹⁶ <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/legislation/decret-nd-2004-802-du-29-juillet-2004-relatif-aux-parties-iv-et-v-annexe.html>

Article R. 4311-2

« Les soins infirmiers » (...) « intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne » (...) « en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique » (...): « 1/ De protéger, maintenir, restaurer » (...) « l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques » (...) « 2/ De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels » (...) « 3/ De contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs » (...) « 4/ De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur » (...)

Article R. 4311-5

« Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes » (...) « visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne » (...) « 1/ Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire » (...) « 2/ Aide et soutien psychologique » (...)

Article R. 4311-8

« L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers. »

Article R. 4311-12

« L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'Etat, est seul habilité, à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur a examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques suivantes : « 1/ Anesthésie générale » (...) « 3/ Réanimation peropératoire. Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole » (...)

Article R. 4311-15

(...) « l'infirmier ou l'infirmière propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants : 1/ Formation initiale et formation continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé » (...);

Section 1

Dispositions communes à tous les modes d'exercice

Sous-section 1

Devoirs généraux

Article R. 4312-2

« L'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine » (...)

Article R. 4312-3

« L'infirmier ou l'infirmière n'accomplit que les actes professionnels qui relèvent de sa compétence » (...)

Article R. 4312-14

« L'infirmier ou l'infirmière est personnellement responsable des actes professionnels qu'il est habilité à effectuer »

Sous-section 2

Devoirs envers les patients

Article R. 4312-26

L'infirmier ou l'infirmière agit en toute circonstance dans l'intérêt du patient.

Article R. 4312-30

« Dès qu'il a accepté d'effectuer des soins, l'infirmier ou l'infirmière est tenu d'en assurer la continuité » (...)

Article R. 4312-32

« L'infirmier ou l'infirmière informe le patient ou son représentant légal, à leur demande, et de façon adaptée, intelligible et loyale, des moyens ou des techniques mis en œuvre » (...)

Arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'état d'infirmier anesthésiste⁹⁷.

ANNEXE II PROGRAMME DE LA FORMATION

Objectifs généraux de la formation

« En fin de formation, l'élève doit être capable de :

- participer avec le médecin spécialiste qualifié en anesthésiste-réanimation aux techniques :
- d'anesthésie générale ;
- d'anesthésies locorégionales ;
- assurer la prise en charge de la personne soignée au cours :
- des différents actes d'anesthésie ;
- des situations de réanimation ;
- du traitement de la douleur ;
- des situations d'urgence ;
- assurer la continuité des soins ;
- contribuer à la sécurité des personnes soignées » (...)

« participer à l'encadrement et à la formation des différents personnels de santé » (...)

« analyser, évaluer sa pratique professionnelle et participer à l'évaluation de la qualité des soins » (...)

« s'intégrer dans une équipe pluridisciplinaire au sein du service de soins infirmiers et du système de santé »

3. La douleur

(...) « Soins relationnels : la dimension psychologique de la douleur » (...)

⁹⁷ <http://www.chu-besancon.fr/ecole-iade/Reglement.html>

Recommandations concernant le rôle de l'Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État⁹⁸

« Les infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE) sont les proches collaborateurs des médecins anesthésistes-réanimateurs. Infirmiers spécialisés, ils sont habilités à effectuer les actes relevant de leur seule compétence; leur activité doit être à la mesure de leur qualification » (...)

1.2. Une formation continue,

(...) « est indispensable à l'entretien des connaissances et à l'acquisition des techniques et des stratégies nouvelles en anesthésie-réanimation » (...) « La formation continue doit permettre de répondre à l'évolution des techniques » (...)

2. COMPÉTENCE ET DOMAINES D'ACTIVITÉ

(...) « La compétence de l'IADE procède de l'application des connaissances acquises au cours des formations initiale et continue, et de l'expérience résultant de l'exercice professionnel » (...)

« L'IADE travaille en équipe avec le médecin anesthésiste-réanimateur » (...)
« l'exécution de prescriptions médicales et de la réalisation de tâches clairement précisées » (...) « confiées en fonction de sa compétence propre ».

3. ORGANISATION HIÉRARCHIQUE ET FONCTIONNELLE

(...) « l'activité de soins de l'IADE est placée sous l'autorité médicale directe du médecin anesthésiste-réanimateur » (...)

4. RESPONSABILITÉ JURIDIQUE DE L'IADE

(...) « L'IADE engage sa responsabilité en cas de faute dans l'exécution d'un soin ou d'une technique, de défaut de surveillance et de maintenance du matériel, de non-respect de protocole ou de prescription médicale, et de réalisation de soins ou techniques ne relevant pas de sa compétence ».

(...) « la responsabilité civile de l'IADE peut être engagée soit solidairement avec le médecin anesthésiste-réanimateur, soit individuellement »

5. DÉONTOLOGIE DE L'INFIRMIER ANESTHÉSISTE DIPLÔMÉ D'ÉTAT

(...) « L'IADE » (...) « doit au patient des soins attentifs, consciencieux et éclairés. A ce titre, l'actualisation de ses connaissances est une obligation » (...)

⁹⁸ <http://www.sfar.org/article/7/recommandations-concernant-le-role-de-l-infirmier-anesthesiste-diplome-d-etat>

LOI no 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé⁹⁹

TITRE II

DEMOCRATIE SANITAIRE

Chapitre Ier

Droits de la personne

« Art. L. 1110-1. - Le droit fondamental à la protection de la santé » (...)

Article 5

« Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale. »

Chapitre II

Droits et responsabilités des usagers

« Information des usagers du système de santé

et expression de leur volonté

« Art. L. 1111-2. - Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur » (...) « leurs conséquences, les risques » (...) « Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles » (...)

« Art. L. 1111-4. – (...) « Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ».

⁹⁹ <http://admi.net/jo/20020305/MESX0100092L.html>

INFIRMIERES ANESTHESISTES IADE

Référentiel de compétences du Diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste

Ceci est un document de travail du Ministère de la Santé, daté du 05.05.10, réalisé dans le cadre de la réingénierie du diplôme et de l'universitarisation des études d'IADE¹⁰⁰.

Compétences

- »1. Anticiper et mettre en place une organisation du site d'anesthésie en fonction du patient, du type d'intervention et du type d'anesthésie
- »2. Analyser la situation, anticiper les risques associés en fonction du type d'anesthésie, des caractéristiques du patient et de l'intervention et ajuster la prise en charge anesthésique
- »3. Mettre en œuvre et adapter la procédure d'anesthésie en fonction du patient et du déroulement de l'intervention
- »4. Assurer et analyser la qualité et la sécurité en anesthésie réanimation
- »5. Analyser le comportement du patient et assurer un accompagnement et une information adaptée à la situation d'anesthésie
- »6. Coordonner ses actions avec les intervenants et former des professionnels dans le cadre de l'anesthésie-réanimation, de l'urgence intra et extrahospitalière et de la prise en charge de la douleur

Compétences détaillées

Compétence 1 : Anticiper et mettre en place une organisation du site d'anesthésie en fonction du patient, du type d'intervention et du type d'anesthésie

« 1. Planifier l'organisation de son travail en fonction des événements en cours, de l'anticipation du programme opératoire et des intervenants prévus » (...)

« 7. Identifier, choisir et adapter les agents médicamenteux d'anesthésie - réanimation en fonction des caractéristiques du patient, du type d'intervention envisagée, de l'évaluation médicale pré-anesthésique et de la stratégie de prise en charge en pré, per et post opératoire définie par le médecin anesthésiste réanimateur » (...)

Compétence 2 : Analyser la situation, anticiper les risques associés en fonction du type d'anesthésie, des caractéristiques du patient et de l'intervention et ajuster la prise en charge anesthésique

¹⁰⁰ <http://www.syndicat-infirmier.com/Referentiel-de-competences-du,1296.html>

(...) « 3. Evaluer l'état psychologique du patient, les effets de la prémédication et anticiper les mesures à prendre » (...)

Compétence 3 : Mettre en œuvre et adapter la procédure d'anesthésie en fonction du patient et du déroulement de l'intervention

(...) « 6. Anticiper les temps opératoires, les risques encourus (liés aux caractéristiques du patient, aux temps opératoires et au positionnement) et les complications éventuelles et adapter la prise en charge anesthésique » (...)

« 8. Adapter le choix et la posologie des médicaments d'anesthésie en fonction de leur pharmacologie, des temps et techniques anesthésiques, opératoires ou obstétricaux et de l'évaluation des données cliniques et para cliniques » (...)

« 10. Anticiper la phase de réveil et l'analgésie post-opératoire » (...)

« 15. Sélectionner et notifier sur la feuille d'anesthésie les informations pertinentes sur le déroulement de la procédure d'anesthésie et des événements péri-interventionnels » (...)

Compétence 4 : Assurer et analyser la qualité et la sécurité en anesthésie réanimation

(...) « 8. Analyser, adapter et actualiser sa pratique professionnelle au regard de la réglementation, de la déontologie, de l'éthique, et de l'évolution des sciences et des techniques en anesthésie-réanimation et douleur » (...)

Compétence 5 : Analyser le comportement du patient et assurer un accompagnement et une information adaptée à la situation d'anesthésie

« 1. Evaluer le niveau d'information du patient relatif à l'intervention et à l'anesthésie et détecter les signes pouvant influencer l'anesthésie pour adapter la prise en charge du patient »

« 2. Maintenir un contact avec un patient vigile (ALR ...), évaluer son comportement et son anxiété pour adapter l'anesthésie réanimation » (...)

« 5. Etablir et maintenir une relation de confiance, sécurisante avec le patient tout au long du processus anesthésique »

« 6. Adapter la prise en charge de l'anxiété et de la douleur au contexte spécifique de l'anesthésie » (...)

Charte du patient hospitalisé annexée à la circulaire ministérielle n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés¹⁰¹

PRINCIPES GÉNÉRAUX

(...) « 2/ Les établissements de santé garantissent **la qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie »

« 3/ **L'information** donnée au patient doit être **accessible et loyale**. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement. »

« 4/ Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec **le consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées. » (...)

« 7/ La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose. » (...)

¹⁰¹ http://www.sersante.com/chartepatient/texte_charte/principes_2006_fr.html

ANNEXE 2

**GRILLE D'ELABORATION
DU QUESTIONNAIRE**

GRILLE D'ELABORATION DU QUESTIONNAIRE

HYPOTHESES	THEME	OBJECTIFS
Hypothèse 1	L'équipe et ses croyances	Q 1 : expérience professionnelle. Existe-t-il un lien entre celle-ci et l'envie de se former ?
		Q 2 : les représentations et croyances liées à l'hypnose
	Les connaissances et perceptions de l'hypnose	Q 3, Q 4, Q 5 : évaluation des connaissances spécifiques liées à l'hypnose.
		Q 16 : la formation en hypnose impacte sur les connaissances de l'individu mais aussi sur l'information des équipes. Donnée démographique ?
		Q 7 et 22F : perception de l'hypnose
Hypothèse 2	Le bloc opératoire	Q 6 : adaptation de la pratique de l'hypnose au bloc opératoire
		Q 7 : hypothèses pouvant expliquer son adaptation ou inadaptation
		Q 8 : impact du nombre d'intervenants sur la pratique de l'hypnose
		Q 22 a, 22b : impact de la pratique de l'hypnose sur l'organisation du bloc opératoire. Analyse croisée avec Q14 et Q16 : expérience pratique et formation préalable.
	Collaboration inter-équipes	Q 22c : impact de l'hypnose sur la

		collaboration des professionnels
Hypothèse 3	Nouvelle technique	Q 7 : adaptation de l'hypnose au bloc opératoire ?
		Q 9 : nouveauté de la pratique de l'hypnose au bloc opératoire ?
		Q 10 : intensité de l'implication personnelle nécessaire pour pratiquer l'hypnose. Impact sur la volonté à se former ?
		Q 13 : existence d'une remise en question des pratiques induites par la pratique de l'hypnose
		Q 17 : expérience dans la pratique de l'hypnose et nouveauté de la formation ?
		Q 18, Q 20 : motivations amenant à la formation en hypnose
		Q 19 : approfondissement de l'intérêt porté à l'hypnose
		Q 21 : intérêt porté par les IADE à la pratique de l'hypnose au bloc opératoire
		Q 1 : impact de l'ancienneté professionnelle sur l'apprentissage d'une nouvelle technique
Hypothèse 4	Le projet de service	Q 14 : si l'hypnose est pratiquée dans un service, les perceptions peuvent être modifiées. Une information des soignants peut déjà exister. L'expérience pratique des répondants pourra s'exprimer. Enfin, si l'hypnose est régulièrement pratiquée alors on peut supposer qu'elle s'intègre à un projet de service.

		<p>Q 7 : absence de projet de service freine la pratique de l'hypnose.</p> <p>Q 15 : plus le nombre de pratiquants augmente, plus la validité de l'hypothèse liée à la Q 14 se vérifie. Distinction MAR/IADE pour évaluer la place de ce dernier.</p> <p>Q 22d : l'obtention d'un consensus d'équipe permet une mise en place plus facile de l'hypnose ? Nécessité d'élaboration d'un projet de service ?</p> <p>Q 22e : la non participation de toutes les équipes gêne la mise en place de l'hypnose ? Nécessité du projet de service.</p> <p>Q 23 : nécessité de projet de service pour mettre en place l'hypnose</p>
Indications formelles	Démographie Validation de l'échantillonnage recueilli	<p>Q 25 : répartition de l'exercice professionnel dans les structures</p> <p>Q 26 : répartition homme/femme</p>
Problématique générale	L'intégration de l'hypnose au bloc opératoire est-elle possible ?	Q 11 et Q 12 : permettent de voir si les principales hypothèses que j'ai retenue représentent les résistances les plus courantes afin d'évaluer le niveau de difficultés générales. Projet réalisable ?
	Epreuve de l'axe de progression	<p>Q 24 : selon les IADE quels facteurs favoriseraient la mise en place de l'hypnose au BO ?</p> <p>Q 20 : Les motivations conduisant à la formation et celles l'en empêchant.</p>

ANNEXE 3

QUESTIONNAIRE

L'INTEGRATION DE L'HYPNOSE AU BLOC OPERATOIRE

Actuellement élève IADE en 2ème année de formation au CHU de Reims, j'effectue dans le cadre de mon Travail d'Intérêt Professionnel, des recherches sur l'intégration de l'hypnose au bloc opératoire. Afin de mener à bien cette étude, j'ai besoin de votre aide. Ce questionnaire, destiné aux IADE, est anonyme et rapide (environ une dizaine de minutes). Si vous le souhaitez, les résultats de l'enquête pourront vous être remis sur demande. La date limite de recueil des questionnaires est fixée au 27 février 2012.

Merci de votre participation.

1/ Depuis combien d'années travaillez-vous dans ce bloc opératoire ?

- moins de 2 ans
- entre 2 et 10 ans
- plus de 10 ans

2/ Qu'évoque pour vous le mot hypnose ?

3/ Diriez-vous que l'hypnose permet de :

	1 pas du tout d'accord	2 assez peu d'accord	3 plutôt d'accord	4 tout à fait d'accord
diminuer l'anxiété.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
diminuer la douleur.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
améliorer la relation soignant-soigné.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4/ D'après vous existe-t-il d'autres bénéfices pour le patient ?
si non allez ensuite à la question 6

- Oui
 Non

5/ Lesquels ?

6/ Pensez-vous que la pratique de l'hypnose soit adaptée au bloc opératoire ?

- Oui
 Non

7/ Pourquoi ?

8/ Diriez-vous que le nombre d'intervenants auprès du patient au bloc opératoire peut gêner la réalisation d'une hypnose au bloc opératoire ?

	1	2	3	4	5	6	
pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	tout à fait d'accord					

9/ L'utilisation de l'hypnose au bloc opératoire vous semble-t-elle être une nouveauté ?

- Oui
 Non

10/ D'après-vous, pour être pratiquée, l'hypnose nécessite-t-elle une motivation personnelle du soignant ?

	1 Aucune	2 Faible	3 Moyenne	4 Forte
Intensité de la motivation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11/ Intégrer l'hypnose au bloc opératoire vous semble-t-il envisageable ?

- Oui
 Non

12/ Pourquoi ?

13/ Pour vous, l'hypnose au bloc opératoire remet-elle en question la pratique professionnelle au niveau de la prise en charge relationnelle ?

	1	2	3	4	5	6	
Pas du tout	<input type="radio"/>	Totalement					

14/ L'hypnose est-elle une technique utilisée au sein de votre structure ?

Si non, passez ensuite à la question 16

- Pas du tout
 Au moins une fois par mois
 Au moins une fois par semaine
 Tous les jours

15/ Combien de personnes la pratiquent ?

Distinguez les médecins et les IADE

16/ Etes-vous personnellement formé à l'hypnose ?

Si non, allez ensuite à la question 19

- Oui
 Non

17/ Depuis combien de temps y êtes-vous formés ?

18/ Quels sont les raisons qui vous ont conduit à vous former ?

Plusieurs réponses possibles, passez ensuite à la question 21

- par curiosité
- incité par quelqu'un
- envie de changement
- bénéfiques pour le patient
- facilite la prise en charge du patient
- Autre :

19/ Souhaiteriez-vous vous former à l'hypnose ?

	1	2	3	4	5	6	
Pas du tout	<input type="radio"/>	Absolument					

20/ Pourquoi ?**21/ D'une manière générale, diriez-vous que l'hypnose vous intéresse ?**

	1	2	3	4	5	6	
Pas du tout	<input type="radio"/>	Absolument					

22/ Selon vous, une hypnose :

Plusieurs choix possible

	Oui	Non
Augmente le temps de présence du patient au bloc opératoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perturbe l'organisation du bloc opératoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gêne la collaboration entre les équipes de bloc opératoire et d'anesthésie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Oui	Non
Est plus facile à mettre en place s'il y a un consensus des équipes au bloc opératoire lors de sa réalisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Est plus difficile à réaliser lors de la non participation de l'équipe de chirurgie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Est un atout dans la prise en charge globale du patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23/ Etes-vous d'accord avec la phrase suivante :

L'intégration de l'hypnose au sein d'un projet de service est indispensable à sa mise en place au bloc opératoire.

	1	2	3	4	5	6	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord					

24/ Selon vous, quels sont les facteurs favorables à l'utilisation de l'hypnose au bloc opératoire ?

25/ Vous exercez dans quel type d'établissement ?

- Un CHU
- Un CH
- Une structure privée
- Autre :

26/ Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

27/ Souhaiteriez-vous ajouter quelque chose ?

Je vous remercie pour le temps que vous avez bien voulu consacrer à ce questionnaire et vous souhaite une bonne journée Si vous le souhaitez, il vous est possible de laisser vos coordonnées afin de suivre les résultats de cette enquête.

Coordonnées :

Si vous souhaitez répondre à cette enquête sur internet, contactez-moi par mail, je vous enverrai le lien.

audecouetlannes@gmail.com

ANNEXE 4

RESULTATS QUESTION 2

CONNAISSANCES EN HYPNOSE

Mots considérés comme conforme aux définitions de l'hypnose

Hypnosédation, accompagnement, autosuggestion, suggestion, dissociation, état de conscience modifié, communication, Erickson, lieu de sécurité, transe, technique, gestion du stress, altération de la vigilance, personnalisation de la prise en charge, méthode thérapeutique, attitude positive, distraction, participation active, empathie, anxiolyse, analgésie, détente, attitude, écoute, collaboration, alternative, relation, outil supplémentaire, ressources du patient, confiance, confort, sérénité, imaginaire, individualisation, aide, diversion.

Mots considérés comme non conforme aux définitions de l'hypnose

Endormissement, surnaturel, sommeil, abstrait, spectacle, inconnu, dormir, charlatan, s'évader, psyché, austère, magique, nouveauté, subconscient, mystique, sédation, esprit, lâcher prise, inconnu, abstrait, qualité, différent, perte de contrôle, amnésiant, manipulation, rêve.

PERCEPTION DE L'HYPNOSE

Mots considérés à connotation positive

Aide, détente, accompagnement, suggestion, anxiolyse, analgésie, conscience modifiée, confiance, imaginaire, confort, bien-être, relaxation, évasion, lâcher prise, s'évader, personnalisation, détachement, discussion, ressources, distraction, nouveauté, patient acteur, différent, empathie, dissociation, relaxation, relationnel, communication, attitude, écoute, sédation, transe, collaboration, alternative, qualité, absence de produits médicamenteux, relation, participation active, outil supplémentaire, rêve, sérénité, individualisation, diversion. L'ensemble des mots considérés comme conforme aux définitions sont considérés ici à connotation positive. Il ne sont donc pas systématiquement rappelés ici.

Mots considérés à connotation négative

Surnaturel, maîtrise, spectacle, manipulation, charlatan, faire « oublier », obnubilation, influence, magie, pratique austère, rapport à l'âme, perte de contrôle, mystique, esprit, abstrait, inconnu, amnésiant.

Ces mots ont permis une évaluation globale des réponses à la question 2.

ANNEXE 5

GRILLE D'ANALYSE

GRILLE D'ANALYSE DU QUESTIONNAIRE

Hypothèses	Questions	Questions en lien	Critères de validité	Validation de la question	Validation de l'hypothèse
1/ L'équipe, avec ses représentations, ses croyances, son expérience, son manque d'information est un frein à l'utilisation de l'hypnose.	1	19 pour la volonté de se former	Analyse croisée : si les IADE ayant plus de 10 ans d'expérience en anesthésie ne souhaitent pas se former à l'hypnose.	Non	Partielle
	2	14 pour le contact avec l'hypnose 19/21 pour l'attrait de l'hypnose 16 pour la formation à l'hypnose 22F pour l'intérêt dans la pratique professionnelle	Si plus de 60 % ont une vision négative et/ou non conforme de l'hypnose	Non	
	3A	14, 19, 21 pour les raisons précédentes 4, 5 pour les connaissances	Si plus de 60% ne sont pas d'accord avec la diminution de l'anxiété	Non	
	3B	14, 16, 19, 21	Si plus de 60% ne sont pas d'accord	Non	

		4, 5	avec la diminution de la douleur		
	3C	14, 19, 21 4, 5	Si plus de 60% ne sont pas d'accord avec l'amélioration de la relation soignant-soigné	Non	
	4	5 pour les précisions apportées 14 pour le contact avec l'hypnose	Si plus de 60% estiment qu'il n'y a pas d'autres bénéfices	Non	
	5	3, 4, 14, 16, 19, 21	Pas de valeurs vérifiant l'hypothèse		
	7	12 pour la similitude	Si au moins un argument est en faveur de l'hypothèse	Oui	
	16		Si plus de 60% ne sont pas formés	Oui	
	22F		Si moins de 60% estiment que l'hypnose est un atout	Non	
2/ L'environnement du bloc opératoire, avec le nombre d'intervenants autour du patient et son organisation	6	11 pour la similitude 7 pour précisions	Si plus de 60% l'estiment non adaptée au bloc opératoire	Non	
	7	12 pour similitude	Si au moins un argument est en faveur de l'hypothèse	Oui	
	8		Si plus de 60% estiment que c'est une gêne	Oui	

particulière est un obstacle à l'utilisation de l'hypnose.	22A		Si plus de 60% de oui	Non	Partielle
	22B		Si plus de 60% de oui	Non	
	22C		Si plus de 60% de oui	Non	
3/ L'hypnose, comme toute nouvelle compétence, nécessite un apprentissage, une implication personnelle et la remise en question des pratiques ce qui est un frein à sa mise en place.	9	17 pour l'ancienneté dans la pratique de l'hypnose 14 pour la fréquence d'utilisation	Si plus de 60 % considèrent l'utilisation de l'hypnose comme nouvelle	Non	Oui
	17		Plus de 50 % sont formés depuis moins de 2 ans	Oui	
	7	12 pour similitude	Au moins un argument en faveur de l'hypothèse	Oui	
	10		Si plus de 60% estiment la motivation comme importante	Oui	
	13		Si plus de 60 % considèrent qu'elle entraîne une remise en question	Oui	
	14	16	Si l'hypnose n'est pas ou peu pratiquée dans 55% des cas	Oui	
	18		Pas de valeur de vérification de		

			l'hypothèse		
	19	20 pour les précisions apportées	Si plus de 60% ont envie de se former à l'hypnose	Oui	
	21		Si plus de 60% sont intéressés par l'hypnose	Oui	
4/ L'absence d'intégration et de priorisation dans un projet de service freine son développement.	7	12	Si au moins un argument en faveur de l'hypothèse est présent	Oui	Oui
	14	15 pour les nombres de personnes pratiquant	Si l'hypnose n'est pas ou peu pratiquée dans plus de 55% des cas	Oui	
	22D		Si plus de 60% de oui	Oui	
	22E		Si plus de 60% de oui	Oui	
	23		Si plus de 60% est d'accord avec la phrase	Oui	
Problématique générale : L'intégration de l'hypnose au bloc opératoire est-elle possible	11	12 pour les précisions apportées	Si c'est envisageable pour plus de 60% des répondants	Oui	Oui
	20 et 24	Axe de progression			
Indications formelle	25 et 26	Similitude des résultats entre l'échantillon et les statistiques nationales		Oui	Oui

