

*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 sur son site :*

*<http://www.hypnose.fr>*

UNIVERSITE DE LA REUNION

ANNEE 2014-2015

Mémoire du Diplôme Universitaire

D'hypnose médicale et clinique

**« 24 heures aux Urgences sous Hypnose »**

(Apport de l'hypnose dans la pratique professionnelle d'un urgentiste)

Léna Guillou Le Gouguec

Médecin Urgentiste

Directeur de mémoire : Docteur Otman Kerkeni

# Remerciements

Merci à Arnaud Gouchet pour ses belles inductions hypnotiques qui ont « démystifié » la pratique de l'hypnose.

Merci à Isabelle Celestin pour ses trances en hypnalgésie qui m'ont beaucoup aidé dans mes prises en charges des patients petits et grands.

Merci à Antoine Bioy pour ses « suggestions post hypnotiques » : avancer pas à pas, construire un puzzle à son rythme. Cela m'a aidé à mobiliser mes ressources pour mettre en pratique mes acquis en hypnose.

Merci à Otman Kerkeni de m'avoir soutenue pour ce mémoire.

Merci à tous les intervenants de DU notamment Josephine Syren et Jean Claude Lavaud pour leur créativité.

Merci à tout ce groupe hétéroclite et bienveillant d'« étudiants ». hétéroclites.

Et particulièrement, un grand merci à Hélène, Blandine et Fanny, mes compagnes de covoiturage initialement, puis colocataires temporaires, puis les resto « hypnotiques »...une très jolie rencontre.

Merci à Eric, pour son soutien et son aide, à mes filles Loane, Sterenn et Yuna qui me rappellent chaque jour que l'hypnose a aussi ses limites...

# TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION</b> .....	4
<b>REVUE DES TRAVAUX ET PROBLEMATIQUE</b> .....	5
A) L'HYPNOSE MEDICALE.....	5
1° Définition de l'hypnose.....	6
2° La communication hypnotique .....	7
3° La transe formelle.....	8
4° L'autohypnose.....	10
B) LA MEDECINE D'URGENCE.....	11
1° Définition.....	11
2° Le service d'urgence .....	12
3° Les patients aux urgences.....	13
C) PRATIQUE DE L'HYPNOSE EN MEDECINE D'URGENCE.....	16
D) PROBLEMATIQUE .....	19
<b>LE SERVICE D'URGENCE DE SAINT PIERRE</b> .....	20
<b>24 HEURES AUX URGENCES SOUS HYPNOSE</b> .....	21
Monsieur Cilaos, 82 ans, plaie de la main gauche.....	21
Monsieur Saint Louis, 25 ans, luxation d'épaule droite .....	22
Petit Bénard, 4 ans, luxation du 3 ème doigt gauche.....	25
Mlle Saint Leu, 25 ans, crise de tétanie.....	27
Grand Bénard, 17 ans, luxation d'épaule droite.....	29
<b>DISCUSSION</b> .....	31
A) COMMUNICATION HYPNOTIQUE .....	31
1°- Premier contact avec le patient .....	31
2° « Partir de là ou est le patient » et « La règle des 3 O ».....	32
3° La règle des trois V .....	33
B) TRANSE FORMELLE.....	36
1° Du côté du patient.....	36
2° Du côté du soignant.....	37
C) AUTOHYPNOSE DU SOIGNANT.....	42
<b>CONCLUSION</b> .....	43

# INTRODUCTION

Depuis l'antiquité, l'hypnose médicale a fait l'objet de bien des controverses et malentendus, mais depuis que ses mécanismes d'action ont été objectivés par l'imagerie cérébrale fonctionnelle, elle a cessé d'être une croyance.

Ce n'est ni spectaculaire ni magique, l'hypnose correspond à un état naturel qui se produit spontanément dans notre vie quotidienne lorsque notre esprit « s'évade », « je suis là sans être là », absorbé par une lecture, une image, de la musique...

Ce qui signifie que « faire de l'hypnose », n'est autre que de proposer à la personne, de se mettre dans un état de concentration intérieure pour obtenir un « lâcher-prise » physique et mental, afin d'exploiter plus volontairement ses ressources personnelles.

Urgentiste depuis une dizaine d'années, j'ai été sensibilisé à la pratique de l'hypnose en milieu hospitalier quand j'exerçais au centre hospitalier de Quimper, en Bretagne. En 2013, deux infirmiers anesthésistes travaillant au SMUR et au bloc opératoire se formaient à : « hypnose, douleur aigue, et anesthésie », à l'Institut Emergences, de Rennes. Puis, au moment de ma mutation en 2014, un projet de service prenait forme avec notamment la formation des médecins urgentistes.

Mutée dans le service des urgences de Saint-Pierre (site Sud du CHU de l'île de la Réunion), je voulais donc à mon tour bénéficier d'une formation à la pratique de l'hypnose. Il me semblait qu'elle pourrait avoir une implication directe sur mon exercice et être un complément logique à la prise en charge des patients « grands ou petits ». L'environnement des Urgences est bruyant, stressant ; créer un lien privilégié avec le patient dans ce milieu « agressif » me permettrait sans doute de travailler mieux ou différemment.

C'est dans cette optique que je me suis inscrite au DU d'hypnose médicale et clinique. A travers ce mémoire, je me suis questionnée sur l'apport de l'hypnose dans la pratique professionnelle de l'urgentiste. Qu'apportent communication hypnotique et hypnose formelle notamment en traumatologie ? L'autohypnose permet-elle une meilleure gestion du stress du soignant ?

# REVUE DES TRAVAUX ET PROBLEMATIQUE

## A) L HYPNOSE MEDICALE

Bien que le terme d'hypnose soit apparu assez tardivement, sa pratique remonte probablement à la nuit des temps. Il semble que l'on puisse retracer les origines lointaines de la pratique de l'hypnose chez les guérisseurs chamans sur les peintures rupestres préhistoriques. De même, les Sumériens (3000 av. JC) ont décrit sur leurs tablettes des méthodes hypnotiques.

L'histoire de l'hypnose moderne débute au XVII<sup>e</sup> siècle avec Franz Anton MESMER (1734-1815), médecin autrichien, qui introduit l'usage de l'hypnose dans la communauté médicale. Il croit en un « magnétisme animal » : une sorte de fluide corporel qui entoure les hommes et dont le dérèglement provoque des maladies.

Il induit un état proche de la transe où des modifications de la perception physique apparaissent puis se transforment en une crise thérapeutique. Fort de certains succès, il publie à Paris « Mémoire sur le magnétisme animal ». Mais l'Académie de Médecine de Paris demande l'arrêt de telles pratiques considérées alors comme dangereuses pour la moralité publique (1).

C'est Milton H. ERICKSON (1901-1980), psychiatre américain, qui pose les bases de l'hypnose contemporaine. Il est formé à l'hypnose classique, très directive, mais va très vite s'en détourner pour élaborer sa propre théorie. Elle est basée sur le fait que la transe est un phénomène banal, naturel, auquel chacun d'entre nous a la faculté intrinsèque d'accéder. D'après Erickson, le patient possède en lui toutes les capacités nécessaires à sa guérison et le thérapeute est là pour lui permettre d'y accéder. Le patient devient acteur de sa prise en charge. Cette pratique hypnotique ne dirige pas le patient, mais l'accompagne. Elle repose sur le postulat que l'inconscient est capable de mobiliser des ressources, susceptibles de conduire aux changements désirés, et a pour but d'amener conscient et inconscient à travailler ensemble.

Dans les années 1990, Marie Élisabeth FAIMONVILLE, anesthésiste a développé la technique d'hypno-sédation au CHU de Liège en Belgique. Elle a réalisé de très nombreuses interventions chirurgicales sous hypnose et anesthésie locale, et a étudié la neuro-imagerie durant l'état hypnotique. C'est d'ailleurs cette imagerie fonctionnelle cérébrale qui permet à l'hypnose de connaître une crédibilité scientifique et de devenir un sujet d'étude légitime aux yeux de tous (2).

## **1° DEFINITION DE L HYPNOSE**

L'hypnose est définie communément comme un état de conscience modifié. Il s'agit d'un état dans lequel le patient a une perception élargie de ses propres potentiels, ressources et capacités. Cet état de veille, de conscience amplifiée, de vigilance exacerbée peut s'installer spontanément (transe spontanée) ou être induite par un soignant (transe induite) ou par le patient lui même (autohypnose).

### **Conscience ordinaire :**

Cet état hypnotique est différent de la conscience ordinaire. La conscience ordinaire est une conscience critique. Cet état se caractérise par la mobilité continue de l'attention et la capacité à se porter d'une information à l'autre afin de pouvoir s'adapter à l'environnement. En conscience ordinaire, nous confrontons en permanence ce que nos sens nous renvoient, nos perceptions, et ce que nous pensons, ce que nous analysons. À chaque instant, il y a interaction entre notre observation du monde extérieur, nos connaissances, nos idées personnelles et nos croyances ; ceci nous permettant de contrôler notre attitude et de décider ce que nous faisons ici et maintenant. Nous possédons des capacités d'analyse et de jugement : un esprit critique.

### **La transe spontanée :**

L'hypnose, en tant que phénomène, est physiologique. Plusieurs fois par jour, l'attention est fixée, focalisée sur un seul objet, une seule idée. Il existe un rétrécissement du champ de conscience, une hyper-vigilance focalisée. Ce fonctionnement psychique est banal, normal. Ce phénomène est rapidement réversible. Il survient préférentiellement pendant les tâches habituelles, répétitives. Le corps est ici, mais l'esprit est ailleurs.

Cela peut être une **transe positive** : elle contribue au bien-être et à l'évolution du sujet pour plus de sécurité, de confort et de plaisir ; permet aussi la mémorisation des seuls éléments bénéfiques.

En cas de **transe négative**, la focalisation et la fixation se font sur des émotions négatives (peur, honte, douleur, ...). Elle a un rôle d'alerte. Cet état s'accompagne d'une rigidité mentale qui empêche le retour à l'état critique. On y retrouve aussi une rigidité corporelle et une tendance au froid. Le patient n'entend pas la négation.

### **La transe induite:**

Le mode de fonctionnement de notre conscience, qu'est la transe, peut être obtenu et stabilisé grâce à l'utilisation de techniques de focalisation, de communication et de suggestion. On parle alors de transe hypnotique induite. L'objectif d'une séance d'hypnose est de provoquer une transe positive à des endroits ou à des moments qui ne s'y prêtent pas forcément. Elle est induite par un thérapeute qui guide son patient jusqu'à son retour à une conscience critique.

Il existe différentes pratiques de l'hypnose médicale :

La communication hypnotique, l'hypnose formelle (ou transe formelle) et l'autohypnose.

Ces techniques peuvent être utilisées en hypnothérapie, hypnoalgésie et hypnosédation.

## **2° LA COMMUNICATION HYPNOTIQUE :**

La communication hypnotique ou hypnose conversationnelle a lieu lorsque des principes de communication sont utilisés pour créer en conversation avec le patient un état de conscience modifiée puis avoir un effet thérapeutique.

Il a été établi en effet que le langage a une influence sur la façon dont un événement peut être ressenti notamment lors d'un soin douloureux (3).

La pratique des techniques de communication est utilisée pour permettre une action intentionnelle sur ces dimensions relationnelles (choix des mots et de tournures de phrases, intonation...) et avoir un effet thérapeutique. On peut alors parler de communication hypnotique ou d'hypnose conversationnelle (4).

Il existe trois formes de langage : **les 3V**

Le langage verbal (mots employés), le langage non verbal (ton, rythme de la voix) et le langage para verbal (attitude, geste).

Les phrases employées doivent être courtes, directes, sans sous-entendus. La conversation est saupoudrée de mots rassurants (« confort », « détente »,....) et sera modulée avec un ton de voix approprié.

Il est important d'utiliser des mots qui orientent vers le bien-être, la protection, le confort, la sécurité comme : « calme, confortable, sécurité, protection, confiance, chaleur, douceur sourire, moelleux, musique, soleil, vacances, voyage, détente » et d'éviter les mots qui évoquent l'inconfort, la tension, l'insécurité comme : « peur, mal, froid, couper, piquer, blesser, casser, attacher, bruit, supporter, doute, cri, pointu, tranchant, électrodes....piqûre.

On utilisera ainsi plutôt les mots de « prélèvement, perfusion » plutôt que « prise de sang, ponction veineuse ».

D'autres outils sont utilisés :

**Les métaphores** : c'est le langage de l'imaginaire, il peut commencer par « c'est comme si...»

**La confusion** : afin de comprendre le message confus délivré, le patient va se concentrer sur le message, le monde extérieur va cesser d'exister, l'esprit est distrait.

**Les techniques de focalisation** : par questionnement interne par exemple : « comment faites-vous chez vous pour vous détendre ? » ou par focalisation sur un écran, sur la respiration...

### **3° LA TRANSE FORMELLE**

La transe formelle est une transe provoquée par le soignant. Lors d'une transe formelle, le thérapeute a un rôle bien défini, il assure la sécurité et le confort. Il protège d'une transe négative. Il entretient et amplifie la transe.

Trois conditions sont alors nécessaires pour une séance d'hypnose réussie: la motivation du patient, la confiance envers le soignant et la coopération du patient, acteur de sa prise en charge.

Le déroulé type d'une séance d'hypnose formelle ou **schéma hypnotique** passe par plusieurs étapes (5):

**1) La fixation : induction :** Le patient est en début de séance focalisé et immobilisé par son symptôme.

**2) L induction :** Elle permet au patient de démobiliser son attention du symptôme, faire « un pas de côté ».

Elle peut être réalisée soit par une technique de fixation du regard par la technique du VAKOG/VAC (exploration de la sensorialité du patient, Visuelle, Auditive, Kinesthésique, Olfactive, Gustative de l'extérieur vers l'intérieur), par une réification, une safe place (6).

**3) La dissociation :** Les techniques dissociantes ont pour but de désactiver la conscience critique du sujet, généralement soit en focalisant son attention sur un élément précis, soit en créant de la confusion. Elles se potentialisent mutuellement (synergie dissociative).

**4) La suggestion thérapeutique (état de perceptude) :** le patient mobilise son esprit grâce à des suggestions qui l'amène à faire émerger ses ressources, à créer de nouveaux liens avec son corps.

**5) retour :** le retour à une conscience ordinaire par un VAKOG inversé par exploration de la sensorialité kinesthésique, auditive et visuelles de l'intérieur vers l'extérieur.

Donc différentes techniques d'induction, de dissociation et de suggestion peuvent être proposées :

**-La confusion :** Le sujet va se focaliser sur un message ou une situation confuse afin de tenter de le comprendre, ce qui va inhiber le fonctionnement de la conscience critique. En urgence quand la relation hypnotique est difficile à mettre en place, la confusion ou la surprise peuvent permettre de renouer un contact thérapeutique

**-La réification** ou la transformation en chose : Lors d'une douleur aiguë, la description imagée d'un symptôme comme l'anxiété ou la douleur en une identité matérielle ou physique (comme un portrait chinois) va permettre au patient de modifier la perception du symptôme et de soulager.

**-la safe place :** il s'agit de demander au patient de visualiser un endroit où il aimerait être. Cela peut être un lieu ressource évoquant pour lui la détente ou un moment agréable.

**-La catalepsie** est définie comme la suspension complète des sensations et des mouvements volontaires, avec aptitude des membres et du tronc à conserver la position qu'on leur donne. En pratique, le praticien va accompagner un segment de membre jusqu'à une position d'équilibre puis le lâcher progressivement, tout en utilisant des suggestions verbales pour renforcer la catalepsie. L'intérêt de la catalepsie est de générer une dissociation dans le corps (et pas seulement psychique) et d'induire une transe rapide et stable. Visible, elle permet de plus d'objectiver le processus hypnotique.

**-La lévitation** : Un mouvement d'un membre est induit par suggestions verbales jusqu'à ce que ce membre s'immobilise en équilibre. Ainsi un sujet peut soulever son bras en ayant la sensation que celui-ci est doté d'une vie autonome, dissocié du reste de son corps et non contrôlé par sa conscience.

**- les suggestions** : elles peuvent être ouvertes ou fermées. Les suggestions fermées sont des consignes que le patient doit suivre, tandis que les suggestions ouvertes sont beaucoup plus permissives, elles sont des invitations qui laissent le choix au patient. Les suggestions peuvent suivre un truisme (l'énoncé d'une évidence) ce qui augmente l'acceptation de la suggestion par le patient.

#### **4° L'AUTOHYPNOSE**

L'autohypnose permet d'atteindre un état de transe hypnotique en pratiquant soi-même, sur soi-même et pour soi-même.

Il existe deux formes d'autohypnose (7) :

- une reproduction de ce qui a été réalisé avec un praticien
- la réalisation d'un exercice spécifique (solitaire, qui ne nécessite pas l'intervention d'un praticien).

Les bénéfices de l'autohypnose font l'objet d'un consensus : anxiolyse importante, facilite le travail de suggestions, est une ressource lors d'une crise douloureuse, redonne contrôle et estime de soi, facilite les apprentissages (8,9).

Différentes études mettent en évidence la réalité du stress chez les soignants du à la confrontation avec la souffrance, la surcharge de travail, le manque de reconnaissance, les taches administratives. Les soignants ont donc besoin de développer des stratégies contre ces différents stress.

*« L'apprentissage de l'autohypnose est une excellente stratégie de prévention et d'adaptation contre le stress pour le soignant. La pratique de l'autohypnose pour l'hypnotricien se montre également très utile pendant une séance avec un patient pour développer une meilleure communication hypnotique » (7) .*

## **B) LA MEDECINE D URGENCE**

### **1°DEFINITION**

L'urgence médicale peut se définir comme: « La perception de toute situation empirant rapidement, ou susceptible de le faire, sans intervention médicale ou même avec. »

En médecine, on classe typiquement les urgences en quatre catégories :

- urgence vitale : pathologie mettant en jeu le pronostic vital immédiatement, urgence absolue ou extrême urgence ;
- urgence vraie : pathologie aiguë grave menaçant le pronostic vital
- urgence relative : pathologie subaiguë ne mettant pas en jeu le pronostic vital
- urgence différée : pathologie pouvant être soignée avec délai.

Il convient donc de distinguer urgence et gravité : un cancer est une maladie grave mais ne constitue pas une urgence ; à l'inverse, un problème de douleur aigue n'est pas toujours grave (le problème sous-jacent ne met pas en danger la santé de la personne) mais est une urgence.

Le concept d'urgence est hétérogène et s'explique par sa variation selon plusieurs critères principaux :

- le flux des situations considérées comme urgentes : les priorités ne seront pas les mêmes selon que nous nous trouverons en face d'un cas isolé ou d'un afflux massif de blessés.
- le type de problème rencontré : médicaux (« urgence vraie », tel un polytraumatisme, ou « urgence ressentie », à l'instar de fortes palpitations cardiaques) et/ou médico-sociaux

## **2° LE SERVICE D'URGENCE**

Un service d'urgence 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 médicale, un service d'imagerie médicale.

Un service spécialisé d'accueil et de traitement des urgences est une structure, qui à tout moment de la journée doit permettre l'accueil, l'examen et la prise en charge du patient par un médecin urgentiste.

Cette unité peut nécessiter l'intervention des différents médecins spécialistes exerçant au sein de la structure de soin.

L'équipe soignante doit comprendre, outre le médecin urgentiste de garde, au moins deux infirmiers, des aides-soignants, un assistant social un agent d'accueil, tous formés à la médecine d'urgence.

Le service spécialisé est organisé en trois zones : une zone d'accueil, une zone d'examen et de soins comportant une salle et des moyens de déchoquage, et une zone de surveillance de courte durée (boxes, pour l'attente d'une sortie ou d'une hospitalisation dans un autre service).

### **Le médecin urgentiste :**

L'urgentiste est le médecin qui assure la permanence des soins et qui soigne les personnes blessées ou atteintes de souffrances aiguës au service des urgences d'une structure de soin.

Il s'astreint à évaluer la gravité, à prioriser.

Il tente de poser rapidement un diagnostic et de prodiguer les soins appropriés. Il veille à intervenir le plus efficacement possible afin d'assurer un soulagement aux personnes souffrantes et, dans la mesure du possible, de sauver les personnes qui arrivent aux urgences dans un état critique.

C'est une spécialité transversale. Outre la médecine générale, les compétences spécifiques mises en œuvre dans le cadre de la médecine d'urgence sont :

- l'anesthésie-réanimation (prises en charge des détresses vitales neurologiques, respiratoires, hémodynamique)
- la traumatologie (fractures, luxations, entorses, blessures, brûlures, noyades)
- la toxicologie ('intoxications accidentelles ou volontaires, intoxications alimentaires, par émanation de gaz, médicamenteuse, par stupéfiants, alcoolique)
- la psychiatrie.

Outre les notions purement médicales, la médecine d'urgence nécessite :

-une logistique dédiée (avoir le bon équipement, le bon personnel au bon moment et au bon endroit)

- la coopération avec d'autres spécialistes (exemples : chirurgiens pour une fracture, une appendicite, cardiologues pour un Infarctus du Myocarde, neurologue pour un accident vasculaire cérébrale...) qui pourront conseiller le médecin urgentiste.

- la coopération avec d'autres structures qui seront destinées à accueillir le patient à l'issue de son passage aux urgences (bloc opératoire, réanimation, ....)

### **3° LES PATIENTS AUX URGENCES**

La typologie des patients pris en charge dans un service d'urgence 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) ...

Un infirmier d'accueil et d'organisation (IAO) reçoit 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 dans différentes filières (pédiatriques, gynécologiques...).

Puis l'examen clinique est fait par un médecin urgentiste ou un étudiant interne, qui établit le diagnostic et effectue les soins aidé par les personnels paramédicaux (Infirmier et aide soignant).

Dans certains cas, il demande un avis spécialisé ou bien demande un transfert vers un autre service.

Après ce délai de prise en charge médicale, du temps des soins, et de la réalisation des examens complémentaires, les patients sont orientés dans un service, ou peuvent rentrer à domicile.

« La prise en charge aux urgences dure moins de deux heures pour la moitié des patients, hormis ceux ayant séjourné en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) dont le passage est plus long », selon l'enquête nationale menée auprès des 52 000 patients venus dans les 736 points d'accueils des urgences de la France métropolitaine et des DOM, le 11 juin 2013. « Dans six cas sur dix, la venue dans un service d'urgences résulte de l'initiative du patient ou du conseil d'un proche. Les patients arrivent pour les deux tiers des cas de leur domicile et se rendent majoritairement aux urgences par leurs propres moyens. Ils sont moins souvent transportés par les sapeurs-pompiers ou par une ambulance. Le recours aux urgences est plus élevé pour les nourrissons et les personnes âgées de 75 ans ou plus, avec des motifs de recours plus variés que pour les autres classes d'âges. Les lésions traumatiques constituent toujours la principale cause de venue aux urgences (36 % des patients) et sont à l'origine de sept passages sur dix pour les 10-14 ans. Après un passage aux urgences, les 3/4 des patients rentrent chez eux et 20 % sont hospitalisés »(10).

### **Le patient anxieux :**

Antoine Bioy définit l'anxiété comme : « *L'anxiété se manifeste par des troubles psychiques en réaction à un danger souvent non spécifique ou inconnu pour la personne. L'objet de l'anxiété se situe souvent dans l'imaginaire de la personne, tourné vers le futur* » (11).

Les locaux du service d'urgence, le personnel habillé de manière identique, la venue inattendue... Tout ces facteurs peuvent être source de stress pour le patient et sa famille et donc engendrer de l'anxiété.

Quelques études se sont intéressées à cette question de l'anxiété générée par l'arrivée dans un service d'urgence(12).

Ces études montrent donc que, aux urgences, les patients déploient une anxiété diffuse, en lien avec l'ignorance, l'incertitude.

## **Le patient douloureux :**

Le patient qui consulte au service d'urgence est très souvent un patient douloureux. Selon l'étude PALIERS (Prise en charge de la douleur chez les patients admis dans les services d'urgence, 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 (13).

## **La douleur induite par les soins :**

Parmi les soins dispensés aux urgences, certains sont responsables d'une douleur intense chez les patients. Ces gestes sont à visée diagnostique et/ou thérapeutique.

*« 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 »* (14).

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%) (15).

Une sédation ou une analgésie préalable est donc normalement réalisée pour les actes réputés les plus douloureux (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).

Il est fréquent que la réalité s'éloigne des recommandations et pour de nombreux soins, pourtant objectivés comme douloureux, l'analgésie est insuffisante ou même inexistante (16).

## C) PRATIQUE DE L'HYPNOSE EN MEDECINE D'URGENCE

Selon le rapport de l'Inserm, sur « Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose », l'hypnose est aujourd'hui de plus en plus utilisée dans le secteur hospitalier et commence à trouver une place de choix dans le cadre de la prise en charge des patients (notamment dans le domaine de l'anesthésie et dans les centres antidouleur) (17).

Actuellement, en France, certains hôpitaux communiquent via leur site internet ou la presse quotidienne sur la pratique de l'hypnose dans leur établissement notamment au service d'urgence. Récemment, Franck Garden-Brèche, médecin urgentiste du SAMU et formateur en hypnose Ericksonnienne a coécrit un livre « Hypnose médicale en situation difficile » relatant ses expériences de l'hypnose dans le cadre de l'urgence pré-hospitalière (18).

Toutefois, malgré un engouement récent, la pratique de l'hypnose dans les services d'urgences ne s'est pas encore généralisée.

Une publication dans *The Journal of Emergency Medicine*, Iserson s'interroge sur les raisons de la faible utilisation de l'hypnose aux urgences (19).

Cet article décrit plusieurs études cliniques qui suggèrent que l'hypnose peut être une aide efficace pour la réalisation de soins médicaux d'urgence :

- aide à l'analgésie et la sédation dans le cadre de douleurs existantes (ex : fractures, brûlures...) et des procédures douloureuses (ex : piqûres d'aiguille, réductions de fracture...)
- aide à la coopération des enfants lors de leur prise en charge
- réduction de l'anxiété aiguë du patient
- facilite le diagnostic et le traitement des troubles psychiatriques aigus
- aide à l'analgésie et à l'anxiolyse lors des problèmes obstétricaux et gynécologiques.

Selon Iserson, la « mésentente » entre médecine d'urgence et hypnose médicale s'expliquerait par une mauvaise connaissance des preuves scientifiques, par la croyance persistante que l'hypnose demande forcément du temps et du calme. Des recherches plus spécifiques en médecine d'urgence permettraient certainement de réduire ces arguments.

Les publications effectuées par les urgentistes évoquent essentiellement la pratique de l'hypnoanalgésie.

## **Définition de l' hypnoalgésie :**

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 » (20).

Dans le domaine de l'analgésie, les suggestions peuvent être des **suggestions directes** d'anesthésie (corps cotonneux, pommade anesthésiante, anesthésie en gant, interrupteur de la douleur...) ou des **suggestions dissociatives**, qui éloignent de la douleur (imaginer qu'une partie du corps ne fait plus partie de soi, transférer la douleur à un autre endroit du corps...).

En analgésie, l' hypnose peut être utilisée avec le MEOPA :

le MEOPA® est un mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (ou gaz hilarant...). Il est utilisé seul ou en complément d'analgésiques ou de sédatifs. Le MEOPA potentialise l'hypnose et inversement.

## **Hypnoalgésie chez l'enfant :**

*« L'hypnose, dans son approche trans-thérapeutique et dans ses diverses modalités d'utilisation, apparaît comme une pratique complémentaire aux méthodes pharmacologiques. C'est un apport des plus précieux, dans la prise en charge de la douleur chez l'enfant, de l'anxiété liée à celle-ci et de l'anticipation anxieuse de la douleur lors des soins » (21).*

Les publications et les expérimentations sont plus nombreuses dans le domaine de l'urgence pédiatrique que chez l'adulte. 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'utilisation des techniques hypnotiques réactivent le plus efficacement possible les propres ressources de l'enfant.

*“Diverses études ont montré l'efficacité de l'hypnose à réduire la douleur, la détresse, lors de soins provoqués: lors de ponctions lombaires, chez les brûlés, lors d'uréthro-cystographie, lors d'une piqûre, au cours de chimiothérapie, en chirurgie anesthésie... » (22).*

Elle peut être utilisée lors de réduction de fracture chez l'enfant (23).

Au service d'urgence, différentes techniques hypnotiques peuvent donc être utilisées, en synergie le plus souvent avec un traitement médicamenteux, une anesthésie locale et/ou l'utilisation du Meopa:

**-La technique de distraction** : souffler dans un ballon (24), utiliser des marionnettes, raconter un film, une histoire.

**-L'imagerie visuelle** : mise en scène de l'imagination et/ou du souvenir de l'enfant en pouvant intégrer les cinq sens.

**-L' hypnose conversationnelle**

**-L'hypnose formelle associé au MEOPA** par images métaphoriques lors de gestes douloureux induit : « *Suivant le même principe que la réification, il s'agit de proposer à l'enfant une image, un événement dans l'histoire, dont les caractéristiques se superposent au percept douloureux ressenti dans le réel mais dont la nature et l'importance diffèrent ; la finalité dans l'histoire devenant plus attractive, plus importante que l'événement « perturbateur »* » (22).

Depuis 2005, l'unité douleur de l'hôpital Robert Debré (Paris) a effectué plus de 1000 interventions sous « MEOPA/imagination ». Ils concluent à une plus grande efficacité sur l'analgésie et le confort que le MEOPA seul (25).

### **Hypoanalgésie chez L'adulte :**

On retrouve quelques expériences faites chez l'adulte dans le domaine de l'urgence. Des publications sont retrouvées dans ce cadre : sutures cutanées, réduction de luxation d'épaules (26), soins aux patients brûlés (27,28) ;

## **D) PROBLEMATIQUE :**

Qu'apporte la formation d'hypnose médicale à la pratique professionnelle d'un urgentiste ?

Induit-elle des modifications de l'exercice professionnel ?

Quels sont les bénéfices professionnels et personnels ?

Quelles sont les difficultés rencontrées par le soignant dans la découverte et l'apprentissage de cette pratique?

A travers un retour d'expériences relatées sur une journée de garde (plusieurs cas cliniques), trois thèmes sont abordés :

### **- Apport de la communication hypnotique :**

Ma première hypothèse est que la communication hypnotique améliore la relation patient/médecin et donc l'alliance thérapeutique.

En outre, la collaboration des différents professionnels du service d'urgence (médecins, internes, paramédicaux...) autour de l'hypnose et de la communication hypnotique engendre une amélioration des relations au travail et de l'esprit d'équipe.

### **- Apport de l'hypnose formelle :**

La formation aux techniques d'hypnose formelle modifie la pratique de l'urgentiste en ce qui concerne la traumatologie, notamment les gestes douloureux induits comme les réductions de luxations et fractures. Elle améliore la prise en charge de la douleur en pédiatrie et engendre une plus grande satisfaction du patient et du soignant. Mais quelles sont les limites de cette pratique aux Urgences ?

### **-Apport de l'autohypnose du soignant :**

La pratique de l'autohypnose doit permettre une meilleure gestion du stress.  
Comment peut-elle améliorer le confort du soignant et le rendre plus disponible ?  
Quelles sont les difficultés de mise en pratique ? Les limites ressenties ?

## **LE SERVICE D'URGENCE DE SAINT PIERRE**

Le Service d'urgence de Saint Pierre, site Sud du CHU de la Réunion, accueille 24h/24h les urgences médico-chirurgicales adultes et la traumatologie pédiatrique. Les patients et les pathologies y sont très variés.

45 000 passages par an (soit 125 passages /jour) et 2600 sorties en SMUR sont comptabilisés.

Le service comporte 30 médecins, six internes, 40 infirmiers, 30 aide soignants.

Les médecins travaillent dans différentes unités du service : le Service des urgences, le SMUR (deux équipes en journée et une la nuit), l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), l'unité d'hyperbarie.

Le service est constitué de 4 entités :

- une zone d'accueil et d'attente
- un secteur de médecine qui comporte 6 salles de soins dont une grande pour la pédiatrie
- un secteur de traumatologie (3 salles)
- un secteur de déchocage comportant 3 postes de soins accueillant les urgences vitales

Au sein du service, le personnel est globalement peu formé à l'hypnose. Un seul médecin est formé et pratique surtout en traumatologie pédiatrique et en SMUR, un médecin et une IDE ont suivi une formation hospitalière sur la communication hypnotique. Mais nombreuses sont les demandes de formation de la part du personnel paramédical. Quelques médecins et internes du service envisagent de s'inscrire au DU d'hypnose médical et clinique.

## **« 24 HEURES AUX URGENCES SOUS HYPNOSE »**

Voici mes premières expériences d'hypnose médicale dans le service d'urgence de Saint Pierre.

Sur le mode d'une garde de 24 heures, je vais évoquer les différentes prises en charge que j'ai pu effectuer au sein du service avec en priorité la traumatologie.

Au travers des entretiens successifs avec les patients, je vais évoquer l'apport du DU d'hypnose médicale et clinique dans ma pratique professionnelle quotidienne.

Durant cette journée, je vais présenter le déroulement de cinq entretiens : deux cas de communication hypnotique et trois cas de transe formelle sous MEOPA en traumatologie (un adulte, un adolescent et un enfant).

### **LUNDI 21 AVRIL 2015**

Je débute ma garde à 8h30 par la relève des médecins et internes qui étaient en poste durant la nuit. Les transmissions se font lors d'un staff souvent bruyant et désordonné ce qui est le cas ce jour. Un peu déconcertée par ce « brouhaha », une séance d'autohypnose serait-elle déjà de mise pour rester sereine !

Heureusement, la fréquentation du service est calme en ce début de matinée surtout en traumatologie où j'exerce aujourd'hui. La tranquillité du service m'incite à mettre en pratique les connaissances acquises en hypnose.

#### **9 heures : Monsieur Cilaos, 82 ans, plaie de main gauche**

##### **(Communication hypnotique)**

Mon premier patient, Monsieur Cilaos, 82 ans vient d'arriver. Il attend dans le box de suture pour la prise en charge d'une plaie superficielle de la main gauche.

Entrant dans le box, je m'identifie clairement comme le médecin, les sujets âgés ayant souvent des difficultés à reconnaître les différents personnels soignants évoluant dans le service.

Son attitude rend rapidement perceptible l'anxiété et la douleur. Il a des mouvements un peu saccadés, les traits du visage tirés, le regard anxieux. Ne serait-il pas en transe négative ?

Je décide d'utiliser simplement la communication hypnotique lors des soins. Le contact est aisé et l'alliance thérapeutique est de mise.

Je commence par utiliser la distraction. Préparant mon plateau de suture, nous discutons de son quotidien, de son jardin et de ses multiples plantes (il jardinait, sécateur à la main...).

Je m'assois ensuite à sa hauteur.

Lors de la désinfection à la Bétadine, je m'emploie à utiliser des termes positifs tout en continuant notre conversation de jardinier : « *vous allez ressentir une sensation de fraîcheur sur la main lorsque je pose les compresses, ou peut être autre chose...* »

Anticipant la réalisation de l'anesthésie locale, je saupoudre de mots : « *cela peut être un peu moins agréable pour vous pendant quelques instant...* ».

Au moment de lui préciser que je vais commencer à suturer, monsieur Cilaos est apaisé, il ne regarde pas sa main blessée et l'anesthésie locale semble bien fonctionner.

Suivant mon intuition, je suture sans le prévenir toujours dans une ambiance d'échange verbal entre spécialistes de botanique...

Le soin est court, la minime plaie ne nécessite que 3 points de suture. J'informe alors monsieur Cilaos que la suture est terminée.

« *Ah bon, déjà, mais je n ai rien senti !* » me répond-il.

Cette réflexion me surprend, le type de ressenti du patient est nouveau dans ma pratique.

Cette journée semble favorable !

### **10 heures : Monsieur Saint Louis, 25 ans, luxation d'épaule droite**

#### **(transe formelle sous Meopa)**

En ce début de matinée, le calme persiste. J'en profite pour proposer à Mr Saint-Louis une transe formelle lors d'un geste douloureux induit.

Ce jeune homme, 25 ans, amené par les pompiers s'est luxé l'épaule droite suite à une chute de sa moto sans gravité. Il est rapidement installé en salle de traumatologie. Très algique, il grimace et s'agite.

L'infirmière qui le prend en charge, lui pose rapidement une voie veineuse et lui injecte des antalgiques de palier 1 et 2 (destinées aux douleurs modérées à sévères).

Lorsque je l'examine vingt minutes après son arrivée, il reste très algique et je décide faire une titration en morphine avant la réalisation d'une radiographie d'épaule. Celle-ci confirme la luxation gléno-humérale de l'épaule droite sans fracture associée.

Encore novice dans la pratique, pour me mettre personnellement en confiance, je mets en place un scénario pour une réduction de luxation. En association avec le MEOPA, je vais utiliser la technique de la safe place et du gant magique (une méthode « ceinture et bretelle »).

J'explique à ce jeune patient que je vais mobiliser son bras droit pour réduire sa luxation. Je lui propose, outre les antalgiques et le MEOPA, une méthode de « relaxation ». Le patient accepte sans hésiter, même s'il grimace toujours.

Recherchant une « porte d'entrée », je le questionne sur ses loisirs.

Il pratique de façon intensive la boxe et s'imagine parfaitement faire un match (parfait pour l'utilisation du gant magique !).

De façon scolaire, je fais une induction par un VAK rapide pendant que le patient garde les yeux ouverts tout en me tenant debout du côté de son membre traumatisé.

*« Regardez la pièce tout autour de vous, vous entendez des bruits derrière la porte du box... prenez la position la plus confortable pour vous ... »*

Lorsque j'aborde la safe place, je l'incite à fermer les yeux, je m'approche de sa tête et lui parle plus doucement, en laissant des silences.

*« Voila c'est bien ... et maintenant que vous êtes installé le plus **confortablement** possible, laissez votre imagination venir ... peut être que vous êtes dans une salle de boxe que vous connaissez... ou ailleurs... vous avez enfilé une tenue, une tenue **agréable, confortable**... vous vous échauffez **tranquillement**, à votre rythme et vous êtes là dans cet endroit, **content** d'y être ...Peut être êtes vous accompagné par vos amis ? ... de la famille, votre petite amie, peut être êtes vous seul, c'est vous qui décidez... »*

Sa fréquence respiratoire diminue, je perçois des petits mouvements sur son visage

*« ... maintenant que vous êtes échauffé dans cette salle, que votre respiration est de plus en plus ample..., voilà c'est **bien** comme ça, quand vous vous sentez prêt, quand c'est un moment **confortable**, vous allez **tranquillement**...enfiler vos gants de boxe ... »*

Sa main droite se met à tremuler, je regarde l'infirmière, un peu interloquée, surprise par la rapidité de l'induction hypnotique ainsi que la profondeur de sa transe.

« **Très bien**, c'est très très bien ...ce gant de boxe vous l'installez à votre rythme, il peut être en cuir ou en coton... de couleur sombre comme le noir ou peu être clair ...**peu importe**, voilà comme ça c'est **très bien**... tranquillement ce gant va envelopper votre main de façon **agréable**... puis remonte tout le long de votre bras... vous procure une sensation de **bien être**, de protection et quand vous vous sentez prêt , vous allez commencer votre match de boxe... bien **protégé** par ce gant, voilà , oui, c'est **parfait**... »

Mr Saint Louis présente beaucoup de mouvements saccadés de la main droite.

«... vous combattez dans cette pièce, une sensation de **chaleur** vous envahit »

Je commence à peine à mobiliser son bras tout en continuant à saupoudrer (avec beaucoup, beaucoup de répétitions !), que je ressens un clic : la luxation est réduite !

Cette réduction s'est faite avec une très faible mobilisation, ce qui me conforte dans le choix de cette approche.

L'infirmière qui m'accompagne en atteste par un « c'est génial ! »

« Voilà le combat s'est très bien passé, très très bien.. »

Je reprends une voix plus soutenue et plus rapide pour un retour à une conscience critique :

« Maintenant, vous allez retrouver les sensations de votre corps sur ce brancard... les bruits de la pièce ici et maintenant ... et quand vous le souhaitez vous pouvez ouvrir vos yeux... voilà très bien »

Le patient ouvre les yeux, son visage est détendu, souriant.

Je demande au patient : « comment ça va ? »

« Super ! » répond Mr Saint Louis, « J'ai l'impression d'avoir été hypnotisé ! »

Je le conforte dans son impression, lui expliquant qu'il s'agissait bel et bien d'une séance d'hypnose. Il me remercie vivement.

Mr St Louis devait être le patient idéal pour une première transe formelle....

## 11 heures :

En cette fin de matinée, le rythme s'accélère, les deux équipes de SMUR ainsi que l'interne partent en intervention en même temps, me laissant seule en traumatologie. Plusieurs personnes âgées occupent désormais les box : un traumatisme crânien suite à un malaise, une suspicion d'hernie inguinale, une fracture de poignet ...

Le caractère imprévisible de la charge de travail dans un service d'urgences fait partie intégrante du travail d'urgentiste mais rend l'exercice parfois difficile.

Se rendre disponible, à l'écoute quand le flux des patients entrants ne cesse d'augmenter, que le temps d'attente s'allonge inexorablement est souvent ardu.

De façon contemporaine, l'informatique nous lâche effaçant alors le dossier du patient patiemment renseigné à l'écran. Colère...

Enfin, j'apprends que je dois organiser rapidement le remplacement d'un confrère urgentiste en arrêt de travail. Se conjugue donc problème d'organisation, de matériel, et ce qui devrait normalement uniquement m'accaparer : les patients.

Ma disponibilité pour expérimenter les techniques d'hypnose médicale de début de matinée s'envole, c'est frustrant !

Une autre luxation d'épaule chez une personne âgée nous est amenée. L'interne va échouer à la réduire. Je n'ai pas la disponibilité « mentale » ni le temps de refaire une tentative sous hypnose. De toute façon, le chirurgien qui a été informé veut la réduire au bloc sous anesthésie générale ou locorégionale.

Elle quitte donc le service, toujours luxée...

En milieu d'après midi, le service se calme un peu, je prends un instant pour gérer le planning.

### **16 heures : Petit Bénard, 4 ans, luxation du 3<sup>ème</sup> doigt gauche**

**(transe formelle sous MEOPA)**

L'infirmière de traumatologie de l'après midi, sensibilisée à l'hypnose médicale, par une formation hospitalière à la communication hypnotique, me demande de l'aide. L'interne de chirurgie souhaite réduire une luxation de doigt chez un enfant de 4 ans.

Petit Bénard, installé sur le brancard est assez calme, accompagné de sa maman.

Je me présente tout en m'asseyant sur le brancard près de lui et lui explique que je viens aider l'interne. « *Pendant que Superman va réparer la main, nous on va s'amuser ensemble, tu veux bien ?* ». Petit Bénard me regarde avec des yeux un peu étonné.

L'équipe soignante a déjà commencé à utiliser une technique de distraction : Bob l'éponge est projeté sur l'écran de l'ordinateur ce qui semble bien intéresser l'enfant.

Je lui demande : « *Veux tu qu'on parte faire un voyage avec Bob l'éponge ?* »

L'enfant hoche la tête positivement mais ne décroche pas un mot.

« Tu vas **bien** regarder Bob, on va faire comme lui »

Bob est sous l'eau entouré de poissons, il porte un masque de plongée donc une aubaine pour moi.

« Alors, tu vas faire comme Bob, on va mettre un masque de plongée », je lui présente le masque de MEOPA qu'il accepte sans hésitation.

« Voilà, **c'est bien comme ça** ... » après la ratification, on prend quelques minutes pour regarder le dessin animé tout en commentant et en incluant l'enfant. « *Après le masque, on va mettre des gants de plongée, ils sont peut être en mousse, en coton ... tu choisis une couleur ?* »

« Bleu » me dit petit Bénard

« **Ok super, c'est très très bien** ... et ses gants est ce qu'ils sentent bon ou rien, ils peuvent sentir le caramel, la barbe à papa ? »

L'enfant semble bien adhérer, il rigole par moment.

C'est le moment de la réduction, quand l'interne commence juste à mobiliser le doigt de l'enfant, je vois son visage se crispé et je me mets à douter de mon travail.

Je prends une intonation plus forte, mon débit mes paroles s'accélèrent pour créer une saturation cognitive et je lui raconte :

« ... le coquin de crabe que tu vois sur l'écran vient l'embêter. Oh le vilain il s'est accroché au gant mais **heureusement** tu as ton **gant magique** qui sent bon la barbe à papa et plus le crabe t'embête et plus le gant devient gros et **moelleux**. Oh, sent la **bonne** odeur de barbe à papa, voilà comme ça c'est **très bien, super** »

L'interne a eu un geste court, la réduction a duré quelques secondes.

« Voila **génial**, grâce au **gant magique**, le crabe est parti, cherche le dans l'eau, tu le vois ?

*Et pendant que tu continues à respirer tu vas repartir à la maison avec ton **joli** gant bleu qui sent **bon** la barbe à papa, comme ça tu vas être **protégé** si d'autres crabes viennent t'embêter* » (suggestions post hypnotiques pendant que l'infirmière confectionne une attelle)

« Maintenant, comme tu as le gant magique, on va enlever le masque, voilà comme ça, c'est bien, regarde maman, elle est là avec nous.

*Alors le voyage sous l'eau avec bob ? Tu veux garder le masque de plongée et le ramener à la maison ?* »

L'enfant parle peu mais est rassuré que le soin soit terminé.

Était-il vraiment en transe pendant la réduction ? Je pense qu'il en était sorti peu avant ou en transe plus légère mais que l'évocation du crabe et la saturation cognitive l'a bien aidé à « replonger ».

Première expérience en tant qu' « accompagnatrice » d'un soin : la concentration a été plus aisée mais j'ai trouvé plus difficile de coordonner le soin avec une tierce personne.

### **18 heures : Mlle Saint Leu, 25 ans, crise de tétanie**

#### **(Communication hypnotique)**

Le rush des arrivées du soir...

Je change de poste, je vais m'occuper de la filière médecine avec deux internes de garde.

Appel de l'IAO (Infirmière d'Accueil et d'Orientation) pour venir évaluer une douleur thoracique à priori dans un contexte d'anxiété chez une jeune femme difficile à canaliser. Mlle Saint leu a été installée dans notre box d'accueil. En entrant dans la pièce, j'observe la patiente : elle présente une crise typique de Tétanie (ou hyperventilation psychogène).

En pleurs, elle a une respiration très rapide, superficielle, semble suffoquer, présente les « mains de l'accoucheur » ou signe de trousseau (raidissement des doigts et crampes des mains).

D'habitude, pour traiter la crise, je fais respirer le ou la patiente dans un sac plastique, lui demandant de ralentir sa respiration.

Cette thérapeutique est souvent efficace mais il faut parfois attendre de longues minutes avant d'avoir un résultat.

Cette fois, me référant à l'enseignement dispensé en hypnose, je vais tenter une autre approche.

« Partir de là où est le patient »...

La jeune femme est agitée, respire bruyamment, je fais de même, en me présentant, je parle plus fort et me déplace autour de son brancard. Je décide d'être directive : je pratique une rupture de cadre en posant subitement ma main sur son thorax. Dans un deuxième temps, je lui demande de se focaliser sur la respiration :

*« Vous allez bien m'écouter maintenant, arrêtez de respirer pendant que je compte jusqu' à 5, un, deux, voilà c'est bien comme ça, trois ... quatre ... très bien cinq puis respirer ».*

Je répète les consignes tout en ratifiant plusieurs fois de suite, la respiration se calme progressivement au bout de quelques minutes. Puis quand la respiration se normalise, j'engage la conversation. La patiente arrive à s'exprimer tout en pleurant et m'explique être angoissée suite à une rupture sentimentale.

Elle décrit aussi des idées suicidaires, elle doit donc être évaluée par le CAUMP (Cellule d'Accueil et d'Urgences Medico-Psychologique). Elle retourne alors dans la salle d'attente, plus apaisée et respirant normalement.

## **20 heures : Autohypnose**

Très souvent, en fin de journée, les patients affluents aux urgences, le personnel médical et paramédical est restreint, la fatigue de la journée se fait ressentir, la faim aussi...

C'est peut être le moment idéal pour se ressourcer, se recharger en énergie et donc mettre en pratique l'autohypnose.

M'isoler quelques minutes dehors. Je me rappelle les conseils d'Isabelle Celestin et Antoine Bioy sur la pratique de l'autohypnose : Ne pas hésiter à se prendre quelques minutes pour soi, intentionnellement, pour se recentrer, se ressourcer.

Je vais dehors quelques minutes mais il m'est difficile de me concentrer, de m'évader. Plusieurs pensées m'occupent l'esprit : passer un coup de fil aux enfants et à la tatie, vérifier que le bon de demande de scanner cérébral de Monsieur St Denis est bien passé, aller en salle 6 examiner le patient vu par l'interne pour une douleur abdominale, ne pas oublier de prescrire sur informatique un antalgique pour un patient de l'UHCD (Unité d'Hospitalisation de Courte Durée)...

Finalement il me sera plus agréable et facile d'aller me ressourcer en allant manger à l'internat avec les collègues.

## **23 Heures : Grand Bénard, 17 ans, luxation d'épaule Droite**

### **(Transe formelle sous MEOPA)**

A ce stade de la journée, la pratique de l'hypnose me demande trop d'énergie, « je n'ai plus envie »...

Pourtant, l'interne de garde en traumatologie me présente le cas d'un jeune patient qui attend depuis 2 heures avec une luxation d'épaule droite suite à une chute en judo. Les antalgiques ont été administrés et la radiographie confirme la luxation.

L'interne qui n'a jamais pratiqué de réduction me sollicite. Le père du jeune homme s'énerve au vu des délais de prise en charge....

Le médecin du déchocage est accaparé par une urgence vitale, le médecin du SMUR est en intervention extérieure, je délaisse donc quelques instants mes patients de médecine qui attendent depuis 5 heures pour m'occuper de Grand Bénard.

Je rentre dans le box, l'adolescent est partiellement soulagé grâce aux antalgiques. Le père a un visage très fermé, le regard froid.

Souriante, je me présente « *Bonjour, je suis le Dr Guillou, je viens enfin m'occuper de Grand Bénard !* ». Je sens le père se détendre un peu, les traits du visage se décrispent.

Je leur explique succinctement le déroulement de la prise en charge. Ma motivation reprend le dessus en voyant cet adolescent et me donne du courage pour mettre en place une transe formelle.

En association avec le MEOPA, je propose donc à nouveau une technique de « relaxation ».

Je suis seule dans le box avec le jeune patient et son père. L'adolescent est fan de moto, donc nous voilà parti pour une balade en moto.

Je demande au père de m'aider et de tenir le masque de MEOPA que je présente comme un substitut au casque de moto. Je lui demande de fixer le point lumineux vert qui se dégage du panneau sortie de secours et de progressivement accorder sa respiration avec la fermeture et l'ouverture des yeux.

Nous voilà rapidement parti en balade à moto, il enfle ses gants de moto, je ratifie, saupoudre. Après quelques minutes, beaucoup de répétitions et un signalling, je réduis sans difficulté la luxation d'épaule de l'adolescent.

Grand Bénard est tout sourire « *c'était cool, j'étais avec ma copine* », son père est beaucoup plus détendu et soulagé et moi très satisfaite.

Au final, malgré l'ambiance tumultueuse du service, la pratique de l'hypnose a contribué à une meilleure prise en charge du patient et de son entourage (une réduction en douceur et rapide).

En outre, ce minime intermède « hypnotique » m'a permis de m'évader quelques minutes ce qui contribue également à la satisfaction du soignant.

#### **4 Heures :**

En nuit « profonde », en plus des pathologies « classiques », les prises en charges des patients alcoolisés avec des traumatismes crâniens se succèdent. Ce type de pathologie nécessite une surveillance de plusieurs heures aux urgences. Pour la plupart, ceux sont des patients agités, agressifs et opposants aux soins. La pratique de la communication hypnotique m'aide à gérer ces prises en charge particulières même si la contention chimique et physique est malgré tout souvent nécessaire.

Le service s'est calmé, nous « coupons » la nuit avec le médecin du déchocage. Je vais m'allonger deux heures. Malgré la fatigue, je n'arrive pas à m'endormir de suite. Une séance d'autohypnose m'aiderait sûrement mais je n'en ai pas le courage...

## DISCUSSION

Les différents cas cliniques relatés dans ce mémoire ainsi que d'autres cas non évoqués m'ont poussée à m'interroger sur l'apport de l'hypnose médicale pour le médecin urgentiste.

L'hypnose médicale modifie-t-elle la pratique professionnelle du médecin ?

Quels sont les bénéfices pour le patient, pour le soignant ?

Quelles sont les difficultés rencontrées et comment y remédier ?

Après avoir expérimenté la communication hypnotique, la transe formelle en traumatologie et l'autohypnose, voici mon analyse :

### A COMMUNICATION HYPNOTIQUE :

#### 1°- Premier contact avec le patient :

Médecin urgentiste depuis plus de dix ans, j'ai la plupart du temps un bon relationnel avec le patient et l'équipe médicale et paramédicale. Je ne déplore pas de conflit important avec les patients que j'ai pris en charge.

J'ai rapidement pris conscience de l'importance du premier contact, décisif pour permettre la meilleure alliance thérapeutique. J'essaye donc d'être systématique en me présentant clairement (Nom, Statut) et avec le sourire quand les circonstances le permettent...

La formation à l'hypnose médicale m'encourage à ratifier davantage le ressenti du patient surtout en ce qui concerne son inconfort, sa douleur mais aussi le délai de prise en charge : « Ca y est, c'est ENFIN à vous, vous savez il y a beaucoup de monde aujourd'hui ».

En effet, des délais de deux à quatre heures entre l'arrivée au service d'urgences et l'examen clinique par le médecin ne sont pas rares les journées de grande affluence.

J'implique le patient comme acteur du service : « Vous savez, nous avons eu beaucoup d'accidents de la route suite à la pluie, c'est pour cela que l'attente est longue en traumatologie ». Souvent le patient ratifie à son tour « oui, nous avons vu, nous avons compris » et la consultation peut commencer dans un climat serein et de confiance malgré des heures d'attente.

Il est évident que par exemple que lors de la prise en charge de Grand Bénard et de son père, le premier contact a été primordial et a permis de désamorcer un début de conflit. Cela a abouti à une prise en charge de qualité et finalement rapide.

*« Les premières secondes de la rencontre entre le patient et le soignant sont primordiales pour créer l'alliance thérapeutique : celle-ci peut se jouer à peu de chose et déterminer le succès ou l'échec de la thérapie »* écrit le docteur Garden Breche dans le livre « hypnose médicale en situation difficile » (18).

En pédiatrie, lors de la prise en charge d'un traumatisme crânien léger, les parents sont la plupart du temps inquiets. Ils sont vite rassurés si on leur explique que cette période d'attente permet d'effectuer une surveillance clinique de l'enfant, qu'elle fait partie intégrante du parcours du soin.

Si l'on précise en outre qu'une première évaluation a déjà été réalisée par l'Infirmière d'Orientation et D'Accueil (IAO) et que si celle-ci s'était révélée inquiétante, un médecin aurait immédiatement été sollicité, la confiance entre parents et soignants s'installe.

Les parents rassurés patientent calmement en salle d'attente sans réclamer la présence immédiate du médecin.

La ratification de l'inconfort patient et de la famille dès le premier contact est donc primordiale pour une prise en charge de qualité.

## **-2° « Partir de là où est le patient » et « La règle des 3 O »:**

« La règle des 3 O » de Milton H. Erickson consiste à « Observer, Observez, Observez »(29).

Elle est simple à mémoriser mais plus subtile à maîtriser. Il faut apprendre à observer le patient, le langage verbal, paraverbal et le langage non verbal.

Ces notions, découvertes grâce à la formation en hypnose médicale me suggèrent d'observer autrement (« ou sous un angle différent ») le patient et de modifier ma prise en charge notamment des patients agités.

Il est nécessaire d'être dans la cohérence émotionnelle, d'avoir un discours adéquat et une attitude harmonieuse avec le contexte du patient.

Dans le cas de Mlle St Leu qui se présente au service d'urgences pour crise de tétanie, l'observation m'a incitée à adapter mon premier contact relationnel avec la patiente. La

pratique du mirroring avec les patients agités à l'accueil engendre une meilleure alliance thérapeutique.

Pour les patients consultant pour une pathologie médicale, je débute l'entretien par une question ouverte « bonjour, qu'est ce qui vous arrive ? »

En traumatologie, j'utilise la ratification de la douleur et de l'impotence fonctionnelle du membre.

### **3° La règle des trois V :**

#### **a- Le langage non verbal :**

Avant de me former à l'hypnose médicale, l'écoute, l'empathie et le respect envers le patient me permettait déjà de construire une alliance thérapeutique dans la majorité des cas rencontrés.

De façon spontanée, j'utilisais des techniques de communication hypnotique (se présenter systématiquement, sourire, ratifier, utiliser la bonne distance).

La formation m'a incité à renforcer ces compétences naturelles et à en initier de nouvelles notamment en ce qui concerne le langage non verbal, d'autant plus dans les cas complexes.

Je me suis centrée sur la position et le contact physique, transposant des automatismes intuitifs et naturels que j'utilisais notamment en pédiatrie.

#### **La position :**

J'utilise préférentiellement la position intermédiaire afin d'être au même niveau que le patient, la plus souvent en m'asseyant sur un tabouret pour les patients allongés sur un brancard.

De façon inattendue, cette position me rend plus réceptive et plus à l'écoute du récit anamnestique du patient notamment dans le cadre des multi-pathologies des sujet âgés. Cela apporte un autre bénéfice de l'écoute hypnotique (« la règle des 3 O »)

En traumatologie pédiatrique, j'utilise souvent la position basse que je pratiquais avant la formation.

A contrario, l'utilisation de la position haute est indispensable lors des prises en charge rapides et urgentes.

### **Le contact physique :**

*« Le contact a été beaucoup étudié et les réponses sont assez univoques pour dire que certains types de contacts augmentent la sympathie de celui qui est touché envers celui qui touche.*

*Pattison montre, en 1973 que le patient trouve son médecin plus chaleureux et plus digne de confiance si celui-ci a établi un contact physique léger avec lui.*

*Whitcher et Fischer, en 1979 prouvent que le stress du patient est diminué par une simple pression du bras de la part du chirurgien avant une intervention.*

*Pour que le contact ait une valeur positive, il faut que la posture du soignant soit dirigée vers le patient, le corps un peu penché en avant et qu'il y ait une corrélation avec le reste du langage non verbal et les autres langages paraverbal et verbal » (30).*

L'association de ces différents types de communication, surtout dans les cas difficiles majore l'alliance thérapeutique patient-soignant.

Lors du premier contact avec un patient âgée, exercer ma main sur le bras et avant bras tout en me présentant apporte en général un ressenti de confiance de la part du patient tout comme m'asseoir sur le brancard surtout pour examiner un enfant.

### **b- Le langage paraverbal :**

Modifier la façon de s'exprimer, manier les sons et surtout les silences du langage est une approche nouvelle dans ma relation avec le patient. Il est aussi conseillé d'utiliser une tonalité basse et d'accentuer les mots à connotation positive (technique du « saupoudrage »).

Pour tous les entretiens, cela m'a beaucoup aidé, notamment pour le cas de Monsieur Cilaos.

### **Pacing respiratoire :**

La technique du « pacing » (parler sur l'expiration du patient) permet également de mieux accompagner le patient.

Je l'ai peu expérimenté sauf lors de la prise en charge de Mlle Saint Leu.

Lors de la synchronisation, il m'a paru compliqué de parler sur le temps expiratoire. Je me suis rendu compte que j'observais le visage, l'attitude générale de la patiente mais peu sa respiration.

## **c- Le langage verbal :**

### **Observation active du langage :**

Lors de la prise en charge des pathologies médicales, l'observation active du langage permet un meilleur ressenti du patient. (Le laisser s'exprimer sans l'interrompre surtout en début d'entretien et en utilisant des questions ouvertes).

Dans les fréquents cas, de consultation pour malaise, il n'est pas toujours aisé de recueillir les bonnes informations auprès du patient et de la famille afin d'établir un diagnostic.

L'écoute active m'a permis à plusieurs reprises de recueillir des informations anamnestiques plus pertinentes qui m'ont aidée à établir un diagnostic plus précis.

Voici un exemple concret :

Une personne âgée se présente au service d'urgence pour la troisième fois pour malaise sans perte de connaissance associé à des vomissements. L'examen clinique est rassurant et le bilan biologique est normal. Aucun diagnostic n'a été retenu lors des précédentes consultations.

L'attention soutenue que je porte à cette patiente et à sa fille me permet de déceler lors de l'anamnèse un état confusionnel transitoire précédant le malaise évocateur d'épilepsie partielle.

Cette confusion n'avait pas été relatée lors des précédentes consultations.

L'électroencéphalogramme confirmera ce diagnostic.

Cette écoute attentive satisfait finalement aussi bien le clinicien qui arrive à poser un diagnostic que le patient et sa famille qui se sentent écoutés et valorisés.

### **L' empathie :**

*« L' empathie : attitude d'écoute active en prenant en compte la réalité du patient et sans préjugé de ses sentiments dans l'objectif de répondre à ses attentes.*

*La compassion : attitude d'écoute active en prenant en compte la réalité intérieure et les émotions du patient. » (30).*

En tant que soignant, il n'est pas toujours aisé de ne pas être dans la compassion. Le Dalai lama dit que *«la personne qui éprouve de la compassion (...), crée une ambiance d'accueil et de compréhension »*. Ceci m'a amenée à réfléchir sur nos différentes attitudes d'écoute en tant que soignant et de leurs intérêts thérapeutiques.

## **B- LA TRANSE FORMELLE :**

Dans leur ouvrage, les Dr Virot et Bernard rappellent que de manière sous-jacente, trois conditions fondamentales restent nécessaires pour la pratique de l'hypnose : la motivation du patient, la coopération du patient et la confiance du patient envers le thérapeute (6).

### **1° Du côté du patient :**

#### **Disponibilité du patient :**

Au service d'urgence, les patients arrivent très souvent en « transe négative ». La notion de « bouée de sauvetage » que nous a inculqué le Dr Arnaud Gouchet durant nos premiers jours de formation, prend tout son sens dans ces circonstances. Mes premières expériences en hypnose m'ont permis d'observer que l'adhésion à l'hypnose se fait facilement avec notamment une induction hypnotique rapide.

#### **Satisfaction du patient :**

Même si cette évaluation est subjective, l'apport de l'hypnose comme complément aux autres techniques d'analgésie m'a semblé très satisfaisante pour les patients.

Il m'est inhabituel de voir le patient aussi détendu et souriant ou me remerciant après un geste douloureux induit comme une réduction de luxation. Cela a été flagrant pour Mr St Louis et l'adolescent grand Bénard.

L'utilisation grâce à l'hypnose des ressources du patient, lui apporte un confort, un état de détente psychique et physique qui va faciliter le soin.

Malgré l'utilisation de l'hypnose comme complément thérapeutique, je me suis retrouvée à deux reprises en échec lors d'une réduction de luxation d'épaule. Cela a quand même permis au patient de passer un moment plus confortable, moins douloureux. De plus il gardera un souvenir plus agréable de son passage aux urgences.

## **2° Du côté du soignant :**

### **Parler d' « Hypnose » :**

Antoine Bioy nous a fortement recommandé lors de la formation, de ne pas utiliser le mot « relaxation » à la place « d'hypnose » pour des raisons d'éthique et aussi d'efficacité.

Dans une étude de 2005, Gandhi et Oakley ont montré que le choix des termes employés influait directement sur l'intensité de la transe hypnotique. Les résultats étant moins bons avec le mot « relaxation » qu'avec le mot « hypnose » (31).

Mais, personnellement, il ne m'a toujours été aisé de parler d'« hypnose » et j'ai donc utilisé au début de ma pratique le terme « relaxation » à quelques reprises notamment pour Monsieur Saint Louis et Grand Bénard.

Le consentement explicite indispensable déontologiquement est alors réduit à sa plus simple expression.

Il est compliqué dans le contexte de l'urgence de réaliser un entretien préalable. Je n'ai pas toujours demandé l'autorisation de façon explicite au patient de recourir aux techniques hypnotiques surtout en pédiatrie ou en situation urgente. Par contre, je l'ai toujours expliqué au patient ou à aux parents au décours de la période d'hypnose.

### **Intuition du soignant:**

« Acceptons de nous tenir à l'écoute de nos intuitions, de notre pensée heuristique, en particulier après plusieurs années d'expérience. Cette petite voix intérieure qui nous souffle une décision, un choix, un diagnostic nous indique souvent la bonne direction » (18).

Cette citation du Dr Garden-Breche, m'a beaucoup aidé pour mes débuts : se faire confiance, écouter son intuition.

### **Utilisation d'un « protocole d'hypnose formelle »**

Deux semaines de formation m'ont été nécessaire avant que je me « lance » dans la pratique de la transe formelle. Je ne savais pas comment aborder une séance.

Les multiples inductions et techniques de dissociation possibles enseignées me rendaient peu clairvoyante. Comment commencer ?

La mise en place d'un protocole personnel de transe formelle en traumatologie m'a aidé à passer de la théorie à la pratique :

- Induction par un VAK puis fixation (fixer un point lumineux et synchroniser l'ouverture et la fermeture des yeux avec sa respiration)
- mise en place de la safe place (« lieu de sécurité ») et en même temps du masque de MEOPA (utilisation d'une métaphore)
- utilisation du « Gant magique » pour la suggestion analgésique
- réalisation du geste
- retour

Utiliser ce déroulé type m'a rendu disponible et confiante pour la mise en place de l'hypnose formelle.

### **Faire preuve de créativité :**

Même si la mise en place des séances d'hypnose a bien fonctionné, je me suis trouvée limitée dans la créativité, dans l'utilisation des métaphores, surtout chez l'adulte.

De manière générale, avec les enfants, il semble plus facile d'utiliser l'hypnose pour les accompagner lors d'un geste douloureux induit. L'enfant est demandeur et il utilise facilement son imaginaire pour « être ailleurs et faire comme si ».

*« L'hypno analgésie en pédiatrie c'est entrer dans l'univers de l'enfant, prendre le temps de la rencontre, de l'ajustement, de l'humilité et permettre à l'enfant de nous montrer « son hypnose » (22).*

Il faut donc avoir conservé « un esprit d'enfant » et être assez créatif, ce qui n'est pas toujours évident. Inventer des histoires et partir dans un monde imaginaire dans le contexte me demande des efforts.

Pour petit Bénard, l'utilisation d'un support numérique pour la focalisation (dessin animé visionné sur l'ordinateur) m'a facilité la tâche.

Récemment, j'ai soigné un petit garçon de 7 ans pour une plaie du front. Sa maman ne souhaitait pas rester dans la pièce pendant la suture mais cette attitude ne perturbait en rien l'enfant.

L'infirmière et l'aide soignant étant occupés, j'ai commencé la prise en charge seule. Le petit garçon tenait lui-même son masque de MEOPA. Aimant les « lapins crétins », il est donc parti en balade se promener dans la forêt, dans une voiture toute rouge qui sentait bon la cerise. ...

Etre isolé avec l'enfant sans « regard extérieur » et donc sans le jugement d'autrui m'a poussé à laisser place spontanément à ma créativité et à trouver tout naturellement des images métaphoriques appropriées (il ramasse des châtaignes au moment où je commence la suture). L'enfant était très réceptif et coopérant. Quand l'infirmière alors disponible est venue nous rejoindre, le soin était terminé. L'utilisation de l'hypnoanalgésie, a contribué à un soin de qualité, rapide, non traumatisant pour l'enfant et engendrant en outre ma satisfaction.

### **Satisfaction du soignant :**

L'utilisation des techniques d'hypnose comme complément à une prise en charge « traditionnelle » m'a permis de replacer le patient au centre du soin. Substituer une relation basée sur un soignant actif et un patient passif par une relation plus équilibrée permet de mobiliser les ressources du patient.

Pour Antoine Bioy, la pratique de l'hypnose est : « *Aider le patient à accéder à ses propres ressources pour vaincre lui-même la douleur ou son stress.* »

Il devient acteur de sa propre prise en charge, ce qui amène à une plus grande satisfaction du patient mais également du soignant.

De plus, je me suis sentie moins anxieuse lors notamment de la pratique de gestes douloureux induits comme les réductions de luxation d'épaule.

Une étude suisse a d'ailleurs montré une réduction de l'anxiété des soignants pratiquant l'hypnose :

Bertholet et son équipe lausannoise, en 2013, présentent une évaluation du niveau de stress d'intervenants auprès de patients grands brûlés, avec ou sans hypnose. Ils notent une diminution significative de la perception du stress lors des procédures sous hypnose : ces dernières sont vécues comme « *souvent à constamment stressantes* » sans la présence d'une hypnopratricienne et comme « *jamais à rarement stressantes* » lorsqu'elle est présente. Les résultats sont significatifs pour les quatre situations de soins étudiées : soins douloureux ( $p < .02$ ) ; soins avec un patient algique ( $p < .02$ ) ; soins avec un patient anxieux ( $p < .01$ ) ; soins avec un patient confus/agité ( $p < .03$ ) (33).

## **Limites de l'hypnose en tant qu'urgentiste:**

### **-Etre « technicien et hypnothérapeute » :**

Il est parfois difficile d'associer de façon simultanée la réalisation d'un soin et la pratique hypnotique notamment quand il s'agit d'un geste qu'on ne réalise pas régulièrement (drain thoracique, voie veineuse centrale) car on n'a pas la disponibilité mentale nécessaire.

L'idéal serait sans doute d'avoir un médecin « technicien » et un hypnothérapeute afin que chacun puisse se centrer sur son activité.

Cette réflexion est néanmoins paradoxale car lors de geste facile à exécuter il me semble plus facile d'être en adéquation avec le patient quand je suis à la fois le médecin « technicien » et l'hypnothérapeute.

### **- La disponibilité :**

Par ailleurs, comme déjà notifié dans les cas cliniques, la disponibilité et le temps manquent souvent.

L'hypnose nécessite une présence physique continue du soignant au côté du patient et toute son attention. Répondre au téléphone, sortir la tête quelques secondes du box pour prendre les transmissions d'un collègue qui doit sortir en intervention à l'extérieur de l'hôpital, donner un avis à l'interne qui ne sait pas trop comment organiser une prise en charge ....sont autant de freins à la concentration et à la pratique de l'hypnose .

De plus l'informatisation des services, des dossiers médicaux, les prescriptions informatisées apportent une traçabilité et est devenu opposable en terme de qualité de soins. Mais ces moyens nous amènent à nous éloigner fortement du patient, le soignant se tourne le plus souvent devant son ordinateur que devant son patient.

Doit-on se libérer du temps pour aider une prise en charge douloureuse aux Urgences ? La encore la situation est paradoxale car après quelques mois de pratique, je pense que cela peut améliorer et écourter la prise en charge du patient (ex : le petit Bénard). Mais aller aider un collègue pour effectuer un geste douloureux induit c'est aussi « abandonner » le patient dont on s'occupe pour quelques instants....

Afin d'éviter toute frustration, il est faut donc s'adapter et pratiquer l'hypnose quand la situation est favorable.

### **-Pratique chronophage ?**

Au début de ma pratique, je pensais que l'utilisation de l'hypnose allait être chronophage. Je me suis rendu compte qu'au contraire, bien menées les prises en charge étaient plus rapides. Notamment en traumatologie, par exemple pour Grand Bénard, la réduction de luxation sous MEOPA et Hypnose formelle peut éviter la pose de voie veineuse et l'administration d'antalgiques morphiniques. On évite un geste douloureux induit et une surveillance prolongée (effets secondaires des analgésiques)

### **-Hypnose en dernier recours :**

A deux reprises, pour des patients ayant une épaule luxée, je suis intervenue en proposant une transe formelle après un ou deux essais infructueux de réduction sous MEOPA et antalgiques.

Pour un patient, la transe s'est facilement installée mais cela n'a pas suffi pour réduire sa luxation. Chez le deuxième patient, je n'ai pas réussi à installer la transe car je sentais ma collègue trop impatiente et le patient non confiant.

Ces deux patients ont finalement été au bloc opératoire pour une réduction sous anesthésie générale.

Ces deux expériences m'ont montré qu'il était difficile d'intervenir en dernier recours.

Le patient a-t-il été mis en confiance dès le début ? Patient et soignant ont-ils créé une alliance thérapeutique ? La pratique de l'hypnose semble plus difficile si le contact patient-hypnothérapeute se fait dans un second temps notamment après un échec de réduction de luxation.

De plus, l'adhésion de l'équipe soignante est primordiale pour installer un climat de confiance auprès du patient et de la personne qui cherche à l'accompagner avec des techniques hypnotiques. (Ce que j'ai très bien ressenti lors de la prise en charge de Petit Bénard et de Mr Saint Louis)

## C- AUTOHYPNOSE DU SOIGNANT :

Un des objectifs personnel de cette formation était : « est ce que l'hypnose peut m'aider dans la gestion de mon stress au travail ? »

Lors de mes gardes, je souhaitais mettre en place une séance d'autohypnose pour me ressourcer. Cela m'a semblé difficile à réaliser et par ailleurs je ne me sentais pas disponible pour cela.

Par contre, je me suis rendu compte que mon état de conscience se modifiait lors des tranches formelles des patients et me ressourçait.

Cette notion de disponibilité du médecin urgentiste me paraît importante à comprendre : C'est une notion que je trouve primordiale pour la pratique de l'hypnose médicale surtout pour proposer des tranches formelles au patient aux Urgences. La disponibilité du soignant est essentielle pour la mise en place des techniques d'hypnose surtout au début de notre pratique.

Je dois puiser de l'énergie pour garder ma disponibilité à l'hypnose certains jours : Soit parce qu'il y a tout simplement des jours de non disponibilité, de « ne pas avoir envie », vouloir en faire le minimum.

D'autres jours, c'est le contexte qui me rend peu disponible : une trentaine de patients dans la filière médecine en attente (principalement des personnes âgées pour altération de l'état général, décompensation respiratoire, douleur abdominale qui demande un minimum d'examen complémentaires.....) avec des délais d'attente pouvant aller jusqu'à 6 heures. Il faut sénioriser les internes (l'interne n'est-il pas passé « à côté » d'un diagnostic...). Une certaine pression s'installe...

C'est pourtant dans ces journées surchargées que l'apport de l'hypnose médicale prend tout son sens aux urgences. Elle permet d'améliorer nos prises en charge et également la satisfaction du soignant.

Conserver motivation et plaisir dans l'exercice de son travail aux urgences passe sûrement par une prise de recul du médecin. Le médecin n'est pas responsable de l'inadéquation d'une structure prévue pour 100 patients par jour qui en absorbe parfois au final 170 par 24 h, il n'est pas responsable des dysfonctionnements de l'informatique ni des délais de brancardage...

Faire ce que l'on peut avec ce que l'on a et prendre peut être parfois un peu plus de temps avec les patients sans culpabiliser est sans doute une ébauche de réponse. La pratique de l'autohypnose est certainement une autre réponse qui pourra se mettre en place dans un deuxième temps.

## CONCLUSION

Cette formation en hypnose médicale ainsi que mes premières expériences d'hypnose aux urgences, m'ont convaincu de l'intérêt de cette pratique. Elle est un levier puissant, non pharmacologique qui adjointe à l'arsenal thérapeutique conventionnel de l'urgentiste améliore la qualité des soins et la prise en charge globale du patient.

Au début, j'ai eu des réticences sur la pratique de l'hypnose aux urgences. Il me semblait que le calme et la disponibilité était un préambule indispensable à cette pratique et qu'elle était donc très souvent en inadéquation avec les conditions d'exercice dans le service d'urgence. Comment réussir à gérer cette dualité : ambiance sereine et calme d'un côté s'opposant aux contraintes organisationnelles des urgences, au flux de patients ?

Mes premières expériences m'ont révélé une tout autre vérité. Au lieu d'être chronophage, l'hypnose a apporté un gain de temps, une prise en charge de qualité et un meilleur ressenti du patient. En outre, il s'est avéré que le patient pouvait parfaitement mobiliser ses ressources malgré une ambiance semblant au départ peu propice. En intégrant l'environnement dès l'induction hypnotique, mes premières expériences m'ont montré que le patient était très suggestif.

L'adjonction de l'hypnose pour optimiser la gestion de la douleur induite par les soins a engendré une meilleure prise en charge du patient, une diminution de la douleur, un meilleur ressenti notamment dans le domaine de la traumatologie (suture de plaie chez l'enfant, réduction de luxation chez l'adulte).

En dehors de l'effet thérapeutique, il semble que la simple communication hypnotique aux urgences a également un effet préventif sur les conflits qui pourrait naître entre patients et soignants.

Tout soignant, a déjà regretté une prise en charge inadéquate. Fatigue, surcharge de travail, problèmes personnels nous amène parfois à un défaut d'empathie que le patient remarque rapidement et qui modifie sa confiance envers le soignant.

La communication hypnotique désamorce ces éventuels reproches.

L'hypnose grâce à ces outils relationnels et linguistiques permet une communication de qualité et donc thérapeutique.

Par contre certains facteurs me limitent dans ma pratique de l'hypnose aux urgences.

Le facteur principal serait ma propre disponibilité, mais cela reste très personnel. Un de mes prochains objectifs : améliorer mon propre confort, gérer au mieux mon anxiété pour être plus disponible et pratiquer de façon plus intensive l'hypnose. La pratique de l'autohypnose devrait m'aider, ce sera la prochaine pièce du puzzle hypnotique.

L'hypnose est une méthode complémentaire, non conventionnelle qui se pratique actuellement de plus en plus en France et est de mieux en mieux intégrée à l'offre de soins. L'hypnose amène de grands changements dans la relation soignant-soigné, le patient devient acteur, il reprend sa position centrale dans le soin. Il découvre qu'il est possible de « bien vivre » le soin, de mieux gérer sa douleur, ou d'appréhender positivement les soins et d'en garder un souvenir non traumatisant voire une impression de bienveillance. L'hypnose apporte des bénéfices tant chez le patient, le thérapeute, que chez les soignants ou l'entourage présents lors des soins, procurant un apaisement de part et d'autre. Le soin est prodigué dans une ambiance plus calme et détendue, laissant un vécu plus positif pour chacun.

Comment développer la pratique de l'hypnose dans un service d'urgence ?

A l'heure de la rentabilité et des économies, il serait intéressant de promouvoir plus d'études aux urgences sur la pratique de l'hypnose. Il faudrait aussi favoriser la formation continue, que l'hypnose devienne un vrai projet de service.

De plus, il existe un code acte dans la classification commune des actes médicaux (CCAM) libellé « Séance d'hypnose à visée antalgique » (code ANRP001), mais cet acte est non remboursable. Pour une reconnaissance et un meilleur suivi, ne faudrait il pas pouvoir faire une « vraie » cotation ? Cela valoriserait le travail du praticien et permettrait de développer la pratique de l'hypnose

## BIBLIOGRAPHIE

1. Riskin JD, Frankel FH. A history of medical hypnosis. *Psychiatr Clin North AM* 1994 ; 17 :601-9
2. Faymonville M.E, Laurey S, Degueldre C., Delfiore G, Luxen A., Franck G, Lamy M., Maquet P “Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis”, *Anesthesiology*, 2000, May:92 (5),1257-67
3. Lang J.V.L , « can words hurt? Patient-provider interactions during invasive procedures », 2005;*Pain* n°114,03-30
4. Celestin I, Bioy A, *Aidémémoire Hypnoanalgésie et hypnosédation*, 2014, Dunod ; Bioy A, 4 :29-33
5. Celestin I, Bioy A , *Aidémémoire Hypnoanalgésie et hypnosédation*, 2014, Dunod; Celestin I, 14 :94-98
6. Virot C, Bernard F, *hypnose, douleurs aiguës et anesthésie*, Arnette ,2010
7. Celestin I., Bioy A, *Aidémémoire Hypnoanalgésie et hypnosédation*, 2014, Dunod ; Bioy A, 40-42 :302-323
8. Fromm E., Kahn S., *Self hypnosis: the Chicago Pradigm*, New York, Guilford, 1990
9. Gibson H.B., Heap M., *Hypnosis in therapy*, hove, Lawrence Erlbaum,1991
10. ÉTUDES et RÉSULTATS n° 889 - juillet 2014 Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation
11. Bioy A Bourgeois F Nègre I, *La communication entre soignant et soigné. Repères et pratiques*. Bréal ,2013 :60

12. Byrne G, Weyman R Patient anxiety in the accident and emergency department. J Clin Nurs, 1997 ;6 (4), :289 -295.
13. 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.
14. Coutaux A, Collin E. Douleurs induites par les soins : épidémiologie, retentissements, facteurs prédictifs. Douleur et Analgésie. 2008; 21(3):126–138
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 ,2012 ( Chateau-Thierry, France)
- 17 .Gueguen J., Barry C., Hassler C., Falissard B. « Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose », rapport Inserm remis à la DGS, mai 2015.
- 18.Garden-Breche F, Desanneaux-Guillou S., Hypnose médicale en situation difficile, ed.Arnette, 2014
19. Iserson K.V., « An hypnotic suggestion: review of hypnosis for clinical emergency care », The Journal of Emergency Medicine, 2014, Vol. 46, N° 4, pp. 588-596.
20. Benhaïem JM. Rainville P, Mairlot E et al. L hypnose médicale. 2<sup>e</sup> ed Paris :Med-Line éditions ; 2012 p175-196
21. Célestin-Lhopiteau I. Centre National de ressources de lutte contre la douleur. Prise en charge non pharmacologique de la douleur provoquée par les soins. 2013
22. Celestin I, Bioy A, Aide-mémoire Hypnoanalgésie et hypnosédation, Dunod, 2014 ;18-21 p136-161

23. Iserson KV. Hypnosis for pediatric fracture reduction. *The journal of emergency medicine*. 1999;17(1):53–56.
24. Gupta D, Argawal A, Dhiraaj S et al. An evaluation of efficacy of balloon inflation on venous cannulation pain of children : a prospective, randomized, controlled study. *Anest Analg*;102:1372-5,
25. Wood C. L'hypnose : une réponse possible à la prise en charge de la douleur des enfants et des adolescents. *Enfance*. 2006 ; 1 : 26-39
26. Assie JM, Jeangeorges B. Luxations traumatiques au SAU et en SMUR. Congrès international hypnose et douleur (4 : 2012: Quiberon, France). In : *Emergences*.,
27. 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.
28. Peebles-Kleiger MJ. The use of hypnosis in emergency medicine. *Emergency medicine clinics of north america*. 2000;18(2):327-38.
29. Erickson M .H, *L'hypnose thérapeutique*, ESF, 2015
30. Bernard F., Musellec H., *La communication dans le soin* , Arnette, 2014 ; p65
31. Gandhi B. et Oakley D.A. “Does ‘hypnosis’ by any other name smell as sweet? The efficacy of ‘hypnotic’ inductions depends on the label ‘hypnosis’”. *Consciousness and Cognition* 14,2005;04-305
32. Bertholet O, Davadant M, Cromec I, Berger MM., “Hypnosis integrated in burn care: impact on the healthcare team’s stress. *Rev Med Suisse*”, 2013 Sep 11; 9(397):1646-1649.