

*Ce document numérique est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur au même titre que sa version papier.*

*Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.*

*D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.*

*L'Institut Français d'Hypnose a pris soin de demander son accord à l'auteur avant de diffuser ce document.*

DALIDEC Cédric

Infirmier Diplômé d'État



DIPLÔME UNIVERSITAIRE  
D'HYPNOSE MÉDICALE ET CLINIQUE

**L'HYPNOSE MÉDICALE DANS UN SERVICE D'URGENCES ADULTES :  
APPORTS DANS LA PRÉVENTION DE LA DOULEUR INDUITE PAR LES  
SOINS**

SOUS LA DIRECTION DU DR Frédérique MOHY

UNIVERSITÉ DE LA RÉUNION  
ANNÉE UNIVERSITAIRE 2012-2013



## **REMERCIEMENTS**

J'adresse mes sincères remerciements aux personnes qui m'ont aidées dans la réalisation de ce mémoire.

En premier lieu, je remercie le Dr Frédérique Mohy pour sa disponibilité, ses conseils pertinents et son soutien.

Merci aussi au Dr Franck Garden-Brèche d'avoir répondu à mes questions sur sa pratique de l'hypnose en smur.

Un merci tout particulier à Karelle pour sa patience, ses encouragements, son aide et tout le reste. Sans elle rien ne se serait fait.

Je remercie Seb pour ses conseils avisés.

Un grand merci, enfin, aux patients qui m'ont fait confiance et permis de faire mes premiers pas en hypnose sur le terrain.

## Table des matières

|          |                                                                                        |           |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>Introduction .....</b>                                                              | <b>6</b>  |
| <b>2</b> | <b>Revue des travaux et problématique.....</b>                                         | <b>8</b>  |
| 2.1      | La douleur .....                                                                       | 8         |
| 2.1.1    | Définitions.....                                                                       | 8         |
| 2.1.2    | Neurophysiologie.....                                                                  | 10        |
| 2.1.3    | Douleurs induites par les soins.....                                                   | 13        |
| 2.2      | Hypnose, Hypnoalgésie, Anxiolyse.....                                                  | 14        |
| 2.2.1    | Hypnose .....                                                                          | 14        |
| 2.2.2    | Hypnoalgésie .....                                                                     | 16        |
| 2.2.3    | Service d'accueil des urgences.....                                                    | 21        |
| 2.3      | Problématique .....                                                                    | 24        |
| <b>3</b> | <b>Méthodologie de la recherche.....</b>                                               | <b>27</b> |
| 3.1      | Description de la population : typologie des patients pris en charge.....              | 27        |
| 3.2      | Cadre des rencontres .....                                                             | 27        |
| 3.3      | Les patients et leurs demandes, leurs problèmes .....                                  | 28        |
| <b>4</b> | <b>Résultats et données cliniques .....</b>                                            | <b>30</b> |
| 4.1      | Déroulé des entretiens.....                                                            | 30        |
| 4.1.1    | Prise de contact.....                                                                  | 30        |
| 4.1.2    | Contexte.....                                                                          | 30        |
| 4.1.3    | Choix des soins potentiellement douloureux.....                                        | 31        |
| 4.2      | Exposé des observations cliniques .....                                                | 34        |
| <b>5</b> | <b>Discussion théorico-clinique.....</b>                                               | <b>46</b> |
| 5.1      | Rappel de la problématique.....                                                        | 46        |
| 5.2      | Confrontation des observations à la problématique .....                                | 46        |
| 5.2.1    | Remarques préalables .....                                                             | 46        |
| 5.2.2    | Du côté du patient...impact sur la douleur induite par les soins et sur l'anxiété..... | 47        |
| 5.2.3    | Côté soignant...confort et satisfaction.....                                           | 50        |
| 5.3      | Discussion éthique .....                                                               | 51        |
| 5.4      | Apport de l'étude .....                                                                | 53        |
| <b>6</b> | <b>Conclusion.....</b>                                                                 | <b>54</b> |
| <b>7</b> | <b>Bibliographie .....</b>                                                             | <b>57</b> |

## Table des illustrations

|                                                                                                    |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tableau 1 : Comparaison des douleurs aiguë et chroniques, d'après (3). .....                       | 10 |
| Tableau 2 : Présentation synthétique des observations réalisées dans le cadre de cette étude ..... | 29 |
| Figure 1 : Voies de la douleur (d'après Jensen MP) (22).....                                       | 13 |
| Figure 2 : Modulation hypnotique de la douleur (23).....                                           | 18 |
| Figure 3 : Ponction de l'artère radiale pour gazométrie .....                                      | 23 |
| Figure 4 : Box de soins aux urgences, lieu des entretiens.....                                     | 31 |
| Figure 5 : Pose d'une perfusion.....                                                               | 40 |

# 1 Introduction

L'essentiel de ma pratique d'infirmier depuis dix ans s'est orientée dans les domaines de l'anesthésie-réanimation (service des grands brûlés), et des urgences (service des urgences et smur<sup>1</sup>). Mon identité professionnelle, ma pratique, mon expérience clinique se sont construites dans des secteurs critiques et très techniques.

Sans mettre de côté les aspects relationnels des soins, ils ont sans doute passé au deuxième plan. Je me suis posé la question de la pertinence de mon « relationnel ». Je me suis parfois senti limité dans la réponse que j'apportais aux patients pris en charge. Il me manquait peut-être une structure, une base théorique ?

Je n'étais pas satisfait de ma prise en charge des patients algiques. Je trouvais qu'elle se cantonnait presque à l'administration de thérapeutiques et à la surveillance de leurs effets. Mon approche relationnelle, les marques d'empathie, les tentatives de réassurance, l'écoute attentive... me semblaient indispensables mais insuffisantes, peu efficaces.

Il faut savoir que ma formation initiale (2000-2003) n'abordait que modestement le rôle propre infirmier quant à la prise en charge de la douleur. L'apprentissage s'est fait essentiellement sur le terrain, par la pratique, quand bien même le premier plan national de lutte contre la douleur formulait de fortes exigences en terme de formation initiale.

Allais-je standardiser mes prises en charge sur le plan relationnel, comme elles peuvent l'être sur le plan thérapeutique ? Car du fait des prises en charge courtes inhérentes aux urgences et en smur, de leur hypertechnicité et de la charge de travail, le risque est grand de déshumaniser le soin, la pratique. Les prises en charge deviennent de plus en plus standardisées et non plus individualisées. C'est peut-être un moyen de défense, par la mise à distance du patient, mais c'est aussi selon moi faire le lit de l'usure professionnelle.

C'est dans un contexte de remise en question de mon positionnement professionnel que je suis arrivé à m'inscrire à ce Diplôme Universitaire d'hypnose médicale, afin de compléter ma formation initiale.

---

<sup>1</sup> Service mobile d'urgence et de réanimation

Quel sens donner à ma pratique ? Comment gagner en autonomie dans ma prise en charge de la douleur et renforcer mon rôle propre dans ce domaine ? Comment enfin améliorer mes prises en charge sur le plan relationnel ?

J'ai choisi pour thématique clinique **l'apport de l'hypnose dans la prévention de la douleur induite par les soins au sein d'un service d'urgences adultes**. C'est un domaine peu exploré dans la population adulte et dans un contexte d'urgences. En revanche c'est un thème bien documenté en ce qui concerne la pédiatrie. Une assez large variété de soins sont dispensés dans un tel service, chacun ayant un potentiel douloureux propre. Mais l'impact du geste lui-même est modulé par l'individualité du patient et les mesures préventives visant à en atténuer les effets désagréables (exemple de l'anesthésie locale pour les sutures de plaies). Du côté du patient, les affects anxieux sont dominants. L'anxiété est une composante de la douleur déjà présente, mais c'est aussi un affect qui majore la douleur induite par les soins. L'hypnose dans ce domaine permettrait d'améliorer le vécu du patient en modulant à la fois la composante affective, et à la fois la composante sensorielle.

Dans la première partie de ce travail nous passerons en revue la partie théorique des effets de l'hypnose.

Pour illustrer notre propos nous avons choisis deux soins en particulier : la pose de perfusion (voie veineuse périphérique) et la ponction artérielle pour gazométrie. L'usage de l'hypnose au cours de ces soins sera détaillé dans un deuxième temps, regroupant les observations cliniques.

Enfin nous amorcerons une discussion qui détaillera l'articulation des données recueillies avec les données théoriques.

## 2 Revue des travaux et problématique

Dans cette partie nous aborderons successivement et de manière synthétique l'état actuel des connaissances sur la douleur (dont celle provoquée par les soins), puis sur l'hypnose médicale et son utilisation dans l'analgésie et l'anxiolyse. Ensuite nous verrons les spécificités des services d'urgences (organisation, patients, soins) et ce que l'hypnose peut y apporter. Enfin nous détaillerons notre problématique dans un dernier point.

### 2.1 La douleur

#### 2.1.1 Définitions

Selon la définition classique de l'IASP (International Association for Study of Pain), il s'agit d'une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion ».

Price (1) parle quant à lui, d'une « perception somatique qui comporte : une sensation corporelle possédant les critères énoncés lorsqu'un tissu est lésé ; un vécu de menace associé à cette sensation ; un sentiment de déplaisir ou toute autre émotion négative s'appuyant sur ce vécu de menace ».

La douleur est donc double, à la fois sensation, perception et à la fois sentiment. Précisons ces deux composantes de l'expérience douloureuse :

- la composante sensori-discriminative. Elle qualifie le type de douleur (douleur par excès de nociception, douleur neurogène, psychogène), son intensité, sa durée, sa localisation (superficielle, profonde) ;
- la composante cognitivo-comportementale et affective. Cette composante résulte de l'histoire personnelle (émotionnelle, sociale, culturelle) du patient (2), du contexte dans lequel apparaît le stimulus nociceptif. L'intégration cognitive (c'est-à-dire l'ensemble des processus qui accompagnent et donne du sens à une perception) va moduler le vécu douloureux : par l'attention ou la diversion d'attention, l'interprétation ou la valeur donnée à la douleur, les anticipations, les références à des expériences douloureuses antérieures personnelles ou observées, les décisions sur le comportement à adopter (3).

La douleur n'est pas qu'un phénomène neurophysiologique. C'est pourquoi l'on peut observer autant de différences d'un individu à l'autre dans les réponses à un même stimulus douloureux,

car chacun en a sa propre grille d'interprétation (4).

La douleur est elle-même classée en différents types selon :

- le mécanisme physiopathologique en œuvre ;
- son évolution, aiguë ou chronique ;
- le type de pathologie en cause (douleur maligne ou non).

Elle relève tout d'abord de trois mécanismes physiopathologiques:

- l'excès de nociception est la représentation commune de la douleur aiguë, elle est en œuvre dans les processus traumatiques, infectieux...Et dans la douleur induite par les soins. C'est une douleur d'origine somatique ;
- la douleur neuropathique, provenant d'une atteinte du système nerveux. Notamment par compression d'une structure nerveuse, ou bien lorsqu'il s'agit de séquelle. Ce type de douleur est typique du zona, de la paraplégie, de la section d'un nerf, de la douleur du membre fantôme, ou encore des séquelles d'une affection neurologique dégénérative ;
- La douleur psychogène ne relève pas uniquement d'une non-organicité mais d'une sémilogie psychopathologique. Par ailleurs certains évoquent plutôt une intrication de mécanismes psychosociaux et somatique qu'une origine purement psychogène (3,5).
- Enfin, dans certains cas, le mécanisme n'est pas identifié et on peut parler de douleur *sine materia* ou idiopathique lorsqu'après un temps d'investigation, l'origine de la douleur reste parfaitement inconnue. La description peut être variable, imprécise et la sémilogie atypique.

La durée d'évolution de la douleur en est aussi une caractéristique importante. La douleur aiguë a une fonction d'alerte, c'est un signal de dysfonctionnement de l'organisme permettant d'initier une démarche diagnostique. Classiquement, au delà de trois à six mois d'évolution on parle de douleur chronique. La fonction utilitaire de la douleur a disparu, il s'agit d'un véritable syndrome et non plus d'un symptôme. La persistance de la douleur transforme les mécanismes initiaux. La douleur chronicisée s'entretient d'elle même par des facteurs secondaires, neurophysiologiques (traces amnésiques), psychologiques et comportementaux (troubles du sommeil, dépression...) (3,5). L'hypnose a une place de choix dans le traitement de la douleur chronique.

|                                     | <b>Douleur Aigüe-<br/>symptôme</b> | <b>Douleur Chronique -<br/>syndrome</b>    |
|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>Finalité biologique</b>          | Utile, protectrice                 | Inutile, destructrice                      |
| <b>Mécanisme générateur</b>         | Unifactoriel                       | Plurifactoriel                             |
| <b>Réactions somato-végétatives</b> | Réactionnelles                     | Habitude ou entretien                      |
| <b>Composante affective</b>         | Anxiété                            | Dépression                                 |
| <b>Comportement</b>                 | Réactionnel                        | Appris                                     |
| <b>Modèle</b>                       | Médical classique                  | Pluridimensionnel somato-<br>psycho-social |
| <b>Objectif thérapeutique</b>       | Curatif                            | réadaptatif                                |

Tableau 1 : Comparaison des douleurs aiguë et chroniques, d'après (3).

Enfin, la pathologie en cause a aussi une importance. Une distinction est faite entre l'origine cancéreuse ou non de la douleur chronique. La douleur liée à l'évolution d'une tumeur se rapproche plus d'une douleur aiguë persistante, d'où la place particulière des morphiniques dans ces prises en charges (3).

### 2.1.2 Neurophysiologie

La neurophysiologie de la douleur est un domaine très actif de la recherche médicale, et tous ses mécanismes ne sont pas totalement élucidés. Le savoir en ce domaine est en perpétuelle évolution.

#### Quel est le chemin parcouru par le message douloureux ?

« Le message nociceptif part de la périphérie au niveau de nocicepteurs (récepteurs de la douleur), chemine le long des fibres nerveuses de petits calibres, puis pénètre à l'étage médullaire. Ensuite il va monter le long de la moelle épinière et informer le tronc cérébral, l'hypothalamus et le thalamus, le système limbique et le cortex cérébral. Ceci va permettre une analyse de ce message pour en reconnaître ses composantes et pouvoir y répondre autant au niveau comportemental que physiologique. En effet, tout au long de ce trajet, il existe une

modulation de ce message et au niveau supérieur des possibilités d'amorcer une lutte contre ce phénomène douloureux par le biais de voies descendantes. » (6)

***Au niveau périphérique,*** le message douloureux est véhiculé par différents types de fibres nerveuses dont le diamètre varie, ainsi que leur vitesse de conduction du message (selon la présence ou non de myéline autour des fibres) : les fibres A delta et C.

***Au niveau médullaire,*** après leur trajet dans les nerfs périphériques, les fibres afférentes rejoignent le système nerveux central par les racines rachidiennes postérieures de la moelle ou leurs équivalents au niveau des nerfs crâniens. Les fibres fines A delta et C se terminent de façon massive au niveau des couches superficielles de la corne dorsale de la moelle. Le relais se fait par la libération de nombreux neuromédiateurs à ce niveau. Les neurones nociceptifs médullaires assurent la transmission de l'influx nerveux à l'étage supra médullaire par l'intermédiaire des fibres ascendantes, myélinisées ou non.

### **Les voies ascendantes**

Leur organisation est complexe. Les fibres peu myélinisées, de conduction plus lente, ont plusieurs destinations : substance réticulée du tronc cérébral, mésencéphale, thalamus puis aire somesthésique secondaire (SII).

Les fibres ascendantes myélinisées sont quant à elles, de conduction rapide. Elles rejoignent d'abord le bulbe rachidien puis le thalamus. Ce dernier se projette ensuite à différents endroits du cortex cérébral.

### **Au niveau cérébral**

Il n'y a pas de centre unique de la douleur. Et encore une fois tout n'est pas élucidé.

Détaillons les zones cérébrales concernées par le message douloureux (figure 1):

- Le thalamus est considéré comme un centre de triage de toute l'information sensitive parvenant au cerveau. Sa partie ventro-postéro-latérale (VPL) assimile la sensibilité tactile et la douleur brute. Ses neurones se projettent ensuite à différents endroits: cortex prémoteur, cortex somesthésique (essentiellement SI) et cortex cingulaire .
- les cortex somesthésiques primaires et secondaires (SI et SII) des régions pariétales, seraient impliqués dans la composante sensoridiscriminative (S I) et cognitivo-comportementale et affective (reconnaissance et mémoire) de la douleur (SII). SII reçoit des afférences de SI et du thalamus.
- Les cortex insulaire et cingulaire appartiennent au système limbique, et sont mis en jeu dans le traitement du message nociceptif. Le cortex cingulaire antérieur est fondamental dans l'aspect émotionnel, attentionnel et comportemental de l'intégration de la douleur.

### **Voies descendantes et modulation de la douleur**

Il faut savoir qu'à chaque niveau de ce système de transmission, le message douloureux est modulé par différents systèmes de contrôle inhibiteurs (5).

Il peut s'agir de contrôles médullaires par un mécanisme compétitif entre les fibres véhiculant le message douloureux et les fibres cutanées larges (théorie du « gate control »). Cette propriété est utilisée lors de neurostimulation à visée antalgique.

Au niveau supraspinal, il s'agit surtout des voies descendantes inhibitrices issues de certaines régions du tronc cérébral.

Il existe un véritable système analgésique endogène où prennent place les endorphines propres à l'individu.

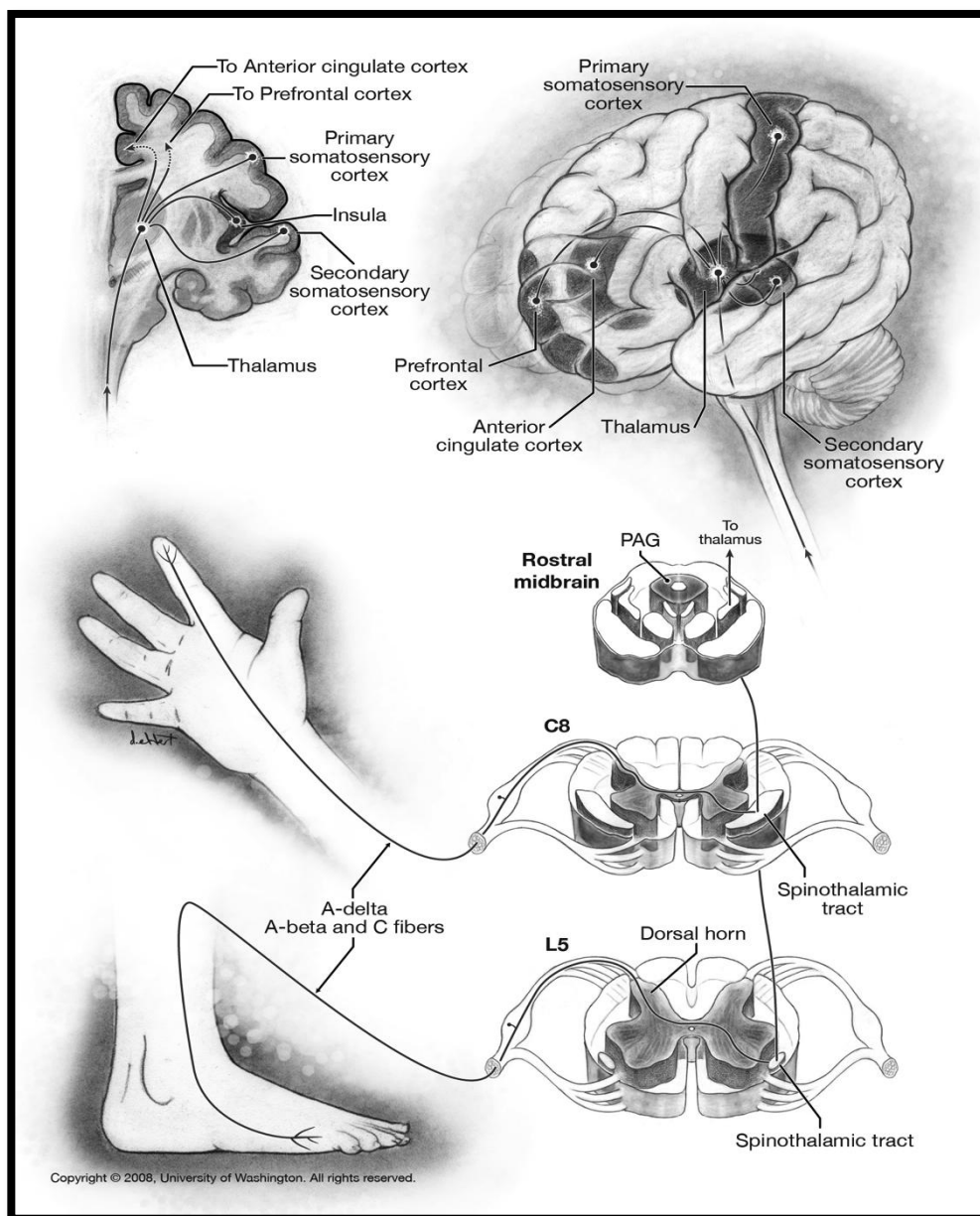


Figure 1 : voies de la douleur<sup>2</sup> (d'après Jensen MP) (22)

### 2.1.3 Douleurs induites par les soins.

« La douleur induite se dit d'une douleur de courte durée, causée par le médecin, une thérapeutique, un soin dans des circonstances de survenue prévisibles, et donc susceptible d'être prévenue par des mesures adaptées » (7)

Une étude de 2002 montre qu'une moyenne de 30 à 45 % des adultes hospitalisés a souffert d'une douleur liée à un geste dans les dernières 24 heures. Elle révèle aussi que la douleur est

<sup>2</sup> PAG : substance grise périaqueducatale ; Midbrain : mésencéphale ; Dorsal horn : corne postérieure ; Spinothalamic tract : faisceau spinothalamique

souvent considérée par les soignants comme ayant peu d'impact car elle est de courte durée. Pourtant les conséquences peuvent aller du simple mauvais souvenir à une dégradation de la qualité de la vie aboutissant à une souffrance globale. (7)

Ces douleurs sont de deux types :

- immédiates : soins paramédicaux, gestes médicaux à visée diagnostique ou thérapeutique, traitements) ;
- chroniques à certaine distance d'un traitement (chirurgie, radiothérapie, certains médicaments).

Sans mesure de prévention efficace, la douleur laisse des traces. En effet, le vécu ultérieur d'un soin est plus difficile, la sensibilité plus grande. Elle peut aussi induire des troubles du comportement voire une peur, jusqu'à une phobie (plus particulièrement chez l'enfant). Une anxiété anticipatoire pourrait mener au refus de subir un soin, voire à une plus grande vulnérabilité à la douleur induite en général. (7,8)

L'ensemble des études montre que la douleur induite par les soins est sous-évaluée et sous-traitée. Pourtant sa prévention fait partie des plans de lutte contre la douleur. Outre cette obligation légale de traiter, il s'agit d'une obligation éthique. Comment en effet concevoir une pratique de soin qui mette de côté la question de la douleur ?

## **2.2 Hypnose, Hypnoalgésie, Anxiolyse**

### **2.2.1 Hypnose**

Une définition possible de l'hypnose est qu'il s'agit d'un « état de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, expérimente un champ de conscience élargi ». (9)

Si l'hypnose est présentée comme un état naturel, elle ne peut être induite par un praticien qu'avec l'adhésion du patient. Il n'est en effet pas possible d'hypnotiser quelqu'un contre son gré.

L'hypnose médicale est un mode particulier de relation, de communication où le patient accorde toute son attention au praticien. Ce dernier joue le rôle d'accompagnateur, de guide à

qui le sujet accorde sa confiance. Le sujet occupe le rôle principal, et ce sont ses propres ressources qui sont sollicitées. Cette interaction va permettre un certain lâcher-prise et donc de quitter certains mécanismes psychiques, certaines habitudes.

Mode de relation mais aussi fonctionnement mental spécifique : le sujet vit un sentiment de détente, de relaxation, une concentration accrue. La pensée rationnelle et critique est mise en arrière-plan au profit de la pensée analogique et intuitive. On peut constater dans l'état hypnotique une isolation sensorielle (le sujet porte moins attention aux sensations exogènes), une dissociation psychique (le sentiment d'être à la fois ici et ailleurs, acteur et spectateur, dissociation de la perception du quotidien). L'activité mentale spontanée est diminuée, de même que l'activité motrice (Dr Gouchet A., D.U. Hypnose médicale et clinique, Université de la Réunion, Janvier 2013).

Selon François Roustang il s'agit d'un état de « veille paradoxal ». Paradoxal parce que pour un observateur le sujet semble dans un état proche du sommeil.

### Déroulé type d'une séance d'hypnose



Classiquement, le patient est initialement focalisé sur un symptôme. L'induction hypnotique permet de le défocaliser de ce symptôme, pour arriver à une phase de dissociation. L'individu parvient ensuite à l'état de « perceptude »<sup>3</sup> dans lequel le praticien peut formuler des suggestions de différentes natures, à visée thérapeutique. Des suggestions d'analgésie par exemple.

C'est une phase de mouvement, un « pas de côté » permettant d'observer différemment le problème. Pour terminer, la réassociation permet au patient de revenir à son état de conscience habituel tout en gardant les bénéfices de la séance d'hypnose. (9)

---

<sup>3</sup> « Phase de dans laquelle l'individu entre dans une perception sensorielle étendue, une perception de « tout » Alors que la perception habituelle segmente, [il s'agit d'un] état de perception de la continuité de l'être et de la prise en compte de tous nos liens avec le monde ». (9)

## 2.2.2 Hypnoalgésie

Quelle est l'action et la portée de l'hypnose dans le domaine de la prévention de la douleur ? Pour JM Benhaiem, l'hypnose thérapeutique dans le champ de la douleur est « une expérience relationnelle mettant en jeu des mécanismes physiologiques et psychologiques permettant à l'individu de mieux vivre, d'atténuer ou de supprimer une pathologie douloureuse aiguë ou chronique ». (10)

### 2.2.2.1 Théories et mécanismes

Selon le modèle développé par D.Price, il existe deux affects douloureux :

- un stimulus nociceptif est responsable de la sensation douloureuse et de l'activation sensorimotrice (réflexe de retrait...), il est aussi perçu comme une menace et est associé à un ressenti désagréable. Il s'agit du premier affect douloureux ;
- Les émotions associées aux nombreuses significations de la douleur constituent l'affect douloureux étendu : émotions, conséquences de la douleur, implications futures (telles qu'une perte d'autonomie).

Une étude de Pierre Rainville et coll (1999) montre l'influence des suggestions hypnotiques sur cette deuxième étape. Il est possible de faire varier le niveau de souffrance ressentie par le sujet, en orientant les suggestions dans un sens plus ou moins désagréable, sans pour autant faire varier l'intensité du stimulus douloureux. Par ailleurs, si les suggestions visent à changer l'intensité de la douleur, la perception de l'intensité diminue ainsi que le niveau de souffrance. On peut donc penser que la perception de l'intensité de la douleur est la cause du vécu désagréable, plus que l'intensité objective. L'hypnose agirait sur la composante affective de la douleur, en lien avec ce vécu désagréable. (10)

Cette étude suggère que les processus cognitifs en jeu lors de l'induction hypnotique agissent directement sur les processus affectifs et émotionnels, qui eux-mêmes modulent les réponses du système autonome mises en jeu. (1)

Deux théories psychologiques de l'effet de l'hypnose sur la douleur sont mises en concurrence :

- Selon Ernest et Joséphine Hilgard (1994), l'hypnoanalgésie s'explique par la mise en place d'une sorte de barrière psychique permettant d'isoler la sensation douloureuse, et d'empêcher l'élaboration de l'affect douloureux étendu. Il s'agit d'une réduction de la conscience de la douleur ;
- Barber et Wilson (1977) ainsi que Spanos (1986) contestent cette théorie. Pour eux un état modifié de conscience n'est pas nécessaire pour obtenir l'analgésie hypnotique. La réponse d'un sujet à la suggestion peut être expliquée en terme de rôle social, de contexte de la demande et des stratégies d'adaptations. (1)

Les techniques récentes d'imagerie cérébrale permettent d'explicitier l'action de l'hypnose sur l'intégration corticale de la douleur.

Expérimentalement, l'on observe à l'IRM fonctionnelle et à la tomographie par émission de positons (TEP), une modulation de l'activité corticale et sous corticale des sujets recevant des suggestions hypnotiques d'analgésie : des régions très activées en conscience normale lorsque le stimulus est douloureux ne s'activent pas, ou peu, sous hypnose<sup>4</sup> (tronc cérébral, thalamus, cortex cingulaire antérieur).

En revanche « la connectivité fonctionnelle entre l'aire S1, l'insula et le cortex préfrontal est augmentée en cas d'hypnose lorsque le stimulus devient douloureux, ce qui n'est pas le cas dans le groupe contrôle ». (11)

Et plus la douleur augmente plus les structures sont activées.

---

<sup>4</sup> L'on observe les modifications du débit sanguin cérébral dans ces régions.

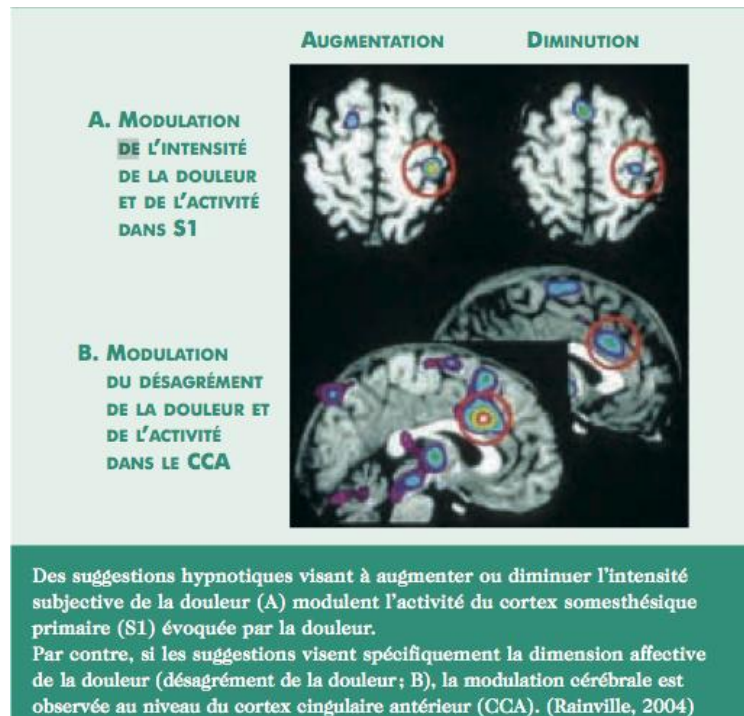


Figure 2 : modulation hypnotique de la douleur. D'après (23).

Les recherches récentes montrent aussi que l'hypnoanalgésie implique l'inhibition centrifuge de la transmission nociceptive : les suggestions activeraient le système inhibiteur endogène de la douleur, descendant à la moëlle épinière et empêchant l'information douloureuse d'atteindre le cerveau. Cependant ce n'est pas un mécanisme spécifique de l'hypnose.

L'hypnose va permettre un recrutement de différentes zones du cerveau pour participer à la gestion de la douleur. Le cerveau va recruter certains réseaux de neurones, en fonction des besoins. Moduler le signal par le biais du cortex cingulaire antérieur.

Le stimulus douloureux est donc évalué différemment sur le plan sensori-discriminatif, émotionnel et cognitif. Ce traitement de l'information optimise la réponse affective et comportementale. (11)

Il y aurait donc, sous hypnose, à la fois une inhibition périphérique, et une modulation du codage du message douloureux.

Par ailleurs, il ne semble pas que l'effet d'analgésie relève de la libération d'opioïdes endogènes. En effet la naloxone n'inverse pas l'hypnoanalgésie alors qu'il s'agit du principal antagoniste des récepteurs opiacés. Par ailleurs l'hypnose à visée analgésique peut être induite très rapidement alors que les mécanismes opioïdes endogènes sont activés de manière retardée.

Comme toute thérapeutique l'hypnose n'échappe pas à l'effet placebo. Plusieurs arguments montrent qu'elle ne se limite pas à cet effet: imagerie cérébrale fonctionnelle différente, efficacité supérieure (50 % vs 25 à 30 %), réflexe RIII<sup>5</sup> non modifié par l'effet placebo mais diminué de chez 60 % des sujets hypnotisés. (11)

L'hypnose va aussi permettre d'agir sur la mémorisation de la douleur. La mémoire d'une douleur passée influence, et souvent amplifie le vécu des douleurs à venir. (12)

#### *2.2.2.2 Types d'induction*

Il existe quantité d'inductions possibles. Elles doivent s'adapter au patient : à son âge, à son état physique et psychologique, et classiquement à son canal sensoriel principal. Nous retiendrons quelques principes d'induction à utiliser dans le cadre de la douleur aiguë.

En cas de douleur aiguë à proprement parler (pré-existante), le praticien doit adopter une attitude assurée. Le ton employé est plus autoritaire, plus directif qu'habituellement (que pour la douleur chronique ou pour d'autres champs d'action). Le principe est de défocaliser le patient de sa douleur, afin de modifier son ressenti. Le patient est en effet absorbé par celle-ci, son attention ne se porte que sur son vécu corporel, la partie douloureuse de son corps. On parle de transe hypnotique négative. Le patient a souvent peur et un ton de voix rassurant peut l'aider à diminuer son angoisse. (13)

Le praticien doit s'ajuster à ce que donne ou montre le patient. Les inductions peuvent être rythmées par la respiration du patient. (1)

De manière générale la prévention de la douleur induite par les soins se rapproche de la pratique habituelle. Cependant si le patient est douloureux, nous utilisons les premiers principes vus.

Les types d'induction que nous employons le plus souvent sont actuellement la fixation du regard, et le VAKOG<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> Le réflexe RIII, ou réflexe nociceptif spinal, est une réponse musculaire réflexe provoquée par des stimulations douloureuses périphériques.

<sup>6</sup> Exploration de la sensorialité du patient, Visuelle, Auditive, Kinesthésique, Olfactive, Gustative, dans un mouvement de zoom arrière (des sensations les plus lointaines au plus proches).

### 2.2.2.3 Types de suggestions

Les suggestions d'analgésie en cas de douleurs aiguës peuvent être :

- des suggestions de dissociation : le patient est « ailleurs » dans un lieu confortable, agréable et sûr. On parle de dissociation corps /esprit. De ce fait il est moins à l'écoute de la douleur. La dissociation peut être physique, en défocalisant le patient de la zone en question pour le focaliser sur une autre ;
- suggestions d'anesthésie : insensibiliser une partie du corps ;
- substitution d'une sensation douloureuse par une autre, plus acceptable ;
- fractionnement de la sensation, qui s'estompe peu à peu ;
- suggestion de calme, de soulagement, de somnolence. Afin de développer un sentiment de confort, de sécurité et de détente (1) ;
- amnésie partielle ou totale de la douleur.

Les suggestions de dissociation (utilisation du « safe place <sup>7</sup>») et d'analgésie (type « gant anesthésique ») sont celles que nous avons le plus utilisées lors de soins douloureux.

### 2.2.2.4 Hypnose conversationnelle

Elle se différencie de l'hypnose formelle car le « cadre de pratique est une simple conversation, phase réelle d'induction dans un état modifié de conscience ». La transe est légère, l'état hypnotique amené progressivement par l'utilisation des principes de communication habituels en hypnose (9). En ce sens elle ne semble pas chronophage, et être particulièrement adaptée aux situations d'urgences. Le patient étant déjà dans une forme d'état hypnotique car focalisé sur sa douleur ou sur le soin que l'on va faire, il est particulièrement réceptif (1). A ce titre les formulations positives seront privilégiées, on emploiera un saupoudrage de mots associés au calme et à l'analgésie, on recadrera son champ sémantique sur un versant plus agréable, moins agressif ou anxiogène.

### 2.2.2.5 Anxiolyse

L'hypnose contribue à apaiser l'anxiété par la sensation de détente mentale et de relaxation qu'elle procure. L'hypnose elle-même, puis l'exploration sensorielle du safe place induisent cet état de détente, progressivement.

L'anxiété est un système d'adaptation dont le patient a besoin et donc chez l'anxieux

---

<sup>7</sup> « Endroit de sécurité », dans lequel le patient se rend en hypnose.

chronique on s'abstiendra sauf si c'est épuisant pour lui, où si le retentissement social est important.

Dans le contexte aigu, le patient a beaucoup de choses en tête, et afin de s'apaiser, de se vider la tête on peut lui proposer spécifiquement d'être attentif à tout.

L'accompagnement par l'exploration de la sensorialité, la défocalisation du patient, les suggestions de calme et de détente (directes ou indirectes) aident le patient en ce sens.

### **2.2.3 Service d'accueil des urgences**

#### **2.2.3.1 Définitions**

Un service d'accueil des urgences prend en charge les malades ou les blessés s'y présentant spontanément ou accompagnés (ambulance, pompiers, smur...). Cet accueil relève de la permanence des soins 24 heures sur 24. La prise en charge est pluridisciplinaire et l'établissement accueillant les urgences doit intégrer en son sein un plateau technique chirurgical, un laboratoire d'analyse médicales, un service d'imagerie médicale.

#### **2.2.3.2 Fonctionnement général**

La typologie des patients pris en charge est large : la traumatologie, les urgences sociales, les douleurs aiguës, les pathologies respiratoires, cardiaques, infectieuses, les situations gériatriques, les motifs psychiatriques, les intoxications aiguës (alcool, médicaments) ; les consultations par carence de permanence de soins « de ville » (pas de cabinets de garde le soir ou le week-end) etc...

L'infirmier d'accueil et d'organisation (IAO) est le premier soignant à recevoir les patients dans le service : il a en charge d'évaluer leur gravité par un recueil d'informations et de leur attribuer un code couleur définissant le délai de prise en charge médicale. Il les oriente aussi selon les pathologies (pédiatriques, gynécologiques...).

Après ce délai de prise en charge médicale, c'est le temps des soins, et des examens complémentaires. Au terme desquels les patients sont orientés dans un service, ou peuvent rentrer à domicile.

Le temps moyen de passage aux urgences est de quatre heures. Temps pendant lequel le patient est le plus souvent anxieux du fait de sa douleur, de l'inconnu, de la peur du devenir. L'anxiété est la trame de fond de la psychologie du patient consultant au service d'accueil des urgences (SAU).

### 2.2.3.3 *La douleur aux urgences*

Selon l'étude PALIERS (Prise en charge de la douleur chez les patients admis dans les services d'urgences, 2011), 76 % des patients à l'admission présentent une douleur. 14% ont des douleurs légères, 27% des douleurs moyennes et 36% des douleurs intenses. Au total 64 % des patients admis, consultent pour cette douleur. Elle montre la prise en charge insuffisante de la douleur dans les services d'urgences, que ce soit à l'admission ou à l'occasion d'un soin. (14)

Parmi les soins dispensés aux urgences il y a ceux qui sont responsables d'une douleur intense chez un petit nombre de patients, et ceux qui provoquent des douleurs intenses chez une majorité des patients. Ces gestes sont à visée diagnostique et/ou thérapeutique.

Il y a peu d'études concernant spécifiquement la douleur induite par les soins aux urgences. Les fréquences retrouvées sont très variables, de faible (5 à 18%) à relativement élevée (47 à 60%). Le prélèvement artériel est le geste le plus intensément douloureux selon l'étude de Karwowski-Soulié et al. (2006)(15). Ce geste est évalué (échelle visuelle analogique, cotée entre 0 et 10) à  $2,8 \pm 1,94 / 10$  tandis que la pose d'une voie veineuse périphérique est évaluée à  $2,03 \pm 1,05$ .

Aux soins réputés les plus douloureux, une analgésie doit être systématiquement proposée. Aux autres, il convient d'identifier les populations à risque et de proposer individuellement une prévention, mais « il paraît illusoire de pouvoir mettre en place une prévention médicamenteuse systématique de la douleur. » (7)

L'alternative est peut-être alors non-médicamenteuse.

Une sédation ou une analgésie préalable est donc normalement réalisée pour les actes réputés les plus douloureux. Pour ne citer que quelques exemples, les réductions de fracture, les sutures cutanées, les ponctions lombaires... Les moyens de prévenir la douleur induite peuvent être l'anesthésie loco-régionale, l'utilisation de MEOPA (Mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote, gaz à visée antalgique), ou encore l'anesthésie générale de courte durée.

Cependant les faits s'éloignent des recommandations et pour de nombreux soins, pourtant objectivés comme douloureux, l'analgésie est insuffisante ou même inexistante. (16)

C'est le cas pour la ponction artérielle pour gazométrie, ou la pose de voie veineuse périphérique. L'étude de Karwowski-Soulié et al. révèle que 99,5 % des voies veineuses périphériques sont posées sans traitement préventif de la douleur, 0,2 % avec (0,4 % non renseigné). Il s'avère que 7,6 % des patients en ayant bénéficié considèrent ce geste comme le plus douloureux.



Figure 3 : Ponction de l'artère radiale pour gazométrie

Pour les gaz du sang artériel, 98,3 % sont effectués sans traitement préventif, aucun avec (1,7 % non renseigné). Dans ce cas, 41,4 % des patients le considèrent comme le plus douloureux. L'étude PALIERS montre que plus d'un patient sur deux se plaint de douleur après le geste, alors que 47 % d'entre eux ont reçu un traitement avant le geste et environ 25 % un traitement après.

Comment expliquer ce fossé entre la douleur ressentie par le patient et les mesures préventives accompagnant les soins?

Les raisons sont multiples. Il peut y avoir la balance bénéfice-risque de l'administration de certaines thérapeutiques. Le délai d'action de certaines crèmes anesthésiantes telle l'EMLA® (1h30) est trop long, et si le geste à réaliser est urgent on s'en passera. L'absence de protocoles à visée antalgique, les habitudes de service et les dogmes erronés des soignants vis-à-vis de la douleur sont aussi des explications.

L'hypnose est déjà utilisée la prévention de la douleur induite par les soins. Les publications et les expérimentations semblent plus nombreuses dans le domaine de l'urgence pédiatrique que chez l'adulte. Dans ce cas les capacités hypnotiques naturelles de l'enfant sont utilisées et permettent une approche tout en douceur des soins, d'améliorer le vécu des enfants et d'éviter

la mémorisation de la douleur. L'hypnose n'est pas utilisée seule mais en association, avec le MEOPA ou une anesthésie locale.

On retrouve cependant quelques expériences faites chez l'adulte dans le domaine de l'urgence.

On peut supposer que ce qui se fait chez l'enfant peut être transposé et adapté à l'adulte.

Quelques applications retrouvées dans ce cadre : sutures cutanées, réduction de luxation d'épaules (17), de réduction de fracture chez l'enfant (18), soins aux patients brûlés (19,20).

On peut supposer que ces applications peuvent être élargies aux ponctions (veineuses, artérielle, lombaire), aux poses de drains etc.

### 2.3 Problématique

Mon questionnement porte sur les apports de l'hypnose médicale dans la prévention de la douleur induite par les soins au sein d'un service d'urgences adultes.

En premier lieu je suppose que dans ce cadre, **l'hypnose médicale améliore sensiblement le vécu du patient lors d'un soin potentiellement douloureux**. Il s'agit de ma première hypothèse de travail.

Nous avons vu plus haut que l'anxiété est la trame de fond du vécu du patient aux urgences. Qu'il soit orienté par un médecin aux urgences, ou qu'il vienne de lui même, cette expérience rompt avec son quotidien du fait d'un problème médical aigu. Se mêlent sentiment d'arrachement du quotidien, d'imprévu, de vécu douloureux mais aussi cette inquiétude de savoir ce qui se passe dans son corps, quel sera le diagnostic, et si les symptômes seront soulagés. Toutes les conditions sont réunies pour que cette expérience soit anxiogène.

Ce niveau d'anxiété initial est influencé par l'organisation et le fonctionnement propres au service des urgences.

L'attente aux urgences est fortement mobilisatrice d'anxiété. Plusieurs délais d'attente sont observés : avant la prise en charge médicale, avant les résultats d'examen, avant l'orientation dans un autre service le cas échéant. A chaque étape de la prise en charge le patient se focalise sur l'incertitude de son devenir et sur la prochaine échéance. Notons que cet état de focalisation (notamment de focalisation sur la douleur) est décrit comme facilitant pour les inductions hypnotiques.

Arrivant aux urgences le patient est placé d'emblée dans une relation de dépendance avec le système de soins qui fait qu'il perd la maîtrise de ce qui lui arrive. Ce qui est profondément

anxiogène (attente obligatoire pour les résultats, le rôle d'entrave que prend la perfusion...). A contrario le fait de pouvoir contrôler sa douleur, même en partie, améliore le vécu du patient (d'où l'intérêt des pompes pour le contrôle de l'analgésie) (4).

De plus le délai de soulagement de la douleur est aussi déterminant. Lorsque l'on est algique et que le traitement tarde à venir l'anxiété augmente.

Sur ce vécu anxieux de base peut venir se greffer la douleur induite par les soins. Les soins diagnostiques et/ou thérapeutiques sont douloureux dans leur grande majorité, à différents degrés.

Introduire l'hypnose médicale dans l'arsenal thérapeutique de la prévention serait à mon avis un moyen d'améliorer le vécu du patient : l'anxiété inhérente au geste devrait être apaisée, la douleur du geste elle-même réduite à un niveau d'inconfort minimal et le patient devrait rendre compte d'une satisfaction quant au vécu du geste, ou tout du moins ne pas signaler de désagrément.

Ma deuxième hypothèse est que l'usage de **l'hypnose médicale améliore aussi le vécu du soignant lors de la réalisation du geste douloureux**.

Lorsque l'on est soignant, provoquer une douleur lors d'un soin met mal à l'aise. Il est difficile de s'en accommoder, lorsque la douleur n'est pas prévenue. Autant des soins réputés douloureux se réalisent sous anesthésie, autant d'autres soins sont totalement négligés et ne profitent pas de mesures préventives.

Cependant même un geste aussi simple et banal qu'une prise de sang peut être vécu très douloureusement par le patient. Ne parlons même pas des aspirations des sécrétions endotrachéales (un des pires souvenirs des patients en réanimation selon plusieurs études) ou de la pose de sonde nasogastrique.

Alors comment faire face à cela ? Peut-on s'accommoder de la douleur que l'on provoque chez autrui ? N'est-ce là qu'un « mauvais moment à passer » ?

A mon avis, l'hypnose est un outil qui donnerait une meilleure autonomie au professionnel paramédical, une réponse complémentaire à la douleur induite par les soins et une meilleure implication dans la prise en charge de la douleur. De ce fait l'hypnose médicale permettrait d'observer un confort accru du soignant vis-à-vis du geste qui devrait être satisfait d'avoir réalisé le soin le plus confortable possible.

Dans la partie suivante je détaillerai la méthodologie utilisée dans cette recherche, dans le but de vérifier mes hypothèses de travail.

### 3 Méthodologie de la recherche

#### 3.1 Description de la population : typologie des patients pris en charge

Il s'agit tout d'abord de patients adultes. La population pédiatrique a été exclue pour cette étude (les urgences Adultes accueillent les urgences pédiatriques traumatologiques, du fait de la présence de chirurgiens dans le service).

Les contre-indications habituelles à l'hypnose ont été respectées<sup>8</sup>. Par ailleurs les patients choisis ne présentent pas de détresse vitale, ni désorientation spatio-temporelle, ni de trouble de la compréhension ou de la communication. Il s'agit en effet de pouvoir proposer l'hypnose dans un cadre facilitant : les troubles de l'attention ou de la communication, d'origine neurologique ou toxique, sont des freins importants à la communication en général, et à l'hypnose en particulier. Les détresses vitales ont été exclues car la priorité va naturellement aux soins critiques.

Malgré la typologie très étendue des patients se présentant aux urgences nous pouvons mettre en avant deux items retrouvés fréquemment: la douleur et l'anxiété. Toutes deux sont certes présentes à des niveaux variables mais sont véritablement caractéristiques du vécu du patient lors de son passage aux urgences.

Ce sont des patients pour qui des soins potentiellement douloureux ont été prescrits.

#### 3.2 Cadre des rencontres

Il s'agit d'un cadre d'urgence. Les patients pris en charge dans le cadre de cette étude sont soit des patients venus aux urgences de leur propre initiative, et dans ce cas l'urgence ressentie par le patient motive sa consultation, soit se présentent sur avis de leur médecin traitant, ou du médecin régulateur du centre 15.

En regard de cette décision de se présenter aux Urgences, l'infirmier organisateur de l'accueil (IOA) évalue le degré d'urgence objectif. Il est le premier soignant à recevoir les patients dans le service. Il réalise un tri des patients après une collecte d'informations, par un entretien, un examen clinique et paraclinique (prise de tension, fréquence cardiaque et ventilatoire, saturation en oxygène etc...).

---

<sup>8</sup> Ce sont essentiellement les patients psychotiques, les personnalités borderline, les réticences fortes du patient(20)

A cette issue, un degré d'urgence est affecté au patient (de la consultation sans urgence à l'urgence vitale immédiate) par le biais d'un code couleur. Un délai maximum de prise en charge médicale est défini pour chaque niveau d'urgence.

Remarquons qu'il y a très souvent dissonance entre l'urgence ressentie et l'urgence objectivée. C'est important car le patient peut attendre assez longtemps avant d'être pris en charge médicalement (urgence non immédiate, 80 % des patients), ce qui suscite fréquemment frustration, incompréhension, majoration de leur anxiété et parfois de leur douleur.

Après ce délai de prise en charge médicale, c'est le temps des soins, et des examens complémentaires. Au terme desquels les patients sont orientés dans un service, ou peuvent rentrer à domicile.

C'est le degré d'urgence objectivé qui guide l'ordre de prise en charge et non l'ordre d'arrivée. On le voit le patient s'adressant aux urgences rentre dans un circuit de prise en charge standardisé. Il passe un temps moyen de quatre heures aux urgences.

### **3.3 Les patients et leurs demandes, leurs problèmes**

Les patients n'ont pas de demande particulière vis-à-vis de l'hypnose. Ils souhaitent surtout des réponses rapides à leur problématique. Au premier plan un soulagement de la douleur. C'est vraiment ce qui domine.

La douleur aiguë intense est systématiquement prise en charge dans mon service par le biais d'une perfusion intraveineuse. C'est une constante. Les douleurs modérées sont traitées par médication intraveineuse ou orale selon le contexte.

Pour ce qui est de la douleur induite par les soins, la prévention est variable selon les soins et selon les praticiens. Les protocoles en cours de déploiement ont pour ambition d'harmoniser les prises en charge de la douleur.

Dans ce cadre l'hypnose est proposée afin d'apporter plus de confort lors de la réalisation de la perfusion intraveineuse ou de la ponction artérielle pour gazométrie.

Ci dessous, un tableau synthétique présentant les observations des patients pris en charge pour cette étude :

|   | Observations                          | Motif de consultation              | Antécédents                                                     | Soin proposé <sup>9</sup> | Prise en charge hypnotique <sup>10</sup> |
|---|---------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------|
| 1 | Patient n°1<br>Femme<br>trentenaire   | Douleur<br>abdominales<br>intenses | Pathologie<br>douloureuse<br>chronique                          | VVP                       | H.C                                      |
| 2 | Patient n°2<br>femme,<br>43 ans       | Appendicite<br>aiguë               | non                                                             | VVP                       | H.C<br>début de vakog                    |
| 3 | Patient n°3<br>Homme,<br>63 ans       | Douleur<br>abdominales<br>intenses | Lourd passé<br>chirurgical de<br>(abdomen)<br>douleur chronique | VVP                       | H.F.                                     |
| 4 | Verbatim n°1<br>Femme,<br>env. 45 ans | Sciatalgie aiguë                   | Hernie discale                                                  | VVP                       | H.F.                                     |
| 5 | Verbatim n°2<br>Femme<br>env.40 ans   | Crise d'asthme<br>sévère           | asthme                                                          | GDS                       | H.F                                      |

Tableau 2 : Présentation synthétique des observations réalisées dans le cadre de cette étude

Dans le chapitre suivant, je détaillerai les observations cliniques recueillies ainsi que les résultats obtenus.

<sup>9</sup>VVP : voie veineuse périphérique ; GDS : ponction artérielle pour analyse des gaz du sang

<sup>10</sup> H.C: Hypnose conversationnelle ; H.F : hypnose formelle

## 4 Résultats et données cliniques

### 4.1 Déroulé des entretiens.

#### 4.1.1 Prise de contact

D'une manière générale je me présente au patient au moment où il est installé en box de soins. Il peut arriver que je ne me présente que plus tard, au moment des soins.

Ce premier contact est déterminant. Il me permet de nouer la relation avec le patient, de gagner sa confiance, de lui montrer mon attention. Je m'assure que le patient rentre dans les critères que j'ai édictés pour cette étude.

Par ailleurs ce temps me permet, en me basant sur mon ressenti, de me conforter dans mon choix de lui proposer de l'hypnose. Il peut arriver que la relation s'établisse plus difficilement, que la communication soit plus compliquée, que le « courant » ne passe pas suffisamment pour que je me sente à l'aise. Dans ce cas, je ne propose pas d'hypnose au patient.

#### 4.1.2 Contexte

Dans quel contexte s'établit cette relation ? Je rencontre des patients installés en salle de soins, allongés sur une civière. Il peuvent avoir attendu de 20 minutes à 4 heures (ou plus) depuis leur accueil par l'IOA. Il s'agit d'un contexte d'urgence, réelle et/ou ressentie.

Invariablement je me présente à eux et veille à faciliter d'emblée la communication. Ainsi je m'assoie à leur hauteur, car ils sont allongés. Je leur demande comment ils se sentent ainsi que des précisions sur leur motif de consultation. Dans un deuxième temps je leur explique comment va se passer leur passage aux urgences en terme d'étapes (examens complémentaires, avis de spécialistes...) et si possible de délais. J'écoute aussi leur demande, je tâche d'être rassurant, de leur fournir un minimum d'éclairages sur la suite de la prise en charge, afin que leur anxiété diminue ou au moins, ne soit pas majorée par la peur de l'inconnu.



Figure 4 : Box de soins aux urgences, lieu des entretiens

#### 4.1.3 Choix des soins potentiellement douloureux

Après le temps d'examen médical et une fois les soins prescrits, je retourne voir le patient.

C'est au cours de ce deuxième entretien que j'aborde l'hypnose.

Je me suis centré sur des soins fréquents, simples et parfaitement maîtrisés. En l'occurrence la pose de perfusion et la ponction artérielle pour gazométrie. Ce choix se comprend car ma pratique débutante ne m'autorise pas encore une totale aisance, et il m'apparaît difficile de me concentrer à la fois sur l'hypnose et à la fois sur le soin que je réalise si celui-ci est complexe. Ces soins étant nombreux, ils m'offrent une matière suffisante pour mon étude.

De plus l'équipe dans laquelle je travaille n'est pas totalement informée de ma formation en hypnose médicale: l'intégration de cette pratique à mon quotidien se fait progressivement en commençant par des gestes simples et en présence d'équipes restreintes et informées. Ces deux gestes permettent une « indépendance » de l'infirmier, ce qui n'est pas le cas pour d'autres soins qui nécessitent une collaboration. Ce cadre là est facilitant.

Pour tous les patients pris en charge dans le cadre de cette étude, la pose de voie veineuse périphérique a été décidée à double titre : celui diagnostique de prélèvement sanguin pour biologie médicale, et celui thérapeutique pour l'administration intraveineuse de médicaments (antalgiques ou autres). C'est le vecteur principal pour toute analgésie. C'est la voie privilégiée d'administration des médicaments car la plus facile, la plus efficace et la voie par laquelle l'action thérapeutique souhaitée est la plus rapide. La gazométrie artérielle est un

acte à visée uniquement diagnostique. C'est un soin douloureux. La pose de perfusion un peu moins.

En tout cas c'est ce qu'indiquent les études (6). Les facteurs individuels (côté soignant et côté patient) vont influencer la perception douloureuse de ce soin : certains patients ont très mal lors de la pose de VVP et au contraire d'autres ne ressentent quasiment rien à la ponction artérielle.

Ces soins ont aussi une signification particulière pour le patient, ils ne se limitent pas à l'acte physique. L'analyse suivante est personnelle.

La symbolique de la voie veineuse périphérique est particulière. Elle matérialise le statut de patient, elle le rend « dépendant » au sens où il est relié à cette poche de perfusion et ne peut s'en défaire. Il doit se déplacer avec. C'est un geste invasif, un peu étrange car il laisse en place temporairement un matériel, le cathéter, dans le bras du patient. Il est accompagné de sensations inhabituelles : la fraîcheur du soluté perfusé, la brûlure de certains médicaments injectés, des sensations peu agréables d'irritation de la peau ou de la veine. La douleur ressentie à la pose est vécue comme un « mal nécessaire » qui doit permettre d'identifier le trouble qui touche le patient (analyse sanguine) et de le soulager (administration d'antalgiques). Il signe aussi pour le patient un délai d'attente incompressible (le temps d'obtention des résultats d'examen). Son retrait signe quant à lui la fin des soins, du passage à l'hôpital, le retour à domicile.

Les patients ont souvent une appréhension de ce geste. Pour certains c'est l'inconnu, ils n'en ont jamais eu. D'autres ont des vécus antérieurs, rarement agréables : ceux qui ont des capitaux veineux limités ont une anticipation particulièrement anxieuse de ce soin. Leur souvenir douloureux des tentatives antérieures, répétées, est bien vif.

La réalisation d'une ponction artérielle pour analyse des gaz du sang (GDS) est un peu différente. C'est aussi un geste invasif, mais il n'y a pas de matériel qui reste en place contrairement à la perfusion. C'est un acte relativement bref qui peut être compliqué par la difficulté de trouver l'artère radiale. Les tentatives répétées sont autant de douleurs induites successives. Très souvent les GDS sont itératifs afin de suivre la réponse du patient aux traitements. Le patient peut donc subir jusqu'à quatre ou cinq prélèvements pendant son passage aux urgences.

Pour des pathologies évolutives telles les broncho-pneumopathies chroniques obstructives, les décompensations peuvent être fréquentes et le passage obligé aux urgences signifie des GDS répétés pour un même patient : il s'y attend donc, avec quasi constamment une crainte de la douleur, par expérience.

### **Alors que proposer pour prévenir cette douleur ?**

Dans le service, il n'y a actuellement pas de politique de prévention de la douleur associée à ces deux soins. Ce qui concorde avec les chiffres de l'étude PALLIERS (14). Proposer l'hypnose dans ce cadre me semble opportun.

Entendons-nous bien. Cette douleur induite dépend de plusieurs facteurs : état initial du patient (état psychologique, niveau de douleur, vécu douloureux antérieur), modalités de la pose (taille du cathéter, un bon compromis pouvant être trouvé entre le diamètre de l'aiguille et le débit autorisé, lieu de ponction : la main est nettement plus sensible que le pli du coude par exemple) .

### **Comment présenter l'hypnose au patient ?**

Je propose au patient l'hypnose en termes clairs. Je leur indique que cela vise à leur procurer un meilleur confort lors de ce(s) geste(s). Geste plus ou moins douloureux, mais jamais présenté ainsi.

En effet le choix des mots est important, et leur impact peut-être réellement néfaste (Lang et al, 2005)(21). Je précise aussi le cadre, qui se veut rassurant : je suis infirmier, formé à l'hypnose par l'université. Il ne me semble pas opportun de détailler tout au patient, seulement de lever certaines ambiguïtés ou de répondre à quelques questions. Car les représentations mentales de l'hypnose sont bien ancrées, plutôt sous son aspect « spectacle ».

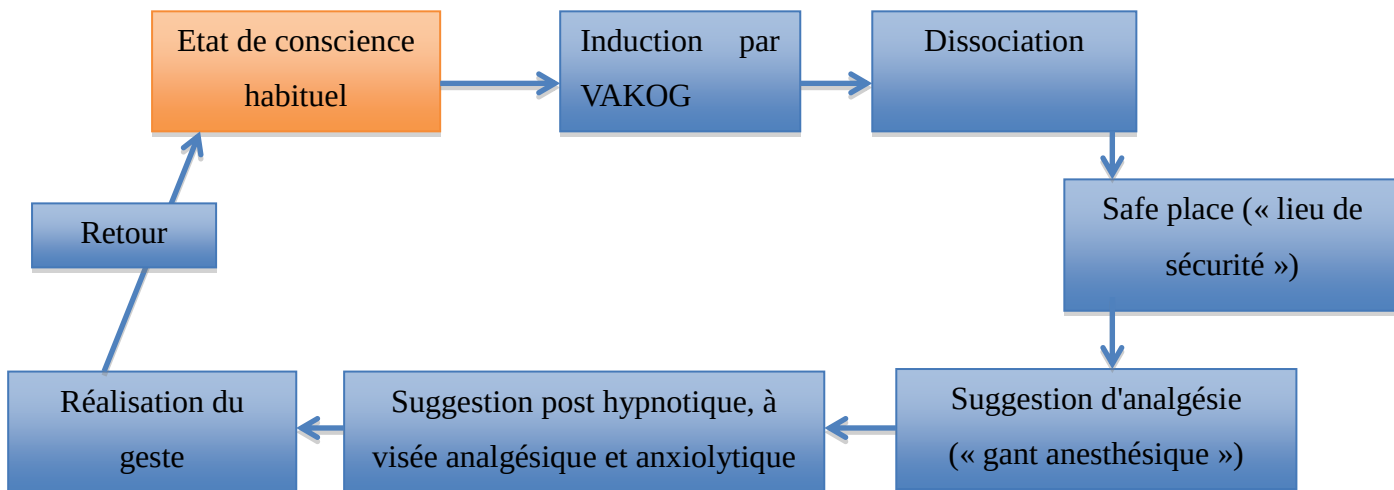
Je veille à ne rien imposer, et le patient reste libre de refuser. Si je perçois de la réticence sans refus clair, je renonce car l'hypnose ne fonctionnera probablement pas.

Il est important de respecter l'écologie du patient, ses choix, son changement d'avis éventuel (lui dire qu'il reste maître et peut décider à tout moment d'interrompre l'état hypnotique est essentiel).

En pratique je suis assis à hauteur du patient, qui lui est allongé. Je débute l'induction sans avoir préalablement préparé mon soin. Cette préparation se fait dans un deuxième temps,

lorsque l'état d'hypnose est avéré/suspecté. Ceci pour accorder toute mon attention au patient. La préparation du matériel se fait grâce au chariot de soin présent dans la chambre, il peut faire un peu de bruit (ouverture des tiroirs, des poches, des sachets de compresses...) mais ça n'a que peu d'importance lorsque le patient est en état hypnotique.

***Déroulé type des séances d'hypnose proposées dans cette étude:***



## 4.2 Exposé des observations cliniques

Suivent les observations que j'ai réalisées avec pour deux d'entre-elles la retranscription de l'entretien. Les observations sont présentées dans l'ordre chronologique de leur réalisation.

### 4.2.1 Observation n°1

Il s'agit d'une de mes premières prises en charge avec intégration de l'hypnose. Une jeune femme, trentenaire, consulte pour des douleurs abdominales intenses et des vomissements. Elle est connue du service pour ce motif de consultation. Elle souffre d'une pathologie douloureuse chronique.

Je me souviens bien d'elle car je m'en suis déjà occupée. Lors d'une précédente prise en charge elle s'était sentie mal au cours de la mise en place d'une perfusion. Ce qui m'avait intrigué. Cet état fut passager.

Le contact est aisé, je commence ma communication hypnotique en ajustant mon débit de parole, en ralentissant mes gestes. Je m'assoie près d'elle. Je tente de l'hypnose conversationnelle avec saupoudrage sur les thèmes de confort, d'apaisement. Tout en préparant mes soins (matériel de perfusion et médicaments antalgiques). Je l'invite à prendre

conscience de sa respiration, à la ralentir. Spontanément elle ferme les yeux.

La mise en place de la perfusion est simple. Mais à sa mise en route elle ressent de brusques vertiges, comme la fois précédente.

Je procède alors à un recadrage de la patiente en lui disant que la perfusion qui coule pour le moment est « neutre », « physiologique », car il s'agissait de sérum salé isotonique. Les perfusions branchées en dérivation n'étant pas encore parvenues dans le réseau veineux. La patiente semble rassurée. Elle adhère et les vertiges disparaissent.

Il s'agissait d'une de mes premières approches par l'hypnose. Il m'avait semblé plus simple d'utiliser un mode conversationnel pour préparer mes soins en même temps. Mais je me suis rendu compte de la difficulté rapidement car je ne savais pas réellement quel chemin emprunter, ni quel technique employer. L'hypnose conversationnelle a été plutôt un mélange maladroit de plusieurs éléments issus des cours : ajustement au patient, recadrage sémantique...

Il est difficile de se concentrer et sur la préparation des soins et sur l'hypnose elle-même. Ce qui a entraîné bon nombre de répétitions, une attention accordée au patient fluctuante. D'ailleurs je ne pense pas que la patiente ait été dans un état hypnotique. Elle m'a cependant semblé avoir plutôt bien vécu le soin.

Il est intéressant de noter que le fait de recadrer et de ne pas adhérer a sans doute fait céder le symptôme. J'ai eu l'intuition d'un certain conditionnement négatif de la patiente car elle a présenté une réaction identique au cours d'un même soin. Il n'y avait pas d'origine pharmacologique à ses brusques vertiges. L'origine psychosomatique était probable, ayant éliminé l'origine vagale du malaise.

Les outils de la communication hypnotique m'ont aidé à le percevoir, à me rassurer (questionnement la première fois), et à m'adapter à cette présentation. En cela l'hypnose structure la relation au patient.

Plus tard j'apprends que cette patiente utilise des méthodes alternatives (sophrologie, réflexologie plantaire...) pour gérer ses crises douloureuses qui peuvent la handicaper au point de ne pouvoir se déplacer qu'en fauteuil roulant.

#### 4.2.2 Observation n°2

Je prends en charge une patiente hyperalgique de 43ans, consultant pour douleur abdominales intenses dues à une appendicite aiguë.

On me demande d'essayer de lui poser une perfusion car il y a déjà eu deux tentatives infructueuses. La perfusion permettra de lui administrer les antalgiques adaptés, et permettra l'anesthésie générale car la patiente est attendue au bloc opératoire dans un délai court.

Je ne me précipite pas sur le soin mais prends le temps de me présenter, de lui demander comment elle va. Malgré la douleur elle est plutôt souriante. Je lui explique ensuite que je vais lui faire les soins prescrits. Au cours de l'entretien j'apprends qu'elle a une fille âgée de 4 ans avec qui elle va faire du vélo, notamment dans le parc de Champ Fleuri à St Denis. Pendant cet entretien je prépare mon matériel. Je conserve une communication hypnotique, calme, posée.

Je l'invite à percevoir sa respiration, à prendre conscience de ce va-et-vient, de ce rythme respiratoire. Et puis je choisis une induction par la visualisation de cet endroit agréable, yeux fermés. La perfusion est posée sans difficultés au premier essai.

Elle me remercie en me disant « si seulement je vous avais eu la première fois ».

Là encore le tâtonnement est présent. L'induction n'est pas formelle : je souhaitais utiliser un « safe place » mais au final je l'ai imposé au patient, en travaillant peu sur les sensations. Il n'y a pas eu de suggestions d'analgésie. Le tout a été assez rapide.

#### 4.2.3 Observation n°3

Mr S. est un homme de 63 ans avec un très lourd passé chirurgical : il a eu de multiples interventions sur l'intestin. Il est douloureux chronique, non traité par son médecin généraliste. Il décrit une lassitude importante, une douleur envahissant sa vie, impactant notamment sa relation à ses petits enfants. Il parle d'idées noires. Ce jour il consulte pour ses douleurs abdominales mais aussi pour son « moral bas ».

Le médecin décide de le perfuser. Je l'ai anticipé et ai abordé avec lui l'hypnose. Il est d'accord.

L'induction se fait par VAKOG. Il garde longtemps les yeux ouverts mais le regard fixe. J'approfondis la dissociation, aborde le safe place. Là les yeux se ferment. Une suggestion de confort et d'analgésie dans le bras gauche (à perfuser) est faite. En touchant les zones à « endormir ».

Je lui dis de mettre un peu plus de confort et de protection à chaque inspiration et à chaque expiration.

Ce qui est intéressant c'est qu'il m'a fallu plusieurs tentatives pour parvenir à le perfuser. Les trois premiers essais étaient difficiles et la perfusion posée ne marchait pas au final. J'ai entretenu la transe, posé deux autres cathéters et le patient n'a pas eu de réactions : rien sur le visage, respiration inchangée.

Habituellement les tentatives répétées de perfusion sont délicates : très douloureuses pour le patient, agaçantes. Son anticipation anxieuse de la douleur se majore à chaque échec. C'est une situation très inconfortable pour l'infirmier : se mêlent un sentiment d'échec, un agacement, un malaise du fait de la douleur provoquée à répétition etc...

#### 4.2.4 Observation n°4, verbatim n°1

Mme T. est une femme d'une quarantaine d'années se présentant aux urgences pour sciatalgie aigue. Elle évalue sa douleur à 8/10, elle est cotée « orange » (*i.e.* prise en charge médicale dans les 20 minutes, urgence relative).

Le médecin l'a examiné, prescrit la pose de la perfusion ainsi que trois antalgiques intraveineux. Je rentre donc dans la salle de soin et trouve une patiente ne tenant pas en place sur son brancard, cherchant une position pour la soulager. Le visage est crispé tendu, elle souffle fort et gémit. Après m'être présenté, avoir expliqué les soins, j'entame l'approche hypnotique.

Entre parenthèses se trouvent les indications de temps ou d'événements particuliers, entre crochets mes commentaires a posteriori.

Verbatim (S : soignant, P : Patient)

S : *«Je vais vous proposer que pendant qu'on pose la perfusion, qu'on met le médicament...on fasse un peu d'hypnose. Ça permet de calmer la douleur en même temps. D'accord ? Je suis formé à ça. Il faut juste vous laisser faire.*

P : *Oh faites ce que vous voulez pourvu que vous me calmez !*

S : *Je vais vous demander d'abord...de prendre vraiment la position la plus confortable pour vous...*

P : *Oh je sais pas, des fois c'est sur le côté, des fois ça dépend.*

S : *Ne forcez pas, il faut vraiment que vous ayez la position la plus confortable pour vous... et*

*puis vous me le faites savoir quand vous avez trouvé la position qui vous convient...*

*P : Ça fait des élancements*

*S : D'accord. Vous avez mal, vous êtes un peu attirée par cette sensation douloureuse je vais vous demander de quand même essayer en même temps, d'utiliser vos yeux pour regarder la pièce...c'est un exercice... de regarder un peu les différentes zones de la pièce avec des zones très lumineuses (la patiente gémit)... d'observer, de prendre le temps d'observer...*

*P : (elle m'interrompt) je vais pas avoir mal là ?*

*S : Non.*

*P : Je suis peut être un peu malbar comme di Kréol*

*S :...Et vous regardez la pièce avec des zones un peu plus claires, des zones un peu plus sombres. Prenez le temps de regarder les zones un peu plus claires, un peu plus sombres... Les différentes couleurs que vous pouvez observer dans cette pièce. Le mur un peu blanc, la porte un peu jaune... Les différentes formes aussi... et puis vous allez regarder devant vous ce que vous voyez juste devant vous. Par exemple le drap ou autre chose...Et puis de poser votre regard sur un endroit que vous choisissiez*

*P : (gémit) Ah...sur mon pouce [NDA : son gros orteil]*

*S : Voilà, vous restez sur votre pouce, très bien. Et vous continuez à regarder votre pouce. Et pendant que vous regardez votre pouce, vous restez fixée dessus, vous commencez à écouter un peu les bruits que vous entendez autour, dans la pièce. Le bruit de la climatisation par exemple (la patiente ferme les yeux, 2:00).Voilà les yeux fermés c'est très bien, parfait, très très bien... le bruit de la climatisation et puis le bruit de ma voix, le son de ma voix...un peu plus près de vous. Voilà très très bien. Tout en respirant calmement.*

*Voilà, très très bien, parfait (je commence à ralentir mon débit de paroles). Et puis vous pouvez entendre le bruit de votre respiration aussi...Voilà....Voilà, très très bien (je parle sur son expiration à ce moment là). Le bruit régulier de votre respiration. Et vous pouvez prendre aussi conscience...du contact de votre corps avec le brancard...au niveau de vos pieds au niveau de vos jambes, voilà (gémit)...continuez de respirer calmement, profondément...au niveau de vos jambes, au niveau de vos fesses, au niveau de votre dos....de votre tête. Peut-être y a t-il des endroits un peu plus chauds que d'autres. Peut être le côté gauche un peu plus chaud que le côté droit, ou le côté droit un peu plus chaud, un peu plus frais que le côté gauche. Peut être qu'il y a des endroits découverts qui sont un peu plus frais, des endroits un peu plus couverts qui sont plus chauds. Tout en respirant calmement...Voilà, très très bien.*

*Et plus vous respirez calmement plus vous vous sentez...détendue*

*Et plus vous vous sentez détendue...plus vous vous sentez sereine.*

*Et plus vous vous sentez sereine plus vous entrez en hypnose*

*Plus vous entrez en hypnose plus vous respirez calmement.*

*Voilà... très bien...très bien*

*Et dans cet état qui est le vôtre, qui est plutôt confortable, vous pouvez essayer d'imaginer...un endroit agréable pour vous. Un endroit où vous êtes déjà allée, ou un endroit où vous aimeriez aller peut être, ou un endroit tout à fait imaginaire, peu importe. Et puis vous vous imaginez dans cet endroit, vous vous voyez dans cet endroit. Pendant que je m'occupe du bras gauche, vous êtes dans cet endroit. Voilà, très très bien.*

*Vous commencez à regarder....à observer tout autour de vous ce que vous voyez dans cet endroit...Cela peut être des couleurs, des formes...voilà...(la patiente rouvre les yeux ) vous pouvez refermer les yeux quand vous le souhaitez...*

*Puis dans cet endroit de regarder...cet endroit agréable pour vous...très bien (mon ton change et devient plus directif sans m'en rendre compte:) fermez les yeux quand vous le souhaitez... de vous imaginer dans cet endroit calme pour vous. (elle les referme) Très bien...d'y voir toute chose agréable que vous souhaitez, toute chose confortable...la lumière environnante, le paysage...toute chose...toute chose que vous souhaitez.*

*Et puis vous pouvez ainsi prendre le temps d'écouter ce que vous entendez dans cet endroit calme et confortable. Les petits sons de la nature, les paroles des gens qui vous entourent, voilà...ça peut être aussi...de la musique...Prenez conscience de tout ce paysage sonore autour de vous. Très bien. Et puis vous continuez de respirer calmement.(5:20)*

*Et puis vous pouvez prendre conscience d'un peu de fraîcheur qui s'applique sur votre peau (je commence la désinfection du site de ponction). Un peu de chaleur par endroit, un peu de fraîcheur sur d'autres endroits. La sensation du soleil sur votre peau, la sensation du vent... ou toute autre chose....voilà...très très bien...Et de continuer à respirer calmement, le plus calmement possible....Et puis à vous voir dans cet endroit ( je prépare mon matériel stérile en même temps).*

*Vous vous voyez dans cet endroit et vous pouvez imaginer qu'à chaque inspiration....qu'à chaque expiration...vous apportez un peu plus de confort, un peu de bien être... Là où votre corps en a besoin...aux endroits un peu moins...confortables que d'autres...Voilà très très bien...très très bien....exactement comme ça...*

*Puis d'ajouter un peu de confort, un peu de protection au niveau du bras gauche...qui lui est resté ici, pendant que je fais ce soin...Puis vous continuez à être...calme et détendue, plutôt sereine. A chaque inspiration...il n'y a que ma voix qui vous importe puisque vous observez dans cet endroit calme et confortable. Très très bien. Exactement comme ça. Puis d'imaginer tout ce qui est bon pour vous d'imaginer. Tout ce qui est confortable, tout ce qui est agréable, tout ce qui est protecteur.(7:00)*

*(Je cathétérise la veine, la patiente grimace brièvement mais ne bouge pas, je continue)  
Et de respirer calmement comme vous savez respirer, et votre corps sait le faire. Très bien, très bien. Continuez à observer ce que vous voyez dans cet endroit à y puiser toutes vos ressources, et puis d'amener plus de confort à l'endroit de votre corps qui en a le plus besoin actuellement. D'amener un peu plus de soulagement, de bien être. Progressivement, au rythme des respirations. Au rythme de votre corps. Voilà très très bien. Exactement comme ça. Puis de profiter de tout ce que vous apporte cet endroit, cet état agréable.*

*(Pause)*



Figure 5 : Pose d'une perfusion

*Très très bien, exactement comme ça (mise en place du pansement de la perfusion)  
D'amener à chaque fois un peu plus d'inspiration, un peu plus d'expiration, un peu plus de soulagement. À l'endroit de votre corps qui en a le plus besoin actuellement. De diminuer peu à peu les sensations les moins agréables. Voilà, très bien. Continuez comme ça (8:49)....A*

*substituer les sensations les moins agréables par d'autres plus supportables...ce que vous souhaitez, au rythme que vous souhaitez.*

*Et plus vous respirez calmement plus vous ressentez cet effet agir...et plus vous entez cet effet agir plus vous vous sentez calme et sereine. Plus vous vous sentez calme et sereine, plus vous vous sentez détendue. Et plus vous vous sentez détendue plus vous entres en hypnose, plus vous approfondissez l'hypnose (bruits)*

*Voilà, très bien, exactement comme ça. Maintenant je vais vous laisser profiter un petit instant de cet état agréable et confortable pour vous.*

*Profitez en un petit instant (pause d'environ 1 min 20, ratifications pendant ce temps)*

*Vous êtes toujours dans cet endroit confortable et profitable pour vous. Vous pouvez le nommer avec un mot que vous pouvez voir s'inscrire sur l'intérieur de vos paupières. Voilà. Et quand vous le voyez, vous pourrez me faire un petit signe de la main gauche (elle le fait) très bien.*

*Et ce mot vous pourrez y faire appel à un autre moment, un peu plus tard, quand vous en aurez besoin.*

*Afin de retrouver cet état de bien être et tout ce qu'il peut vous apporter.*

*Et puis dans un moment, pas tout de suite, vous pourrez revenir ici et maintenant.*

*Dans un état beaucoup plus confortable, plus agréable.*

*Vous commencez à reprendre conscience du contact de votre corps sur le brancard, des petits bruits environnants, le bruit de ma voix, le bruit de la climatisation...*

*Pour progressivement rouvrir les yeux (elle ouvre) voilà très bien...Puis vous revenez ici et maintenant dans cette pièce.*

*Voilà, et de regarder un peu autour de vous....de vous étirer si besoin...*

*Comment vous vous sentez ? Ça va mieux ?*

*P : Oui*

*S : On est à combien là sur la douleur entre zéro et dix ?*

*P : Là j'ai peut être quatre*

*S : Quatre? D'accord...*

*P : Ce que je vous ai fait là ça vous aide un peu pour la douleur...ça ne fait pas tout, mais ça*

*complète bien l'effet des médicaments...Donc n'allez pas danser tout de suite*

*P : Non ! (elle sourit)*

*S : Ça va ? Vous n'êtes pas trop endormie là ? Vous pouvez vous étirer un peu.*

*P : C'est bon, je n'étire pas trop ma jambe.*

*S : Restez dans la position la plus confortable pour vous. Je vous ai dit il y a trois médicaments anti-douleur que l'on vous donne dans la perfusion.... »*

Cette prise en charge fut étonnante : de par la fluidité de l'entretien et aussi par les résultats rapides obtenus.

#### **4.2.5 Observation n°5, verbatim n°2**

Il s'agit d'une patiente d'une quarantaine d'année, emmenée aux urgences par le smur pour crise d'asthme aiguë. Elle a reçu une série d'aérosols visant à faciliter sa respiration.

Le médecin demande de lui réaliser une ponction gazométrie artérielle. Je commence par demander à la patiente de s'installer confortablement, puis l'induction par le VAKOG commence :

*S : Commencez à regarder autour de vous...cette pièce...la lumière de cette pièce, les endroits plus clairs que d'autres, d'autres plus sombres...les couleurs...Voilà...Et puis trouvez un endroit où poser votre regard, tranquillement...ce peut être une tache sur le mur...un des boîtiers en face de vous, ou toute autre chose...Et lorsque vous l'aurez choisi vous pourrez me l'indiquer.*

*P : le sachet jaune...*

*S : Très bien, le sachet jaune...laissez votre regard se poser tranquillement à cet endroit. Il est possible qu'à un moment il devienne plus flou, moins net...c'est normal continuez à garder votre regard dessus... [partie retranscrite de mémoire, la suite est une transcription de l'enregistrement audio]*

*P : Et pendant que vous regardez...cet endroit. Vous pouvez aussi écouter, tranquillement, tout en gardant ce regard (sur vous) écouter un peu les bruits qui vous entourent. Il peut y avoir des bruits un peu plus extérieurs...qui sont...en dehors de cette pièce...peut être des passages dans le couloir...Il peut y avoir le bruit de la climatisation aussi...De plus en plus près on peut entendre d'autres bruits...le bruit du médecin qui se lave les mains...le son de ma voix aussi. Voilà, très bien...tout en respirant calmement comme ça...Puis, en respirant calmement, d'écouter le bruit de votre respiration. Calme et profonde. Voilà, de plus en plus*

*confortable, de plus en plus agréable. Voilà, très bien.*

*Et lorsque vous le souhaitez vous pourrez fermer les yeux pour profiter de cette respiration....calme et agréable...très bien ...voilà...Puis de prendre un temps aussi... (elle ferme les yeux, 1:10). Voilà, parfait...De prendre un temps pour aussi prendre conscience des contacts de votre corps avec le lit...Ça peut être...le contact de vos pieds sur le drap...voilà...tout en respirant calmement et confortablement...parfait...comme ça, le contact de vos jambes sur le drap...de votre dos...Voilà...exactement comme ça...votre tête aussi...très très bien de plus en plus confortable et agréable, tout en respirant calmement...Voilà, parfait...de plus en plus calme et confortable...voilà...Et vous continuez à respirer le plus calmement possible et à prendre conscience de cet air qui rentre par vos narines, cet air frais...cet air de plus en plus...qui va jusque dans vos poumons...oxygéner vos poumons et votre corps...à chaque inspiration, à chaque expiration...Voilà...très très bien...Il n'y a que ma voix qui est importante en fait, ma voix que vous écoutez...*

*Et plus vous respirez plus vous vous sentez...détendue...*

*et plus vous vous sentez détendue...plus vous vous sentez sereine...*

*plus vous vous sentez sereine, plus vous entrez en hypnose...*

*plus vous entrez en hypnose plus vous respirez confortablement...*

*très bien...Exactement comme ça...*

*Et dans cet état de confort vous pouvez commencer à imaginer un endroit...un endroit agréable pour vous...peut être un endroit où vous êtes déjà allée, ou un endroit où vous aimeriez aller peut-être...peu importe...un endroit sûr et confortable pour vous. Dans lequel vous vous sentez bien et en sécurité...dans cet endroit...Voilà très bien...Vous pouvez commencer à regarder, avec votre regard intérieur tout ce qui s'y trouve...Ce peut être la lumière environnante de cet endroit là...les gens qui s'y trouvent...Très très bien...les couleurs....les objets, la nature environnante...Prenez un temps pour ça...*

*Pendant que vous êtes dans cet endroit...Vous allez laisser votre bras gauche ici...pendant que l'on va faire les soins dessus...Voilà vous respirez confortablement et tranquillement...Très bien...Et prenez un temps pour observer aussi tout ce qui s'y trouve, le paysage sonore de cet endroit...les petits sons...les petits sons agréables de la nature...petits sons, petits bruits...Une petite musique peut être ou tout autre chose...tout ce que vous pouvez entendre...dans ce endroit...de plus en plus confortable et agréable. Prenez un temps aussi pour...ressentir...les sensations corporelles dans cet endroit...Peut être un peu de fraîcheur...de contact différent sur le bras ou ailleurs (application d'antiseptique)...voilà...toutes les sensations qui sont agréables et confortables pour*

*vous...exactement comme ça...*

*Chaque inspiration plus agréable, plus confortable (5:44) et pendant qu' on s'occupe de votre bras gauche...vous êtes dans cet endroit calme...confortable...et ce qu'on y fait n'a pas vraiment d'importance...Voilà, exactement comme ça...vous pouvez commencer à mettre un peu plus de confort dans votre bras gauche, de protection,... à chaque inspiration... ressentir un peu....de protection fraîche....voilà, très bien...dans votre bras gauche...Protection fraîche qui est agréable...Exactement comme ça...à chaque inspiration un peu plus de protection... de couches de...Voilà....(je parle sur l'expiration) de protection...de confort...et puis vous continuez à respirer comme ça le plus calmement possible, le plus confortablement possible...Vous avez mis une première couche de protection sur ce bras peut être que vous pouvez rajouter une deuxième couche de protection...voilà....et ce qu'on fait ici n'a pas vraiment d'importance puisque vous êtes...dans cet endroit...rassurant et calme...très apaisant...un endroit protecteur....qui vous aide à vous ressourcer et vous apporte tout ce qu'il y a de bon à vous apporter...peu importe les bruits que vous entendez ici...il n'y a que ma voix et les bruits de cet endroit qui vous importent...je vais vous laisser un instant profiter de tout cela calmement, pendant que vous continuez à respirer... (7:50)*

[Début du soin par l'étudiante, explications. Les consignes lui sont données sur un ton habituel, non hypnotique, afin que la patiente n'y prête pas attention....Pendant ce temps saupoudrage...ratification....entrée successive de trois personnes pendant le soin et la phase d'hypnose, par moment les alarmes du scope sonnent]

*S : « De plus en plus de confort et de protection...de profitez de tout ce qu'il y a à profiter...exactement comme ça.. »*

A la ponction la patiente réagit (modifie son rythme respiratoire)...j'enchaîne en reprenant les suggestions de protection, de dissociation...et approfondissement de l'état hypnotique à 15:40.

*S : « et plus vous respirez plus vous mettez de protection...plus vous mettez de protection, plus vous êtes confortable...et plus vous êtes confortable, plus vous approfondissez l'hypnose... »*  
(il manque la fermeture de la boucle hypnotique...)

La ponction est délicate, ce n'est pas un geste maîtrisé par l'étudiante, ce qui prend un peu plus de temps qu'à l'habitude...environ 10 minutes ici...

*S : « continuez comme ça, comme vous savez le faire... »*

*Et continuez ainsi à vous ressourcer.. »*

J'enchaîne avec une autre ponction, veineuse cette fois...que je réalise...malheureusement la patiente réagit plus fortement et gémit. Je dois renouveler le geste une deuxième fois (21:20)

Là je suis en difficulté pour gérer le geste et l'hypnose en même temps.

Début réassociation/retour à 22 :40...une troisième personne rentre dans la pièce...

*« Dans un instant mais pas tout de suite vous pourrez revenir, à votre rythme...en gardant avec vous tout ce qui est bon pour vous, ce qui vous ressource... »*

*« Vous pouvez commencer à ouvrir les yeux (elle les ouvre) et revenir dans cette pièce, avec la lumière environnante, les sons de la pièce...*

*«- comment vous vous sentez là ?*

*P : Bien*

*S : Bien? Détendue ?*

*P : Oui (grand sourire) »*

Je vérifie ensuite s'il y a une persistance d'effet d'hypnoalgésie entre les deux mains.

## 5 Discussion théorico-clinique

### 5.1 Rappel de la problématique.

Nous nous sommes interrogés sur l'apport de l'hypnose dans la prévention de la douleur induite par les soins, au sein d'un service d'urgences adultes. Deux soins ont été choisis pour cette étude : la pose de perfusion et la réalisation de gazométrie artérielle.

Deux hypothèses de travail ont été posées :

- D'une part, l'hypnose médicale, dans ce cadre, améliorerait le vécu du patient au cours des soins : elle permettrait de diminuer de manière significative la douleur ressentie, de réduire la sensation d'inconfort et ainsi de modifier la mémoire du soin (plus de souvenir d'un soin inconfortable ou douloureux). Elle apporterait un relatif soulagement à l'anxiété du patient aux urgences ;
- D'autre part le vécu du soignant au cours de ces gestes serait lui aussi amélioré, en miroir. Le soignant trouverait dans l'hypnose médicale un outil complémentaire de la prise en charge de la douleur, agissant particulièrement sur ses composantes cognitives, affectives et émotionnelles. Son rôle propre s'en trouverait valorisé, son champ d'action élargi.

En utilisant l'hypnoalgésie, le soignant apporterait une réponse et un confort au patient lui épargnant les douleurs induites, ou les minimisant. Son vécu serait meilleur car il ne lui provoquerait pas de douleur (ou une douleur moindre). Avec au final une satisfaction d'avoir réalisé une prise en charge efficace et globale du patient, sur le plan technique et relationnel.

### 5.2 Confrontation des observations à la problématique

#### 5.2.1 Remarques préalables

Ma pratique débutante ainsi le nombre d'observations réalisées ne permettent qu'une approche partielle et limitée de ce que peut apporter l'hypnose dans le cas des soins d'urgence. Les observations retranscrites sont une partie seulement des expériences menées.

### 5.2.3 Du côté du patient...impact sur la douleur induite par les soins et sur l'anxiété

***L'adhésion du patient à l'hypnose.*** En premier lieu nous avons constaté qu'effectivement les patients étaient en « transe négative » à leur arrivée aux urgences. Cet état de focalisation est réellement facilitant et les réponses à l'hypnose ont très souvent été bonnes. Le cadre hospitalier du soin est aussi facilitant: le fait d'avoir une blouse blanche, de se présenter comme l'infirmier est une partie de la réponse attendue par le patient. L'hypnose dans ce cadre est en quelque sorte une bouée de sauvetage tendue au patient, qui s'en saisit très facilement.

A deux reprises pourtant j'ai été confronté à des résistances ou des difficultés. Lors d'un transfert smur en ambulance d'un patient entre deux hôpitaux. Il me semblait anxieux, je lui ai proposé de l'aider à se détendre mais il a refusé et s'est fermé. Je n'ai donc pas insisté.

Un autre patient, extrêmement algique, a été totalement inaccessible. Il souffrait d'une colique néphrétique, était agité...Je n'ai pas pu instaurer un début de dialogue ni donc une prise en charge hypnotique.

***L'effet analgésique.*** Nous avons constaté des réactions variables aux soins réalisés sous hypnose. Certains patients n'ont eu aucune réaction décelable (pas de modification de rythme respiratoire, pas de mouvement, de grimace ou crispation du visage, ni de manifestations sonores de sensation désagréable ; patients 1,2 et 3). D'autres ont eu des réactions très fugaces à la ponction (grande inspiration, souffle... pour les patients 4 et 5), mais jamais de retrait de membre ni d'ouverture des yeux. Ceci concorde avec les études : si personne n'a le même niveau de réponse aux suggestions hypnotiques, l'effet analgésique est pourtant bien présent.

Nous avons remarqué qu'au décours d'une douleur aiguë, l'effet hypnotique d'analgésie a pu être rapide mais cependant assez bref. Dans le verbatim n°1 (patiente n°4) est soulagée assez rapidement, la pose de perfusion se fait simplement. Mais l'effet hypnotique s'estompe, et la douleur revient avant que les pics d'action des antalgiques intraveineux ne soient atteints.

Cette observation est intéressante car elle montre les effets de l'hypnose qui peuvent être très rapides, et en même temps assez fugaces et labiles. La rapidité d'installation de la transe relève du contexte d'urgence facilitant la transe mais aussi des capacités propres au patient (et du praticien). La question de l'entretien de l'effet se pose pour la douleur aiguë. Comment procéder pour que le patient en retire les effets bénéfiques le temps que les antalgiques agissent ?

En dehors de la douleur induite par les soins j'ai pu constater un effet intéressant, retrouvé dans la littérature, qui est celui de la réduction des doses d'antalgiques. Lors de quelques prises en charge, une seule injection de morphine<sup>11</sup> couplée à des suggestions hypnotiques d'analgésie et de confort a pu suffire à soulager le patient (ce n'est cependant pas significatif).

**La mémorisation de la douleur.** Les réactions fugaces ne signifient pas que la douleur est intégrée ou mémorisée. La transe hypnotique n'est pas interrompue: la sensation physique est passagère, le vécu intérieur la balaye en quelque sorte et de manière rapide. C'est comme si, l'instant d'après, ce signal douloureux était déjà très lointain et « oublié ». C'est ce qui est à l'œuvre dans la prévention de la mémorisation de la douleur. Pour illustration, à plusieurs reprises des patients ont été surpris : ils ne pensaient pas que le soin était terminé. Ce qui peut être dû à la distorsion temporelle classique en hypnose (« c'est déjà fini ? ») aux suggestions d'analgésie, ou d'amnésie post hypnotique.

Un patient à qui l'on a fait ce premier soin, dans ces conditions n'en gardera pas de souvenir douloureux. Ou tout du moins un souvenir moins désagréable. L'appréhension sera donc moindre lors de consultations suivantes.

Néanmoins, cet effet est à relativiser car une prise en charge ultérieure de la douleur, moins pertinente, peut inscrire à nouveau un vécu douloureux et chasser une première expérience positive. Sans généralisation de l'attention portée au patient (relation d'empathie, hypnose conversationnelle...), et de la prévention générale de la douleur induite par les soins (physique, médicamenteuse, technique), les effets d'une prise en charge hypnotique n'auront qu'une portée limitée.

**La satisfaction des patients.** Ils ont tous semblé satisfaits du soin malgré des ponctions répétées (patient 3) ou un geste peu assuré (patient 5). Cette évaluation est subjective : ils peuvent donner des réponses de complaisance, et il est difficile d'objectiver les effets de sa propre pratique sans grille d'évaluation standardisée ni échantillon suffisant.

Malgré tout, après les soins, je n'ai pas observé de visage aux traits tirés, marquant un inconfort. Les patients étaient plus souvent souriants, ou me remerciaient. Ce qui était, me semble-t-il, assez peu fréquent auparavant. Je l'explique par leur expérimentation de cet état de détente qu'ils ont vécu, du fait qu'à l'inquiétude initiale, à l'anxiété, a succédé une parenthèse de vécu plus neutre et un peu plus apaisé. A ceci s'ajoute le confort lors des soins.

---

<sup>11</sup> Habituellement il est procédé à une titration i.e. des injections répétées et rapprochées de doses de base jusqu'à un soulagement suffisant. Ce procédé permet de limiter l'apparition des effets indésirables.

Le vécu douloureux n'est plus du tout le même, l'anxiété trouve un début de réponse, une écoute plus structurée qu'à l'accoutumée.

*Effets sur l'anxiété.* Nous avons vu que l'anxiété était la toile de fond du vécu psychologique de ces patients. L'hypnose permettrait d'apaiser en partie cette anxiété de base de par l'attention particulière portée au patient et l'état de sérénité et de bien être qu'elle peut induire. L'accompagnement hypnotique favorise cet état, procure un certain apaisement. Mais le patient peut-il l'expérimenter ensuite par lui-même, une fois l'accompagnement terminé ? On peut se questionner sur la capacité du patient à faire de l'auto-hypnose. Initialement je comptais la proposer aux patients comme méthode, afin qu'il la mette à profit dans les moments d'attentes ou lorsque leur anxiété augmente. Il me semble maintenant illusoire de le proposer aux urgences. Il s'agit d'un apprentissage qui nécessite du temps et plusieurs entrevues. Ainsi qu'une démarche volontaire du patient. Il est néanmoins possible que certains patients l'expérimentent facilement du fait de leurs propres capacités.

Il est important de définir la place que peut occuper l'hypnose dans le cadre du service des urgences. Elle ne doit pas se substituer à des traitements usuels. C'est un excellent adjuvant, un outil ayant aussi ses limites et son champ d'application. En aucun cas elle ne peut pallier un défaut de prise en charge de la douleur, induite ou non. L'hypnose a selon moi sa place dans l'analgésie multimodale qui est utilisée fréquemment en service d'urgence (emploi de différents moyens thérapeutiques). Elle pourrait permettre de soulager certains patients pour lesquels des doses de morphine importantes sont inefficaces, et pour lesquels la composante affective et émotionnelle de la douleur n'est pas suffisamment prise en compte.

#### 5.2.4 Côté soignant...confort et satisfaction...

Le vécu par l'infirmier de la douleur qu'il provoque par ses soins est-il amélioré par l'hypnose ? Certainement car en ce qui me concerne j'ai eu le sentiment d'être moins agressif envers le patient, lors des soins. Moins délétère. Je n'ai rien trouvé en effectuant ma recherche bibliographique à ce sujet, il ne s'agit donc que de mon expérience et de ma subjectivité à partir desquelles je me risque à quelques extrapolations.

**Le confort lors des soins.** La situation peut être très inconfortable lorsqu'au cours d'un soin le patient exprime sa douleur : le soignant en est responsable, que peut-il en faire ? La situation est d'autant plus délicate lorsqu'il s'agit d'actes répétés sur une même personne (tentatives répétées de ponction...avec douleur à chaque fois, inconfort du patient et du soignant, le stress du soignant augmentant : il doit réussir le geste impérativement, sans faire mal), ou sur différents patients: faire mal à chaque fois...est-ce acceptable, ou supportable ? En l'absence de prévention médicamenteuse pour les soins réalisés, l'effet analgésique de l'hypnose apporte beaucoup. Le patient est apaisé, calme, immobile. Il y a une certaine synchronisation du patient et du soignant, et ce dernier se trouve lui aussi dans un état particulier, plus détendu, plus concentré. Les soins sont réalisés dans de bonnes conditions, avec un stress minimisé des deux côtés et une douleur provoquée minime.

A noter pour relativiser cette notion de confort, qu'il n'est pas aisé de réaliser le soin et de pratiquer l'hypnose en même temps. Sans doute qu'avec la pratique les deux s'articuleront plus facilement.

La prise en charge n'est plus centrée sur le geste mais sur la relation avec le patient.

**La satisfaction du soignant.** Il y a la satisfaction d'un temps dédié au patient, l'attention particulière qui lui est portée. C'est-à-dire que le soignant prend le temps de s'occuper du patient, de ne pas simplement réaliser un geste. Les soins eux mêmes peuvent être réalisés en moins de cinq minutes...

Dans ce cadre là, la prise en charge est globale. Le soin est réalisé, dans de bonnes conditions, avec une prise en compte globale du patient, de son vécu de la situation. L'hypnose donne un cadre, une structure à la relation avec le patient dans ce contexte de soins. Et c'est un cadre qui pouvait manquer auparavant.

Le soignant a le sentiment que la réponse fournie au patient est adaptée. Il s'agit d'une mise en valeur du rôle propre de l'infirmier, qui prend confiance en ses propres capacités à prévenir la douleur, s'autonomise.

L'hypnose implique une certaine proximité avec le patient, une certaine disponibilité. En cela elle peut permettre d'instaurer une moindre distance avec le patient, de peut-être s'affranchir en partie de ce mécanisme de défense (mise à distance des affects désagréables, dépersonnalisation de la relation). Je pense qu'elle a un certain rôle à jouer dans la prévention de l'épuisement professionnel (« burn out »).

Au final le soignant est moins exposé à la douleur d'autrui, en partie grâce à l'hypnose. Moins exposé à la douleur qu'il provoque. Et il a le sentiment d'apporter une bonne réponse au patient.

### 5.3 Discussion éthique

Y a-t-il des problèmes d'éthique soulevés par l'utilisation de l'hypnose dans le cadre définie par mon étude ?

**La question de la manipulation.** L'hypnose est une relation d'influence, une manipulation du patient à bon escient. Elle est temporaire et a un objectif précis. Ici la prévention de la douleur. C'est un cadre bien délimité dans un contexte bien défini visant un mieux-être du patient, et s'établissant dans une relation de confiance. Elle me semble donc répondre aux critères éthique d'une pratique de soin.

**La question du choix du patient.** Il est impossible de proposer de l'hypnose à tous les patients. Du fait du service (charge de travail, priorisation des soins), du fait du nombre de personnels formés (je suis actuellement le seul), du fait de leurs pathologies (cf contre-indications et limites). Un choix est donc nécessaire, mais sur quels critères ?

Étant le seul praticien du service, il me revient d'édicter mes critères de choix. Ils sont objectifs (critères d'inclusion, d'exclusion) mais aussi subjectifs: à la première rencontre avec le patient le contact peut être difficile, et l'envie de proposer l'hypnose peut s'y heurter.

Est-il alors éthique de ne proposer l'hypnose qu'aux patients avec qui le courant passe ? Dans un premier temps je pense que oui. Par la nécessité d'un cadre restreint pour se former et s'exercer.

Dans un deuxième temps il conviendra d'élargir ce cadre. Les critères ne pourront pas être discriminatoires (charte du patient hospitalisé). Age, sexe, origine ethnique, confession ne devraient pas entrer en ligne de compte. Je constate cependant que dans le cadre de l'étude je

me suis orienté spontanément plus souvent vers les femmes, moins souvent chez les personnes âgées. Je pense qu'il s'agissait de faciliter ma pratique : j'ai ciblé certaines situations afin de pouvoir pratiquer simplement.

Il y a la question du contre-transfert. Celui-ci peut être limitant : si l'on gère avec difficultés les affects suscités par le patient, peut-on aisément lui proposer l'hypnose ou réaliser une prise en charge hypnotique optimale ?

L'état d'esprit du soignant va importer beaucoup. Autant un soin technique peut être réalisé à minima, avec un détachement nécessaire, autant l'implication dans le cas de l'hypnose me semble important. Il y a donc une volonté active de bienveillance envers le patient. L'infirmier doit donc avoir les ressources psychologiques pour le faire.

**Question de la légitimité de l'approche hypnotique.** Peut-on légitimement proposer l'hypnose aux patients ? L'hypnose est une pratique bien documentée dans le champ de la douleur. C'est une pratique validée et à ce titre je peux la proposer au patient (conformément au code de déontologie de la profession).

Mais nous l'avons vu la prévention par l'hypnose de la douleur induite aux urgences adultes est peu documentée... Alors puis-je me risquer à la pratiquer ?

Il me semble que oui (sinon je n'aurai pas fait ce mémoire!). D'une part je reste infirmier, pratiquant aux urgences. Je ne vais donc pas m'essayer à l'hypnothérapie : je reste dans mon cadre d'exercice, cadre auquel je rajoute un outil, l'hypnose. Comme tout outil ou thérapeutique il faut en user avec pertinence.

D'autre part c'est un domaine bien étudié en pédiatrie, il semble donc en grande partie transposable à la population adulte. L'on pourrait renverser la question : au sein des urgences, est-il éthique de ne proposer une prise en charge globale de la douleur qu'à la population pédiatrique (autrement dit une attention toute particulière à une population plutôt qu'à une autre) ? On pourra m'objecter qu'il faut bien commencer par quelque chose.

Enfin l'hypnose n'est dans la plupart des cas qu'un adjuvant, et ne se substitue pas aux thérapeutiques standards. Au début de ma formation je pensais pourtant qu'elle pouvait suffire ! Dans l'expérience que j'en ai fait jusqu'à maintenant, non. L'hypnose est venue compléter la prise en charge de la douleur. Il est possible que chez certains patients, dans un certain contexte, avec un praticien expérimenté et pour certains gestes, elle se révèle être un moyen analgésique suffisant, mais cela n'autorise pas de généralisation. Quelle position adopter lorsqu'il n'y a pas de prévention institutionnelle de la douleur pour certains soins ? Si l'on peut tenter l'approche hypnotique, il n'est pas éthique de s'en contenter.

***Ultime point de réflexion : Est-ce juste pour le patient ?*** Oui car il y a respect de son écologie, de ses croyances. Il n'y a pas de conflit avec ses croyances : il s'agit d'hypnose permissive ericksonienne. C'est cependant à nuancer car l'on peut user de suggestion très directives dans certains cas (douleurs importantes). A ce moment là nous sommes dans de la manipulation, a bon escient.

## **5.4 Apport de l'étude**

L'application de l'hypnose médicale dans la prévention de la douleur induite par les soins, aux urgences adultes, est assez peu documentée. Les données de pédiatrie sont a priori transposables à l'adulte.

L'étude m'a fait réaliser les insuffisances de prises en charge de la douleur (même si j'en avais conscience) : notamment sur l'approche psychologique du patient. Dans le contexte anxiogène des urgences, l'hypnose est une réponse pertinente à l'anxiété et à la douleur induite par les soins, en association avec les thérapeutiques usuelles.

J'ai aussi pris conscience des limites de l'intégration de l'hypnose aux urgences. Elle ne peut pas s'utiliser à tout moment, dans toutes les situations ni avec tous les patients. Avec l'expérience ma pratique sera plus efficace, moins chronophage.

L'impact d'une prise en charge hypnotique est d'autant plus limité qu'une majorité de l'équipe n'est pas sensibilisée à cette approche. Il serait souhaitable qu'une majorité de soignants soient formés à l'hypnose, et non seulement sensibilisés.

Pour exemple le Centre Hospitalier d'ALBI est actuellement dans cette démarche avec la formation d'une trentaine de praticiens (médecins, infirmiers...) avec le soutien de la direction.

## 6 Conclusion

L'objet de cette étude était de préciser les apports de l'hypnose médicale dans la prévention de la douleur induite par les soins, dans un service d'urgences adultes. Pour cela je me suis intéressé aux patients qui devaient se faire perfuser ou à qui l'on devait réaliser un prélèvement artériel pour gazométrie.

Mes deux hypothèses de travail étaient que d'une part l'hypnose médicale améliorerait le vécu du patient et que d'autre part elle améliorerait aussi, en miroir, le vécu du soignant.

Le vécu du patient est-il donc meilleur grâce à l'utilisation de l'hypnose lors de soins potentiellement douloureux ? Oui, clairement. Ceci a été démontré, étudié et je l'ai constaté par moi-même. Même si les soins choisis pour cette étude sont peu nombreux, j'ai pu constater une nette différence chez les patients à qui j'ai proposé de l'hypnose. Leur vécu est totalement différent : ils ne se focalisent plus sur ces soins, la douleur provoquée par ceux-ci est nettement diminuée. Par l'attention particulière que l'on accorde au patient et par la structure de la relation qu'offre l'hypnose, on assiste à une transformation du vécu du patient. Son anxiété est abaissée, l'hypnose lui offre un répit et des ressources pour faire face un peu mieux à ce passage aux urgences et à son lot habituel de douleur et d'inquiétude.

En regard du vécu du patient, celui du soignant est aussi amélioré. L'hypnose permet de cadrer la relation au patient. Il n'est jamais aisé d'aborder un patient algique comme il n'est jamais simple de gérer psychologiquement la douleur que l'on risque de provoquer. Ma pratique de l'hypnose, encore débutante, m'apporte plus de sérénité et de confort lors de ces soins.

La formation initiale des infirmiers, ainsi que l'apprentissage sur le terrain, développent les capacités relationnelles des soignants mais finalement les structurent assez peu. Pour ma part je me trouvais régulièrement confronté à des limites dans la prise en charge psychologique du patient douloureux. Alors qu'il s'agit là d'un rôle fondamental des professions soignantes.

Les bases de la psychologie du soin étaient là mais certainement insuffisantes : paroles calmes et rassurantes, preuves d'empathie... Des notions apprises sur le terrain, mais rarement abordées en théorie. Et au final des résultats incertains et une relative insatisfaction. L'hypnose est dans ce sens un formidable outil qui permet de gérer ces situations délicates.

L'hypnose permet aussi, selon moi, de redonner sa place au paramédical dans la prise en charge de la douleur. Une place qui ne se limite pas à l'administration des traitements médicamenteux habituels, de l'évaluation de leurs effets. Car il est aisé de s'en contenter, d'être en quelque sorte dans la fuite. J'ai retrouvé de l'autonomie, et une certaine « expertise » ce qui est vraiment très gratifiant car cela redonne du sens à la pratique dans le champ de la douleur.

Ce travail universitaire m'a permis aussi de prendre conscience des limites de l'application de l'hypnose.

Tandis que l'usage de l'hypnose dans le domaine de la douleur chronique est très documenté, de même que son utilisation chez l'enfant dans la douleur aiguë, la douleur aiguë de l'adulte l'est très peu. J'ai pu trouver de rares publications anglo-saxonnes, et quelques comptes rendus d'expériences lors de congrès. Guère plus dans le champ de l'hypnose et de l'urgence. C'est donc une pratique peu étayée dans ce domaine, et il n'est pas évident de ne pas pouvoir confronter sa pratique à l'expérience d'autrui. La méthodologie choisie est aussi limitante (type restreint de patient, soins limités) : il conviendra d'élargir ma pratique afin de cerner plus précisément les indications et limites de l'hypnose aux urgences.

L'utilisation de l'hypnose est aussi limitée par le cadre de soin aux urgences : il y a un sentiment que c'est une pratique chronophage (certainement au début), et elle est difficilement applicable en cas de flux trop important de patients. Tout du moins si face à ce flux les moyens humains sont insuffisants. Certaines techniques ainsi que l'expérience permettent des effets plus rapides.

Cependant elle est une base importante dans la communication et dans l'approche du patient en général aux urgences, ce qui n'est pas une perte de temps.

Le cadre de soins aux urgences est aussi la prise en charge usuelle de la douleur. Et nous l'avons vu, en général elle est insuffisante. L'hypnose est un excellent adjuvant, complément mais ne pourra pas compenser seule les insuffisances d'un service dans ce domaine. Ce n'est pas un substitut. Les limites de l'hypnose sont par ailleurs, aussi bien celles du patient (difficultés de compréhension, état critique...) que celles du soignant (manque d'expérience, craintes, fatigue, état psychologique...).

Au final quelle pourrait être l'avenir de ma pratique ?

Je souhaite la développer sur une plus large population aux urgences (notamment en pédiatrie), dans des indications à explorer. Afin de développer et asseoir mon expérience.

Mais aussi à terme l'appliquer en smur, qui est un contexte encore plus particulier de l'urgence.

La pratique de l'hypnose sera aussi à promouvoir auprès de mes collègues car je suis convaincu de l'intérêt d'un réseau et de la portée que cela peut avoir.

Les instances hiérarchiques pourraient être convaincues du bien-fondé de cette pratique par des arguments pouvant leur parler : l'hypnose permet une diminution de la consommation d'antalgiques, et peut diminuer le temps de passage aux urgences (cas des réductions de luxations d'épaules à Albi) (17).

Plus largement une réflexion sur la douleur induite par les soins d'urgences devrait être menée, incluant les approches non-médicamenteuses.

## 7 Bibliographie

1. Wood C. Aspects psychophysiologiques de l'hypnoanalgésie. Dans: Michaux D, Halfon Y, Wood C. Manuel d'hypnose pour les professions de santé. 2e éd. Paris : Maloine ; 2011. p.91-98.
2. Yvay S. L'analgésie sous hypnose : approches théoriques, expérimentales et thérapeutiques [thèse : Med]. Angers : Faculté de médecine ; 2005.
3. Boccard E, Deymier V (ed). Pratique du traitement de la douleur. Paris : Institut Upsa du traitement de la douleur ; 2006.
4. Lebreton D. Douleur et sens : les modulations de la souffrance. E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie. 2011;10(2):064-068.
5. Bioy A. Chapitre 52. La douleur chronique et la question du psychogène. Dans : Bioy A. (ed.). L'aide-mémoire de psychologie médicale et de psychologie du soin. Paris : Dunod ; 2012. p.317-320.
6. Mann C. Neurophysiologie de la douleur. [En ligne]. Disponible sur : [http://www.med.univ-montp1.fr/enseignement/cycle\\_2/MID/Ressources\\_locales/Spal/MID\\_Spal\\_Item\\_65-1\\_Douleur\\_%20bases\\_neurophysiologiques.pdf](http://www.med.univ-montp1.fr/enseignement/cycle_2/MID/Ressources_locales/Spal/MID_Spal_Item_65-1_Douleur_%20bases_neurophysiologiques.pdf). (28/03/2013).
7. Coutaux A, Collin E. Douleurs induites par les soins : épidémiologie, retentissements, facteurs prédictifs. Douleur et Analgésie. 2008;21(3):126–138.
8. Célestin-Lhopiteau I. Centre National de ressources de lutte contre la douleur. Prise en charge non pharmacologique de la douleur provoquée par les soins. [En ligne] Disponible: <http://www.cnrld.fr/Prise-en-charge-non.html> (15/03/2013).

9. Bioy A, Wood C, Célestin-Lhopiteau I. L'aide mémoire d'hypnose. Paris : Dunod ; 2010.
10. Benhaïem JM. L'hypnose dans la prise en charge des douleurs. Dans: Benhaïem JM, Rainville P, Mairlot E. et al. L'hypnose médicale. 2e éd. Paris : Med-line éditions ; 2012. p.175-196.
11. Virot C, Bernard F. Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie. Paris : Arnette ; 2010. L'évolution de l'hypnose. p.3-17.
12. Bioy A, Wood C, Célestin-Lhopiteau I. L'aide mémoire d'hypnose. Paris : Dunod ; 2010. Prévention dans la mémoire de la douleur ; p.173-178.
13. Bioy A, Wood C, Célestin-Lhopiteau I. L'aide mémoire d'hypnose. Paris : Dunod ; 2010. Approches par l'hypnose d'un soin douloureux; p.179-183.
14. Boccard E, Adnet F, Gueugniaud PY, et al.  
Prise en charge de la douleur chez l'adulte dans les services d'urgences en France en 2010. Annales françaises de médecine d'urgence. 2011;1(5):312-319.
15. Karwowski-Soulié F, Lessenot-Tcherny S, Lamarche-Vadel A et al. Pain in an emergency department: an audit. Eur J Emerg Med. 2006;13(4):218-24.
16. Plaisance P. Les douleurs induites aux urgences. Journée annuelle de Médecine d'Urgence de Picardie (12 : 2012 : Chateau-Thierry, France) In : Collège de médecine d'urgence de Picardie. [en ligne] Disponible : [http://www.picardmed.com/reseaux/cmup/iso\\_album/les\\_douleurs\\_induites\\_aux\\_urgences.pdf](http://www.picardmed.com/reseaux/cmup/iso_album/les_douleurs_induites_aux_urgences.pdf) (22/04/2013).

17. Assie JM, Jeangeorges B. Luxations traumatiques au SAU et en SMUR. Congrès international hypnose et douleur (4 : 2012: Quiberon, France). In : Emergences. [En ligne] Disponible : <http://www.emergences-rennes.com/formations-hypnose/4e-congres-international-hypnose-et-douleur/congres-hypnose-et-douleur-jeudi-17-mai-2012/> (1/05/2013).
18. Iserson KV. Hypnosis for pediatric fracture reduction. The journal of emergency medicine. 1999;17(1):53–56.
19. Ewin DM. The use of hypnosis in the treatment of burn patients. Dans : Burrows GD, Stanley RO, Bloom PB (eds). International handbook of clinical hypnosis. Chichester : John Wiley& Sons Ltd ; 2001. p.273-84.
20. Peebles-Kleiger MJ. The use of hypnosis in emergency medicine. Emergency medicine clinics of north america. 2000;18(2):327-38.
21. Lang E, Hiatsopoulou O, Koch T. *et al.* Can words hurt ? Patient-provider interactions during invasive procedures. Pain. 2005;114:303-309.
22. Figure 1. D'après Jensen MP. The neurophysiology of pain perception and hypnotic analgesia : implications for clinical practice. American Journal of Clinical Hypnosis. 2008;51(2):123-148. Figure 1. The primary nervous system structures involved in the processing and experience of pain. p.125.
23. Figure 2. D'après Rainville P. L'expérience douloureuse et sa modulation cognitive : apport de l'imagerie cérébrale fonctionnelle. La lettre de l'institut UPSA de la douleur. 2005;22. Figure 5. Modulation hypnotique de la douleur. p.6

# **L'HYPNOSE MÉDICALE DANS UN SERVICE D'URGENCES ADULTES : APPORTS DANS LA PRÉVENTION DE LA DOULEUR INDUITE PAR LES SOINS**

## **Résumé**

L'hypnose médicale présente une efficacité reconnue dans le champ de la douleur, qu'elle soit aiguë, chronique ou induite par les soins. Les soins réalisés dans les services d'urgences adultes ont tous un potentiel douloureux et sont inconstamment associés à une prévention de la douleur. Sans être un substitut à une prévention médicamenteuse, l'hypnose s'avère être un excellent adjuvant par son action combinée sur la composante sensorielle de la douleur d'une part et sur la composante cognitive-comportementale et affective d'autre part.

Le vécu du patient se trouve considérablement amélioré : la douleur est atténuée, il se sent apaisé, retrouve ses ressources. La mémorisation de la douleur est aussi prévenue. En parallèle, le soignant pratiquant l'hypnose en retire aussi un bénéfice important : son vécu et son confort lors de soins délicats sont améliorés.

Comme approche psychologique, elle peut trouver ses limites : elle peut être chronophage, elle nécessite l'acceptation du patient, la sensibilisation voire la formation de l'équipe.

Mots clés : Hypnose, hypnoanalgésie, douleur, soins, urgences adultes.