

# L'hypnose au bloc opératoire

**HURALT SANDRINE**

Ecole d'infirmiers anesthésistes  
CHRU Montpellier  
Promotion 2012 – 2014

## RESUME

---

La pratique de l'hypnose a fait ses preuves et se développe malgré la persistance de représentations erronées. En 1990, le développement de l'hypno-sédation légitime son utilisation en anesthésie. Le développement de cette technique nécessite la formation du personnel et la réorganisation du parcours patient. Par ailleurs, la coopération, la cohésion et le partage d'information garantissent le succès de la prise en charge hypnotique. C'est pourquoi, il semble pertinent de rechercher comment le travail d'équipe influence le développement de la pratique de l'hypno-sédation par les infirmiers anesthésistes diplômés d'état (IADE) au bloc opératoire.

**Mots clés** : hypnose – travail d'équipe – retour d'expérience (REX)

## INTRODUCTION

---

Selon Jean GODIN, l'hypnose est un «mode de fonctionnement dans lequel le sujet, grâce à l'intervention d'une autre personne, parvient à faire abstraction de la réalité environnante tout en restant en relation avec

l'accompagnateur». Il y a dissociation entre le corps et l'esprit. L'hypnose peut être conversationnelle ou formelle. Associée à une sédation consciente et / ou une anesthésie locale on parle d'hypno – sédation. Cette dernière présente de nombreux intérêts notamment la diminution de la consommation d'anesthésiques, des effets secondaires à type de nausées vomissements et de la fatigue post opératoire. La diminution de la perception douloureuse et de l'anxiété, l'amélioration de la qualité du soin relationnel en font ses principaux atouts. Seuls les infirmiers et médecins anesthésistes peuvent utiliser cette technique à condition d'avoir effectué une formation spécifique et ce, dans le cadre de leurs compétences. Cette technique entraîne des modifications des pratiques professionnelles des soignants. L'IADE reste cependant sous la responsabilité du médecin anesthésiste réanimateur (MAR). Un lien privilégié est créé avec le patient. Le soignant écoute, observe attentivement. Il s'engage personnellement. Le soin est plus personnalisé. En pratique, en fonction de l'acte, le chirurgien propose au patient une prise en charge sous hypnose. Le MAR valide ces modalités lors de la consultation d'anesthésie. Le patient est informé et donne son accord. Lors de son arrivée au bloc opératoire, les règles de sécurité usuelles sont respectées (jeûne pré opératoire, check-list

HAS ...). Il rencontre ensuite l'IADE, qui effectue un recueil de données précis d'un souvenir agréable que le patient souhaite revivre. Le patient est perfusé, le matériel de surveillance mis en place. Le patient est installé en vue de l'intervention chirurgicale. En même temps, l'induction hypnotique commence, les champs opératoires sont mis en place. Le chirurgien infiltre la zone opératoire d'anesthésiques locaux. La sédation intra veineuse peut être débutée. A ce moment-là, on peut parler de dissociation. La chirurgie a lieu. En fin, le patient est réorienté ici et maintenant. Il est transféré et surveillé en salle de soins post interventionnelle.

## ÉTAT DES LIEUX SUR LE TERRAIN

L'hypno-sédation se développe au bloc opératoire comme une technique non médicamenteuse de prise en charge de la douleur.

Ces dernières années, le nombre de soignants formés à l'hypnose et le nombre de demande de formation a augmenté. Malgré ce, tous les IADE formés n'utilisent pas l'hypnose formelle.

Plusieurs éléments sont nécessaires à la pratique de l'hypno – sédation. La cohésion, la collaboration, la coopération et le partage sont des éléments caractéristiques indispensables. **Mais comment le travail d'équipe influence le développement de la pratique de l'hypno – sédation par les infirmiers anesthésistes au bloc opératoire ?** Qui sont les soignants qui se

forment et quelles sont leurs motivations ? Existe-t-il un lien entre l'expertise en anesthésie et la pratique de l'hypnose ? Quelles solutions pourraient être envisagées pour promouvoir la prise en charge des patients à l'aide de cette technique ?

## MATERIEL ET METHODES

---

Afin de d'apporter des éléments de réponse une recherche mono centrique est réalisée. Questionnaires et entretiens semi directifs permettent de répondre à la majorité des questions posées. La population enquêtée est représentée par les IADE formés à l'hypnose. Pour les questionnaires, l'échantillon est constitué de 6 IADE soit l'ensemble des IADE formés dans la structure enquêtée. Deux IADE ont été interviewé lors des entretiens. Une, pratique régulièrement l'hypno – sédation ce qui n'est pas le cas de la seconde. La recherche a été menée après obtention des autorisations nécessaires auprès de la direction de l'établissement, du cadre de santé du bloc opératoire ainsi que des IADE concernées.

L'analyse des questionnaires est quantitative, descriptive. Des données recueillies relatives renseignent sur l'identité des soignants ainsi que leurs motivations. Concernant les motivations et la pratique de l'hypnose selon le type d'acte : c'est la fréquence des données recueillies qui est analysée. Pour finir une analyse croisée est réalisée.

Après avoir été retranscrit les entretiens sont analysés qualitativement. Une analyse de

contenu puis une analyse thématique est réalisée. Des grilles d'analyse sont constituées en lien avec les facteurs influençant le développement de l'hypnose, le travail d'équipe décrit par Roger MUCCHIELLI et le retour d'expérience d'après Jean – Luc WYBO.

## RESULTATS

---

### LES IADE ET L'HYPNOSE

A l'issu de cette recherche, aucun profil ne peut être défini, concernant les IADE qui se forment à l'hypnose. Les motivations principales à se former sont la prise en charge de la douleur et l'amélioration de la communication.

### EXPERTISE EN ANESTHESIE ET PRATIQUE DE L'HYPNOSE

L'expertise en anesthésie semble avoir une influence sur la pratique de l'hypno – sédation. En effet, l'IADE qui ne pratique pas a effectué la formation alors qu'elle n'était pas experte en anesthésie. Les IADE qui pratiquent régulièrement se sont formés alors qu'elles avaient au moins 8 ans d'ancienneté en anesthésie.

### TRAVAIL D'EQUIPE ET HYPNO – SEDATION

Le travail d'équipe est un facteur favorisant. Il influence le développement de l'hypno – sédation par la cohésion, la coopération, la motivation et la dynamique de



groupe dans le cadre d'un projet commun identifié et formalisé.

### RETOUR D'EXPERIENCE (REX) ET HYPNO - SEDATION

Il est difficile d'affirmer que la formalisation d'un REX influencerait le développement de l'hypno – sédation au bloc opératoire.

## DISCUSSION

---

L'ensemble des résultats permettent de répondre à la problématique initiale ainsi qu'aux questions adjacentes. Cependant, si le travail d'équipe est indispensable au développement de l'hypno – sédation, peut – on dire que le travail d'équipe conditionne la réussite d'un projet de service ?

Plus que le retour d'expérience, le partage de situations vécues pourrait être une des clés du développement de l'hypno – sédation par les IADE au bloc opératoire.

Dans un second temps, il est envisageable de réaliser une étude sur un échantillon plus important afin de valider ou non les résultats pré cités. A terme, les conditions d'accès à la formation pourraient être modifiées.

L'efficacité de la technique n'étant plus à démontrer, hypno – sédation pourrait être développée comme une technique d'anesthésie au même titre que l'anesthésie générale et l'anesthésie loco régionale.

Les deux outils d'enquête sont complémentaires et permettent d'apporter des éléments de réponse à la totalité des questions. Cependant, afin de mettre en évidence de façon plus concrète, les éléments du travail d'équipe, des observations auraient pu être réalisées.

## **CONCLUSION**

---

L'utilisation de l'hypnose a un réel intérêt au bloc opératoire dans la modulation de la perception de la douleur. Les données scientifiques actuelles confèrent du crédit à son utilisation. Le développement de l'hypno – sédation nécessite la collaboration de l'ensemble du personnel soignant formé ou non à la technique. Pour pratiquer l'hypnose la formation est un pré requis indispensable. Pour promouvoir le développement de l'hypno – sédation, les pistes de travail à explorer s'axent sur le développement du partage d'expérience. La communication et le partage sont qualifiés comme un «besoin» par les IADE interrogés. Effectuer des entretiens avec les médecins anesthésistes permettrait d'avoir une représentation du corps anesthésique. Interviewer les infirmiers de bloc opératoire, les aides – soignants et les chirurgiens permettrait de se faire une idée du point de vue de l'ensemble de l'équipe qui participe à la prise en charge d'un patient sous hypno – sédation.

L'hypnose est parfois considérée comme une médecine parallèle. De nos jours, les médecines alternatives se développent de plus en plus dans les structures de soins. L'acupuncture et l'homéopathie sont des

spécialités reconnues en France. Quelle est la place des médecines non conventionnelles à l'hôpital, plus particulièrement au bloc opératoire ? Pour quelles raisons les soignants sont-ils de plus en plus intéressés par ces techniques de prise en charge ?

## REFERENCES

- Bernard, F. (2009), «L'hypnose conversationnelle, une autre manière de communiquer avec le patient», *Oxymag pratiques et savoirs*, n° 109, p 5 à 7.
- Lucas – Polomoni, M. (2008), «Hypnose en pédiatrie», *Oxymag pratiques et savoirs*, n°103, p 15 à 19.
- Favre, N. (2004), «De l'anesthésie à l'hypnothérapie», *Oxymag*, n° 74, p 26.
- Barbier, E. (2005), «Assouplir les résistances pour accueillir une pratique de soin». *Objectif soins*, n°140, p 18 à 20.
- Etienne, R. (2013), «Infirmier hypnothérapeute, une spécialité à promouvoir». *La revue de l'infirmière*, n°191, p 30.
- Vanhaudenhuyse, A et al. (2008), «Hypnose et perception de la douleur». *Revue médicale de Liège*, tome 63, fascicule 5 – 6, p 424 à 428.
- Faymonville, M.-E. et al. (1998), «L'hypnose et son application en chirurgie». *Revue médicale de Liège*, tome 53, fascicule 7, p 414 – 418.
- Bonvin, E. (2012), «L'hypnose thérapeutique – un art relationnel jouant de l'attention dans l'intention de soigner». *Swiss archives of neurology and psychiatry*, n°163, p286 – 292.
- Michaud, D. (2005), «Représentations sociales de l'hypnose – conséquences sur la connaissance et la pratique de l'hypnose». *Perspectives psy*, Volume 44 N°5. P 341 à 345.
- Bioy. A. (2013), *Découvrir l'hypnose*, 2<sup>ème</sup> édition, Inter éditions.
- Michaud. D., Halfon. Y., Wood C. (2011), *Manuel d'hypnose pour les professions de santé*, 2<sup>ème</sup> éditions, Maloine.
- Benhaïem. J-M. (2012),. *L'hypnose médicale*, 2<sup>ème</sup> édition, Med – Line.
- Viro. C., Bernard F., Faymonville. M.E. (2010), *Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie*, éditions Arnette.
- Faymonville M-E., Joris J., Maquet P., et Al. *Hypnose : des bases neurophysiologiques à la pratique clinique*. Conférence d'actualisation 2005, p 59 à 69. Disponible sur : [www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca05/html/ca05\\_06/ca05\\_06.htm](http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca05/html/ca05_06/ca05_06.htm)  
Consulté le 8 / 10 / 2013
- Faymonville M.E. & Al. 2000 «Neural Mechanisms of Antinociceptive Effects of Hypnosis» *Anesthesiology*.  
[http://www.coma.ulq.ac.be/papers/hypnose/faymonville\\_hypnosis\\_pain\\_Anesthesiology00.pdf](http://www.coma.ulq.ac.be/papers/hypnose/faymonville_hypnosis_pain_Anesthesiology00.pdf) Consulté le 20 / 12 / 2013
- Copin Eliat C, Languenan N. «L'hypnose au bloc opératoire : le point de vue des IADE»  
[http://bscw.rediris.es/pub/nj\\_bscw.cgi/d4495302/Copin-Hypnose\\_bloc\\_operatoire.pdf](http://bscw.rediris.es/pub/nj_bscw.cgi/d4495302/Copin-Hypnose_bloc_operatoire.pdf)  
Consulté le 22 / 12 / 2013
- Rault P. «Hypnose éricksonienne et anesthésie»  
[http://bscw.rediris.es/pub/bscw.cgi/d4495430/Rault-Hypnose\\_ericksonienne\\_anesthesie.pdf](http://bscw.rediris.es/pub/bscw.cgi/d4495430/Rault-Hypnose_ericksonienne_anesthesie.pdf)  
Consulté le 5 / 01 / 2013
- Hurault S. «Influence de l'équipe sur le développement d'un projet de service» mémoire professionnel – école infirmiers anesthésistes CHRU Montpellier – promotion 2012 – 2014.
- Mucchielli. R. (2013), *Le travail en équipe*, 14<sup>ème</sup> édition, ESF éditeur.
- Wybo J-L. 2009 «Le retour d'expérience. Un processus d'acquisition de connaissances et d'apprentissage» disponible sur internet à l'adresse suivante :  
[http://hal-ensmp.archives-ouvertes.fr/docs/00/61/42/38/PDF/Economica\\_2009\\_Wybo.pdf](http://hal-ensmp.archives-ouvertes.fr/docs/00/61/42/38/PDF/Economica_2009_Wybo.pdf)  
Consulté le 2 / 02 / 2014

Benner. P. (1995), De novice à expert: excellence en soins infirmiers, Inter éditions.

Benner P. «De Novice à Expert (Excellence en soins infirmiers)» disponible sur

<http://www.sideralsante.fr/bibliotheque/benner.pdf>

Consulté le 2 / 05 / 2014

Frenette – Leclerc C – A. «Sur le chemin de l'expertise» disponible sur :

[http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Sur\\_le\\_chemin\\_de\\_l\\_expertise.pdf](http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Sur_le_chemin_de_l_expertise.pdf)

Consulté le 2 / 05 /2014