



**ELEVE INFIRMIERE ANESTHESISTE**

Promotion : **2009 - 2011**

**Des outils de communication pour les IADE au  
service des patients**

**Peggy CHEUTIN**



**ELEVE INFIRMIERE ANESTHESISTE**

Promotion : **2009 - 2011**

**Des outils de communication pour les IADE au  
service des patients**

**Peggy CHEUTIN**

---

## Remerciements

---

---

- ❖ A mon guidant mémoire, Mme Sandrine Williaume, pour son exigence motrice,
- ❖ A Mme Virginie Moncuy, pour son aide précieuse,
- ❖ A Anne, pour son soutien et sa vision éclairée,
- ❖ A Christian et ses multiples ressources,
- ❖ A notre promotion entière (2009 – 2011), Capucine, Cédric, Delphine, Evelyne, Faridati, Laetitia, Nathalie et Sophie, pour cet esprit de cohésion,
- ❖ Au meilleur correcteur d'orthographe du monde (et pour tout le reste), ma maman,
- ❖ Et surtout à mon ami, François, pour avoir supporté dans tous les sens du terme ce travail et son auteur.

*Les mots sont comme les abeilles : ils ont le miel et l'aiguillon.*

**Proverbe suisse.**

<b>CHEUTIN</b>	<b>Peggy</b>	
<b>ELEVE INFIRMIERE ANESTHESISTE</b>		
Promotion 2009 - 2011		
<b>Des outils de communication pour les IADE au service des patients</b>		
<b>Résumé :</b> <p>La communication est la base sur laquelle repose la relation soignant / soigné. Celle-ci est-elle toujours bénéfique pour tous les types de patient ? En arrivant au bloc opératoire, un patient présente un certain degré d'anxiété. Quel impact cette anxiété va-t-elle avoir sur lui et son anesthésie ?</p> <p>Nous disposons de nombreux moyens pharmacologiques pour gérer et diminuer cette anxiété. Mais toute cette chimie n'est pas dépourvue d'effets délétères et iatrogènes. Il existe des outils de communication qui permettent de diminuer cette anxiété sans faire intervenir la pharmacopée et son cortège d'effets secondaires.</p> <p>L'hypnose conversationnelle est une des réponses à cette anxiété. Par des moyens simples, applicables à chaque patient, cette anxiété peut être gérée et diminuée. L'objectif de ce travail consiste à apporter aux IADE des solutions pour optimiser leur communication avec un patient arrivant au bloc opératoire.</p>		
<b>Mots Clés :</b> Hypnose conversationnelle, communication, anxiété, les mots, relation soignant / soigné		
<b>L'Ecole d'Infirmier Anesthésiste du C.H.U de Reims n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</b>		

---

## Sommaire

---

<b><u>INTRODUCTION</u></b>	<b>Page 1</b>
<b><u>1 CADRE CONCEPTUEL ET CONTEXTUEL.</u></b>	<b>Page 3</b>
<b><u>1.1 LA COMMUNICATION.</u></b>	
<b>1.1.1 Définition.</b>	
1.1.2 Les modèles de communication.	<b>Page 4</b>
1.1.2.1 Le modèle de Shannon et Weaver.	
1.1.2.2 Le modèle sociométrique.	<b>Page 5</b>
1.1.2.3 Le modèle de Laswell.	
1.1.2.4 Le modèle de Jakobson.	<b>Page 6</b>
<b>1.1.3 Les principes de communication.</b>	<b>Page 7</b>
1.1.3.1 Introduction.	
1.1.3.2 L'émetteur et le récepteur.	<b>Page 9</b>
1.1.3.3 Les canaux de communication.	<b>Page 10</b>
1.1.3.4 La communication non verbale.	<b>Page 11</b>
<b>1.1.4 De quelle communication parlons-nous ?</b>	<b>Page 12</b>
1.1.4.1 La communication professionnelle.	<b>Page 13</b>
1.1.4.1.1 <i>La communication dans la relation soignant-soigné.</i>	
1.1.4.1.1.1 <i>Aspect législatif.</i>	
1.1.4.1.1.2 <i>La formation.</i>	<b>Page 17</b>
1.1.4.1.2 <i>Les différentes caractéristiques de la communication dans la relation soignant – soigné.</i>	<b>Page 20</b>
1.1.4.2 L'implication de l'IADE dans la communication.	<b>Page 22</b>
<b><u>1.2 L'ANXIÉTÉ.</u></b>	<b>Page 25</b>
<b>1.2.1 Définition.</b>	
<b>1.2.2 Les degrés d'anxiété chez l'adulte.</b>	
1.2.2.1 Les différents degrés d'anxiété.	
1.2.2.2 En fonction du patient.	<b>Page 26</b>
1.2.2.3 En fonction de la chirurgie.	<b>Page 27</b>

1.2.2.4 En fonction de l'anesthésie.	
<b>1.2.3 L'anxiolyse.</b>	<b>Page 28</b>
1.2.3.1 L'intérêt.	
1.2.3.2 Les moyens.	<b>Page 29</b>
1.2.3.2.1 <i>Pharmacologiques.</i>	
1.2.3.2.2 <i>Les autres.</i>	<b>Page 31</b>
1.2.3.3 Les effets.	<b>Page 32</b>
<b><u>1.3 L'HYPNOSE.</u></b>	<b>Page 35</b>
<b>1.3.1 Un peu d'histoire.</b>	
<b>1.3.2 Qu'est-ce que l'hypnose ?</b>	<b>Page 38</b>
1.3.2.1 La transe naturelle ou spontanée.	<b>Page 39</b>
1.3.2.2 La transe hypnotique, conscience modifiée et dissociation.	<b>Page 43</b>
<b>1.3.3 Éthique et hypnose.</b>	<b>Page 45</b>
<b>1.3.4 L'hypnose conversationnelle ou des outils de communication pour les IADE au service des patients.</b>	
<b>Conclusion.</b>	<b>Page 49</b>
<b><u>2 ENQUÊTE ET RESULTATS.</u></b>	<b>Page 50</b>
<b><u>2.1 LA PRE-ENQUÊTE.</u></b>	
2.1.1 Pourquoi une pré-enquête ?	
2.1.2 Le choix de l'outil.	
2.1.3 Les objectif de cette pré-enquête.	
2.1.4 Le choix de la population et le site d'observation.	
2.1.5 Les facteurs de réalisation.	<b>Page 51</b>
2.1.6 Analyse et résultats.	
<b><u>2.2 L'ENQUÊTE.</u></b>	<b>Page 54</b>
2.2.1 Le choix de l'outil.	
2.2.2 Les objectifs.	
2.2.3 Les hypothèses de recherche.	
2.2.4 Le choix de la population.	<b>Page 55</b>
2.2.5 Les sites de diffusion.	
2.2.6 L'élaboration du questionnaire.	<b>Page 56</b>
2.2.7 Le pré-test du questionnaire.	
2.2.8 Les facteurs limitants et facilitants.	<b>Page 57</b>

**2.2.9 Méthodes d'analyses.**

**2.2.10 Exploitation des résultats.**

**Page 58**

**3 ANALYSE.**

**Page 67**

**3.1 L'ECHANTILLON EST-IL REPRESENTATIF ?**

**3.2 VALIDATION DES HYPOTHESES.**

**Page 68**

**3.3 ARGUMENTATION DE LA VALIDATION DES HYPOTHESES.**

**Page 71**

**3.4 D'AUTRES ASPECTS DE L'ANALYSE.**

**Page 74**

**3.4.1 Une réelle envie de formation.**

**3.4.2 Une émulation interne.**

**3.5 L'AXE DE PROGRESSION.**

**CONCLUSION.**

**Page 77**

## Liste des sigles utilisés

---

---

CHG : Centre Hospitalier Général

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPA : Consultation Pré-Anesthésique

CRS : Compagnie Républicaine de Sécurité

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

EEG : Électroencéphalogramme

EVA : Echelle Visuelle Analogique

IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État<sup>1</sup>

IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'État

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

MAR : Médecin Anesthésiste Réanimateur

PNL : Programmation Neuro-Linguistique

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

SNIA : Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes

URAD : Urgence Réanimation Anesthésie Douleur

VVP : Voie Veineuse Périphérique

---

<sup>1</sup> Lire partout infirmier et infirmière.

---

## Avant propos

---

---

C'est la fête à la maison, nous sommes le 21 mai 1986, jour de la communion solennelle de mon frère. Les deux familles réunies occasionnent un ouragan d'enfants avec son cortège de bêtises. La plus belle, c'est moi qui vais la faire. Je poursuis un de mes cousins qui se réfugie derrière la porte d'entrée, une belle grosse porte en bois à carreaux. Étant dotée d'une force surhumaine, oui, j'ai huit ans, je décide de défoncer la porte. Ma main droite vise le centre en bois de la porte et ma gauche vise juste en-dessous de la clenche. La main gauche finit dans le verre qui se pulvérise, me tranchant le poignet. Mon père arrive de suite au bruit du fracas et découvre la plaie ; dans un vieux réflexe de CRS de Haute-Montagne, il saisit mon bras, le passe sous l'eau et me dit « bouges tes doigts ». Ça va tous les doigts bougent, les nerfs ne sont pas touchés. Il enveloppe mon poignet avec le mouchoir de mon grand-père et sert très fort. Nous sautons dans la Renault 14, à destination de l'hôpital d'enfants du CHU de Nancy. La pièce montée ça sera pour un autre jour. Je me retrouve allongée sur une grande table, mon bras à l'équerre, une aiguille plantée dans l'aisselle, un homme me dit « t'as pas les nerfs à la bonne place, ma p'tite ». Un autre monsieur plus âgé prend le relais, trouve apparemment ce qu'il cherchait et là je sens comme un « coup d'électricité ». Ça fait tout drôle dans mes doigts, ça picote. Une dame me demande mon chanteur préféré et voilà « Je marche seul » en fond sonore, parfait. Je me demande bien pourquoi ils ont mis un grand rideau vert puisque je vois tout dans la grande lumière du dessus. Je demande de quelle couleur est le fil de pêche qu'ils utilisent pour recoudre, tout le monde a l'air étonné et personne ne me répond. Il était noir et après ça gratte beaucoup. Ensuite, plus de souvenirs, juste que les chemises d'hôpital, ça ne tient pas très chaud.

Les années passent, j'ai dix huit ans, mes dents bougent. Un orthopantomogramme va donner la sentence, ablation des quatre dents de sagesse. J'ai le choix de les extraire une par une ou les quatre en même temps. Le choix est vite fait, on enlève les quatre en une fois. Découverte de la consultation d'anesthésie, l'information qu'il en ressort, c'est que je serai

endormie complètement, ça je m'en doutais un peu.

Le jour « J » arrive, on me conduit sur un brancard vers le bloc opératoire. Il fait très froid, je suis toute seule dans un couloir de sous-sol, je commence à me demander si le brancardier ne m'a pas « garée » au mauvais endroit. Le temps paraît interminable. Enfin, quelqu'un vient me chercher, je rentre dans le bloc opératoire, j'ai juste le temps de dire « j'ai froid » et plus de son plus d'image.

Aucun souvenir ne me reste de ce qu'il s'est passé après. Ensuite, je passe la nuit au-dessus des toilettes à vomir du sang. Je sors le lendemain sans problème, avec l'estomac vide, un bon repas saura le calmer.

Quelques années plus tard, me voilà élève infirmière, je pars pour les vacances me livrer à l'un de mes sports favoris : le ski. Dans un élan artistique, j'improvise une figure de style. Résultat : un ligament croisé hors-service. Les vacances se poursuivront pour moi devant le poste de télévision à regarder les Jeux Olympiques de Salt Lake City, chouette ! Étant plutôt sportive, l'opération s'impose. Le chirurgien me propose de visionner toute l'intervention en installant un deuxième écran ; j'en suis très heureuse, encore faut-il choisir la bonne anesthésie. L'anesthésie générale étant pour moi hors de question, le médecin anesthésiste me propose la rachianesthésie ; « Je veux pas qu'on touche à mon dos », « Bon très bien, ce sera un tri-bloc alors ». J'avais tout gagné, trois piqûres au lieu d'une. Je suis hospitalisée la veille de l'intervention. En élève obéissante, je prends ma prémédication qui se révèle très efficace car dix minutes plus tard je dors à point fermé. Forte de l'expérience de la veille, voulant être vigilante pour l'intervention (ce n'est pas tous les jours qu'on peut vivre une intervention en direct) le matin du bloc, je ne prends pas la prémédication. On me conduit au bloc opératoire, le médecin anesthésiste s'installe et commence son travail. C'est très désagréable, ça fait mal et j'entends : « t'as pas les nerfs au bon endroit !!! », tiens ça me rappelle quelque chose. J'essaie de ne pas trop réagir, sinon on va dire que les infirmières sont des patientes difficiles, mais il n'y arrive toujours pas et ça fait de plus en plus mal. Dans un élan de colère, il me dit : « vous m'avez l'air bien énervée à bouger comme ça, tenez, ça va vous détendre » et il pousse sa seringue. Pour être détendue, je l'étais, tellement bien que je ne me souviens plus de rien, la belle opération en direct avec explications et démonstrations part aux oubliettes. Je me suis réveillée bien embuée lorsque le chirurgien testait le tirage tibial, la bataille était finie. De retour dans ma chambre, j'étais très en colère contre l'anesthésiste et ce fichu produit mais surtout frustrée de n'avoir pu assister à mon opération.

Voici donc le récit des trois anesthésies que j'ai vécues, si les deux premières ne laissent aucun souvenir désagréable, ce n'est pas le cas de la troisième.

N'y avait-il pas un autre moyen que la chimie et tous ses effets secondaires pour me soulager et permettre à l'anesthésiste de poursuivre son travail ?

Peu de temps avant de rentrer à l'école d'Anesthésie, je regarde une émission télévisée ayant pour sujet, l'hypnose. Étant de nature curieuse, le sujet m'intrigue et m'intéresse, car j'en ignore tout. Au fur et à mesure de l'émission, entrecoupée de reportages et de témoignages, mon intérêt grandit. Je découvre les multiples facettes de l'hypnose et ses applications en anesthésie. Je trouve ces techniques d'une redoutable efficacité, avec des effets iatrogènes réduits au minimum. Tous les protagonistes relatent des expériences extrêmement positives, qu'ils soient patients ou soignants.

Je me demande si l'hypnose ne pourrait pas être une des solutions alternatives ou complémentaires à la chimie ?

**CADRE CONCEPTUEL  
ET  
CONTEXTUEL**

## **INTRODUCTION**

Le confort et le bien être sont devenus la nouvelle quête du Graal de nos sociétés occidentales. Il faut être détendu, « zen » à tout prix, jusqu'à nous rendre coupable de ne pas l'être. Le stress est la maladie du siècle selon les experts, et tous les moyens sont bons pour le combattre surtout s'ils sont consommables. Mais, il y a un domaine où cette quête n'est pas vaine et encore moins mercantile, c'est dans le domaine de l'anesthésie.

Bien avant qu'il ne devienne à la mode, l'anesthésie a fait du stress un de ses principaux facteurs de risques. Une anesthésie, qu'elle soit générale ou loco-régionale débute par une prémédication. Cette prémédication a pour but de diminuer l'anxiété préopératoire et ainsi faciliter l'induction, diminuer la consommation de drogues anesthésiques. Elle contribue également à l'amélioration de la qualité du réveil et diminue les douleurs post-opératoires. Mais on peut constater que certains patients maintiennent un fort taux d'anxiété à leur arrivée au bloc opératoire malgré l'administration de cette prémédication. Alors, comment peut-on aider ces patients sans avoir recours à la chimie ? En effet, la pharmacopée pourrait répondre à cette anxiété par un renfort de la prémédication mais cela n'est-il pas sans danger pour les patients ? Nous, Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat, n'avons-nous pas d'autres ressources à notre disposition ? C'est ce que je souhaite aborder et développer dans ce travail.

La première action que nous faisons auprès du patient avant tout soin technique, c'est de lui parler. À l'IFSI<sup>2</sup> ; nous apprenons que la communication est un soin. Nous apprenons aussi certaines techniques comme la relation d'aide par exemple, mais est-elle vraiment adaptée aux patients arrivant au bloc opératoire ?

La première partie de ce travail sera consacrée à la communication. Nous dégagerons les différents modèles de communication ainsi que ses grands principes. Nous les intégrerons dans la relation soignant-soigné, notamment la relation IADE / patient, en abordant le cadre réglementaire qui la régit.

L'IADE a un rôle central dans la prise en charge du patient. C'est lui qui l'accueille parfois collégalement avec l'IBODE<sup>3</sup>, il l'installe et dispose du temps de la mise en condition pour l'anesthésie (monitorage, pose de voies veineuses...). Certains diront que c'est un temps très court pour installer une communication et d'autres diront qu'il y a largement assez

---

2 Institut de Formation en Soins Infirmiers.

3 Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat.

de temps pour créer une relation de confiance. Nous verrons plus tard que la notion de temps a peu d'importance et qu'une communication adaptée, même brève peut être efficiente.

La deuxième partie de ce travail concernera l'anxiété du patient. Tout d'abord, les différents degrés d'anxiété avec leurs effets sur les fonctions cognitives du patient. Ensuite, nous verrons les moyens mis en place pour la réduire, l'efficacité de ces traitements, les moyens pour l'évaluer, la déceler pour mieux l'appréhender.

La troisième partie portera sur l'hypnose, sujet très à la mode si l'on en juge par le nombre d'articles qui lui ont été consacrés dans les parutions de la SFAR<sup>4</sup> ces deux dernières années. Les avancées d'une profession passent parfois par des chemins de traverses. L'histoire chaotique de l'hypnose sera abordée. L'hypno-sédation ou hypnose formelle et l'hypnose conversationnelle seront définies. L'intérêt du rôle IADE dans l'hypnose conversationnelle sera développé.

Prendre conscience de l'effet délétère de la négation, découvrir un champ lexical le plus adapté aux besoins du patient, voilà ce qui est proposé aux IADE d'aujourd'hui pour une meilleure communication dans leurs relations avec le patient.

---

4 Société Française d'Anesthésie et de Réanimation.

## 1 CADRE CONCEPTUEL ET CONTEXTUEL.

### 1.1 LA COMMUNICATION.

#### 1.1.1 Définition.

Notre monde est dit « de la communication » mais ; il est surtout le monde de l'information. Un monde où l'information circule comme un objet qui passe de mains en mains et qui est véhiculée grâce aux nouvelles technologies. Sous prétexte de faire circuler de l'information en envoyant pléthore de courriels avec des « all users », sommes-nous pour autant des communicants ?

Communiquer vient du latin *communicare* qui signifie « être en relation avec ».

Alors ; à chaque fois que nous entrons en communication avec quelqu'un, sommes-nous en relation ? Dans une relation, l'information n'est pas forcément partagée, elle peut être imposée par l'émetteur et subie par le récepteur.

Communiquer, c'est aller au-delà, c'est mettre en commun, c'est partager. La notion d'intérêt disparaît au profit de la notion du respect de l'autre. L'information est proposée par l'émetteur et reçue par le récepteur qui l'accepte (ou non). Et si le récepteur accepte, il va formuler un message de retour ou « feed-back ». C'est ce message qui va créer cette communication et engendrer à son tour un autre message de l'émetteur et ainsi de suite, le cercle de la communication est créé.

Ces deux schémas illustrent la différence entre un échange d'information et un échange de communication (fig.1).

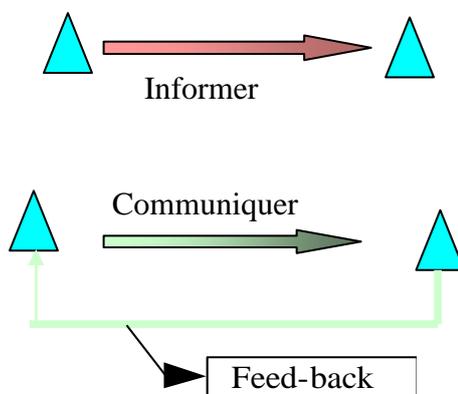


Figure 1: Différence entre informer et communiquer

### **1.1.2 Les modèles de communication.**

De nombreux théoriciens de la communication ont cherché à conceptualiser ce qu'était « une communication » ou « la communication. Le but n'est pas de faire une liste exhaustive de modèles (cela est quasiment impossible et surtout pas le but de ce travail), mais d'observer l'évolution des différents modèles de communication au cours du temps afin de comprendre où nous en sommes aujourd'hui.

#### **1.1.2.1 Le modèle de Shannon et Weaver.**

Ce modèle est né des travaux de l'ingénieur électricien et mathématicien américain, Shannon (1916-2001) qui étudia durant la Seconde Guerre mondiale la transmission des informations par les lignes téléphoniques, appelé aussi conception télégraphique<sup>5</sup>. C'est le mathématicien américain Weaver (1894-1978) qui a repris les travaux de Shannon pour les extrapoler à la communication.

Ce modèle est basé sur la notion d'Émetteur – Récepteur, il est centré sur le contenu et le transfert de l'information. Il y a une linéarité cause-effet, le sens du message est une donnée et ce message (la cause) parcourt le canal et va produire un effet chez le récepteur<sup>6</sup>.

Il peut être représenté par ce schéma :

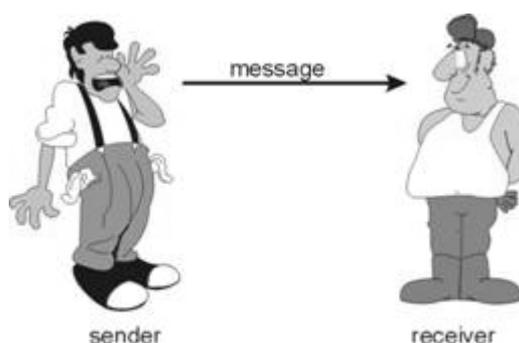


Figure 2 : Modèle de Shannon et Weaver

Ce modèle a pour avantage de mettre en lumière les facteurs perturbateurs (fig.2) de

---

5 MUCCHIELLI Roger. *Communication et réseaux de communication*. Collection formation permanente en Sciences Humaines – 9<sup>ème</sup> Edition. Paris : ESF éditeur, 1993. p16.

6 Denise Geneletti-Lanfumez, *Les principaux modèles de la communication* ppt. [en ligne]. Disponible sur : [http://www.google.fr/ac.besancon/Les principaux modèles de communication](http://www.google.fr/ac.besancon/Les%20principaux%20mod%C3%A8les%20de%20communication). (consulté le 09.01.2011).

la transmission de l'information (le bruit). Mais il ne prend pas en compte les facteurs psychologiques et sociologiques, il y a absence de boucle de rétroactivité.

Les disciples de Shannon vont poursuivre les travaux, Weaver va intégrer la notion de redondance (ou reformulation).

Le mathématicien américain, Norbert Wiener (1894-1964), bien plus tard, va introduire la notion de rétroaction (le feed-back), le récepteur devient acteur de la communication. La vision linéaire de la communication sera abandonnée au profit d'une vision circulaire. Les feed-backs s'ils sont absents peuvent être négatifs (effet stabilisateur et régulateur de la communication) ou positifs s'ils sont présents (effet boule de neige dans l'énervement entre deux personnes). Mais une absence de feed-back peut être un frein à la communication (on ne peut pas savoir si le message a été compris ou même transmis).

### **1.1.2.2 Les modèles sociométriques.**

Ces modèles datent des années cinquante dont le plus représentatif est celui de Moreno, psychiatre roumain (1889-1974). Moreno a démontré que les affinités entre individus et les relations socio-affectives du groupe apparaissent, c'est la première fois que la notion de relation émerge<sup>7</sup>. La communication y est définie comme un canal, support privilégié de la transmission de l'information.

### **1.1.2.3 Le modèle de H.D Lasswell.**

Selon le sociologue américain Lasswell (1902-1978), on peut définir la communication en répondant à ces questions :

QUI, DIT QUOI, PAR QUEL CANAL, A QUI, AVEC QUEL EFFET ?<sup>8</sup>

Ce modèle conçoit la communication comme un processus d'influence et de persuasion.

Il envisage la communication dans un processus dynamique et met l'accent sur la finalité et les effets de la communication (fig.3).

Mais là encore, il n'y a pas de rétroaction et les contextes socio-psychologiques ne sont pas pris en compte.

---

7 J LENDREVIE / A DE BAYNAST. *Publicator. Paris : Dunod, 2004. p129.*

8 CABIN Philippe. *La communication – Etat des savoirs.* Auxerre : Sciences Humaines Editions, 1998. p70.

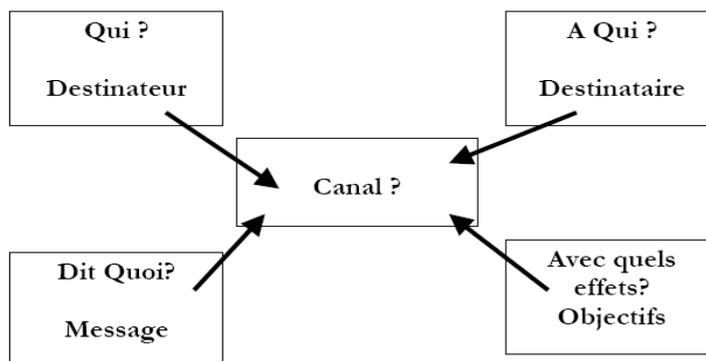


Figure 3 : Modèle de Laswell

#### 1.1.2.4 Le modèle de Jakobson.

Ce modèle, fondé sur la linguistique<sup>9</sup>, qui a été créé par Roman Jakobson (1896-1982), un linguiste russe, n'est plus basé sur la transmission du message mais sur le message lui-même. Il est composé de six facteurs qui correspondent chacun à une fonction (fig.4).

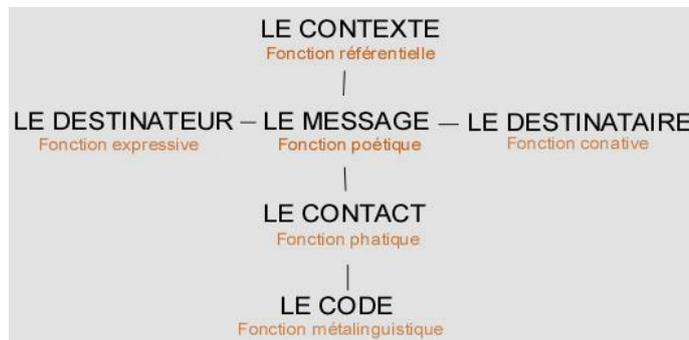


Figure 4 : Modèle de Jakobson

Ce modèle introduit la notion de contexte, c'est-à-dire l'ensemble des conditions (économiques, sociales et environnementales) extérieures au message, mais qui influence sa compréhension. Il introduit aussi la notion de contact entre le destinataire et le destinataire ; cette liaison peut être physique, sociologique ou psychologique selon Jakobson.

9 MUCCHIELLI Roger. Communication et réseaux de communication. Op cit. p26.

### 1.1.3 Les principes de communication.

#### 1.1.3.1 Introduction.

Pour qu'il y ait communication, il faut (fig.5) :

- ✓ un émetteur et un récepteur (1) et (2),
- ✓ un message à transmettre (3),
- ✓ un canal de transmission : support, moyen utilisé (voix, écrit, gestes, toucher) (4),
- ✓ un code comme les termes et le langage utilisé (6),
- ✓ une réaction à la communication, ce que l'on appelle le feed-back (5).

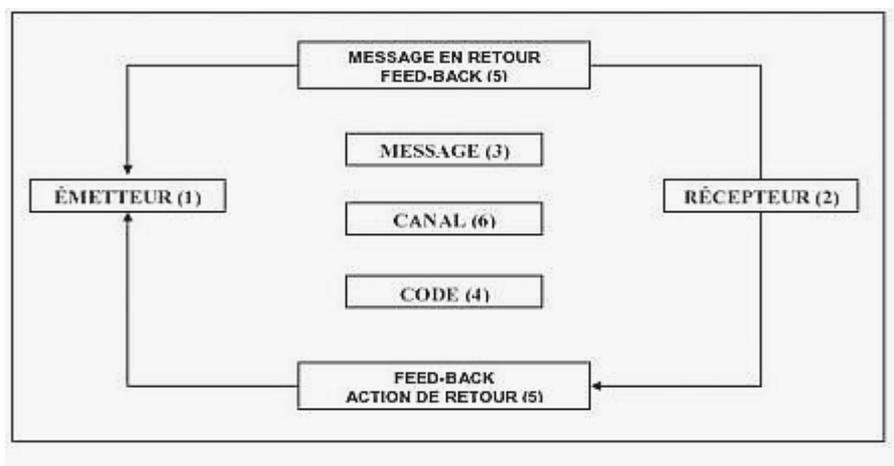


Figure 5 : Les acteurs de la communication

Les éléments sont réunis mais il va y avoir un processus d'élaboration du message de la part de l'émetteur qui est le suivant :

- ✓ composition du message en le construisant de façon logique (celle de l'émetteur),
- ✓ adaptation du message en fonction du récepteur,
- ✓ préparation du récepteur à recevoir le message en attirant son attention,
- ✓ émission du message,
- ✓ le récepteur reçoit le message mais le comprend-il dans son intégralité ou partiellement ?

En moyenne, 70 % du message n'est pas transmis.

La communication passe comme dans un entonnoir et va subir des déperditions (fig.6)<sup>10</sup>.

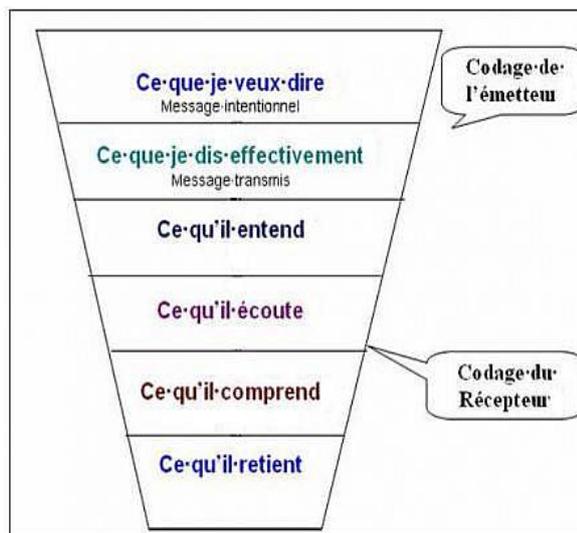


Figure 6 : L'entonnoir de la communication

Comment peut-on expliquer les distorsions subies par la communication ?

Par l'expression tout d'abord : entre ce que nous voulons exprimer et ce que nous arrivons à dire ou à écrire, il peut exister un décalage dû au fait que nous ne trouvons pas les termes exacts pour exprimer notre pensée. Ce que nous disons n'est pas forcément ce que nous voulions transmettre initialement.

Ensuite, le codage : les mots, les termes, notre langue. En premier lieu, au moment de la conception du message, il permet de formaliser notre perception de la réalité. A un second niveau, il intervient pour communiquer. Entre ces deux codes, une partie du message originel est perdue.

Un environnement sonore : les bruits par exemple vont parasiter le message.

La réception : la réception du message par notre interlocuteur n'est jamais totale. Il va sélectionner les informations en fonction de ce qu'il comprend de notre système de codage et en fonction de sa propre conception de la réalité.

L'écoute : notre interlocuteur peut donner des signes d'écoute alors même que son attention ne peut être ni constante, ni soutenue.

Enfin, le cadre de référence est sans doute le plus grand pourvoyeur de distorsions. Ce cadre est fait des idées, du savoir, des normes, des valeurs, de l'expérience, du vécu de chacun d'entre nous. Tout ce que nous recevons comme information est filtré par ce cadre. C'est notre façon de comprendre les événements et la réalité du monde qui nous entoure.

<sup>10</sup> WITTEZAELE Jean-Jacques / GARCIA Theresa. *A la recherche de l'école de Palo Alto*. Paris : Seuil, 1992. p87.

En résumé :

Il n'y a pas de communication si l'on observe un des phénomènes suivants :

- ✓ l'émission est brouillée,
- ✓ le canal est interrompu ou parasité,
- ✓ le message ne parvient pas au récepteur : il n'est pas décodé avec le même code que celui de l'émetteur, le récepteur est éteint, etc,
- ✓ il n'y a pas de feed-back : on ne sait pas si le message est arrivé au destinataire.

### 1.1.3.2 L'émetteur et le récepteur.

Nous avons déjà abordé quelques unes des qualités que récepteur et émetteur doivent requérir pour une communication efficace, mais nous allons détailler les causes d'échec d'une communication<sup>11</sup>.

	<b>Erreurs de l'Emetteur</b>	<b>Erreurs du récepteur</b>
<b>Techniques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- imprécisions,</li> <li>- oublis,</li> <li>- termes inconnus ou mal connus du récepteur,</li> <li>- informations trop nombreuses.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- inattention,</li> <li>- incompréhension partielle ou totale du message,</li> <li>- difficulté physique (déficiência auditive, ...).</li> </ul>
<b>Psychologiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mépris de l'interlocuteur,</li> <li>- dureté du ton,</li> <li>- débit de paroles rapide,</li> <li>- ironie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- peur,</li> <li>- inhibition,</li> <li>- anxiété.</li> </ul>

**Tableau 1 : Erreurs de l'émetteur et du récepteur**

Cette liste n'est pas exhaustive mais elle couvre de nombreux cas de figures d'une communication manquée.

Par conséquent pour établir une communication, il faut un émetteur et un récepteur, mais entre les deux il faut un lien, ce sont les canaux de communication.

<sup>11</sup> <http://www.ac-rennes.fr/pedagogie/espaceeg/prodpeda/kits/ecouteactive/ecsynth.doc>

### 1.1.3.3 Les canaux de communication.

En communication, un canal de communication est un média de transmission d'information. Il relie la source au destinataire et permet l'acheminement du message<sup>12</sup>.

Il existe cinq canaux de communication :

- *Le canal interruptif*

Il a pour objectif d'interrompre un stress ou une émotion qui pourrait déborder<sup>13</sup>.

Exemple : « Les enfants font de plus en plus de bruit, le parent intervient en tapant sur la table et criant « stop » : les enfants se taisent ».

- *Le canal directif*

Il a pour objectif la réflexion et fait passer à l'action, plus centré sur les faits que sur l'émotion.

Exemple : « En sortant fermez les fenêtres et les lumières, réponse ok »

- *Le canal interrogatif*

Il a pour objectif de recevoir une réponse que l'on ne connaît pas au préalable.

Exemple : « Quelle heure est-il ? »

Mais il a aussi pour but de faire partager une opinion.

Exemple : « Il faudrait faire plus attention à notre consommation d'énergie ! » Réponse : « Oui pour le réchauffement climatique ».

- *Le canal nourricier*

Il a pour objectif de consolider l'autre et lui permettre de s'exprimer.

Exemple : « J'apprécie ta participation active à ce groupe » ; réponse « C'est moi qui vous remercie de m'avoir invité ».

- *Le canal émotif*

Il a pour objectif de partager des émotions spontanément.

Exemple : « J'en ai marre, marre et marre... » ; Réponse « Et moi alors... »

---

12 CABIN Philippe. La communication – Etat des savoirs. Op cit. p96.

13 CORTEN Philippe. *Les canaux de communication*. [en ligne]. Disponible sur [http://www.slidefinder.net/l/les\\_canaux\\_communication\\_prof\\_corten/](http://www.slidefinder.net/l/les_canaux_communication_prof_corten/) (consulté le 11. 01. 2011).

#### 1.1.3.4 La communication non verbale.

L'Homme est convaincu que la nature l'a doté d'un organe spécifique pour communiquer : l'appareil phonatoire. Hors, il n'en est rien. Dans l'évolution, les cordes vocales étaient la dernière barrière à toute intrusion de corps étranger dans l'arbre respiratoire. Il en est tellement convaincu qu'il en a oublié qu'il communiquait aussi avec son corps entier.

En effet, selon le psychologue américain, Albert Mehrabian, les mots représentent 7 % du message de la communication totale, 38 % pour le para-verbal (débit, timbre de voix,...) et donc 55 % pour le non verbal. Selon l'École de Palo Alto, les moyens verbaux porteraient 30 à 35% de la signification du message, tandis que les moyens non verbaux véhiculeraient 60 à 65 % de l'information<sup>14</sup>.

Pour la communication verbale, il existe des canaux de communication. Dans la communication non-verbale, ils sont appelés « médium de communication ».

Quels sont-ils ?

##### ➤ *Le regard*

Le regard peut tout exprimer (la surprise, la peur, l'étonnement, ...) à condition d'être dans un échange face à face. Il est étroitement lié au verbal auquel il donne une valeur expressive.

Le regard peut avoir trois fonctions ou trois axes (il en sera de même pour d'autres médias) la captation, l'appel ou le rejet et la complicité (être avec)<sup>15</sup>.

##### ➤ *Les expressions faciales*

Chaque émotion est liée à une expression faciale le plus souvent inconsciente mais elle peut être volontaire dans le cadre du mime ou du jeu d'acteur.

Le visage permet l'expression des six émotions fondamentales<sup>16</sup> : la joie, la surprise, la peur, la colère, la tristesse et le dégoût. Les expressions faciales ne sont pas propres à chaque culture, une étude a montré qu'une même expression faciale traduisait dans 75 % des cas la même émotion chez un individu sur les cinq continents.

---

14 WINKIN Yves. *La Nouvelle Communication*. Paris : Editions du Seuil, 1981. p 267.

15 LAUTIER I. *Expression et communication*. Licence GAAS 2006 – 2007. Université Lille 2. 31 p.

16 BIOY Antoine / BOURGEOIS Françoise / NEGRE Isabelle. *Communication soignant – soigné Repères et pratiques*. Peronnas : Bréal, 2010. p 55.

➤ *Le comportement vocal ou la communication para-verbale*

C'est le domaine le plus complexe à étudier et à comprendre car il englobe les caractères culturels, sociaux et psychologiques. La tonalité, le rythme, le timbre d'une voix, la pause entre les mots et la prosodie constituent le para-verbal. La communication para-verbale est bien souvent en synergie avec le discours (ce qui permet de le renforcer) mais elle peut être aussi contradictoire et ainsi mettre à mal le discours verbal. Une voix seule sans son propriétaire peut déclencher des réactions émotionnelles. On ne s'en rend pas forcément compte mais nos silences ont un sens.

➤ *Le comportement kinesthésique*

Il a été plus récemment étudié, en particulier par l'anthropologue américain R. BIRDWHISTELL (1918-1994). Il a montré qu'il était étroitement lié au verbal; il a une valeur expressive. On y retrouve donc les trois axes précédemment vus dans le regard.

Le comportement kinesthésique regroupe les gestes, les attitudes et plus particulièrement ceux des mains, des bras et des jambes.

On peut distinguer trois comportements kinesthésiques :

- les auto-contacts tels que les grattages, pincements de lèvres, mains dans les cheveux que l'on se fait à soi-même. Ils expriment soit une réflexion interne, soit une quête de réassurance.
- les activités de dérivation telles que « tripotage » de stylo ou d'objet, peuvent témoigner d'un trouble.
- les contacts avec autrui où l'on va pénétrer la zone intime du récepteur, cela est acceptable dans certaines cultures (latine par exemple) mais pas du tout dans d'autres comme la culture asiatique.

Quelques exemples de gestuelles (la liste n'est pas exhaustive) :

- des bras croisés forment un bouclier de défense et rendent la communication plus difficile,
- des jambes croisées ne sont pas un signe d'ouverture,
- aucun membre croisé, transmet un message d'écoute et d'attention.

➤ *La proxémique*

La proxémique<sup>17</sup> est la distance qui s'établit entre deux personnes prises dans une interaction. Elle a été étudiée par l'anthropologue Edward T Hall en 1963 (fig.7).

---

17 K.TUITE. *Ethnographie de la communication*. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.mapageweb.umontreal.ca/tuitekj/cours/2611slides/2611-2010-X-proxemie.pdf>. (Consulté le 07. 01. 2011)

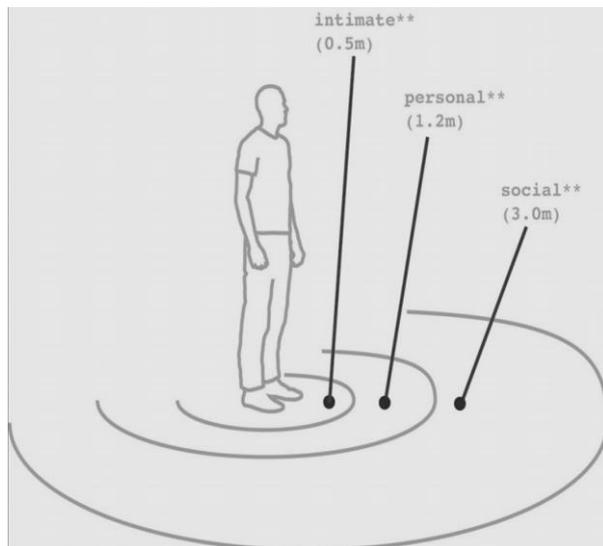


Figure 7 : Représentation de la proxémie

Espace intime : 15 à 50 cm, seuls les proches sont autorisés à y pénétrer. Inférieur à 15 cm c'est le micro-espace franchi exclusivement lors des contacts physiques.

Espace privé : de 45 cm à 1,2 m. distance respectée en société.

Espace social : de 1,2 m à 3 m, c'est la distance qui sépare des personnes qui se connaissent peu ou pas.

Espace public : au delà de 3 m, c'est la distance d'un orateur face à son auditoire

La chanson disait « le poète a toujours raison », dans la communication c'est le corps qui a toujours raison même si le discours exprime le contraire.

Il existe bien d'autres « médium de communication », la liste serait longue et fastidieuse, mais surtout, cela n'est pas le sujet de ce travail. Il me semble que les plus importants sont cités, ceux qui nous concernent tous les jours dans notre profession IADE.

Nous avons dressé les champs de la communication de façon générale selon ces modèles et ces principes. Nous avons vu la théorie avec l'évolution des tendances, nous avons abordé quelques points plus pratiques. Abordons, désormais, en détail un aspect qui nous concerne plus, c'est-à-dire notre communication quotidienne avec les patients.

#### **1.1.4 De quelle communication parlons-nous ?**

En fonction de notre interlocuteur, du contexte, notre communication est différente.

Nous ne parlons pas de la même façon à nos enfants qu'à la boulangère ou sur notre lieu de travail. Nous allons nous centrer sur la communication professionnelle ; mais non pas sur les professionnels de la communication tels que la publicité ou le marketing, mais sur la communication entre une personne soignée et son soignant.

### **1.1.4.1 La communication professionnelle.**

#### 1.1.4.1.1 La communication dans la relation soignant-soigné.

##### 1.1.4.1.1.1 Aspect législatif.

En France, la relation soignant-soigné est réglementée. La loi prévoit notamment des devoirs pour les soignants et des droits pour les personnes soignées. Trois éléments primordiaux y sont retrouvés, le respect de la personne soignée, la qualité de la relation soignant-soigné et l'information de la personne soignée.

##### Le respect, un devoir pour le soignant.

Le respect de la personne soignée est une notion qui est retrouvée dans de nombreux textes régissant notre profession qui reposent eux-mêmes sur la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen du 26 août 1789<sup>18</sup>. Le respect du patient est un devoir pour le soignant.

Le décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code<sup>19</sup> précise :

- article R.4312-2 :

« L'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient et de la famille. ».

- article R.4311-2 :

« Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle. ».

- article R.4312-25 :

« L'infirmier et l'infirmière agit en toute circonstance dans l'intérêt du patient. »

---

18 <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/la-constitution/la-constitution-du-4-octobre-1958/declaration-des-droits-de-l-homme-et-du-citoyen-de-1789.5076.html>

19 MINISTRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. Journal Officiel. n°183 du 8 Août 2004. **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>.

Un autre texte, le Code de Déontologie pour la profession d'infirmière<sup>20</sup>, établi par le Conseil International Infirmier, expose aussi cette notion fondamentale de la relation. Ce conseil n'a pas de vertu législative. Il montre que cette notion n'est pas qu'une vue franco -française mais universelle.

« Les infirmières ont quatre responsabilités essentielles : promouvoir la santé, prévenir la maladie, restaurer la santé et soulager la souffrance. Les besoins en soins infirmiers sont universels. Le respect des droits de l'homme ; en particulier le droit à la vie, à la dignité et à un traitement humain, ainsi que les droits culturels, fait partie intégrante des soins infirmiers. Ces derniers ne sont influencés par aucune considération d'âge, de couleur, de croyance, de culture, d'invalidité ou de maladie, de sexe et d'orientation sexuelle, de nationalité, de politique, de race ni de statut social, autant de particularités qu'ils respectent au contraire. »

« Dans l'exercice de sa profession, l'infirmière crée une ambiance dans laquelle les droits de l'homme, les valeurs, les coutumes et les croyances spirituelles de l'individu, de la famille et de la collectivité sont respectés. ».

#### Le respect, un droit du patient.

Le respect est un droit du malade et le législateur le stipule dans la loi :

- LOI n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ; Première partie, Livre I, Titre II, Chapitre I (Le droit à la personne), article L 1110-2<sup>21</sup> :

« La personne malade a droit au respect de sa dignité. ».

#### La qualité de la relation soignant-soigné.

Le décret relatif aux actes professionnels aborde la notion de qualité. La loi de 2002, relative aux droits des malades, approfondit cette valeur en créant une commission dans chaque établissement pour y veiller.

- LOI n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ; Première partie, Livre I, Titre I, Chapitre III (Personnes accueillies dans les établissements de santé), article L 1113-3 :

« Dans chaque établissement de santé, une commission des relations avec les usagers et

---

20 Conseil International des Infirmières. *Code déontologique du CII pour la profession d'infirmière*. [en ligne]. Disponible sur <http://www.icn.ch/>.

21 MINISTÈRE DÉLÉGUÉ À LA SANTÉ. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *Journal officiel* du 5 mars 2002. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/>.

de la qualité de la prise en charge a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge. ».

### L'information du patient.

Le troisième pilier qui est l'information de la personne soignée, a été nettement spécifié dans la loi de 2002. Cette information passe bien entendu par une communication adaptée, claire et intelligible pour le malade, car un consentement éclairé ne peut se concevoir dans d'autres conditions. La loi est aussi très claire. Cette information dont la communication, incombe à tout professionnel de santé, donc bien évidemment aux infirmiers et a fortiori aux IADE.

- LOI n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière ; l'article L. 1112-1 du Code de la santé publique :

« dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les praticiens des établissements de santé publics ou privés assurent l'information des personnes soignées. ».

- DÉCRET n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code : article R.4512-32 :

« L'infirmier ou l'infirmière informe le patient ou son représentant légal, à leur demande, et de façon adaptée, intelligible et loyale, des moyens ou des techniques mis en œuvre. Il en est de même des soins à propos desquels il donne tous les conseils utiles à leur bon déroulement. »

- LOI n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ; Première partie, Livre I, Titre I, Chapitre II (information des usagers du système de santé et expression de leur volonté), article L 1112-2 :

« Toute personne a le droit d'être informée [...] Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. ».

Surtout pour le patient, la loi est très claire. Le consentement doit être libre et éclairé, ce qui sous-entend une information comprise et donc une communication efficace.

- LOI n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ; Première partie, Livre I, Titre I, Chapitre II (information des usagers du système de santé et expression de leur volonté) : article L.1111-4 :

« Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. ».

#### 1.1.4.1.1.2 La formation.

La relation soignant-soigné est très encadrée par la loi comme nous venons de le voir ainsi que ce qu'elle doit contenir. Chez les soignants, cette relation qui est basée sur la communication est-elle innée ? La réponse est évidemment non. Alors comment faire ?

Le nouvel arrêté relatif au diplôme d'État d'infirmier<sup>22</sup> est très détaillé sur les compétences que doivent acquérir les étudiants en soins infirmiers, ainsi que sur les modalités et contenus des enseignements pour y parvenir.

- Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier Titre III (Formation et certification) article 40 :

« Le contenu de la formation est défini aux annexes III, IV, V et VI. »

#### Les compétences :

-Annexe VI, page 6 « Cinq compétences « transverses » [...] pour le métier d'infirmier [...] Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins [...] »

Annexe VI, page 9 :

«

1. Définir, établir et créer les conditions et les modalités de la communication propices à l'intervention soignante, en tenant compte du niveau de la compréhension de la personne
2. Accueillir et écouter une personne en situation de demande de santé ou de soin en prenant en compte son histoire de vie et son contexte
3. Instaurer et maintenir une communication verbale et non verbale avec les personnes en tenant compte des altérations de communication
4. Rechercher et instaurer un climat de confiance avec la personne soignée et son entourage en vue d'une alliance thérapeutique
5. Informer une personne sur les soins en recherchant son consentement
6. Identifier les besoins spécifiques de relation et de communication en situation de détresse, de fin de vie, de deuil, de déni, de refus, conflit et agressivité
7. Conduire une démarche de communication adaptée aux personnes et à leur entourage en fonction des situations identifiées »

---

22 LE MINISTRE DE LA SANTE ET DES SPORTS Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier. [en ligne]. Journal officiel n°0181 du 7 août 2009. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/> .

Les enseignements :

- Annexe V, unité d'enseignement 1.1.S1 : Psychologie, Sociologie, Anthropologie ;  
« Les concepts de bases en psychologie cognitive : [...] et les principes de communication (modes, circuits, canaux, réseaux,...). »

- Annexe V, unité d'enseignement 1.1.S2 : Psychologie, Sociologie, Anthropologie ;  
« Les concepts de bases de la sociologie : [...] les réseaux de communication, [...]. »

- Annexe V, unité d'enseignement 4.2.S2 : Soins relationnels :  
« Les concepts : relation, communication, négociation, médiation,...  
La communication par le langage, culture, langue,...  
La communication non verbale, [...]. »

- Annexe V, unité d'enseignement 4.2.S3 : Soins relationnels :  
« La relation d'aide : écoute, attitudes, techniques,...  
Les entretiens infirmiers : typologie, conduite d'entretien, analyse des interactions, ... [...] La relation adaptée à des situations spécifiques : crise, détresse, deuil, conflits, violence,... »

- Annexe V, unité d'enseignement 4.2.S5 : Soins relationnels :  
« [...], les attitudes cliniques et les postures professionnelles, [...] L'établissement d'une communication aidante, [...]. »

- Annexe V, unité d'enseignement 5.3.S3 : Communication et conduite de projet :  
« Identifier les besoins spécifiques de relation et de communication en situation de détresse, [...], de déni, de refus de soins, [...],  
Définir les conditions et les modalités de la communication [...] en tenant compte du niveau de compréhension de la personne. »

Nous venons de constater que la formation des étudiants en soins infirmiers était étoffée en matière d'information et de communication au patient. Mais cette formation apporte-t-elle toutes les solutions, envisage-t-elle toutes les formes de communication possible avec le patient ? Là encore, non, toute formation aussi complète soit-elle ne peut enseigner un panorama exhaustif de toutes les techniques de communication. Mais nous n'avons pas le recul nécessaire au constat des bénéfices de cette réforme, puisque les étudiants sont en cours de formation.

C'est justement le but de ce travail : apporter aux IADE de nouveaux outils ou moyens de communication avec leurs patients mais aussi de faire un rappel sur les principes et fondements d'une communication efficace.

Sachant qu'avec l'expérience, le contact avec les patients et le temps, sont les éléments primordiaux dans le développement d'une communication au plus juste avec le patient ; hors, une formation théorique ne pourra jamais remplacer ou palier l'expérience.

Une autre question se présente aussi, que reste-il de cette formation initiale après des années, voire des dizaines d'années d'exercice professionnel ?

En effet, la spécialisation<sup>23</sup> en anesthésie ne peut intervenir qu'après un minimum de deux années d'exercice, comme le mentionne l'arrêté de formation.

- Arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier anesthésiste, titre IV (Des conditions générales d'admission), article 8 :

« [...] justifier de deux années minimum d'exercice en équivalent temps plein, soit de la profession d'infirmier, soit de la profession de sage-femme, au 1er janvier de l'année du concours ; [...] ».

De plus, le soin relationnel et la communication ne sont pas au programme de la formation d'infirmier anesthésiste, seule la douleur est abordée dans ce sens.

- Arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier anesthésiste, Annexe II (Programme de la formation), Enseignement transversaux, alinéa 3, 3ème tiret :

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

La formation sera complétée par un apport sur l'éthique et le soin IADE ; il sera abordé aussi, l'IADE et la fin de vie en réanimation.

Nous allons voir maintenant les différentes caractéristiques d'une communication que l'on peut avoir avec un patient pour être au plus juste avec lui et quels « ingrédients » peuvent être apportés pour qu'elle soit performante.

---

23 MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ ET MINISTÈRE DÉLÉGUÉ À LA SANTÉ.  
*Arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier anesthésiste. [en ligne].* Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/>.

#### 1.1.4.1.2 Les différentes caractéristiques de la communication dans la relation soignant – soigné.

##### 1.1.4.1.2.1 L'empathie.

L'empathie est la clef de voûte de la relation soignant – soigné mais qu'elle est-elle ?

Le dictionnaire Le petit Robert<sup>24</sup> définit l'empathie comme la « faculté de s'identifier à quelqu'un, de ressentir ce qu'il ressent ».

D'autres définitions, telle que celle de Blouin et de Bergeron la traduit comme la « Capacité de se mettre à la place de l'autre et de ressentir ses sentiments et ses émotions. »<sup>25</sup>. Cela ne signifie pas que le soignant doit prendre la place du patient mais de ressentir et de comprendre ses émotions. Le soignant ne devient pas le patient, il regarde du même point de vue que lui. Cette limite est très ténue et on peut vite basculer vers le « narcissisme relationnel », c'est-à-dire apporter notre solution si effectivement nous avons été à la place du patient. L'empathie c'est « l'art d'être distinct sans être distant »<sup>26</sup>.

Il existe différentes formes d'empathie.

Tout d'abord, « l'empathie spontanée »<sup>27</sup> ou instinctive. Elle est due à la rencontre de deux visions, celle du soignant et du soigné, qui partage le même univers. Cette communication ne peut être empathique que si le soignant en a conscience et qu'il effectue un travail de décodage des éléments livrés par le patient.

Il y a l'empathie dite difficile qui intervient dans les moments de crise, dans le parcours du patient (exemple passage au bloc opératoire) alors que cette situation ne revêt pas de caractère exceptionnel pour le soignant puisque c'est son quotidien. Le soignant doit alors être attentif aux messages du patient : s'il ne reconnaît pas la souffrance du patient, le soignant passe à côté. Il doit être sensible aux messages émotionnels parfois confus du patient ainsi qu'à la dimension cognitive de la situation (le patient peut donner plusieurs sens à une même situation).

Il faut noter que cette attitude est très difficile à mettre en œuvre pour les soignants. Une démarche empathique, même hésitante ou incomplète, apporte aide et soutien au patient, ne serait-ce que par l'écoute attentive.

L'empathie est un processus dynamique. Le soignant engage une démarche de

---

24 ROBERT Paul. *Le nouveau petit Robert*. Paris : Dictionnaires Le Robert, 1993. p 837.

25 BLOUIN Maurice / BERGERON Caroline et al. *Dictionnaire de la réadaptation, tome 1 : termes techniques d'évaluation*. Québec : Les Publications du Québec, 1995.p 31.

26 TOURNEBISE T. *Les pièges de l'empathie*. [en ligne]. Disponible sur : [http://www.maieusthesie.com/chemin\\_decouverte\\_communication/communication.htm](http://www.maieusthesie.com/chemin_decouverte_communication/communication.htm).

27 BIOY Antoine / BOURGEOIS Françoise / NEGRE Isabelle. op. cit, p 35.

compréhension du point de vue du patient sans chercher à modifier son point de vue.

#### 1.1.4.2.2 La congruence.

La notion de congruence en psychologie a été développée par le psychologue humaniste américain Carl Rogers (1902-1987). Son approche peut être applicable à la relation soignant – soigné, bien qu'ici le soignant ne soit pas un thérapeute. Dans sa théorie, Rogers met en avant que le thérapeute doit être un modèle d'authenticité, il doit y avoir une cohérence entre le discours et le vécu afin de permettre au patient de livrer ses émotions. On peut donner cette définition à la congruence : c'est être en harmonie, en cohérence avec soi-même.

Dans la relation avec le patient, la congruence du soignant va autoriser celle du patient par un jeu de miroir. En effet, cette mise en harmonie va permettre au patient d'exprimer ses émotions et ainsi d'être en congruence.

La congruence impose de la part du soignant une disponibilité à écouter ses émotions et à recevoir celles du patient.

#### 1.1.4.2.3 La relation d'aide.

La relation d'aide est un moyen d'accompagner le patient vers une évolution et ses conséquences sur la vie personnelle, familiale, sociale et éventuellement professionnelle. Elle est fondée sur une relation de confiance entre le soignant et le soigné. Pour cela, elle respecte certaines règles comme la considération positive, l'authenticité, l'empathie, l'absence de jugement.

Le soignant cherchera avant tout à accompagner et soutenir le patient dans son questionnement plutôt que de lui répondre systématiquement. Une relation efficace peut aboutir à un changement ou être une porte ouverte vers un changement, en quelque sorte être une première étape positive. Les effets de la relation d'aide sont, en premier lieu, l'obtention d'un soulagement émotionnel par la parole et l'expérience de l'écoute que fait le patient.

Parfois, la relation d'aide permet d'accéder à une réorientation de la vie mais ce n'est pas un objectif initial. Le soignant facilite l'évolution et accompagnera le patient.

#### 1.1.4.1.2.4 Une place pour l'hypnose.

L'hypnose peut être une ressource de communication avec le patient.

Il existe deux formes d'hypnose, la première encore appelée hypnose formelle ou classique est la plus connue. Son image a été souvent véhiculée par l'hypnose à grand spectacle parfois télévisée avec des scènes de foule envoûtée et manipulée. L'hypnose est un état de conscience modifiée, cela ne signifie pas que le patient est inconscient. Bien au contraire, il possède un champ de conscience élargi. Le patient sous hypnose est parfaitement conscient de ce qui se passe et peut réagir en fonction de son libre-arbitre. L'hypnose est presque une communication parfaite entre le patient et le praticien car tous les codes, les règles, les moyens, le contexte de communication sont établis à l'avance, pas de place pour le hasard ou la perturbation. L'hypnose va évoluer et se transformer pour devenir l'hypno-sédation qui est utilisée actuellement en anesthésie.

La seconde est appelée hypnose conversationnelle.

« L'Hypnose Conversationnelle est une forme d'hypnose sans transe. Elle consiste en effet, à potentialiser l'inconscient du client en contournant les limites de son esprit conscient sans avoir recours à une transe formelle. Pour cela, le thérapeute / coach va utiliser des stratagèmes thérapeutiques ainsi qu'un langage qui présuppose le changement. »<sup>28</sup>.

Cette forme d'hypnose sera plus largement développée dans la troisième partie de ce cadre conceptuel.

#### **1.1.4.2 L'implication de l'IADE dans la communication.**

Nous allons reprendre les différents points conceptuels, théoriques de la communication et les appliquer au quotidien des IADE au bloc opératoire dans leurs relations avec le patient.

Le modèle Shannon et Weaver a mis en avant le rôle perturbateur du bruit dans la transmission de l'information. Hors, le bloc opératoire est un lieu très bruyant, les portes qui s'ouvrent, les brancards qui grincent, l'ouverture des instruments opératoires, .... L'IADE est rompu à ce bruit, pas le patient. Un entretien qui se fait dans un volume sonore important

---

28 Société Française d'Hypnose Conversationnelle et Thérapeutique. *Hypnose conversationnelle*. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.hypnoseconversationnelle.org/>.

détériorer la qualité de la communication et la transmission des informations. Accueillir le patient dans un endroit plus calme ou imposer un peu de silence sera bénéfique en terme de la qualité de communication.

Les modèles sociométriques nous montrent une amélioration de la qualité de la communication dans un même groupe, hors, le patient ne fait pas partie du monde médical (ou à de rares exceptions). C'est à l'émetteur, donc l'IADE, de se mettre au niveau du patient et de ses compétences, l'IADE doit adapter son discours à chaque patient et à son niveau de compréhension, un discours standardisé ne sera qu'un échec de communication.

Le modèle de Lasswell nous parle de finalité et d'effet de la communication. Il est important de garder à l'esprit qu'un mot, une expression mal comprise par le patient peut avoir des effets délétères (exemple : majoration de l'anxiété du patient).

Le modèle de Jakobson apporte les dimensions extérieures d'une communication qui en influence sa compréhension. Le patient au bloc opératoire, quelque soit son niveau social et culturel, se retrouve allongé sur un brancard, bien souvent nu sous la chemise d'opéré, c'est une des situations qu'il doit gérer parmi bien d'autres. Il n'est peut-être pas totalement disponible pour comprendre les informations qui lui sont données.

Dans les principes de la communication, le point de départ est l'élaboration du message par l'émetteur selon sa logique. Dans ce cas, il s'agit d'une logique professionnelle, normée, cadrée, qui s'appuie sur des connaissances solides que le patient ne maîtrise pas, ni même la logique. L'IADE doit s'adapter au plus près du patient. Pour cela il faut déceler les capacités du patient mais aussi ses incapacités.

L'écoute peut être perturbée par le bruit, nous l'avons vu, mais aussi par d'autres intervenants, par l'environnement (exemple le froid) ou la douleur. Il revient à l'IADE de préserver un milieu propice à l'écoute du patient.

Le message sera ensuite interprété et compris, mais le patient est-il en pleine possession de ses facultés cognitives ? L'anxiété affecte considérablement les facultés intellectuelles du patient. Nous allons consacrer la deuxième partie de ce travail à cet aspect.

La communication non-verbale tient également une part très importante dans la transmission de l'information mais encore faut-il y prêter attention. Il faut décoder les messages que le patient nous envoie, mais aussi lui permettre de décoder les nôtres. Nous sommes, pour des raisons d'asepsie, cagoulés et masqués au bloc opératoire mais la pré-anesthésie ou le sas d'accueil ne nécessite pas de telles règles. On peut largement laisser tomber le masque pour permettre au patient de voir notre visage et ainsi nos expressions.

Pour décoder les messages des patients, encore faut-il les regarder. Le regard est très pourvoyeur d'indices, une mydriase par exemple, signe d'une hyperactivité sympathique, nous mènera sur la piste de l'anxiété majorée.

Le comportement vocal est fondamental tant pour le patient que pour l'IADE. La logorrhée du patient est un signe majeur d'anxiété. Un débit de paroles important avec une voie stridente, est peu propice à une écoute attentive. L'IADE prendra soin de son comportement vocal. Nous aborderons cet aspect dans la troisième partie de ce travail et nous verrons que cela n'est pas inné, cela s'apprend.

Le comportement kinesthésique de l'IADE est à prendre en compte ; accueillir un patient les bras croisés n'augure pas une relation sous les meilleurs auspices. De même que le patient dans la position où il se trouve (allongé, dénudé,...) n'est pas libre de ses mouvements (voulant préserver avant tout sa pudeur par exemple) ou lorsqu'une question lui est posée et qu'il y répond, il entend « non monsieur ne bougez pas » sauf que cet homme ne sait pas parler sans ses mains. Tout cela est un frein à une communication efficace.

La proxémique apporte une dimension importante dans la relation avec le patient. Nous rentrons dans son espace intime, voire son micro-espace (lors de l'induction par exemple). Cette intrusion, le patient ne peut pas la refuser, il est obligé de l'accepter au prix sans doute d'un surcroît d'anxiété. C'est par la communication que nous allons apaiser cette anxiété et montrer au patient que nous n'allons pas abuser de cette irruption dans son espace.

L'IADE est un infirmier, il va de soi qu'il est soumis aux textes qui régissent la profession infirmière. Le respect de la dignité du patient, d'agir uniquement dans l'intérêt de celui-ci et d'apporter les informations qui permettent un consentement libre et éclairé, constitue le socle de la profession d'IADE.

Plusieurs fois, la notion d'anxiété a été évoquée. Nous allons voir maintenant dans quelles proportions elle est présente chez les patients, en quoi elle interfère dans la communication avec le patient et quelles sont les stratégies mises en place pour la diminuer.

## **1.2 L'ANXIÉTÉ.**

### **1.2.1 Définition.**

L'anxiété se manifeste par des troubles psychiques en réaction à un danger souvent non spécifique ou inconnu pour la personne. L'objet de l'anxiété se situe bien souvent dans l'imaginaire de la personne, tournée vers le futur<sup>29</sup>.

Les réactions physiologiques associées à l'anxiété sont transmises principalement par le système nerveux autonome.

Le mot stress est volontairement absent de ce travail, car ce n'est pas de lui dont il est question. Nous savons que le stress s'installe bien avant la chirurgie et donc a fortiori avant l'anesthésie. Il s'installe même avant la consultation chirurgicale en amont de l'intervention et peut durer des mois. Les répercussions physiologiques (notamment neurovégétatives adrénergiques) d'un tel stress sont bien connues et sont à l'origine de la prescription d'une prémédication avant la quasi totalité des anesthésies. Tout ceci relève de la prescription. L'IADE n'a pas ce rôle à jouer auprès du patient puisqu'il n'est pas en contact avec lui jusqu'à son arrivée au bloc opératoire.

Cette anxiolyse est-elle toujours efficace ? Les patients arrivent-ils au bloc opératoire débarrassés de tout signe d'anxiété ? Une pré-enquête effectuée auprès de 20 patientes nous montrera le contraire, celle-ci sera détaillée dans la deuxième partie de ce travail.

### **1.2.2 Les degrés d'anxiété chez l'adulte.**

#### **1.2.2.1 Les différents degrés d'anxiété.**

##### **1.2.2.1.1 L'anxiété légère.**

Lorsqu'un patient présente une anxiété légère, il conserve quasiment toutes ses facultés intellectuelles. Il est capable d'intégrer le passé et le présent mais peut aussi les mélanger. Son niveau d'attention et de concentration est accru, ce qui peut l'amener à focaliser sur des événements ou des faits qu'il n'aurait pas remarqués en temps normal. Il peut mobiliser ses connaissances et en acquérir de nouvelles. Enfin, le patient en anxiété légère se caractérise par un questionnement important souvent tourné sur lui même.

---

29 BIOY Antoine / BOURGEOIS Françoise / NEGRE Isabelle. op. cit, p60

#### 1.2.2.1.2 L'anxiété modérée.

Un patient présentant une anxiété modérée voit son champ de perception rétréci et son attention devient sélective. La concentration et l'apprentissage deviennent de plus en plus difficiles. Le patient adopte volontiers une position de repli plus sécurisante.

#### 1.2.2.1.3 L'anxiété grave.

Lorsque l'anxiété devient grave, le champ de perception du patient est considérablement réduit. Le patient ne perçoit plus que les détails. Il perd sa faculté d'analyse, sa capacité d'apprentissage est sévèrement entravée. Un patient gravement anxieux sera incapable de comprendre la situation actuelle.

#### 1.2.2.1.4 L'état de panique.

Dans cet état de panique, le champ de perception du patient est déformé, seuls les détails perçus seront amplifiés. Le patient est incapable de comprendre la situation, pas même d'entrer en communication.

### **1.2.2.2 En fonction du patient.**

Chaque individu est unique, donc chaque patient est unique. Il arrive avec son passé, son présent et parfois un futur chargé (en oncologie par exemple). Le vécu du patient va influencer ses réactions et sa façon d'affronter les événements. L'histoire de vie du patient va largement influencer sur l'émergence ou non de cette anxiété. Un patient issu d'une famille avec de lourds antécédents chirurgicaux n'abordera pas de la même façon une anesthésie qu'un patient issu d'une famille « qui n'a jamais vu de médecin ». L'âge influencerait peu sur la prépondérance des troubles anxieux, peut-être par défaut d'étude<sup>30</sup>.

Des facteurs de risque ont été mis en évidence<sup>31</sup> :

- antécédents de cancer,
- tabagisme actif,

---

30 CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR. *L'anxiété préopératoire*. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.cnrdr.fr/L-anxiete-preoperatoire.html>.

31 SFAR. *Accueil au bloc opératoire : prise en charge de l'anxiété*. [en ligne]. Disponible sur <http://www.sfar.org/>.

- désordres psychiatriques,
- douleur modérée à intense,
- sexe féminin,
- patient ASA 3,
- haut niveau d'étude.

Le jeûne est un facteur aggravant d'anxiété.

Lors de l'accueil du patient, l'IADE a ce rôle de déceler cette anxiété et d'entrer en relation avec lui de façon la plus adaptée. Nous aborderons, dans la troisième partie de ce travail, les techniques de communication afin d'être le plus efficient possible.

### **1.2.2.3 En fonction de la chirurgie.**

Toutes les chirurgies ne se ressemblent pas. La chirurgie carcinologique a un fort impact anxiogène. Tout comme les chirurgies mutilantes (mammectomie, amputation....), la chirurgie maxillo-faciale<sup>32</sup>; ces chirurgies qui modifient le schéma corporel et l'identité corporelle, ont un fort pouvoir anxiogène. La chirurgie non-programmée est un gros pourvoyeur d'anxiété.

### **1.2.2.4 En fonction de l'anesthésie.**

La première raison invoquée par les patients pour identifier les peurs d'une chirurgie, c'est l'anesthésie. Globalement, les patients ont peur de ne pas se réveiller. L'acte d'anesthésie en lui-même est anxiogène.

Il y a ensuite l'anxiété liée au type d'anesthésie « la peur de la piqûre dans le dos » pour une rachianesthésie ou « le tuyau dans la gorge » pour l'anesthésie générale.

La perte de contrôle, de la mobilité de ses jambes ou de sa conscience est très anxiogène.

#### Conclusion de cette partie.

Avec ces quelques éléments, nous pourrions établir un tableau de critères prédictifs d'une anxiété potentielle. Ces critères devront bien entendu être confrontés avec la réalité du patient. Ils pourraient être des terrains d'appel à l'anxiété et aiguïser notre vigilance d'IADE à

---

32 CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR. *L'anxiété préopératoire*. op cit.

l'accueil du patient.

C'est sur cette base qu'a été conduite la pré-enquête menée en décembre 2010 auprès de 20 patientes, la grille d'élaboration est disponible en Annexes I. Les résultats de cette pré-enquête seront exploités dans la partie Analyse de ce travail.

### **1.2.3 L'anxiolyse.**

#### **1.2.3.1 L'intérêt.**

Nous n'allons aborder que le sujet de l'anxiolyse. Elle intervient dans une prescription médicale plus globale qui est la prémédication. Cette prescription découle de la consultation pré-anesthésique. La CPA<sup>33</sup> rendue obligatoire par le décret du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie<sup>34</sup>. Cette consultation a pour but de préparer et d'optimiser la récupération post-anesthésique<sup>35</sup>.

Il n'existe pas de « gold standard » de la prémédication, elle doit être adaptée en fonction du patient, de la chirurgie et des conditions péri-opératoires (exemple ambulatoire).

Les objectifs d'une prémédication<sup>36</sup> :

- le confort du patient,
- induire une stabilité hémodynamique,
- diminuer les risques d'inhalation du contenu gastrique,
- anticiper l'analgésie post-opératoire,
- prévenir les nausées et les vomissements,
- prévenir les infections du site opératoire.

Par le confort, nous entendons la notion de bien être, donc une absence d'anxiété qui est une source d'inconfort.

La diminution de l'anxiété pré-anesthésique n'est pas une idée récente. Le médecin

---

33 Consultation Pré-Anesthésique.

34 MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DE LA VILLE ET LE MINISTÈRE DELEGUE A LA SANTÉ . *Décret n°94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique.* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/>.

35 SFAR. *Optimisation de la récupération après anesthésie générale.* [en ligne]. Disponible sur : <http://sfar.org/>.

36 MAURETTE P. *La prémédication.* [en ligne]. Disponible sur : [http://www.reanesth.org/reanesth/05iade/\\_iade.htm](http://www.reanesth.org/reanesth/05iade/_iade.htm). (Consulté le 10;12.2011).

et physiologiste français, Claude Bernard en 1848 propose l'emploi de morphine (pour renforcer l'anesthésie), d'atropine (pour faciliter l'induction) dans la préparation du patient à l'anesthésie pour « diminuer l'angoisse et l'appréhension »<sup>37</sup>.

Il existe une corrélation entre le niveau d'anxiété et la posologie d'induction<sup>38</sup>.

Différentes études ont mis en évidence que des patients présentant un niveau d'anxiété important en pré-opératoire ont un réveil post-opératoire plus lent, plus compliqué et plus douloureux<sup>39</sup>. Certaines études évoquent une augmentation de la consommation de produits anesthésiques et d'analgésiques en per-opératoire<sup>40</sup>. D'autres experts rapportent qu'une anxiété préopératoire peut entraîner une prolongation du temps d'induction pouvant être responsable d'épisodes d'hypoxie, de complications respiratoires et digestives et favoriserait l'apparition de troubles du comportement en post-opératoire<sup>41</sup>.

Toutes ces répercussions de l'anxiété sur l'anesthésie et sur le patient justifient sa prise en charge en pré-opératoire. Les moyens dont la pharmacopée dispose sont assez conséquents et permettent une adaptation aux besoins de chaque patient.

### **1.2.3.2 Les moyens.**

Il ne sera abordé dans ce paragraphe que la pharmacologie de la prémédication appliquée à l'anxiolyse. De même, la prémédication de l'enfant, de la femme enceinte et des patients présentant une plénitude gastrique, ne sera pas traitée.

#### 1.2.3.2.1 Pharmacologiques.

##### 1.2.3.2.1.1 Les benzodiazépines.

Le chef de file des benzodiazépines utilisé en prémédication est le Midazolam (Hypnovel®). Il procure des effets anxiolytiques, amnésiants (amnésie antérograde), une

---

37 MAURETTE P. *Le jeûne préopératoire*. [en ligne]. disponible sur : <http://www.reanesth.org/>.

38 MAURETTE P. *Le jeûne préopératoire*. loc cit. Maranet et al anesth analg, 1999,89:1346-51

39 Kain ZN, Sevarino F, Alexander GM, Pincus S, Mayes LC : Preoperative anxiety and postoperative pain in women undergoing hysterectomy. A repeated-measures design. J Psychosom.Res. 2000; 49: 417-22, cité par MAURETTE P. *La prémédication*. op cit.

40 SFAR. *Accueil au bloc opératoire : prise en charge de l'anxiété*. [en ligne]. Disponible sur <http://www.sfar.org/>.

41 SFAR. *L'hypnose et la sophrologie ont-elles une place pour diminuer l'anxiété préopératoire ?* [en ligne]. Disponible sur <http://www.sfar.org/>.

action anticonvulsivante et myorelaxante<sup>42</sup>. Par contre, il n'a pas d'effet antalgique et provoque une dépression respiratoire parfois persistante en post-opératoire notamment chez le sujet âgé ou lors d'une chirurgie de courte durée. La posologie de la prémédication chez l'adulte est de 10 – 15 mg en per os.

#### 1.2.3.2.1.2 L'hydroxyzine.

L'hydroxyzine (Atarax®) appartient à la famille de la pipérazine, médicament de choix dans la prémédication de l'ambulatoire et du sujet âgé. Il procure une sédation et entraîne peu d'effet sur le système respiratoire. Il est anxiolytique, entraînant une diminution de la tension émotionnelle et de l'anxiété. Il apporte aussi un contrôle des réactions neurovégétatives<sup>43</sup>. Il est principalement utilisé pour ses vertus antihistaminiques de type H1. La dose recommandée est de 25 mg à 100 mg en per os 30 minutes avant l'intervention pour une durée d'action de 6 à 8 heures.

#### 1.2.3.2.1.3 Les alpha2 agonistes.

La clonidine (Catapressan®) appartient à la famille des imidazolines. Elle entraîne une sédation à dose dépendante, atténue la réponse hémodynamique à l'intubation mais surtout réduit les besoins en analgésiques et en halogénés, potentialise l'analgésie post-opératoire. La dépression respiratoire est souvent mineure avec un effet plafond ne potentialisant pas celle provoquée par les morphiniques. Une hypotension est à craindre lors d'une injection intraveineuse trop rapide<sup>44</sup>.

La posologie en prémédication est de 3 à 5 µg/kg, 1 heure avant l'intervention en per os pour une durée d'action de 8 heures.

#### 1.2.3.2.1.4 La gabapentine.

La gabapentine (Neurontin®) appartient à la classe des antiépileptiques non-barbituriques. Elle procure une anxiolyse, une sédation et un effet anti-hyperalgésique<sup>45</sup>. Utilisée en dose unique de 900 à 1200 mg, 2 heures avant la chirurgie, elle peut être

---

42 DALENS.B. *Médicaments en anesthésie*. Rueil-Malmaison : Éditions Arnette, 2002. p439-442.

43 DALENS.B. *Médicaments en anesthésie*. loc cit. p387-388.

44 DALENS.B. *Médicaments en anesthésie*. loc cit. p216-219.

45 DEPARTEMENT D'ANESTHESIE – REANIMATION DE BICÊTRE. *Protocoles 2010, 12ème édition*. Le Kremlin Bicêtre : Éditions MAPAR, 2010. p18.

poursuivie en post-opératoire durant 48 heures. Elle est utilisée, aujourd'hui, surtout en chirurgie carcinologique et plus particulièrement en chirurgie sénologique.

#### 1.2.3.2.2 Les autres.

##### 1.2.3.2.2.1 L'homéopathie.

Une étude a été menée à Madagascar par RAVELOSON, MAR au CHU d'Antananarivo<sup>46</sup> sur 120 patients divisés en 3 groupes égaux. Il s'agit d'une étude comparative sur les effets de trois types de prémédication différente : une prémédication classique, une prémédication homéopathique et aucune prémédication.

Voici le résultat obtenu sur l'anxiété préopératoire : « Dans notre étude, la majorité des patients sous prémédication homéopathique (87,5%), soit 35 cas sur 40, sont calmes à l'arrivée au bloc opératoire contre 42,5% (17 cas sur 40) des patients sous prémédication classique et 8 patients sur 40 (20%) sans prémédication ».

Cette étude reste encore isolée et demande à être confrontée. Elle a cependant le mérite d'ouvrir une piste vers d'autres thérapeutiques.

##### 1.2.3.2.2.2 La sophrologie et la relaxation.

La sophrologie est une science qui étudie la conscience humaine harmonieuse, basée sur des techniques et méthodes de médiation corporelle. Elle a pour but la recherche de l'équilibre de la personne humaine. Elle permet aussi d'apporter une meilleure capacité d'adaptation aux situations nouvelles. C'est cette capacité qui pourra être exploitée par un patient confronté à l'expérience anesthésique et chirurgicale.

Une des techniques de relaxation dynamique spécifique à la sophrologie, appelée sophroacceptation, pourra être intéressante pour la préparation et la récupération d'une intervention chirurgicale.

Par contre, il n'existe pas de travaux publiés comparant l'efficacité de la sophrologie par rapport à d'autres techniques<sup>47</sup>.

---

46 HOMEOWEB. *Indication homéopathique en prémédication anesthésique*. [en ligne]. Disponible sur : [http://homeoweb.free.fr/INDICATION\\_HOMEOPATHIQUE\\_EN\\_PREMEDICATION\\_ANESTHESIQUE.htm](http://homeoweb.free.fr/INDICATION_HOMEOPATHIQUE_EN_PREMEDICATION_ANESTHESIQUE.htm).

47 SFAR. L'hypnose et la sophrologie ont-elles une place pour diminuer l'anxiété préopératoire ?. op cit.

#### 1.2.3.2.3 L'hypnose.

L'hypnose est envisagée dès la CPA. Elle permet de proposer au patient une autre relation basée sur la confiance, en créant un lien thérapeutique qui permet au patient de devenir acteur de sa prise en charge.

Une étude<sup>48</sup> récente montre une diminution de 56 % du niveau d'anxiété des patients ayant bénéficié d'un processus hypnotique en préopératoire immédiat.

#### 1.2.3.2.4 Le placebo.

L'effet placebo a été démontré sur l'analgésie. Il induirait un soulagement chez 35 % des patients<sup>49</sup> par un mécanisme d'action mettant en jeu les opioïdes endogènes antagonisables par la naloxone. Sachant que l'anxiété majore la perception douloureuse<sup>50</sup> et que la douleur est une des manifestations de l'anxiété, l'effet anxiolytique du placebo n'est sans doute pas négligeable.

L'effet placebo existe quelque soit la thérapeutique utilisée.

### **1.2.3.3 Les effets.**

#### 1.2.3.3.1 Les limites.

Nous avons abordé les intérêts de l'anxiolyse ainsi que les moyens de la mettre en œuvre. Cette anxiolyse est-elle efficace et dans quelle proportion ?

Dans la littérature, un chiffre commun est avancé : les futurs opérés sont en moyenne 20 % plus anxieux que la population générale<sup>51</sup>.

Par contre, il n'y a pas de consensus sur la part d'anxiété présentée par les patients au bloc opératoire. La prévalence de l'anxiété préopératoire varie en fonction des études et des auteurs d'articles qui les exploitent. Les chiffres allant de 40 %<sup>52</sup> pour les uns, de 40 à 60

---

48 SAADAT H, DRUMMOND-LEWIS J, MARANET I ET AL. Hypnosis reduces preoperative anxiety in adult patients. *Anesth Analg* 2006 ; 102 : 1394-6. cité par SFAR. L'hypnose et la sophrologie ont-elles une place pour diminuer l'anxiété préopératoire ? . loc cit.

49 VASE L, PETERSEN G, RILEY J, PRICE DD. Factors contributing to large analgesic effects in placebo mechanism studies conducted between 2002 and 2007. *Pain* 2009 ; 145 : 36-44. Cité par SFAR. Hypnose périopératoire : utilisation et indications. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.sfar.org/>.

50 SFAR. Hypnose périopératoire : utilisation et indications. loc cit.

51 SFAR. Accueil au bloc opératoire : prise en charge de l'anxiété. op cit.

52 SFAR. Accueil au bloc opératoire : prise en charge de l'anxiété. loc cit.

%<sup>53</sup> pour les autres et jusqu'à 80 %<sup>54</sup> pour certains.

Dans aucune étude, le degré d'anxiété n'est précisé. C'est pour cela qu'une pré-enquête a été effectuée auprès de 20 patientes dont le contenu sera précisé dans la partie enquête, les résultats seront exploités dans la partie analyse de ce travail.

Cette grande variabilité s'explique peut-être compte-tenu du rôle important que joue le contexte dans l'anxiété préopératoire.

Elle provient surtout de la difficulté d'évaluer cette anxiété.

#### 1.2.3.3.2 L'évaluation de l'anxiété.

Pour la recherche, il existe plusieurs échelles d'évaluation. La première, le « gold standard » pour les anglo-saxons, est le score STAI (State and Trait Anxiety Index)<sup>55</sup>. Cette échelle est très pertinente pour la recherche mais n'a toujours pas été adaptée à l'utilisation clinique.

Les échelles d'hétéroévaluation sont peu efficaces car souvent surcotées par les observateurs<sup>56</sup>. Cependant, le score Modified Yale Preoperative Anxiety Scale donne de très bons résultats en pédiatrie pour évaluer l'anxiété avant l'induction. Elle n'a pas son égal chez l'adulte.

Il existe des échelles d'autoévaluation comme l'Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). C'est un outil réservé à l'adulte qui combine l'évaluation de l'anxiété à l'évaluation des attentes concernant l'information sur l'intervention<sup>57</sup>. Cette échelle n'a pas été traduite en France.

La seule échelle validée en France est l'EVA (l'Échelle visuelle Analogique). Une étude a montré une corrélation entre le niveau de l'EVA et le STAI<sup>58</sup>. Une valeur d'EVA supérieure à 60 indique une anxiété inhabituelle qu'il faut prendre en compte<sup>59</sup>.

Il en va de même pour l'évaluation de l'anxiété que pour l'EVA ; elle reste très peu efficace en

---

53 SFAR. Hypnose périopératoire : utilisation et indications. loc cit.

54 CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR. *L'anxiété préopératoire*. op cit.

55 SPIELBERGER CD, GORSUCH RL, LUSHNE RE. *State trait anxiety inventory for adults manual*. Palo Alto : CA : Consulting Psychologist Press, 1983. cité par : CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR. *L'anxiété préopératoire*. op cit.

56 SFAR. Accueil au bloc opératoire : prise en charge de l'anxiété. loc cit.

57 CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR. *L'anxiété préopératoire*. loc cit.

58 KINDLER CH, HARMS C, AMSLER F, IHDE-SCHOLL T, SCHEIDEGGER D. *The visual analog scale allows effective measurement of operative anxiety and dejection of patients' anesthetic concerns*. *Anesth.Analg.* 2000 ; 90 : 706-12 ; cité par CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR. *L'anxiété préopératoire*. loc cit.

59 SFAR. Accueil au bloc opératoire : prise en charge de l'anxiété. loc cit.

hétéroévaluation.

Là encore, les différentes échelles d'évaluation d'anxiété ne précisent pas le degré d'anxiété présenté par le patient.

Alors, comment l'IADE peut-il s'inscrire dans un processus d'évaluation et de prise en charge de cette anxiété ?

#### 1.2.3.3.3 Effets secondaires de l'inefficacité de l'anxiolyse.

Si les patients présentent toujours une anxiété à leur arrivée au bloc opératoire, peut-on parler d'inefficacité de l'anxiolyse ? Il y a beaucoup d'aléas autour de la prémédication. En premier lieu, on peut parler de l'observance de la bonne prise de la prémédication en particulier pour l'ambulatoire. Dans le cadre d'une chirurgie programmée, l'administration, l'horaire de celle-ci, la réelle absorption de la prémédication, sont de réels obstacles à son efficacité. Cette efficacité peut être d'autant plus mise à mal que le programme opératoire est bousculé, non respecté pour différentes raisons (une urgence qui s'intercale, problèmes de matériels,...).

Dans tous ces aléas, l'IADE n'est pas acteur, il ne peut que constater les effets.

#### 1.2.3.3.3.1 La réactivité IADE face à l'anxiété du patient

C'est bien lors de l'accueil du patient et durant toute sa prise en charge que l'IADE va pouvoir, tout d'abord, identifier cette anxiété, puis adapter, ensuite, sa communication avec le patient en fonction de celle-ci.

Nous avons vu les différentes conséquences d'une mauvaise communication notamment la génération d'une anxiété. Hors, le patient, comme nous venons de le voir, est déjà anxieux, pouvons-nous prendre le risque de majorer cette anxiété ?

De quels moyens nous disposons pour communiquer avec nos patients, sans risquer d'augmenter cette anxiété ?

Existe-il des outils de communication qui permettraient de diminuer cette anxiété ?

L'hypnose conversationnelle est peut-être une des solutions.

### 1.3 L'HYPNOSE.

#### 1.3.1 Un peu d'histoire.

Le recours à des processus hypnotiques doit exister depuis que l'homme est homme. Mais, nous ne pouvons remonter plus en amont que le siècle des Lumières pour en retrouver la trace écrite.



Figure 8 : Franz-Anton Mesmer

Franz-Anton Mesmer, médecin autrichien ayant fait des études de mathématiques et de physiques, est fasciné par les découvertes de son siècle (la gravitation de Newton,...) et

développe l'idée d'un « magnétisme animal ».



Figure 9 : Le baquet magique

Il a recours à des baquets remplis d'aimants pour modifier « le fluide animal » en provoquant des crises convulsives chez ses patients. Fort de certains succès, il publie à Paris « mémoire sur le magnétisme animal ». Mais il ne sera jamais reconnu par ses pairs.

L'Académie de Médecine de Paris demande l'arrêt de telles pratiques considérées comme dangereuses pour la moralité publique.

Mais Mesmer a ouvert des portes. Dans ses baquets, il soulageait la douleur par un processus mental.

Il apporte aussi la notion très importante de la nécessaire adhésion du patient et de sa volonté de guérir.

Les voies sont ouvertes et les disciples suivront.

A commencer par le Marquis de Puysegur, il fait appel aux ressources du patient, abandonne les crises



Figure 10 : Le Marquis de Puysegur

convulsives et les séances de baquet au profit de procédures de transe « sommambulique ». Il introduit la nécessaire « neutralité bienveillante » du thérapeute envers son patient et la devise « croyez et veuillez ».

Un autre disciple l'Abbé Faria parle de « sommeil lucide » et utilise la fixation visuelle d'un objet accompagnée d'injonctions verbales. Mais c'est Joseph Philippe François Deleuze qui publiera, « Histoire critique du Magnétisme animal ».



Figure 11 : James Braid

Le début du XIXe siècle connaît l'apogée de l'hypnose. C'est James Braid, médecin anglais qui lui donne son nom et définit « l'hypnotisme » comme un état particulier avec des phénomènes d'« endormissement sensoriel ».

Il s'en suivra de grands succès chirurgicaux. Le chirurgien Jules Cloquet réalise, en 1829, en France une mammectomie (chirurgie hyperalgique) en public chez une patiente préalablement hypnotisée.

Dans le même temps, à Calcutta, le chirurgien écossais Esdaille publie une série de 300 actes de chirurgie majeure en utilisant que l'analgésie hypnotique et constate un taux de mortalité passant de 40 % à 5 %, exceptionnel pour l'époque.

Pourtant le glas de l'anesthésie hypnotique va bientôt sonner. En 1837, la Commission Dubois qualifie de « charlatanisme »<sup>60</sup> l'expérience de Cloquet. C'est l'avènement en 1846 de l'anesthésie pharmacologique par le protoxyde d'azote et l'éther qui portera le premier coup. Une anesthésie fiable et reproductible va effacer l'intérêt pour l'hypnose. Mais cette anesthésie présente de gros risques pour le patient, c'est ce qui va permettre la poursuite confidentielle du développement de l'hypnose.

Même dans la confidentialité, la division va régner. Deux écoles vont s'affronter, les étatistes et les anti-étatistes. Les premiers, issus de l'École de Nancy, menés par Hypolite Bernheim, neurologue français (1840-1919) et le médecin français Ambroise Auguste Liébeault (1823-1904), considèrent l'hypnose comme un état particulier du cerveau, non assimilable au sommeil et à l'état de veille, dont les fonctions supérieures sont rendues provisoirement inopérantes<sup>61</sup>, qui est applicable à tous. Les seconds, issus de l'École de la

60 HISTOIRE DE L'ANESTHESIE ET DE LA REANIMATION. *L'analgésie hypnotique à travers l'histoire médicale.* [en ligne]. Disponible sur <http://www.histanestrea-france.org/SITE/?L-analgésie-hypnotique-a-travers>. (consulté le 11.11.2010).

61 SFAR. *Hypnose : des bases neurophysiologiques à la pratique clinique.* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.sfar.org/>. (consulté le 25.11.2010).

Pitié Salpêtrière, dont le chef de file est le neurologue français Jean Martin Charcot (1825-1893), voient l'hypnose comme un état pathologique se manifestant par une hypersuggestibilité, expliquant les guérisons par une adhésion à cette croyance, en d'autres mots à la « foi ». Cette querelle persiste aujourd'hui, même si chacun a fait des concessions.

L'hypnose perd pied avec l'essor de la psychanalyse qui repose sur des bases scientifiques. Freud (1856-1939), neurologue autrichien et fondateur de la psychanalyse portera le coup de grâce ; lui, pourtant disciple de Charcot, affirme que l'hypnose reste un outil diagnostique intéressant mais dépourvu d'intérêt thérapeutique.

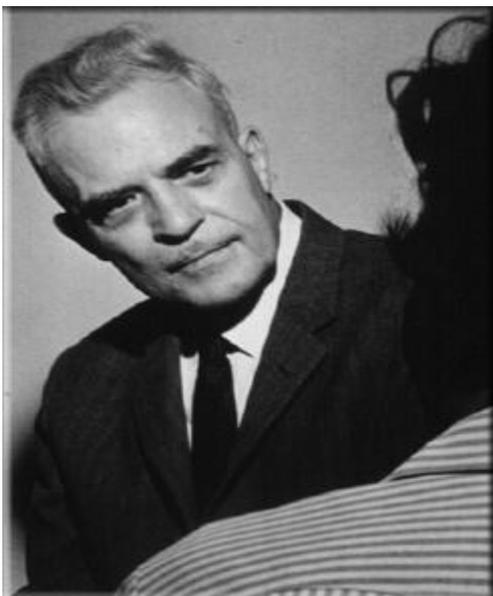


Figure 12 : Milton H. Erickson

Pourtant l'hypnose s'exporte au-delà des frontières françaises. Alice Magaw (1860-1928) infirmière américaine, à l'origine de la reconnaissance du métier d'infirmières anesthésistes, associe l'hypnose à l'éther ou au chloroforme, pour en diminuer les doses jusqu'à 80 % ; l'hypno-sédation est née. Un autre américain va révolutionner l'hypnose et son utilisation, c'est le psychiatre Milton H. Erickson (1901-1980). Il est formé à l'hypnose classique, très directive mais va très vite s'en détourner pour élaborer sa propre théorie, basée sur le fait que la transe est un phénomène banal, naturel, auquel chacun d'entre nous a la faculté intrinsèque d'accéder<sup>62</sup>. D'après Erickson, le patient possède en

lui toutes les ressources nécessaires à sa guérison et le thérapeute est là pour lui permettre d'y accéder. Le patient devient acteur de sa prise en charge.

À partir des années 50, deux courants vont se différencier : l'hypnose classique proche des concepts français du XIXème siècle et l'hypnose ericksonienne, concept d'état naturel renforcé par la communication entre le sujet et le thérapeute. Les deux tendances vont s'éloigner mais vont s'apporter des services mutuels.

L'hypnose classique va plus se développer dans le milieu universitaire ce qui va permettre d'élaborer des échelles d' « hypnostabilité » reproductibles, fiables, servant de référence pour la recherche fondamentale. Elles ont permis de mettre en évidence que 25 % des sujets sont très hypnotisables, 50 % le sont peu et 25 % pas du tout. Ces échelles vont permettre aux cliniciens de pouvoir détecter les patients susceptibles d'être soignés par

---

62 VIROT Claude / BERNARD Franck. *Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie*. Rueil-Malmaison : Arnette, 2010. p 8.

hypnose.

L'hypno-sédation se développe de plus en plus grâce au travail colossal du Professeur Faymonville en Belgique, ainsi que l'hypnose ericksonienne avec l'émergence de nombreux centres de formation.

La dernière révolution vient de l'avènement des neurosciences. Elles vont donner enfin à l'hypnose ce qui lui manque depuis son élaboration : des preuves scientifiques. Depuis les années 1990, les équipes du Pr Faymonville et Rainville au Canada tentent d'objectiver l'activité physiologique de l'état hypnotique par l'imagerie cérébrale fonctionnelle. Une étude de 2005 montre que le processus hypnotique module la composante affectivo-sensorielle mais aussi la composante sensori-discriminative de la douleur en modulant l'activité de la partie moyenne du cortex cingulaire antérieur<sup>63</sup>. D'autres zones seraient concernées ; le cortex pré-moteur est activé tandis que le cortex cingulaire postérieur et le précunéus sont spécifiquement inactivés sous hypnose<sup>64</sup>.

D'autres théories sont encore à l'étude comme celle de l'activation d'un circuit inhibiteur diminuant les afférences nociceptives par la diminution du réflexe RIII (Réflexe standardisé, polysynaptique, au niveau médullaire) d'un circuit inhibiteur cortico-spinal<sup>65</sup>. Ce réflexe disparaît chez plus de 60 % des sujets hypnotisés<sup>66</sup>.

Par contre, la théorie d'une analgésie induite par la synthèse d'opioïdes endogènes a été réfutée car l'analgésie induite par hypnose n'est pas antagonisable par la Naloxone®, contrairement à l'effet placebo<sup>67</sup>.

### **1.3.2 Qu'est-ce que l'hypnose ?**

Au vu de ce que nous venons de voir, on peut dire que la définition de l'hypnose est encore en cours d'élaboration. On sait, depuis 1949, avec l'étude des EEG (Électro-encéphalogramme), que l'hypnose n'est ni un sommeil ni un coma, mais un état de veille. Le sujet est éveillé, conscient, dans un état de conscience particulier dit « modifié » par rapport à l'état de veille ordinaire.

---

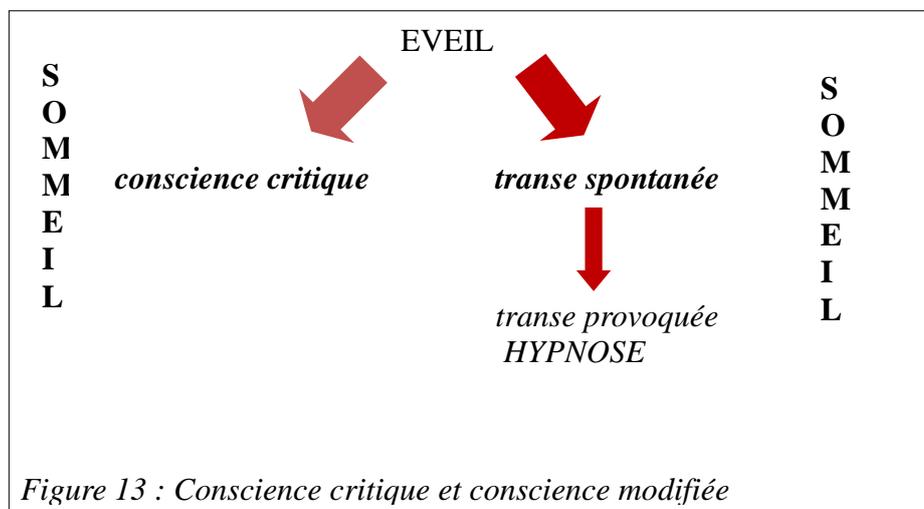
63 SFAR. *Hypnose : des bases neurophysiologiques à la pratique clinique*. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.sfar.org/>. (consulté le 25.11.2010).

64 SFAR. *Hypnose périopératoire : utilisation et indications*. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.sfar.org/>. (consulté le 17.11.2010).

65 SFAR. *Hypnose périopératoire : utilisation et indications*. loc cit.

66 KEIRNAN BD, DANE JR, PHILIPS LH, PRICE DD. Hypnotic analgesia reduced R-III nociceptive reflex : further evidence concerning the multifactorial nature of hypnotic analgesia. *Pain* 1995; 60 : 39-47 ; cité par SFAR. *Hypnose périopératoire : utilisation et indications*.

67 FAYMONVILLE ME, LAUREYS S, DEGUELDRE C, et al. Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. *Anesthesiology* 2000; 30: 263-88. cité par SFAR. *Hypnose périopératoire : utilisation et indications*.



### 1.3.2.1 La transe naturelle ou spontanée.

#### 1.3.2.1.1 Définition.

La transe spontanée peut se définir comme « la focalisation et la fixation de l'attention pendant un certain temps »<sup>68</sup>. Les deux critères sont fondamentaux et indissociables.

La focalisation signifie que l'attention n'observe qu'une partie de la réalité. Par exemple, on ne perçoit qu'un élément du paysage qui nous entoure. Plus la focalisation est étroite plus la transe est intense. Si un élément vient perturber le cadre, par exemple un cri, la chute d'un objet, un danger potentiel, notre conscience critique est instantanément remise en action et nous permet de réagir, de prendre les meilleures décisions.

La focalisation peut être externe ou interne. La focalisation externe est l'exemple illustrée précédemment avec un élément du paysage ou du décor qui nous entoure. La focalisation interne fait appel à nos souvenirs, nos désirs, tout ce qui appartient à notre imaginaire. Par exemple, lors d'une discussion avec un collègue, où il évoque ses dernières vacances et vous vous plongez dans les préparatifs de vos futures vacances, vous semblez être ailleurs, votre interlocuteur s'en aperçoit, il vous interpelle « tu ne m'écoutes pas ? ». Il vient de réactiver le mode conscience critique, vous reprenez part à la discussion.

La fixation signifie que l'attention reste sur cette focalisation pendant un temps supérieur à celui qu'il a en mode conscience critique. Ce temps n'est pas déterminé, il est

68 VIROT Claude / BERNARD Franck. *Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie*. op cit. P 31.

inférieur à 1 seconde<sup>69</sup>. C'est sur cette base que M Erickson a créé une révolution en apportant la brièveté dans un processus que l'on croyait très long. L'hypnose évoquée plus tôt utilise un processus long (avec des inductions de plusieurs minutes). M Erickson a ouvert la porte des inductions brèves en quelques secondes.

Cette notion est fondamentale car elle permet et rend crédible un processus hypnotique dans une relation de quelques minutes, comme c'est le cas dans la relation que peut instaurer un IADE avec le patient, lors de sa prise en charge au bloc opératoire.

Un troisième élément est évoqué par M Erickson, c'est le côté naturel du phénomène. Aucun artifice ni moyen extérieur ne déclenche cet état, d'où la notion de « spontanée », il est surtout accessible à tous. Nous avons tous déjà vécu ce phénomène, sauf que l'on ne savait pas ce que c'était. L'expression d'un instituteur à un élève « tu es dans la lune ? » est des plus communes. Cet enfant n'est pas dans la lune, il est en transe spontanée dans son imaginaire ou sur l'arbre de la cour de récréation. Un autre exemple peut être plus parlant chez l'adulte ; lors d'un trajet (souvent domicile travail) arriver à un feu rouge, se dire « mais je suis déjà là » ne pas se souvenir d'avoir fait un tel parcours ni même avoir notion du temps qui s'est écoulé. Par contre, on peut décrire ce à quoi nous étions entrain de penser. Nous étions en transe spontanée. Si un danger devait survenir durant ce parcours, le retour à la conscience critique se ferait immédiatement, pour preuve vous vous êtes arrêté au feu rouge.

Tous ces éléments sont les fondements de l'hypnose conversationnelle.

Il existe deux versants dans la transe spontanée : la transe positive et la transe négative.

#### 1.3.2.1.2 La transe positive.

La transe est dite positive lorsqu'elle contribue au bien-être et à l'évolution du sujet<sup>70</sup>. Les émotions de la transe sont sur le versant de la sécurité, du confort, du plaisir. Elles traduisent un fonctionnement mental et physique favorable, c'est-à-dire la santé. Ce fonctionnement mental favorise le retour à la santé ou permet de la renforcer.

Dans la vie de tous les jours, la transe positive est très présente, elle nous permet de lâcher prise avec les désagréments du quotidien, elle nous permet d'avancer. La transe favorise la mémorisation, c'est d'ailleurs ce qui se passe pour des étudiants à l'approche d'un examen. La fixation et la focalisation de l'attention sur un objectif amplifient la capacité de

---

69 VIROT Claude / BERNARD Franck. *Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie*. op cit. p 31.

70 VIROT Claude / BERNARD Franck. *Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie*. loc cit. p 39.

mémorisation. Un sentiment global positif en ressort, sera lui mémorisé au dépend des étapes plus difficiles qui ont permis d'aboutir à ce résultat.

Un skieur dans le portillon de départ de la descente de Belvarde de Val d'Isère ne voit rien d'autre que sa course et le bip du starter. Il dira à l'arrivée « j'étais dedans ». A l'inverse de la transe hypnotique, c'est nous qui choisissons de sortir de la transe spontanée, à notre rythme et à notre manière, sauf en cas de péril imminent.

Seuls les images ou sentiments ressentis durant la transe seront mémorisés. C'est pour cela que la plupart des patients ayant subi une chirurgie sous hypnose ne décrivent que les images positives, leur sentiment de bien-être, de confort et non les étapes de la chirurgie ni même les désagréments du post-opératoire. Souvent, de nos souvenirs du passé, seuls les bons moments et les « bons souvenirs » restent, notre mémoire est naturellement sélective. Cette mémorisation sélective va permettre le confort et la diminution de l'anxiété du patient pour des soins itératifs tels des pansements de brûlures. Le patient va emmagasiner des émotions positives et un sentiment de bien-être au dépend de la douleur.

Le corps en transe positive est souple, gardant son énergie, même s'il est immobile, il reste réactif à tout moment.

Les patients que nous rencontrons au bloc opératoire ne sont bien évidemment pas dans ce type de transe. Une communication adaptée peut les amener vers cette transe et leur apporter plus de confort ainsi qu'une meilleure chance de guérison.

#### 1.3.2.1.3 La transe négative.

La transe spontanée négative est la focalisation et la fixation de l'attention sur des émotions dites négatives<sup>71</sup>. Ces émotions, sont par exemple, la peur, la douleur ou la honte. Elles ont un rôle d'alerte, signalant un problème, que nous devons traiter pour que cette émotion disparaisse. Ces émotions sont donc nécessaires à notre équilibre, voire à notre survie ; des individus ne connaissant pas la peur ou la douleur sont en danger permanent.

La transe devient négative lorsque ces émotions ne sont pas traitées, l'attention se fixe de plus en plus sur cette émotion alors la souplesse mentale disparaît. Durant cette transe, le sujet perd de plus en plus sa capacité à réfléchir, à comprendre, à utiliser ses compétences intellectuelles pour résoudre le problème.

Nous avons vu que la transe favorise l'accès vers l'imaginaire, mais cet imaginaire peut être négatif. Nous pouvons amplifier le problème, la douleur, nous laisser envahir par

---

71 VIROT Claude / BERNARD Franck. *Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie*. op cit. p 36.

les émotions difficiles. Pour exemple, à l'accouchement, les femmes présentant des cycles menstruels douloureux ont un niveau de douleur plus élevé lors du travail que la moyenne. Cela peut être dû à l'augmentation de sécrétion de prostaglandine<sup>72</sup>, mais aussi par la mémorisation de cette douleur obstétricale.

L'anxiété est un état de transe négative. Comme nous venons de le voir, le phénomène ne pourra que s'amplifier. Combien de patients arrivant au bloc opératoire sont dans cet état de transe ? La pré-enquête effectuée auprès de 20 patientes nous en montrera la proportion. Cette transe négative n'empêchera en rien le soin, la chirurgie ou le pansement de se réaliser, mais les conditions seront plus difficiles, plus longues et plus douloureuses pour le patient qui va les subir. Nous sommes loin de la notion du patient acteur de sa prise en charge et maître de sa guérison.

Cette transe va s'accompagner d'une rigidité mentale qui va l'empêcher de revenir à un état de conscience critique. Il sera non seulement focalisé sur sa peur ou sa douleur, elle même amplifiée par son imaginaire ; le peu de conscience critique qu'il lui reste ne sera dédiée qu'à retenir et relever les mots en conformité avec son état mental actuel c'est-à-dire la peur ou la douleur. Des mots comme douloureux, froid, peur.... seront immédiatement perçus et renforceront le processus mental dans lequel le patient est enfermé.

Un autre point primordial est que dans cet état de transe négative, le patient n'entend pas la négation, la compréhension d'un message contenant une négation est trop complexe à décoder. Le patient comprendra exactement l'inverse du message transmis « ce n'est pas grave », « vous n'aurez pas mal »..., les seuls mots retenus par le patient seront « grave » et « mal ». Nous reviendrons sur ce point pour élaborer une communication en adéquation avec l'état mental du patient.

Le patient plonge dans son imaginaire orienté vers la catastrophe, mais il se projette aussi vers un futur tout aussi noir. Nous savons intuitivement que la conviction de l'échec favorise considérablement celui-ci. Par là même, le patient augmente son risque d'échec, de complications possibles et ainsi diminue ses chances de retour à la santé.

La transe négative s'accompagne d'un comportement physique par une rigidité corporelle en lien avec la rigidité mentale<sup>73</sup>, d'une tendance au froid et d'une amplification douloureuse qui peut-être majorée lors des mobilisations éventuelles. Ces manifestations peuvent être identifiées ou repérées par les IADE lors de l'accueil du patient au bloc opératoire. Nous verrons, lors de l'exploitation de l'enquête, si cela est le cas. Retenons que l'évaluation de la douleur est, à ce jour, en France la seule échelle validée pour l'évaluation

---

72 WILLIAUME S. *L'IADE et l'analgésie à la maternité ppt*. École d'IADE CHU Reims. Nov 2010.

73 VIROT Claude / BERNARD Franck. *Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie*. op cit. p 39.

de l'anxiété pré-opératoire.

L'identification et la prise en compte de l'état mental dans lequel se trouve le patient sont les points de départ, les fondements de l'hypnose conversationnelle, pour élaborer une communication thérapeutique efficace pour le patient.

### 1.3.2.2 La transe hypnotique, conscience modifiée et dissociation.

On ne peut pas faire un travail sur les outils de communication de l'hypnose sans aborder l'hypnose formelle. Il sera évoqué, ici, les grands principes de l'hypnose avec ses objectifs, les conditions de sa mise en œuvre et ses limites.

L'objectif de l'hypnose est de provoquer une transe positive à des moments et/ou des endroits qui ne s'y prêtent pas spontanément, en l'occurrence le bloc opératoire. Les différences entre une transe spontanée et la transe hypnotique sont résumées dans le tableau ci-dessous (Tab 2).

<b>Modalité</b>	<b>Spontanée</b>	<b>Hypnotique</b>
<b>Origine</b>	Naturelle	Provoquée
<b>Induction</b>	Personnelle	Par un tiers
<b>Retour à la conscience critique</b>	Spontané Immédiat	Par une technique Progressif

Tableau 2 : Différence entre transe spontanée et transe hypnotique.

La présence d'un tiers, qui peut être appelé thérapeute, soignant, accompagnateur, a pour rôle d'induire la transe, de la guider et d'orienter le patient vers un retour à la conscience critique. Une transe provoquée sera plus intense et plus stable qu'une transe spontanée qui est généralement insuffisante pour supporter un acte chirurgical ou des soins douloureux et longs.

Le rôle de ce tiers est double dans la réussite du chemin hypnotique. Il permet d'assurer la sécurité du patient et son confort. Le tiers va protéger le patient d'une transe négative et procéder à la mise en place de son cercle ; tout d'abord par des moyens chimiques tels que les benzodiazépines et des antalgiques pour la douleur, qui n'empêchent pas toujours la transe négative mais en limitent les effets. Lorsque cette sécurité est installée, le patient va pouvoir se laisser aller vers une transe positive, par des techniques

rigoureuses (par exemple « le signaling »). Le tiers va entretenir et amplifier cette transe. Le retour à la conscience critique est aussi une phase potentiellement dangereuse pour le patient dont le tiers est le garant. C'est durant cette phase que va s'inscrire le souvenir de vécu hypnotique. Chacun sort de cette phase à sa manière, le tiers doit donc reproduire le chemin qui est propre au patient, souvent c'est le chemin inverse de celui qui a conduit à la transe au mot près. C'est pour cela que l'hypnose impose une connaissance parfaite du patient, ce qui induit une relation établie en amont et ce, parfois dès la consultation d'anesthésie.

Le confort est assuré par une transe positive stabilisée et amplifiée par le tiers. Elle s'appuie sur des expériences agréables vécues ou imaginées par le patient.

Même si l'hypnose est accessible à tous, reposant sur un fonctionnement naturel, sa réussite nécessite trois conditions à savoir :

- la première est la motivation du patient qui veut bénéficier de cette technique et qui en a compris les bénéfices,

- la seconde est la coopération, puisque le patient est acteur de sa prise en charge. Pour cela il doit communiquer des informations indispensables, comme nous l'avons vu supra, à la conduite du chemin hypnotique,

- la troisième est que le patient doit avoir confiance en son tiers. Cette confiance se crée par la relation qui s'établit entre le patient et ce tiers parfois en amont. Le patient ne peut avoir confiance en son tiers que si celui-ci a confiance en lui, d'où la nécessité d'une grande expertise. Pratiquer l'hypnose ne s'improvise pas, elle demande une formation longue et une pratique progressive.

Une dernière notion est importante, celle du contrat ; le tiers et le patient passent un contrat moral basé sur le respect des limites de chacun. Si le patient se sent dépassé, il doit en avertir le tiers, de même que si le tiers se sent dépassé, il doit en aviser le patient et le cas échéant changer de technique anesthésique par exemple.

Les limites de l'hypnose sont la non-expertise du tiers ; un patient qui manifeste des difficultés de communication comme la démence, une pathologie psychiatrique telle que la schizophrénie, le retard mental ou la surdité.

Au cours d'une hypnose thérapeutique, le patient est lié à son tiers par qui la réussite du chemin hypnotique dépend en partie. Cela peut soulever un problème d'ordre  thique.

### **1.3.3 Éthique et hypnose.**

L'hypnose que nous avons développée, est pratiquée par des soignants, qu'ils soient MAR<sup>74</sup> ou IADE. Ces deux catégories professionnelles sont soumises au cadre réglementaire de notre pays exposées plus en amont dans ce travail. Ils doivent donc préserver, respecter la dignité du patient et agir pour le bien de celui-ci. Détournements ou non-respect de ces règles sont donc hors la loi, par le fait punissables.

L'hypnose module par les suggestions inconscientes la perception douloureuse sans qu'il soit nécessaire d'annoncer un objectif thérapeutique. De plus, une étude<sup>75</sup> montre que si l'effet placebo n'a aucun effet s'il est administré à l'insu du patient, la suggestion hypnotique dispensée à l'insu du patient aurait un effet moindre mais pas nul. C'est pourquoi l'utilisation de l'hypnose comme toute thérapeutique quelle qu'elle soit (par exemple l'utilisation du Propofol® en sous dosage), doit répondre à des conditions appropriées sur le plan éthique.

### **1.3.4 L'hypnose conversationnelle ou des outils de communication pour les IADE au service des patients.**

Dans cette partie, nous allons aborder les ressources de communication que propose l'hypnose, l'hypnose conversationnelle. Nous l'avons déjà évoqué, il s'agit ici de communication avec le patient. Ce travail n'a pas pour vocation de faire une formation accélérée d'hypnose, loin de là, mais d'en dégager les grands principes applicables au quotidien par les IADE. Si ce travail suscite des envies de formation, d'aller explorer le domaine de l'hypnose plus en détail, un des objectif sera atteint.

La communication passe par différents canaux, le premier utilisé est le canal visuel. L'observation des patients est primordiale et nous apporte de nombreuses informations. L'attitude physique telle que la raideur, l'immobilité ou le repli sur soi, sont des signaux de l'état mental, émotionnel du patient. Si le plus souvent, les patients sont en transe négative à leur arrivée au bloc opératoire, l'observation du patient permet alors de l'objectiver.

Il est bon aussi d'observer les « strokes » qui sont des petits mouvements de tête inconscients à la réception de chaque message perçu. Ces strokes peuvent avoir une

---

74 Médecin Anesthésiste Réanimateur.

75 SPANOS NP, PERLINI AH, ROBERTSON LA. Hypnosis, suggestion and placebo in the reduction of experimental pain. J Abnorm Psychol 1989; 98 : 25-293. cité par SFAR. Hypnose périopératoire : utilisation et indications. op cit.

signification affirmative (le récepteur exprime son accord avec le message reçu), ou une signification négative. Ils ont pour valeur d'accuser réception du message. Ils ont une valeur importante lorsqu'ils sont absents. Car un patient sans réponse est potentiellement en transe, bien souvent négative.

Le canal auditif est le second canal de choix. L'écoute est très importante, « Savoir écouter, c'est laisser parler »<sup>76</sup>, bien souvent nous répondons avant d'avoir écouté. Le fait de laisser s'exprimer un patient a deux finalités :

- s'il se sent écouté, il se sentira respecté, ce qui aura pour effet de renforcer la relation naissante,

- le patient aura « déchargé » une partie de ses tensions émotionnelles. Les informations délivrées par le patient permettront au soignant de pouvoir rassurer ou calmer le patient par rapport à ses émotions propres et non des émotions supposées.

Le canal kinesthésique apporte des informations importantes sur le patient ; le soignant prendra une attitude adaptée à ces informations. Une poignée de main est source d'information : la texture de la peau, si elle est moite, signe d'une anxiété confirmera que le patient est en transe négative. La distance à laquelle se produit cette poignée de main, un patient très raide avec le bras tendu matérialisera sa sphère intime en signifiant la ligne à ne pas dépasser. À l'inverse, une poignée de main plus courte et chaleureuse invitera le soignant dans sa sphère intime. Le respect de ces limites mentionnées par le patient est indispensable à la création d'une relation de confiance entre le soignant et le patient. Le soignant ne franchira cette ligne que dans l'extrême nécessité du soin (par exemple la pose de VVP<sup>77</sup>). Il a aussi explicité la distance selon laquelle la communication peut s'installer.

Le langage para-verbal requiert ici toute son importance. Ralentir son rythme de voix permet un accès à l'imaginaire du patient qui fonctionne plus lentement. Le fait de ralentir son débit de paroles permet au soignant de contrôler ses mots et ainsi d'utiliser les plus adaptés.

Le timbre de voix est aussi important. Une voix grave va faire appel aux émotions, alors qu'une voix plus aiguë fait appel à la conscience critique, à l'intellect du patient qui est peu performant en transe négative.

Il est important aussi de changer de timbre et de rythme de voix lorsqu'on ne

---

76 VIROT Claude / BERNARD Franck. *Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie*. op cit. p 59.

77 Voie Veineuse Périphérique.

s'adresse plus au patient (par exemple à un collègue). On peut parler d'un « style de voix » spécifique au patient, cela renforce la relation.

Une technique plus spécifique mais très efficace, c'est le « pacing respiratoire » ; elle demande une certaine expérience. Un patient anxieux aura tendance à avoir un rythme respiratoire élevé ; le principe consiste à caler sa respiration sur celle du patient (ce qui est inconfortable pour le soignant, c'est pour cela qu'il faut un peu d'expérience). Il va y avoir une synchronisation des deux respirations ; progressivement, le soignant va ralentir son rythme respiratoire, le patient aura tendance à garder cette synchronisation, il ralentira son rythme. C'est une suggestion respiratoire indirecte<sup>78</sup>.

Nous avons évoqué le rôle prépondérant de la communication non-verbale. Utilisons alors les bons signaux pour les bons messages. Pour cela, il nous suffit d'être dans un état émotionnel positif, notre corps suivra. Nous avons évoqué le peu de contrôle que nous pouvons exercer sur cette communication. Notre état émotionnel peut transmettre des messages de ré-assurance, de confort et de sécurité si nous le pensons vraiment. Mais le doute, l'incertitude, voire l'inquiétude, peuvent aussi être transmis. Il nous appartient alors de contrôler nos pensées et nos émotions en les tournant vers le versant positif. Notre corps sera ainsi en cohérence avec notre discours, ce qui permettra au patient d'être en congruence.

Les trois notions qui vont suivre sont simples, faciles à mettre en œuvre, peuvent paraître évidentes aux yeux de certains, mais à bien y regarder, elles sont très peu appliquées au quotidien. Pourtant, elles peuvent apporter aide et soutien au patient. Nous ne parviendrons sans doute pas à lever toutes les sources d'anxiété du patient mais au moins nous ne majorerons pas, ni entretiendrons le cercle dans lequel il se trouve.

### *Un langage simple*

C'est peut être évident, mais le patient ne peut pas comprendre des phrases longues aux structures complexes. Des phrases courtes avec, des mots simples, sans « jargon » médical, avec des pauses, pour permettre au patient d'intégrer le message, amènerons à une communication efficace. Il faut penser à s'adresser à son imaginaire, l'idéal étant de s'approprier le langage du patient, mais pour cela il faut l'écouter.

---

78 VIROT Claude / BERNARD Franck. *Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie*. op cit. p 61.

### *La négation*

S'il n'y avait qu'un axe d'amélioration dans la communication avec le patient, ce serait que tout message doit être formulé sous la forme affirmative. Nous l'avons vu, le degré d'anxiété du patient affecte son niveau cognitif ; la transe négative dans laquelle il se trouve ne lui permet pas l'accès ou très peu à sa conscience critique. Une formulation négative est trop complexe pour qu'elle puisse être décodée. En émettant ce genre de message, « vous n'aurez pas mal » le patient va entendre « Vous aurez mal », une image de douleur va être transmise au patient, ce qui n'est pas le but recherché. Notre langage est saturé de formulations négatives, « Ne bougez pas », « Ne respirez pas trop vite », « Ça ne va pas être long », « N'ayez pas peur », « Je mets les ridelles pour ne pas que vous tombiez ». Toutes ces expressions ou phrases sont quotidiennes dans la bouche d'un IADE. Pour l'avoir expérimenté, cela demande un effort mental au début car, en effet, la quasi totalité de notre discours est formulé par la négative. Les habitudes se changent mais encore faut-il que les moyens et les solutions nous soient donnés pour les changer.

### *Un champ lexical positif*

Les mots peuvent évoquer du bien-être ou du mal-être suivant le champ lexical dont ils proviennent. Ils vont aller directement vers l'imaginaire du patient. Rappelons-le, un patient arrivant au bloc opératoire est en transe négative. Des mots allant plutôt vers l'inconfort, l'insécurité vont entretenir cette transe et maintenir le patient dans cet état d'anxiété et d'inconfort. Les mots utilisés ne vont peut-être pas modifier la transe du patient, allant du négatif vers le positif, mais ils auront au moins le mérite de ne pas entretenir et soutenir la transe négative du patient.

Voici quelques exemples :

**mots évoquant bien-être, confort et sécurité :**

calme, confortable, chaleur, sourire, doux, moelleux, détente, sécurité, protéger, énergie,....

**mots évoquant l'inconfort, la tension, l'insécurité :**

peur, mal, froid, lourd, tomber, couper, piquer, blesser, attacher, pointu, fatigue, électrodes,...

On pourra se rendre compte que l'utilisation de la forme affirmative va s'accompagner de l'emploi d'un langage positif. En effet, nous allons exprimer directement et de façon

simple le message que nous voulons adresser au patient. Le plus souvent, nos messages sont bienveillants, visant à apaiser le patient, avec cette formulation et l'emploi de ce champ lexical, nous atteignons à coup sûr l'objectif escompté, c'est-à-dire la compréhension de notre message et la ré-assurance du patient.

Ce langage positif a aussi toute sa place dans la forme interrogative. On peut donner comme exemple cette question, « Avez- vous des douleurs en ce moment ? ». Par cette interrogation, nous allons orienter l'attention du patient vers la recherche d'une douleur et risquer d'amener une fixation sur cette douleur que nous avons suggérée.

Avec une formulation du type, « Êtes-vous confortablement installé en ce moment ? », nous recueillerons la même information sans avoir suggéré la présence de douleur au patient.

### **Conclusion de cette partie.**

Nous avons compris les rouages de la communication et ses grands principes. Nous avons pris conscience de l'état d'anxiété dans lequel le patient se trouve à son arrivée au bloc opératoire et de toutes les conséquences de celle-ci sur ses fonctions cognitives. Les grands principes de l'hypnose conversationnelle apportent des solutions permettant une communication plus efficace avec le patient.

De ces principes, deux me semblent fondamentaux et facilement applicables, c'est l'utilisation d'une part de la forme affirmative, d'autre part l'emploi d'un champ lexical positif.

Ces deux notions pourront être proposées aux IADE comme axe d'amélioration de leur communication. La forme par laquelle ils seront le plus sensibles pour accéder à cette information, sera testée lors du dépouillement du questionnaire qui leur a été soumis.

# **ENQUÊTE ET RESULTATS**

# **La pré-enquête**

## **2. ENQUÊTE.**

### **2.1 LA PRE-ENQUÊTE.**

#### **2.1.1 Pourquoi une pré-enquête ?**

L'enquête de ce travail a été précédée par une pré-enquête. Il me semblait incontournable de la réaliser, car celle-ci a permis d'établir que l'anxiété était bien une réalité du terrain. En effet, la base de ce travail repose sur la notion d'anxiété. Si elle n'existe pas chez un patient en préopératoire immédiat, mon travail n'a pas de sens. Il me fallait donc vérifier sur le terrain sa prédominance avant de pouvoir mener la réelle enquête et de pousser plus avant mon travail.

#### **2.1.2 Le choix de l'outil.**

Cet outil a été élaboré sous forme de grille d'observation. La grille d'élaboration de cette observation est disponible en Annexe I. Elle a été découpée en trois grandes parties : les symptômes psychologiques, les signes cliniques et les signes para-cliniques.

Les critères observés ont été choisis suite à l'élaboration du cadre conceptuel de ce travail. La grille d'observation est disponible en Annexe II.

#### **2.1.3 Les objectifs de cette pré-enquête.**

Les objectifs de cette pré-enquête sont triples :

- faire apparaître le taux de prémédication,
- faire apparaître la représentation des manifestations des signes de l'anxiété,
- faire apparaître, si elle existe, une différence de prévalence des signes d'anxiété lors d'une première expérience anesthésique ou non.

#### **2.1.4 Le choix de la population et le site d'observation.**

Cette pré-enquête a été menée lors d'un stage effectué au bloc opératoire de gynécologie-obstétrique d'un CHU au cours du mois de décembre 2010. Les stages étant définis et choisis en début d'année, celui-ci n'a donc pu être modifié. Le lieu de l'observation a donc forcé le choix de la population, qui a été une série de 20 patientes au bloc opératoire

de gynécologie. L'obstétrique a volontairement été écartée de cette enquête. La grossesse ainsi que l'accouchement entraînent des bouleversements et des conditions psychologiques particulières, qui n'auraient pas été le reflet de la population générale.

### **2.1.5 Les facteurs de réalisation.**

➤ Limitants :

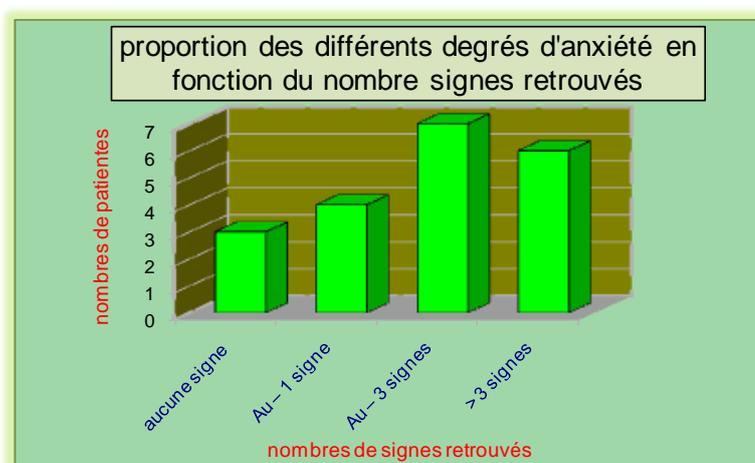
- cette observation n'a pu être effectuée qu'auprès de femmes,
- un nombre limité de patientes,
- manque de temps,
- les impératifs du calendrier du mémoire.

➤ Réalisation :

- les observations ont été réalisées sans en avertir la patiente afin de ne pas orienter ou faire apparaître des signes,
- les signes para cliniques ont été relevés, avant tout geste invasif, à l'aide d'un tensiomètre manuel, le pouls a été évalué à la main,
- toutes les patientes ont été choisies de façon aléatoire en fonction du programme opératoire, sans sélection préalable.

### **2.1.6 Analyse des résultats.**

Les observations ont été dépouillées et analysées sur un principe numéraire. Les résultats sont représentés sur le graphique (fig 13) :



nombres de signes	type d'anxiété
aucun signe	aucune
au moins 1	légère
au moins 3	modérée
plus de 3	grave

Tableau 3 : Les degrés d'anxiété.

Figure 13

Cette analyse accorde la même importance quelque soient les signes observés. Hors, ils n'ont pas tous la même répercussion au point de vue physiologique et sur l'anesthésie.

Il nous a donc semblé opportun d'apporter une pondération aux différents signes ou symptômes, à l'aide de coefficients qui sont les suivants :

- coefficient 1 aux symptômes psychologiques,
- coefficient 2 aux signes cliniques,
- coefficient 3 aux signes para-cliniques.

L'analyse des résultats, selon cette formule, est représentée dans le graphique (fig 14) :

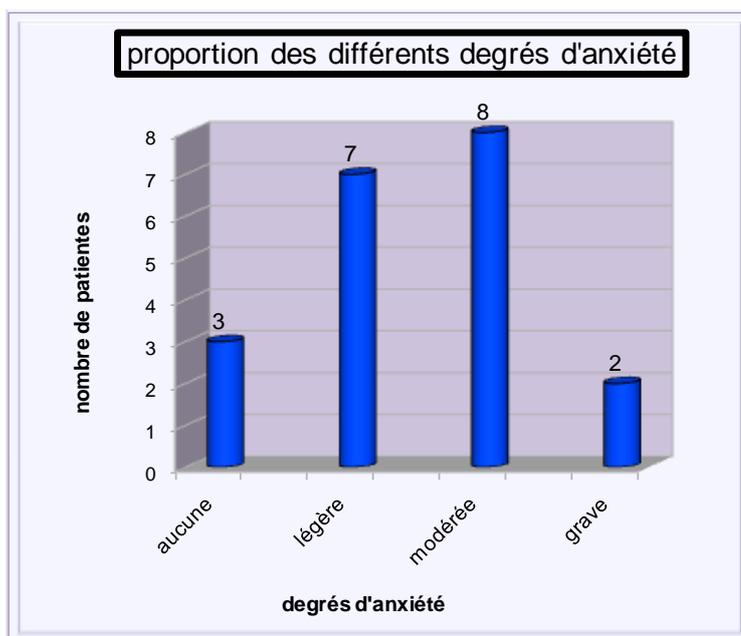


Figure 14

nombre de signe	degrés d'anxiété
aucun signe	aucune
Au – 4 signes	légère
Au – 8 signes	modérée
> de 8 signes	grave

**Tableau 4 : Les degrés d'anxiété avec pondération.**

Cette analyse permet de mettre en évidence la prédominance d'une anxiété légère et modérée.

Ce sont sur ces deux types d'anxiété que nous avons un rôle et une emprise lors de la prise en charge d'un patient au bloc opératoire. En effet, ils peuvent être considérées comme un état de transe négative. Nous avons vu par quels moyens nous pouvions l'appréhender et quels outils de communication permettraient de ne pas la majorer.

Par contre, cette enquête n'a pas permis de mettre en lumière les effets de la prémédication, car toutes les patientes observées avaient été soumises à une prémédication.

De même, l'incidence de la primo-intervention n'a pu être analysée sur l'anxiété pré-opératoire, puisque seulement une patiente observée dans cette enquête n'avait jamais bénéficié d'une intervention chirurgicale.

### **Conclusion de la pré-enquête.**

Cette pré-enquête a mis en lumière la présence et la persistance d'une anxiété chez un patient arrivant au bloc opératoire et ce malgré une prémédication. Cette anxiété est une réalité du terrain. Ce travail peut donc se poursuivre.

Nous allons maintenant développer l'enquête qui a été menée par la suite.

# L'enquête

## **2.2 L'ENQUETE.**

### **2.2.1 Le choix de l'outil.**

Cette enquête a été menée sous la forme d'un questionnaire. Cet outil permet de toucher le plus grand nombre et d'obtenir un échantillonnage rendant son exploitation interprétable. Les questions peuvent ensuite être croisées, ce qui n'est pas forcément évident lors d'un entretien.

### **2.2.2 Les objectifs.**

Les objectifs de ce questionnaire sont :

- établir si les IADE perçoivent une anxiété chez les patients arrivant au bloc opératoire,
- établir si oui ou non les IADE éprouvent réellement des difficultés à communiquer avec un patient anxieux,
- vérifier qu'ils veulent améliorer cette communication,
- s'assurer que l'hypnose n'est pas un frein à l'initiation à de nouveaux outils de communication,
- déterminer l'action à mettre en œuvre répondant au mieux à leurs attentes.

### **2.2.3 Les hypothèses de recherche.**

Suite à l'élaboration du cadre conceptuel de ce travail, les hypothèses de recherche sont :

Hypothèse 1 : une anxiété persiste chez certains patients à leur arrivée au bloc opératoire malgré une prémédication.

Hypothèse 2 : les IADE sont parfois mal à l'aise dans leur communication avec des patients anxieux.

Hypothèse 3 : les IADE considèrent que des modifications de cette communication optimiseraient l'anxiolyse de ces mêmes patients.

Hypothèse 4 : les IADE sont ouverts à l'utilisation des outils de communication provenant de l'hypnose.

### **2.2.4 Le choix de la population.**

Cette enquête est destinée exclusivement aux IADE. En effet, ce travail est basé sur une approche différente de la prise en charge d'un patient arrivant au bloc opératoire. L'accueil est réalisé collégialement avec l'IBODE, mais notre prise en charge se poursuit au long de l'installation et de l'induction où l'IBODE a un rôle plus restreint.

### **2.2.5 Les sites de diffusion.**

Ce questionnaire a été diffusé dans plusieurs établissements. Tout d'abord, dans un CHU, après accord du Directeur des Soins et du Cadre Supérieur de Pôle. Ce choix permet, un pool d'IADE important directement accessible, une culture de recherche et d'innovation entretenue dans un CHU, une diffusion et une récupération des questionnaires plus aisée.

J'ai aussi diffusé le questionnaire dans des hôpitaux périphériques après accord du Directeur des Soins (la lettre envoyée aux différents Directeur des Soins est disponible en Annexe III), afin de mettre en lumière l'existence d'une approche différente, de formation et d'envie d'évolution dans ces établissements. Un établissement privé a été aussi contacté pour les mêmes raisons. Les établissements, les modalités de contact et de diffusion sont synthétisés dans le tableau suivant (tab 5) :

Etablissements	Date d'envoi de la lettre au Directeur des Soins	Date de la réponse	Date et nombres de questionnaires envoyés	Date et nombre de questionnaires retournés
CH	08 / 02			07/03 6
CH	08 / 02	Oui 11 / 02	11 / 02 6	12 / 03 3
CH	08 / 02	Oui 14 / 02	15 / 02 20	28 / 02 14
Clinique Privée	11 / 02	Non		
CHU			08 / 02 50	28 / 02 20

Tableau 5 : Calendrier des envois

Un autre moyen de diffusion a été utilisé durant cette enquête, il s'agit de l'outil internet. Nous utilisons de plus en plus internet dans notre vie de tous les jours comme moyen de communication pour toucher le plus grand nombre. Le questionnaire a été adapté par le logiciel « Googledocs » pour permettre sa diffusion (Annexe IV). Ce logiciel permet de protéger le document de toute modification et d'imposer le style des réponses (ouvertes, choix multiples, un seul choix possible...). Ainsi, les réponses internet sont exploitables de la même façon que la version papier. Le questionnaire a été diffusé sur le site de « *Laryngo.com* », un site spécialisé dans l'anesthésie où se retrouvent de nombreux IADE à travers des forums. Le questionnaire a été mis en ligne le 22 / 02 / 2011.

### **2.2.6 L'élaboration du questionnaire.**

Le questionnaire est composé de 2 questions ouvertes, de 8 questions fermées, de 5 questions semi-fermées et d'une échelle d'Osgood (deux qualificatifs à la signification opposée sont inscrits à chaque extrémité d'un même axe, entre ces deux termes, plusieurs cases intermédiaires sont sélectionnables). Les indications formelles sont constituées de 4 questions fermées. La grille d'élaboration du questionnaire est disponible en Annexe V.

Les questions ouvertes ont été positionnées au début du questionnaire pour optimiser au maximum les chances de réponses et ne pas lasser l'enquêté. Ce type de questions est parfois contraignant à répondre, j'ai donc opté pour la « fraîcheur » de l'enquêté. De même, les indications formelles ont été positionnées à la fin pour laisser à l'enquêté une impression d'aisance et de facilité dans les réponses.

Le questionnaire a été subdivisé en 3 grandes parties, ordonnées de la même façon que le cadre conceptuel de ce travail.

### **2.2.7 Le pré-test du questionnaire.**

Lors de l'élaboration du questionnaire, celui-ci a été testé par des IADE du bloc de Gynécologie-Obstétrique d'un CHU durant mon stage. Ce pré-test m'a permis d'évaluer la pertinence et la clarté de mes questions, leur formulation, ainsi que la bonne compréhension de celles-ci. De ce fait, certaines ont été modifiées, reformulées voire supprimées. Le questionnaire dans sa forme finale est disponible en Annexe VI.

### **2.2.8 Les facteurs limitants et facilitants.**

➤ *Facilitants :*

- toutes les lettres au Directeur des Soins ont été suivies d'un mail ou d'un appel téléphonique pour s'assurer de la bonne réception du courrier,
- les questionnaires envoyés, étaient accompagnés d'une enveloppe retour préaffranchie à mon adresse,
- pour les questionnaires déposés en mains propres, la date du retour a été fixée et respectée,
- les questionnaires étaient disponibles durant 15 jours, la date figurait dessus,
- pour tous les centres, je me suis assurée au bout d'une semaine que la quantité de questionnaires disponibles était suffisante.

➤ *Limitants :*

- le temps imparti pour la création et la diffusion du questionnaire est assez réduit,
- la diffusion sur internet du questionnaire ne garantit pas la catégorie professionnelle de l'enquêté, ni l'exercice actuel en anesthésie,
- ce questionnaire est une première réalisation, ce qui donne, malgré de nombreuses modifications, un outil encore largement perfectible,
- malgré le pré-test, certaines questions après dépouillement donnent des réponses inattendues,
- le taux de réponses quelque soient les moyens mis en œuvres, demeure inférieur ou proche des 50 %.

### **2.2.9 Méthodes d'analyse.**

Cette enquête a été analysée selon des critères prédéterminés, la grille d'analyse du questionnaire est disponible en Annexe VII.

Chaque hypothèse a été testée par une série de questions. Des résultats précis sont attendus pour valider ou non l'hypothèse.

L'enquête a été dépouillée par deux moyens, tout d'abord avec un tableur « Excel » puis avec un logiciel nommé « Sphinx ».

Nous allons maintenant procéder à l'analyse des résultats du questionnaire.

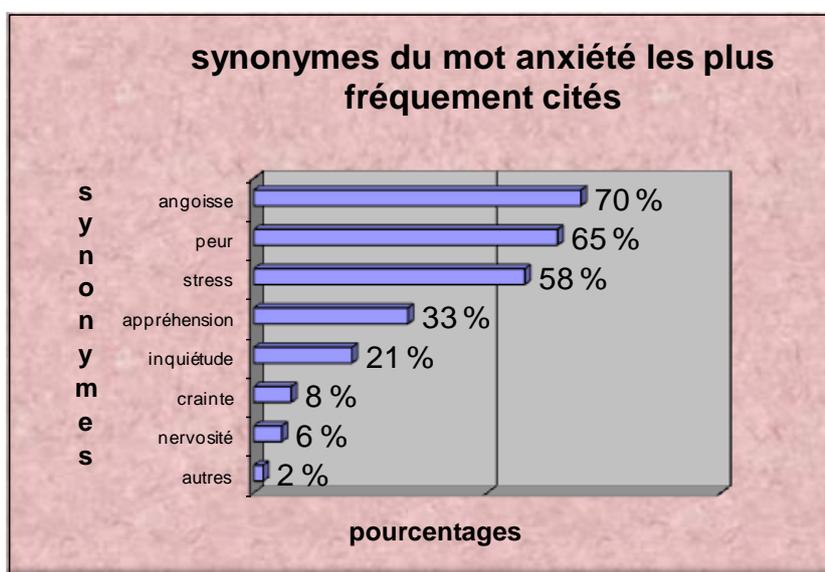
### 2.2.10 Exploitation des résultats.

Au total, j'ai obtenu un retour de 93 questionnaires exploitables. Tous les calculs se feront sur cette série. Les questionnaires papiers sont à hauteur de 43. Au bout d'une semaine de mise en ligne, j'avais un retour de 53 questionnaires, suite au dépouillement 3 d'entre eux n'étaient pas exploitables car incomplètement remplis.

Le dépouillement des questionnaires papiers et internet n'a pas montré de différences significatives, sauf pour certaines questions (notamment l'échelle d'Osgood) où les résultats seront analysés séparément.

Les résultats de cette enquête (soit un échantillon de 93 questionnaires) seront représentés sur les graphiques faisant suite à chaque question. La figure s'y reportant est mentionnée à la fin de chaque question.

- Question 1 : **Citez, selon vous, 3 synonymes du mot anxiété** (fig 15) :



autres
mal être
émotivité
panique
peur sans objet
déstabilisation
incompréhension
malaise

**Tableau 6 : Les autres synonymes cités**

Figure 15

- Question 2 : **Constatez-vous une anxiété chez les patients à leur arrivée au bloc opératoire ?** (fig 16) :

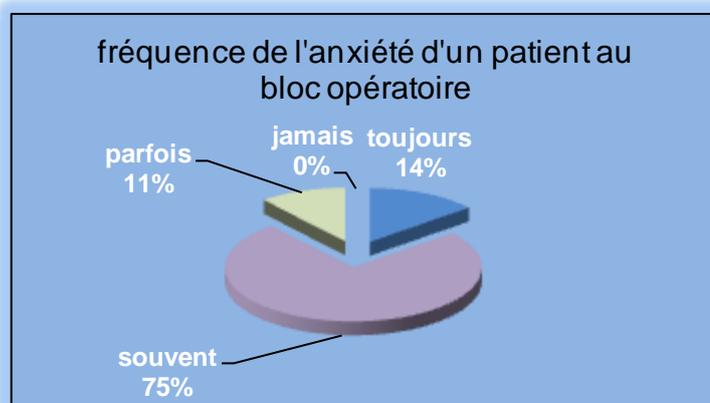


Figure 16

- Question 3 : **Citez, 3 signes d'anxiété que vous repérez le plus souvent chez un patient arrivant au bloc opératoire ?** (fig 17) :

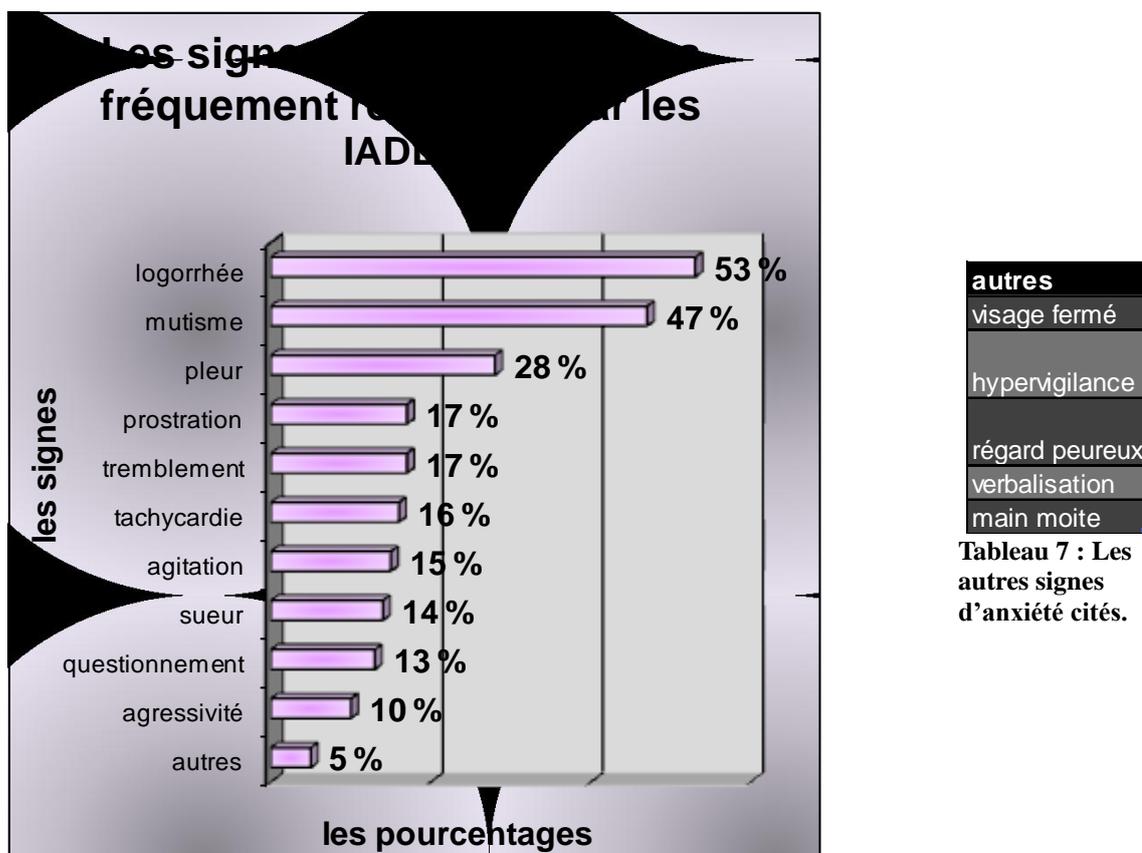


Figure 17

Les signes n'étant cités que une ou deux fois non pas été mentionnés.

- Question 4 : **A l'arrivée du patient au bloc opératoire, vous arrive-t-il de compléter (sur prescription médicale) la prémédication par des moyens pharmacologiques (exemple injection IV de midazolam) ?** (fig 18) :

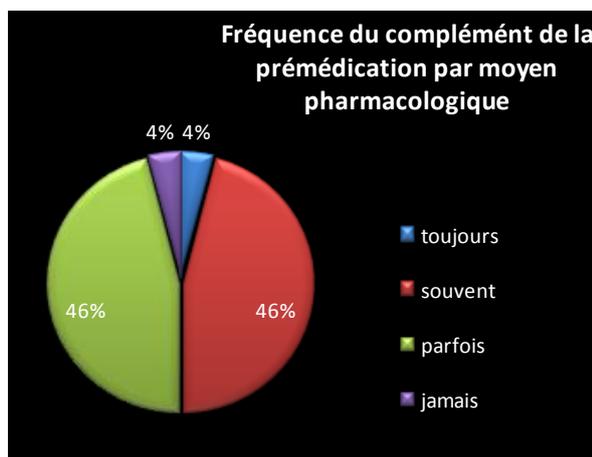
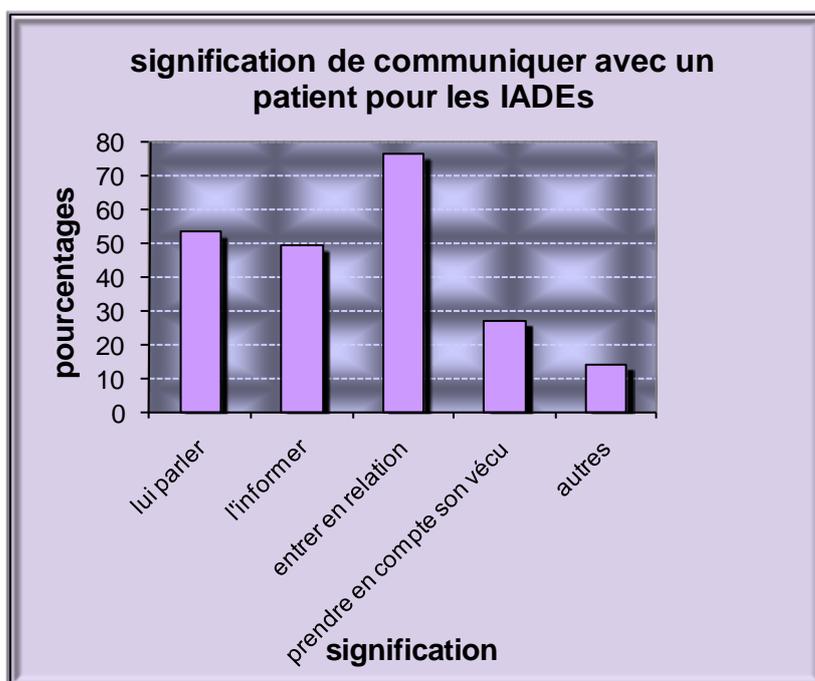


Figure 18

- Question 5 : **Selon vous, que signifie communiquer avec un patient ?** (fig 19) :



autres
l'écouter
se présenter
le toucher
le comprendre

Tableau 8 : Les autres significations de communiquer

Figure 19

Toutes les significations, de communiquer, citées par les enquêtés ont été retranscrites.

- Question 6 : **Comment vous sentez-vous dans la communication avec un patient anxieux ?** (fig 20) :

Il s'agit d'une échelle d'Osgood avec une cotation allant de 0 (pas à l'aise) à 10 (très à l'aise).

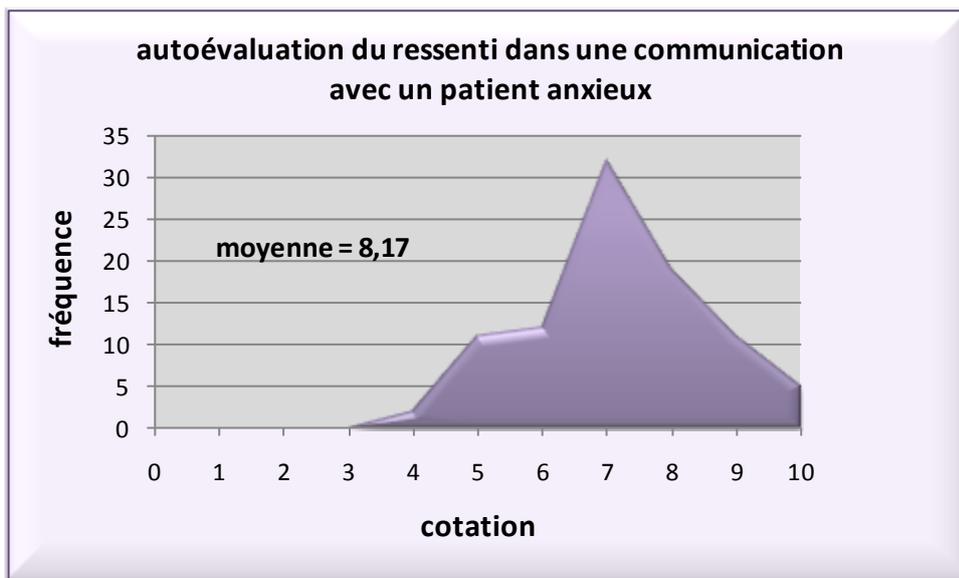


Figure 20

- Question 7 : **Pensez-vous que la communication peut avoir un impact sur l'anxiété du patient ?**

Cette question a été complétée par deux autres questions, Pensez-vous que la communication **puisse minorer** l'anxiété du patient ? Et Pensez-vous que la communication **puisse majorer** l'anxiété du patient ? (fig 21) :

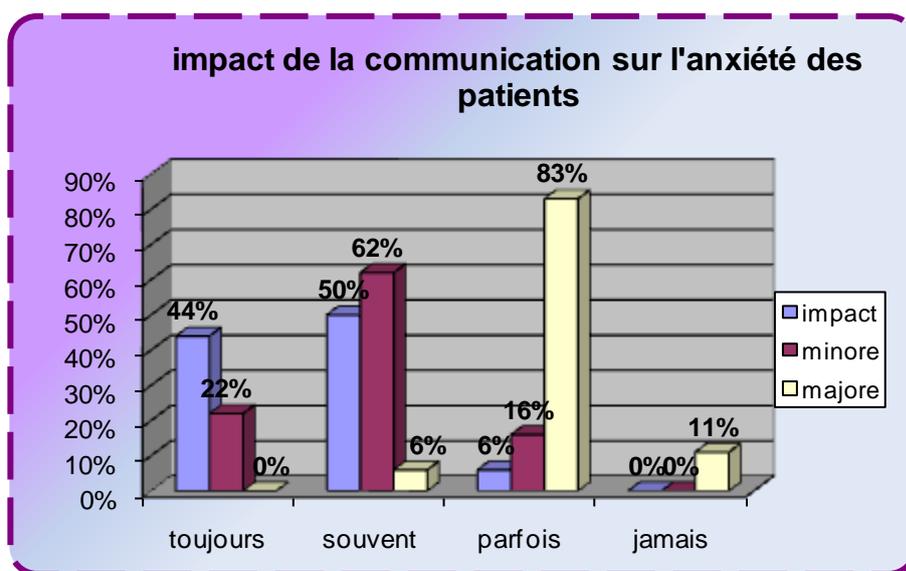


Figure 21

- Question 8 : **Selon vous, quelle part occupe la communication verbale (le sens des mots) dans la transmission d'une information ?** (fig 22) :

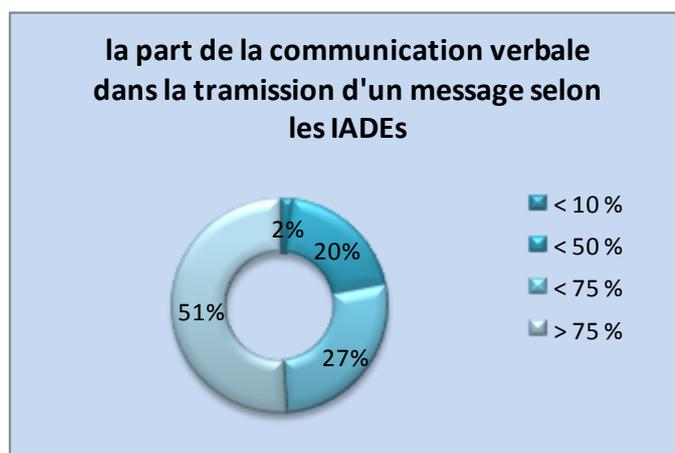


Figure 22

➤ Question 9 : **Avez-vous reçu une formation spécifique autour de la communication avec un patient anxieux ?**

Il y a 88 % des enquêtés qui n'ont pas reçu de formation spécifique en communication, soit 12 % de formés.

Sur cette population de formés, 45 % avaient reçu une formation en hypnose, soit 5 % des enquêtés.

Les autres formations sont :

- formation reçue à l'école d'IADE,
- la Programmation NeuroLinguistique,
- une formation en psychiatrie,
- la relation d'aide.

➤ Question 10 : **Pensez-vous qu'une telle formation faciliterait votre prise en charge d'un patient anxieux ?**

La réponse « oui » est présente dans 85 % des questionnaires, 42 enquêtés ont répondu à la question « pourquoi », leurs réponses sont représentées sur le graphique suivant (fig 23) :

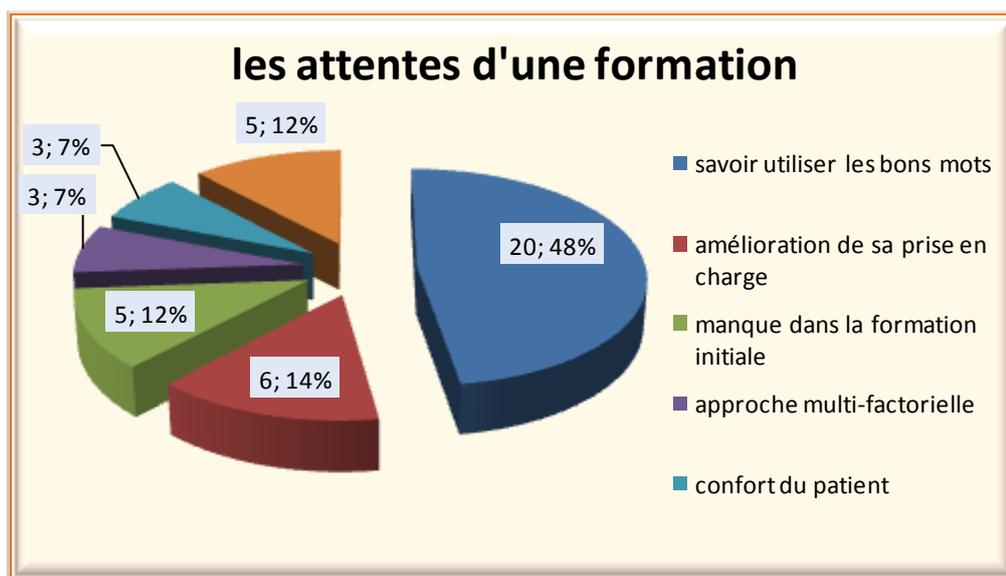


Figure 23

Dans les 15 % qui ont répondu « non », 4 enquêtés ont répondu à la question, « pourquoi ? », par, « ça ne s'apprend pas ».

➤ question 11 : **Connaissez-vous l'hypnose conversationnelle ?**

La moitié des personnes interrogées disent connaître l'hypnose. Les moyens par lesquels ils l'ont connu sont représentés sur le graphique suivant (fig 24) :

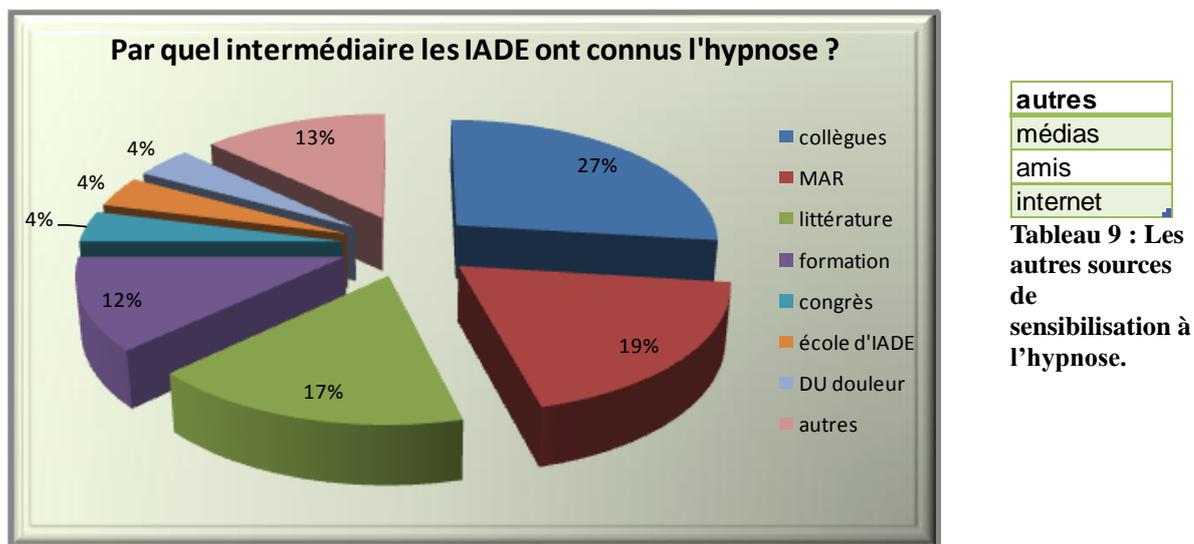


Figure 24

➤ Question 12 : **Par rapport à l'hypnose conversationnelle vous êtes plutôt ?** (fig 25) :

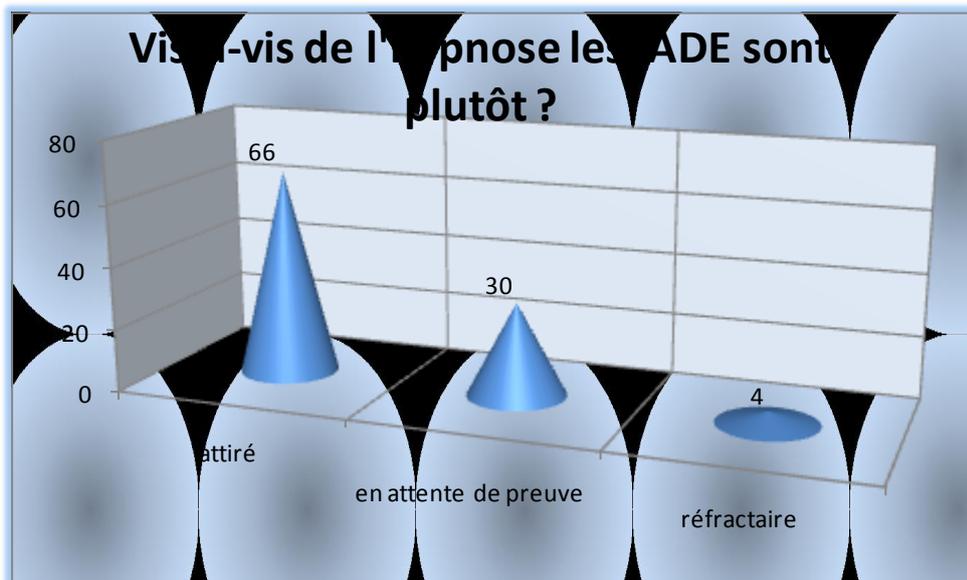


Figure 25

- Question 13 : **Seriez-vous prêt(e) à vous initier aux outils de communication de l'hypnose ?**

La réponse oui s'élève à un taux de 95 %.

- Question 14 : **Par quelle approche cette initiation serait la plus adaptée ?** (fig 26) :

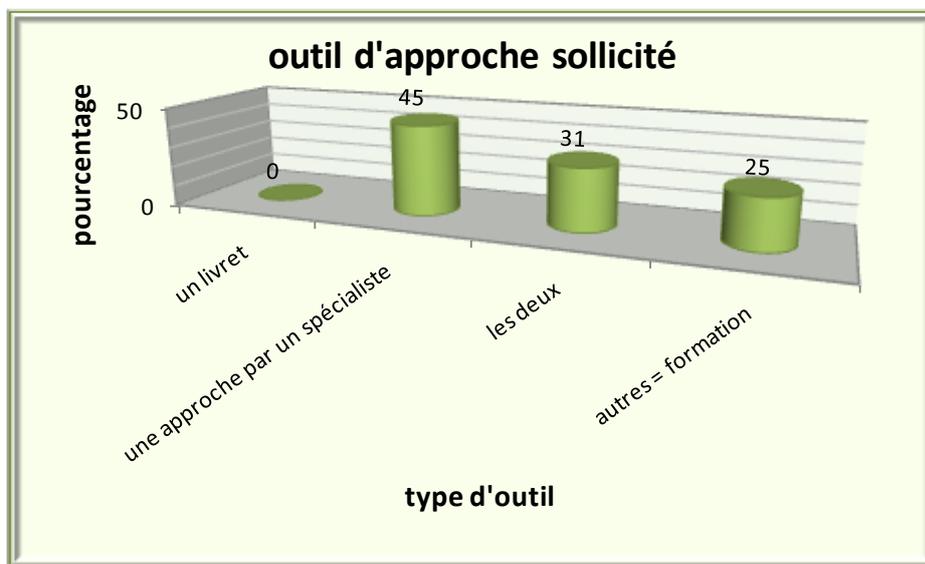


Figure 26

Dans le questionnaire, il avait été proposé aux enquêtés plusieurs axes de progression, sous la forme d'un livret, d'une approche par un spécialiste ou les deux (ce qui sous-entend le livret et l'approche par le spécialiste).

➤ Les Indications Formelles :

La répartition homme / femme est de 50 %.

L'expérience professionnelle avant l'obtention du diplôme IADE et la durée d'exercice en tant qu'IADE est représentée dans le graphique (fig 27) :

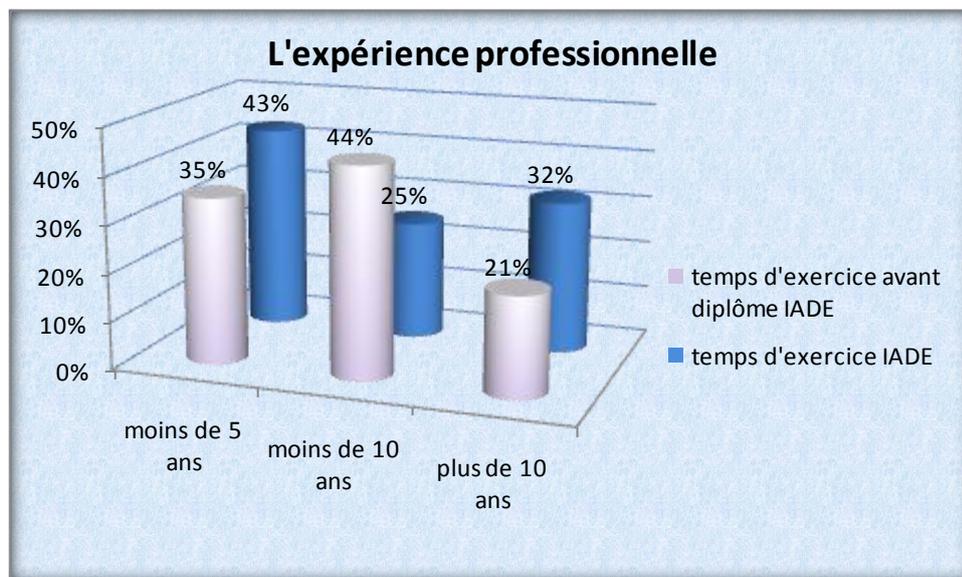


Figure 27

Les enquêtés, pour 53 % d'entre eux, exercent dans un CHU, 46 % dans un CH et seulement un enquêté travaille dans le secteur privé.

**ANALYSE**

### **3 ANALYSE.**

#### **3.1 L'ECHANTILLON EST-IL REPRESENTATIF ?**

Avant de procéder à l'analyse de cette enquête, il fallait s'assurer que cet échantillon est représentatif de la population générale des IADE exerçant en France.

Une étude<sup>79</sup> menée, par le Syndicat Nationale des Infirmiers Anesthésiste en 2002 pour le magazine Oxymag, sur la répartition de la population IADE et confirmé par les données de la DREES<sup>80</sup> (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), donnait les informations suivantes :

- ratio homme / femme de 31 % / 69 % en 2002, 28 % / 72 % en 2007,
- 49 % dans les CHU, 31 % dans les CHG, 20 % dans le secteur privé ou autres,
- une durée moyenne d'exercice de la profession d'infirmière de 7,5 ans avant l'obtention du diplôme IADE,
- une durée moyenne de carrière de 25 ans dans le secteur public contre 30 ans dans le secteur privé.

Si l'on compare les statistiques nationales à l'échantillon de mon questionnaire :

- dans mon échantillon total, le ratio homme / femme est légèrement modifié par rapport à l'étude, avec une proportion de 50 %. Pour la part d'origine internet, ce ratio est plus décalé, faisant pencher le ratio des questionnaires papier qui était très proche de la répartition de l'étude. Cela peut s'expliquer par le fait que les femmes utilisent moins internet que les hommes. Il n'y a pas un renversement du ratio, cet échantillon peut être considéré comme acceptable.

- l'origine de l'établissement est aussi légèrement modifiée. La part de CHU est quasi identique que dans la population générale, les CHG sont sur-représentés surtout par le fait de la non existence du secteur privé dans cet échantillon. En effet, je n'ai reçu aucune réponse aux lettres envoyées aux établissements privés et par internet seuls 2 enquêtés étaient issus du secteur privé. Là aussi, on peut considérer que l'échantillon est représentatif de la population générale.

- pour le temps moyen d'exercice avant l'obtention du diplôme IADE, cet échantillon

---

79 FAUCON.T. *Enquête du SNIA, Mieux connaître les IADE*. Oxymag, n°63, avril 2002. p 9-24.

80 DREES. *Etude prospective de la FPH*. [en ligne]. Disponible sur : [http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/fichiers\\_repertoire/ProspectiveGroupeInfirmier.pdf](http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/fichiers_repertoire/ProspectiveGroupeInfirmier.pdf). (consulté le 25/03/2010).

correspond parfaitement à l'enquête car 80 % des enquêtés ont exercés moins de 10 ans avant l'obtention du diplôme IADE, l'étude donnait le chiffre de 7,5 ans.

Nous pouvons conclure que cet échantillon est représentatif de la population générale IADE exerçant en France.

### **3.2 VALIDATION DES HYPOTHESES.**

Les 4 hypothèses vont être soumises à validation selon les critères établis dans la grille d'analyse du questionnaire précédemment citée (disponible en Annexe VII).

Cela sera présenté sous forme de tableau dans les pages qui vont suivre.

<b>HYPOTHESE</b>	<b>QUESTION</b>	<b>REPONSES</b>	<b>VALIDATION</b>	<b>VALIDATION FINALE</b>
<b>1</b>  Une anxiété persiste chez certains patients à leur arrivée au bloc opératoire malgré une prémédication.	<b>1 :</b> Citez, selon vous, 3 synonymes du mot anxiété	Synonymes communs : - angoisse 70 % - peur 65 % - stress 58 %  Synonymes représentatifs : - appréhension 33%	Oui	Oui
	<b>2 :</b> Constatez-vous une anxiété chez les patients à leur arrivée au bloc opératoire ?	Toujours 14 % Souvent 75 %  Soit un total de 89 %	Oui	
	<b>3 :</b> Citez, 3 signes d'anxiété que vous repérez le plus souvent chez un patient arrivant au bloc opératoire ?	Aucun signe n'est cité à hauteur de 70 %	Non	

	4 : Vous arrive-t-il de compléter (sur prescription médicale) la prémédication par des moyens pharmacologiques ?	Toujours 4 % Souvent 46 %  Soit un total de 50 %	Non	
2  Les IADE sont parfois mal à l'aise dans leur communication avec des patients anxieux.	5 : Selon vous, que signifie communiquer avec un patient ?	Nombres d'item coché : - 0 ⇒ 1% - 1 ⇒ 27 % - 2 ⇒ 17 %  Soit un total de 45 %	Non	Oui
	6 : Comment vous sentez-vous dans la communication avec un patient anxieux ?	Moyenne de cotation par les IADE est de 8,17	Non	
	8 : Selon vous, quelle part occupe la communication verbale (le sens des mots) dans la transmission d'une information ?	98 % des IADE n'ont pas répondu « moins de 10 % »	Oui	
	9 : Avez-vous reçu une formation spécifique autour de la communication avec un patient anxieux ?	Les IADE ont répondu « non » à 88 %	Oui	
	10 : Pensez-vous qu'une telle formation faciliterait votre prise en charge d'un patient anxieux ?	Les IADE ont répondu « oui » à 85 %	Oui	

<p><b>3 :</b></p> <p>Les IADE considèrent que des modifications de cette communication optimiseraient l'anxiolyse de ces mêmes patients.</p>	<p><b>7 :</b></p> <p>Pensez-vous que la communication peut avoir un impact sur l'anxiété du patient ?</p>	<p>Toujours 44 % Souvent 50 %</p> <p>Soit un total de 96 %</p>	Oui	Oui
	<p><b>7 a :</b></p> <p>Pensez-vous que la communication puisse minorer l'anxiété du patient ?</p>	<p>Toujours 22 % Souvent 62 %</p> <p>Soit un total de 84 %</p>	Oui	
	<p><b>7 b :</b></p> <p>Pensez-vous que la communication puisse majorer l'anxiété du patient ?</p>	<p>Parfois 83 % Jamais 11 %</p> <p>Soit un total de 94 %</p>	Oui	
<p><b>4 :</b></p> <p>Les IADE sont ouverts à l'utilisation des outils de communication provenant de l'hypnose.</p>	<p><b>11 :</b></p> <p>Introduction du thème</p>	N'a pas de valeur validant pour l'hypothèse		
	<p><b>12 :</b></p> <p>Par rapport à l'hypnose conversationnelle vous êtes plutôt ?</p>	<p>66 % des IADE sont « attirés » par l'hypnose conversationnelle</p>	Non	Oui
	<p><b>13 :</b></p> <p>Seriez-vous prêt(e) à vous initier aux outils de communication de l'hypnose ?</p>	<p>95 % des IADE sont prêts à s'initier</p>	Oui	

**Tableau 10 : Validation des Hypothèses.**

### **3.3 ARGUMENTATION DE LA VALIDATION DES HYPOTHESES.**

Chaque hypothèse va être reprise afin d'expliquer et de justifier la validation ou non des questions.

➤ Hypothèse 1 :

- On peut dire que les IADE ont un langage commun pour désigner l'anxiété. Les synonymes cités par les IADE recouvrent le spectre de la définition de l'anxiété évoqué dans la première partie de ce travail.

- Même un signe d'anxiété n'est pas prédominant dans la reconnaissance de celle-ci, les IADE constatent une forte persistance de l'anxiété chez les patients arrivant au bloc opératoire. Ce manque d'identification vient peut-être du fait du manque d'échelle d'évaluation validée, par la multiplicité des manifestations de cette anxiété.

- Le taux de complémentation de la prémédication n'est pas à la hauteur du chiffre permettant de valider cette question. Mais, il y a au moins 50 % des patients pour qui ce complément chimique est effectué. Cette proportion laisse une marge tout de même importante pour des solutions alternatives à la chimie.

Il existe donc bien une place pour l'hypnose dans la gestion de l'anxiété pré-opératoire.

➤ Hypothèse 2 :

Lors de la question 5, le but de cette question était de voir apparaître le nombre d'items cochés, car « la bonne réponse » était de tout cocher. La répartition du nombre d'item cochés est représentée dans le graphique suivant (fig 28) :

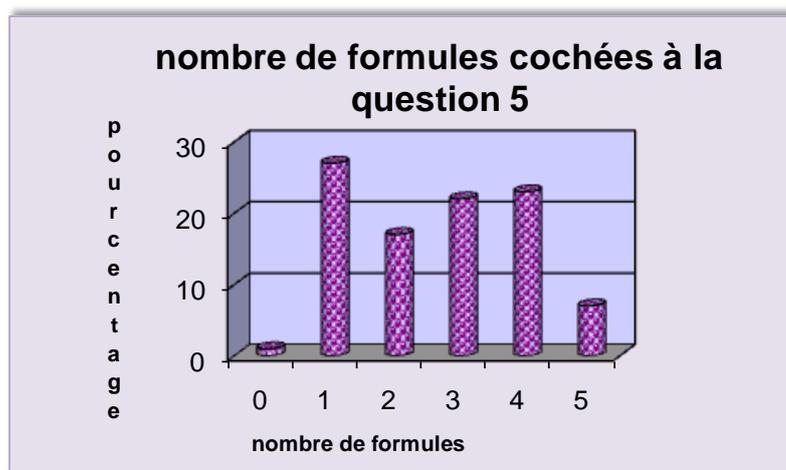


Figure 28

L'objectif validant la question était de 50 %, nous sommes à 45 %. On peut se permettre de dire que l'objectif était presque atteint. Il n'y a que 30 % des enquêtés qui ont cochés 4 ou 5 items. On peut dire que les IADE n'ont pas une connaissance pointue de la communication. La question 8 confirme cette affirmation. En effet, 98 % des IADE ont donné « une mauvaise » réponse à cette question.

Au sujet de cette question, un autre problème se soulève, car les enquêtés ayant reçu une formation spécifique en communication n'ont pas répondu « juste ». Elle n'a pas permis de mettre en exergue la plus-value d'une formation. Cela me laisse à penser que la question est sans doute mal formulée.

Les IADE expriment à 88 % ne pas avoir reçu de formation spécifique pour communiquer avec un patient anxieux, ce qui veut dire que la formation initiale n'englobe pas cette prise en charge particulière. D'ailleurs, ce « manque dans la formation initiale » est exprimé par 12 % des enquêtés.

Pour 85 % des IADE, cette formation faciliterait leur prise en charge d'un patient anxieux. Cela veut donc bien sûr dire qu'il existe un manque ou une lacune dans leur pratique quotidienne.

A la question 9, pour une formation spécifique autour de la communication, tous les enquêtés formés à l'hypnose se sont reconnus. Cela montre bien que l'hypnose est un outil de communication dans la prise en charge des patients.

Mais alors, comment peut-on être à l'aise avec un outil que l'on ne maîtrise pas complètement ?

Pourtant la question 6 (l'échelle d'Osgood, Comment vous sentez-vous dans la communication avec un patient anxieux ?) est très clairement invalidée. En détaillant un peu l'analyse, on peut constater un décalage entre les réponses issues d'internet et du papier. Les deux dépouillements séparés sont représentés dans les graphiques suivants (fig 29 et 30):

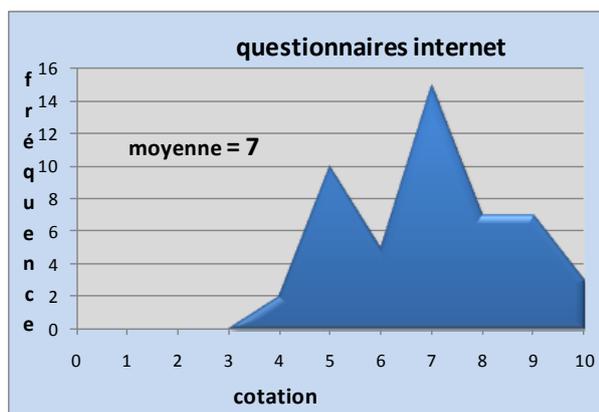


Figure 29

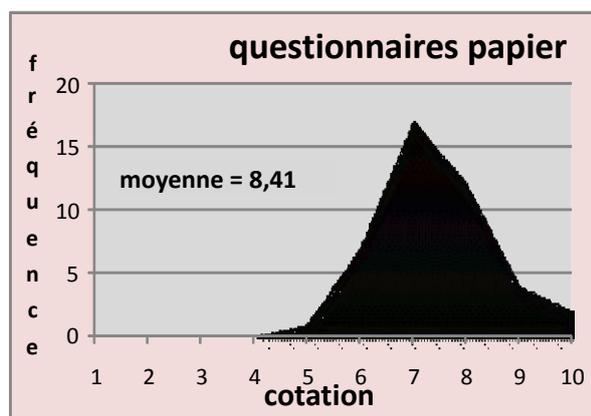


Figure 30

Cette question est délibérément frontale. Elle demande à un IADE d'évaluer une incapacité. Hors cela est aux antipodes de la mentalité IADE. Nous devons être capables de gérer toutes sortes de situations, d'anticiper toutes complications et nous sommes formés à cela. Toute défaillance ou échec est bien souvent péjoratif pour le patient.

La diffusion du questionnaire papier nécessite des intermédiaires qui peuvent prendre connaissance des réponses formulées. Les réponses sont anonymes lors du dépouillement mais pas lors de la collecte des questionnaires remplis. Peu de professionnel, quel qu'il soit, apprécie de voir ses difficultés mises au grand jour. Par contre, derrière son ordinateur personne ne voit la réponse formulée, encore moins des collègues, c'est sans doute ce qui a permis une moyenne plus basse pour ce type de questionnaire. La formule papier garantit

que ce sont bien des IADE qui ont répondu au questionnaire mais la formule internet garantit vraiment l'anonymat. La motivation peut aussi expliquer cette différence, l'IADE qui va répondre à un questionnaire sur internet fait la démarche d'aller le chercher, hors, pour la diffusion sur site le questionnaire peut être parfois imposé.

C'est pour ces différentes raisons que j'ai validé cette hypothèse.

➤ Hypothèse 3 :

Cette hypothèse est clairement validée au vu des critères prédéfinis.

Elle met en lumière un comportement, celle de la bienveillance du soignant.

En effet, à la question 7b, les IADE ont répondu massivement par la négative à 94 %. Ils ne peuvent imaginer nuire, c'est-à-dire majorer l'anxiété des patients de façon délibérée. Hors, il a été établi qu'une communication non adaptée aux patient anxieux, majore cette anxiété. C'est donc bien le manque de connaissance dans le domaine de la communication et non la volonté du soignant qui entraîne des effets délétères au patient anxieux.

➤ Hypothèse 4 :

La question 12 n'est pas validée, peut-être que l'objectif à atteindre était un peu trop élevé. Les IADE, à 66 % sont attirés par l'hypnose, 95 % sont prêts à s'initier, ce qui dénote une certaine curiosité de la profession vers des univers nouveaux.

C'est pour cela que j'ai validé cette hypothèse, car une initiation pourra faire pencher les septiques (« en attente de preuve ») vers le versant « attirés ». Si l'on n'a pas de connaissance ou d'explication sur un sujet, il est difficile de se faire un avis, hors 50 % des IADE ne connaissent pas l'hypnose.

### **3.4 D'AUTRES ASPECTS DE L'ANALYSE.**

#### **3.4.1 Une réelle envie de formation.**

Les questions 10, 13 et 14 marquent une réelle envie et désir de formation. Ils plébiscitent pour 85 % une formation qui faciliterait leur prise en charge. Ils sont prêts à s'initier à de nouvelles techniques pour près de 95 % d'entres eux. Mais surtout, 25 % des IADE ne veulent pas se contenter d'une approche par un spécialiste, mais expriment directement le désir de formation.

Cette volonté est plus marquée dans les CHU, pour les enquêtés ayant reçu une formation spécifique en communication travaillent majoritairement dans un CHU. Le sexe n'interfère en rien que ce soit dans l'envie de formation ou dans la réalisation de celle-ci.

Ce sont les IADE les plus récemment diplômés qui sont les plus formés. Le désir de formation est identique quelque soit la durée de carrière IADE.

### **3.4.2 Une émulation interne.**

Lors de la question 11, les IADE ont été 27 % sensibilisés à l'hypnose par un collègue, 19 % par un MAR. Cela marque l'impact du milieu professionnel sur l'évolution des pratiques, des connaissances d'un professionnel. Cette question apporte une ouverture, en laissant sous-entendre qu'un effet boule de neige pourrait se produire dans un service tel que le bloc opératoire. Un IADE, un MAR pourraient faire germer ou solliciter des demandes de formation à cette technique, et ainsi se propager à toute une équipe. Tout ceci s'intègre dans un projet de service lui-même issu du projet d'établissement.

### **3.5 L'AXE DE PROGRESSION.**

Manifestement un livret explicatif ne semble pas convenir, à lui seul, aux IADE. Mais en soutien d'un exposé par un spécialiste. Donc deux outils seront proposés.

Cette épreuve est cohérente avec ce que nous avons vu précédemment, les IADE sont en attente d'explications et de démonstrations.

Le livret sera composé de dessins explicatifs et abordera les trois points qui ne semblent les plus importants. Ces trois points sont facilement applicables après une courte période d'acquisition. Les trois points ont été abordés dans la 1<sup>ère</sup> partie de ce travail, ils sont :

- le langage simple,
- l'utilisation d'un champ lexical positif,
- les effets de la négation.

L'exposé par un spécialiste pourra être apporté par un MAR formé en hypnose donc à l'hypnose conversationnelle, pour évoquer l'état actuel de l'hypnose dans la recherche (les Neuro-sciences en particulier), les principes de bases de la communication et les points essentiels de l'hypnose conversationnelle. Cet exposé ne devrait pas excéder 1 heure, il n'est nullement formatif, il a une vocation informative et initiatique.

Le livret pourra être présenté et proposé à l'issue de cet exposé pour un effet rémanent de celui-ci.

## **CONCLUSION.**

Ce travail a permis de mettre en lumière les vertus d'une communication efficace. Il démontre aussi que l'anxiété d'un patient arrivant au bloc opératoire est une réalité que l'on ne peut nier. Il faut donc la prendre en compte dans notre exercice quotidien et surtout ne pas la majorer. L'hypnose conversationnelle semble être un outil de choix pour optimiser l'anxiolyse non médicamenteuse des patients arrivant au bloc opératoire et permet d'éviter le cercle vicieux de l'anxiété.

Les IADE ont montré certaines lacunes en matière de concept communication, ainsi qu'une envie et un réel désir de formation. De plus, ils sont tout à fait ouverts à l'hypnose, que ce soit pour être initiés ou encore formés.

Des moyens simples, facilement accessibles et reproductibles leurs sont proposés, l'exposé par un spécialiste les mettront en lumière et le livret aura un effet rémanent pour permettre aux IADE de s'appropriier les outils.

Ce travail a permis de lever le voile sur une pratique qui pouvait être considérée comme obscure, mais qui manifestement a tout l'avenir devant elle.

# **Bibliographie**

## **Bibliographie**

### **Textes législatifs et réglementaires**

- Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen. **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/la-constitution/la-constitution-du-4-octobre-1958/declaration-des-droits-de-l-homme-et-du-citoyen-de-1789>. (consulté le 20. 01. 2011).
- MINISTERE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. Journal Officiel. n°183 du 8 Aout 2004. **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/>. (consulté le 21.02.2011).
- MINISTÈRE DÉLÉGUÉ À LA SANTÉ. LOI n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Journal officiel. N°179 du 2 août 1991 **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/>. (consulté le 18. 01.2011).
- MINISTÈRE DÉLÉGUÉ À LA SANTÉ. *Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*. Journal officiel du 5 mars 2002. **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/>. (consulté le 18.01. 2011).
- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DE LA VILLE ET LE MINISTERE DELEGUE A LA SANTÉ. *Décret n°94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique*. **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/>. (consulté le 15. 01. 2011).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. *Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier*. **[en ligne]**. Journal officiel n°0181 du 7 août 2009. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/>. (consulté le 10.01.2011).

- MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ ET MINISTÈRE DÉLÉGUÉ À LA SANTÉ. Arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste. **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/>. (consulté le 18. 01. 2011).
- CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES. *Code déontologique du CII pour la profession d'infirmière*. **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.icn.ch/>. (consulté le 18. 01. 2011).

### **Ouvrages :**

- BIOY Antoine / BOURGEOIS Françoise / NEGRE Isabelle. *Communication soignant – soigné Repères et pratiques*. Peronnas : Bréal, 2010. 158 p.
- BLOUIN Maurice / BERGERON Caroline. *Dictionnaire de la réadaptation, tome 1 : termes techniques d'évaluation*. Québec : Les Publications du Québec, 1995.130 p.
- CABIN Philippe. *La communication – État des savoirs*. Auxerre : Sciences Humaines Éditions, 1998. 462P.
- DALENS.B. *Médicaments en anesthésie*. Rueil-Malmaison : Éditions Arnette, 2002. 865 p.
- DEPARTEMENT D'ANESTHESIE – REANIMATION DE BICÊTRE. *Protocoles 2010 12ème édition*. Le Kremlin Bicêtre : Éditions MAPAR, 2010. 737 p.
- HOAREAU J. *Hypnose clinique*. Paris : Masson, 1992. 238 p.
- LEBEL Pierre. *Communication professionnelle de l'infirmière*. Vincennes : Éditions Hospitalières, 1995. 88p.
- J LENDREVIE / A DE BAYNAST. *Publicator*. Paris : Dunod, 2004. 669 p

- MALAREWICZ Jacques-Antoine. *La stratégie en thérapie ou l'hypnose sans hypnose de Milton H.Erickson*. Paris : Les éditions ESF, 1988. 157 p.
- MICHAUX Didier / HALFON Yves / WOOD Chantal. *Manuel d'hypnose pour les professions de santé*. Paris : Maloine, 2007. 302 p.
- MUCCHIELLI Roger. *Communication et réseaux de communication*. Collection formation permanente en Sciences Humaines – 9<sup>ème</sup> Edition. Paris : ESF éditeur, 1993. 115P.
- PALAZZOLO Jérôme. *Dépression et anxiété Mieux les comprendre pour mieux prendre en charge*. Abrégé. Issy-les Moulineaux : Elsevier Masson, 2007. 107p
- RAGER G.R. *Hypnose sophrologie et médecine*. Poitiers : Fayard, 1988. 582 p.
- ROBERT Paul. *Le nouveau petit Robert*. Paris : Dictionnaires Le Robert, 1993. 2841 p.
- SALEM Gérard / BONVIN Eric. *Soigner par l'hypnose*. Liège : Masson, 2001. 286 p.
- SFEY Lucien. *Que sais-je ?*. Paris : Puf, 2010. 127p.
- VIROT Claude / BERNARD Franck. *Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie*. Rueil-Malmaison : Arnette, 2010. 285 p.
- WITTEZAELE Jean-Jacques / GARCIA Theresa. *A la recherche de l'école de Palo Alto*. Paris : Seuil, 1992. 429p.
- WINKIN Yves. *La Nouvelle Communication*. Paris : Editions du Seuil, 1981. 390 p.

### **Revue :**

- FAUCON.T. *Enquête du SNIA, Mieux connaître les IADE*. Oxymag, N°63, avril 2002. pp. 9 à 24.

- FAYMONVILLE M-E / MAQUET P / LAUREYS S. *Comment l'hypnose nous endort.* Les dossiers de la Recherche, N°40, trimestre aout 2010. pp.64 à 69.
- V .O . *Tout un arsenal pour le combattre.* L'express, N°3042, semaine du 22 au 28 octobre 2009. pp. 92 à 93.
- BERNARD Franck. *L'hypnose conversationnelle, une autre manière de communiquer avec le patient.* Oxymag. N° 109. novembre / décembre 2009. pp. 4 à 7.
- AMOUROUX R, ROUSSEAU-SALVADOR C, ANNEQUIN D. *L'anxiété préopératoire : Manifestations cliniques, évaluation et prévention.* Annales médico-psychologiques. Volume 168, N° 8. octobre 2010. pp 588-592.

### **Travaux de recherches :**

- LAUTIER I. *Expression et communication.* Licence GAAS 2006 – 2007. Université Lille 2. 31 p

### **Sites internet :**

- ADRENALINE112. *Hypnose médicale.* **[en ligne]**. Disponible sur <http://www.adrenaline112.org/hypnose/> (consulté le 14. 09. 2010).
- HISTOIRE DE L'ANESTHESIE ET DE LA REANIMATION. *L'analgesie hypnotique à travers l'histoire médicale.* **[en ligne]**. Disponible sur <http://www.histanestrea-france.org/SITE/?L-analgesie-hypnotique-a-travers-l>. (consulté le 11. 11. 2010).
- HOMEOWEB. *Indication homéopathique en prémédication anesthésique.* **[en ligne]**. Disponible sur : [http://homeoweb.free.fr/INDICATION\\_HOMEOPATHIQUE\\_EN\\_PREMEDICATION\\_ANESTHESIQUE.htm](http://homeoweb.free.fr/INDICATION_HOMEOPATHIQUE_EN_PREMEDICATION_ANESTHESIQUE.htm). (consulté le 15. 12. 2010).
- ADRENALINE112. *Hypnose : applications en anesthésie Intérêts pour les IADE.* **[en ligne]**. Disponible sur <http://www.adrenaline112.org/hypnose/anes/anesiade.html>. (consulté le 17. 11. 2010).

- CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR. *L'anxiété préopératoire*. **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.cnrdr.fr/L-anxiete-preoperatoire.html>. (consulté le 02.12. 2010).
- SFAR. *Hypnose périopératoire : utilisation et indications*. **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.sfar.org/>. (consulté le 17.11.2010).
- SFAR. *Hypnose : des bases neurophysiologiques à la pratique clinique*. **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.sfar.org/>. (consulté le 25.11.2010).
- SFAR. *L'hypnose et la sophrologie ont-elles une place pour diminuer l'anxiété préopératoire ?* **[en ligne]**. Disponible sur <http://www.sfar.org/>. (consulté le 17. 11. 2010).
- SFAR. *Accueil au bloc opératoire : prise en charge de l'anxiété*. **[en ligne]**. Disponible sur <http://www.sfar.org/>. (consulté le 20. 11. 2010).
- Société Française d'Hypnose Conversationnelle et Thérapeutique. *Hypnose conversationnelle*. **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.hypnoseconversationnelle.org/>. (consulté le 05. 12. 2010).
- SFAR. *Réveil de l'anesthésie générale*. **[en ligne]**. Disponible sur : [http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca07/html/ca07\\_30/ca07\\_30.htm](http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca07/html/ca07_30/ca07_30.htm). (consulté le 14. 01. 2011).
- SFAR. *Optimisation de la récupération après anesthésie générale*. **[en ligne]**. Disponible sur : [http://sfar.org/acta/dossier/archives/ca03/html/ca03\\_13/ca03\\_13.htm](http://sfar.org/acta/dossier/archives/ca03/html/ca03_13/ca03_13.htm). (consulté le 1.01.2011).
- DREES. *Etude prospective de la FPH*. **[en ligne]**. Disponible sur : [http://www.metiersfonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/fichiers\\_repertoire/ProspectiveGroupeInfirmier.pdf](http://www.metiersfonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/fichiers_repertoire/ProspectiveGroupeInfirmier.pdf). (consulté le 25/03/2010).
- Denise Geneletti-Lanfumez. *Les principaux modèles de la communication*. **[en ligne]**. Disponible sur : [http://www.google.fr/acbesancon.fr/Fcommunication%20communication\\_fa3\\_06\\_%25C3%LES\\_PRINCIPAUX\\_MODELES\\_DE\\_LA\\_COMMUNICATION.ppt](http://www.google.fr/acbesancon.fr/Fcommunication%20communication_fa3_06_%25C3%LES_PRINCIPAUX_MODELES_DE_LA_COMMUNICATION.ppt).(consulté le 09. 01. 2011).

- TOURNEBISE T. *Les pièges de l'empathie*. **[en ligne]**. Disponible sur : [http://www.maieusthesie.com/chemin\\_decouverte\\_communication/communication.htm](http://www.maieusthesie.com/chemin_decouverte_communication/communication.htm). (consulté le 10. 01.2011).
- PH CORTEN. *Les canaux de communication*. **[en ligne]**. Disponible sur [http://www.slidefinder.net//les\\_canaux\\_communication\\_prof\\_corten/12094090](http://www.slidefinder.net//les_canaux_communication_prof_corten/12094090). (consulté le 11. 01. 2011).
- C BAUER. *La relation d'aide*. **[en ligne]**. Disponible sur <http://www.lagrandeepoque.com/LGE/Sante-et-bien-etre/La-relation-soignant-soigne>. (consulté le 18. 01. 2011).
- K.TUITE. *Ethnographie de la communication*. **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.mapageweb.umontreal.ca/tuitekj/cours/2611slides/2611-2010-X-proxemique.pdf>. (consulté le 07. 01. 2011).
- P. MAURETTE. *Le jeûne préopératoire*. **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.reanesth.org/>. (consulté le 10.12. 2010).
- P. MAURETTE. *La prémédication*. **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.reanesth.org/reanesth/05iade/iade.htm>. (consulté le 10. 12.2011).
- Y BLANLOEIL. *Evaluation préopératoire, prémédication, ambulatoire, réglementation*. **[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.sante.univ-nantes.fr/med/ticem/ressources/1331.pdf>. (consulté le 19.01.2011).

# **Annexes**

---

## Listes des Annexes

---

---

Grille d'élaboration de la grille d'observation de l'anxiété	Annexe I
Grille d'observation anxiété	Annexe II
Lettre aux Directeurs des Soins	Annexe III
Questionnaire au format internet	Annexe IV
Grille d'élaboration du questionnaire	Annexe V
Questionnaire final version papier	Annexe VI
Grille d'analyse du questionnaire	Annexe VII

## Grille de lecture de la grille d'observation

Cette grille va servir de point de départ à mon TIP, elle va permettre de mettre en évidence la persistance de l'anxiété préopératoire chez les patients même après une prémédication.

Cette grille va être proposée après accord du cadre de santé du secteur durant 1 semaine voire 15 jours pour avoir un retour d'au moins 20 patientes. Cela se déroulera dans le bloc opératoire de gynécologie en excluant l'obstétrique. En effet les circonstances périnatales ainsi que la psychologie de la femme en enceinte ne peuvent être le reflet de l'anxiété préopératoire de la population générale.

Par nécessité je ne peux faire cette observation que sur des femmes au vu du lieu de l'observation.

But :

Faire apparaître le taux de prémédication

Faire apparaître la représentation des manifestations des signes de l'anxiété

Faire apparaître si elle existe, une différence de prévalence des signes d'anxiété lors d'une 1ère expérience anesthésique ou non.

Pour se faire les grilles seront dépouillées comme suit :

1. aucun signe
2. au moins 2 signes
3. au moins 4 signes
4. > à 4 signes

Cela nous permettra de visualiser la prédominance des différents degrés d'anxiété c'est à dire :

1. pas d'anxiété
2. anxiété légère
3. anxiété modérée
4. anxiété grave

Cette étude nous permettra aussi de faire la différence entre une 1ère expérience anesthésique et les autres. Et peut être que la 1ère expérience anesthésique pourra ce révéler comme un facteur prédictif d'une anxiété accrue et ainsi modifier notre prise en charge.

I Il n'y aura pas d'étude sur la nature des signes présentés par les patientes. Chaque individu est différent et manifeste son anxiété en fonction de beaucoup d'éléments (personnalité, éducation, religion..) et une observation de 20 patientes ne serait pas représentative.

*Grille d'observation de la présence de signes d'anxiété chez un en préopératoire immédiat*

Cette grille a pour but d'évaluer la prévalence des signes d'anxiété chez un patient en préopératoire immédiat malgré une prémédication.

**La patiente a t'elle déjà été opérée ?**

oui	<input type="radio"/>
non	<input type="radio"/>

**Prémédication**

oui	<input type="radio"/>
non	<input type="radio"/>

**Signes cliniques**

troubles du langage :

logorrhée	<input type="radio"/>
bégaiement	<input type="radio"/>
bredouillage	<input type="radio"/>
impatience des jambes, envie de bouger	<input type="radio"/>
dysurie	<input type="radio"/>
mains moites	<input type="radio"/>
sueurs	<input type="radio"/>
vertiges	<input type="radio"/>
dyspnées, tachypnées FR > 20	<input type="radio"/>
douleur:	
EVA > 3	<input type="radio"/>
céphalées	<input type="radio"/>
poitrine	<input type="radio"/>
mydriase	<input type="radio"/>

**Symptômes psychologiques** (verbalisé par le patient)

sentiment :

d'appréhension	<input type="radio"/>
de crainte	<input type="radio"/>
d'insécurité	<input type="radio"/>
sensation de malaise et mal être	<input type="radio"/>
confusion	<input type="radio"/>
pleur	<input type="radio"/>
euphorie	<input type="radio"/>

**Signes para-cliniques**

pouls +/- 20% de la CPA	<input type="radio"/>
PAS +/- 20% de la CPA	<input type="radio"/>

Mademoiselle Peggy CHEUTIN  
131 rue Gambetta  
51100 Reims  
Élève Infirmière Anesthésiste Diplômée d'État  
CHU de Reims  
peggy.cheutin@free.fr

Madame le Directeur des Soins  
Centre Hospitalier...

Reims, le 8 février 2011

Objet : Demande d'autorisation de diffusion d'un questionnaire.

P.J : un questionnaire à diffuser

Madame le Directeur,

Actuellement étudiante à l'École d'Infirmiers(ères) Anesthésistes Diplômés(es) d'État au CHU de Reims, je réalise un Travail d'Intérêt Professionnel sur les outils de communication et l'hypnose en particulier. Ce travail de recherche m'amène à conduire une enquête auprès des Infirmiers(ères) Anesthésistes Diplômés(es) d'État de votre établissement de soins sous la forme d'un questionnaire.

Par la présente, je sollicite votre autorisation pour diffuser mon questionnaire au sein du bloc opératoire de votre établissement.

Je vous remercie par avance de l'intérêt que vous porterez à mon travail.

Dans l'attente de votre réponse, je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes meilleures salutations.

P.CHEUTIN

# Des outils de communication pour les IADE au service des patients

Étudiante à l'École d'Infirmiers(es) Anesthésistes Diplômés(ées) d'État au CHU de Reims, je réalise dans le cadre de ma formation un Travail d'Intérêt Professionnel sur les outils de communication et plus particulièrement de l'hypnose. Ce questionnaire, destiné aux IADE, est anonyme. merci de votre participation

---

Citez, selon vous, 3 synonymes du mot anxiété :

Constatez-vous une anxiété chez les patients à leur arrivée au bloc opératoire ?

Citez, 3 signes d'anxiété que vous repérez le plus souvent chez un patient arrivant au bloc

opératoire?

A l'arrivée du patient au bloc opératoire, vous arrive-t-il de compléter (sur prescription médicale) la prémédication par des moyens pharmacologiques (exemple injection en IV de midazolam) ?

Selon vous, que signifie communiquer avec un patient ? vous pouvez cocher plusieurs réponses

- lui parler
- l'informer
- entrer en relation
- prendre en compte son vécu
- Autre :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
pas à l'aise du tout           très à l'aise

Pensez-vous que la communication peut avoir un impact sur l'anxiété du patient ?

Pensez-vous que la communication puisse minorer l'anxiété du patient ?

Pensez-vous que la communication puisse majorer l'anxiété du patient ?

Selon vous, quelle part occupe la communication verbale (le sens des mots) dans la transmission d'une information ?

- moins de 10%
- moins de 50%
- moins de 75%
- plus de 75%

Avez-vous reçu une formation spécifique autour de la communication avec un patient anxieux ?

- oui
- non

si oui, laquelle ?

Pensez-vous qu'une telle formation faciliterait votre prise en charge d'un patient anxieux ?

- oui
- non

pourquoi ?

Connaissez-vous l'hypnose conversationnelle ?

- oui
- non

si oui comment l'avez vous connu ?

Par rapport à l'hypnose conversationnelle vous êtes plutôt ?

- attiré
- en attente de preuve
- réfractaire

Seriez-vous prêt(e) à vous initier aux outils de communication de l'hypnose ?

- oui
- non

Par quelle approche cette initiation serait la plus adaptée ? vous pouvez cocher plusieurs réponses

- un livret
- un exposé par un spécialiste
- les deux
- Autre :

Vous êtes ?

- un homme
- une femme

Combien de temps avez-vous exercé en tant qu' IDE avant la formation IADE ?

- moins de 5 ans
- moins de 10 ans
- plus de 10 ans

Vous êtes diplômé(e) IADE depuis :

- moins de 5 ans
- moins de 10 ans
- plus de 10 ans

Votre établissement est :

- un CHU
- un CH
- Autre :

Envoyer

## Grille de réalisation du questionnaire

Ce questionnaire sera distribué après accord des cadres de chaque secteur aux IADE sur le CHU de Reims et des hôpitaux périphériques de la région. Le bloc opératoire de l'Hôpital Américain (bloc pédiatrique) sera exclu de cette enquête vu que le sujet concerne le patient adulte. Par ailleurs il sera proposé à d'autres établissements à rayonnement non régional pour établir s'il existe une différence entre un gros centre et des centres de taille plus modeste. Le ressenti des professionnels, les conditions d'exercices ou les particularités géographiques peuvent avoir une influence sur la communication avec le patient.

### **Les objectifs de ce questionnaire :**

- 1 établir si les IADE perçoivent une anxiété chez les patients arrivant au bloc opératoire,
- 2 établir si oui ou non les IADE éprouvent réellement des difficultés à communiquer avec un patient anxieux,
- 3 vérifier qu'ils veulent améliorer cette communication,
- 4 s'assurer que l'hypnose n'est pas un frein à l'initiation à de nouveaux outils,
- 5 déterminer l'action à mettre en œuvre répondant au mieux à leurs besoins.

### **Hypothèses de travail :**

*Hypothèse 1* : une anxiété persiste chez certains patients à leur arrivée au bloc opératoire malgré une prémédication.

*Hypothèse 2* : les IADE sont parfois mal à l'aise dans leur communication avec des patients anxieux.

*Hypothèse 3* : les IADE considèrent que des modifications de cette communication optimiseraient l'anxiolyse de ces mêmes patients.

*Hypothèse 4* : les IADE sont ouverts à l'utilisation des outils de communication provenant de l'hypnose.

### **Problématique :**

*Les outils de communication thérapeutique hypnotique dans la relation IADE / patient peuvent-ils optimiser l'anxiolyse du patient en regard d'une anxiété persistante en préopératoire ?*

<b>Grille d'élaboration</b>			
<b>Hypothèse</b>	<b>Thème</b>		<b>Objectifs</b>
Hypothèse 1	anxiété	Versant patient	Pré-enquête de décembre
		Versant IADE	Q 1 : les IADE possèdent-ils tous un langage commun ?
			Q 2 : l'anxiété du patient est-elle une réalité constatée sur le terrain ?
			Q 3 : les IADE arrivent-ils à l'identifier ?
			Q 4 : prévalence d'une anxiété nécessitant une thérapeutique donc potentiellement gérable par des moyens non-pharmacologiques
Hypothèse 2	Le ressenti	Q 5 : la définition de la communication est elle commune ? Q 6 : la question cible « le ressenti IADE face à l'anxiété du patient » Q 8 : les IADE ont-ils une connaissance exacte de la communication ? Q 9 et 10 : permet de tester si une formation est désirée et serait utile à leur quotidien	
Hypothèse 3	La modification de la communication	Q 7 : permet de vérifier si la communication a un impact et dans quel sens ?	
Hypothèse 4	L'hypnose conversationnelle		Q 11 : permet d'évaluer s'il y a une connaissance de l'hypnose Q 12 : teste le positionnement de l'IADE vis-à-vis de l'hypnose
			Q 13 : éprouve l'envie de formation
			Q 14 : éprouve l'axe de progression
			Q 14 : éprouve l'axe de progression
Indications formelles			Q 15 : l'influence du sexe sur l'approche du patient
			Q 16 : impact de l'expérience sur la prise en charge du patient
			Q 17 : influence de l'établissement

Étudiante à l'École d'Infirmiers(es) Anesthésistes Diplômés(ées) d'État au CHU de Reims, je réalise dans le cadre de ma formation un Travail d'Intérêt Professionnel sur les outils de communication et plus particulièrement de l'hypnose.

Ce questionnaire, destiné aux IADEs, est anonyme, il est à votre disposition du 10 /02 /11 au 25 /02 /11. Il vous faudra moins de 5 minutes pour le remplir.

Une synthèse de l'analyse pourra vous être proposée à votre demande.

Je vous remercie de votre participation et de votre aide.

## **L'ANXIETE**

**1 Citez, selon vous, 3 synonymes du mot anxiété :**

- 
- 
- 

**2 Constatez-vous une anxiété chez les patients à leur arrivée au bloc opératoire ?**

- toujours                       souvent                       parfois                       jamais

**3 Citez, 3 signes d'anxiété que vous repérez le plus souvent chez un patient arrivant au bloc opératoire ?**

- 
- 
- 

**4 A l'arrivée du patient au bloc opératoire, vous arrive-t-il de compléter (sur prescription médicale) la prémédication par des moyens pharmacologiques (exemple injection en IV de midazolam) ?**

- toujours                       souvent                       parfois                       jamais

## **LA COMMUNICATION**

**5 Selon vous, que signifie communiquer avec un patient ?**

- lui parler                       l'informer                       entrer en relation                       prendre en compte son vécu

autres : .....

*vous pouvez cocher plusieurs réponses*

**6 Comment vous sentez-vous dans la communication avec un patient anxieux ?**



*pas à l'aise du tout*

*très à l'aise*

**7 Pensez-vous que la communication peut avoir un impact sur l'anxiété du patient ?**

- toujours                       souvent                       parfois                       jamais

➤ **Pensez-vous que la communication puisse minorer l'anxiété du patient ?**

- toujours                       souvent                       parfois                       jamais

➤ **Pensez-vous que la communication puisse majorer l'anxiété du patient ?**

- toujours                       souvent                       parfois                       jamais

**8 Selon vous, quelle part occupe la communication verbale (le sens des mots) dans la transmission d'une information ?**

- moins de 10%       moins de 50 %       moins de 75 %       plus de 75%

### **L'HYPNOSE CONVERSATIONNELLE**

**9 Avez-vous reçu une formation spécifique autour de la communication avec un patient anxieux ?**

- oui       non  
si oui, laquelle ? : .....

**10 Pensez-vous qu'une telle formation faciliterait votre prise en charge d'un patient anxieux ?**

- oui       non  
pourquoi ? : .....

**11 Connaissez-vous l'hypnose conversationnelle ?**

- oui       non  
si oui comment l'avez vous connu ? : .....

**12 Par rapport à l'hypnose conversationnelle vous êtes plutôt ?**

- attiré       en attente de preuve       réfractaire

**13 Seriez-vous prêt(e) à vous initier aux outils de communication de l'hypnose ?**

- oui       non

**14 Par quelle approche cette initiation serait la plus adaptée ?**

- un livret       un exposé par un spécialiste       les deux  
 autres : .....

### **INDICATIONS FORMELLES**

**15 Vous êtes :**

- un homme       une femme

**16 Votre expérience professionnelle :**

➤ **Combien de temps avez-vous exercé en tant qu'IDE avant la formation IADE ?**

- moins de 5 ans       moins de 10 ans       plus de 10 ans

➤ **Vous êtes diplômé(e) IADE depuis:**

- moins de 5 ans       moins de 10 ans       plus de 10 ans

**17 Votre établissement est :**

- un CHU       un CH       autre : .....

**Merci de votre participation, Peggy.**

## Grille d'analyse du questionnaire

Dans cette grille apparaîtra les pourcentages validant l'hypothèse.

Question	Hypothèse	Résultat
1	1	Un synonyme sera considéré comme commun à tous si > 50 % Un synonyme sera considéré comme représentatif si > à 25 %
2		Si plus 70 % des IADE ont répondu toujours ou souvent
3		Un signe d'anxiété sera considéré comme représentatif si présent > à 70 %
4		L'anxiété sera considérée comme incomplètement traitée si toujours et souvent > à 80 %
5	2	Si moins de 2 items cochés dans 70 % des cas
6		Vérifiée par une échelle d'Osgood ; Si + de 70 % des IADE sont < à 5
8		Si plus de 70 % des IADE n'ont pas répondu « moins de 10 % »
9		Si plus de 70 % ont répondu non
10		Si plus de 70 % ont répondu oui
7 et 7a 7b	3	Si plus de 70 % des IADE ont répondu toujours ou souvent Si plus de 70 % des IADE ont répondu parfois ou jamais
11	4	Question d'introduction du thème
12		Si plus de 70 % ont répondu attiré
13		Si plus de 70 % ont répondu oui
14		Epreuve de l'axe de progression
15, 16, 17		Démographie et présentation générale