

L'HYPNOSE : REALITE OU FICTION ?

YAËLLE LE GUEVEL - VINATIER

Ecole d'Infirmiers Anesthésistes, CHRU DE MONTPELLIER

Résumé

L'hypnose, pratique consistant à maintenir le patient dans un état de transe éveillée afin de limiter le recours à la médication lors d'une opération chirurgicale, est de plus en plus intégrée dans les pratiques soignantes. Or son application dans le monde hospitalier diffère selon les corps de métiers, les parcours professionnels et aussi la relation entre le thérapeute et le patient. Le mémoire présenté porte sur l'étude des facteurs influençant la pratique de l'hypnose pour un infirmier anesthésiste diplômé d'état (IADE), lors de la prise en charge d'un patient adulte de son accueil jusqu'au peropératoire. Il s'appuie sur des entretiens semi-directifs portant sur cinq IADE formés ou non aux pratiques de l'hypnose, venant de secteurs hospitaliers différents. Les données d'enquête ont été analysées selon une grille spécifique pour dégager des grandes tendances facilement interprétables. Son analyse a montré l'adéquation entre la formation à l'hypnose et la volonté d'amélioration des pratiques professionnelles des enquêtés. Les techniques de communication abordées par les enquêtes sont des facteurs primordiaux à une bonne mise en conditions des patients. D'autre part, la relation soignant-soigné et l'environnement opératoire peuvent constituer des obstacles à l'entrée en "transe hypnotique" des patients. Les résultats de cette étude ouvrent des perspectives pour l'amélioration de la pratique de l'hypnose en milieu hospitalier.

Mots-clefs: *hypnose; transe hypnotique; relation soignant-soigné; bloc opératoire; communication*

I. INTRODUCTION

D'un point de vue historique, l'hypnose est une pratique qui a connu de nombreux bouleversements avant d'être acceptée par le corps médical.

L'hypnose est apparue dans le domaine médical grâce aux travaux du D^r Messmer. L'étude des modifications neurologiques induites par l'hypnose, initiée par MM. Charcot et Bernheim à la fin du XX^{ème} siècle, a été ensuite abandonnée car considérée comme "trop mystérieuse et trop magique".

Ce n'est qu'en 1925 que Milton H. Erickson, étudiant américain en médecine, relance le courant de l'hypnose en considérant l'état d'hypnose comme naturel et banal, accessible à tout individu par la communication entre le thérapeute et le patient.

Le processus conduisant à l'état d'hypnose sera ensuite largement étudié par la science (Virot et al 2010), lui permettant d'acquérir une base scientifique solide et une description fine et cohérente des techniques de communication verbales et non verbales induisant le processus

hypnotique. L'hypnose ainsi définie est intégrée dans les pratiques soignantes (Gueguen et al 2015) pour remplacer ou limiter l'anesthésie générale et l'usage de médicaments antidouleur (Rabechault et al 2014, Samama et al 2011).

Dans le même temps, le caractère "mystérieux et magique" du processus hypnotique sera exploité dans le monde du spectacle, par l'hypnotiseur Messmer en particulier, avec pour conséquence une alimentation de nombreuses craintes et mythes vis-à-vis du processus hypnotique par la population.

Sur le terrain, l'infirmier anesthésiste (IADE), formé ou non à des techniques d'hypnose codifiées, doit composer avec des patients marqués par l'hypnose "mystérieuse et magique", dans l'environnement sécurisé mais hostile qu'est le bloc opératoire. La question se pose donc de comprendre les facteurs qui influencent la pratique de l'hypnose pour un infirmier anesthésiste diplômé d'état (IADE), lors de la prise en charge d'un patient adulte de son accueil jusqu'au peropératoire.

Le rapport intitulé **L'hypnose, réalité ou fiction** propose de lever le voile sur la pratique de l'hypnose par les infirmiers anesthésistes en se basant sur des entretiens avec plusieurs IADE, formés ou non aux pratiques d'hypnose. Le rapport abordera la question de la perception de l'hypnose par les IADE, les relations soignants-soignés et la communication avec le patient. Il proposera au lecteur un aperçu actuel de l'intégration de cette pratique sensible dans l'environnement hospitalier.

II. MÉTHODOLOGIE

Afin de répondre à cette question, cinq entretiens ont été réalisés auprès d'IADE, selon un mode semi-directif sur plusieurs établissements de santé. Les IADE interrogés différaient selon leur spécialité, leur expérience et leur formation ou absence de formation aux techniques d'hypnose.

Les conversations ont été enregistrées par dictaphone. Les entretiens ont duré entre 20 et 40 minutes et ont été effectués entre avril et mai 2016. Dans tous les cas ont été réunies les conditions propices à un dialogue construit sans perturbation extérieure.

Après l'entretien, les données enregistrées par le dictaphone ont été traitées par une réécriture fidèle des conversations sous forme de verbatims. Chaque verbatim comptait en moyenne entre 2000 et 3000 mots. Puis une relecture et un lissage des verbatims a été effectué pour clarifier les entretiens en limitant le style parlé, afin de faciliter les interprétations.

Les données, présentées sous forme de verbatims, ont été analysées suivant une grille de lecture faisant intervenir quatre grands thèmes : **l'hypnose et sa représentation, l'analyse de la communication des patients, la relation soignant-soigné, et la représentation de l'environnement du bloc opératoire.**

Des nuages de mots ont également été créés à partir des passages sélectionnés pour illustrer l'importance de chaque notion. Les mots très courants (faire, de, par, avec...) ainsi que la ponctuation ont été supprimés du nuage de mot afin de révéler les termes les plus infor-

matifs. La taille de chaque mot est représentée dans le nuage en fonction de sa fréquence d'apparition dans le texte.

Choisir de synthétiser les enquêtes selon une grille de lecture qualitative tient au format du sondage, semi-directif, et au nombre limité de personnes interrogées. En effet, il apparaissait peu intéressant de quantifier leur réponse. L'intérêt principal de ce type d'enquête est de fournir un instantané du vécu de plusieurs IADE sélectionnés à priori pour leur adéquation avec mon sujet.

III. RÉSULTATS

Les raisons expliquant la pratique de l'hypnose par les enquêtés sont d'ordre personnelles, dues en majorité à un changement dans leur pratique professionnelle pour un travail plus valorisant, permettant une relation plus humanisée avec le patient. L'hypnose permet aux IADE de créer une relation personnalisée en peu de temps, dont la réussite dépend des conditions extérieures.

Lorsqu'elle est mise en place, l'hypnose n'est jamais formulée explicitement par les IADE du fait des fausses croyances liées à l'emploi de ce terme. Les IADE formés à l'hypnose parviennent à détecter les états de transe négative, qu'ils transforment en transe positive en demandant aux patients d'évoquer des moments agréables dans leur vie et de s'y raccrocher.

Tous les IADE interrogés ont réalisé la distinction entre la communication verbale et paraverbale. Dans le premier cas, deux profils se présentent avec un patient qui s'exprime énormément, verbalise de lui-même, ou un patient mutique et prostré. Dans tous les cas, les IADE vont tâcher de communiquer avec le patient en le rassurant et en lui expliquant ce qu'il va se passer. Les IADE formés aux techniques d'hypnose ont des outils efficaces alors que ceux non formés ont plus de limites. Le temps est un facteur important pour établir une bonne communication ainsi qu'une ambiance calme.

Dans tous les cas, les IADE interrogés fondent leur relation soignant-soigné sur la confiance. La confiance est avant tout un sym-

bole de ce que l'autre a besoin, et de l'engagement de l'IADE vis-à-vis de sa mission en tant que professionnel. Cette relation de confiance s'instaure dès l'accueil du patient.

Le bloc opératoire, selon les patients, est considéré comme un "lieu hostile", où les patients ont "peur d'avoir mal et de ne jamais se réveiller". Selon les IADE, c'est également un lieu de cohésion d'équipe où on collabore pour gérer des imprévus. Par conséquent, le patient n'a pas d'autre choix que de s'en remettre à l'équipe.

IV. DISCUSSION

Mon étude a fait ressortir l'importance des relations humaines dans l'expression de la technique d'hypnose. Malgré que ces techniques soient difficiles à mettre en place du fait d'un manque de formation appropriée, de contraintes de temps ou matérielles, tous les IADE interrogés estiment qu'elles permettent une meilleure prise en charge du patient.

Les IADE interrogés, de profils très divers, conviennent de l'intérêt de l'hypnose pour la prise en charge du patient. Ils ont en grande partie validé mes hypothèses de travail en indiquant que le bloc opératoire était un environnement hostile où l'anxiété préopératoire des patients était décuplée (Charlot 1998, CNRD 2016). Mais ils ont montré également une grande connaissance des états de transe induits par cette anxiété et ont montré tout un panel de techniques pouvant limiter cette angoisse. Leurs expériences leur permettent un détachement de l'environnement et des techniques d'anesthésie laissant place à la relation personnalisée du patient.

Il est intéressant de noter que la formation aux pratiques d'hypnose était un choix personnel pour tous les IADE interrogés, et qu'ils regrettaient parfois de ne pas être plus nombreux à pratiquer l'hypnose dans leur structure. Cette pratique redynamise leur carrière. Une formation aux pratiques de l'hypnose devrait être proposée à plus de professionnels pour démystifier l'hypnose et redonner vie à leurs pratiques.

V. CONCLUSION

D'un point de vue opérationnel, ce rapport a souligné l'importance d'avoir des structures adaptées à la mise en place des pratiques d'hypnose. La mise à disposition de salles dédiées aux consultations dans l'hôpital et la création de conditions tamisées sont autant de possibilités d'amélioration de la pratique de l'hypnose.

Les rôles du médecin anesthésiste réanimateur, de l'IBODE et du chirurgien n'ont pas été considérés dans ce mémoire, centré sur la perception de l'IADE. Il serait intéressant de les interroger sur ce sujet. Quelle serait alors la place de l'IADE en consultation en pré-anesthésie en collaboration avec l'IBODE ? Quel impact pourrait-il avoir sur l'accueil des patients et quels effets bénéfiques tout au long de la prise de soin ?

Il convient également, au vu des réponses des enquêtés, reconsidérer le rôle de l'hypnose comme facteur de bien-être au travail, en particulier face à une situation d'épuisement professionnel.

RÉFÉRENCES

- Charlot, M., 1998. La peur de l'anesthésie. Interbloc 97-99.
- CNRD, 2016. L'anxiété préopératoire. <http://cnrd.fr/L-anxiete-preoperatoire.html> (consulté le 05/08/2016).
- Couard, 2004. Maîtriser l'organisation en bloc opératoire : Un défi permanent. Editions Eska, Paris.
- Cozzarin, L.M., 1994. L'infirmière de bloc opératoire : son activité. Interbloc 2, 30-32.
- Gueguen, J., Barry, C., Hassler, C., Falissard, B., 2015. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. Rapport INSERM.
- Samama, G., Ivernois, J.-F., Collectif, 2011. L'infirmière de bloc opératoire, 5e édition. ed. Maloine, Paris.
- Viro, C., Bernard, F., Faymonville, M.-E., 2010. Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie. Arnette Blackwell, Rueil-Malmaison.