

Hypnose et Hypnosédation
Constat et Perspectives

1	MOTIVATIONS	2
2	GÉNÉRALITÉS	3
2.1	DÉFINITION	3
2.2	ÉTYMOLOGIE	3
2.3	HISTORIQUE	4
2.4	DIFFÉRENCE AVEC LA SOPHROLOGIE ET LA RELAXATION.....	8
3	GRANDS PRINCIPES DE L'HYPNOSE	10
3.1	INTERACTIONS ENTRE THÉRAPEUTE ET HYPNOTISÉ	10
3.2	LES SUGGESTIONS	10
4	PROCESSUS HYPNOTIQUE	12
4.1	DESCRIPTION CLASSIQUE D'UNE SÉANCE D'HYPNOSE	12
4.2	CLINIQUE DE L'HYPNOSE	12
4.3	INDICATIONS	13
5	HYPNOSÉDATION	14
5.1	DÉFINITION	14
5.2	SÉQUENCE.....	14
5.3	INDICATIONS	15
5.4	CONTRE INDICATIONS	16
5.5	LIMITES.....	16
5.6	CONSULTATION.....	17
6	ETUDES CONCRÈTES	18
6.1	CHU NANTES DE NOVEMBRE 2001 À JUIN 2004	18
6.2	ÉTUDE PROSPECTIVE AU CHU DE LIÈGE SAINT TILMAN.....	19
7	ETUDE DE PRATIQUE ET DE DÉVELOPPEMENT	20
7.1	ANALYSE DU QUESTIONNAIRE DES PRATIQUANTS	21
7.2	ANALYSE DU QUESTIONNAIRE DES NON PRATIQUANTS	25
7.3	CONCLUSIONS CROISÉES DES RÉPONSES AUX ÉTUDES	31
8	CONCLUSION GÉNÉRALE	32
	BIBLIOGRAPHIE	33
	ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE POUR LES PRATIQUANTS	34
	ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE POUR LES NON PRATIQUANTS	35

1 Motivations

J'ai démarré ma carrière d'IDE au sein d'un bloc opératoire en secteur privé. Je fus confrontée aux nécessités d'apprendre vite, dans un lieu où la rentabilité impose un rythme qui laisse peu de place à la prise en charge psychologique du patient. Issue du diplôme mixte d'infirmier, il me semblait évident de prendre en charge les patients, dans leur globalité, de leur apporter un minimum d'attention humaine avant leur intervention.

A l'époque, la notion d'anxiolyse m'était étrangère. Par la suite, mon expérience m'amena à prendre en charge les patients en SSPI. Force était de constater la qualité des réveils en fonction de la qualité des endormissements. En fonction des anesthésistes et de leur approche du patient, nous pouvons nous attendre à des réveils calmes ou agités.

Ma rencontre avec l'hypnose et l'hypnosédation eu lieu lors de mon premier stage de première année d'étude IADE. J'ai rencontré des IADE pratiquant les deux techniques. Je fus stupéfaite de l'efficacité de ce type de prise en charge pour l'anxiolyse et l'acceptation des soins par les patients, ainsi que de l'opportunité d'effectuer certaines interventions chirurgicales sans recourir à l'anesthésie générale ni l'anesthésie locaux-régionale. Il m'a semblé formidable de recourir aux propres ressources du patient et d'en faire un acteur à part entière de son soin : il ne subit plus, il participe.

J'ai souhaité par le biais de ce travail, découvrir ces phénomènes hypnotiques, les techniques existantes pratiquées. Je me demande dans quelle mesure ces techniques sont applicables, le type de difficultés éventuellement rencontrées, les réactions qu'elles peuvent susciter et enfin dans quelle mesure ces techniques pourraient se développer.

2 Généralités

2.1 Définition

De multiples définitions ont été avancées, j'ai choisi de retenir celle de la British Medical Association de 1955, que Mme Faymonville rappelle dans ses publications :

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

2.2 Étymologie

Le mot hypnose est issu du grec *Hupnos* qui veut dire “sommeil”.

2.3 *Historique*

2.3.1 Points de repère

Voici quelques points de repère de l'histoire de l'hypnose :

- Les premières traces vérifiables de l'hypnose datent d'il y a 3000 ans, en Égypte sous Ramsès II, 20ème dynastie... Une stèle découverte par Musès en 1972, décrit une séance "d'hypnose".
- Puis à travers les siècles en Grèce : Socrate, et le "terpnos logos". Il se décrit lui-même comme "accoucheur d'âmes". Ou encore un de ses contemporains, Antiphon d'Athènes, dont le frontispice de sa maison annonce qu'il a le pouvoir de "guérir avec les mots". En Europe, druides et prêtres, et jusqu'au fond de l'Afrique, de l'Amérique, de l'Australie et sur la Banquise (sorcières, chamans...) partout on retrouve des coutumes de soins et des rituels qui incorporent certains éléments de l'hypnose thérapeutique moderne.
- 1529, Paracelse, célèbre médecin et alchimiste suisse, livre les premières données scientifiques (*pour son époque*) sur le "magnétisme animal", tel que l'appellera Mesmer.
- 1750, le père Johann Joseph Gassner est considéré comme le précurseur de la thérapie avec son *exorcismus probativus*, assez proche de plusieurs pratiques thérapeutiques reconnues actuelles.
- 1766, le docteur Franz Anton Mesmer, disciple spirituel de Paracelse, inspiré par sa pratique et ses écrits devient le premier "psychothérapeute" des temps modernes avec le "Magnétisme Animal". Malgré ses détracteurs, il triomphe dans tous les royaumes civilisés
- 1784, Chastenot de Puységur, disciple de Mesmer, découvre la transe somnambulique (*l'hypnose comme un "état" plutôt qu'une action extérieure*). Et l'Abbé de Faria, moine portugais célèbre pour son apparition dans le Comte de Monte-Cristo, de Dumas, pose les premiers fondements de l'École de Nancy (*prépondérance de la suggestion*).
- *La même année*, Louis XVI ordonne une enquête sur l'existence du magnétisme animal. Une commission siégera, où l'on retrouve Benjamin Franklin, Lavoisier, Jussieu... son rapport final sera négatif quant à l'existence du magnétisme animal, mais positif quant aux résultats produits. Le contexte puritain de l'époque, effrayé de la proximité thérapeute/patient, redoute d'éventuels travers "sexuel" des *mesmériens*... le discrédit qui s'en suit signera la fin de l'âge d'or du *mesmérisme*.
- 1824, quarante ans plus tard, Deleuze codifie la pratique du *magnétisme* et le propulse à nouveau au premier rang des thérapies de l'époque. Partout en Europe, dans les cours royales et impériales, on soigne par mesmérisme.
- 1837, le rapport Husson réhabilite le "magnétisme" de Mesmer. Toutefois, il ne sera pas publié, par crainte du ridicule... comment expliquer l'existence de quelque chose que l'on ne peut quantifier ?

- 1841, James Braid, chirurgien écossais, pose les bases scientifiques de ce qu'il va appeler : "*l'Hypnose*". L'hypnose étant officiellement née, il crée dans la foulée la notion de *monoïdéisme* : selon Braid la transe hypnotique survient lorsque le patient est concentré sur une seule et unique idée. La théorie du magnétisme, trop impalpable, tend à être remplacée par l'idée d'une relation patient/thérapeute. De nombreux professionnels de santé se lancent dans l'aventure.
- *A la même période* : John Elliotson, professeur de chirurgie et inventeur du stéthoscope introduit l'utilisation de l'hypnose en hôpital, pour les anesthésies. Le docteur Parker (*Mesmeric Hospital, Dublin*) publie le compte rendu de 200 interventions sous hypnose, dont une amputation indolore ; et James Esdaille, chirurgien lui aussi écossais, exerçant à Calcutta, rapporte plus de 2000 interventions, dont 315 majeures réalisées sous "anesthésie mesmérisme"... C'est au tour de l'Hypnose d'avoir son âge d'or... jusqu'en 1846, avec l'invention du chloroforme, qui supplantera l'hypnose pour les anesthésies!... C'est la fin (pour un temps) de l'hypnose clinique.
- *Pendant ce temps*, aux États-Unis se crée la "Société du Magnétisme", à la Nouvelle Orléans, avec Morton Prince (*personnalités multiples*) et surtout Benjamin Rush, père de la psychiatrie américaine.
- 1866, Ambroise-Auguste Liébaux, médecin de campagne, convainc le professeur Hippolyte Bernheim de l'importance de l'Hypnose. C'est le début de l'École de Nancy. Le professeur Bernheim donnera naissance au terme "*Psychothérapie*" en 1891, qui désigne sa méthode thérapeutique, basée sur la suggestion hypnotique.
- 1878, Jean-Martin Charcot, titulaire de la première chaire de neurologie créée dans le monde, fonde l'École de la Salpêtrière : l'Hypnose comme état pathologique rattaché à l'hystérie. Et pour cause, dans le service où Charcot travaillait, il ne voyait que des femmes hystériques. Et il n'a jamais fait une induction : ses étudiants s'en chargeaient... De là à arriver à des conclusions hâtives, il n'y a qu'un pas... qu'il a franchi ! Mais sa position, vieille de plus d'un siècle, subsiste dans les esprits de bon nombre de médecins actuels... Bref, à l'époque, c'est le début de la fameuse "bataille" d'école la Salpêtrière-Nancy : "état pathologique" contre "état naturel"... laquelle bataille ne s'est terminée qu'à la mort (naturelle) de ses antagonistes. Plus d'un siècle plus tard, la Science tranchera...
- 1885, Sigmund Freud âgé de 29 ans, en stage à la Salpêtrière pendant quatre mois, se convainc lui aussi de la réalité du phénomène hypnotique et de son importance pour la compréhension des processus psychiques. Il achèvera sa formation en hypnose à Nancy avec Bernheim, en 1889, mais ne maîtrisera jamais vraiment la technique, qu'il abandonnera (*à l'époque trop autoritaire, et ne correspondant plus à ses recherches*). Toutefois, il enverra toute sa vie les patients ayant besoin d'une thérapie plus que d'une analyse à ses collègues hypnothérapeutes !
- 1891, nous voilà en Russie : A.A. Tokarski, mondialement connu pour ses travaux sur la

mémoire, inaugure le premier “Cours d'Hypnose et de Psychologie physiologique” à l'université de Moscou. un peu plus tard, Ivan Petrovitch Pavlov, à travers son étude du système nerveux supérieur, élabore la théorie neurophysiologique de l'Hypnose, considérée comme un tournant décisif. L'Hypnose serait-elle finalement un état physiologique ?...

- 1900, en France, Émile Coué, simple pharmacien nancéen, après avoir appris les techniques de l'hypnose auprès de Liébault, répand sa désormais célèbre “Méthode Coué” de par le monde : Paris, Bruxelles, Londres, puis les USA .
- 1919, l'hypnose est passée de “mode”... Pierre Janet, père de la Psychologie Clinique, poursuit seul en France ses travaux sur le phénomène hypnotique.
- *A la même période*, K.M. Bykov, élève de Pavlov, jette les bases de la médecine psychosomatique et démontre que toute une série d'affections comme l'ulcère à l'estomac, l'hypertension artérielle, l'asthme, etc... peuvent être déclenchées par des perturbations de l'activité nerveuse supérieure.
- 1957, toujours en Russie, K.I. Platonov analyse l'importance considérable des mots chez les sujets en état hypnotique comme en état de veille “normal”. Une expérience montre qu'il est possible d'accélérer la coagulation du sang et la cicatrisation d'une plaie ouverte, chez un sujet en transe hypnotique, au son d'un métronome. Ensuite, le seul son du métronome -hors hypnose- suffit à faire coaguler le sang. Et bientôt, on se rend compte que le *mot* “métronome” a le même effet ! Le cerveau humain est donc capable de se servir d'abstraction pour modifier son équilibre. Avec Velovski et Nikolaïev, Platonov met aussi au point la méthode d'accouchement dite “psychoprophylactique” (*sans douleur*). Et pendant ce temps, J.H. Schultz élabore en Allemagne la technique de relaxation par “Training autogène” , inspirée des anciennes techniques d'auto-hypnose d'Oskar Vogt.
- *Aux États-Unis*, les travaux de Milton Hyland Erickson, psychiatre américain né en 1901, bouleversent les conceptions de l'Hypnose et de la Thérapie en général. Bateson, Watzlawick, Weakland et Haley, membres de la fameuse École de Palo Alto, le considèrent comme le “ *père de la communication moderne* “. L'Hypnose Ericksonienne est née, et va grandir grâce aux élèves d'Erickson tels de Jay Haley, Jeffrey Zeig ou Ernest Lawrence Rossi, qui va s'intéresser à ses fondements psychobiologiques. La pratique de Milton Erickson sera également aux origines de la Programmation Neuro-Linguistique (PNL) de Richard Bandler et John Grinder, dans le milieu des années 1970.
- En 1979, Daniel L. Araoz, célèbre sexologue et hypnothérapeute, baptise cette forme de travail hypnotique : “Nouvelle Hypnose”. A la même époque, des gens comme les docteurs Malarewicz et Godin, et surtout Alain Cayrol -qui fut le premier enseignant français certifié en Hypnose Ericksonienne et en PNL, avec l'appui de Jeffrey Zeig, Richard Bandler et John Grinder- *important* cette “Nouvelle Hypnose” en France.

2.3.2 Le pionnier : Milton-Erickson

Milton Hyland Erickson (1901-1980), psychiatre et psychothérapeute américain, a personnellement souffert de diverses maladies et problèmes physiques : il était dyslexique, ne pouvait percevoir les rythmes et la hauteur des sons, il ne voyait vraiment bien que la couleur violette, qu'il adorait et utilisait beaucoup. Une vie de souffrance et de combat contre la maladie a sans aucun doute participé à forger sa personnalité obstinée, inventive, et probablement -paradoxalement- à lui donner un grand sens de l'humour.

A l'âge de 17 ans, il est donc frappé par la poliomyélite ! Furieux d'avoir entendu le médecin annoncer à sa mère que son fils mourrait sans doute avant le lever du jour, il mobilise toutes ses ressources et réussit à survivre jusqu'à l'aurore... Toutefois, aux premiers rayons de soleil, il sombre dans un profond coma, trois jours et trois nuits durant, qui le laissera entièrement paralysé. Il "profitera" de cette immobilité forcée pour aiguïser un sens de l'observation déjà développé.

La légende raconte qu'un jour, alors qu'il avait été mis à reposer sur le rocking-chair habituel, face à la fenêtre, il fut pris d'une si grande envie de pouvoir revoir les travaux de la ferme familiale que son fauteuil finit par se mettre à basculer !... Surpris et sans doute plein d'espoir, il se mit à travailler sur cet effet de l'imagination qui avait bel et bien réussi à faire bouger son corps paralysé. Milton Erickson venait de redécouvrir l'activation idéomotrice de l'Hypnose de Bernheim.

Un an plus tard, il était debout ! Six mois après, il partait seul en randonnée, en canoë, afin de prouver à ses parents sa santé retrouvée.

Erickson, jeune médecin, étudie d'abord l'Hypnose classique, qui le déçoit par son manque d'adaptabilité. Il met alors en place sa propre "façon de faire", loin des inductions ritualisées et autoritaires de l'époque. Il travaille d'arrache-pied, embauchant tôt le matin, débauchant tard dans la nuit après avoir passé un moment avec sa femme... à épurer les notes de ses consultations de la journée : il veut extraire de chaque phrase, de chaque mot, l'essence active, la puissance de changement... et purge l'inutile ! Il trouva tout de même le temps de faire huit enfants.

Dans le milieu des années 1950, Milton Erickson dut prouver sa compétence éthique et scientifique devant le "Conseil de l'Ordre des Médecins" de l'époque, qui trouvait étrange sa pratique et voulait le radier !... Comme quoi... Erickson fit ses preuves et sortit victorieux de cette confrontation qu'ont encore parfois à subir nos praticiens modernes.

A l'âge de 50 ans, la poliomyélite le frappe à nouveau, ce qui est quand même aussi un phénomène peu courant et qui a participé à sa "légende"... car il s'en guérit à nouveau ! Erickson gardera toutefois les séquelles de cette deuxième crise jusqu'à la fin de ses jours : à la fin de sa vie, il ne se levait plus que pour passer de son fauteuil roulant à son bureau, son bras droit était presque complètement invalide, son dos le faisant énormément souffrir, son corps balançait de gauche et de droite spontanément et il avait de la peine à parler, ce qui lui donnait cette voix grave et rocailleuse si particulière.

D'un naturel joueur et curieux de la vie, Erickson utilisait son corps et ses différences. Il prenait plaisir à plaisanter avec ses patients, à expérimenter avec eux de nouvelles approches. Margaret Mead, femme de Gregory Bateson, tous les deux proches amis de la famille Erickson, affirme n'avoir jamais vu Milton Erickson utiliser deux fois la même technique sur deux cas pourtant d'apparences semblables... Et il aurait vu quelques trente mille patients dans sa carrière!

Aujourd'hui la pratique de l'Hypnose Thérapeutique a considérablement évolué. On gardera de Milton H. Erickson la mémoire d'un pionnier et d'un découvreur.

2.4 Différence avec la sophrologie et la relaxation

Il existe différentes techniques utilisant les propres ressources des sujets. Ces techniques (relaxation, sophrologie) diffèrent quelque peu de l'hypnose.

2.4.1 Sophrologie

Étymologie :

sos : exempt de maladie, équilibre, harmonie

phren : diaphragme, âme affective, conscience

logos : science étude du discours

Définition :

Science ou école scientifique qui étudie la conscience, ses modifications et les moyens physiques, chimiques et psychologiques, pouvant la modifier, dans un but thérapeutique, prophylactique ou pédagogique en médecine.

Terme créé par Alfonso Caycedo, neuropsychiatre. Méthode conçue par l'étude de la conscience harmonieuse et sa conquête de l'équilibre du corps et de l'esprit par la répétition de techniques psycho-corporelles.

But :

sortir d'une vision non réaliste et négative pour voir les choses telles qu'elles sont en renforçant le positif que nous avons en nous. Cela revient à une somatisation du positif.

2.4.2 Relaxation

Étymologie :

Re-libérer : le prisonnier a une relaxe d'un point de vue pénal

Définition :

Libération de ressources et d'énergies nouvelles présentes en chacun de nous. Elle s'oppose à l'enseignement, l'éducation socio-familio-culturel judéo-chrétienne qui est de ne jamais se relâcher.

Elle aboutit à un relâchement musculaire, corporel. Elle guide le corps et l'esprit vers la re-découverte d'un état physiologique inscrit dans la mémoire cellulaire.

Nécessité – but :

Le sujet doit présenter une autonomie, une disponibilité minimale intellectuelle et temporelle permettant une acceptation et un véritable engagement.

Il va rechercher un état conscient de détente psychocorporelle qui l'animera au moment d'abandon, de lâcher-prise

La relaxation permet une meilleure gestion du stress, de l'anxiété et de la douleur.

Ces expériences sont très directives en opposition à l'hypnose ericksonienne suggestive. Leur intérêt se situe plus dans une démarche de bien être sur le long terme, elles sont peu adaptées à la

ponctualité de l'anesthésie et elle ne permettent pas d'effectuer des interventions chirurgicales.

3 Grands principes de l'hypnose

C'est une méthode suggestive, en opposition avec les méthodes classiques directives. Elle a été élaborée par Paul Watzlawick, élève de l'école Palo Alto.

3.1 Interactions entre thérapeute et hypnotisé

3.1.1 Feed Back

L'échange entre les deux protagonistes doit se faire dans les deux sens, tant au niveau verbal, qu'au niveau non verbal.

Cet échange nécessite une observation attentionnée du thérapeute afin d'obtenir les informations non verbales.

3.1.2 Mode de langages de deux ordres

Il peut être digital (ou verbal) : ce sont les mots du langage.

Il peut aussi être analogique (ou non verbal) : c'est le domaine du non dit, de l'attitude, du comportement, de la sonorité de la voix, des hésitations.

Il est nécessaire au thérapeute de faire un lien, une analyse de ces deux modes.

Le thérapeute doit utiliser les deux modes, sachant que l'analogique, bien que non précis, est le plus efficace des deux modes, il oppose moins de résistance.

3.1.3 Congruence et incongruence

Il existe différents niveaux de logiques entre mode digital et analogique entraînant une contradiction.

La congruence consiste en une concordance entre les deux modes. Le thérapeute se doit, le plus souvent, de rester congruent.

L'incongruence est parfois utilisée pour détourner les résistances de l'hypnotisé.

3.2 Les suggestions

3.2.1 Implication

L'implication consiste à utiliser une question afin de suggérer : *“Fermez les yeux, quand pensez vous que vos yeux se fermeront ?”*

3.2.2 Séquence d'acceptation

Elle consiste en une série d'évidences énoncées, entraînant un acquiescement.

Il est possible aussi d'utiliser des “truismes” (*“Il est plus agréable d'être confortable”*).

Le but de cette séquence est d'obtenir une succession de *“oui”* verbalisés ou non.

3.2.3 Le lien

Le lien consiste à faire une liaison entre deux idées, ou deux phénomènes ; la présence de la première assure l'apparition de la seconde : *“Pendant que vous respirez, vos paupières deviennent plus lourdes”*

3.2.4 Le double lien

C'est un outil de communication paradoxal qui fait perdre au sujet la possibilité de choisir. Le but est l'acceptation et la baisse des résistances du patient. Ses résistances ne sont plus un obstacle, mais deviennent une étape surmontable permettant l'apparition des phénomènes hypnotiques.

Toutefois, en utilisant la méta-communication, il est possible au patient d'échapper au double lien.

La méta-communication est le fait de communiquer sur la forme et non le fond, sur la communication elle-même : *“C'est complètement idiot ce que vous me dites”*. Le patient passe à un autre niveau de logique, le thérapeute peut récupérer la situation en acceptant la réponse et en procédant à la reconstruction d'un nouveau double lien.

3.2.5 Saupoudrage

Le saupoudrage consiste en l'isolement de mots, par un détachement, au sein du discours. Il est possible de les isoler par des pauses ou en changeant l'intensité de la voix.

Ces mots ainsi isolés permettent une suggestion indirecte qui est du domaine analogique.

Ce saupoudrage, dans le cadre de l'anesthésie, utilisera des mots positifs pour faire accepter les soins.

3.2.6 Suggestions ouvertes

Par l'énumération d'un grand nombre de propositions, le thérapeute augmente les probabilités de tomber juste sur le ressenti du patient. Dans le cas d'une sensation dans les mains : *“froid, chaud, engourdissement, lourdeur, moiteur”*.

3.2.7 Suggestion du comportement par processus idéodynamique

C'est une idée transmise par le thérapeute est acceptée par le patient dans le but de la transformer en acte. Par exemple à l'induction : *“En vous réveillant, vous aurez faim”*. Au réveil, le patient a la sensation de faim, cette sensation s'oppose aux sensations de nausées et de vomissements, le but étant de combattre les nausées post-opératoires.

En conclusion, ces moyens sont autant de “cartes” dans le jeu du thérapeute afin de permettre l'accession au processus hypnotique par le patient.

4 Processus Hypnotique

La réorientation interne par focalisation sera adoptée, individualisée à chaque patient. Les différentes techniques seront utilisées dans le but de découvrir la plus efficace.

4.1 *Description classique d'une séance d'hypnose*

4.1.1 Induction

Elle correspond à la première étape du processus permettant d'entrer dans un état d'hypnose.

Cette période peut être de durée variable, en fonction des résistances opposées par le patient, de la technique utilisée, du climat de confiance entre le thérapeute et le patient.

4.1.2 Approfondissement – la transe

La profondeur de l'état hypnotique est définie par un ensemble de phénomènes observés (signes cliniques).

4.1.3 Réveil

C'est la sortie de l'état hypnotique.

Comme je viens de l'évoquer, au cours de la séance, un ensemble de signes cliniques fait son apparition. Ces signes permettent d'estimer la profondeur de l'état hypnotique.

4.2 *Clinique de l'hypnose*

4.2.1 Catalepsie – hypotonie

Elle se traduit par une tonicité involontaire de l'ensemble des muscles, il apparaît une spasticité cireuse des membres. Elle traduit un état hypnotique bien installé.

4.2.2 Suggestibilité

C'est la propriété du patient à transformer des idées en actes, en sensations (évoquant d'un repas entraîne la sensation de faim, des crampes d'estomac).

4.2.3 Dissociation

C'est la division du psychisme qui sépare le conscient de l'inconscient, une partie du sujet est engagée dans le processus hypnotique, l'autre partie reste en position d'observateur.

4.2.4 Signaling

Ce sont des signes physiques involontaires de profondeur d'hypnose : salivation, ralentissement de la respiration, larmoiement, difficulté d'élocution.

4.2.5 Modification de la perception de la douleur

La composante émotionnelle de la douleur est modifiée, transformant cette sensation douloureuse en inconfort. Cette modification est particulièrement recherchée pour la mise en place des voies veineuses, la réalisation d'un pansement ou encore lors de l'attente de soins.

4.2.6 Autres signes

Amnésie post-hypnotique, la distorsion de la perception du temps, la facilité de régression en âge permettant la revisualisation d'un événement difficile en enlevant la composante émotionnelle, les hallucinations.

4.2.7 Paraclinique

Des recherches ont été effectuées afin d'évaluer physiquement sur l'encéphale les conséquences de l'hypnose. Les EEG qui ont été pratiqués sur des patients sous hypnose, ne démontrent pas de signature spécifique de l'état hypnotique. Toutefois, il apparait que l'hypnose est différente du sommeil.

Enfin, il apparait une corrélation entre l'activité du cortex antérieur et les modulations des composantes affectives et nociceptives de la douleur, provoquées par l'hypnose.

En conclusion, l'ensemble de ces signes n'est pas systématiquement présent lors d'une séance exécutée au bloc. En effet ce type de séance se passe sur une durée trop longue pour être adaptée au bloc. Toutefois l'estimation de ces techniques sur quelques minutes peut induire des phénomènes hypnotiques suffisant à l'anxiolyse et à la pratique des soins.

4.3 Indications

4.3.1 Soins

Pansements, mobilisation de patients douloureux, pose de voie veineuse périphérique, de sonde gastrique ou urinaire, soins dentaires.

4.3.2 Urgence

Sans utiliser la transe classique, cela permet l'acceptation de soins en hospitalier ou pré-hospitalier (SAMU), la gestion de la douleur, du stress.

4.3.3 Services médicaux

- Utilisation possible en traumatologie, rhumatologie pour gérer des douleurs chroniques. Il est possible de former le patient à l'auto-hypnose.
- En service de brûlés, en dermatologie
- En pneumologie l'hypnose peut être utilisée en supplément des traitements classiques pour l'asthme.
- En neurologie, l'utilisation de l'hypnose peut permettre aux migraineux de diminuer l'intensité des crises. L'hypnose est aussi indiquée dans le traitement des insomnies.
- En psychiatrie, l'hypnose peut faire partie de l'ensemble des techniques thérapeutiques appliquées dans des cas de troubles du comportement.
- En gastro entérologie, l'hypnose peut être utilisée dans les troubles fonctionnels et somatiques digestifs.
- En oncologie, il a été constaté une meilleure efficacité de la chimio
- En médecine sportive, l'hypnose est utilisée dans des stratégies pour augmenter les performances.

En conclusion l'hypnose peut être utilisée dans toute pathologie présentant une composante psychologique, dans les maladies somatiques, dans les traitements de la douleur.

5 Hypnosédation

5.1 Définition

Technique anesthésique combinant l'hypnose à une sédation intra-veineuse. Elle a été développée pour la chirurgie plastique dans un premier temps, par le docteur Faymonville de Liège, en s'inspirant des pratiques hypnotiques, utilisées chez les grands brûlés.

5.2 Séquence

5.2.1 Induction hypnotique

Elle consiste en une fixation du regard, une suggestion de relaxation des muscles, de fermeture des paupières, une évocation d'un souvenir agréable défini à l'avance. Ce processus peut prendre 5 à 10 minutes.

5.2.2 Sédation

Utilisation d'un benzodiazépine : Midazolam 0,25 à 0,5 mg en IV

Utilisation d'un morphinique puissant : Rémifentanil 0,02 à 0,08 $\mu\text{g} / \text{Kg} / \text{mn}$ ou Alfentanil : 50 à 100 μg

5.2.3 Pratique d'une anesthésie locale

Le chirurgien peut injecter l'anesthésique local.

5.2.4 Préservation du bénéfice de l'hypnosédation

Isolement sensoriel par la baisse de l'ensemble des volumes sonores (scope, SaO₂, radio, équipe soignante).

Utilisation de musique préférentiellement par le biais d'écouteurs recommandés.

L'IADE ou le MAR doit être vigilant à l'apparition de signes d'inconfort chez le patient, un mode d'alerte aura été prédéfini avec lui (lever la main par exemple).

5.2.5 Surveillance des paramètres vitaux

Electro cardioscope - SaO₂ - PNI

L'utilisation d'un masque à O₂, avec capteur de PETCO₂, permettra d'administrer de l'O₂, et de détecter la survenue éventuelle d'apnée.

5.2.6 Antalgiques et fin de transe

L'analgésie post-opératoire aura été anticipée, la fin de la transe se fera à l'image du déroulement, calmement, en douceur.

5.3 Indications

L'hypnosédation est utilisée dans de nombreuses chirurgies.

5.3.1 Chirurgie cervico – ORL

- Thyroïde et parathyroïdectomie
- Septo-rhinoplastie, otoplastie
- Fracture du nez
- Blépharoplastie, dents de sagesse
- Lifting

5.3.2 Chirurgie digestive et gynécologique

- Cholecystectomie sous coelioscopie
- Hernie inguinale simple ou sous coelioscopie
- Cure de hernie ombilicale
- Ligature de trompes
- Curetage utérin
- Mammectomie

5.3.3 Chirurgie plastie

- Prothèses mammaires
- Lifting du cou

5.3.4 Autres chirurgies

- Dermatologie pour reprise de cicatrices, ablation naevus, lipome
- Ablation de matériel ostéoprothétique
- Pose de port à cath
- Contrôle de la douleur lors d'accouchement

5.4 Contre indications

5.4.1 Liées au patient

- Surdité
- Troubles majeures du comportement
- Troubles de la compréhension
- Démence
- Différence de langue

5.4.2 Allergiques

- au produit d'anesthésie locale
- au produit de sédation intra-veineux.

5.5 Limites

5.5.1 Structure

La structure peut amener certaines contraintes d'espace, de calme.

5.5.2 L' quipe

Une équipe peu réceptive, une affluence de personnel (stagiaires, externes, internes, élèves kiné, ...) dans une salle peuvent limiter la possibilité de pratiquer l'hypnose.

5.5.3 Transe

Le praticien doit accepter au bloc opératoire de ne pas pouvoir pratiquer une transe classique. Il doit aussi accepter l'échec s'il se présente et savoir renoncer pour ce patient.

5.5.4 Objectif

Les objectifs fixés doivent être réalistes et raisonnables, l'utilisation de suggestions simples en pré-op et post-op sera préférée. Le praticien devra adapter ses techniques au patient, il devra aussi ne pas pratiquer sur tous les patients. (CI)

5.5.5 Ressources

Un très grand nombre de ces limites est contournable, par des aménagements, des explications à l'équipe. L'échec en hypnose diminue si sa pratique est prudente et raisonnée.

5.6 Consultation

5.6.1 Pré requis

Le chirurgien doit être d'accord avec ce type d'anesthésie, afin de participer par la proposition de cette anesthésie, ainsi que par son comportement adapté en cours d'intervention.

Cette anesthésie pourra être proposée, soit parce que le terrain du patient (asa III-IV) s'y prête, soit devant une réelle appréhension vis à vis de l'anesthésie générale.

5.6.2 La consultation

Elle se déroule normalement concernant les questions sécuritaires d'anesthésie recommandées par la SFAR. Elle sera adaptée au terrain, demande d'exams complémentaires, et à la chirurgie. Concernant le versant hypnose, le MAR devra être formé aux techniques d'hypnose et pourra clairement instruire le patient sur les avantages, les inconvénients et le déroulement de la technique. Il insistera sur la collaboration du patient, sur son rôle actif et sur la confiance nécessaire dans l'ensemble de l'équipe. De façon plus précise, le MAR et le patient prédétermineront des sujets inducteurs de transe : souvenir, habitude agréable, lieu ou odeur rassurante. Par ailleurs, un geste précis sera choisit pour signaler tout inconfort ou douleur : mouvement de main, tapotement d'un doigt.

Après avoir étudié l'ensemble des versants théoriques de l'hypnose et de l'hypnosédation, j'ai recherché des études concrètes de pratique. Elles concernent exclusivement l'hypnosédation.

6 Etudes concrètes

Voici les conclusions d'études effectuées sur la pratique de l'hypnosédation.

6.1 *CHU Nantes de novembre 2001 à juin 2004*

Cette étude a été réalisée sur diverses chirurgies.

En digestif, sous hypnosédation :

- 8 patients ont subi une intervention sur hernie inguinale
- 9 pour coloscopie
- 1 pour dilatation oesophagienne

En endocrino :

- 23 thyroïdectomie totales ou partielles
- 2 parathyroïdectomies

Dans diverses chirurgies :

- ablation de lipome
- 3 nævus
- 3 poses de PAC
- 1 mammectomie avec curetage axillaire
- 2 ablations d'adénopathie cervicale

Ces patients présentaient des ASA allant de 1 à 4. Dans un premier temps, il n'y eut aucune conversion en anesthésie générale, il n'y a pas eu d'influence sur la durée opératoire. Les drogues utilisées étaient de la ropivacaïne pour le versant anesthésie locale, de l'alfentanil pour l'analgésie et des doses infimes (titration 0.25 mg) du midazolam pour la sédation. L'estimation de la durée opératoire par le patient était inférieure à la réalité. Ils ont pu, dès leur retour en chambre, boire manger et se lever. Ils n'ont pas souffert de nausées ni de vomissement, l'EVA post-opératoire était inférieure à celle habituellement rencontrée. Les patients se sont sentis moins fatigués. L'ensemble de ces critères les ont conduits à un indice de satisfaction de 8 sur 10. Ils ont pu sortir dès le lendemain, le degré de fatigue à J₁₀ était toujours inférieur à ceux habituellement rencontrés, ils ont pu reprendre une activité professionnelle plus rapidement.

En conclusion, au delà de la satisfaction d'une relation patient-soignant positive, on assiste à une diminution de la durée d'hospitalisation, des douleurs, de la fatigue ainsi qu'à une reprise plus précoce des activités habituelles et professionnelles des patients.

6.2 Etude prospective au CHU de Liège Saint Tilman

Cette étude comparative, effectuée par les docteurs Faymonville et Joris se situe sur la lobectomie thyroïdienne, deux groupes de 20 personnes réparties au hasard : 1 groupe sous anesthésie générale, l'autre groupe sous hypnosédation.

Cette étude a démontré d'une part, des durées d'intervention comparables entre les deux groupes, des pertes sanguines similaires, le poids des pièces comparable ainsi que le confort opératoire. D'autre part, le groupe anesthésié par hypnosédation a présenté des douleurs moins fortes, une fatigue moins importante et une convalescence plus courte, et donc une reprise plus précoce des activités. Les scores de satisfaction étaient de 9.5 sur 10 pour le groupe sous hypnosédation et de 7.3 sur 10 pour l'autre groupe.

Les conclusions de ces études sont largement en faveur de l'hypnosédation, tout en tenant compte de certains impératifs que sont : la participation et l'implication de l'ensemble de l'équipe, une présence du thérapeute, une étroite collaboration du thérapeute et du chirurgien enfin une manipulation chirurgicale douce et précise.

7 Etude de pratique et de développement

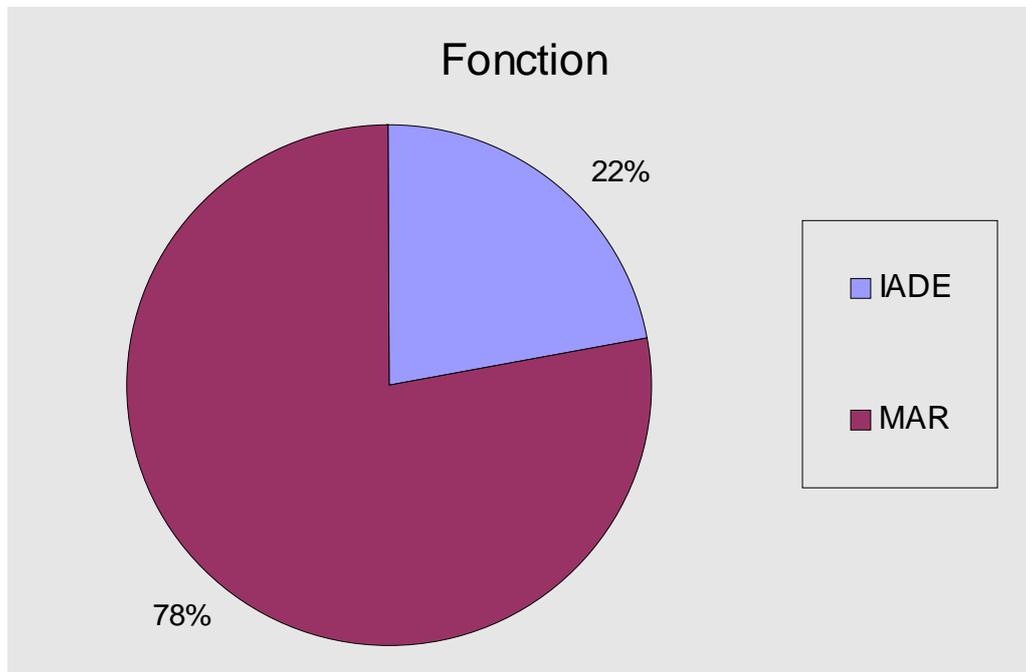
Après avoir étudié le versant théorique de l'hypnose, après avoir consulté des études concrètes sur les résultats qu'offrent ces techniques, un questionnement s'est fait quant à la pratique et les possibilités de développement.

Dans un premier temps, j'ai souhaité réunir des informations sur les praticiens, la fréquence de leurs pratiques, les indications ; ensuite j'ai souhaité savoir quels échos se retrouvaient auprès de l'ensemble de l'équipe de bloc (chirurgien – équipe chirurgicale), dans quelles circonstances ils souhaitaient ne pas pratiquer. Enfin, dans leur pratique quotidienne, quels bénéfices en retirait le patient et quels seraient leurs souhaits afin de progresser et développer ces techniques. J'ai choisi d'aborder ces thèmes dans un questionnaire et afin d'avoir une vision photographique de ces pratiques, je les ai envoyés dans différents lieux européens (Liège, Paris, Nantes, Toulouse). L'outil électronique a été un excellent moyen pour contacter ces personnes et la rapidité de leurs réponses a confirmé l'intérêt qu'ils pouvaient éprouver pour mon travail. (Cf. ANNEXE 1 : Questionnaire pour les pratiquants)

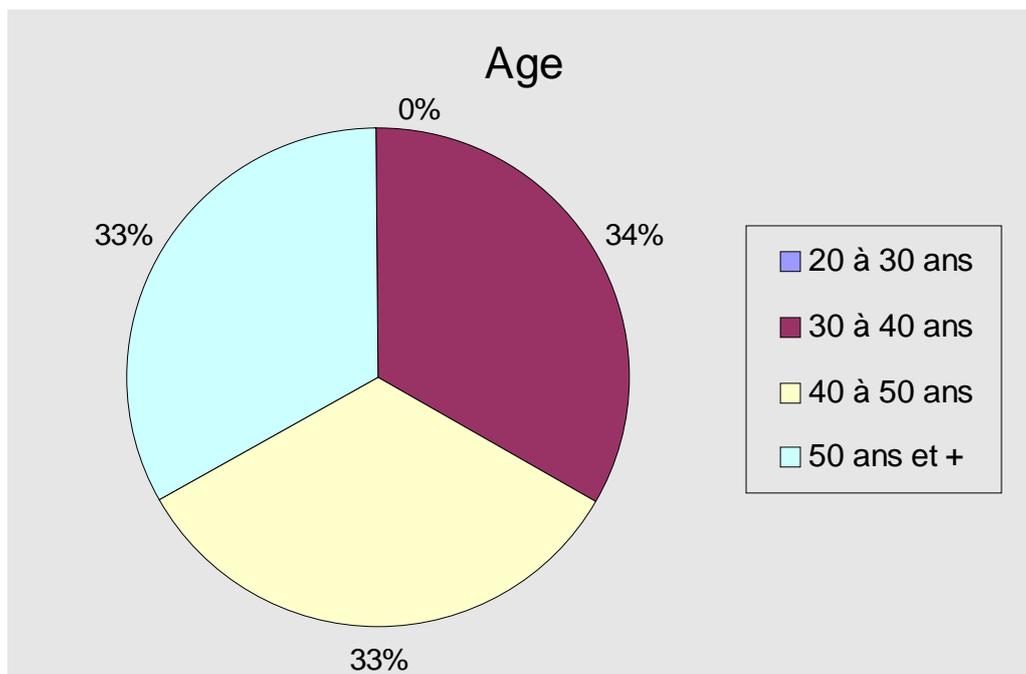
Dans un second temps, j'ai souhaité déterminer l'intérêt que ces techniques pouvaient présenter auprès de la population anesthésique (Mar, IADE, EIA). J'ai souhaité connaître l'étendue de leurs connaissances sur les indications de ces pratiques, enfin j'ai souhaité déterminer leur intérêt pour une éventuelle formation, leur motivation. Le but de ma démarche est de déterminer l'intérêt suscité par ces techniques et les possibilités humaines de développement. Souhaitant avoir une vision étendue des résultats, j'ai envoyé mes questionnaires dans différents sites français (Toulouse, Nantes, Poitiers). Je crois que mes conclusions y ont gagné en crédibilité. (Cf. ANNEXE 2 : Questionnaire pour les non pratiquants)

7.1 Analyse du questionnaire des pratiquants

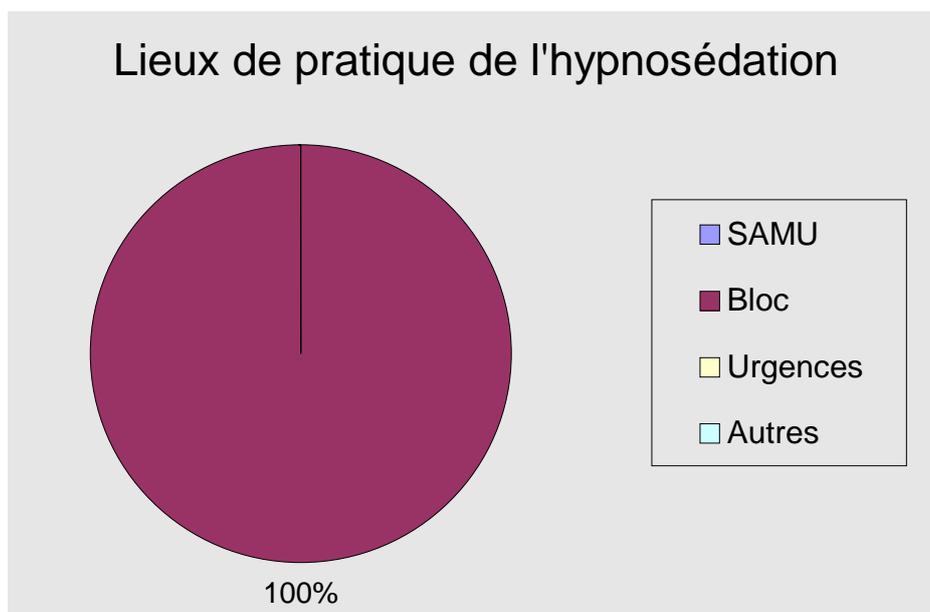
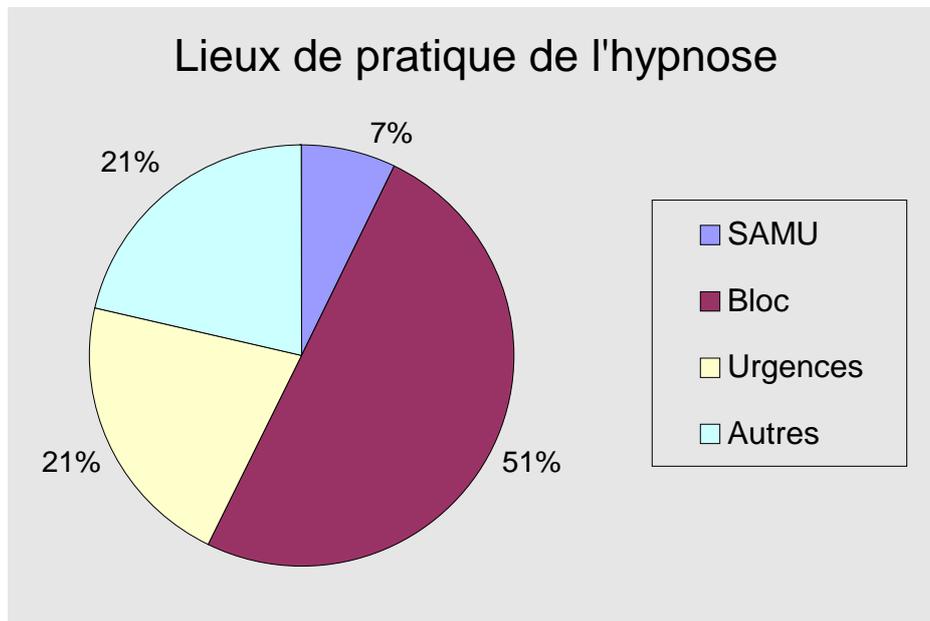
Cette étude concernait des IADE et des MAR dans différents sites français (Nante –Paris – Toulouse) et belge (Liege). La population médicale prédomine dans la pratique de l’hypnose et de l’hypnosédation.



La répartition des âges répertoriés (30 à 60 ans) démontre un intérêt pour ces techniques quelque soit l'âge.



Les lieux de pratique d'hypnose et hypnosédation sont principalement le bloc, les urgences et les services de médecine ou de douleurs chroniques. Enfin, ces techniques sont aussi appliquées en pré-hospitalier, au SAMU.



La fréquence de pratique a été difficile à estimer pour deux personnes. Pour les autres, cette pratique est régulière. Pour l'hypnose en douleurs chroniques, elle est de 1 à 12 fois par semaine. Pour l'hypnosédation au bloc, les chiffres vont de 1 fois par mois à 4 fois par semaine.

Les indications retrouvées dans la pratique de l'hypnose en médical sont conformes à celles habituellement citées (douleurs chroniques, aigües, pédiatrie pour des soins douloureux, accompagnement de fin de vie). Par ailleurs, l'hypnose est aussi utilisée pour favoriser certains gestes et soins invasifs (pansement, voie centrale). Dans ces cas présents, il est possible d'appliquer de façon théorique l'hypnose.

Dans un cadre chirurgical, au bloc, l'hypnose est jugée "conversationnelle". La mise en place de la technique est beaucoup plus courte, elle participe à diminuer certains effets secondaires de

l'anesthésie tels que les nausées et vomissements, elle diminue considérablement le stress pré-opératoire.

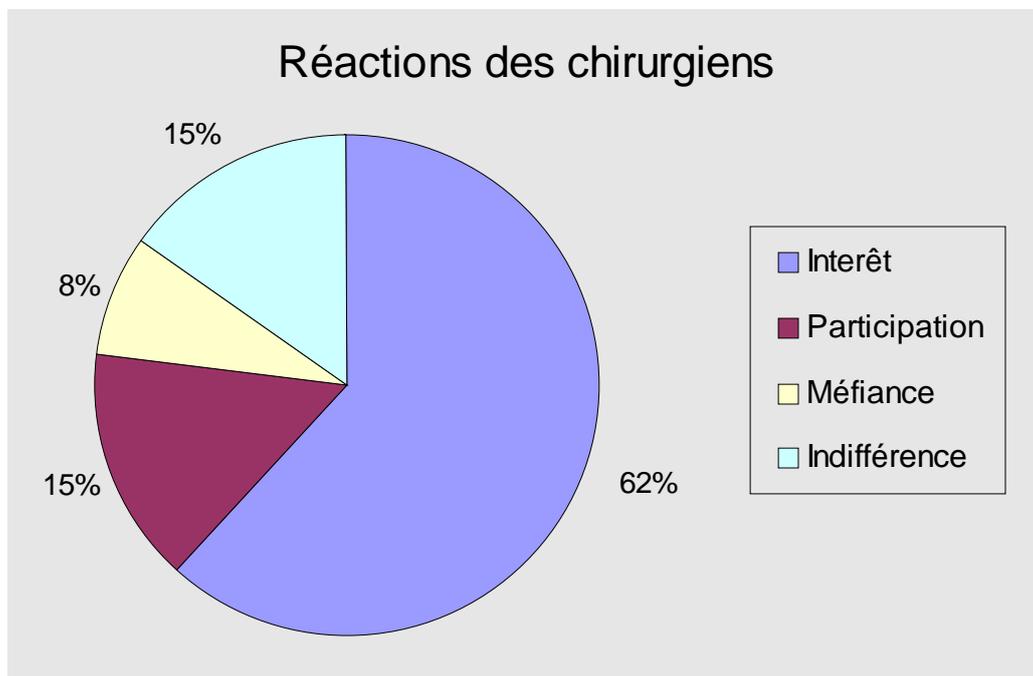
Les indications de l'hypnosédation sont celles habituellement citées (stomato, esthétique, réduction de luxation ou de fracture, coloscopie, endocrino ..).

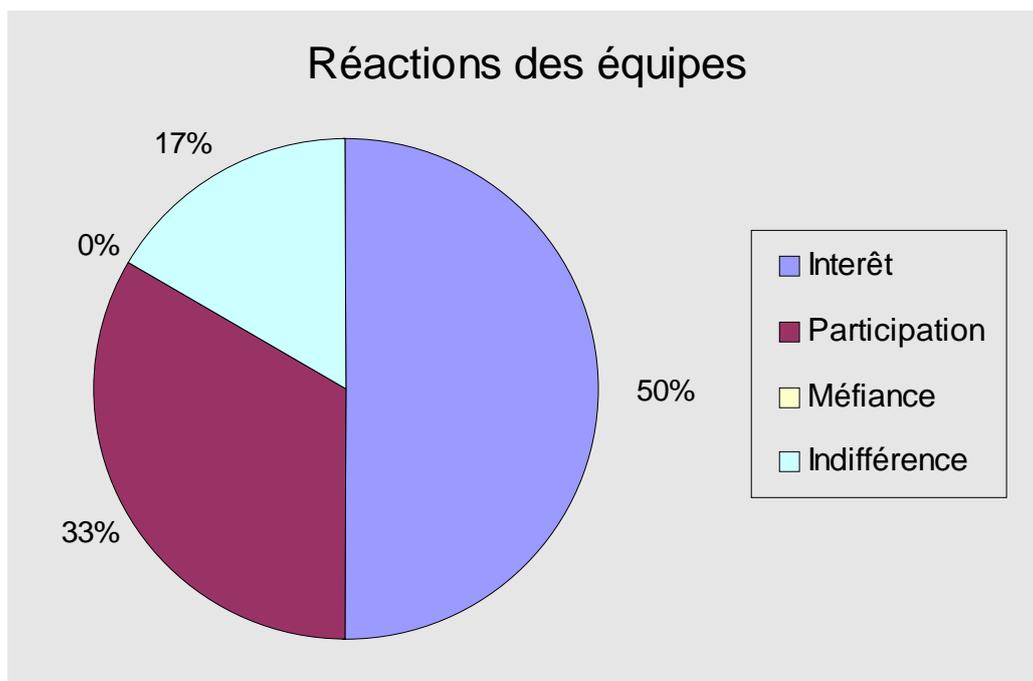
Il est notable que l'ensemble des anesthésistes pratiquant ces techniques les évoque lors de la consultation pré-anesthésique. Ils peuvent ainsi préparer la séance. Par ailleurs, les deux IADE ayant répondu à l'étude n'ont pas de MAR référent dans leur structure, pratiquant l'hypnose. L'hypnose et l'hypnosédation ne sont donc pas évoquées lors de la consultation. Sur ce sujet, leurs avis divergent, l'une de ces personnes souhaiterait qu'il y ait une évocation à la consultation afin de préparer la séance; la seconde personne est réfractaire à cette idée car elle a remarqué que le grand public était effrayé à l'évocation de l'utilisation de l'hypnose. Elle évoque des inquiétudes quant à l'idée reçue de perte de contrôle et de soumission psychique au praticien.

Ainsi ces deux IADE pratiquent au coup par coup et s'adaptent au moment afin de faire profiter le patient de leurs compétences.

Il arrive à l'ensemble des thérapeutes de choisir de ne pas pratiquer, en dehors des contre-indications habituellement reconnues. L'argument principal les conduisant à une non pratique est une équipe chirurgico-anesthésique réfractaire. Un autre argument est le manque de temps manifeste. Enfin la condition psychologique du thérapeute peut être une raison pour ne pas pratiquer la séance.

Les échos ressentis auprès des chirurgiens sont massivement positifs, avec une légère participation. Auprès des équipes chirurgicales l'intérêt pour ces techniques prédomine avec une participation active.





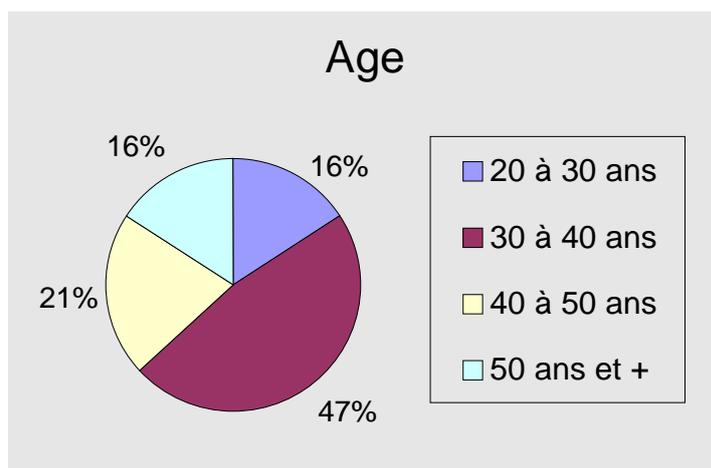
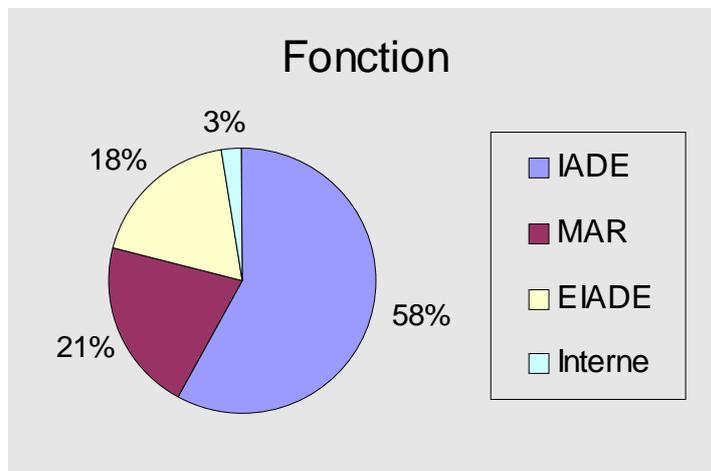
J'ai souhaité connaître le ressenti de ces praticiens quant aux bénéfices que retirent les patients. Ce ressenti rejoint les conclusions d'études déjà menées : ils sont d'ordre physique par une diminution de la fatigue et de la douleur, d'ordre psychologique par une meilleure gestion du stress et une augmentation de l'estime de soi pour le patient, dans une circonstance où habituellement il est passif et subit l'ensemble des gestes et des soins. Enfin la relation soignant-patient s'en trouve grandie, pour le soignant c'est une satisfaction supplémentaire.

Concernant les souhaits pour améliorer et développer leur pratique, trois praticiens n'ont pas répondu. Plusieurs anesthésistes souhaiteraient que des IADE soient formés, d'autres souhaiteraient approfondir leur connaissance en douleur chronique. Un anesthésiste souhaiterait la mise en place de d'autres études cliniques visant à crédibiliser tous les bénéfices découlant de ces techniques. Enfin les deux IADE souhaiteraient, pour l'une un plus grand soutien de sa hiérarchie, pour les deux tout simplement plus de temps.

A la lecture de mon questionnaire, un praticien a eu des difficultés avec le vocabulaire employé, m'ayant contacté j'ai pu clarifier ma pensée afin de lui permettre de mieux répondre. J'aurais donc dû être plus précise dans les termes utilisés.

7.2 Analyse du questionnaire des non pratiquants

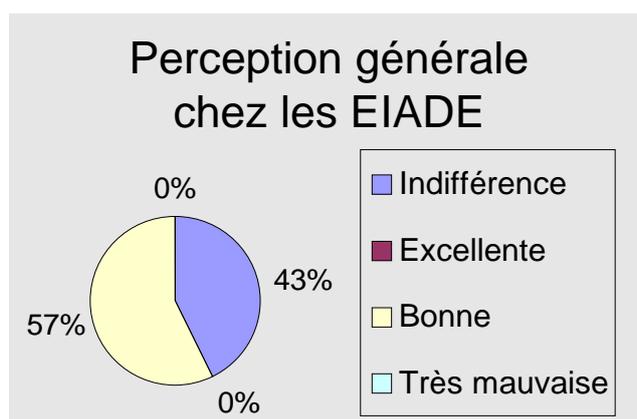
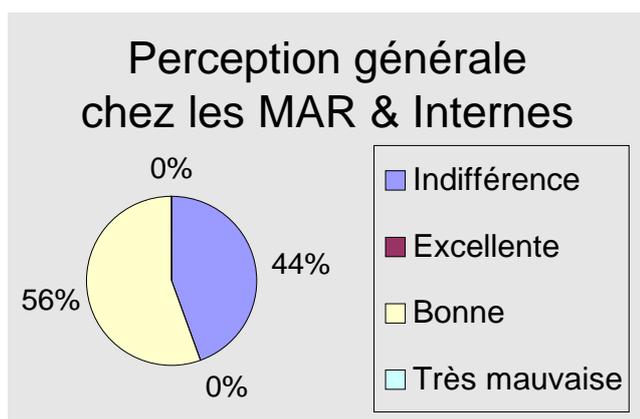
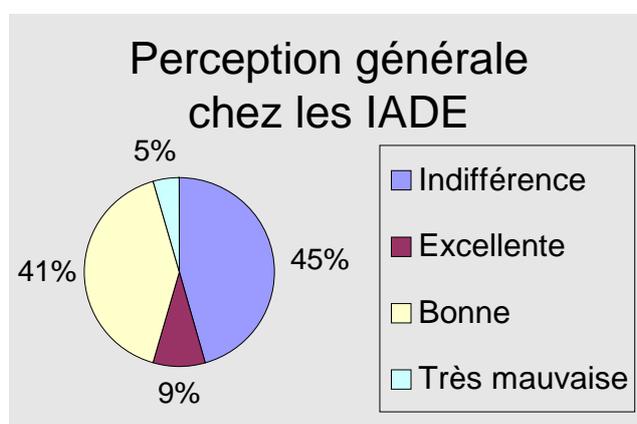
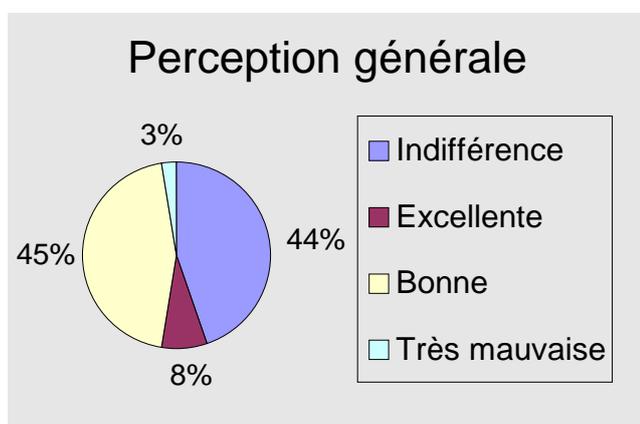
L'étude a porté sur 37 personnes en France (Toulouse – Nantes – Poitiers). Les deux tiers des réponses ont été données par des IADES, les deux tiers des âges représentés sont entre 30 et 50 ans.



Concernant la perception ressentie sur ces techniques, une seule réponse très négative sur l'ensemble de l'enquête. Les résultats sont à peu près équivalents que ce soit chez les MAR, les IADE et les EIADE; à savoir entre une perception indifférente et bonne, voire excellente.

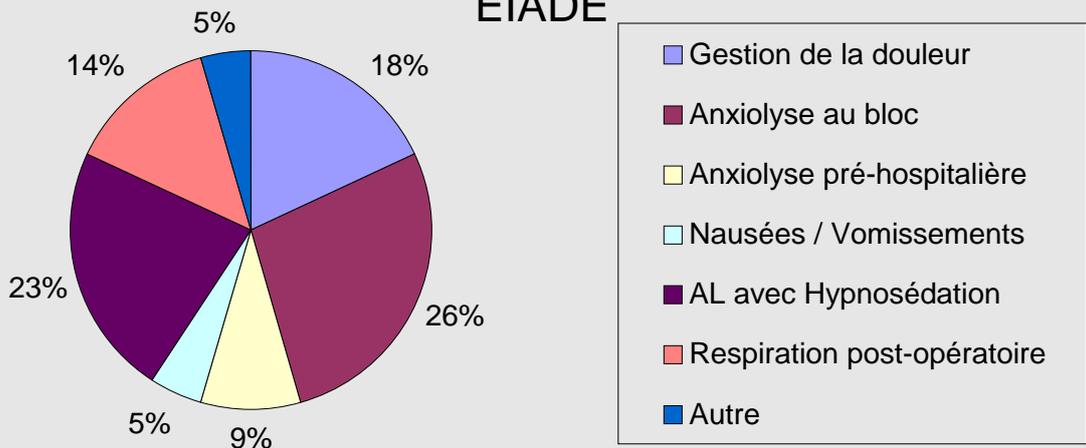
De ces résultats nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

- la très mauvaise estime qu'il existe un contrôle des praticiens sur le patient.
- chez les individus ayant répondu indifférent, l'argument le plus courant était l'absence réelles de connaissances théoriques et pratiques. Quelques uns ont exprimé leur septicisme quant à l'efficacité de ces techniques.
- pour les individus ayant une bonne ou excellente perception, tous ont un vécu par rapport à ces techniques (collègues ayant pratiqués devant eux, sujet abordé lors de congrès d'anesthésie). Ces expériences ont fait d'eux des personnes convaincues.
- plusieurs pensaient que pour le patient l'expérience est positive et que l'on utilise moins de drogues.
- enfin deux personnes ont soulevé certaines limites possibles dans les mentalités, l'écho auprès des équipes enfin sur le fait que ces techniques nécessitent du temps et de l'investissement.

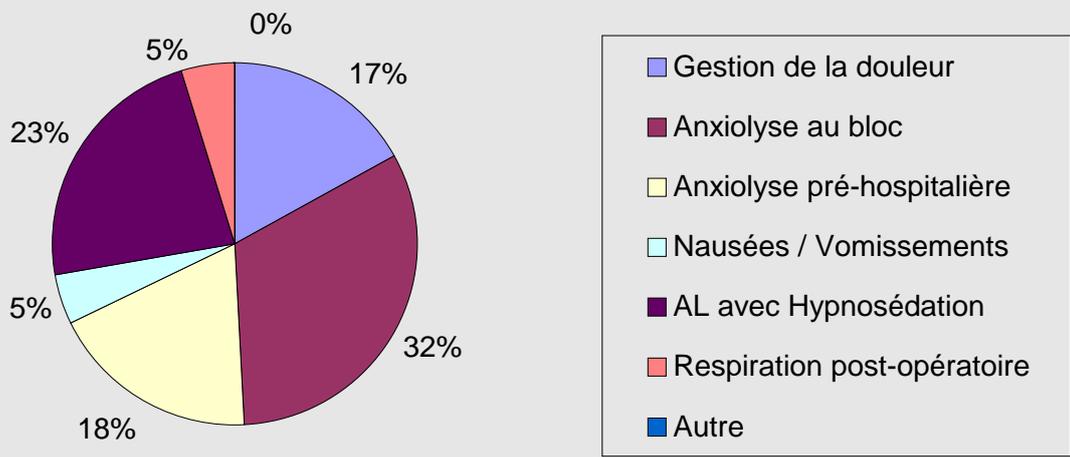


En ce qui concerne la connaissance des indications de ces techniques, la totalité des IADES indifférents ou favorables ainsi que les MAR pensent que ces techniques sont utiles dans l'anxiolyse en pré-opératoire. Plusieurs pensent que la gestion de la douleur dans une analgesie multimodale, est favorisée. Quelques uns pensent que ces techniques peuvent être utilisées en pré-hospitalier. Les indications pour la favorisation de la respiration, la prévention des nausées et vomissement sont méconnues. Enfin une grande majorité sait que l'on peut pratiquer des interventions sous anesthésie locale et hypnosédation.

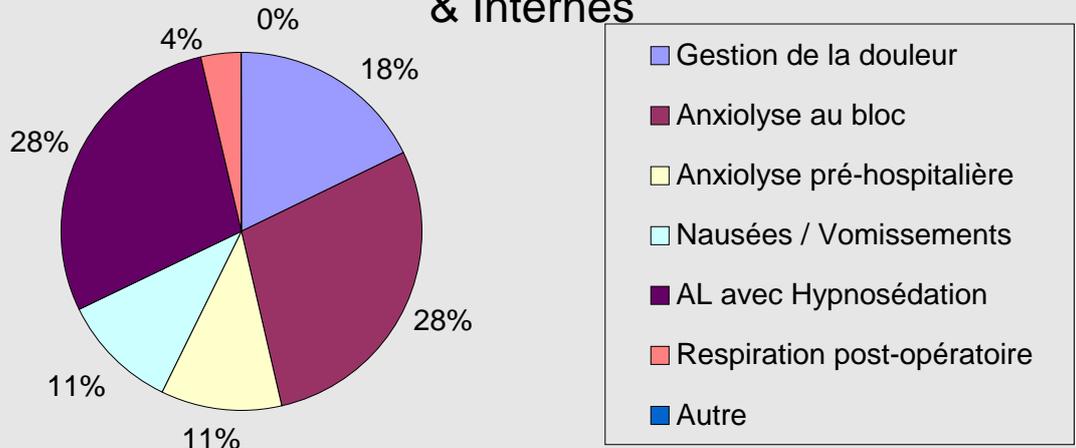
Indications de ces techniques pour les EIADE



Indications de ces techniques pour les IADE

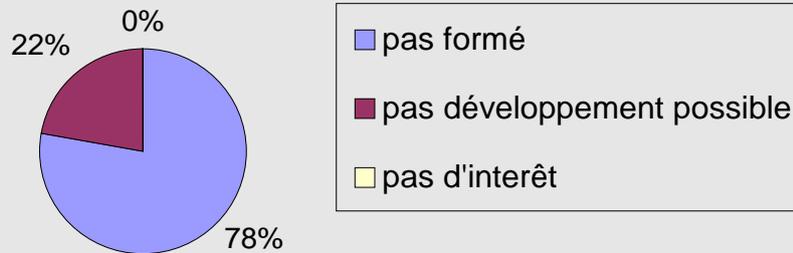


Indications de ces techniques pour les MAR & Internes

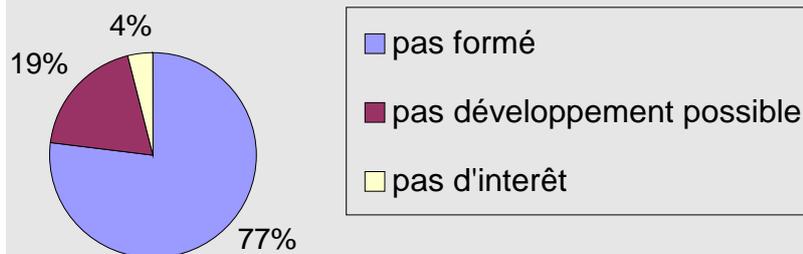


A propos des raisons de la non pratique, une seule personne n'y voit aucun intérêt, réponse cohérente à l'ensemble de son questionnaire. Un quart des IADE et la moitié des MAR pensent qu'il n'y aurait pas de développement possible au sein de leur structure.

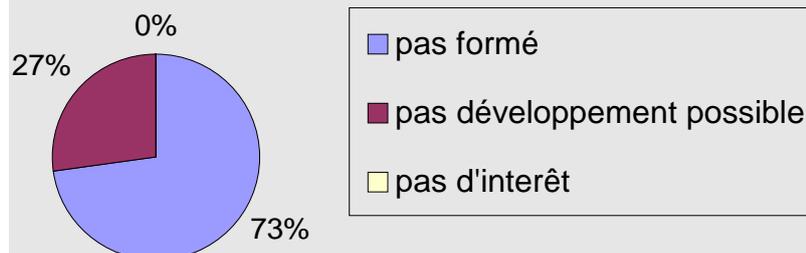
Raisons de la non pratiques des EIADE



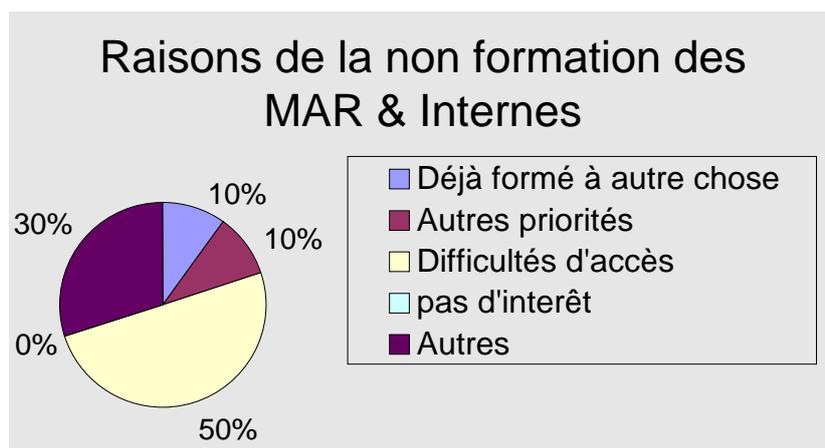
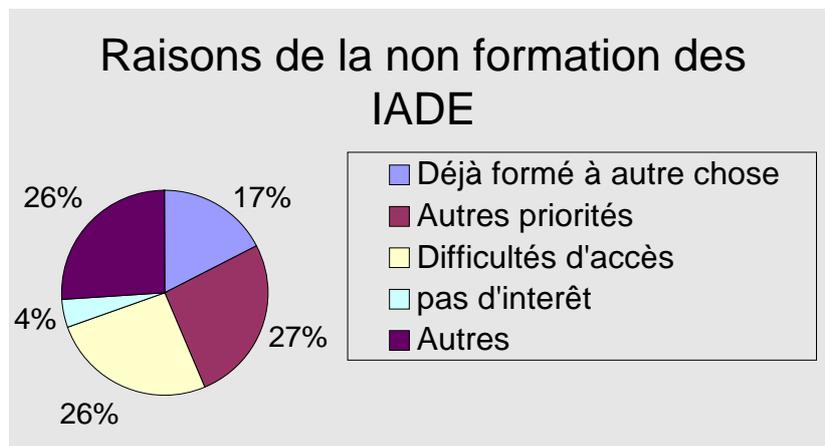
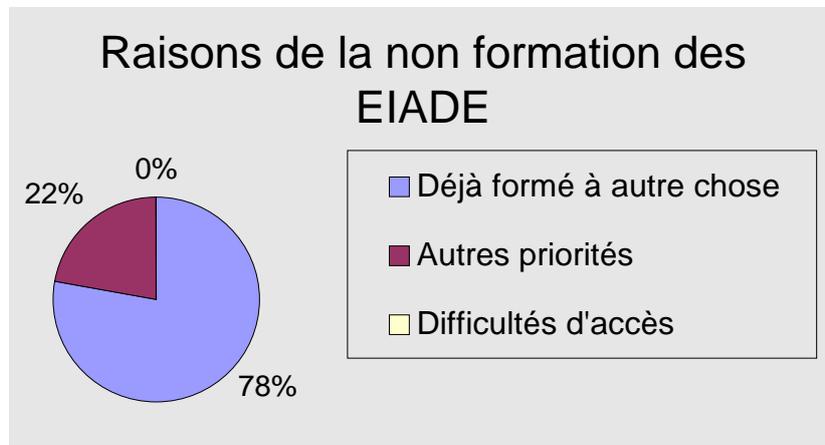
Raisons de la non pratiques des IADE



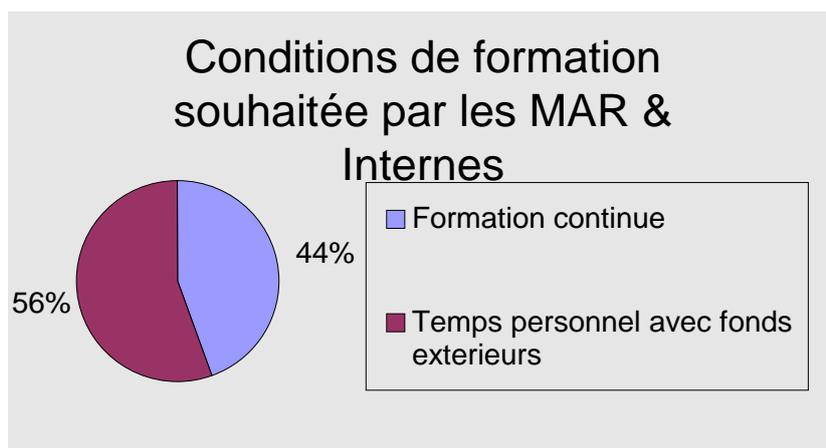
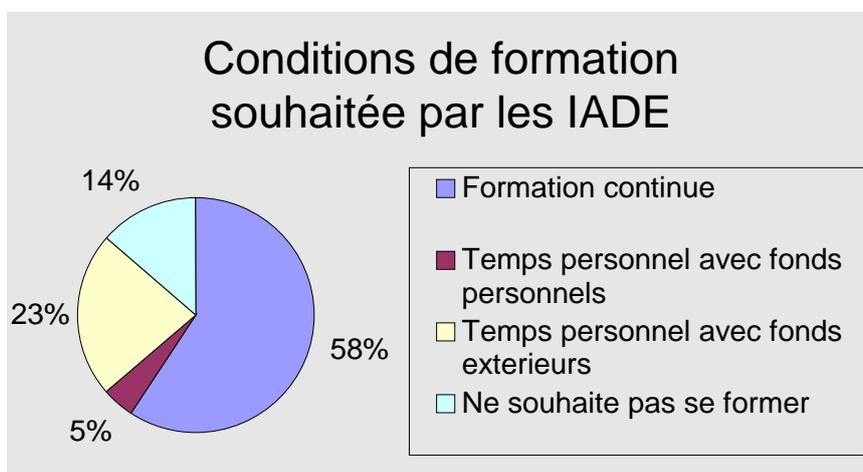
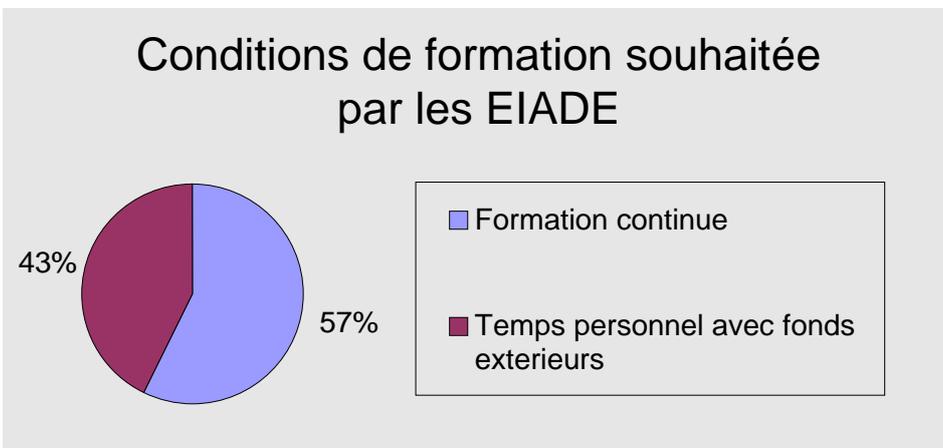
Raisons de la non pratiques des MAR & Internes



Pour les raison de la non formation, les EIADE étant en formation ils ont donc d'autres priorités. Un tiers des IADE et la moitié des MAR ont des difficultés d'accès aux formations. Quelques uns n'éprouvent pas de motivations particulières pour se former à ces techniques. Plusieurs IADE et MAR seraient motivés si et seulement si il y avait une réelle possibilité de pratiquer. Une personne ne voit pas d'intérêt. Une quart à d'autres priorités (familiales ou autres)



Quant aux conditions de formation souhaitées par les personnes interrogées, la moitié des IADE ne souhaiteraient se former que dans le cadre de la formation continue, un quart sur leur temps personnel avec des fonds extérieurs. Pour les MAR, la moitié souhaiterait être formée dans le cadre de la formation continue, l'autre sur leur temps personnel avec des fonds extérieurs.



En conclusion des résultats de ce questionnaire, on peut constater qu'il existe un réel intérêt pour ces techniques, tant au niveau des médecins que des IADE. Une majorité semble intéressée pour avoir plus de connaissances en la matière, l'intérêt d'une réalité de pratique a été soulevée. Ils seraient donc possible par le biais d'information, de congrès d'accentuer cette sensibilisation. Toutefois la motivation se limite aux formations continues ou sur fonds extérieurs. Les gens souhaitent donc se former si on leur propose, s'il existe une réelle volonté des cadres, de l'administration hospitalière. Dans toute l'étude une seule personne s'est montrée réfractaire à ces techniques, ses réponses me laissent à penser que c'est par manque de connaissance réelle de ces pratiques.

7.3 Conclusions croisées des réponses aux études

Par l'ensemble des réponses, j'ai pu constater que les personnes ne pratiquant pas l'hypnose et ayant assisté à une séance, ou ayant eu accès à des congrès et autres séminaires, ont été convaincues par l'efficacité de ces techniques. Parallèlement, les personnes pratiquant remarquent un réel intérêt auprès des équipes.

Par ailleurs, l'ensemble des IADE, MAR, EIADE septiques ou indifférents, le sont par manque de connaissance et d'information. Parallèlement à cela, il existe une réelle demande des populations pratiquantes pour le développement de ces techniques auprès d'IADE et autres médecins.

Les résultats sur la fréquence des pratiques démontrent qu'il est matériellement possible de pratiquer de façon hebdomadaire. Ceci répond aux inquiétudes des personnes intéressées ne pratiquant pas, quant à la possibilité de pratiquer de façon régulière.

Enfin il existe auprès de la population non pratiquante, un réel souhait de recevoir des informations, ou d'être formée.

8 Conclusion générale

Au cours de la rédaction de ce mémoire, j'ai découvert des techniques humainement intéressantes, nous faisant percevoir le soin et la relation aux patients différemment. J'ai pu constater qu'il existe des personnes extrêmement motivées pratiquant de façon régulière, établissant des études concrètes afin de crédibiliser les résultats et les bénéfices retrouvés.

Les patients retirent un réel bénéfice, psychologique et physique de l'application de ces techniques. Les équipes chirurgicales adhèrent majoritairement, les équipes anesthésiques sont curieuses et intéressées. L'ensemble des protagonistes en présence lors d'une intervention chirurgicale est donc cité, il semble donc évident de favoriser le développement de ces techniques par l'accès à des informations et des formations aux personnes réellement motivées.

Les formations à l'hypnose et l'hypnosédation sont longues et chères. Toutefois, serait-il envisageable dans un premier temps de favoriser l'accès à des informations lors de congrès ou de séminaires d'anesthésie ? Par ailleurs, en interne des structures hospitalières, les personnes pratiquant pourraient peut-être sensibiliser et initier des personnes motivées. Pour se faire, les institutions hospitalières pourraient leur libérer du temps, fournir des locaux adaptés, adéquats et véhiculer l'information dans les blocs. Enfin dans un investissement plus concret, ces mêmes institutions pourraient favoriser l'accès à des formations reconnues, pour quelques personnes chaque année. Un effet boule de neige pourrait alors se créer.

Par ailleurs, dans le dernier plan antidouleur lancé par le ministère de la santé, la priorité est faite à l'utilisation de méthodes non médicamenteuses pouvant améliorer les douleurs.

Pour ma part, je n'ai pu que constater de l'intérêt, du positif quant à ces techniques, une relation avec le patient vue sous un autre jour. J'espère que ces techniques pourront se développer, que l'accès aux formations sera favorisé afin de me permettre de m'y investir plus concrètement dans l'avenir.

Bibliographie

- “Comment utiliser l’hypnose en anesthésie” Dr ME.FAYMONVILLE, Dr J.JORIS, Dr M.LAMY – Le praticien en anesthésie-réanimation (juin 2000)
- <http://www.adrenaline112.org/> : Dr I.NEGRE, Dr P.RAULT, Dr S.VRIGNAUD
- <http://www.hypnoses.com/> : Dr C.VIROT
- <http://agirpoursasante.free.fr/>
- <http://www.aph-metaphore.com.fr/> : S.DELEGUE
- <http://hypnose.33.free.fr/>
- <http://vadeker.club.fr/> : Encyclopédia Universalis
- <http://www.communicationorale.com/>
- <http://www.anacip.com/>
- <http://www.arche-hypnose.com/> : K.FINEL
- <http://psychodoc.free.fr/> : J.BOUTILLIER
- <http://hypnose.fr/> : Dr F.THIOLY
- <http://www.afhyp.com/>
- <http://www.alternativesante.com/> : JC ZEKRI
- <http://www.hypnosemedicale.com/>
- <http://perso.orange.fr/afehm.hypnose.medicale/default.html> F.ROUSTANG
- <http://cat.inist.fr/> : Dr J.JORIS, Dr ME.FAYMONVILLE

ANNEXE 1 : Questionnaire pour les pratiquants

1) Quelle est votre fonction :

- IADE MAR

2) Quel est votre âge :

- 21 à 30 ans 31 à 40 ans 41 à 50 ans 51 et plus

3) Dans quel(s) lieu(x) utilisez-vous les techniques d'hypnose (plusieurs choix possibles) :

- Pré hosp / SAMU Bloc opératoire Urgences autre : ...

4) Pourriez vous définir la fréquence à laquelle vous pratiquez :

- l'hypnose en anesthésie : ... fois / semaine
- l'hypnosédation : ... fois / semaine

5) Pour quelles indications utilisez-vous ces techniques (plusieurs choix possibles) :

- chirurgie médicale autre : ...

lesquelles : lesquelles :

6) L'utilisation de ces techniques est-elle évoquée avec le patient lors des consultations pré-anesthésiques :

- oui non

Si ce n'est pas le cas, le souhaiteriez-vous et pourquoi :

7) Au delà des contre-indications habituelles, dans quelles circonstances choisissez-vous de ne pas pratiquer ces techniques (plusieurs choix possibles) :

- Exiguïté Bruit Gestion difficile du temps Equipe chirurgicale réfractaire Autre : ...

8) Quel écho votre pratique suscite-t-elle auprès du chirurgien :

- Intérêt Participation Méfiance Indifférence Autre : ...

9) Quel écho votre pratique suscite-t-elle auprès de l'équipe de bloc :

- Intérêt Participation Méfiance Indifférence Autre : ...

10) Quels bénéfices pensez-vous que le patient retire de ces pratiques :

11) Que souhaiteriez-vous pour améliorer et développer votre pratique :

ANNEXE 2 : Questionnaire pour les non pratiquants

1) Quelle est votre fonction ?

- IADE MAR EIADE

2) Quel est votre âge ?

- 21 à 30 ans 31 à 40 ans 41 à 50 ans 51 et plus

3) Quelle perception avez-vous de la pratique de l'hypnose et de l'hypnosédation en anesthésie ?

- Très mauvaise Mauvaise Aucune Bonne Excellente

Veillez argumenter votre réponse :

4) Verriez-vous un intérêt quant à l'application de ces techniques dans (plusieurs choix possibles) ?

- La gestion de la douleur post-opératoire
 L'anxiolyse au bloc
 L'anxiolyse pré-hospitalière
 La prévention des nausées vomissements
 La pratique d'intervention chirurgicale sous AL avec hypnosédation
 L'amélioration de la respiration post-opératoire
 Autre(s) : ...
 Aucun

5) Pourquoi ne pratiquez-vous pas ces techniques ?

- Vous n'y êtes pas formé
 Il n'y a pas de développement possible dans votre structure
 Vous ne voyez pas d'intérêt

6) Qu'est ce qui vous freine aujourd'hui à vous former à ces techniques (plusieurs choix possibles) ?

- Vous sortez déjà d'une formation
 Vous avez d'autres priorités non professionnelles (familiale, ...)
 Vous avez des difficultés pour accéder à une formation
 Vous ne voyez pas leur intérêt
 Autre(s) : ...

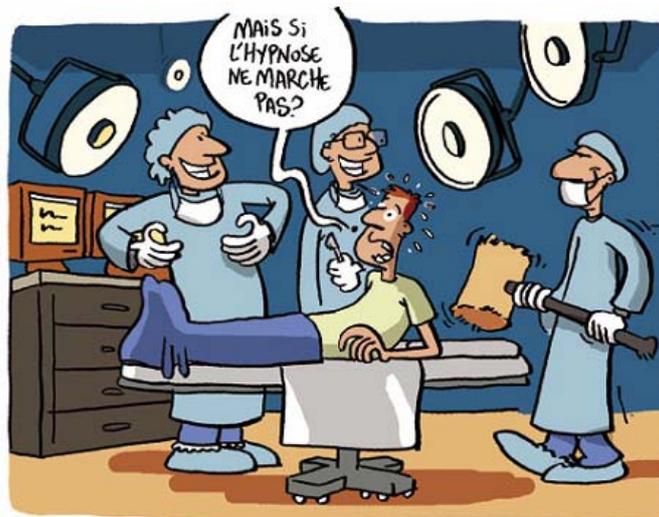
7) A quelle condition vous formeriez vous (un seul choix possible) ?

- Uniquement dans le cadre d'une formation continue
 Sur votre temps et sur vos fonds personnels
 Sur votre temps personnel avec un financement extérieur (fond de formation, ...)
 Aucune, vous ne souhaitez pas vous former

L'hypnose au cours des âges a progressé, été abandonnée et a rejailli à la fin du vingtième siècle dans le cadre de l'anesthésie.

Dans quelle mesure ces techniques (hypnose et hypnosédation) sont-elles applicables aujourd'hui ? Suscitent-elles un intérêt auprès de l'ensemble de la population anesthésique et pourraient-elles se développer ?

Voilà tous les sujets que j'aborde dans ce mémoire de fin d'étude ...



Remerciements

J'adresse mes remerciements, tout d'abord, à mon référent-mémoire Guillaume TEILLARD, ensuite à tous les professionnels qui m'ont accordé leur attention lors de cette étude.

Enfin, un grand merci à Jérôme CARRE pour son soutien et son investissement, tant dans ce mémoire que dans l'ensemble de la formation.