

**INSTITUT DE FORMATION DE MANIPULATEURS EN  
ELECTRORADIOLOGIE MEDICALE  
CHRU DE MONTPELLIER**

**Directeur : Monsieur Georges BOURROUNET**

**L'HYPNOSE, UN NOUVEL OUTIL EN RADIOLOGIE ?**



**Mr. Mickaël AMARGER**

**Mr. Adrien JACCOUD**

**Mr. Julien MACKOWIAK**

**Promotion 2006 – 2009**

**INSTITUT DE FORMATION DE MANIPULATEURS EN  
ELECTRORADIOLOGIE MEDICALE  
CHRU DE MONTPELLIER**

**Directeur : Monsieur Georges BOURROUNET**

**L'HYPNOSE, UN NOUVEL OUTIL EN RADIOLOGIE ?**



**Mr. Mickaël AMARGER**

**Mr. Adrien JACCOUD**

**Mr. Julien MACKOWIAK**

**Promotion 2006 – 2009**

## **REMERCIEMENTS**

Nous souhaitons remercier pour leur participation toutes les personnes qui nous ont permis de mener à bien notre travail d'Intérêt Professionnel et en particulier:

- Monsieur Bourrounet, le directeur de l'école de manipulateur en électroradiologie médicale du CHRU de Montpellier pour son enseignement de la méthodologie;
- Monsieur Rubio, formateur à l'école de manipulateur en électroradiologie médicale du CHRU de Montpellier pour son suivi dans l'élaboration de ce travail d'intérêt professionnel;
- Madame Palanque, cadre de santé infirmière anesthésiste au bloc opératoire digestif de St Eloi au CHRU de Montpellier, pour son suivi dans l'élaboration de ce travail d'intérêt professionnel et ses nombreux renseignements;
- Madame Huguet, médecin anesthésiste au bloc digestif de St Eloi du CHRU de Montpellier, pour sa documentation sur l'hypnose;
- Mademoiselle Villas Hélène, infirmière anesthésiste au bloc opératoire digestif du CHRU de Montpellier, pour sa disponibilité et ses conseils.

Nous remercions tous les manipulateurs en électroradiologie médicales ainsi que les médecins radiologues interrogés au sujet de l'hypnose.

# **TABLE DES MATIERES**

<b>Table des Matières.....</b>	<b>4</b>
--------------------------------	----------

<b>Introduction.....</b>	<b>7</b>
--------------------------	----------

<b>Constat de Départ.....</b>	<b>10</b>
-------------------------------	-----------

1 – Anxiété et douleur.....	11
A – La douleur.....	11
B – L’anxiété.....	13
2 – Les appréhensions du patient face à l’examen en radiologie.....	13
3 – Le manipulateur d’électroradiologie.....	14
4 – L’hypnose comme solution ?.....	14
5 – Problématique.....	14

<b>I – Description de l’hypnose.....</b>	<b>15</b>
--	-----------

1 – Historique et évolution de l’hypnose.....	15
A – Origines lointaines.....	15
B – Magnétisme animal.....	15
C – L’hypnose.....	16
D – L’hypnose en France.....	16
E – Hypnose et psychanalyse.....	17
F – L’hypnose moderne.....	18
2 – Définitions.....	19
A – Par l’Association Française pour l’Etude de l’Hypnose Médicale.....	19
B – Par la commission de la British Medical Association.....	19
C – Selon Milton H. Erickson.....	20
D – Par le dictionnaire Petit Larousse illustré 2007.....	20
3 – Quelques rappels et explications sur la technique de l’hypnose.....	21
A – Conscient et inconscient.....	21
B – Hypnose et transe.....	22
C – Les canaux sensoriels.....	23
D – Le langage du praticien.....	23
E – La méthode du praticien.....	24

4 – Les étapes de l'état hypnotique.....	25
A – La veille ordinaire.....	25
B – L'induction.....	25
C – La dissociation.....	25
D – La perception.....	26
E – Réveil et entretien post-hypnotique.....	26
5 – L'hypnose comme réponse à la douleur.....	27

## **II – Techniques hypnotiques.....29**

1 – Hypnosédation et hypnoalgésie.....	29
A – Hypnosédation.....	29
B – Hypnoalgésie.....	30
C – Intérêts.....	30
D – Avantages.....	31
E – Inconvénients.....	31
F – Indications.....	31
G – Contre-indications.....	32
H – Déroulement d'un acte chirurgical sous hypnosédation.....	32
I – Réflexions.....	33
2 – Hypnose conversationnelle.....	34
A – La communication.....	34
B – Technique de l'hypnose conversationnelle.....	36

## **III – Cadre légal.....39**

A – Loi du 4 mars 2002.....	39
B – Le plan de lutte contre la douleur 2006-2010.....	39
C – Charte du patient hospitalisé.....	41
D – Compétences du Manipulateur Radio.....	42
E – Modalités de formation.....	44

## **IV – Méthodologie de l'investigation.....45**

1 – Choix des outils.....	45
A – Les outils.....	45
B – Choix de la population.....	45
C – Modalités.....	46

2 – Questionnaire.....	47
3 – Résultats.....	47
4 – Analyse des résultats.....	50
<b><u>V – Réflexions.....</u></b>	<b><u>51</u></b>
1 – Théories sur la communication patient-soignant.....	51
2 – Propositions d’action.....	55
<b><u>Conclusion.....</u></b>	<b><u>57</u></b>
<b><u>Lexique et liste des abréviations.....</u></b>	<b><u>60</u></b>
<b><u>Bibliographie.....</u></b>	<b><u>62</u></b>
<b><u>Annexes.....</u></b>	<b><u>66</u></b>

# Introduction

## **INTRODUCTION**

La base de notre mémoire repose sur l'hypnose et son éventuelle application dans un service de radiologie comme réponse à l'anxiété ou à la douleur ressentie par le patient.

Dans notre métier de manipulateur en électroradiologie, nous devons chaque jour faire face à la prise en charge de patients. Cette prise en charge est un problème récurrent pour tout professionnel qui se doit de la réaliser le mieux possible afin d'obtenir un examen de qualité. Comment rassurer un patient ? Comment ne pas l'impressionner ? Comment lui faire oublier le côté négatif, désagréable et même parfois douloureux de l'examen ? Notre objectif n'est pas de trouver une solution « miracle » à ce problème mais simplement d'y apporter des informations supplémentaires voire des techniques nouvelles pour un confort optimal du patient.

Ce sont nos stages professionnels dans les divers hôpitaux et cliniques qui nous ont permis d'observer chez certains patients une anxiété importante due à des examens angoissants voire douloureux.

La notion d'hypnose a été proposée par l'un d'entre nous suite à un stage effectué au sein d'un établissement où la pratique de cette technique est présente et permet une prise en charge non-médicamenteuse du patient.

Notre démarche commence par une description de l'hypnose. Pour mieux comprendre le phénomène nous avons décidé de faire un historique succinct et de dévoiler les différentes définitions qui lui sont attribuées.



Nous étudierons ensuite deux méthodes hypnotiques et le cadre légal qui entoure cette technique, notamment par rapport à son application et les différents types de personnel concernés.

Enfin nous verrons le lien que l'on peut faire avec la radiologie. Nous avons réalisé une enquête ayant permis de caractériser la place de cet outil chez le manipulateur et les professionnels de radiologie. Est-elle connue ? Est-elle applicable dans tous types de service d'imagerie ? L'étude des résultats permettra d'apporter une réflexion finale sur toute notre démarche.

# Constat de départ

# **CONSTAT DE DEPART**

Ce texte présente le point de départ de notre mémoire. Il permet la mise en place de notre problématique et établit les objectifs de réponse que nous nous sommes fixés.

Notre réflexion porte sur la prise en charge du patient anxieux et algique pour des examens radiologiques dont nous sommes les acteurs.

## **1 - Anxiété et douleur**

### A) **La douleur**

Le mot douleur vient du latin "dolor" qui signifie souffrance.

#### **Définitions:**

Par le dictionnaire Larousse illustré édition 2007:

Sensation pénible ressentie dans une partie du corps, résultant d'une impression produite avec trop d'intensité.

Par l'Association Internationale de l'Etude de la Douleur (1979):

C'est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou partielle. Cette définition est toujours valable.

Elle intègre plusieurs dimensions:

- des composantes sensorielles et physiques ;
- des composantes affectives, émotionnelles cognitives et intellectuelles ;
- des composantes comportementales, culturelles, ethniques, religieuses.

## **Deux catégories de douleurs:**

On distingue deux catégories de douleur : la douleur physique et la douleur psychique.

- La douleur physique est en relation avec une lésion somatique. Prenons pour exemple le traumatisme d'un membre ou le dysfonctionnement d'un organe.
- La douleur psychique est une souffrance personnelle. C'est le cas dans les dépressions qu'on qualifie de douleurs morales.

Cela mène à classer la douleur en deux catégories:

- Les douleurs chroniques : de type rebelle, installées depuis 3 à 6 mois. Elles sont peu ou pas soulagées.
- Les douleurs aiguës: correspondent à une lésion tissulaire ; c'est souvent un symptôme qui joue un rôle d'alarme.

## **Physiologie de la douleur:**

La douleur est la conséquence de la stimulation d'un ou plusieurs récepteurs sensoriels spécifiques.

Le message douloureux provoqué par exemple par une blessure est transmis par les nocicepteurs de la moelle épinière par l'intermédiaire de fibres nerveuses.

La douleur provoque des modifications physiologiques telles que les troubles de la fonction respiratoire, une variation du rythme cardiaque. Ces manifestations s'accompagnent d'attributs caractéristiques comme la recherche de positions antalgiques.

La douleur aiguë peut diminuer les facultés de discrimination et de raisonnement d'un patient. Elle peut aussi limiter le comportement de ce dernier au seul contexte du phénomène douloureux.

## B) **L'anxiété**

C'est un « *trouble émotionnel se traduisant par un sentiment indéfinissable d'insécurité* » (Larousse). Lors d'examens radiologiques, ce trouble a des causes diverses. L'examen en lui-même peut être source de perturbations pour le patient. Le contexte hospitalier, la qualité de l'accueil, la raison de la présence du patient, l'attente du résultat sont également des facteurs stressants pour le patient qui arrive dans un milieu parfois inconnu.

Nous avons estimé intéressant de décrire ces deux états afin de comprendre leurs mécanismes et d'y trouver plus facilement une solution.

## **2 - Les appréhensions du patient face à l'examen radiologique**

Différentes sortes d'appréhensions sont à mettre en évidence en radiologie en fonction du type d'examen. Nous avons pris conscience de toutes ces appréhensions au cours des stages. Ainsi, on distingue :

- le patient phobique, anxieux par rapport à son examen : la peur des piqûres au scanner, la claustrophobie en IRM, l'attente du résultat (peur de déceler une maladie grave ou en mammographie par exemple, l'attente d'un dépistage pour un cancer du sein, peuvent provoquer des comportements très anxiogènes sur certains patients) ;
- le patient algique pour un acte radiologique invasif : cystographie, arthrographie, artériographie, les ponctions/biopsies.

### **3 - Le manipulateur d'électroradiologie médicale face aux appréhensions du patient**

Les comportements du patient influent sur la qualité de l'examen en lui-même et vont même parfois jusqu'à une incapacité totale de sa réalisation. Il est donc de notre devoir en tant que manipulateur de prévenir et de réduire ces risques.

Pour faire face au stress du patient, le soignant ne dispose pas véritablement d'armes mise à part certains médicaments ou traitement, sa compétence personnelle, son tact et sa qualité d'orateur. Ces aptitudes n'étant pas présentes chez tout individu, elles ne le sont donc pas chez tous les manipulateurs.

Notre interrogation a donc porté sur une seule et même technique capable de contrer à la fois l'anxiété et la douleur sans prise de médicaments ou en diminuant la posologie. L'hypnose apparaîtrait comme une solution à ces problèmes.

### **4 - L'hypnose comme solution?**

L'hypnose comporte une multitude de techniques, chacune présentant des applications plus ou moins complexes. Nous n'allons pas toutes les détailler mais il serait cependant intéressant de se concentrer sur celles qui seraient applicables et praticables en radiologie. C'est aussi un phénomène méconnu et qui suscite parfois des réactions plutôt négatives, songeuses voire farfelues. A nous de corriger ces aprioris.

### **5 - Problématique**

Suite à cette première réflexion, nous dégageons la problématique suivante :

**Pour une prise en charge non-médicamenteuse de la douleur et de l'anxiété du patient, l'hypnose médicale semble applicable en service d'imagerie.**

# **I – DESCRIPTION DE L’HYPNOSE**

Afin de bien placer l’hypnose dans un contexte médical et bel et bien concret nous avons estimé nécessaire d’établir un historique de la technique. Il permettra, d’une part, de faire quelques rappels sur son histoire et, d’autre part, il mettra déjà en évidence quelques explications sur ce phénomène qui fut, et est encore, bien trop souvent décrit comme mystérieux et incompréhensible. Nous définirons ensuite le terme. Enfin, nous expliquerons la technique, ses étapes et son principe d’action.

## **1 - Historique et évolution de l’hypnose**

### **A) Origines lointaines**

Les phénomènes hypnotiques en tant que tels ont toujours existé. Les plus anciennes traces remontent à l’Antiquité, où les Grecs pratiquaient une médecine par les songes dans le sanctuaire d’Epidaure. Cependant, les mécanismes qui régissent le phénomène sont restés longtemps incompris.

### **B) Le magnétisme animal**

Il est généralement admis que l’histoire de l’hypnose commence au 18<sup>ème</sup> siècle avec le médecin allemand Franz Anton MESMER.

Ce dernier permit d’isoler le phénomène hypnotique du contexte magique et théologique en donnant une interprétation rationnelle de l’hypnose.

Sa théorie se base sur l’existence d’un fluide magnétique présent dans tout être et dont on peut faire une utilisation thérapeutique : c’est le « magnétisme animal », terme qu’il utilise à partir de 1773.

Cette théorie sera assez vite écartée pour laisser place à des théories plus modernes qui rejeteront la notion de fluide et concluront que l’imagination est la véritable cause des effets attribués au magnétisme.

### C) **L'hypnose**

Le terme « « hypnose » lui-même n'est apparu qu'en 1843, année où James BRAID, chirurgien écossais, entreprend d'établir les bases scientifiques de la compréhension du phénomène.

Il reprend les travaux de MESMER mais propose une définition plus moderne. Pour lui, il s'agit d'une modification de la conscience, un « état de sommeil nerveux ».

Il découvre que l'hypnose est produite par une concentration sur une cause physique. Durant ses expériences, il utilise d'ailleurs la fixation d'un point lumineux comme technique d'induction.

Il décide alors d'utiliser cette méthode pour anesthésier des patients lors d'interventions chirurgicales.

Le mérite de BRAID est également d'avoir compris que l'hypnose relevait plus d'un savoir scientifique, psychologique et de savoir-faire que d'un pouvoir. L'hypnotiseur ne fait que remplir le rôle qui lui est assigné par le sujet en demande d'hypnose.

### D) **L'hypnose en France**

En France, c'est vers 1880 que l'hypnose arrive en force grâce à deux professeurs d'université célèbres. Il s'agit du neurologue Jean-Martin CHARCOT à la Salpêtrière et du Docteur Hippolyte BERNHEIM de la clinique médicale de Nancy. Ces deux scientifiques défendent chacun des positions extrêmes concernant l'hypnose, ce qui divisa le monde médical et provoqua la naissance de deux écoles.

BERNHEIM définit l'hypnose comme un simple sommeil produit par la « suggestion » et susceptible d'applications thérapeutiques. L'influence provoquée par une idée suggérée est acceptée par le cerveau.



Une suggestion peut inhiber une sensation comme la douleur ou aussi produire une émotion agréable permettant de supprimer ainsi des émotions comme l'angoisse, la tristesse ou la colère. La méthode est appelée psychothérapie.

Cette reconnaissance de l'hypnose par le professeur BERNHEIM permit aux médecins de pratiquer ouvertement la technique.

Par opposition, l'étude menée par CHARCOT tente de démontrer que l'état hypnotique est un état hystérique. Pour CHARCOT, l'hypnose est donc un état physiopathologique, ce qui est faux bien sûr, mais cela donnera une mauvaise réputation à l'hypnose.

Plus tard, les concepts de CHARCOT furent donc rejetés, notamment grâce au triomphe de l'école de Nancy de BERNHEIM qui a pu démontrer que la capacité à être traité par l'hypnose était une capacité naturelle.

#### E) **Hypnose et psychanalyse**

En 1885, Sigmund FREUD effectue un stage chez CHARCOT où il découvre l'hypnose. Il utilise alors cette technique dans ses recherches durant neuf années et établit alors le concept d'inconscient.

Il décide d'appliquer une méthode qui parvient à guérir des malades de leurs symptômes en retrouvant, sous hypnose, divers souvenirs traumatiques de leur enfance ou des souvenirs oubliés. Mais il abandonne progressivement cette technique considérant que la « suggestion » et l'hypnose ne fonctionnent pas suffisamment pour fonder un traitement.

En 1917, il déclare lors d'une conférence sur l'introduction de la psychanalyse : « je suis en droit de dire que la psychanalyse proprement dite ne date que du jour où l'on a renoncé à avoir recours à l'hypnose ».

Mais certaines personnes affirment que FREUD aurait obtenu beaucoup plus de réussites thérapeutiques avec l'hypnose qu'avec la psychanalyse qu'il a développée ensuite.

## F) **L'hypnose moderne**

Une forme moderne de l'hypnose est issue des travaux de Milton Hyland ERICKSON (1901-1980), psychiatre américain, qui a passé une partie de sa vie à étudier l'hypnose et son utilisation en psychothérapie.

Ses découvertes ont révolutionné la vision moderne de l'hypnose qui est très éloignée de ce que l'on croyait au début du 20<sup>ème</sup> siècle.

L'hypnose ericksonienne réhabilite l'hypnose abandonnée par Freud et permet des recherches scientifiques, notamment avec l'aide des récentes évolutions en imagerie médicale (IRM, Pet Scan) qui a pu montrer que l'hypnose est bien un état spécifique.

Le Dr Milton ERICKSON comprend assez vite que si une grande proportion de la population n'est soi-disant pas hypnotisable, cela est dû à la pauvreté des techniques de communication utilisées.

En effet, les techniques d'induction utilisées sont très directives et souvent autoritaires. Les suggestions adressées au sujet sont en quelque sorte des ordres auxquels il est logique qu'il ait envie de s'y opposer.

Il prouve ainsi que pratiquement tout le monde est hypnotisable. Il suffit de parler le langage du patient et d'abandonner l'autorité et les suggestions directes pour privilégier la permissivité et les suggestions indirectes.

Erickson aime parler par analogies et raconter des histoires avec ou sans processus hypnotique. Ce sont en quelque sorte des métaphores thérapeutiques. C'est un excellent conteur et sa technique s'adapte aussi bien aux patients souffrant de problèmes médicaux, psychosomatiques, psychologiques ou psychiatriques.

Il obtient ainsi un nombre de réussites thérapeutiques étonnant.

Depuis plusieurs années de nombreuses écoles en France proposent des formations à l'hypnose thérapeutique ou médicale, notamment différents instituts Milton Erickson. Des psychologues, des médecins, des [psychothérapeutes](#) se forment à l'hypnose qui fait ainsi petit à petit son entrée dans les hôpitaux. Au CHU de Liège (Belgique), l'hypnose est utilisée pour faire des opérations de [chirurgie](#) sans recours à une anesthésie générale. Cependant, cette pratique, comme d'autres techniques thérapeutiques, n'est encadrée d'aucune législation véritable.

## **2 - Définitions**

On trouve de nombreuses définitions de l'hypnose. Nous en avons extraites quatre principales afin d'avoir une idée globale du phénomène.

### **A) Par l'AFEHM (Association Française pour l'Etude de l'Hypnose Médicale)**

L'hypnose est définie comme *« un processus relationnel accompagné par une succession de phénomènes physiologiques, tels qu'une modification du tonus musculaire, une réduction de la perception sensorielle (dissociation), une focalisation de l'attention, dans le but de mettre en relation un individu avec la totalité de son existence et d'en obtenir des changements physiologiques, des changements de comportement et de pensée ».*

### **B) Par la commission de la British Medical Association**

En 1955, l'hypnose est définie comme *« un état passager d'attention modifié chez le sujet, état qui peut être produit par une personne et dans lequel divers phénomènes peuvent apparaître spontanément ou en réponse à des stimuli verbaux ou autres. Ces phénomènes comprennent un changement dans la conscience et la mémoire, une susceptibilité accrue à la suggestion et l'apparition chez le sujet de réponses et d'idées qui lui sont familières dans son état d'esprit habituel. En outre, des phénomènes comme l'anesthésie, la paralysie, la rigidité musculaire et des modifications vasomotrices peuvent être dans l'état hypnotique produits ou supprimées. »*

C) **Selon Milton H. Erickson**

Qui écrira : « *L'état d'hypnose est essentiellement un état de concentration mentale, durant lequel les facultés de l'esprit du patient sont tellement accaparées par une seule idée ou par un train de pensées que, pour le moment, il devient mort ou indifférent à toute considération ou influence.* » C'est « *comme un état de conscience particulier qui privilégie le fonctionnement inconscient par rapport au fonctionnement conscient* ».

Et qui dira également que : « *L'hypnose est un état de conscience dans lequel vous proposez de communiquer au patient des connaissances et des idées et ensuite vous le laissez utiliser ces connaissances et ces idées en fonction de son propre répertoire unique d'apprentissages corporels, ses apprentissages physiologiques* ».

D) **Par le dictionnaire Petit Larousse illustré 2007**

*Hypnose: n.f. (du grec hypnoûn, endormir) Etat de conscience particulier entre réveil et le sommeil provoquer par la suggestion.*

On ressort de ces quatre définitions une idée globale qui veut que l'hypnose soit un état dans lequel une personne se perd dans ses pensées et quitte momentanément l'espace dans lequel elle est pour se concentrer sur autre chose. Elle est fixée sur cette nouvelle pensée et oublie la précédente. C'est cette notion qui nous a plus particulièrement intéressées dans l'approche du sujet. Une technique qui permette d'éloigner l'attention du patient de la raison pour laquelle il est là.

### **3 - Quelques rappels et explications sur la technique de l'hypnose**

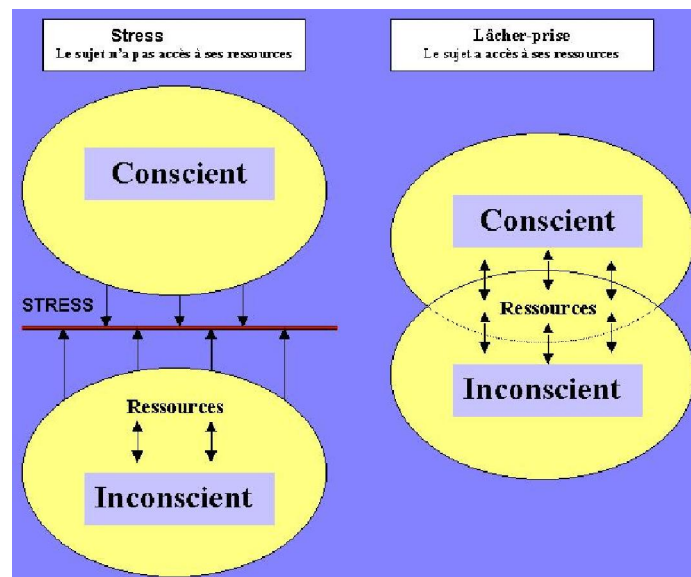
#### **A) Conscient et inconscient**

Tout homme a en lui les ressources dont il a besoin, mais il n'y a pas accès, ou mal (de manière parcellaire). L'hypnose est un pont, faisant la liaison entre le conscient et l'inconscient.

Le conscient, c'est la conscience du moi ici et maintenant, c'est-à-dire les quelques choses que vous êtes en train de faire, les quelques choses auxquelles vous portez attention.

L'inconscient, c'est tout le reste, «ce qui n'est pas conscient», conception ericksonienne très large. Ainsi, consciemment, on peut faire 4 ou 5 choses en même temps, au grand maximum. Alors que l'inconscient gère l'activité des sens, la physiologie, les connaissances... L'hypnose établit un lien vers cette richesse intérieure.

En hypnose, on s'adresse à l'inconscient, on le questionne et il nous répond.



**Schéma 1 : Conscient/Inconscient (par J.Boutillier)**

## B) **Hypnose et transe**

- **L'hypnose**: l'hypnose ericksonienne est composée d'un ensemble de techniques, avec ou sans transe, qui visent à permettre au sujet d'utiliser toutes ses ressources, conscientes et inconscientes dans le cadre d'une problématique donnée ou d'une évolution souhaitée.
  
- **La transe**: de transir (passer, s'en aller...) représente l'état de conscience modifié (entre veille et sommeil) dans lequel le sujet se trouve pendant la séance d'hypnose. Il s'agit d'entrer dans un état d'attention intermédiaire, un état d'absorption naturel que nous traversons tous, tous les jours (par exemple l'élève assis en classe qui regarde par la fenêtre, son corps est présent mais l'esprit est ailleurs). En hypnose ericksonienne, cette absorption du sujet sera tournée vers lui-même, ce que l'on nomme focalisation interne.

Cette focalisation interne naît d'un recul, celui du conscient. Le sujet s'occupe moins de l'extérieur, se tourne donc vers l'intérieur. Les stimuli externes perdent de leur importance. Sorti de ce cadre conscient, le sujet change son orientation à la réalité, s'ouvre à de nouvelles ressources, possibilités d'évolutions jusque là, inconscientes. Des compétences personnelles se développent : créativité, imagination, ressources de changement, accès à des savoirs, connaissances...mais aussi et pourquoi pas une confiance accrue en vue d'un examen radiologique dérangeant.

### C) **Les canaux sensoriels**

Les exercices pour induire l'hypnose ont un seul objectif : changer de sensorialité. Le sujet quitte la relation ordinaire que nous avons au quotidien avec les choses et les êtres. Il quitte le contrôle, la raison, la logique, l'analyse, la critique. Il y parvient par la confusion induite par des suggestions. Il trouve une ouverture au corps et une présence intuitive à ce qui l'entoure.

Avec quelques variantes, une séance d'hypnose se déroule toujours suivant la même progression : un entretien préalable permet d'instaurer une relation de confiance en faisant le point sur les motifs de consultation, et d'entrer en contact avec l'autre afin de découvrir sa lecture de la réalité. Il s'agit en fait d'identifier les canaux de perception sensoriels (vue, ouïe, odorat, toucher, goût) de la personne, car chacun a un mode de représentation préférentiel, et de se donner, ainsi, les moyens d'une communication adaptée, efficace, permettant de modifier avec lui ce qui dysfonctionne.

Ainsi, par exemple, se rappelant un épisode de ski dans les alpes, certains vont construire la représentation de manière visuelle (genre carte postale), d'autres de manière auditive (bruit du vent, de la neige...) et d'autres enfin, de manière kinesthésique (sentir la chaleur du soleil, la fraîcheur de l'air sur le visage, les chutes...) Cette utilisation différente selon l'individu construit le filtre entre lui et la réalité.

### D) **Le langage du praticien**

Un langage simple, avec des phrases courtes, est toujours plus efficace. Un langage simple est un langage compris par tous, même par les non-initiés.

Une phrase courte est une phrase d'environ douze mots. Elle a un sujet, un verbe et un complément.

E) **La méthode du praticien**

- Le repérage : le praticien détermine quel est le canal sensoriel dominant chez le patient.
  
- La synchronisation : elle permet d'opter pour le même canal sensoriel que le patient, de s'adapter à son expression non verbale, et d'harmoniser le choix des mots à ceux du patient, ainsi que leur rythme sur celui de la respiration.
  
- L'ancrage : nous avons tous des références et nos évènements positifs ou négatifs sont « ancrés » en nous par des mots, des images, des gestes, des phrases. Ce sont les « ancrés » qui facilitent une « reprogrammation »



## **4 - Les étapes de l'état hypnotique**

L'hypnose est un processus qui comprend trois étapes qui succèdent à la veille ordinaire : l'induction, la dissociation, et la perception ou veille paradoxale.

### A) **La veille ordinaire**

Cet état de vigilance correspond aux activités du quotidien. Il est caractérisé par l'exercice de la logique, de la raison, de l'intellect et se nourrit également des informations transmises par les sens (la vue, l'ouïe...). On parle de contrôle.

### B) **L'induction**

La première phase est l'induction qui permet de quitter l'attention habituelle et d'accéder à un état de rêverie ou d'entrer dans l'imaginaire. En pratique, il est demandé au patient de faire abstraction du monde environnant et de se concentrer sur un élément (sa respiration, ou la fixation d'un point par exemple). En fixant longuement un point situé devant lui le patient va peut à peu ressentir de la fatigue, des troubles de la vue, un flou visuel... Il lui est impossible de regarder longuement un point en gardant une vision claire et définie.

En quittant la netteté visuelle, il arrive que le patient passe dans un état bizarre où il semble « absent », avec l'impression d'être ailleurs : l'hypnose débute.

### C) **La dissociation**

Le patient ressent son corps s'engourdir, il se dissocie progressivement de ses perceptions sensorielles : il entend moins, il voit moins, il ressent moins, il perd la notion du temps et de l'espace. L'exercice de la dissociation le défait de la perception de son corps mais également de ses croyances, et même de ses peurs.

#### D) **La perception**

Autant la dissociation est la phase d'absence où le patient n'est nulle part, autant la perception, ou veille paradoxale est la phase où il est partout. Il n'y a plus de limitations causées par la logique et la raison. La personne est libre d'entrer en relation avec tout son corps et pas seulement l'organe qui souffre par exemple. Cette perception totale, acquise uniquement à l'état hypnotique, permet au patient d'accéder à toutes les possibilités et capacités qu'il n'a plus dans la réalité.

#### E) **Réveil et entretien post hypnotique**

Le réveil doit être progressif afin que le sujet puisse se sentir tout à fait bien et qu'il ait le temps de « remonter » sans inconfort. Il se fait en général par décomptage de 10 à 1, au cours duquel on donne des suggestions de détente, de repos et de bien-être. Les patients apprécient généralement ce moment : ils semblent revenir d'un ailleurs, où ils seraient volontiers restés. Il arrive, rarement il est vrai, que chez certains sujets (sans causes apparentes), lors de « des-hypnotisations » brusques, surgissent des sensations de malaises avec nausées, céphalées, anxiété et vertiges. Il faut alors procéder à une nouvelle induction afin de faire disparaître ces symptômes et de réveiller progressivement le patient dans des conditions optimales. On insiste alors sur la disparition des malaises rapportés et on suggère une sensation de grand bien-être après la séance.

L'entretien post hypnotique qui suit est important. En effet, le récit que fera le patient de son vécu de la transe permettra au thérapeute de mieux s'adapter à sa demande en rectifiant ce qui a pu le gêner pendant la séance.

## **5 - L'hypnose comme réponse à la douleur**

Les premières observations de l'efficacité de l'hypnose sur la douleur ont été largement attribuées à la mise en jeu de mécanismes psychologiques de contrôle. Cet élément paraissait évident tant l'impact psychologique de la douleur, qu'elle soit aiguë, chronique, cancéreuse ou non, est important.

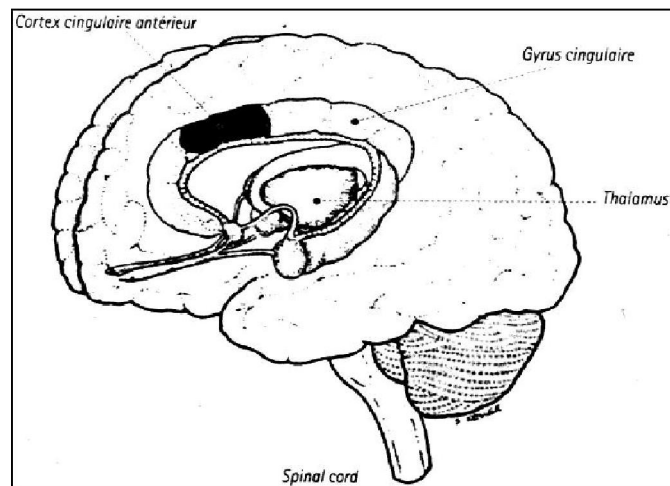
Sur la base d'une évaluation comparative, il est montré, par exemple, que l'hypnose a la même efficacité qu'une thérapie comportementale. Lorsque les critères d'application sont objectifs, en particulier lors d'interventions chirurgicales, l'effet analgésique propre de l'hypnose s'avère supérieur.

Ainsi, sans nier les conséquences psychologiques de la douleur, qui ne peuvent être remises en question, il serait réducteur de limiter l'action de l'hypnose. Ce phénomène est actuellement l'un des plus étudiés au monde : chez des sujets volontaires, on observe des modifications des seuils de sensibilité et une action sur les Contrôles Inhibiteurs Descendants de la Nociception (CIDN), c'est-à-dire les contrôleurs de la douleur.

Depuis une quinzaine d'années, le site cérébral de l'action de l'hypnose est activement recherché. Une étude a permis d'orienter les recherches vers le cortex cingulaire (voir schéma ci-dessous). L'action de l'hypnose sur cette zone cérébrale a été confirmée par le PET SCAN et a permis de la différencier de la relaxation, qui ne modifie pas le fonctionnement de la même région. Il a été également montré que le fonctionnement de cette même zone du cerveau était modifié par la douleur, mettant en évidence que l'hypnose agit au même endroit que la douleur.

Plus récemment, l'action sur la partie moyenne du gyrus cingulaire antérieur a été montrée.

Ainsi, une abondante littérature est apparue ces dernières années mettant en évidence une action spécifique de l'hypnose sur la transmission et l'intégration du message douloureux. Ces avancées majeures reposant sur des éléments objectifs et reproductibles permettront certainement de considérer l'hypnose comme un outil thérapeutique majeur, et d'en préciser les indications.



**Schéma 2 : Sites cérébraux d'action de l'hypnose**

## **II - TECHNIQUES HYPNOTIQUES**

Nous avons décidé de cibler deux sortes d'hypnose : hypno sédation et hypnose conversationnelle. Ce choix a été établi ainsi car l'application de ces techniques est déjà en cours depuis quelques années dans certains secteurs médicaux et permet des résultats très intéressants sur la prise en charge du patient. Nous avons donc cherché à mieux comprendre leur fonctionnement afin d'établir un possible parallèle avec la radiologie.

### **1 - Hypno sédation et hypno analgésie**

Nos recherches sur l'hypno sédation nous ont amenés sur des applications de la technique au bloc opératoire. Cette technique n'a jamais été pratiquée en radiologie. L'extraction et le recueil des données sont donc centrés essentiellement sur le bloc opératoire. Deux descriptions d'application de l'hypno sédation sont affichées en annexe. Nous apporterons ensuite notre réflexion personnelle sur une éventuelle application en radiologie.

#### **A) Hypnosédation**

Introduite à Liège en 1992 par le Docteur Marie Elisabeth Faymonville, la technique d'hypnosédation combine hypnose et sédation consciente intraveineuse. D'abord utilisée dans le secteur de la chirurgie plastique, elle s'est ensuite généralisée vers d'autres secteurs chirurgicaux : chirurgie endocrine, chirurgie abdominale, également ORL, ophtalmologie, gynécologie et urologie pour certains types de chirurgie. En 2006, plus de 5350 patients ont bénéficié de cette technique anesthésique.

## B) **Hypnoalgésie**

Dans ce cadre, l'hypnose est utilisée en association avec des médicaments et notamment des antalgiques. Le principe de cette technique consiste à utiliser la synergie réciproque de l'association entre des quantités minimales de produits anesthésiques et l'hypnose.

Celle-ci présente plusieurs objectifs :

- elle a pour but de diminuer la consommation des produits utilisés pour l'anesthésie générale ;
- elle est utilisée en association avec les techniques d'anesthésies locales ou loco régionales, comme on le retrouve dans les travaux de Faymonville qui utilise avec l'hypnose une anesthésie locale par infiltration et un dérivé de la morphine avec une benzodiazépine à faible dose.

Son action consiste à améliorer la tolérance physique ou psychologique et à modifier le vécu d'un examen.

## C) **Intérêts**

Leurs intérêts sont multiples : réduire la morbidité autour des interventions opératoires, l'anxiété du patient, la durée d'hospitalisation, et donc indirectement les coûts des soins de santé.

L'hypnose assure aussi un confort péri et postopératoire des patients, une récupération plus rapide, et évite les complications liées à une anesthésie générale lors d'interventions chirurgicales.

#### D) **Avantages**

L'hypnosédation et l'hypnoanalgésie présentent beaucoup d'avantages. L'examen se déroule avec un patient calme, immobile et coopérant, avec des conditions opératoires excellentes. Les doses d'analgésiques et d'anxiolytiques sont minimales.

Enfin, on note une diminution significative des douleurs postopératoires (24h), et une récupération post opératoire accélérée. L'hypnose s'avère donc être un réel bénéfice pour le patient demandeur.

#### E) **Inconvénients**

Ces applications hypnotiques imposent des changements dans les habitudes de travail de l'équipe médicale et paramédicale.

Comme le patient reste conscient au cours de la chirurgie, les bruits de la salle d'opération doivent être réduits : conversations à voix basse, diminutions des bruits du monitoring et des alarmes, préparation des instruments chirurgicaux, préparation de la salle. Une collaboration étroite entre chirurgien et anesthésiste est indispensable. L'anesthésiste reste le seul interlocuteur avec le patient.

Les manipulations chirurgicales doivent être douces et précises, et chaque membre de l'équipe doit garder une maîtrise de soi quoiqu'il arrive en cours de chirurgie. Toute l'équipe s'adapte non seulement aux besoins physiologiques mais aussi psychologiques du patient.

#### F) **Indications**

Tout d'abord nous rappelons que l'hypnose ne peut être pratiquée que sur demande du patient. Cet outil peut être proposé par l'anesthésiste ou le chirurgien.

L'hypnose convient aux personnes qualifiées de malade à haut risque anesthésique, au contrôle des douleurs d'accouchement, apparaît comme une nouvelle technique de prémédication chez l'enfant.

### G) **Contre-indications**

Elles sont peu nombreuses et découlent d'une certaine logique d'application de la technique. On retrouve l'allergie aux anesthésiques locaux, la surdité, et les troubles psychiatrique.

### H) **Déroulement d'un acte chirurgical sous hypnosédation**

Le patient doit être motivé, et confiant dans le thérapeute. L'ensemble de l'équipe soignante doit adhérer au projet.

Avant l'intervention, les consultations; l'anesthésiste aura une double consultation à mener. La consultation pré-anesthésique et la consultation "pré-hypnose". Le thérapeute recherche l'orientation sensorielle de son patient pour adapter sa communication aux canaux préférentiels du patient. Il recherche également ses centres d'intérêt et également les sujets qu'il ne souhaite pas aborder. L'intérêt d'une transe préalable n'est pas établi. Enfin, l'éventualité d'une conversion en anesthésie générale est évoquée.

L'opérateur pourra être celui qui propose la réalisation de son intervention avec hypnose : il pourra aussi avoir à répondre aux questions du patient concernant l'hypnose d'où l'intérêt de son information préalable.

Le jour de l'intervention, le patient est généralement admis le matin de l'intervention, à jeun. La prémédication fait souvent appel à l'hydroxyzine (Atarax). Au bloc on utilisera de préférence tout ce qui peut suggérer le calme, la confiance en soi, la détente. Puis on procède à l'induction de transe hypnotique sur le patient et l'examen peut commencer.

En fin d'intervention, le patient est ou non dirigé vers la salle de réveil en fonction de l'acte réalisé puis retourne dans sa chambre où il pourra s'alimenter.



## I) **Réflexions**

Ces applications hypnotiques sont destinées à optimiser la prise en charge des patients. Telles que nous les avons découvertes, elles semblent très efficaces mais s'orientent plutôt vers des interventions lourdes comme la chirurgie. Pour établir une connexion avec la radiologie il faudra donc se centrer sur des actes relativement importants telles que la radiologie vasculaire, les biopsies ou ponctions sous scanner, sous échographie.

Les avantages et inconvénients trouvés lors d'une intervention chirurgicale semblerait se vérifier pour une intervention radiologique vasculaire par exemple. Mais les changements que susciterait son application apparaissent pour le moment trop importants. L'accord du médecin, sa présence pour la prémédication et l'injection des analgésiques et anxiolytiques, l'omniprésence du praticien hypnotique, l'organisation de toute l'équipe autour de ce praticien sont des exemples.

Nous recherchons cependant une technique simple et rapide qui s'adapte à la prise en charge du patient anxieux et algique. Nous ne développerons donc pas trop ces techniques car elles ne permettent pas une progression réelle dans la poursuite de notre démarche et apparaissent pour le moment trop complexe. Il était cependant important de les nommer et de les décrire dans notre projet car elles permettent une ouverture sur l'utilisation de l'hypnose.

## **2 - Hypnose conversationnelle**

L'hypnose conversationnelle est la base de toute technique d'hypnose. Vous l'avez peut-être déjà pratiquée très succinctement sans vous en rendre compte. Il s'agit simplement d'une épreuve de communication entre le praticien et le patient ou le destinataire en demande d'aide. Nous l'avons choisi car elle apparaît simple d'utilisation et d'adaptation à la radiologie. Il ne s'agit en effet pour le professionnel que d'une manière de s'exprimer et de communiquer pour rassurer le patient.

### **A) La communication**

Les théories de la communication développées en 1950 s'articulent autour de 3 éléments :

- le langage verbal : il constitue le fond du discours et concerne le choix des mots ;
- le langage para verbal : c'est à dire les modulations de la voix, son intensité, le débit des paroles ;
- le langage non verbal : il est représenté par notre façon d'utiliser notre corps, de nous déplacer, nos gestes.

Langage para verbal et langage non verbal représentent la forme donnée au discours face à son interlocuteur. L'association et l'homogénéisation de ces deux langages crédibilisent la communication en augmentant sa pertinence.

Il convient de s'assurer que le message émis par le soignant a été bien compris par le patient. Ce qui est important dans la communication ce n'est pas seulement ce qui est dit par l'émetteur mais ce qui est compris par le récepteur : il faut donc s'assurer de ce qui a été reçu et si nécessaire modifier et reformuler le message si besoin est.

Afin d'adresser un bon message au patient et de se présenter à lui dans les meilleures conditions, cinq qualités apparaissent essentielles. Afin de s'en souvenir on retiendra l'acronyme CAPRI.

**CAPRI** pour :

**Calme**

**Attentif**

**Positif**

**Réactif**

**Imaginatif**

**Calme** et confiance en soi permettent d'influencer le patient pour qu'il soit lui-même confiant. Les déplacements se font dans la mesure du possible sans précipitation, les mots sont dits sur un rythme tranquille, les cris sont évités, et seuls les intervenants indispensables sont présents.

**Attentif** à l'environnement et aux réactions des personnes impliquées pour adapter son comportement.

**Positif.** Les gestes techniques seront tous expliqués de manière rassurante sans inquiéter le patient.

**Réactif.** Rester en alerte et avoir confiance dans le pouvoir des mots.

**Imaginatif.** Être capable de créer et d'utiliser à bon escient le vocabulaire et la tournure des phrases.

Le soignant qui s'imprègne des théories de la communication augmente son efficacité thérapeutique, améliore la pertinence de l'information transmise et tend à prévenir les conflits ou les différentes incompréhensions avec l'ensemble des interlocuteurs. Cette communication est à la base de l'induction d'une hypnose conversationnelle.

## B) **Technique de l'hypnose conversationnelle**

L'hypnose conversationnelle désigne une forme particulière de communication au patient s'inscrivant pleinement dans le cadre d'une relation d'aide (relation soignant-soigné). Elle a été développée par le psychiatre Milton Hyland Erickson. À partir de la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle, ses travaux ont permis de mettre en place une véritable réflexion sur la forme de communication hypnotique.

Dans cette technique d'utilisation du langage à but d'induction hypnotique, on retrouve :

- Un langage verbal :

- l'adaptation au langage du patient ;

- l'utilisation des valeurs du patient ;

- l'emploi du temps présent et tournures affirmatives, les tournures encourageantes et valorisantes (renforcement positif : "c'est bien") ;

- l'emploi de formules ouvertes, permissives ("peut-être", "vous pouvez", "il est possible que") ;

- la prévention des intentions du thérapeute et le remplacement d'une explication par une chose racontée ;

- Un langage para verbal :

- l'ajustement au rythme du patient : adapter la parole à son rythme respiratoire, parler sur l'expiration du patient accentue son attention ;

- l'utilisation de sa voix : l'intensité baisse, la voix devient monocorde, insérer des pauses ;

- Un langage non verbal :

- la posture du professionnel, ses gestes, son attitude ;

- les sensations corporelles du patient : contacts, espace de la pièce, ses repères sur son environnement, insister sur les limites, un espace de sécurité ;

- Des procédés hypnotiques :

- des suggestions simples, faciles à suivre, ouvertes, qui concernent spécifiquement le sujet, et qui peuvent provoquer le changement d'attitude, le passage d'un instant angoissant vers des expériences plus agréables ;

- la dissociation : elle permet au patient de s'extraire de sa situation actuelle. Plus particulièrement, la dissociation impose au sujet une double vision sur lui-même. L'une est consciente et l'autre est inconsciente. Pendant qu'une partie du patient écoute, l'autre partie, inconsciente, peut entendre d'une autre façon ;

- la proposition d'un cadre : des "comme si vous dormiez", "comme si vous étiez à l'intérieur de vous même", "comme si vous étiez au cinéma, totalement absorbé par le spectacle", "comme si vous ne sentiez plus votre corps", etc... Tous ces "comme si" permettent au sujet de construire un cadre hypnotique ;

- la surprise. Plus les techniques utilisées par le thérapeute embrouillent et surprennent le sujet, plus rapidement ce dernier perdra ses repères immédiats. Lorsque ces repères sont perdus, le sujet a tendance à accepter plus facilement ceux que le praticien propose ;

- le contrôle. Dire que le patient peut contrôler ce qui se passe. Il est rassurant de savoir que l'on peut mettre en échec ce que demande l'autre. Donner des permissions : au lieu de dire "détendez-vous, respirez tranquillement " on dira : "lorsque vous serez prêt, vous pourrez vous détendre, à votre rythme " .

Finalemment cette technique d'hypnose peut se résumer tout simplement à une manière de s'exprimer pour le professionnel. Dans cette expression il se doit à la fois de rassurer sans impressionner, mais il doit également utiliser le langage approprié en repérant les besoins du patient. Le but du praticien est de sortir le patient de son contexte présent. Ainsi, le patient anxieux ou algique est détourné de ses maux par une conversation adaptée, ciblée et contrôlée. C'est la technique qui paraîtrait la plus adaptée à une application hypnotique débutante pour un service de radiologie.

### **III – CADRE LEGAL**

Le but de nos recherches sur cette partie a été d'obtenir des informations sur la possibilité de pratiquer l'hypnose en réponse à la demande du patient. Nos questions ont donc porté sur le droit du patient en général ainsi qu'à son droit face à la douleur. Nous avons ensuite vu la législation et les obligations du manipulateur en électroradiologie face à cette demande. Les documents officiels sont affichés en annexes. Les articles ciblés permettent de mieux cerner l'obligation d'intervention du manipulateur pour le patient sans pour autant rejeter une technique telle que l'hypnose.

#### **1 - Textes officiels**

##### A) **Loi du 4mars 2002 : n° 2002-2003 article L.1110-5**

Cette loi, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, précise que « **toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée...** ».

Quelles que soient les circonstances, le patient a donc le droit à une prise en charge de sa douleur, aussi bien dans la prévention des douleurs symptomatiques que dans les douleurs induites par les soins, notamment les soins radiologiques.

##### B) **Le plan de lutte contre la douleur 2006-2010**

Ce plan, établi par le ministère de la santé, concerne la prise en charge de la douleur chez toutes les populations concernées. Dans notre démarche les deuxième et troisième points sont intéressants.

Deuxième point du plan de lutte contre la douleur :

**« 2) Renforcer la formation pratique initial et continue des professionnels de santé. Dans le cadre du plan, le Gouvernement souhaite créer un diplôme d'étude spécialisée complémentaire sur la douleur et les soins palliatifs, mieux intégrer la douleur au sein du diplôme d'études spécialisées de médecine générale et inscrire ce thème dans le cadre de la formation professionnelle continue des médecins libéraux ».**

Cette partie conforte l'idée d'une prise en charge nouvelle de la douleur, notamment par des améliorations de la formation voire des nouveautés. L'hypnose peut pourquoi pas faire partie de ces innovations dans le cadre de la formation de manipulateur en électroradiologie.

Troisième point :

**« 3) Améliorer les traitements médicamenteux et les méthodes non pharmacologiques dans des conditions de sécurité et de qualité »**

Ce point se réfère à notre interrogation sur une prise en charge non-médicamenteuse du patient. L'amélioration de ces « méthodes non pharmacologiques » peut passer par l'induction de techniques hypnotiques qui remplaceraient le prise de substances diverses.

Cette substitution éviterait les multiples risques d'interactions médicamenteuses, d'allergies, d'incompatibilité de traitement et pourrait être bénéfique sur la vitesse de rétablissement du patient et sur un plan économique. La réduction du nombre de médicaments entraînant une diminution du coût de traitement.



C) **Charte du patient hospitalisé : circulaire du 6 mai 1995 du ministère de la santé**

Article 2 :

**« Au cours des traitements et des soins, la prise en compte de la dimension douloureuse, physique et psychologique des patients et le soulagement de la souffrance doivent être une préoccupation constante de tous les intervenants »**

Cet article implique moralement tous les acteurs de santé (médicaux et paramédicaux) dans la prise en charge de la douleur physique et psychologique. Le manipulateur est donc concerné par l'état algique du patient et se doit d'y répondre par les actes nécessaires qui lui sont permis.

**« Tout établissement doit se doter des moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent et intégrer ces moyens dans son projet d'établissement, en application de la loi n° 95-116 du 4 février 1995 »**

Cette réglementation s'applique à tous les établissements de santé et concerne les hospitalisés qui ont eu le droit d'être soulagés de leur douleur quel que soit le service qui les accueille. Les établissements de santé doivent mettre en œuvre des moyens de prise en charge de la douleur qui devront être définis dans leur projet d'établissement.

**D) Décret n° 97-1057 du 19 novembre 1997 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale modifié (Décret n°2000-509 du 6 juin 2000)**

Ce décret énonce toutes les aptitudes, qualités et devoirs du manipulateur d'électroradiologie dans le cadre de sa profession. Les articles 3, 5 et 6 nous intéressent plus particulièrement pour notre investigation. Ils témoignent de la capacité et du devoir du manipulateur à prendre en compte les besoins du patient et à y répondre en proposant sa pratique professionnelle et en respectant l'évolution des techniques du métier. Pourquoi ne pas voir dans cette pratique professionnelle et cette évolution la pratique de l'hypnose ?

**Article 3.-« En outre, dans le cadre de l'exécution des actes mentionnés à l'article 2, le manipulateur d'électroradiologie médicale :**

- a) Participe à l'accueil du patient et l'informe du déroulement de l'examen ou du traitement ;**
- b) Participe à l'identification des besoins somatiques du patient en rapport avec les techniques utilisées ;**
- c) Met en place le patient, conformément aux exigences de la technique utilisée, en tenant compte de son état clinique ;**
- d) Participe à la surveillance clinique du patient au cours des investigations et traitement et à la continuité des soins ;**
- e) (...)**
- f) Accomplit, en cas d'urgence, les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention du médecin ;**

Cet article énonce le devoir du manipulateur face à une prise en charge optimal du patient. Il se doit de l'accueillir, de le rassurer et de le surveiller en tenant compte de son état physique et psychologique. En réponse au mal-être du patient, le manipulateur d'électroradiologie se doit de réagir par les actes et les techniques nécessaires et adaptés. Parmi ces techniques, l'hypnose n'est pas proscrite.

**Article 5.-« Le manipulateur d'électroradiologie médicale adapte sa pratique professionnelle à l'évolution des sciences et des techniques.**

**Dans l'exercice de son activité, il tient compte des caractéristiques psychologiques et sociales de la personnalité de chaque patient, à tout âge de la vie. »**

L'article 5 s'adapte complètement à notre démarche. Il précise le caractère essentiel du professionnel d'imagerie médicale de s'adapter et de suivre les différentes évolutions du métier. Les innovations, les découvertes et nouvelles technologies sont essentielles à une progression du milieu médical. L'application de nouvelles techniques, permettant une prise en charge optimisée du patient, l'est tout autant. L'hypnose peut faire partie de ces avancées. Le manipulateur se doit de suivre cette progression.

**Article 6.-« Selon les secteurs d'activité où il exerce et les besoins rencontrés, le manipulateur d'électroradiologie médicale propose et organise différentes actions, notamment d'éducation, de recherche, de prévention, de dépistage, de formation et d'encadrement, ou y participe. Ces actions concernent en particulier :**

- a) **La formation initiale et continue des manipulateurs d'électroradiologie et d'autres professionnels ;**
  - b) **La collaboration, en particulier avec les membres des autres professions sanitaires et sociales, à la réalisation d'interventions coordonnées, y compris en matière de prévention ;**
  - c) **La recherche dans son domaine professionnel, notamment en ce qui concerne l'hygiène, la sécurité, la radioprotection et l'assurance de la qualité.**
- Il participe également à des actions de secours, de médecine et de catastrophe humanitaire.**

Dans sa qualité de professionnel, le manipulateur s'investit dans des actions de promotion du métier. Cette promotion est réalisée en parallèle avec les autres secteurs et professionnels de santé. Par rapport à l'hypnose, ce point nous intéresse particulièrement car il permet d'impliquer tout une organisation autour de cette technique, tant au niveau formation, développement qu'au niveau de son application.

## E) **Modalités de formation**

La formation à l'hypnose s'avère très facile d'accès pour tous, notamment les professionnels de santé. Elle est soumise à un cadre éthique qui entoure le respect et un intérêt pour le patient.

Pour le personnel paramédical, il faut s'orienter vers des organismes prenant en charge la formation à l'hypnose ericksonienne et aux thérapies brèves. Ce genre d'établissement est fréquent. Il est donc nécessaire de se renseigner sur la façon dont la formation est prodiguée. Elle se déroule en générale sous forme de modules et s'étale sur 4 à 5 weekends pour une pratique de base. Un exemple de formation par un organisme est affiché en annexe.

Pour le personnel paramédical, aucun diplôme n'existe. Il s'agit simplement d'un certificat de praticien en hypnose éricksonienne et thérapie brève. Cependant, il existe un diplôme universitaire (DU). Mais ce dernier n'est accessible que par les médecins.

Tous les extraits de textes officiels ne permettent pas de dégager véritablement une législation propre à l'hypnose. Ils laissent cependant une porte ouverte à toute utilisation de cette technique qui pourrait être une réponse à la fois à une évolution de la profession ainsi qu'à un perfectionnement de la prise en charge et du confort du patient. Cette pratique ne fait pas parti des compétences du manipulateur sur un plan légal, mais elle n'est pas non plus proscrite. De plus, elle présente une formation facile d'accès.

## **IV- METHODOLOGIE DE L'INVESTIGATION**

Cette enquête sur le terrain permet, à partir de nos recherches, de raisonner sur notre problématique. Ce questionnaire et la synthèse des résultats nous font progresser dans la démarche.

### **1- Choix des outils**

#### **A) Choix des outils**

Nous avons décidé d'établir un questionnaire pour les professionnels de santé. Ce dernier reprend les points qu'ils nous paraissaient importants d'aborder :

- la prise en charge du patient anxieux et algique ;
- la connaissance des techniques hypnotiques ;
- un nouvel outil, une nouvelle formation.

Au total, une vingtaine de personnes est concernée.

#### **B) Choix de la population**

Notre étude se concentre sur le personnel travaillant dans un service d'imagerie médicale (public et privé) et étant en relation avec les patients pour les examens :

- médecins radiologues ;
- manipulateurs en électroradiologie médicale.

L'échantillon des personnes interrogées est pris sur place un jour donné. Il cible toutes tranches d'âge, hommes et femmes.

<b>Manipulateur Radio</b>	<b>Secteur Public</b>	<b>Secteur Privé</b>
<b>Services</b>		
<b>TDM</b>	3	1
<b>IRM</b>	2	3
<b>IMAGERIE</b>	0	1
<b>VASCULAIRE</b>	1	0
<b>RADIOTHERAPIE</b>	1	2
<b>MEDECINE NUCLEAIRE</b>	1	1
<b>TOTAL :</b>	<b>8</b>	<b>8</b>

<b>Radiologues</b>	<b>Secteur Public</b>	<b>Secteur Privé</b>
<b>Services</b>		
<b>TDM</b>	1	1
<b>IRM</b>	0	1
<b>VASCULAIRE</b>	1	0
<b>TOTAL :</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

### C) Modalités

Le recueil de données se déroule dans l'enceinte de services d'imagerie médicale. Il est établi à partir d'entretiens retranscrits sous forme de notes. Il ne s'agit pas véritablement d'un questionnaire ouvert mais plus simplement d'un rapport de discussion et de conversation avec les professionnels lors de divers passages sur les terrains de stage. Par mesure de confidentialité, nous garantissons l'anonymat des structures et des personnes concernées.

## **2 - Questionnaire**

- 1) Connaissez-vous l'hypnose ? Qu'évoque-t-elle pour vous ?
  
- 2) Comment prenez-vous en charge un patient anxieux et algique ?
  - Utilisez-vous une technique de communication spécifique ?
  - Avez-vous été formé en communication ?
  
- 3) Seriez-vous prêt à suivre une formation pour pratiquer l'hypnose dans le but d'améliorer votre relation avec le patient ?
  - Que pensez-vous de son application dans un service d'imagerie ?

## **3) Résultats**

Toutes les réponses ont fait l'objet d'une synthèse qui regroupe les avis des professionnels.

### **Question 1:**

- Pour les radiologues:

L'application médicale de l'hypnose est connue dans sa globalité. Cependant ses conditions et techniques d'utilisation restent vagues. Il en résulte un certain scepticisme quant à son efficacité lors de la prise en charge du patient.

- Pour les manipulateurs:

L'hypnose dans son contexte médical est quasiment inconnue.

Mais il ressort une vision d'« hypnose théâtrale » ainsi qu'un avis plutôt péjoratif du phénomène. L'hypnose reste un objet de spectacle ou de manipulation aux yeux du manipulateur.

### **Question 2:**

- Pour les radiologues:

La prise en charge du patient apparaît plutôt classique. Prémédication d'analgésiques ou d'anxiolytiques.

Au sujet de la technique de communication, on dégage des explications brèves, à tendance rassurantes, un langage souvent hâtif et mal adapté au vocabulaire du patient.

La formation du médecin radiologue autour de la communication reste succincte tout au long de leur cursus. Elle devient du coup une démarche personnalisée de chaque professionnel.

- Pour les manipulateurs:

La prise en charge du patient se fait de façon académique : explications sur le déroulement de l'examen, interrogation sur les différentes formes de contre-indications. Au niveau de la gestion de l'anxiété et de la douleur, il existe trois types de discours :

- Certains, formés en sophrologie utilisent des techniques dites de relaxation (touchés, massages, respiration abdominale, conversation orientée...)
- D'autres utilisent leur qualité d'orateur (humour, charme, bonne humeur, expériences personnelles...)
- Les derniers n'ont pas de techniques appropriées et prennent en charge les patients de façon classique. Ils se réfugient derrière l'explication de l'acte technique afin de se détacher d'une prise en charge difficile.



Les manipulateurs ne bénéficient pas de cours de communication lors de leur formation. Ces différentes formes de prise en charge mettent en évidence la diversité des discours. Il en résulte des approches plus ou moins efficaces pour le bien-être du patient.

### **Question 3:**

#### - Pour les radiologues:

La plupart ne sont pas convaincus par le réel intérêt de l'hypnose dans la prise en charge du patient.

La formation à cette technique est jugée optionnelle voire superficielle.

Son application dans un service d'imagerie est remise en cause : la perte de temps dans la préparation hypnotique est l'argument principal développé par les médecins. La tarification à l'activité (T2A) impose en effet à un service d'imagerie médicale d'effectuer un grand nombre d'examens.

#### - Pour les manipulateurs:

Dans l'ensemble, les manipulateurs sont plutôt ouverts à cette nouvelle approche relationnelle avec leur patient, dans l'optique d'une meilleure prise en charge, et pour une réévaluation de leur rôle de soignant.

#### **4 - Analyse des résultats**

Il apparaît clairement au vue de ces résultats que l'hypnose est perçue de façons différentes selon les personnes interrogées. Sa connotation négative réside dans la méconnaissance et la peur du phénomène.

Il semblerait qu'il existe des lacunes des professionnels de santé pour la communication et la prise en charge des patients en difficulté.

Pour la plupart des personnes interrogées, la formation semblerait les intéresser afin de perfectionner leurs compétences ainsi que la qualité de leur travail quotidien.

Il est cependant important de mettre en avant les problèmes de temps liés à la réalisation de la technique mais aussi au temps de formation du praticien.

## **V – REFLEXIONS**

Suite à nos recherches et l'investigation menée sur le terrain, nous avons dégagé une théorie de la communication avec le patient afin d'améliorer la relation d'aide soignant-soigné. Nous apportons ensuite certaines propositions d'action.

### **1 - Théorie sur la communication patient-soignant**

Nous l'avons formulé sous forme de tableau :

<b>Prise en charge</b>	<b>Explications</b>	<b>Exemples</b>
<b>Centré sur le patient</b>	Etre à l'écoute de ses demandes et de ses besoins	« Est-ce que vous êtes confortablement installé ? »
<b>Attitude d'ouverture</b>	Réceptivité à tous les signaux : visuel, auditif, kinesthésique	Parler au patient tout en le regardant, en se mettant à sa hauteur. Faire attention à sa posture, au toucher.
<b>Non directivité</b>	Utiliser le canal de l'autre	La reformulation : c'est restituer le discours du patient en mettant la lumière sur certains points.
<b>Permissivité des émotions</b>	Autoriser les émotions tout en posant des limites	Face à un patient qui pleure lui demander : « Qu'est ce que vous ressentez » plutôt que de dire « il ne faut pas pleurer ». La relance : cela consiste à poser des questions complémentaires pour en savoir plus sur ce point précis qui nous paraît important

<b>Au langage du patient</b>	S'adapter au vocabulaire du patient	Le discours soignant ne doit être trop technique et se doit d'être compréhensible
------------------------------	-------------------------------------	---

La prise en charge globale du patient va nous permettre de créer une véritable relation soignant/soigné. En effet lors d'un soin effectué par le personnel paramédical il y a deux versants : le coté technique et le coté relationnel.

Le coté technique va comprendre : le geste technique, l'installation du patient, la manutention et l'hygiène.

Le côté relationnel, sur lequel nous nous concentrons, doit pouvoir offrir une aide au patient, sans lui imposer, et lui permettre de découvrir ou de reconnaître ses ressources personnelles qu'il utilisera à sa façon dans un processus de résolution du problème. Le coté relationnel va comprendre : l'accueil, l'information, l'écoute et le respect.

Grâce à cette prise en charge globale du patient, une relation d'aide sera proposée et instaurée grâce au langage hypnotique.

<b>Langage hypnotique</b>	<b>Explications</b>	<b>Exemples</b>
Absence de négation	Ablation des images négatives préconçues	« soyez tranquille » au lieu de : « n'ayez pas peur » « je vais vous faire l'injection » au lieu de : « je vous pique »
Suggestions	Proposition implicite susceptible d'entraîner un état, une sensation sans réellement le ou la nommer explicitement	« Vous aurez une agréable sensation d'appétit » au lieu de « vous n'aurez pas de nausées »
Utilisation d'images : allégorie, métonymie, synecdoque, comparaison, métaphore	Le patient se tourne alors vers son imaginaire, ceci nous permet de toucher son fonctionnement inconscient et ainsi de favoriser une transe hypnotique	« vous pouvez maintenant vous imaginer dans le lieu de votre choix... »
Connotation positive	Utilisation de mots ou d'idées ayant une connotation positive afin de suggérer une sensation ou un état positif chez le patient.	« vous sentirez une sensation de chaleur dans tout le corps » au lieu de : « lors de l'injection du produit vous allez sentir une sensation de brûlure »

<b>Langage hypnotique</b>	<b>Explications</b>	<b>Exemples</b>
Saupoudrage	Suggestion d'une idée à travers un discours, par l'utilisation de mots de même thème	« je vous propose de vous remémorer ce lieu agréable où vous vous sentez à l'aise et parfaitement détendu »
Redondance	Suggestion d'un état par la répétition d'un mot, d'un thème, ou d'une phrase.	Répéter plusieurs fois : « vous êtes bien installé ? » « vous êtes à l'aise ? »
Rythme lent	Accorder au patient du temps pour qu'il s'approprie chaque phrase	Débit de paroles lent
Basse intensité	Instaurer un climat propice à la détente et à la relaxation	Parler plus doucement, chuchoter, débit continu, intensité monocorde
Détente musculaire	La détente musculaire favorise l'impact du langage hypnotique	« décontracter chacun de vos muscles comme si vous vouliez laisser une empreinte parfaite de votre corps »

Ce langage hypnotique va nous permettre d'instaurer une relaxation du patient visant à améliorer sa perception de l'examen. Il permettra aussi l'amélioration des résultats engendrés dans des conditions saines avec un patient plus serein.

Le langage hypnotique issu du tableau, pourrait donc diminuer grandement le stress, l'anxiété et la douleur du patient lors d'un examen radiologique.

## **2 - Propositions d'action**

Nous voilà arrivé au terme de notre travail d'intérêt professionnel. Après avoir mené notre enquête auprès des intervenants soignants, nous avons noté qu'il existe une multitude de facteurs qui empêchent l'implantation de l'hypnose dans nos services d'imagerie.

Tout d'abord, il nous semble indispensable de développer la connaissance et la pratique de l'hypnose dans le but d'une meilleure prise en charge du patient. La pratique professionnelle du manipulateur ou du radiologue n'en sera qu'améliorée.

Au cours de notre enquête, il nous est apparu que la majorité des soignants n'ont que très peu de bases de communication. La formation du personnel paramédical et médical en hypnose conversationnelle pendant leur année d'études serait un plus dans leur profession, tirant de cet outil de nombreux avantages.

Dans un second temps, il s'avère que la structure des centres de soins ne soit pas adaptée à la pratique de l'hypnose. L'aménagement d'un lieu calme y serait indispensable pour une salle de pré-induction par exemple. De plus, pour pallier la notion de « temps perdu », des créneaux horaires pourraient être réservés sur les plannings de radiologie (en début ou fin de programme) pour des patients anxieux, douloureux ou pré-anesthésiques. Même si la tarification à l'activité semble tracasser les médecins radiologues, il est possible de revoir l'organisation du travail dans les services d'imagerie.

La communication avec le patient est à la base de cette réorganisation et le manipulateur, sans bouleverser les objectifs du radiologue, se doit d'œuvrer dans un souci de qualité et de rapidité.

Dans l'idéal pourquoi ne pas voir à long terme la création d'une consultation en hypnose spécifique à la radiologie ?

## **Difficultés rencontrées**

Lorsque l'on décide d'entreprendre un travail d'intérêt professionnel, il faut s'attendre à rencontrer quelques difficultés lors de ses recherches.

Tout d'abord le sujet choisi est plutôt précis, ce qui implique que nous avons du insérer une part importante de théorie au préjudice d'une partie plus concrète.

Dans un deuxième temps, la principale difficulté fut de trouver une bibliographie adaptée à nos besoins. Il existe de nombreux ouvrages sur l'hypnose, cependant peu d'entre eux sont adaptés aux novices et la majorité sont écrits en anglais. L'intégration des principes de l'hypnose dans sa globalité ne fut pas chose facile.

Ensuite, il a fallu nous confronter au terrain d'étude. Du fait d'une pratique restreinte dans les structures hospitalières de Montpellier, nous avons eu de la difficulté à trouver des personnes ressources pour nous encadrer tout le long de notre projet.



# Conclusion

## **CONCLUSION**

Le manipulateur d'électroradiologie médical, comme tout bon professionnel de santé, se doit de réaliser une prise en charge optimale du patient lors de la réalisation d'examens radiologiques, quels qu'ils soient. Ces examens, tels le scanner, l'IRM ou encore les actes invasifs comme les arthrographes et les artériographies, engendrent bien souvent un état d'anxiété chez le malade. Combiné à la douleur, cet état peut vite devenir désagréable s'il n'est pas correctement pris en charge, aussi bien pour le patient que pour le soignant.

Dans notre démarche, nous proposons donc **l'hypnose comme solution à une prise en charge globale et non médicamenteuse du patient anxieux et algique**. Cette technique est déjà appliquée dans le domaine médical depuis quelques années avec succès.

Son application en radiologie résulterait plus simplement d'un échange communicatif entre le praticien et son patient. Son induction n'est pas évidente mais reste à la portée de tout personnel soignant formé à condition de se mettre au rythme du patient et à son écoute pour qu'il se retrouve au centre de nos préoccupations.

Ce changement dans la relation, qui ne fait pas encore intervenir l'hypnose, transforme complètement celle-ci.

L'hypnose commence alors par l'utilisation d'un langage spécifique. Même si sa mise en place nécessite du temps, elle peut s'avérer décisive pour réaliser un examen dans de bonnes conditions.

L'hypnose conversationnelle est une application à part entière qui peut s'inscrire dans le cadre d'une évolution de la prise en charge globale du patient en demande d'aide. En effet, il ne s'agit pas d'imposer cette technique mais de la proposer aux personnes qui la sollicitent.

Cette étape passe bien évidemment par une formation des professionnels, une information à son sujet et une volonté commune de l'équipe soignante et médicale d'intégrer ce concept. Elle répond aux devoirs et missions du manipulateur et la formation à l'hypnose reste très accessible pour tout professionnel désirant utiliser ce procédé.

Comme tout nouveau projet, une adaptation progressive est nécessaire. Pourquoi ne pas voir une approche hypnotique de la prise en charge du patient demandeur ? L'hypnose conversationnelle apparaît simple d'insertion en imagerie.

D'autres applications cliniques plus complexes mais toutes aussi efficaces ne pourraient-elles pas être implanter ensuite dans un objectif d'évolution positive du projet sur des examens plus lourds en radiologie ?

Finalement, une application non médicamenteuse comme l'hypnose conversationnelle semble toute indiquée à une utilisation débutante en radiologie.

L'application hypnotique couplée à une prise en charge médicamenteuse dans un service d'imagerie est à développer et à étudier dans un objectif de prise en charge optimale du patient.

# Lexique

**LEXIQUE ET LISTE DES ABREVIATIONS**

Analgésique : est un médicament qui prévient ou diminue la sensation de douleur. Les analgésiques les plus courants délivrés sans ordonnance sont l'aspirine, le paracétamol et l'ibuprofène.

Analogies : désigne une similitude entre des choses ou des idées de nature différente. Une analogie est une ressemblance.

Anxiolytiques : médicament apaisant l'anxiété (trouble émotif caractérisé par un état de malaise, d'agitation, de doute et d'insécurité).

Artériographie : examen radiographique sélectif d'un territoire artériel, réalisé après injection intra-artérielle d'un produit opaque aux rayons X.

Arthrographie : examen radiographique d'une articulation, réalisé après injection intra-articulaire d'un produit opaque aux rayons X.

Benzodiazépine: classe de médicaments ayant en commun une action contre l'anxiété et les convulsions, une action de relaxation musculaire et d'induction du sommeil.

CHU : centre hospitalier universitaire.

Cystographie : radio de la vessie et de l'urètre. L'examen utilise des rayons X et un produit à base d'iode injecté directement dans la vessie à l'aide d'une sonde.

IRM : imagerie par résonance magnétique.

Kinesthésique : est l'ensemble des sensations (c'est-à-dire la tension des muscles, leur relâchement, le mouvement des articulations, les positions des différentes parties du corps, la direction, la dynamique, le ralenti, l'arrêt, l'équilibre, etc.).

L'hydroxyzine (Atarax) : est utilisé pour traiter les anxiétés mineures mais aussi les symptômes des allergies : rhinite (rhume des foins), conjonctivite, urticaire.

L'hôpital de la Salpêtrière est un hôpital de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP) situé dans le 13<sup>e</sup> arrondissement de Paris.

Nociception: est l'ensemble des réactions psychologiques consécutives à l'activation des nocicepteurs (récepteurs à la douleur) cutanés, musculaires et articulaires. Le transport de l'information sensorielle par les nerfs se fait de la périphérie (lieu du ressenti de la douleur) jusqu'à l'encéphale. Il faut que la douleur dépasse un certain seuil pour qu'il y ait un déclenchement d'une réponse électrique.

ORL : L'oto-rhino-laryngologie (littéralement « étude de l'oreille du nez et du larynx »).

Sanctuaire d'Epidaure : haut lieu de la médecine grecque. Pendant l'Antiquité, les gens accouraient de toute la Grèce pour se faire soigner dans le sanctuaire d'Asclépios, le dieu guérisseur. Ce lieu abritait des médecins très réputés. Comme dans tous les sanctuaires grecs, des épreuves sportives et théâtrales étaient organisées en l'honneur des dieux.

Somatique: Qui se rapporte au corps.

Sophrologie : Etude du traitement d'affections physiques ou de troubles psychologiques par des techniques de relaxation (détente, zen, yoga, ...).

Stress : état d'un organisme soumis à une agression, excitation, pression... qu'elle qu'en soit son origine (psychologique, infectieuse, physique, toxique...). Le stress peut se traduire par des manifestations mentales (irritabilité, agitation, dépression...) et/ou organiques (élévation de la pression artérielle, pelade, ulcère gastro-duodéal...).

Suggestion hypnotique : acte par lequel une idée est introduite dans le cerveau et acceptée.

Top Scan : La tomographie à émission de positrons (Positron emission tomography), ou PET scan, repose sur l'introduction d'une substance radioactive dans l'organisme pour obtenir des images reflétant le niveau d'activité des tissus.

# Bibliographie

**BIBLIOGRAPHIE**

## **Livres**

CARPENITO L.J diagnostics infirmiers, Paris, Medsi,1986, 1177p

DELIGNIERES D, cognition et performance: anxiété et performance. Paris: Famose éditions 1993;p235-254

LOCKERT O, Hypnose humaniste, Paris: IFHE éditions, 2006, 387p

GERALD SALEM ERIC BOVIN, soigner par l'hypnose. Pratiques en psychothérapies. MASSON

WH O'HANLON et M.MARIN, de l'hypnose orientée vers la solution, une approche éricksonnienne, SATAS

JEFFREY K ZEIG, la technique d'Erickson, HG

DR JACQUES QUELET OLIVIER PERROT, hypnose techniques et applications thérapeutiques, ELLEBORE

MICHAUX D, HALFON Y, WOOD C, manuel d'hypnose pour les professions de santé, MALOINE, 2007, 302p

MILTON H.ERICKSON, Ma voix t'accompagnera, HG

## **Articles et revues**

BARBIER E, Assouplir les résistances pour accueillir une pratique de soin. **Objectifs soins**, novembre 2205, n°140 p18

BENHAEIM J.M, Le renouveau de l'hypnose. **Santé mentale**, décembre 2005,n°110, p26



DELMAS P, ARNOL C, CLOUTIER L, L'influence d'un enseignement préopératoire sur l'anxiété du patient adulte opéré. **Recherche en soins infirmiers( ARSI)**, juin 1997, n°49,p90

FAVRE N, De l'anesthésie à l'hypnothérapie. **Oxymag**, février 2004, n°74, p26

FAYMONVILLE M.E, L'hypnose en anesthésie-réanimation, **Oxymag**, avril 2003, n°69, p.25

HESPEL D, L'information pré-opératoire du futur opéré. **Bulletin d'éducation du patient**, décembre1998, n°4, vol 17, p.103

SALEM G, les multiples facettes de l'hypnose, **Soins infirmiers**, 1994, n°5, p71-72

MAUBLANC A, COUSSI S, MARCHAND P, Une intervention sous hypnose, **Inter bloc**, n°1, mars 2000, p58-60

ANNEQUIN D, FIEZ N, La douleur de l'enfant (dossier), **Revue de l'infirmière**, n°65, novembre 2000, p17-39

BIOY A, L'hypnose à l'hôpital, **Revue de l'infirmière + supplément**, n°110, avril 2005, p26-27

C. Wood, A. Bioy, I. Celestin-Lhopiteau, « L'hypnose, la relaxation, qu'est-ce que c'est, comment ça marche ? », **Revue de l'infirmière**

## **Liens électroniques**

[www.adrenaline112.org](http://www.adrenaline112.org)

[www.ifhe.net](http://www.ifhe.net)

[www.hypnose.fr](http://www.hypnose.fr)

[www.larousse.fr](http://www.larousse.fr)

[www.hypnosemedicale.com](http://www.hypnosemedicale.com)

[www.wikipédia.fr](http://www.wikipédia.fr)

[www.hypnosis.fr](http://www.hypnosis.fr)

## **Mémoire**

Hypnose et communication: "Des mots pour des maux...." Par Sandra Lario IADE  
Promotion 2006-2008, IFE Montpellier

## **Documents législatifs**

Plan de lutte contre la douleur 2006-2010

Charte du patient hospitalisé : circulaire du 6 mai 1995 du ministère de la santé

Décret n° 97-1057 du 19 novembre 1997 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale modifié (Décret n°2000-509 du 6 juin 2000)

# Annexes

## **ANNEXE 1**

**Décret n°97-1057 du 19 novembre 1997 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale**

NOR:

MESP9722854D

Version consolidée au 08 août 2004

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de l'emploi et de la solidarité,

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 372, L. 504-13 à L. 504-16 et L. 510-10 ;

Vu le décret n° 84-710 du 17 juillet 1984 modifié fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer certains actes d'électroradiologie médicale ;

Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine en date du 11 mars 1997 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Article 1 (abrogé au 8 août 2004)

Abrogé par Décret 2004-802 2004-07-29 art. 5 A JORF 8 août 2004

Le manipulateur d'électroradiologie médicale contribue, dans les conditions définies aux articles ci-dessous, à la réalisation :

1° Des examens nécessaires à l'établissement d'un diagnostic qui relèvent soit des techniques d'électroradiologie médicale soit des techniques d'imagerie médicale ou d'exploration fonctionnelle impliquant l'utilisation des rayonnements ionisants ou non ou d'autres agents physiques ;

2° Des traitements mettant en oeuvre des rayonnements ionisants ou non ou d'autres agents physiques.

Article 2 (abrogé au 8 août 2004)

Modifié par Décret n°2000-509 du 6 juin 2000 - art. 1 JORF 14 juin 2000  
Abrogé par Décret 2004-802 2004-07-29 art. 5 A JORF 8 août 2004

Sous la responsabilité et la surveillance d'un médecin en mesure d'en contrôler l'exécution et d'intervenir immédiatement, le manipulateur d'électroradiologie médicale est habilité à accomplir les actes suivants :

1° Dans le domaine de l'imagerie médicale :

- a) Préparation du matériel de ponction, de cathétérisme, d'injection, d'exploration et du matériel médico-chirurgical ;
- b) Mise sous une forme appropriée à leur administration des substances, y compris des composés radioactifs, nécessaires à l'obtention d'une image ;
- c) Administration orale, rectale, en injections intramusculaires, sous-cutanées et dans les veines superficielles, dans les montages d'accès vasculaires implantables et dans les cathéters centraux des substances, y compris des composés radioactifs, nécessaires à l'obtention d'une image ou, en ce qui concerne la médecine nucléaire, à la réalisation d'un acte thérapeutique ;
- d) Mesure et vérification de l'activité des composés radioactifs ;
- e) Réalisation de prélèvements de sang veineux et capillaire en vue du dosage par radio-analyse ou par d'autres techniques ;
- f) Réglage et déclenchement des appareils ;
- g) Recueil de l'image ou du signal, sauf en échographie ;
- h) Traitement de l'image ou du signal ;
- i) Aide à l'exécution par le médecin des actes d'échographie ;
- j) Préparation, déclenchement et surveillance des systèmes d'injection automatique ;
- k) Calcul des doses de produits radioactifs à visée diagnostique ou thérapeutique ;

l) Aide opératoire ;

2° Dans le domaine de la radiothérapie :

a) Confection des moyens de contention et des caches ;

b) Acquisition des données anatomiques des zones à traiter ;

c) Réglage du simulateur et de l'appareil de traitement ;

d) Mise en place des modificateurs des faisceaux ;

e) Application des procédures de contrôle des champs d'irradiation et de la dosimétrie ;

f) Affichage du temps de traitement ;

g) Déclenchement de l'irradiation ;

h) Préparation et contrôle du matériel vecteur et radioactif en curiethérapie ;

i) Mise à jour de la fiche d'irradiation et de traitement ;

j) Participation aux procédures relatives à la dosimétrie et à la préparation des traitements ;

k) Acquisition des paramètres d'irradiation, repérage cutané, réalisation des clichés de centrage ;

l) Assistance du médecin dans la pose du matériel vecteur et radioactif en curiethérapie ;

3° Dans le domaine de l'électrologie :

a) Enregistrement des signaux électrophysiologiques ;

b) En électrothérapie et selon les indications de la fiche de traitement, réglage et déclenchement des appareils, surveillance de l'application du traitement ;

c) Dans le domaine des explorations fonctionnelles, enregistrement des signaux et des images au cours des épreuves d'effort ou lors de l'emploi de modificateurs de comportement.

Article 3 (abrogé au 8 août 2004)

Abrogé par Décret 2004-802 2004-07-29 art. 5 A JORF 8 août 2004

En outre, dans le cadre de l'exécution des actes mentionnés à l'article 2 ci-dessus, le manipulateur d'électroradiologie médicale :

- a) Participe à l'accueil du patient et l'informe du déroulement de l'examen ou du traitement ;
- b) Participe à l'identification des besoins somatiques du patient en rapport avec les techniques utilisées ;
- c) Met en place le patient, conformément aux exigences de la technique utilisée, en tenant compte de son état clinique ;
- d) Participe à la surveillance clinique du patient au cours des investigations et traitements et à la continuité des soins ;
- e) Participe à l'exécution des soins nécessités par l'acte réalisé ;
- f) Accomplit, en cas d'urgence, les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention du médecin ;
- g) Participe à la transmission écrite de toutes les informations relatives au déroulement des examens et traitements ;
- h) Participe à l'application des règles relatives à la gestion des stocks et des déchets, y compris radioactifs ;
- i) S'assure du bon fonctionnement du matériel qui lui est confié et en assure l'entretien courant ;
- j) Participe à l'application des règles d'hygiène et de radioprotection, tant en ce qui concerne le patient que son environnement ;
- k) Participe à l'élaboration des programmes d'assurance de la qualité et à l'application des protocoles de contrôle de qualité.

Article 4 (abrogé au 8 août 2004)

Abrogé par Décret 2004-802 2004-07-29 art. 5 A JORF 8 août 2004

La prescription médicale mentionnée au second alinéa de l'article L. 504-13 du code de la santé publique peut faire référence à des protocoles préalablement établis, datés et signés par le médecin sous la responsabilité duquel exerce le manipulateur d'électroradiologie médicale.

Article 5 (abrogé au 8 août 2004) Abrogé par Décret 2004-802 2004-07-29 art. 5 A JORF 8 août 2004

Le manipulateur d'électroradiologie médicale adapte sa pratique professionnelle à l'évolution des sciences et des techniques.

Dans l'exercice de son activité, il tient compte des caractéristiques psychologiques et sociales de la personnalité de chaque patient, à tous les âges de la vie.

Article 6 (abrogé au 8 août 2004) Abrogé par Décret 2004-802 2004-07-29 art. 5 A JORF 8 août 2004

Selon les secteurs d'activité où il exerce et les besoins rencontrés, le manipulateur d'électroradiologie médicale propose et organise différentes actions, notamment d'éducation, de recherche, de prévention, de dépistage, de formation et d'encadrement, ou y participe. Ces actions concernent en particulier :

- a) La formation initiale et continue des manipulateurs d'électroradiologie médicale et d'autres professionnels ;
- b) La collaboration, en particulier avec les membres des autres professions sanitaires et sociales, à la réalisation d'interventions coordonnées, y compris en matière de prévention ;
- c) La recherche dans son domaine professionnel, notamment en ce qui concerne l'hygiène, la sécurité, la radioprotection et l'assurance de la qualité.

Il participe également à des actions de secours, de médecine de catastrophe et d'aide humanitaire.



Article 7

A modifié les dispositions suivantes :

Article 8 (abrogé au 8 août 2004)

Art. 8.

Le ministre de l'emploi et de la solidarité et le secrétaire d'Etat à la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Lionel Jospin

Par le Premier ministre :

Le ministre de l'emploi et de la solidarité,

Martine Aubry

Le secrétaire d'Etat à la santé,

Bernard Kouchner

## **ANNEXE 2**

### **Formation à l'hypnose éricksonienne et aux thérapies brèves.**

**Formation agréée N° 93840092984 qui peut être prise en charge pour les professionnels libéraux par le FAF-PM et FIF-PL et pour les hospitaliers par l'ANFH.**

La formation conduit à un mémoire pour l'obtention d'un **certificat de praticien en hypnose éricksonienne et thérapie brève**. Il sera délivré par l'Institut Milton H. Erickson d'Avignon-Provence, co-fondateur de la **Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapie Brève**, membre de la **Fondation Erickson** (Phoenix, U.S.A.) de la **Société Européenne d'Hypnose** (E.S.H.) et de la **Société Internationale d'Hypnose** (I.S.H.). **Ce certificat, reconnu par la Société Européenne d'Hypnose et la Société Internationale d'Hypnose, s'intègre dans une reconnaissance européenne de cette formation.**

#### **Conception de la formation.**

Notre programme est organisé afin de satisfaire aux exigences européennes en matière de formation conformément au respect et à l'observance des codes d'éthique et de déontologie de nos affiliations internationales.

Nous proposons, depuis 1988, un ensemble d'apprentissages de techniques hypnotiques et de méthodes psychothérapeutiques issues de l'enseignement de Milton H. Erickson et de l'Ecole de Palo-Alto.

Un très grand éventail de pathologies tant organiques, psychosomatiques que psychiques sont abordées pratiquement.

La formation constituée en différents modules, d'une durée globale de 308 heures, s'organise selon cette progression. Les modules 1 et 2 permettent, déjà, une pratique de base étendue de l'hypnose, les modules 3, 4, 5, 6, 7 et 8 complètent cette mise en oeuvre clinique. L'Université d'été, la Journée Mémorable, les Rencontres Cliniques du Vendredi et les Transversales contribuent, en outre, à la personnalisation et au développement du propre "style" du thérapeute.

**Cette formation qui se déroule principalement à Vaison-la-Romaine peut, également, être proposée en interne pour une institution, un centre hospitalier, une clinique, etc...**

Conditions sur demande: [bellet.pat@free.fr](mailto:bellet.pat@free.fr)

## Eligibilité

La formation est réservée aux médecins, psychologues, dentistes, sages-femmes, orthophonistes, kinésithérapeutes, infirmières et étudiants dans ces disciplines sous certaines conditions.

## PROGRAMME DE FORMATION

### VAISON-LA-ROMAINE

**Ce programme est constitué comme un ensemble, cependant il est possible de participer à tel module, Université d'été, Journée Mémorable, Rencontres Cliniques du Vendredi ou Transversales dès lors que le participant a acquis, par ailleurs, le niveau pour y prendre part.**

Pour les dates voir [calendrier](#)

Programme

**Module 1** : initiation

**Module 2** : perfectionnement 1er niveau

**Module 3** : techniques de métaphores, art des contes et imagination

**Module 4** : le temps. Techniques et représentations du temps dans les pathologies chroniques

**Module 5** : analgésie, douleur et hypnose

**Module 6** : hypnose et troubles de la sexualité et du couple à PARIS

**Module 7** : autohypnose et psychosomatique

**Module 8** : psychothérapie brève, changement et paradoxes

**Université d'été** : perfectionnement 2ème niveau et supervision

**La Journée Mémorable** : journée dédiée aux débutants pour leur mettre "le pied à l'étrier"

**Rencontres Cliniques du Vendredi** : supervision

**Transversales de Vaison-la-Romaine** : participation au congrès (biennuel) de l'Institut Milton H. Erickson d'Avignon-Provence

## Mémoire

### **Certificat de praticien en hypnose éricksonienne et thérapie brève**

Organisation pratique

**Notre formation comprend une base indispensable constituée du module 1 d'initiation ; base d'un minimum de savoir-faire à partir duquel le participant accède progressivement à une pratique thérapeutique plus élaborée.**

**Les participants peuvent adapter leur cursus en fonction de leurs centres d'intérêt,**

**pendant tous les modules sont indispensables pour acquérir une vue d'ensemble cohérente et une pratique solide.**

### **Exemples de cursus**

#### **Formation en hypnose, analgésie et douleur**

*Initiale et pratique* : modules 1 et 4

*Avancée* : modules 2, 3, 6 et Université d'été

#### **Formation en hypnose et thérapies brèves**

*Initiale et pratique* : modules 1 et 2

*Avancée* : modules 3 (et/ou 4), 5, 6 et Université d'été

#### **Certificat de praticien en hypnose éricksonienne et thérapies brèves**

Formation avancée + Université d'été et/ou Rencontres Cliniques du Vendredi + Transversales de Vaison-la-Romaine et Mémoire clinique ou de recherche.

Des stages hospitaliers sont à l'étude.

Chacun des éléments cités ci-après est développé, illustré et mis en pratique au cours d'exercices et de démonstrations afin de transmettre un savoir-faire pratique.

**Un programme très détaillé est disponible sur demande : Tél 04 90 36 19 31 ou [bellet.pat@free.fr](mailto:bellet.pat@free.fr)**

### **Module 1 : Initiation**

*810 Euros individuel, 1080 Euros institution*

Ce premier module consiste en l'apprentissage des techniques de base de l'hypnose.

- Milton H. Erickson : son originalité
- Hypnose comparée
- Le langage éricksonien (verbal et non-verbal), syntaxe spécifique
- Macro et micro dynamiques hypnotiques
- Manifestations cliniques caractéristiques de l'hypnose
- Moyens spécifiques de communication
- Différents types de suggestion
- Techniques d'induction et de suggestion indirecte
- Caractéristiques d'une approche indirecte.

### **Module 2 : Perfectionnement 1er niveau**

*810 Euros individuel, 1080 Euros institution*

Ce deuxième module propose des techniques plus élaborées qui seront placées dans un contexte thérapeutique.

- Spécificités d'une approche indirecte et dimensions stratégiques de l'intervention
- Métaphores (construction, élaboration)
- Amnésie
- Régression en âge
- Distorsion subjective du temps
- Traitement de la douleur : aiguë, chronique
- Résistances : lesquelles ? comment les utiliser ?
- Thérapies brèves (dépression, anxiété, troubles relationnels, obsessionnels, phobies)
- Troubles addictifs (alcool, tabac, etc.)
- Pathologie psychosomatique
- Thérapie avec les enfants : énurésie, insomnie, asthme, utilisation des contes
- Rééducation fonctionnelle
- Sexologie

### **Module 3 : Techniques de métaphore, art des contes et imagination**

*290 Euros individuel 380 Euros institution*

*Traditions, inventions et humour en psychothérapie.*

*Cet atelier, indispensable pour aborder les nombreuses situations de recadrages, développera les techniques analogiques nécessaires à la construction des métaphores et des contes et à leurs applications cliniques. Un large répertoire de contes tant occidentaux qu'orientaux appuiera la création de contes et de métaphores au cours de cet atelier.*

### **Module 4 : Le temps. Techniques de transformation, métaphores et représentations du temps dans les pathologies chroniques.**

*Au cœur de la plupart des pathologies, il est abstrait, mais aussi, évidence concrète, il s'écoule selon des pentes qui s'inclinent parfois de telle sorte qu'il est possible de le remonter !*

*Ces distorsions subjectives sont impliquées dans toutes les pathologies chroniques.*

*Le temps se mesure, se perd, se gagne, parfois suspendu, il est sans importance. Et pourtant, nous ne pouvons nous en passer. Élastique qu'il soit dilaté ou comprimé, le temps passe aussi. Comme l'eau, il change d'état, s'adapte et peut s'avérer un redoutable et mystérieux adversaire ou bien un allié fidèle.*

**But** : développer des techniques et métaphores spécifiques à ses distorsions subjectives dans les pathologies chroniques (dépression, phobies, douleurs chroniques, névroses post-traumatiques, « burn out », deuils pathologiques, troubles du sommeil, etc).

**Moyens** : outre la mise œuvre à partir d'exercices sur des cas cliniques comprenant aussi ceux des participants ; l'autre particularité de ce nouvel atelier est la collaboration d'une plasticienne, Aurélia Ballou, professeur d'arts appliqués, qui contribuera de façon originale à donner des formes aux représentations imagées du temps des participants. Cet atelier propose aussi de stimuler leur inventivité par l'acquisition d'outils imaginatifs. Et pourquoi pas, construire, entre autres, des machines pour voyager dans le temps ?

### **Module 5 : Analgésie, douleur et hypnose**

*450 Euros individuel 610 Euros institution*

**Approches hypnotiques différenciées selon le type de douleur, son origine, sa topographie, ses composantes temporelles, ses circonstances d'apparition, d'aggravation et/ou de soulagement.**

*Techniques hypnotiques en analgésie, dans la douleur aiguë et chronique.*

*Techniques de projection, de dissociation, de distorsion du temps, d'amnésie, d'orientation sensorielles.*

### **Module 6 : Troubles de la sexualité humaine et du couple.**

**Ce module seulement se déroule à PARIS avec Joëlle Mignot**

*350 Euros individuel 475 Euros institution*

Analyser la demande

Choisir les axes thérapeutiques

Cadre des symptômes sexuels féminins : dyspareunie, vaginisme, troubles du désir, troubles de l'excitation et de l'orgasme

Cadre des symptômes sexuels masculins : troubles de l'érection, de l'éjaculation, du désir

La demande du couple : spécificité de la relation, modèles de couple

Applications hypnotiques : le corps, l'imaginaire, les techniques spécifiques en individuel et à deux

Etude de cas

### **Module 7 : Autohypnose et psychosomatique**

*290 Euros individuel 380 Euros institution*

Techniques d'approfondissement  
Individualisation et subjectivité  
Développement et entraînement de l'exploration des axes sensoriels  
Entraînement aux techniques de "catalepsie" et de "lévitation"  
Ecriture automatique  
Techniques d'expansion et de concentration  
Techniques d'addition et de soustraction sensorielle

## **Module 8 : Psychothérapie brève, changement et paradoxes**

*350 Euros individuel 475 Euros institution*

### **La thérapie orientée vers la solution**

"La logique et l'absurde"

Technique de "rotation"

La suggestion excentrique

Paradoxes

Comment douter

Double-lien thérapeutique

Prescription paradoxale du symptôme

Le diagnostic analogique

les simplifications réductrices

Techniques provocatives

Hypnose informelle

L'humour en thérapie

Le thérapeute "idiot"

Comment arrêter une thérapie ?

### **ANNEXE 3**

Description de la technique d'hypno-sédation au CHU de Liège :

*« Dans la majorité des cas, le patient entre à l'hôpital le jour même de l'intervention chirurgicale.*

*Un jeûne pré opératoire de 6 heures est exigé. Dès son arrivée, il reçoit une prémédication per os, afin de faciliter l'attente de la chirurgie. En salle d'opération, un abord veineux est mis en place pour assurer l'administration de substances sédatives et le traitement de tout incident opératoire. Le patient fait l'objet d'une surveillance cardiaque et respiratoire classique (Electrocardiogramme, mesure de la pression artérielle, Saturation pulsée en O<sub>2</sub>, fréquence respiratoire). Il est ensuite invité à choisir un ou des événements agréables qu'il souhaiterait revivre en cours de chirurgie. Quelques précisions concernant ce souvenir et la préférence sensorielle du patient (visuelle, auditive ou kinesthésique) ou « vakog», permettent à l'anesthésiste d'adapter l'accompagnement du patient.*

*Une fois le patient installé pour l'opération, l'induction hypnotique peut commencer. Cette induction comprend une fixation du regard, la fermeture des yeux, une relaxation musculaire progressive, et l'accompagnement dans le vécu agréable. Le patient se focalise sur lui-même et entre dans l'état hypnotique. L'induction hypnotique dure 5 à 10 minutes. Après cette induction, l'anesthésiste commence la sédation intraveineuse consciente : benzodiazépine et dérivés morphiniques.*

*La désinfection de la région opératoire, puis la pose des champs opératoires sont réalisées de manière classique. Le chirurgien infiltre le site opératoire par un mélange d'anesthésiques locaux, parfois dilué avec du sérum physiologique.*

*L'anesthésiste reste auprès de son patient et lui parle afin de l'accompagner et d'entretenir l'état hypnotique, tout en surveillant constamment les paramètres vitaux. L'observation attentive du patient permet de déceler immédiatement tout signe*



*d'inconfort, d'adapter la sédation consciente et d'inviter, en cas de besoin, le chirurgien à réinjecter l'anesthésique local au niveau du site opératoire. Une ambiance musicale « relaxante » aide le patient à se focaliser sur son vécu agréable et permet à l'anesthésiste de diminuer son débit de paroles. Un isolement sensoriel, relatif, est nécessaire au patient en cours de chirurgie (abaissement des volumes sonores du monitoring, des alarmes et des sonneries téléphoniques, conversation chuchotée). Cette ambiance calme et détendue est, par ailleurs, d'après l'équipe opératoire, profitable à une meilleure concentration sur le travail à réaliser. Cette équipe doit être soudée en vue d'un objectif commun : le bien-être du patient.*

*Les gestes du chirurgien doivent être doux et précis. L'anesthésiste, tout en tenant compte des impératifs chirurgicaux, est aussi très attentif au confort du patient. L'équipe infirmière anticipe les besoins des différents intervenants, dans le plus grand calme possible.*

*En fin d'intervention, le patient est invité à sortir de l'état d'hypnose. Il retourne directement dans sa chambre, sauf en cas de chirurgie cervicale où il est surveillé, une heure durant, en salle de réveil (risque hémorragique potentiel). Dès le retour en salle d'hospitalisation, le patient peut boire, manger et se lever dans les plus brefs délais.*

*Les interventions réalisables sous hypno-sédation peuvent certainement s'étendre à la chirurgie vasculaire périphérique, l'urologie, l'ophtalmologie, la gynécologie.*

*Dans cette institution, le succès rapide de l'hypno-sédation en chirurgie plastique s'explique par les avantages de cette technique par rapport aux techniques de sédation intraveineuse conventionnelles.*

*Pendant l'opération, le confort du patient est assuré : ainsi, il est calme, immobile et coopérant, l'hémodynamique reste stable. Cette technique procure donc des conditions opératoires excellentes pour le chirurgien.*

*Les quantités de drogues anxiolytiques et analgésiques administrées au cours de l'opération sont minimales, ce qui induit moins de nausées et de vomissements post opératoire.*

*La récupération est accélérée, la durée d'hospitalisation est raccourcie et les patients reprennent leurs activités professionnelles plus précocement.*

*Les implications économiques et sociales sont évidentes.*

*Ces observations traduisent une meilleure préservation de l'homéostasie de l'organisme, consécutive à la réduction du « stress chirurgical ».*

*L'usage de cette approche anesthésique pour d'autres opérations réalisées habituellement sous anesthésie générale s'est étendu vers la chirurgie endocrinienne. Les études réalisées dans ce secteur mettent également l'accent sur l'accélération de la récupération post opératoire. »*

***« L'hypnose en anesthésie-réanimation », M.E. Faymonville (CHU Liège, Belgique)  
Revue « Oxymag », n° 69, Avril 2003, p. 25-27, Edition Masson***

## **Problématique**

Pour une prise en charge globale et non-médicamenteuse de la douleur et de l'anxiété du patient, l'hypnose médicale semble applicable en service d'imagerie.

## **Résumé**

La prise en charge du patient par le manipulateur en électroradiologie médicale est compliquée à entreprendre. Pour qu'il soit de qualité, cet échange doit être constructif et orienté. La relation patient-soignant ne passe que par une bonne communication. L'anxiété et la douleur sont des facteurs à prendre en compte et peuvent être facilement soulagées si l'on y accorde de la bonne volonté et une technique adaptée.

Certaines applications de l'hypnose apparaissent comme des outils permettant de répondre aux maux des patients concernés. Appliquées de manière efficace et ciblée par une personne compétente et formée, elles peuvent éviter les situations difficiles. Les bénéfices qui peuvent en découler seraient une meilleure prise en charge du patient anxieux et algique et, de ce fait, une meilleure qualité de l'examen en lui-même, une satisfaction du patient mais aussi du professionnel.

## **Mots-clés**

Hypnose – Anxiété – Douleur – Prise en charge globale – Manipulateur en électroradiologie médicale – Technique de communication – Hypnose conversationnelle.