

Le Soins, c'est l'infirmier(ère)

Apport de l'hypnoalgésie à la posture professionnelle

Laurent FOUR
Travail de Fin d'Étude

Gröna Lund – Stockholm © Laurent Four (2005)



U.E. 3.4 : Initiation à la démarche de Recherche

U.E. 5.6 Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

U.E. 6.2 : Anglais

Cadre du suivi pédagogique : Nathalie Juvet



Promotion 2013–2016
IFSI du CHU de Montpellier – 31 Mai 2016

Remerciements

Aux bénévoles de la Croix-Rouge de Paris XVI qui m'ont permis de découvrir le secourisme et auprès desquels j'ai tant appris pendant 13 ans.

Au Professeur Puech, pour m'avoir orienté lors des premiers pas de ma reconversion professionnelle avec gentillesse et attention.

Au Professeur Jonquet, pour avoir pris le temps de me recevoir avec bienveillance et initié cette aventure.

A l'équipe de la Direction de la Communication du CHU de Montpellier qui m'a permis de découvrir l'univers de l'Hôpital sous un autre jour.

Au regretté Raymond Legrand qui jette un oeil sur moi de là-haut.

A Nathalie Juvet, ma cadre de suivi pédagogique pour son soutien du premier jour, pour son exigence toujours justifiée, pour sa clairvoyance immédiate à mon sujet et la retenue avec laquelle elle m'a accompagné dans les batailles que je devais mener.

A l'infirmière qui a inspiré ma situation d'appel, pour sa pugnacité et son écoute. Aux personnels soignants que j'ai croisés dans mes stages, merci pour leur patience.

A Béatrice, Lise et Fabienne qui ont uni leurs talents pour la relecture.

A Jacques, mon père et Christiane, ma mère, qui ont mis leur vie entre parenthèses pendant quatre ans pour me fournir soutien et assistance quotidienne dans la préparation et la réalisation de ces études.

A Fleur, ma compagne qui a traversé vaillamment tous les orages qui ont accompagné cette formation, toutes les craintes, toutes les peurs, tous les doutes.

A Inès et Naila qui m'ont donné chaque matin la force de me lever plus tôt pour avoir la joie d'entendre leurs rires et leurs jeux d'enfants à mon retour.

A Paul et Marcelline, mon parrain et ma marraine, pour ces encouragements qui m'ont tellement aidé.

A Gilles et Laetitia, qui m'ont fait profité de leur expérience de cadres infirmier pour préparer l'oral et pour leur bienveillance.

A la bande de doux dingues qui ont usé leurs pantalons sur les bancs de l'IFSI avec moi, Alizée, Anna, Guillaume, Maguelone, Nadège, Karine, qui ont partagé les joies, les peines, l'épuisement, la panique et les émerveillements.

Enfin à moi, qui pensais ne jamais réussir à arriver au bout de cette formation, qui a cherché dans ce métier un nouveau sens à ma vie professionnelle et qui m'étonnai chaque jour d'y trouver une place légitime.

« Je ne connaîtrai pas la peur, car la peur tue l'esprit. La peur est la petite mort qui conduit à l'oblitération totale. Je lui permettrai de passer sur moi, au travers de moi. Et lorsqu'elle sera passée, je tournerai mon oeil intérieur sur son chemin. Et là où elle sera passée, il n'y aura plus rien, rien que moi ».

Litanie contre la Peur du rituel Bene Gesserit, *Dune* - Frank Herbert (1965)

Sommaire

Introduction	page 1
I. Situation d'appel	page 2
II. Cheminement et question profane	page 3
III. Cadre théorique / conceptuel	page 4
1. Douleur et Douleur induite par les soins	page 4
1.A. Douleur	page 4
1.A.1. Définition	page 4
1.A.2. Physiologie	page 5
1.A.3. Mécanismes	page 5
1.A.4. Echelles d'évaluation	page 6
1.A.5. Cadre législatif	page 6
1.A.5.a. Pour le patient	page 6
1.A.5.b. Pour les infirmiers	page 7
1.A.5.c. Pour les établissements de santé	page 8
1.B. Douleur induite par les soins	page 8
1.B.1. Définition	page 8
1.B.2. Mécanismes	page 9
1.B.3. Chez l'adulte	page 9
1.B.4. Spécificités chez l'enfant	page 10
1.B.5. Facteurs majorant la douleur induite	page 10
1.B.5.a. Souffrance et douleur	page 10
1.B.5.b. Anxiété anticipée des soins douloureux	page 11
1.B.5.c. Peur des soins douloureux	page 13
2. Traitements non médicamenteux et hypnoalgésie	page 15
2.A. Traitement non médicamenteux	page 15
2.A.1. Définition	page 15
2.A.2. Hypnose	page 15
2.A.2.a. Définition	page 15
2.A.2.b. Physiologie sensori-discriminative	page 16
2.A.2.c. Physiologie affective	page 17
2.A.2.d. Mécanismes	page 19
2.B. Hypnoalgésie	page 19
2.B.1. Définition	page 19
2.B.2. Hypnoalgésie chez l'adulte	page 19
2.B.3. Hypnoalgésie, spécificités chez l'enfant	page 21
2.B.4. Hypnose conversationnelle	page 22
3. Compétences et Posture professionnelle :	page 25
3.A. Identité professionnelle	page 25
3.B. Compétences	page 26
3.C. Posture professionnelle	page 27

IV. Enquête	page 29
1. Méthodologie	page 29
1.A. Choix de la population	page 29
1.B. Choix des structures d'exercice	page 29
1.C. Choix de l'outil	page 29
1.D. Limites de l'enquête	page 29
2. Analyse des résultats	page 30
2.A. Parcours des infirmières	page 30
2.B. L'anxiété anticipée des soins douloureux	page 30
2.B.1. Contextualisation de l'anxiété	page 30
2.B.2. Manifestations de l'anxiété	page 30
2.C. Mise en œuvre de l'hypnoalgésie dans les services	page 31
2.C.1. Projet de service	page 32
2.C.2. Techniques d'hypnoalgésie utilisées	page 32
2.D. Mise en oeuvre de l'hypnoalgésie et modification sur l'anxiété	page 33
2.D.1. Hypnoalgésie non structurée ou hypnose conversationnelle	page 33
2.D.2. Séance d'hypnoalgésie structurée	page 34
2.E. Hypnoalgésie et pratique infirmière	page 35
2.E.1. Le Soin, c'est l'infirmière	page 35
2.E.2. La posture infirmière est enrichie par l'hypnoalgésie	page 35
2.F. Contribution de l'hypnoalgésie au parcours de l'étudiant ?	page 36
V. Synthèse des entretiens	page 37
VI. Problématique	page 39
Conclusion	page 41
Bibliographie	
Annexes	

Introduction

Alors que ma formation en soins infirmiers est sur le point de s'achever, j'ai souhaité aborder dans ce travail de fin d'étude la manière dont une thérapie non médicamenteuse, l'hypnoalgésie, pouvait à la fois soulager l'anxiété des patients avant un soin douloureux, que ce soit chez les adultes comme chez les enfants, mais aussi venir enrichir la posture professionnelle de l'infirmière.

Cet intérêt s'est manifesté comme une évidence à la suite d'une situation que j'ai vécue en stage. Cependant, je me suis rendu compte qu'au cours de ces 3 années de formation, cette question était toujours présente sous une forme ou sous une autre dans ma réflexion autour du soin que prodigue l'infirmier.

C'est la raison pour laquelle, à la suite de ma situation d'appel, je commencerai par détailler les raisons qui m'ont conduit à orienter ma question profane autour de l'hypnoalgésie et de sa contribution à la pratique professionnelle de l'infirmière dans le cadre de l'émotion qui précède souvent les soins douloureux : l'anxiété.

Ce qui m'amènera dans ma première partie théorique à présenter les différents concepts de douleur et de douleur induite par les soins, en définissant les rapports qu'elles entretiennent avec la souffrance, l'anxiété ou la peur éprouvées par le patient. Dans une seconde partie, je m'intéresserai aux thérapies non médicamenteuses et aux mécanismes de l'hypnose médicale, de l'hypnoalgésie et de l'hypnose conversationnelle. Dans la troisième, j'interrogerai les concepts de compétences et de posture professionnelle pour faire émerger l'identité de cette infirmière qui pratique l'hypnoalgésie dans le cadre de ces soins douloureux.

Puis, dans un nouveau chapitre, je présenterai la méthodologie de ma recherche sur le terrain avant d'analyser les résultats des entretiens que j'ai menés auprès de 4 infirmières formées à l'hypnoalgésie et d'en rédiger une synthèse.

Enfin, cette analyse me permettra de poser un regard différent sur mon enquête et proposer un axe de recherche qui sera formalisé dans une nouvelle problématique autour de l'hypnoalgésie.

I. Situation d'appel

Dans ce service de pneumologie où je suis en stage de fin de deuxième année, je reçois une patiente qui doit passer une endoscopie bronchique pendant une quinzaine de minutes. Pendant la pré-anesthésie per os des voies aériennes supérieures, j'échange quelques mots avec la patiente qui manifeste une grande lassitude face à la multitude d'examen qu'elle a eus à subir ces dernières semaines.

Pendant que ma tutrice et moi-même finissons de préparer notre plateau avec les différents produits à injecter, le médecin explique les raisons et le déroulement du soin. Il s'agit de faire passer un endoscope par le nez, la gorge puis le larynx et la trachée afin d'aller vérifier l'état des bronches et objectiver qu'elles ne sont pas lésées par des métastases. Le médecin rajoute que seul le passage du larynx est un peu complexe, c'est la raison pour laquelle a été appliqué un gel anesthésiant. Nous devons effectuer un lavage bronchique pour récupérer un échantillon de liquide qui aura été au contact des muqueuses bronchiques.

Je suis positionné sur le côté où je récupère le masque que nous avons branché à une bouteille de protoxyde d'azote pour une analgésie de surface. Après que j'ai enduit l'endoscope d'un anesthésique en gel, le médecin l'introduit dans le nez et tente de passer le larynx sans succès, la patiente se crispant de plus en plus.

À la deuxième tentative infructueuse, la patiente fond en larmes et nous explique que c'est l'examen de trop et qu'elle ne peut pas en supporter plus. Le tube lui fait trop mal et elle se demande à quoi bon s'acharner sur elle comme un cobaye. Nous l'écoutons pendant plusieurs minutes et l'infirmière tente de la rassurer. À son tour le médecin lui explique que les résultats de cet examen sont très importants pour elle.

Nous nous remettons en place et ma tutrice se penche vers l'oreille de la patiente pendant toute la durée de l'inhalation du protoxyde d'azote. Je repose le masque et tends l'endoscope au médecin qui l'insère dans le nez de la patiente. L'infirmière continue de lui parler comme si elles étaient seules au monde. Dans le silence relatif de la salle, je n'entends pas ce qu'elle lui dit. Le médecin réussit à faire passer l'endoscope par le larynx. La respiration de la patiente s'accélère. Dans un premier temps je pense que l'infirmière va se repositionner auprès du médecin pour pratiquer l'injection d'anesthésique mais voyant qu'elle continue à parler à la patiente, je me dirige vers le plateau et je tends la seringue au médecin.

L'examen se poursuit, la respiration de la patiente indique un retour au calme. Ma tutrice n'a toujours pas bougé et continue de lui parler. Je réalise le lavage bronchique et commence à distribuer les échantillons dans les différents tubes.

Le médecin prévient qu'elle va retirer l'endoscope. La patiente est félicitée pour son courage par ma tutrice. Elle se tourne vers moi le regard un peu ailleurs et m'aide à terminer l'emballage des échantillons. Le médecin rassure la patiente et lui confirme qu'à première vue l'exploration bronchique est négative et que ses poumons vont bien.

II. Cheminement et question profane

Après réflexion, cette situation a fait remonter à la surface de manière presque automatique un souvenir vécu juste avant le début de la formation, au moment où je réalisais le film « Accueil de l'enfant en chirurgie pédiatrique » pour la Direction de la communication du CHU¹ de Montpellier. Je me suis alors rendu compte que ce tournage sur la prise en soin des enfants au bloc opératoire par les techniques d'hypnoanalgésie m'avait plus marqué que je ne l'avais imaginé.

Si cette technique découverte auprès des enfants dans le cadre de mon ancienne activité professionnelle avait pu aiguïser mon intérêt, c'est d'abord vis-à-vis de la population pédiatrique visée auprès de laquelle l'hypnoanalgésie semblait pouvoir être utilisée.

Cette fois-ci, c'est en tant que personnel soignant que j'ai été le témoin privilégié de la mise en oeuvre de cette technique pour le bien d'une personne soignée adulte très anxieuse qui a surmonté ses peurs face à un soin particulièrement douloureux grâce à l'infirmière, évitant ainsi une reprogrammation possible ou la non réalisation du soin.

Ce qui m'amène à poser la question suivante :

En quoi l'hypnoanalgésie peut-elle enrichir la posture professionnelle de l'infirmier dans la diminution de l'anxiété du patient adulte et enfant lors d'un soin douloureux ?

¹ Lire partout Centre Hospitalier Universitaire

III. Cadre théorique / conceptuel

Ma question profane étant posée, je vais interroger ses multiples concepts en déroulant ses différentes étapes :

Prenons un soin particulièrement douloureux à réaliser par une IDE² sur un patient qui manifeste de l'anxiété, de la peur ou de la souffrance par rapport au versant douloureux de ce soin. Cette anxiété aurait pour conséquence une augmentation de la douleur qui majorerait encore plus l'anxiété et aggraverait le vécu douloureux du soin. Ce sera l'objet de ma première partie (Voir carte conceptuelle n°1 en Annexe I-1).

Prenons le même soin à réaliser par une IDE formée à l'hypnoanalgésie qui mettrait en oeuvre cette technique sur ce même patient. Elle aurait pour conséquence de réduire la douleur, de minorer l'anxiété et améliorer le vécu du soin. Je l'aborderai dans une seconde partie (Voir carte conceptuelle n°2 en Annexe I-2).

Mon hypothèse de départ est que cette technique enrichirait la posture professionnelle de l'IDE, j'aurai l'occasion de la détailler dans ma troisième partie.

1. Douleur et Douleur induite par les soins

1.A. Douleur

1.A.1. Définition

D'après l'IASP³, c'est une « *sensation sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire réel ou potentiel ou décrit en termes d'un tel dommage. A noter : l'incapacité à communiquer verbalement ne supprime pas la possibilité qu'un individu ressente la douleur et qu'il nécessite un traitement approprié* » (Merskey et al., 1994)⁴.

Pour Jacquemin et De Broucker (2014), cette définition permet de mettre au même niveau les dimensions suivantes : sensorielle, émotionnelle, comportementale et affective⁵. Elles sont également décrites sous la forme de 4 composantes dans le Référentiel Douleur du CHU de Montpellier (2014)⁶ :

- Sensori-discriminative (Qualité/Intensité/Localisation/Durée)
- Affectivo-émotionnelle (connotation désagréable rattachée à la perception douloureuse pouvant induire de l'anxiété, dépression)
- Cognitive (les processus mentaux conditionnent et influencent la perception)
- Comportementale (Manifestations verbales et non verbales de la douleur)

² Lire partout indifféremment Infirmier ou Infirmière Diplômé(e) d'Etat

³ Lire partout International Association for the Study of Pain

⁴ Traduction de la définition tirée de MERSEY H. and BOGDUK N. - IASP Task Force on Taxonomy. *Part III : Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage* (pp 209-214) Classification of Chronic Pain, Second Edition (1994).

⁵ JACQUEMIN D., De BROUCKER D. (2014) *Manuel de Soins Palliatifs* Chapitre 22 Douleur. Ed Dunod 4e Edition. p 238

⁶ VAILLANT I. CLUD (2014) Document n° CHRU/ 12.a/062/v1. Référentiel Douleur (13/10/2014) CHRU de Montpellier. Chapitre 2 Recommandations de bonnes pratiques. p 12

La pédiatre et anesthésiste-réanimatrice Chantal Wood préfère à Merskey *et al.* la définition de Price (1999) qui voit dans la douleur une « *perception somatique* » dans laquelle on retrouve non seulement les critères d'un tissu lésé mais également « *un vécu de menace associé à cette sensation ; un sentiment de déplaisir ou toute autre émotion négative s'appuyant sur ce vécu de menace* ».

Pour Price *et al.* (2004) la douleur est « *imprégnée d'une croyance, d'une attention, d'une attente et d'émotions au regard de la façon dont elle arrive [...]* »⁷.

1.A.2. Physiologie

L'influx douloureux est acheminé par une voie rapide (autre que celle habituelle de la moelle épinière). Cette voie a la caractéristique de permettre de localiser la douleur et de déclencher un phénomène inhibiteur appelé « Gate control » qui va bloquer temporairement l'information douleur. C'est la voie de la sensation.

Parallèlement à cette voie de transmission rapide, existe une voie plus lente, la voie de l'émotion et du comportement : des détecteurs spécifiques chargés de percevoir la douleur (nocicepteurs) sont reliés à des fibres nerveuses pour transporter des messages. Ces messages sont relayés et modulés par la moelle épinière (transmission, blocage ou amplification, convergence des différents influx)⁸. Le cerveau décortique le message et le transforme en informations explicatives avant de déclencher des mécanismes de réponse.

Si la douleur est un message d'alerte pour des événements inattendus, il est d'autant plus important de comprendre que la douleur puisse être anticipée par la patiente vis-à-vis d'un acte et d'un soin nouveaux auxquels elle n'a jamais été confrontée.

1.A.3. Mécanismes

On distingue 3 types de douleur :

- La douleur par excès de nociception. C'est une douleur mécanique ou inflammatoire en excès qui déclenche la réaction classique du système nerveux décrit plus haut.
- La douleur neurogène par désafférentation. C'est un dysfonctionnement du système nerveux par interruption, compression ou section d'un nerf ou d'une zone.

⁷ MICHAUX D., HALFON Y., WOOD C. (2013) *Manuel d'hypnose pour les professions de santé*. Maloine 3^{ème} tirage pp 91-92

⁸ La nociception désigne l'ensemble des processus mis en place par l'organisme humain pour ressentir, diagnostiquer et réagir à des stimuli intérieurs ou extérieurs négatifs. Source sante-medecine.journaldesfemmes.com

- La douleur psychogène. C'est une douleur liée à des troubles d'origine psychologique et elle appelle « *une prise en charge identique à celle de n'importe quelle autre douleur* »⁹ pour la SFETD¹⁰.

Ces douleurs ont des intensités différentes. Elles peuvent être aiguës ou chroniques : la douleur aiguë c'est l'alerte qui va permettre de se sortir du danger, elle est utile et protectrice. La douleur chronique est une maladie. Elle est inutile et destructrice.

1.A.4. Echelles d'évaluation

Nous avons des perceptions différentes vis-à-vis de la douleur. Certains vont verbaliser, ou avoir des comportements de retrait, ce qui va influencer la façon de parler de la douleur. On utilise donc des échelles d'évaluation différentes.

Il existe des échelles unidimensionnelles de la douleur par autoévaluation : EVA, EN, EVS, DN4.

Il y a également des échelles d'évaluation pluridimensionnelles de la douleur qui décrivent les caractéristiques de cette douleur. Il existe également des échelles d'évaluation pour toutes les personnes qui ne peuvent pas ou plus s'exprimer. On procède alors par échelle d'hétéro-évaluation. Enfin, on se sert également d'échelles d'anxiodépression.

1.A.5. Cadre législatif

Si le soulagement de la douleur fait souvent partie des raisons qui poussent certains à choisir les métiers du soin, elle fait l'objet d'un encadrement légal bien défini, que ce soit de manière législative ou réglementaire, pour le patient, pour les infirmiers, comme pour les établissements de santé.

1.A.5.a. Pour le patient

Cet encadrement est régi par la Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 du CSP¹¹ relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé dans sa version modifiée du 2 février 2016 (Loi n°2016-87) à l'article L1110-5 qui dispose que

« Toute personne a [...] le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés [...] qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées ».

A noter que la phrase « *toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur* », cette douleur devant « *être en toute circonstance prévenue,*

⁹ SFETD (2008) *La douleur en question*. Mémento. 2^e éd. Consulté le 6 février 2016. p 23

¹⁰ Lire partout Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur

¹¹ Lire partout Code de la Santé Publique

évaluée, prise en compte et traitée », a été remplacée dans la version du 2 février 2016 pour être remise dans un contexte de « souffrance » :

« Toute personne a le droit de recevoir des traitements et des soins visant à soulager sa souffrance. Celle-ci doit être, en toutes circonstances, prévenue, prise en compte, évaluée et traitée »¹².

Par ailleurs, l'article 2 de la charte de la personne hospitalisée¹³ est mise en application conformément à la circulaire N° 2006-90 du 2 mars 2006. Ainsi, toute la « *dimension douloureuse, physique et psychologique de la prise en charge des personnes hospitalisées ainsi que le soulagement de leur souffrance constituent une préoccupation constante de tous les intervenants* ».

1.A.5.b. Pour les infirmiers

L'exercice de la profession régi par le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 du CSP comprend « *l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation* »¹⁴, la participation par les soins infirmiers à « *la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes* »¹⁵, notamment dans le cadre « *de son rôle propre* »¹⁶.

L'infirmier fait partie de « *l'équipe de soin* » définie à l'article L1110-12 du CSP comme « *un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur...* ».

Il agit par délégation médicale dans le cadre de la dispensation et de l'adaptation de « *traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin* » (Article R4311-8)¹⁷ et « *assure les actes relevant des techniques d'anesthésie* » en salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) décrites à l'Article R4311-12 tout en étant « *habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant des mêmes techniques* ».

¹² Article L1110-5-3. Version modifiée du 1er février 2016 créée par la Loi n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 4 modifiant la Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 - art. 1 JORF 23 avril 2005. Consulté le 1er mars 2016

¹³ *Usagers, vos droits, Charte de la personne hospitalisée*. Avril 2006. p 4

¹⁴ Article R4311-1. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. Consulté le 10 février 2016

¹⁵ Ibid. Article R4311-2.5°

¹⁶ Ibid. Article R4311-3, -4 et -5

¹⁷ L'Article R4311-8 vient se substituer à l'Article 7 de l'ancien Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier abrogé par le Décret n° 2004-802

1.A.5.c. Pour les établissements de santé

L'amélioration de la prise en charge de la douleur est devenue une préoccupation de santé publique suite au rapport Neuwirth sur la douleur en 1994¹⁸.

Il est intéressant de noter que « *la qualité de l'accueil, des traitements et des soins* » à l'article 2 de la charte de la personne hospitalisée¹⁹ instituée dans son Annexe II traite des dispositions propres au service hospitalier « *public* » : on y apprend que les établissements doivent pouvoir organiser la prise en soin de manière à apporter « *dans la quasi totalité des cas, un soulagement des douleurs, qu'elles soient chroniques ou non, qu'elles soient ressenties par des enfants ou des adultes* ».

Les établissements de santé ont une obligation de moyens (L1112-4 du CSP) : « *Les établissements de santé, publics ou privés, et les établissements médico-sociaux mettent en oeuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent [...] quelles que soient l'unité et la structure de soins dans laquelle ils sont accueillis* ». Ces moyens sont contrôlés lors des campagnes de certification²⁰.

Au plan local, l'hôpital public universitaire met en oeuvre ces moyens par sa politique d'établissement : « *Le CHRU de Montpellier définit et communique sa politique concernant la prise en charge de la douleur* »²¹ que ce soit au niveau de l'information de la personne soignée, de l'évaluation de la douleur et de la souffrance du patient, des traitements médicamenteux et non médicamenteux, de la transmission des informations et de la formation des professionnels.

Dans ce même document validé par le CLUD²² du CHU de Montpellier, les actes qui peuvent provoquer de la douleur doivent être identifiés pour organiser, prévenir et soulager cette douleur notamment vis-à-vis de « *la douleur induite par les soins ou actes de soins diagnostics ou thérapeutiques* »²³.

1.B. Douleur induite par les soins

1.B.1. Définition

De la définition du docteur François Boureau, qui place la douleur induite comme une douleur « *de courte durée, causée par le médecin ou une thérapeutique dans des circonstances de survenue prévisibles et susceptibles d'être prévenues par*

¹⁸ Rapport du Sénat, n°138, 1994-1995 : Prendre en charge la douleur, par Lucien Neuwirth in Institut UPSA de la douleur. Cadre législatif Douleur. Législation infirmière. Consulté le 12 février 2016

¹⁹ Usagers, vos droits. Charte de la personne hospitalisée. Avril 2006. Consulté le 7 février 2016. p 4

²⁰ Manuel de certification des établissements de santé V 2010 Janvier 2014

²¹ VAILLANT I. CLUD (2014) Document n° CHRU/ 12.a/062/v1. Référentiel Douleur (13/10/2014) CHRU de Montpellier. Chapitre 2 Recommandations de bonnes pratiques. p 6 sq

²² Lire partout : Comité de Lutte contre la Douleur

²³ VAILLANT I. CLUD (2014) Op. Cit. p 8

des mesures adaptées »²⁴, je retiendrai surtout la seconde partie pour sa dimension nécessaire d'anticipation/prévention.

1.B.2. Mécanismes

Différentes études ont démontré que la douleur induite pouvait provoquer une hyperalgésie séquellaire²⁵, c'est-à-dire la persistance d'une sensibilité accrue à un stimulus nociceptif, que ce soit chez le nourrisson (Taddio, 2009) ou chez les enfants²⁶ (Taddio, 1997), parfois même lorsque le soin douloureux est réalisé à distance et qu'il est complètement différent du premier. Chez les adultes, une hyperalgésie secondaire peut accompagner les douleurs post opératoires²⁷ (Tverskoy, 1994) et se chroniciser.

La douleur induite peut donc fragiliser la sensibilité du système nerveux, provoquer des hyperalgésies périphériques ou centrales et développer des douleurs chroniques post-chirurgicales (DCPC).

1.B.3. Chez l'adulte

On retrouve des douleurs induites par les soins dans tous les services d'accueil adultes et notamment aux urgences où une prise de conscience de la nécessité de ne plus sous-évaluer la douleur et d'en faire des projets d'équipe est en train de faire progresser les mentalités²⁸.

Par ailleurs, l'évolution technique de la prise en charge des actes diagnostics et invasifs qui se faisaient auparavant au bloc opératoire ont multiplié les investigations sur les plateaux techniques et les douleurs per et post-interventionnelles²⁹, mettant en 1ère ligne le travail essentiel de l'équipe d'anesthésie. Au bloc opératoire, la forte présence des équipes paramédicales et médicales spécialisées a permis depuis plusieurs années d'inscrire le patient adulte dans une prise en charge spécifique de sa douleur.

Mais les services de soins « classiques » ne sont pas exempts d'actes ou de gestes douloureux qui peuvent être nécessaires au regard de la pathologie du patient, des soins infirmiers, des gestes diagnostics ou thérapeutiques ou des complications liées à son hospitalisation³⁰.

²⁴ BOUREAU F. *Introduction in* AUBRUN F., BENHAIEM J.M., DONNADIEU S. (Nouvelle édition 2010) *Les douleurs induites*. Institut UPSA de la douleur p 10

²⁵ FLETCHER D. *Physiopathologie des douleurs induites et facteurs de passage à la chronicité in* AUBRUN F., BENHAIEM J.M. DONNADIEU S. Nvle édition 2010 *Les douleurs induites*. Institut UPSA de la douleur p 16

²⁶ *ibid.* p 17

²⁷ *id.* p 17

²⁸ RIOU B., LVOVSKI V.E. *Causes des douleurs induites, traitement, prévention : dans un service d'urgences in* *Les douleurs induites* (Nouvelle édition 2010) Institut UPSA de la douleur. p 28

²⁹ VIEL E., ELEDJAM J.J. *Causes des douleurs induites, traitement, prévention : dans un plateau de technique interventionnelle in* *Les douleurs induites* (Nouvelle édition 2010) Institut UPSA de la douleur p 39

³⁰ VULSER C. *Causes des douleurs induites, traitement, prévention : dans un service d'hospitalisation in* *Les douleurs induites* (Nouvelle édition 2010) Institut UPSA de la douleur. p 71

1.B.4. Spécificités chez l'enfant

Les enfants, s'ils passent par les mêmes services de soins, subissent les gestes douloureux de manière accrue. Les mécanismes nociceptifs sont déjà présents chez les nourrissons, cependant les mécanismes inhibiteurs sont immatures, comme l'explique le pédiatre Ricardo Carbajal : « *non seulement les nouveau-nés sont capables de ressentir la douleur, mais [...] en plus, n'ayant pas les mécanismes de protection, ils peuvent la ressentir de manière encore plus intense qu'on ne l'imaginait* »³¹.

D'un geste douloureux à l'autre, l'enfant n'aura pas les mêmes comportements ni les mêmes modes d'expression. Pour autant, les plaintes de l'enfant doivent être entendues et la place des parents valorisée.

Comme je l'ai détaillé auparavant, c'est d'ailleurs dans les premières confrontations avec ces actes que leur système nerveux construit une perception qui influencera durablement le rapport qu'ils entretiendront avec le monde médical dans son ensemble et avec le ressenti de la douleur en particulier.

1.B.5. Facteurs majorant la douleur induite

Plusieurs études ont prouvé que les perceptions pouvaient être majorées par l'anxiété ou la peur et nous allons aborder le sujet mais il m'a semblé important de revenir auparavant sur la définition du concept de « souffrance ».

1.B.5.a. Souffrance et douleur

Isabelle Celestin-Lhopiteau, psychologue, tient à la distinction entre souffrance et douleur, même si on a trop souvent tendance à associer l'esprit pour l'une et le corps pour l'autre. Elle se réfère à la définition de l'IASP pour définir la douleur et place la souffrance dans sa subjectivité émotionnelle, faisant passer l'individu douloureux qui « *a mal* » à celui qui « *est mal* »³². Elle rappelle que l'interaction est telle entre les deux que l'un provoque invariablement une aggravation de l'autre.

Le philosophe Paul Ricoeur (1992), cité par le psychothérapeute René Sirven, associe le terme douleur à « *des affects ressentis comme localisés dans des organes particuliers du corps ou dans le corps tout entier* ». Quant au terme souffrance, il l'associe à « *des affects ouverts sur la réflexivité, le langage, le rapport à soi, le rapport à autrui, le rapport au sens, au questionnement* »³³.

Concernant la souffrance induite par les soins, j'ai cité plus haut les travaux de Taddio (1997) qui ont prouvé que des enfants circoncis sans anesthésie présentaient des scores de douleur à posteriori plus élevés que ceux qui l'avaient été avec.

³¹ SPARADRAP (Janvier 2003) *Pour en savoir plus sur la douleur de l'enfant* Livret d'accompagnement. p 7

³² CELESTIN-LHOPITEAU I. *Douleur et Souffrance* in BIOY A, MICHAUX D. et al. (2007) DUNOD *Traité d'hypnothérapie, Fondements, méthodes, applications* p 273

³³ SIRVEN R. *Souffrance et soins : la place de l'éthique ?* in FERRAGUT E., BROCCQ H., CHABEE-SIMPER S. et al. (2007) *Souffrance, maladie et soins* Elsevier Masson. p 45

En lien avec Isabelle Celestin-Lhopiteau, on considèrera comme René Sirven que c'est dans cette dualité qui distingue et relie le « *sujet douloureux* » et « *l'être en souffrance* » qu'il y a une véritable « *demande de soins* » à soulager, à l'image de l'histoire d'Iris, une petite fille de 9 ans atteinte de migraines fréquentes et invalidantes détaillée par la psychologue :

Isabelle Celestin-Lhopiteau décrit chez sa patiente cette « *anticipation anxieuse à la fois de la crise de migraine mais aussi des situations jugées stressantes à l'école* » que la fillette subit, piégée qu'elle est dans une auto-exigence de performance³⁴. Ses migraines sont fréquentes (deux à trois fois par semaine) avec une durée de crise supérieure à une heure, des nausées et des vomissements qui impactent sa vie scolaire et personnelle.

Si la douleur est un symptôme à traiter, une manifestation objective, la psychologue conclut qu'on ne peut l'aborder en laissant de côté ses « *conséquences au sein de l'existence du patient* » et qu'on peut traiter « *distinctement les deux composantes de la douleur, sensori-discriminative et affective, et de changer [par l'hypnose] la relation que le patient entretient avec son propre corps, avec les autres, et avec le monde qui l'entoure.* »³⁵

Nous reviendrons sur l'apport de l'hypnose dans la partie suivante mais il faut avant tout s'attacher à cette partie affective de l'anticipation de la douleur, génératrice de stress, d'anxiété, qu'Esposito, Aubert, Gautier *et al.* (2010) définissent comme un : « *État de trouble psychique causé par le sentiment de l'imminence d'un événement fâcheux ou dangereux, s'accompagnant souvent de phénomènes physiques [...]* »³⁶.

Ainsi, s'il existe une douleur induite par les soins et une anxiété d'anticipation de ces soins douloureux, j'associerai désormais dans ce mémoire ces deux notions, pour parler d'anxiété anticipée des soins douloureux.

1.B.5.b. Anxiété anticipée des soins douloureux

L'anxiété, ou l'angoisse comme on peut parfois la nommer par extension, est un concept très largement défini. Le professeur Boulenger, ancien chef du pôle psychiatrie du CHU de Montpellier, décrit d'un côté l'anxiété comme une « *émotion, une crainte toujours dirigée vers le futur* » là où l'angoisse est de l'autre une « *expression de l'anxiété sous la forme d'une crise, une forme aiguë de l'anxiété au début brutal, caractérisée au premier plan par des symptômes somatiques* »³⁷ parmi lesquels on peut citer l'oppression thoracique, la sudation, la fièvre, les palpitations etc.

³⁴ CELESTIN-LHOPITEAU I. *Douleur et Souffrance* in BIOY A, MICHAUX D. *et al.* (2007) DUNOD *Traité d'hypnothérapie, Fondements, méthodes, applications* p 283

³⁵ *id.* p 284

³⁶ ESPOSITO R., AUBERT D., GAUTIER P. *et al.* (2010) *Sophrologie, Lexique des concepts, techniques et champs d'application*. Elsevier Masson. p 3

³⁷ BOULENGER J.P. Cours 1.01.S1 Psychologie, Sociologie, Anthropologie du 13 janvier 2014, IFSI du CHU de Montpellier

On partira du principe dans ce mémoire que l'angoisse est le corollaire de l'anxiété et qu'ils peuvent parfois être utilisés de manière synonymique dans certaines études.

La philosophie a questionné le rapport de l'angoisse à la douleur à travers les travaux de Freud (1973) comme « *investissement d'objet* »³⁸ pour la première et comme « *investissement narcissique* » pour la seconde, l'angoisse étant pour Kierkegaard (1994) « *la réalité de la liberté parce qu'elle en est le possible* »³⁹. Enfin pour Lacan, l'angoisse est postérieure à l'effroi car elle a « *une structure [...], elle est encadrée* »⁴⁰ (Lacan, livre X, 2004).

Mais qu'en est-il de l'anticipation du soin douloureux ? En se basant sur diverses études dont Koppal, Ardash, Uday *et al.* (2011), on peut affirmer que l'anxiété majore la douleur induite par les soins, l'Académie américaine de pédiatrie certifiant « *qu'il y a un lien entre anxiété et douleur ressentie chez les enfants et chez les adultes* »⁴¹. Il a été prouvé également que l'anxiété préopératoire est telle que l'annonce d'une intervention chirurgicale « *à l'adulte ou à l'enfant peut susciter chez le malade l'attente justifiée et consciente de la douleur, de malaises, de pertes et souvent de mutilations* » (Freud A, Bergman T, 1976)⁴².

Que peut-on craindre avant un soin douloureux ? Pour Anne-Frédérique Lelarge, élève IADE⁴³ à l'école d'infirmiers anesthésistes des hôpitaux de Toulouse en 2012, certaines craintes se retrouvent chez les enfants⁴⁴ : l'inconnu, la douleur, la séparation/abandon, la peur de ne pas se réveiller, la peur de la mort. La future IADE rappelle que l'anxiété de l'enfant ne serait que l'expression de phénomènes d'adaptation de ce sujet à son environnement (Freud A. (1952), Piaget (1958)) mais que l'émotion de l'enfant tend à le submerger. Cette émotion doit donc être prise en compte.

L'élève IADE décrit également l'anxiété préopératoire qui se manifesterait chez 65% des enfants et serait associée de manière majeure à une plus grande agitation au réveil (Vernon, 1966).

³⁸ MAZERAN V., OLINDO-WEBER S. *Corps et angoisse in* FERRAGUT E., BROCC H., CHABEE-SIMPER S. *et al.* (2007) *Souffrance, maladie et soins* Elsevier Masson. p 52

³⁹ MAZERAN V., OLINDO-WEBER S. (2007) *ibid.* p 56

⁴⁰ *id.* p 54

⁴¹ Traduction de la citation tirée de FEIN J.A., ZEMPSKY W.T., CRAVERO J.P. Relief of Pain and Anxiety in Pediatric Patients in Emergency Medical Systems. Clinical report. (November 2012) Pediatrics 2012-130 (5) e1391-e1405; Assessment and Management of Pain, Stress, and Anxiety in the ED. p e1392.

⁴² AMOUROUX R. (juin 2008) *L'anxiété préopératoire* CNRD Peur, anxiété douleur. Brochure

⁴³ Lire partout et indifféremment Infirmier-ère Anesthésiste Diplômé(e) d'Etat

⁴⁴ LELARGE A.F. *La pré induction anesthésique chez l'enfant : promouvoir l'hypnose.* (2007) Ecole d'infirmiers anesthésistes des hôpitaux de Toulouse. p 14

Sylvie Planes, cadre puéricultrice en chirurgie pédiatrique au CHU de Montpellier, détaille les enjeux à prendre en compte l'anxiété anticipée des soins douloureux pour l'enfant : elle estime qu'un enfant qui a eu une information est un enfant « *qui a moins peur et donc moins mal* »⁴⁵. Par ailleurs, la communication joue un grand rôle puisqu'un enfant qui « *s'exprime* » « *augmente son estime de soi* ». Elle soutient fortement « *l'information* » dans un processus d'« *accompagnement* » par lequel on va :

*« Donner une information adaptée, susciter le feedback par l'enfant et sa famille, évaluer la compréhension de l'information et réfléchir sur ses propres pratiques [...] il faut inscrire l'information dans la démarche de soins »*⁴⁶.

Il existe des échelles pour mesurer l'anxiété parmi lesquelles nous avons retenu l'inventaire d'anxiété état-trait (STAI)⁴⁷ qui est un auto-questionnaire de 20 items psychologiques permettant de faire la différence entre anxiété-trait⁴⁸ (anxiété vécue au quotidien) et anxiété-état (réaction émotionnelle à un instant donné).

On a compris le rapport qu'entretenait l'anxiété avec l'anticipation des soins douloureux et la gradation vers la crise d'angoisse mais lorsque le « *danger* » plus ou moins immédiat prend forme, cette émotion diffuse se transforme en réflexe de survie alimenté par la peur de l'arrivée du soin douloureux.

1.B.5.c. Peur des soins douloureux

Pour le Professeur de Médecine Comportementale Johan W.S. Vlaeyen, il y a dans la littérature une utilisation indifférenciée de « *l'anxiété de la douleur* »⁴⁹ (Mc Cracken et al. 1998) et de la « *peur liée à la douleur* ».

Pour autant, il est clair que la peur « *exacerbe la douleur* » lorsqu'elle « *relève de l'expérience douloureuse* »⁵⁰ (Al Absi, Rokke, 1991) « *en dehors des situations de lésions aiguës ou mettant en jeu le pronostic vital* »⁵¹ (Wall, 1979).

Je citerai Munoz Sastre M.T., Albaret M.C. *et al.* (2006) qui ont approfondi les différentes spécificités des dimensions de la douleur associées notamment aux

⁴⁵ PLANES S., BEVIS C. Répondre au besoin de prise en charge de l'anxiété et de la douleur de l'enfant (janvier 2015) Support de cours. IFSI du CHU de Montpellier. p 10

⁴⁶ *id.* p 10

⁴⁷ State Trait Anxiety Inventory

⁴⁸ GUEGEN J., BARRY C., HASSLER C. *et al.* Evaluation de l'efficacité de l'Hypnose (Juin 2015) INSERM U1178. p 47

⁴⁹ *id.* p 2

⁵⁰ *id.* p 2

⁵¹ *id.* p 2

interventions médicales⁵². Quatre facteurs sont ressortis de l'étude de la dimension douloureuse des interventions : examen et soins, injections, soins dentaires et gestes invasifs.

Enfin, Isabelle Celestin-Lhopiteau cite Wunsh et Plaghki (2003) qui décrivent la manière dont une peur « *allant parfois jusqu'à la phobie des soins ultérieurs* » peut se mettre en place à la suite de douleurs mal soulagées, « *les caractéristiques affectives et sensorielles de la douleur [pouvant] être encodées dans le système nerveux central d'une façon associative, non consciente et indélébile* »⁵³.

J'ai décrit dans cette première partie la manière dont l'anxiété peut aggraver le vécu anticipatoire du soin et altérer le rapport qu'entretiendra le patient avec tout soin douloureux. Il existe nombre de thérapeutiques qui peuvent soulager l'anxiété et la douleur. J'ai choisi de m'intéresser à celles qui font appel aux traitements non médicamenteux.

⁵² PERRIN O. et CARBAJAL R. (2007) CNRD La peur de la douleur associée aux interventions médicales et à la maladie.

⁵³ CELESTIN-LHOPITEAU I. *Douleur et Souffrance in* BIOY A, MICHAUX D. *et al.* (2007) DUNOD *Traité d'hypnothérapie, Fondements, méthodes, applications* p 273

2. Traitements non médicamenteux et hypnoalgésie

2.A. Traitement non médicamenteux

2.A.1. Définition

La HAS a défini les notions de « *prescription de thérapeutiques non médicamenteuses* »⁵⁴ à la demande de la Direction de la Sécurité Sociale et a produit des recommandations de bonnes pratiques en avril 2011 dans lesquelles elle distingue :

- Les règles hygiéno-diététiques (régimes, activités physiques et sportives...)
- Les traitements psychologiques (thérapies d'inspiration analytique, TCC⁵⁵)
- Les thérapeutiques physiques (techniques de rééducation, kinésithérapie...)

C'est dans les traitements psychologiques que l'on peut trouver l'hypnose même si cette notion n'apparaît pas alors dans ce rapport de 2011.

2.A.2. Hypnose

2.A.2.a. Définition

On doit l'appellation « hypnotisme » à James Braid, un médecin écossais qui en 1843, associe « hypnos », le dieu grec du sommeil, à cet état particulier dont on entend parler depuis l'antiquité mais qui se trouve popularisé par le Dr Messmer au XVIII^{ème} siècle, même s'il faudra plus de cent ans pour écarter l'idée que c'est une forme de sommeil⁵⁶.

Malgré les avancées de la recherche sur ce domaine menées d'un côté par Charcot sur le versant neurologique et de l'autre par Bernheim sur les possibilités thérapeutiques de la transe hypnotique, l'hypnose demeure fortement associée à un phénomène de foire dans lequel le sujet perd tout contrôle. Après l'affrontement des partisans de Charcot et Bernheim lors des deux premiers congrès sur l'hypnose, ce sont les recherches psychanalytiques menées par Freud qui orientent vers les investigations des états mentaux⁵⁷. Aux états-unis, Erickson développe l'idée que l'hypnose est un état naturel qui peut être renforcé par la relation entre le sujet et le thérapeute.

A partir des années 50, le développement des neurosciences et l'apport d'outil comme l'électroencéphalogramme objectivent que l'hypnose est un état de veille particulier et non pas un sommeil⁵⁸.

⁵⁴ HAS Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées (Avril 2011). Rapport d'orientation.

⁵⁵ Lire partout Thérapie Cognitive Comportementale

⁵⁶ VIROT C. BERNARD F. (2010) *Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie* Ed. Arlette. p 4

⁵⁷ *id.* p 7

⁵⁸ *id.* p 10

Je retiens que l'hypnose est différente de l'hypnose ericksonnienne utilisée dans l'hypnose médicale. La première est basée sur des suggestions directes. La seconde utilise des suggestions indirectes dans le but de mobiliser les ressources du patient.

D'après Elisabeth Barbier, infirmière hypnothérapeute au Groupe Hospitalier Paris Saint Joseph, le psychiatre Jean Godin (1991) la définit comme un « *mode de fonctionnement psychologique, 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* »⁵⁹.

Isabelle Celestin-Lhopiteau décrit plusieurs études récentes sur l'efficacité de l'hypnose :

« *l'hypnose permet de dissocier et de traiter distinctement les deux composantes de la douleur : sensori-discriminative (l'intensité, la localisation et la dynamique spatiotemporelle de la douleur), et affective (les émotions associées à cette sensation)* (Meier et coll., 1993 ; Rainville, 2003, 1997)⁶⁰ ».

On peut déjà entrevoir la manière dont l'anxiété anticipée des soins douloureux pourra être abordée dans le détail de ces deux composantes. Je garde à l'esprit que douleur et anxiété sont co-dépendantes, la douleur étant un facteur de déclenchement de l'anxiété tandis qu'inversement l'anxiété peut majorer le vécu douloureux.

2.A.2.b. Physiologie sensori-discriminative

Virot et Bernard notent dans *Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie* que les résultats de l'équipe du Pr Faymonville (2003), qui avait décrit certains mécanismes de perception lors des stimulus douloureux, sont complétés et confirmés en 2009 par l'IRM⁶¹ fonctionnelle (Vanhaudenhuyse, 2009) : « *l'inconfort ressenti et la douleur, lorsqu'ils apparaissent, sont significativement diminués dans le groupe " hypnose "* »⁶². On retiendra que la capacité du cerveau à faire appel à certains réseaux neuronaux est mis en évidence lorsqu'il est étudié en situation d'hypnose, ce qui suscite de la part des experts l'élaboration de trois théories neuropsychologiques⁶³ brièvement déclinées ci-après :

- La théorie néo-dissociative, qui laisse à penser que l'hypnose permettrait de monter des « *barrières* » qui empêcheraient l'esprit de prendre conscience de

⁵⁹ BARBIER E. *Hypnoanalgésie : définition et contexte*. Page internet du CNRD.

⁶⁰ CELESTIN-LHOPITEAU I. *Douleur et Souffrance* in BIOY A, MICHAUX D. et al. (2007) DUNOD *Traité d'hypnothérapie, Fondements, méthodes, applications* p 276

⁶¹ Lire partout Imagerie à Résonance Magnétique

⁶² VIROT C. BERNARD F. (2010) *Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie* Ed. Arlette. p 14 sq

⁶³ *id.* p 16

la douleur, et provoquerait des « *dissociations partielles* » (Hilgard, 1965), théorie contestée par Barber et Wilson (1977) et Spanos (1986) comme le détaille Chantal Wood⁶⁴.

- La théorie de l'activation d'un circuit inhibiteur cortico-spinal qui affaiblirait les afférences nociceptives périphériques (Vanhaudenhuyse, 2009).
- La théorie des opioïdes endogènes qui est écartée du fait que la naloxone, antagoniste pur des morphiniques, n'a pas d'effet sur l'analgésie hypnotique.

Les travaux de Miller et Bowers (1993) ont démontré qu'il existe un effet placebo de l'hypnose mais que celle-ci ne saurait s'y résumer en ce qui concerne l'analgésie, notamment dans la capacité à transformer ses propres perceptions. Ce que Rainville (2004) cité par Wood et Michaux décrit comme un processus où l'hypnose, « *en mettant en suspend ce sentiment de soi-agent, augmenterait à la fois le potentiel expérientiel et d'auto-régulation somatique* »⁶⁵.

Je retiendrai les conclusions de Chantal Wood dont la synthèse des études scientifiques sur l'hypnose lui fait énoncer les points suivants⁶⁶ :

- Il y a une « *réduction de l'inhibition des représentations mentales et neurologiques mises en concurrence* ».
- Les opioïdes endogènes n'interviennent pas lors de l'hypnose.
- La théorie néo-dissociative de Hilgard et Hilgard (1994) qui empêche l'information douleur de remonter jusqu'au « *cortex somato-sensoriel* » est valide et s'accompagne d'un mécanisme de contrôle supérieur avec une inhibition différente suivant les sujets, au niveau spinal pour les uns, à des niveaux supérieurs pour les autres.

2.A.2.c. Physiologie affective

Wilfried Van Craen, psychothérapeute rappelle d'abord que l'efficacité des TCC⁶⁷ sur le traitement des troubles anxieux a été largement démontrée⁶⁸ (INSERM, 2004 ; OMS, 1993 ; Power et al., 1990). Il propose une approche sous 3 axes pour traiter les manifestations anxieuses face à la peur pathologique :

- au niveau comportemental (comportement d'évitement majoré à chaque confrontation)

⁶⁴ MICHAUX D., HALFON Y., WOOD C. (2013) *Manuel d'hypnose pour les professions de santé*. Maloine 3^{ème} tirage p 94

⁶⁵ *id.* p 89

⁶⁶ *id.* p 98

⁶⁷ Lire partout Thérapies cognitives et comportementales

⁶⁸ VAN CRAEN W. Le traitement de l'anxiété in BIOY A, MICHAUX D. *et al.* (2007) DUNOD *Traité d'hypnothérapie, Fondements, méthodes, applications* p 405

- au niveau de composantes émotionnelles/physiologiques (tachycardie, hyperventilation, etc)
- au niveau cognitif (interprétation)

Dans les deux premiers cas le thérapeute pourra agir par désensibilisation systématique ou par thérapie d'exposition. Si un patient développe des idées irrationnelles, l'approche cognitive pourra être intéressante. Van Craen s'inspire de Borkevec et Mathews (1988) qui ont développé une technique de « *Coping desensitisation* » qui est une autre forme de désensibilisation systématique dans laquelle le patient utilise lui-même une phrase clef lors d'une séance d'hypnose pour faire baisser son angoisse : « *Ce que je ressens est désagréable mais pas dangereux* »⁶⁹.

Frank Herbert, auteur du célèbre cycle de science-fiction « *Dune* », met en scène en 1965 ce type de désensibilisation lorsque la Révérende-Mère du Bene Gesserit fait mettre la main de son futur prophète, Paul-Muad'Dib, dans une boîte qui provoquera sa mort s'il la retire.

« - *Qu'y a-t-il dans cette boîte ?*

- *La souffrance* ».

Paul utilise alors la « *Litanie contre la Peur du rituel Bene Gesserit* », un mantra que l'on retrouve tout au long du livre : « *Je ne connaîtrai pas la peur, car la peur tue l'esprit. La peur est la petite mort qui conduit à l'oblitération totale. Je lui permettrai de passer sur moi, au travers de moi. Et lorsqu'elle sera passée, je tournerai mon oeil intérieur sur son chemin. Et là où elle sera passée, il n'y aura plus rien, rien que moi* »⁷⁰.

Il réussit l'épreuve et lorsqu'on l'autorise à enlever sa main : « *il ne vit pas une marque, par la moindre trace de la douleur qu'avait éprouvée sa chair [...] Douleur par induction nerveuse, dit la vieille femme* »⁷¹.

David Spiegel, Professeur de psychiatrie et des sciences du comportement à l'université de Stanford, a fait état dans la Harvard Mental Health Letter (2004)⁷² que l'anxiété associée aux procédures médicales avait été réduite par l'hypnose dans une étude au cours de laquelle 241 patients avaient été soumis à des « *procédures percutanées vasculaires et rénales* »⁷³. Si l'anxiété a diminué au fil de la procédure dans les différents groupes, la baisse la plus significative a eu lieu dans le groupe dont les participants avaient été hypnotisés.

⁶⁹ VAN CRAEN W. Le traitement de l'anxiété in BIOY A, MICHAUX D. *et al.* (2007) DUNOD *Traité d'hypnothérapie, Fondements, méthodes, applications* p 410

⁷⁰ HERBERT F. *Dune* (1965) Tome 1 - Ed Pocket p 22

⁷¹ *Id* p 26

⁷² SPIEGEL D. Hypnosis: Brief interventions offer key to managing pain and anxiety Current Psychiatry (2004) 3 (4): 49-52

⁷³ SHIPLE M. *Research: the effectiveness of hypnoses Counselors Associated.*

2.A.2.d. Mécanismes

A l'état naturel, nous sommes dans ce que l'on appelle une « *conscience critique* ». Nous avons l'habitude, lorsque nous lisons ou que nous regardons la télévision, c'est-à-dire lorsque nous focalisons notre attention sur un point précis, d'être dans une autre modalité que Virost et Bernard définissent comme une « *transe spontanée* »⁷⁴. L'hypnose dont Erickson a détaillé les mécanismes est l'activation de cet état de conscience modifié, une « *transe provoquée* ». Si la conscience critique est abaissée lorsque l'on est dans cet état, le sujet se focalise sur un champ de conscience imaginaire mais il n'est pas manipulé au point de perdre tout contrôle comme le représente la télévision, qui entretient l'illusion spectaculaire d'une manipulation totale.

Afin d'être mise en œuvre, la transe hypnotique provoquée par le thérapeute doit garantir confort et sécurité au patient pour qu'il accepte d'entrer dans cet état modifié de sa conscience. Cela nécessite de sa part une grande confiance, de la coopération et une motivation à utiliser une thérapie non médicamenteuse. La démarche d'Erickson, qui est le fondement de la plupart des méthodes actuelles d'hypnose médicale, a justement consisté à s'adapter au patient en construisant avec lui une communication privilégiée.

L'hypnose médicale se pratique sous trois formes :

- L'hypnosédation qui permet de réduire la quantité d'anesthésique
- L'hypnothérapie utilisée dans le traitement des addictions ou des TOC⁷⁵
- L'hypnoalgésie que nous allons détailler ci-après.

2.B. Hypnoalgésie

2.B.1. Définition

D'après Elisabeth Barbier : « *C'est l'utilisation de l'hypnose formelle et informelle dans la prise en charge des douleurs aiguës et chroniques* »⁷⁶.

2.B.2. Hypnoalgésie chez l'adulte

Lors des séances d'hypnoalgésie, des suggestions peuvent être émises par le thérapeute. Elles peuvent être :

- des suggestions directes :
 - Demande d'engourdissement : « *laisse cette partie de ton corps s'engourdir maintenant. Complètement, comme un bloc de glace ...* »⁷⁷.

⁷⁴ VIROT C., BERNARD F. (2010) *Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie* Ed. Arlette. p 20

⁷⁵ Lire partout Troubles Obsessionnels Compulsifs

⁷⁶ BARBIER E. *Hypnoalgésie : définition et contexte*. Page internet du CNRD.

⁷⁷ MOREAUX T. Institut Français d'Hypnose - Formation courte à l'hypnoalgésie. Support de cours. p 21

- Suggestion d'anesthésie locale : « *imagine que tu es en train de mettre une crème anesthésiante dans cette partie de ton corps et plus tu respires et plus cette crème magique s'installe ...* ».
 - D'anesthésie topique : « *Imagine-toi en train de tartiner cette partie de ton corps d'une pommade insensibilisante...* ».
 - Anesthésie en gant : « *Remarque comme tu peux sentir des sensations de picotement dans cette main. Puis laisse-la devenir toute engourdie* ».
 - Suggestion d'interrupteur : « *On demande ensuite à l'enfant de choisir un interrupteur [...] qui lui permet d'arrêter les messages venant des nerfs [...]* ».
- des suggestions de distanciation au cours desquelles on va suggérer à la personne que la douleur se détache d'elle, qu'elle se transfère à une autre partie du corps ou que la personne peut s'éloigner de sa douleur : « *Je te propose de laisser tout l'inconfort ici et imagine que tu y es en ce moment, que tu y es vraiment [...]* ».
 - des suggestions de sensations allant à l'encontre de la douleur par le souvenir d'un moment de confort, par le rire ou la relaxation : « *si tu te détends complètement quand tu souffles, tu peux réduire la douleur* »⁷⁸.
 - des techniques de distraction par lesquels le patient focalise son attention sur une histoire ou l'évocation d'un voyage, en se concentrant sur sa blessure ou sur une autre douleur moins importante : « *si l'enfant ressent en même temps de la douleur et du froid, le focaliser sur le froid* ».

Lorsque l'attention est dirigée sur la douleur elle-même, on travaille sur la visualisation personnelle de la douleur par le patient. Plusieurs techniques sont référencées :

- L'induction d'anesthésie, analgésie : on pourrait penser qu'un simple « *désormais vous n'avez plus mal* » pourrait suffire mais cette proposition est inefficace. Comme le rappellent Halfon et Wood, « *elle renvoie à la croyance de la toute puissance du thérapeute ou à la négation de la douleur exprimée par le patient* »⁷⁹.
- Le fractionnement : il se concentre sur une « *diminution de l'intensité de sensation douloureuse* »⁸⁰.
- La substitution sensorielle : une sensation de brûlure sera remplacée par une sensation d'engourdissement⁸¹.

⁷⁸ MOREAUX T. Institut Français d'Hypnose - Formation courte à l'hypnoanalgésie. Support de cours. p 22

⁷⁹ HALFON Y., WOOD C. L'utilisation de l'hypnose dans le traitement de la douleur in MICHAUX D., HALFON Y., WOOD C. (2013) Manuel d'hypnose pour les professions de santé. Maloine 3ème tirage p 202

⁸⁰ *id.* p 203

⁸¹ *id.* p 204

Si la dissociation invite au voyage, le déplacement de la localisation de la douleur permet de relâcher les tensions. L'amnésie propose au patient de s'autoriser à oublier sa douleur. La désorientation corporelle et la distorsion du temps font également partie de ces techniques.

On peut enfin faire appel à la « réification », c'est-à-dire un processus qui transforme en chose ou objet une idée. Il est plus facile de prendre le contrôle d'un objet même imaginaire que d'un concept abstrait⁸².

D'une manière générale ces techniques sont adaptables à pratiquement tous les adultes en fonction de leur vécu. Pour les enfants notamment accueillis aux urgences, Thierry Moreaux conseille de réduire l'anxiété par le « *travail avec la respiration* » ou la « *localisation de l'anxiété dans le corps avec des techniques de réification* ».

A la manière de Milton H. Erickson (1983), Halfon rappelle que le but n'est pas de se débarrasser au plus vite du problème que peut poser la douleur pour le patient, en citant le père de l'hypnose médicale : « *Trop de thérapeutes essayent de rassurer leurs patients; ils essaient de déposséder leurs patients de la réalité de leurs symptômes plutôt que d'accepter et de travailler avec cette réalité* »⁸³.

2.B.3. Hypnoanalgésie, spécificités chez l'enfant

Chantal Wood décrit les études⁸⁴ qui montrent que les enfants sont plus sensibles à l'hypnose (Morgan et Hilgard, 1973) avec une limitation avant 3 ans, une efficacité avérée entre 7 et 14 ans puis une baisse à l'adolescence avant de se stabiliser à l'âge adulte (Olness et Gardner, 1988).

Le rôle de « *l'imaginaire focalisé sous hypnose* » vis-à-vis de la distraction et du contrôle de l'attention lors de séances a été étudié par Zeltzer *et al.* (1991). Les différents types de techniques (imaginaire focalisé, hypnose, distraction etc.) ont été croisés avec différents types de soins douloureux (aspiration de moelle osseuse, ponction lombaire : Zeltzer et LeBaron, (1982), ponctions veineuses : Smith *et al.* (1996) etc.)⁸⁵.

Parfois la mise en oeuvre d'une séance d'hypnoanalgésie n'est pas forcément nécessaire et on peut avoir recours à une technique plus informelle, celle de l'hypnose conversationnelle.

⁸² HALFON Y., WOOD C. L'utilisation de l'hypnose dans le traitement de la douleur in MICHAUX D., HALFON Y., WOOD C. (2013) Manuel d'hypnose pour les professions de santé. Maloine 3ème tirage p 207

⁸³ *id.* p 236

⁸⁴ *id.* pp 237-238

⁸⁵ *id.* p 239

2.B.4. Hypnose conversationnelle

Aude Couet-Lannes est élève IADE au CHU de Reims au moment où elle rédige son mémoire de fin d'étude en 2012. Elle définit l'hypnose conversationnelle comme une « *communication avec l'inconscient du patient* »⁸⁶ et comme une « *forme de bien-traitance (verbale, para-verbale et non verbale)* »⁸⁷ qui s'appuie sur plusieurs supports de suggestion :

- « *la reformulation,*
- *l'observation des signes de transe, [...] de la respiration et des gestes, [...] des mots et des phrases* ». Ce qu'elle nomme « *la règle des 3 O* ».
- « *des techniques optimisées de communications [...] langage verbal, para-verbal et non verbal* » qu'elle nomme « *les 3 V* ».
- « *des structures linguistiques spécifiques* » caractérisées par « *l'absence de négation, l'utilisation du littéralisme et du présent [...] l'emploi de mots comme "sans doute", "peut-être"* », des mots qui selon l'élève IADE permettent de « *laisser le choix au patient et de renforcer ainsi, par cette permissivité, la confiance du patient et son adhésion* ».
- Le discours est rythmé par « *des suggestions* ».

Ces techniques sont utilisées sur le mode de la conversation comme un « *simple outil de communication* », ce qui s'apparente pour Aude Couet-Lannes à une prise en charge « *empathique* » plus qu'à une séance protocolisée.

Paul-Henri Mambourg, psychiatre, aborde ces « *suggestions indirectes, invisibles, saupoudrées sous forme d'implications, suggestions intercontextuelles* »⁸⁸ pour définir l'hypnose conversationnelle. Il rappelle l'anecdote selon laquelle Milton Erickson donnait à dactylographier à sa secrétaire un texte émaillé de suggestions intercontextuelles pour faire passer (avec succès) ses migraines⁸⁹. La description qu'elle faisait de ses douleurs a permis de comprendre qu'être n'est pas avoir : On n'est pas migraineux, on a des migraines. Cette dissociation par le langage employé est un facteur essentiel d'après le psychiatre pour « *travailler le problème* ».

Richter, Eck, Strobe et *al.* (2010) se sont penchés sur le sujet en 2010 dans une étude intitulée « *Do words hurt ?* » parue en Allemagne :

⁸⁶ COUET-LANNES A. (2012) *L'utilisation de l'hypnose et son intégration au bloc opératoire par l'IADE*. Mémoire de fin d'études Ecole IADE - CHU de Reims - Promotion 2010-2012. p 21

⁸⁷ *id.* pp 21-22

⁸⁸ MAMBOURG P.H. *Céphalées : migraines et autres maux de tête* in BIOY A, MICHAUX D. *et al.* (2007) DUNOD *Traité d'hypnothérapie, Fondements, méthodes, applications* p 297

⁸⁹ *id.* p 297

« Notre étude montre que le traitement des mots liés à la douleur conduit à des activations au sein des régions de la matrice de la douleur [...] Nos résultats soulignent que la perception des mots liés à la douleur change le traitement nerveux central associé à la dimension cognitive de la douleur »⁹⁰.

Nathalie Le Clerc, manipulatrice en électroradiologie dans un service du CHU de Bordeaux confirme que depuis la mise en place de l'hypnose de type ericksonnienne au sein des services de l'hôpital, elle fait attention aux mots qu'elle emploie⁹¹ : *« J'ai réappris à leur parler »*, confie-t-elle. Certains mots comme *« ne t'inquiète pas »* ou *« n'aie pas peur »* ont été bannis. Tout une nouvelle culture langagière s'est mise en place afin d'éviter le *« attention, je vais vous piquer »*.

Parmi les recommandations de la nouvelle édition de l'ouvrage *« Les douleurs induites »*, Évelyne Malaquin-Pavan, infirmière spécialiste clinique, décrit par ailleurs la nécessité de *« Commenter sans excès le déroulement du soin, favoriser l'expression de la crainte du soin, de l'anxiété et évaluer au fur et à mesure le vécu du soin »⁹²* avant de conclure que *« Oui, il y a une véritable différence entre “faire un acte” et “faire un soin” »⁹³*.

Ce que Walter Hesbeen interpelle lorsqu'il parle de la *« perspective soignante »* :

« celle qui permet de prendre en compte [...] ce qui en fait risque le plus de générer chez [la patiente] de la souffrance, qui n'est pas à confondre avec la douleur associée à la fracture. Le soignant qui pourra tisser des liens de confiance est celui qui réussira, sans délaisser l'affection présentée par le corps, à détecter - et à montrer son intérêt pour - ce qui est perçu comme le plus inquiétant voire le plus angoissant pour la personne dans une situation donnée »⁹⁴.

Nous avons déroulé dans cette seconde partie le fil de la prise en soin de notre patient manifestant de l'anxiété anticipée à un soin douloureux pour laquelle l'efficacité de la mise en oeuvre de techniques d'hypnoanalgésie semble être confirmée par la littérature.

⁹⁰ Traduction de la conclusion de RICHTER M, ECK J, STROBE T, MILLINER W, WEISS T (2010) *Do words hurt? Brain activation during the processing of pain-related words*. Department of Neurology, Friedrich Schiller University Medical School Jena, Jena, Germany. p 204

⁹¹ PUCCINI A. (Aout 2015). *Hypnose médicale, la parenthèse anti-douleur*. Article sur le blog d'Actu Soins.

⁹² MALAQUIN-PAVAN *Prévention et soulagement des douleurs induites : le rôle des soignants* in AUBRUN F., BENHAIEM J.M., DONNADIEU S. (Nvle éd. 2010) *Les douleurs induites*. Institut UPSA de la douleur. p 172

⁹³ *id.* p 174

⁹⁴ HESBEEN W. (1999) *Le caring est-il prendre soin ?* Revue Perspective soignante Ed. Seli Arslan, Paris n°4 p 10

Or derrière la réduction de l'anxiété anticipée des soins douloureux il y a une équipe pluridisciplinaire soudée autour d'un même projet avec le patient et dont la mise en oeuvre et la coordination repose sur une personne : l'infirmière⁹⁵. Pour répondre aux besoins du patient, elle doit mettre en oeuvre ses compétences, son expérience et des techniques comme l'hypnoalgésie qui pourraient l'aider à enrichir sa posture professionnelle, c'est ce que je vais questionner dans ma troisième partie.

⁹⁵ Lire partout indifféremment Infirmier ou Infirmière

3. Compétences et Posture professionnelle :

Plutôt que de proposer une définition de l'infirmière, Marie-Françoise Collière préfère cerner « *l'identité de l'activité infirmière* »⁹⁶.

3.A. Identité professionnelle

Identité : « *forme d'individualisation insérée dans un réseau d'appartenance* ». Elle ne peut se concevoir que « *par rapport à l'altérité* » et revêt également une forme de « *permanence* » tout en n'excluant pas une évolution continue. Elle se « *construit à travers le changement* »⁹⁷.

C'est cette même construction qui participe pour Delphine Lepoil, cadre de santé, à l'élaboration de l'identité individuelle lorsqu'elle cite Boris Cyrulnik : « *Toutes les identités sont le produit de l'héritage d'un père, d'une mère et d'une religion que chacun interprète selon son contexte culturel* »⁹⁸, la nature étant par principe soumise aux influences de la culture.

L'identité individuelle et sociale concourent chacune à l'identité professionnelle, notamment par une identité collective, comme la définit le professeur des universités Richard Wittorski⁹⁹ citant Freund (1979) : « *Ce qui cimente une identité collective c'est à la fois la représentation commune que les membres se font des objectifs ou des raisons constitutives d'un groupement et la reconnaissance mutuelle de tous dans cette représentation* ». Nous sommes tous regroupés autour d'une idée collective du Soins en tant que soignants et nous positionnons tous par rapport à cette représentation, même si la réalité démontre que des écarts existent.

L'identité de métier est en soi une identité collective. Wittorski interroge deux études sur deux milieux différents : Les Dockers (Pigenet, 2001) et le milieu de l'artisanat (Zarca, 1988). Dans le premier la « *pénibilité des tâches oblige à une coopération au sein des équipes de sorte que tout est collectif et rien n'est individuel* » alors que dans la seconde l'identité s'exprime à travers « *le geste du métier [qui] implique un rapport à une gestuelle déjà constituée dans laquelle sont pris ceux qui la transmettent* »¹⁰⁰. Bien qu'il s'agisse de dockers et d'artisans, le parallèle avec certaines caractéristiques du métier d'infirmier sont intéressantes.

⁹⁶ COLLIÈRE M.F. (1982) *Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Interéditions. p 234

⁹⁷ *id.* p 239

⁹⁸ LEPOIL D. (5 septembre 2009) *Vers une nouvelle demande de la société envers les soignants comme facteur d'identité professionnelle*. Article cadresante.com

⁹⁹ WITTORSKI R., *la notion d'identité collective*. (2008) L'Harmattan. La question identitaire dans le travail et la formation : contributions de la recherche, l'état des pratiques et étude bibliographique, L'Harmattan, pp.195-213,

¹⁰⁰ *id.* p 199

Par ailleurs, Wittorski a analysé l'identité collective de salariés (Wittorski, 1997), notamment au sein de groupes dont la nature de l'activité collective résidait dans « *une réflexion rétrospective puis anticipatrice de changements à propos des pratiques professionnelles* ». Ce n'était pas de l'EPP, de l'évaluation des pratiques professionnelles en milieu hospitalier mais au sein d'une entreprise textile.

L'une de ses conclusions l'amène à dire que la compétence collective « *semble fonctionner à la fois et dans le même temps comme un outil de production d'une identité spécifique pour le groupe* » mais aussi comme un « *moyen de construction de nouvelles règles de relations entre les acteurs en présence* ». Ce qui participerait à une « *restructuration des identités habituellement "portées" par les individus* ».

Et d'ajouter qu'il y a « *donc production conjointe de compétences collectives et d'une identité collective* »¹⁰¹. Pour continuer un parallèle avec cette étude, en même temps que nous construisons nos compétences collectives infirmières nous renforçons notre identité.

Ce « *champ de compétences infirmière* »¹⁰², Marie-Françoise Collière l'a inscrit dans l'histoire de la profession, par lequel c'est « *le rôle technique qui donne droit à l'infirmière d'avoir un titre reconnu et ce faisant lui confère un statut* »¹⁰³ avant l'institution du « *rôle propre* » qui libère l'infirmière du simple rôle d'exécutant, de sa simple fonction. Il paraît alors important pour l'auteur « *d'identifier les caractéristiques des soins et du service infirmier; d'expliquer le processus des soins infirmiers* » afin de « *dégager des fonctions professionnelles* »¹⁰⁴.

3.B. Compétences

Pour revenir à la notion de « *compétences* » telle que nous venons de la définir avec Wittorski et Marie-Françoise Collière, je fais le lien avec la manière dont elles s'inscrivent aujourd'hui dans l'encadrement de notre apprentissage : « *Les compétences qui caractérisent une profession découlent d'un ensemble de connaissances organisées* »¹⁰⁵. Il faut donc maîtriser les fondements théoriques de ces compétences professionnelles telles que les définit la réforme de la formation en soins infirmiers du 31 juillet 2009 : « *Le diplôme d'Etat d'infirmier atteste des compétences professionnelles pour exercer les activités du métier d'infirmier selon : les référentiels*

¹⁰¹ WITTORSKI R.. *la notion d'identité collective*. (2008) L'Harmattan. La question identitaire dans le travail et la formation : contributions de la recherche, l'état des pratiques et étude bibliographique, L'Harmattan, p 200

¹⁰² COLLIÈRE M.F. (1982) *Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Interéditions. p 240

¹⁰³ *id.* p 236

¹⁰⁴ *id.* p 237

¹⁰⁵ *id.* p 251

d'activités et de compétences définies en annexes I et II ; les articles R4311-1 à R4311-15 du code de la santé publique »¹⁰⁶.

Comme le détaillent les référentiels d'activités et les compétences à acquérir au cours de la formation, il ne s'agit pas juste d'engranger une somme de connaissances paramédicales sur le dysfonctionnement d'un corps humain stéréotypé mais aussi d'élaborer toute une réflexion autour du Soins.

Le sociologue Guy Le Boterf désigne les ressources cognitives à travers 3 pôles : savoir agir, pouvoir agir, vouloir agir¹⁰⁷. Nous les rapprocherons des concepts de savoir, savoir-faire et savoir-être décrits dans l'Annexe III du référentiel de la formation infirmière :

« L'étudiant est amené à devenir un praticien autonome, responsable et réflexif, c'est-à-dire un professionnel capable d'analyser toute situation de santé, de prendre des décisions dans les limites de son rôle et de mener des interventions seul et en équipe pluriprofessionnelle.

L'étudiant développe des ressources en savoirs théoriques et méthodologiques [savoir agir], en habiletés gestuelles [pouvoir agir] et en capacités relationnelles [vouloir agir] »¹⁰⁸.

3.C. Posture professionnelle

Savoirs : dans notre première partie j'ai détaillé la physiologie et les mécanismes de la douleur, leur encadrement législatif. Nous avons approfondi avec la douleur induite par les soins et sa spécificité chez l'adulte et l'enfant. J'ai défini les concepts de souffrance, anxiété, douleur pour arriver sur un paradigme d'anxiété anticipée de soins douloureux.

Savoir-faire : j'ai ensuite détaillé la manière dont la physiologie sensorielle discriminative et affective de la douleur pouvait être prise en soin par la technique de l'hypnose médicale ericksonienne et les différents mécanismes qui entrent dans la composition de l'hypnoalgésie dont j'ai précisé les différences chez l'adulte et chez l'enfant. Ce qui nous a conduit enfin à aborder les caractéristiques de l'hypnose conversationnelle.

Savoir-être : Nous terminons notre parcours en abordant l'identité professionnelle de l'infirmière et la manière dont nous dépendons les uns des autres pour construire notre identité et nos compétences acquises tout au long de notre

¹⁰⁶ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. Article 1er. Consulté le 8 février 2016

¹⁰⁷ PAILLARD - Dictionnaire humaniste infirmier Relation, approche et concepts de la relation soignant soigné. Editions Setes p 64

¹⁰⁸ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. Annexe III. Consulté le 8 février 2016

histoire, qui se trouvent résonner d'un écho particulier avec notre posture professionnelle.

« Nous appelons posture ce que nous exprimons de notre vision du monde, de nos croyances, de nos convictions à travers la dimension implicite de notre langage ainsi qu'à travers notre langage non verbal, c'est-à-dire la position de notre corps, nos mouvements, nos mimiques, nos émotions, etc »¹⁰⁹.

C'est par cette citation que la psychiatre Catherine Deshays introduit son chapitre sur l'intention et l'intentionnalité de la posture dans *« Distance, posture et éthique relationnelle »*¹¹⁰. Elle explique comment elle peut emprunter différentes postures, endosser différents rôles. Lorsqu'elle est dans une *« posture phénoménologique »*, elle s' *« intéresse à qui est en face »*, elle est *« à l'écoute de qui est présent dans la situation »*, et d'ajouter que *« l'écoute sollicite le corps avec les émotions et les affects qui s'y font sentir »*¹¹¹.

On retrouve dans les attitudes décrites par le Dr Deshays les éléments nécessaires à la mise en oeuvre de l'hypnoanalgésie développés par Thierry Moreaux dans sa formation à l'hypnoanalgésie¹¹² : *« l'empathie, la congruence, l'écoute »* et qui nous ramènent aux fondements de la relation d'aide de Carl Rogers :

- *« Etre empathique c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec des composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne mais sans jamais perdre de vue la signification du comme si ».*
- La congruence est l'*« accord complet entre le contenu du discours et le langage non verbal qui le supporte ».*
- La considération positive inconditionnelle par laquelle le soignant est dans le non jugement.

D'une manière générale, la posture infirmière est un apprentissage qui ne s'arrête pas à l'institut de formation mais qui se nourrit tout au long de la pratique comme la littérature le confirme. Elle est de plus en plus attachée au développement d'une relation avec le patient dans une communication *« à juste distance »* dans laquelle les principes d'écoute et d'éthique sont fondamentaux.

¹⁰⁹ BOUAZIZ I. in 4ème journée de Rencontre de l'association Paradoxes.

¹¹⁰ DESHAYS C. Distance professionnelle et implication dans la relation d'accompagnement - Distance, posture et éthique relationnelle. Les cahiers de l'actif n°4601461. Support du cours 4.02.S3 sur la Relation d'Aide du 6 janvier 2015. p 144

¹¹¹ *id.* p 144

¹¹² MOREAUX T. Institut Français d'Hypnose - Formation courte à l'hypnoanalgésie. Support de cours. p 11

IV. Enquête

1. Méthodologie

1.A. Choix de la population

Pour mener à bien mon enquête, je me suis concentré sur des entretiens auprès d'IDE formées à l'hypnoalgésie évoluant autant en milieu Adulte (IDE 1 et 2-Ad) qu'en milieu Pédiatrique (IDE 3 et 4-Enf). Je souhaitais interroger 2 Infirmiers de plus qui travaillent en Bloc opératoire or, ceux qui sont formés à cette technique sont des infirmiers anesthésistes diplômés d'état. J'ai donc choisi de me concentrer uniquement sur la population infirmière non spécialisée.

1.B. Choix des structures d'exercice

Les deux premières IDE-Ad travaillent à l'hôpital dans le même service de Neurologie où elles accueillent des patients adultes en hospitalisation de jour ou de semaine. J'ai choisi cette spécialité médicale en raison des nombreuses ponctions lombaires qui y sont pratiquées et qui ont amené un projet d'équipe autour de l'hypnoalgésie.

Les deux autres IDE-Enf travaillent dans un institut qui accueille exclusivement des enfants. L'IDE 3-Enf intervient dans le service d'obésité infantile (UDM), l'IDE 4-Enf dans l'unité pédiatrique orientée autour du Diabète qui a également un secteur nourrissons.

1.C. Choix de l'outil

Je me suis servi d'un guide d'entretien¹¹³ qui a été mis en oeuvre à chaque rencontre. Il avait été élaboré en amont et se composait de 7 questions autour du parcours de l'IDE, de sa représentation de l'anxiété anticipée des soins douloureux au regard de sa pratique, de la manière dont l'hypnoalgésie est pratiquée dans le service, de l'efficacité de cette technique sur l'anxiété, de l'apport de l'hypnoalgésie sur sa pratique infirmière, de l'intérêt pour l'étudiant en soins infirmiers de voir cette technique enseignée à l'IFSI¹¹⁴ et enfin si l'infirmière avait envie de rajouter quelque chose sur le sujet. Afin de me positionner dans une écoute la plus neutre possible je n'ai pas pris de notes, l'IDE étant informée que l'entretien était enregistré et anonymisé. Un verbatim de chaque entretien a été réalisé, puis mis en tableau en regard de chaque IDE afin d'en faire une analyse.

1.D. Limites de l'enquête

Ce travail de recherche est limité par le nombre d'infirmières interrogées et de lieu d'exercice. Par ailleurs, les entretiens ont souvent été interrompus, rendant nécessaire pour les infirmières de se reconcentrer sur les réponses. La rédaction du guide d'entretien m'a également permis de me rendre compte que certaines questions trop théoriques pouvaient déstabiliser les infirmières qui avaient besoin que je les reformule ou que je les éclaire.

¹¹³ Annexe II

¹¹⁴ Lire partout Institut de Formation en Soins Infirmiers

2. Analyse des résultats

2.A. Parcours des infirmières

Les 4 infirmières interrogées ont toutes été diplômées à des moments différents, ce qui offre un panel de carrières intéressant de la nouvelle à la plus ancienne infirmière. Elles ont pour la plupart travaillé dans des secteurs aigus.

L'IDE 1-Ad a d'abord été aide-soignante puis a pratiqué en tant qu'infirmière en soins intensifs Neuro-Chir adulte. Elle est en Neurologie depuis 5 ans.

L'IDE 2-Ad est dans ce service de Neurologie depuis 8 ans. Auparavant elle a travaillé en orthopédie, puis dans une clinique spécialisée dans le handicap, par la suite elle a fait 7 ans de Neuro-Chir soins intensifs avant d'intégrer l'hospitalisation de semaine.

L'IDE 3-Enf a travaillé 4 ans en Réa-digestive, elle s'est arrêtée 14 ans pour élever ses enfants puis a repris en travaillant dans des services d'adulte, de chirurgie viscérale, de médecine gastro, de rééducation adulte, en service de chimio-thérapie avant d'intégrer cette Unité d'accueil Métabolique (UDM) pédiatrique spécialisée dans l'obésité infantile il y a 5 ans.

L'IDE 4-Enf a fait 6 mois d'interim avant de rejoindre le service de pédiatrie/nurserie il y a 4 ans.

2.B. L'anxiété anticipée des soins douloureux

J'ai demandé aux infirmières de me décrire l'anxiété anticipée des soins douloureux en se basant sur leur pratique. Les deux infirmières de pédiatrie ont hésité avant de répondre et il a fallu éclaircir les attentes par rapport à la question.

2.B.1. Contextualisation de l'anxiété

Les IDE 1 et 2-Ad ont contextualisé cette anxiété par rapport au geste qu'elles voient le plus souvent dans leur service de neurologie : « *la ponction lombaire* » faisant partie des « *soins les plus douloureux* ». L'IDE 1-Ad a également cité « *la pause de cathéter* » et les « *perfusions sur porte à cath* ». Les infirmières de pédiatrie n'ont pas évoqué dans cette question de geste particulier, elles y sont revenues dans les questions suivantes en citant les « *prises de sang* », les « *injections de toxines botuliques* » pour l'IDE 3-Enf et pour l'IDE 4-Enf la « *glycémie* » capillaire et le « *bilan* » sanguin.

2.B.2. Manifestations de l'anxiété

Lorsqu'elle évoque les manifestations d'anxiété des patients l'IDE 1-Ad parle d'une « *angoisse* » à 2 reprises, d'« *anxiété autour de la ponction lombaire* » et que les patients « *arrivent avec... avec cette peur* ». L'IDE 2-Ad évoque une « *anxiété avant* » liée à une appréhension du geste : « *ils s'imaginent que c'est vraiment... extrêmement douloureux* ». Elle y ajoute une « *peur d'être paralysé* » liée au « *risque de complications* » et la résume comme « *une crainte de la douleur, une peur de la douleur, une peur des complications* ».

Plusieurs raisons sont évoquées par ces infirmières de secteur adulte : tout d'abord les représentations autour du geste : « *avec tout ce qu'ils ont entendu et tout*

ce qui est véhiculé sur cette ponction lombaire » (IDE 1-Ad); « C'est beaucoup d'patients qui soit en ont discuté avec d'autres personnes du geste et ces personnes leur ont fait peur », soit « des gens qui vont chercher un peu sur internet » (IDE 2-Ad). La peur de la paralysie a été citée plus haut, elle s'accompagne pour les patients d'une « impression que c'est un geste très compliqué [...] plus compliqué que ça » (IDE 2-Ad) et « comme ça se passe dans leur dos et qu'ils ne voient pas, qu'ils ne maîtrisent pas le geste, ce qui est fait sur leur corps, je pense que ça majore leur anxiété » (IDE 1-Ad).

Les infirmières de pédiatrie se sont concentrées sur les signes d'anxiété, après que j'ai eu à éclaircir la question. L'IDE 3-Enf distingue 2 catégories : l'enfant qui va « *exprimer par la parole* » et ceux qui ne « *peuvent pas parler* ».

Pour les premiers, les infirmières notent que l'anxiété se manifestera par un « *refus de soin* » voire un « *refus de coopération pour le soin* » ce que l'IDE 3-Enf relatera par « *l'enfant [...] va dire : moi je veux pas, j'ai peur, je veux pas [3 fois] on me fera pas, on me touchera pas* ». L'IDE 4-Enf relevant également que cela « *peut se traduire en terme de pleurs* ».

Pour les seconds, les enfants « *qui ne communiquent pas* », l'IDE 3-Enf relate qu'« *on va sentir au niveau physique un raidissement ou ils vont pousser des cris* », dès que l'infirmière se rapproche, « *s'il y a une peur de la blouse blanche [...] ils vont tourner la tête* ».

Pour deux infirmières, la question permet d'évoquer d'emblée les techniques pour soulager ou les « *astuces pour faire accepter le soin* » (IDE 4-Enf).

L'IDE 1-Ad rappelle que la ponction lombaire était « *avant* », « *un soin effectivement très douloureux* » où on ne mettait pas encore en place d'accompagnement de la douleur par l'utilisation de « *patch d'Emla* » ou de « *tous ces soins de relaxation ou d'hypnoalgésie ou même le Meopa* ».

L'IDE 4-Enf met en avant le fait d'« *expliquer le soin aux parents, à l'enfant* », avant de faire de la « *diversion* », « *comme l'hypnose* », en utilisant « *l'intuition* » pour « *créer [r] sur le moment le truc [...] c'est un peu du feeling quoi* ».

On comprend à travers ces témoignages la difficulté de préciser ce qui relève de la peur, de l'angoisse ou de l'anxiété, les termes pouvant être utilisés les uns pour les autres. Il a été compliqué pour certaines infirmières de définir l'anxiété anticipée des soins douloureux sous cette formulation peu ou pas courante. On notera que la distinction entre l'anxiété des adultes et des enfants se distingue par la mentalisation des premiers en prévision du soin avec une anticipation des complications, quand les seconds refusent par association du soignant à la douleur et par un refus de répéter un geste douloureux.

2.C. Mise en œuvre de l'hypnoalgésie dans les services

En élaborant mon guide d'entretien après avoir défini mon cadre conceptuel, j'ai eu envie d'explorer cette question avec l'intuition que la pratique de l'hypnoalgésie pouvait être différente en fonction des services adulte ou enfant et

qu'elle était également dépendante des infirmières. J'avais également envie de savoir quelles techniques étaient employées lors de ces séances.

2.C.1. Projet de service

Tout d'abord, pour les 3 secteurs concernés, il s'agissait d'un projet d'équipe L'IDE 1-Ad (Neurologie) explique qu'il a été « *réfléchi par l'ensemble des infirmières et de la cadre* ». Cela a également été un projet de service « *il y a 2 auxiliaires et 3 infirmières dans l'institut* » (UDM et Pédiatrie/Nurserie). L'IDE 4-Enf trouve que le fait d'avoir formé en même temps les auxiliaire de puériculture permet de valoriser le soin « *c'est pas forcément évident [...] ce qui est bien c'est d'avoir été formées à deux, on s'comprend et du coup c'est plus facile à deux tu peux rebondir sur des sujets* ».

2.C.2. Techniques d'hypnoalgésie utilisées

En analysant les résultats de mes entretiens, j'ai pu me rendre compte que chaque infirmière s'était appropriée différemment la technique enseignée ce qui m'a été confirmé par l'IDE 1-Ad : « *après c'est chacun comment il a vécu sa propre formation [...] la surveillante et M [une autre infirmière] ont beaucoup travaillé avec l'IFH¹¹⁵ pour réciter, pour raconter un conte [...] moi ça me parlait pas [...] est-ce que vous voulez qu'on aille par la pensée vers un endroit que vous aimez ? [...] moi je pars de ce que me dit et de ce que veut le patient* ». On l'a vu, le conte comme l'invitation au voyage sont des techniques de distraction.

Mais l'infirmière utilise principalement « *un autre versant d'hypnoalgésie, l'hypnose conversationnelle* ». Elle va « *les saturer d'informations pour qu'ils se dissocient de ce qui est en train de se passer immédiatement* ». L'infirmière de neurologie dit se sentir plus à l'aise avec cette technique qui, comme Aude Couet-Lannes le rappelait plus tôt, s'apparente à une prise en soin plus « *empathique* » qu'une séance protocolisée, même si son application quasi intuitive par les infirmières ne l'empêche pas d'être basée sur une théorie solide. Ce que l'IDE 1-Ad exprime par ces mots : « *moi je me suis beaucoup plus développée dans cette hypnose [...] il faut savoir saisir [...] la moindre petite chose qu'ils vont te dire quand tu arrives dans la chambre et tu parles, tu parles, tu parles* ».

L'IDE 2-AD « *commence à lui parler de la méthode [...] si c'est possible c'est mieux évidemment de faire une petite séance avant [...] ou alors discuter avec le patient, savoir un peu ce qu'il aime faire* », pour lui « *expliquer exactement comment ça se passe* », le faire se « *concentrer sur la respiration, faire détendre tous les muscles* ».

L'IDE 3-Enf préfère également réaliser une séance « *en amont* » : « *je travaille très longtemps à l'avance pour quelqu'un qui a très très peur* ». « *Si ça a marché, je les fais repartir dans le monde qu'ils ont choisi* ». Lorsqu'il s'agit d'un adolescent accompagné de ses parents, elle va lui « *expliquer ce qu'est l'hypnoalgésie, à lui et à sa famille* » pour « *dédramatiser l'hypnose* » qui reste souvent associée à « *Messmer* ».

¹¹⁵ Lire partout Institut Français d'Hypnose

Elle n'utilise pas que le voyage « *l'endroit où ils ont envie de partir pendant le soin* » qui peut être « *un match de basket [...] un match de foot [...] une plongée* » mais aussi les goûts des enfants pour les « *Pokemon* » ou pour « *Kenji Girac* ». Dans les cas d'un enfant « *non communiquant* », elle va s'adresser à la maman à qui elle va expliquer qu'on va « *distraindre l'enfant* ». Lors de la dernière question elle souhaite ajouter que l'hypnoalgésie, « *ce n'est pas non plus que les mots* ». Elles se sert également du « *toucher* » notamment avec les « *bébés* », la distraction avec « *les bulles de savon* », des suggestions directes comme l'anesthésie en gant qui « *absorbe toutes les douleurs* ». Ce « *gant magique* » pourra être réutilisé par la patiente à un autre moment en auto-hypnose. Enfin elle fait appel à la réification par le biais d'une boule qui « *absorbe* » et se ballade.

Pour autant, elles n'ont pas toujours besoin d'être formalisées comme séances d'hypnoalgésie : « *je ne lui parle à aucun moment d'hypnoalgésie, je lui dis juste est-ce qu'il aimerait faire une séance de relaxation ?* » (IDE 1-Ad), « *ça nous arrive de faire des séances d'hypnoalgésie sans préparation* » (IDE 2-Ad), « *on parle pas forcément d'hypnoalgésie à l'enfant, on n'aborde les choses pas de manière formelle [...] si on sent que le soin va être difficile* » (IDE 4-Ad).

Il est intéressant de relever que la mise en oeuvre de l'hypnoalgésie peut relever du rôle propre de l'IDE : « *on sent que ça va être difficile parce qu'il pleure [...] après on le met en oeuvre de notre propre initiative* » (IDE 4-Ad). Un élément que relève également l'IDE 1-Ad qui rappelle l'époque où les médecins étaient « *réfractaires à cette démarche* », pour qui c'était de « *la poudre aux yeux* » et qui ont vu « *la différence sans et avec* » au point que pour une ponction lombaire ils « *ne partaient plus sans une infirmière qui fasse aussi de l'hypnoalgésie* ». On se souvient des travaux de Wittorski (1997) cités plus haut sur la compétence collective comme « *moyen de construction de nouvelles règles de relations entre les acteurs en présence* ». L'infirmière, par ses compétences acquises en hypnoalgésie, participe au renforcement d'une identité collective en même temps qu'elle valorise son identité propre.

2.D. Mise en oeuvre de l'hypnoalgésie et modification sur l'anxiété

Ce qui nous amène à la question 4 qui traite de l'efficacité de l'hypnoalgésie sur l'anxiété éprouvée par les patients. C'est d'ailleurs l'occasion pour les infirmières de développer la manière dont elles mettent en oeuvre ces techniques, la transformation de leurs savoirs en savoir-faire.

2.D.1. Hypnoalgésie non structurée ou hypnose conversationnelle

L'IDE 1-Ad détaille la manière dont elle les « *emmène ailleurs* » par des « *exercices de respiration* » pour qu'elle se « *cale sur leur respiration* » comme l'enseigne Thierry Moreaux à l'IFH. Elle décrit se mettre « *en symbiose avec le patient* », « *des fois [ses] bras l'entourent* », « *[sa] voix descend [elle] lui parle doucement* ». Cette mise en oeuvre se rapproche de l'hypnose conversationnelle telle que la définit Aude Couet-Lannes qui s'appuie sur des techniques optimisées de communication. Pour elle, « *l'image ici marche très bien* » et elle a pu voir que « *au fur et à mesure les patients se détendent beaucoup plus* ».

L'IDE 2-Ad rejoint d'ailleurs sa collègue sur l'hypnose conversationnelle car même si ce n'est pas « *une séance vraiment structurée* », le fait de les « *faire se concentrer sur la respiration* » ou de les « *faire discuter* », « *en détournant l'esprit du geste* », « *on voit que ça peut fonctionner aussi* ». Et d'ajouter que le patient « *est moins centré sur sa douleur; pense moins, il est un peu déconnecté* ». On est bien dans le registre de l'anxiété quand elle relate les paroles des patients « *qui nous disent en fait j'm'étais fait tout un monde* », ou « *je m'étais imaginé et en fait non ça c'est bien passé* ».

2.D.2. Séance d'hypnoalgésie structurée

L'IDE 2-Ad de Neurologie trouve également que c'est « *très efficace pour beaucoup de patients* » voyant pour certains « *une grosse différence* » même si d'autres « *adhèrent plus ou moins* ». Elle soulève notamment les difficultés pour les patients « *avec des troubles cognitifs un peu plus importants* ». Quand le patient réussit à « *déconnecter* » il peut même n'avoir « *rien senti* ». Elle cite cette séance de luminothérapie extrêmement puissante sur laquelle elle avait été appelée en renfort en dermatologie pour réaliser des séances d'hypnoalgésie sur une patiente avec des lésions cutanées. Si la première séance « *n'avait pas fonctionné* », la deuxième « *un petit peu* », la troisième avait été « *très efficace* » et à la dernière séance la patiente « *n'avait rien senti du tout* ».

L'IDE 3-Enf relate le même type d'anesthésie chez un adolescent « *impiquable* ». Avec l'IDE 4-Enf, elles l'avaient accompagné dans une plongée imaginaire en se relayant l'une l'autre pour réussir à le piquer au bout de la 7ème fois. Il n'en a gardé aucun souvenir, rassurant même ses camarades en leur disant qu'« *ici on nous a du 1er coup* ». Le « *soin devient non douloureux* » quand une patiente arrive à se concentrer sur la musique de Stromae pendant que l'infirmière joue du tam-tam sur son dos : « *à la fin elle n'a pas eu mal du tout* ».

Pour l'IDE 4-Enf, « *y'a quand même une grande différence, le soin peut vraiment beaucoup mieux se passer pour l'enfant* ». Même si la « *différence est flagrante* », elle tempère en disant que « *ça ne marche pas à tous les coups [...] ce n'est pas une technique révolutionnaire* » mais que « *vraiment ça donne des outils au soin [...] l'enfant va beaucoup moins pleurer; il va beaucoup moins être dans le refus, il va se laisser aller au jeu* ».

Pour conclure, elle remarque que l'hypnoalgésie va permettre la réalisation d'un soin qui soit aurait été arrêté, « *on le faisait pas parce que l'enfant hurle* », soit allait à l'encontre des ses valeurs soignantes : « *soit on le tient quoi, on tient l'enfant et c'est insupportable pour l'enfant... c'est traumatisant pour lui, et pour nous c'est insupportable aussi parce que tu te demandes pourquoi tu fais ce métier quoi* ». Et d'ajouter : « *et même pour nous en fait j'allais dire le soin se passe mieux quoi. Il y a l'enfant mais même pour nous c'est moins pénible [...] l'ambiance est plus légère entre soignants et avec l'enfant ...fin voilà tout se ressent quoi* ». Ce dernier point nous permet de passer au questionnement suivant.

2.E. Hypnoalgésie et pratique infirmière

Mon hypothèse reposait sur l'intuition que l'hypnoalgésie et sa forme plus spontanée à savoir l'hypnose conversationnelle influencent le savoir-être de l'infirmière pour créer notre posture professionnelle.

2.E.1. Le Soins, c'est l'infirmière

Il s'avère que pour certaines, la formation est un révélateur de leur pratique :

Si l'IDE 1-Ad pense que « *c'est un plus* », elle estime surtout « *que chaque infirmier l'a plus ou moins [...] cette hypnose conversationnelle* ». Elle dit en avoir « *pris vraiment conscience pendant la formation* » en se disant « *mais on en fait déjà et c'est ça en fait l'hypnose conversationnelle en fait voilà c'est poser des mots sur ce que moi je faisais* ». « *Le message, c'est le médium* »¹¹⁶ professait Marshall McLuhan en 1964 lorsqu'il développait sa théorie sur la communication contemporaine. Si l'on applique cette théorie à la Santé, le canal de communication serait l'infirmière et le message, le geste. Et ce message/geste prend tout son sens lorsque cette infirmière habite consciemment sa présence, son rôle, son intentionnalité (Deshays) et en fait un contenu/soin pour le patient comme le théorisait Éveline Malaquin-Pavan en différenciant « *acte* » et « *soin* ».

Ce qui me permet par analogie à la théorie de McLuhan de poser comme principe fondamental à l'utilisation de l'hypnoalgésie que **le Soins, c'est l'infirmière**.

Je pose ici ce principe dans une recherche autour de la pratique par une infirmière de cette technique, étant entendu que l'hypnoalgésie est pratiquée par ailleurs par d'autres corps de métier à commencer par les médecins qui entrent également dans cette présence, ce rôle et cette intentionnalité du soin. La seule présence de l'infirmière véhicule avec elle ce qu'elle est venue apporter au patient : le soin douloureux comme la manière dont elle va faire le soin : avec dextérité, douceur, empathie etc, mais aussi ses techniques d'apaisement et son énergie.

2.E.2. La posture infirmière est enrichie par l'hypnoalgésie

Comme je l'avais pressenti, cette technique vient aussi enrichir la pratique de l'IDE 1-Ad puisque cette posture lui a permis également de valoriser ses ressources : « *j'ai pris conscience que déjà, nous en tant que soignant, pour soulager un petit peu les patients on était capables de développer plein de choses, notamment celles-là* ». Dans un premier temps, l'IDE 2-Ad verbalise l'apport de l'hypnoalgésie structurée. Mais comme l'IDE 1-Ad, elle parle majoritairement du « *quotidien, même sans faire vraiment des séances d'hypnoalgésie structurées* », « *y'a plein de petites choses au quotidien qui ont changé* ». Comme sa « *façon de parler* » : « *Je n'emploie plus les mêmes termes que j'employais avant* », citant la partie théorique de sa formation sur le « *vocabulaire* », « *sur ce qu'on ne doit plus dire, ben allez je vous pique quoi* ». Cela confirme la cohérence entre un exemple de littérature sur les mots douloureux¹¹⁷, la formation en hypnoalgésie et ce qui est mis en pratique par les infirmières.

¹¹⁶ « The medium is the message » MC LUHAN H.M. *Understanding media*, 1964 Editions Hurtubise HMH p 22

¹¹⁷ Richter, Eck, Strobe et al. (2010)

Elle rajoutera lors de la dernière question qu'elle l'utilise « *dans [sa] vie personnelle* », qu'elle y a eu recours « *avec [ses] enfants* » et que « *ça apporte aussi beaucoup* ». Et de conclure : « *j'trouve que ça... c'est plutôt efficace, c'est bien... c'est plutôt bien* ».

Cet enrichissement apporte à l'IDE 3-Enf « *du confort* » en regard du fait qu'on va « *limiter la douleur* ». Cela « *enlève le stress qu'on peut avoir avec la peur de faire mal* » tout en étant « *très valorisant* », un stress qu'avait déjà décrit l'IDE 4-Enf lorsqu'elle questionnait l'acharnement à réaliser un soin générateur d'anxiété.

Enrichissement des pratiques confirmé par l'IDE 4-Enf pour laquelle « *c'est assez flagrant* », « *au niveau du soin, c'est beaucoup plus facile beaucoup moins lourd pour l'enfant* ». Elle ajoute que « *ça amène aussi une réflexion sur nos pratiques... ça ouvre* », que ce sont « *des petits trucs tout bêtes* » qui la font avancer dans sa pratique et qui permettent que « *les choses se passent plus... plus légèrement* ».

Une posture infirmière enrichie par l'hypnoanalgésie (Voir Carte conceptuelle en Annexe I) que Le Boterf décrivait comme continuité pour l'étudiant à savoir « *devenir un praticien autonome, responsable et réflexif* ».

2.F. Contribution de l'hypnoanalgésie au parcours de l'étudiant ?

Alors pourquoi ne pas envisager de l'enseigner aux étudiants en soins infirmiers et en quoi cela contribuerait-il à leur parcours ? C'était l'objet de ma sixième question.

Pour l'IDE 1-Ad il faudrait « *le pratiquer* » parce que « *c'est quelque chose qu'il faut aussi vivre* » pour savoir comment « *le patient peut vivre les choses* ». Elle souligne aussi le fait que la formation lui a « *beaucoup apporté* » et « *quand même touchée* » de manière intime. C'est dans ce double apport qu'elle pense que la formation serait « *un plus pour l'étudiant* », rappelant que la formation permet d'apprendre également l'auto-hypnose.

Ce serait « *Une façon de voir un petit peu les choses différemment dans la pratique des soins au quotidien* » pour l'IDE 2-Ad qui envisage plus une « *approche avec quelques petites bases* » plutôt qu'une formation complète. Elle estime que cela « *pourrait vraiment jouer au niveau de la prise en charge des patients, sur la pratique des soins* ».

L'IDE 3-Enf verrait ça comme un « *enrichissement personnel* » qui permettrait d'« *enleve[r] le stress du praticien* ».

Enfin pour l'IDE 4-Enf ce serait une « *première approche assez technique... qui permette de pratiquer les soins... humainement* ». Elle relève la singularité de l'hypnoanalgésie : « *c'est vraiment du ressenti et en même temps c'est une technique* ». Avec « *une première approche, je dis pas passer tous les paliers* », cela permettrait à l'étudiant de se « *libérer* », avec « *des trucs concrets* ».

Deux infirmières estiment qu'une initiation suffirait, une estime que cela ne « *pourrait pas être style un cours sur l'hypnoanalgésie* » et qu'il faudrait le « *pratiquer* », une autre ne détaille pas la longueur de cette possible unité d'enseignement. L'IDE 4-Enf rajoute dans la dernière question qu'il est nécessaire de « *maitriser le soin techniquement pour pouvoir [...] se concentrer sur l'hypnose* »

V. Synthèse des entretiens

Après avoir défini et décrit dans ma partie théorique la physiologie, les mécanismes de la douleur et les échelles disponibles pour l'apprécier, je me suis attaché à dessiner les contours de la douleur induite par les soins chez l'adulte et chez l'enfant.

J'ai trouvé dans les différents entretiens que j'ai réalisés auprès de ces 4 infirmières un engagement très fort dans la prise en compte de la douleur des patients, qu'ils soient adultes ou enfants.

J'ai esquissé un questionnaire sur le versant émotionnel de la douleur que peut représenter le concept de « souffrance » et cela nous a permis de comprendre grâce à la littérature qu'il y avait des facteurs qui pouvaient majorer la douleur induite comme l'anxiété ou la peur.

Cela a été confirmé par mon enquête de terrain. Les infirmières qui travaillent en secteur adulte et enfant utilisent le même vocabulaire pour signifier l'importance du ressenti des patients et aucune ne minimise l'impact que peut avoir **l'anxiété anticipée des soins douloureux** que j'avais posé comme nouvelle formulation de ce paradigme, que les infirmières aient quelques années d'exercice ou qu'elles aient une carrière plus longue derrière elles.

La littérature m'a permis d'aborder la majoration de l'anxiété vers la crise d'angoisse lorsque le danger se précise et sa transformation en peur à l'arrivée du soin douloureux.

Le terrain confirme que les termes peuvent être utilisés les uns pour les autres par les infirmières. Dans ce processus de gradation, les représentations des patients occupent une place centrale. L'enquête m'a permis de prendre conscience que les manifestations de l'anxiété peuvent être multiples, notamment avec les enfants qui sont encore trop jeunes pour s'exprimer ou avec les adultes atteints de pathologies neurologiques.

Dans une deuxième partie, j'ai interrogé la littérature sur le champ des traitements non médicamenteux dont font partie l'hypnose, l'hypnose médicale, l'hypnoanalgésie qui en est l'une de ses 3 émanations et l'hypnose conversationnelle qui en est l'une de ses formes.

Même si le nombre d'infirmières interrogées reste insuffisant pour en faire une généralité, le projet d'équipe semble être moteur pour valider un projet de service. Ce qui revient le plus souvent dans les entretiens, c'est la conscience que la mise en oeuvre de l'hypnoanalgésie peut prendre une forme protocolisée ou plus spontanée, plus informelle, ce qui en fait un « *outil* » idéal du rôle propre infirmier. La communication et les explications autour du soin pour les patients comme pour leur entourage sont importantes pour les soignants. Dans la plupart des cas, l'hypnoanalgésie mise en oeuvre a donné d'excellents résultats qui dépendent d'abord des patients et de la relation de confiance qu'ils ont pu tisser avec le soignant comme nous avons pu le voir dans la phase théorique.

Cette recherche m'avait conduit à proposer les contours d'une identité professionnelle autour du rôle propre de l'infirmière et de ses compétences acquises lors de ses études et dans sa pratique pour répondre au paradigme de l'anxiété anticipée des soins douloureux : ses savoirs autour du champ de la douleur, ses savoir-faire autour des thérapies non médicamenteuses et ses savoir-être dans la relation soignant-patient qui construisent une posture professionnelle adaptée. Car si l'hypnoalgésie fonctionne sur les patients, elle joue également un rôle prépondérant pour les soignants. La littérature avait permis de rappeler qu'il y a une différence entre « *faire un acte* » et « *faire un soin* » pour que s'inscrive dans une véritable « *perspective soignante* » le pivot de l'équipe pluridisciplinaire.

Pour l'une des infirmières, cette technique a été le révélateur de sa pratique et lui a permis de « *poser des mots* » sur une approche qu'elle avait déjà en partie. Cela m'a donné l'idée de transposer la théorie de Marshall McLuhan « *le message, c'est le medium* » au secteur de la Santé en posant comme principe fondamental de l'utilisation de l'hypnoalgésie dans la réduction de l'anxiété anticipée des soins douloureux que **le Soin, c'est l'infirmière**.

Une posture professionnelle qui dans tous les cas se trouve enrichie par la pratique de l'hypnoalgésie après enquête, redonnant du sens au soin douloureux pour l'une, valorisant leur identité professionnelle vis-à-vis du monde médical pour l'autre. Cet enrichissement permet également d'évacuer du stress, de travailler de manière plus efficace et plus confortable, de « *soulager* » les patients. Au point même de pouvoir s'en servir dans sa vie personnelle avec ses propres enfants.

Un enrichissement qui valorise également la réflexivité des infirmières sur leur pratique.

Enfin dans une dernière question j'ai interrogé les IDE sur la contribution possible de l'hypnoalgésie au parcours de l'étudiant. Je m'attendais à ce que la formation qu'elles ont suivi leur fasse proposer un enseignement poussé de cette technique à l'IFSI. Une seule d'entre elles s'est exprimée dans ce sens, les deux autres estimant utile une initiation à la pratique. L'une d'elle rappelle que pour pouvoir se concentrer sur l'hypnose, il faut déjà maîtriser le soin techniquement, ce qui s'acquiert une fois diplômé sur son secteur de soin.

Pour toutes, une approche de l'hypnoalgésie serait un plus pour l'étudiant, un « *enrichissement personnel* » qui permettrait d'apprendre beaucoup sur soi, qui permettrait de pratiquer l'auto-hypnose et d'expérimenter les sensations du patient pendant le soin, avec un réel bénéfice sur une pratique des soins plus humaine.

VI. Problématique

Les phases de recherche théoriques et pratiques ayant été présentées, je suis en mesure de réévaluer ma question de départ qui était : en quoi l'hypnoanalgésie peut-elle enrichir la posture professionnelle de l'infirmier dans la diminution de l'anxiété du patient adulte et enfant lors d'un soin douloureux ?

La recherche théorique a montré que les champs couverts par cette question sont nombreux. Il m'a fallu choisir entre de multiples sources et cette pré-recherche est loin d'être une revue de littérature exhaustive sur un sujet aussi complexe. Cependant les études existantes avancent des résultats mesurables en faveur de l'efficacité de l'hypnoanalgésie.

La phase de pré-enquête a permis de démontrer des bénéfices sur l'anxiété des patients, et un enrichissement réel de la pratique avec des infirmières plus assurées dans leurs valeurs au sein de l'équipe soignante, plus efficaces dans leur soin, plus sereines au quotidien.

Pour autant, l'hypnoanalgésie reste encore une formation à laquelle beaucoup d'infirmières n'ont pas accès, quand bien même elle valorise notre démarche en soins infirmiers, alors qu'émerge pour la profession tout un champ d'exploration et d'évolution autour des pratiques avancées et de l'infirmière experte comme les détaillent l'ouvrage ou l'étude suivante qu'il conviendrait d'approfondir dans un travail de recherche : *Soins infirmiers de Pratique Avancée : une approche intégrative* (Hamric et al., 2013)¹¹⁸, *les domaines de pratique de l'infirmière clinicienne spécialisée et compétences pratiques fondées sur les données probantes : une matrice d'influence* (Kring D.L., 2008)¹¹⁹.

Cette infirmière devra faire face aux nouvelles responsabilités qui viendront avec ses nouvelles compétences notamment dans le domaine de l'hypnoanalgésie, et elle participera à la valorisation de l'identité de la profession au sein de l'équipe pluridisciplinaire. C'est la raison d'être du master en Sciences cliniques infirmières promulgué par la loi Santé du 26 janvier 2016¹²⁰ qui encadre désormais le métier d'infirmière de pratiques avancées qui devrait concerner environ 12000 infirmières dans les prochaines années d'après l'une de ses premières représentantes, Florence Ambrosino¹²¹.

¹¹⁸ HAMRIC A.B., HANSON C. M., TRACY M.F. & O'GRADY F.T. *Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach* (August 1, 2013) Saunders 5th ed

¹¹⁹ KRING D.L. Clinical nurse specialist practice domains and evidence-based practice competencies: a matrix of influence (2008) PMID: 18596486

¹²⁰ Article L4301-1 créé par la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 119 du Code de la Santé Publique. Consulté le 14 mai 2016

¹²¹ SURBLED M. Florence Ambrosino : La promotion « Pratique avancée ». (5 mai 2016) Article pour Actusoins n°19. Consulté le 14 mai 2016

Or nous avons démontré que la somme des savoirs qui finissent par forger cette expertise, a besoin de bases solides lors de la formation initiale.

C'est dans cette perspective que je me suis rendu compte que les critères qui entourent l'hypnoalgésie peuvent entrer tout à fait dans la démarche d'autonomisation de l'évolution de la formation des étudiants en soins infirmiers : technique non médicamenteuse en support des traitements médicamenteux existants, réalisée en partenariat avec le patient dans une relation soignant-soigné équilibrée, améliorant le soin dans une approche plus humaine, à l'initiative de l'infirmière dans le cadre de son rôle propre comme de son rôle prescrit.

C'est la raison pour laquelle au cours de cette recherche ma vision de cette question a évolué. Après enquête, cette technique qui semble si bien convenir à la pratique infirmière me semble de plus en plus indispensable à la formation initiale dans un enseignement tourné vers la prise en charge pluridisciplinaire de la douleur.

Les étudiants en soins infirmiers souhaitent mettre du sens dans leurs soins, tout en commençant à appréhender la difficulté que représente l'anxiété anticipée des soins douloureux. L'hypnoalgésie est une technique qui pourrait leur convenir. Cependant, aux dires des infirmières, une simple approche suffirait, la maîtrise des gestes techniques étant un pré-supposé à l'acquisition d'une technique complémentaire pour mener au fil de la vie professionnelle à une expertise sur le sujet. Ce qui m'amène à la problématique suivante :

Dans quelle mesure une initiation à l'hypnoalgésie contribuerait-elle à former les étudiants en soins infirmiers à la diminution de l'anxiété anticipée des soins douloureux ?

Conclusion

Il m'a semblé intéressant que ce travail de fin d'étude questionne finalement l'intentionnalité du soin douloureux dans ma future pratique infirmière et comment, alors que je ne suis pas encore parti de l'IFSI, ma problématique me ramène à la formation des étudiants en soins infirmiers.

La prise en soin de la douleur est encore une discipline en pleine maturation. La plupart des enseignements de la formation initiale la placent à l'intérieur d'autres modules : étude des antalgiques en « *Pharmacologie* », prévention de la douleur dans les « *Processus tumoraux* » etc. Au-delà de ma question de recherche sur l'hypnoalgésie, je pense qu'il y a une vraie réflexion à mener autour de l'enseignement de la douleur dans les formations paramédicales en France.

J'espère avoir la chance de pouvoir apprendre à pratiquer l'hypnoalgésie dans mon métier en suivant les différentes formations professionnelles qui sont proposées. Le développement des pratiques avancées verra peut-être l'apparition d'un master en hypnoalgésie. Je continuerai de toute façon à observer l'évolution de ces pratiques qui améliorent le confort des patients comme celui des soignants.

Ce travail m'a également fait prendre conscience du vrai bonheur que j'ai eu à mener ces prémices de recherche que ce soit dans la phase théorique ou sur le terrain et cela m'a incité à rejoindre le Groupe Recherche du CHU de Montpellier pour apprendre à collaborer avec d'autres équipes.

Le Soin, c'est l'infirmière. Un titre gentiment provocateur dans une sectorisation des soins de plus en plus présente, chaque corps de métier défendant ses prérogatives comme si le patient devenait un territoire. Comme je l'ai dit précédemment, il faut l'entendre dans le sens de l'analogie que j'ai faite avec la théorie de Mc Luhan et non comme une appropriation par les infirmières d'un acte. Le message que nous portons est avant tout représenté par ce que nous sommes : infirmier ou infirmière, par les valeurs éthiques qui nous fondent, par l'identité que nous construisons avec notre pratique. Notre intentionnalité consciente et inconsciente nous précède. Nous savons que si nous nous présentons au patient avec appréhension ou concentration, en écoute ou en tension, la réalisation d'un soin douloureux ne se passera pas de la même façon. L'hypnoalgésie est une technique que nous pouvons choisir d'utiliser ou pas, qui fait ressurgir les acquis de notre posture professionnelle et propose des outils pour valoriser la relation avec le patient en rendant possible la réalisation d'un soin marqué par l'anxiété du patient.

C'est la raison pour laquelle le titre de ce travail de fin d'étude sur l'apport de l'hypnoalgésie à la posture professionnelle de l'infirmière a vu le Soin écrit avec une majuscule. Cette majuscule souligne l'identité que cette technique apporte à l'infirmière dans un soin que la littérature a déjà défini comme à part, au-delà de l'acte ou du geste, et dont pour moi l'hypnoalgésie vient enrichir l'intentionnalité de l'infirmière : le Soin est notre incarnation.

Bibliographie

Articles

- HESBEEN W. (1999) Le caring est-il prendre soin ? Revue Perspective soignante, Ed. Seli Arslan, Paris, n°4 p 10 Disponible sur <http://comjyeh.free.fr/0/Le%20Caring%20-%20Walter%20Hasbeen.pdf>. Consulté le 19 février 2016
- LEPOIL D. (5 septembre 2009) *Vers une nouvelle demande de la société envers les soignants comme facteur d'identité professionnelle*. Article cadresante.com Disponible sur <http://www.cadresante.com/spip/profession/profession-cadre/Vers-une-nouvelle-demande-de-la>. Consulté le 19 février 2016
- PUCCINI A. (Aout 2015). *Hypnose médicale, la parenthèse anti-douleur*. Article sur le blog d'Actu Soins. Disponible sur <http://www.actusoins.com/25699/hypnose-medicale-parenthese-anti-douleur.html>. Consulté le 23 novembre 2015
- RICŒUR P. (1992) *La souffrance n'est pas la douleur*. Psychiatrie Française, numéro spécial 92
- SURBLED M. *Florence Ambrosino : La promotion « Pratique avancée »*. (5 mai 2016) Article pour Actusoins n°19. Disponible sur <http://www.actusoins.com/276112/florence-ambrosino-promotion-pratique-avancee.html>. Consulté le 14 mai 2016

Documents électroniques

- AMOUROUX R. (juin 2008) *L'anxiété préopératoire* CNRD Peur, anxiété douleur. Disponible sur <http://cnrd.fr/L-anxiete-preoperatoire.html>. Consulté le 14 février 2016
- BARBIER E. *Hypnoanalgesie : définition et contexte*. Disponible sur <http://www.cnrd.fr/IMG/pdf/E%20BARBIER1.pdf>. Consulté le 17 février 2016
- BOUREAU F. *Introduction* in AUBRUN F., BENHAIEM J.M., DONNADIEU S. *Les douleurs induites* (Nouvelle édition 2010). Institut UPSA de la douleur. Disponible sur [\[douleur.org/Media/Default/Documents/IUDTHEQUE/OUVRAGES/Di/institut-upsa-ouvrage-douleur-induites.pdf\]\(http://douleur.org/Media/Default/Documents/IUDTHEQUE/OUVRAGES/Di/institut-upsa-ouvrage-douleur-induites.pdf\). Consulté le 12 février 2016. p 10](http://www.institut-upsa-</div><div data-bbox=)

- CELESTIN-LHOPITEAU I. Douleur et Souffrance in BIOY A, MICHAUX D. et al. (2007) *DUNOD Traité d'hypnothérapie*, Fondements, méthodes, applications p 273, p 276, p 283, p 284
- Définition de la nociception disponible sur : <http://sante-medecine.journaldesfemmes.com/faq/20860-nociception-definition>. Consulté le 23 novembre 2015
- FEIN J.A., ZEMPSKY W.T., CRAVERO J.P. *Relief of Pain and Anxiety in Pediatric Patients in Emergency Medical Systems*. Clinical report. (November 2012) Pediatrics 2012-130 (5) e1391-e1405; Assessment and Management of Pain, Stress, and Anxiety in the ED. p e1392. Disponible sur http://www.pediatr.org/IMG/pdf/AAP2012_urgences.pdf. Consulté le 13 février 2016
- FLETCHER D. *Physiopathologie des douleurs induites et facteurs de passage à la chronicité* in AUBRUN F., BENHAIEM J.M., DONNADIEU S. *Les douleurs induites* (Nouvelle édition 2010). Institut UPSA de la douleur. Disponible sur <http://www.institut-upsa-douleur.org/Media/Default/Documents/IUDTHEQUE/OUVRAGES/Di/institut-upsa-ouvrage-douleur-induites.pdf>. Consulté le 12 février 2016. p 16
- GUEGEN J., BARRY C., HASSLER C. et al. *Evaluation de l'efficacité de l'Hypnose* (Juin 2015) INSERM U1178 Disponible sur http://www.inserm.fr/mediatheque/infr-grand-public/fichiers/thematiques/sante-publique/rapports-publies/hypnose_rapport-evaluation-juin-2015. Consulté le 21 février. p 2, p 47
- HAS *Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées* (Avril 2011). Rapport d'orientation. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf. Consulté le 14 février 2016

- LELARGE A.F. *La pré induction anesthésique chez l'enfant : promouvoir l'hypnose.* (2007) Ecole d'infirmiers anesthésistes des hôpitaux de Toulouse. Disponible sur <http://www.laryngo.com/tip/Hypnose.pdf>. Consulté le 21 février 2016. p 14
- MALAQUIN-PAVAN *Prévention et soulagement des douleurs induites : le rôle des soignants* in AUBRUN F., BENHAÏEM J.M., DONNADIEU S. *Les douleurs induites.* (Nouvelle édition 2010) Institut UPSA de la douleur. Disponible sur <http://www.institut-upsa-douleur.org/Media/Default/Documents/IUDTHEQUE/OUVRAGES/Di/institut-upsa-ouvrage-douleur-induites.pdf>. Consulté le 12 février 2016. p 172, p 174
- MERSEY H. and BOGDUK N. - *IASP Task Force on Taxonomy. Part III : Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage* (pp 209-214) Classification of Chronic Pain, Second Edition (1994). Disponible sur <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>. Consulté le 5 Février 2016
- PERRIN O. et CARBAJAL R. (2007) *La peur de la douleur associée aux interventions médicales et à la maladie.* CNRD. Disponible sur <http://cnrd.fr/La-peur-de-la-douleur-associee-aux.html>. Consulté le 14 février 2015
- SFETD (2008) *La douleur en question.* Mémento : Disponible sur http://www.cnrd.fr/IMG/pdf/Doul_en_questions_EDIT2.pdf. 2e éd. Consulté le 6 février 2016. p 23
- SPARADRAP (Janvier 2003) *Pour en savoir plus sur la douleur de l'enfant* Livret d'accompagnement. Disponible sur <http://www.sparadrap.org/content/download/1529/13676/version/1/file/livret+film+douleur+Internet+DV20.pdf>. Consulté le 13 février 2016. p 7
- Usagers, vos droits, *Charte de la personne hospitalisée.* Avril 2006. Disponible sur http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf. Consultée le 7 février 2016. p 4
- VIEL E., ELEDJAM J.J. *Causes des douleurs induites, traitement, prévention : dans un plateau de technique interventionnelle* in *Les douleurs induites* (Nouvelle édition 2010) Institut UPSA de la douleur. Disponible sur <http://www.institut-upsa-douleur.org/Media/Default/Documents/IUDTHEQUE/OUVRAGES/Di/institut-upsa-ouvrage-douleur-induites.pdf>. Consulté le 12 février 2016 p 39
- VULSER C. *Causes des douleurs induites, traitement, prévention : dans un service d'hospitalisation* in *Les douleurs induites* (Nouvelle édition 2010) Institut UPSA de la douleur. Disponible sur <http://www.institut-upsa-douleur.org/Media/Default/Documents/IUDTHEQUE/OUVRAGES/Di/institut-upsa-ouvrage-douleur-induites.pdf>. Consulté le 12 février 2016 p 71
- WITTORSKI R. *la notion d'identité collective.* (2008) L'Harmattan. La question identitaire dans le travail et la formation : contributions de la recherche, l'état des pratiques et l'étude bibliographique, L'Harmattan, pp. 195-213, Logiques Sociales. <hal-00798754> disponible sur <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00798754/document>. Consulté le 19 février 2016 pp 195-213

Documents non publiés

- BOULENGER J.P. Cours 1.01.S1 Psychologie, Sociologie, Anthropologie du 13 janvier 2014, IFSI du CHU de Montpellier
- DESHAYS C. *Distance professionnelle et implication dans la relation d'accompagnement - Distance, posture et éthique relationnelle.* Les cahiers de l'actif n°4601461. Support du cours 4.02.S3 sur la Relation d'Aide du 6 janvier 2015. p 144
- MOREAUX T. Institut Français d'Hypnose - Formation courte à l'hypnoalgésie. Support de cours. p 11, p 21, p 22
- PLANES S., BEVIS C. *Répondre au besoin de prise en charge de l'anxiété et de la douleur de l'enfant* (janvier 2015) Support de cours. IFSI du CHU de Montpellier. p 10

Ouvrages

- BARBER & WILSON (1977)
- COLLIÈRE M.F. (1982) *Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers.* Interéditions. p 234, pp 236-237, p- 239-240, p 251

- CYRULNIK B. *Le Courrier de l'Unesco*, novembre 2001.
- ERICKSON M.H. (1983) *l'hypnose thérapeutique, quatre conférences*, ESF, Paris, p 62
- ESPOSITO R., AUBERT D., GAUTIER P. et al. (2010) *Sophrologie, Lexique des concepts, techniques et champs d'application*. Elsevier Masson. p 3
- FREUD A. *The psychoanalytic study of the child* ed IU Press new-York 1952.
- FREUD A, BERGMAN T. *Les enfants malades*. Paris : Privat, 1976. in
- FREUD S. (1973) *Inhibition, Symptôme et Angoisse*. PUF, Paris, p 101
- FREUND J. (1979). *Petit essai de phénoménologie sociologique sur l'identité collective*. in J. Beauchard (éd.). *Identités collectives et travail social* (pp. 65-91). Paris : Privat.
- HALFON Y., WOOD C. *L'utilisation de l'hypnose dans le traitement de la douleur* in MICHAUX D., HALFON Y., WOOD C. (2013) *Manuel d'hypnose pour les professions de santé*. Maloine 3ème tirage p 202-204, p 207, p 236-239
- HAMRIC A.B., HANSON C. M., TRACY M.F. & O'GRADY F.T. *Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach* (August 1, 2013) Saunders 5th ed
- HERBERT F. *Dune* (1965) Tome 1 - Ed Pocket p 22, p 26
- HILGARD E.R., HILGARD J (1994), *Hypnosis in the relief of pain*. Brunner Mazel, New York.
- INHELDER B, PIAGET J: *The growth of logical thinking from childhood to adolescence* Ed Rak Paul London, 1958.
- JACQUEMIN D., De BROUCKER D. (2014) *Manuel de Soins Palliatifs* Chapitre 22 Douleur. Ed Dunod 4e Edition. p 238
- KIERKEGAARD S. (1994) *Le concept de l'angoisse*, TEL. Gallimard, Paris, p. 202.
- LACAN J. (2004) *Le séminaire*, livre X, l'Angoisse. Seuil, Paris, p. 273.
- MAMBOURG P.H. *Céphalées : migraines et autres maux de tête* in BIOY A, MICHAUX D. et al. (2007) *DUNOD Traité d'hypnothérapie, Fondements, méthodes, applications* p 297
- MAZERAN V., OLINDO-WEBER S. Corps et angoisse in FERRAGUT E., BROCC H., CHABEE-SIMPER S. et al. (2007) *Souffrance, maladie et soins* Elsevier Masson. p 52, p 54, p 56
- MCLUHAN H.M. *Understanding media*, 1964 Editions Hurtubise HMH p 22.
- MICHAUX D., HALFON Y., WOOD C. (2013) *Manuel d'hypnose pour les professions de santé*. Maloine 3ème tirage pp 91-92, p 94, p 202, p 239
- PAILLARD - *Dictionnaire humaniste infirmier Relation, approche et concepts de la relation soignant soigné*. Editions Setes p 64
- PRICE D.D. (1999) *Psychological Mechanisms of Pain and Analgesia*. Progress in Pain and Research Management. Vol 15. IASP Press, Seattle.
- PRICE D.D., BUSHNELL C. (2004), *Overview of Pain Dimensions and their Psychological Modulation*. In PRICE D.D., BUSHNELL M.C. (Ed), *Psychological Methods in Pain and Research Management*, 29: 3-17. IASP Press, Seattle.
- RIOU B., LVOVSCHI V.E. *Causes des douleurs induites, traitement, prévention : dans un service d'urgences* in *Les douleurs induites* (Nouvelle édition 2010) Institut UPSA de la douleur. Disponible sur <http://www.institut-upsa-douleur.org/Media/Default/Documents/IUDTHEQUE/OUVRAGES/Di/institut-upsa-ouvrage-douleur-induites.pdf>. Consulté le 12 février 2016. p 28
- RAINVILLE P. (2004), *Neurophénoménologie des états et des contenus de conscience dans l'hypnose et l'analgesie hypnotique*. Cours supérieur du 4^e Congrès Annuel de la Société d'Etude et de Traitement de la Douleur (SETD), Montpellier, novembre (9).
- SIRVEN R. *Souffrance et soins : la place de l'éthique ?* in FERRAGUT E., BROCC H., CHABEE-SIMPER S. et al. (2007) *Souffrance, maladie et soins* Elsevier Masson. p 45
- SPANOS (1986)
- VAN CRAEN W. *Le traitement de l'anxiété* in BIOY A, MICHAUX D. et al. (2007) *DUNOD Traité d'hypnothérapie, Fondements, méthodes, applications* p 405, p 410

- VIROT C. BERNARD F. (2010) Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie Ed. Arlette. p 4, p 7, p 10, p 16, p 20

Mémoire de fin d'étude

- COUET-LANNES A. (2012) *L'utilisation de l'hypnose et son intégration au bloc opératoire par l'IADE*. Mémoire de fin d'études Ecole IADE - CHU de Reims - Promotion 2010-2012. Disponible sur <http://www.hypnoses.com/bibliotheque-hypnose/hypnose-au-bloc-operatoire-iaide/>. Consulté le 17 février 2016. pp 21-22

Rapports, études, colloques, thèses, mémoires, conférences

- AL ABSI M. & ROKKE PD. *Can anxiety help us tolerate pain ?* Pain, 1991. 46(1): pp 43-51.
- BOUAZIZ I. in 4ème journée de Rencontre de l'association Paradoxes.
- BORKOVEC, T. D. & MATHEWS A. (1988), « *Treatment of non-phobic anxiety disorders : a comparison of non-directive, cognitive and coping desensitisation therapy* », Journal of Consulting & Clinical Psychology, 56, 877-884
- ASMUNDSON GJG, VLAHEYEN JWS, CROMBEZ G *Understanding and treating fear of pain*. 2004, Oxford: Oxford University Press.
- FAYMONVILLE ME, ROEDIGER L, DEL FIORE G, et al. *Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis*. Cognitive Brain Research 2003 ; 17 : 255-62
- HILGAR E.R. (1965) *Hypnotic susceptibility*. New York : Harcourt, Brace and World
- KOPPAL R, ARDASH E, UDAY A, ANILKUMAR G. (2011) *Comparison of the midazolam transnasal atomizer and oral midazolam for sedative premedication in paediatric cases*. J Clin Diagn Res. 2011;5(5):932-934. in FEIN J.A & al. Relief of Pain and Anxiety in Pediatric Patients in Emergency Medical Systems. (Nov 2012)
- MCCracken LM, FABER SD AND JANECK AS. *Pain-related anxiety predicts non-specific physical complaints in persons with chronic pain*. Behav Res Ther, 1998. 36(6): p. 621-30.
- MILLER M.E., BOWERS K.S. *Hypnotic analgesia : dissociated experience or dissociated control ?* Abnormal Psychol 1993 ; 102 : 29-38
- MORGAN A., HILGARDE. (1973), *Age differences in susceptibility to hypnosis*. Int J Clin Exp Hypnosis 21 : 78:85
- MUNOZ SASTRE M.T. ALBARET M.C. & al. *Fear of pain associated with medical procedures and illnesses*. European Journal of Pain 10 (2006) 57-66
- NEUWIRTH L. Rapport du Sénat, n°138, 1994-1995 : *Prendre en charge la douleur*; par Lucien Neuwirth in Institut UPSA de la douleur. Cadre législatif Douleur. Législation infirmière. Disponible sur <http://www.institut-upsa-douleur.org/pro/cadre-legislatif#>. Consulté le 12 février 2016
- OLNESS K. GARDNER G.G. (1988), *Hypnosis and hypnotherapy in children* 2nd edition. Grune and Stratton, New York.
- PIGENET, M. (2001). *Les dockers, retour sur le long processus de construction d'une identité collective en France, 19è-20ème siècles*. Genèses, 42, 5-25.
- KRING D.L. *Clinical nurse specialist practice domains and evidence-based practice competencies: a matrix of influence* (2008) PMID: 18596486 Disponible sur <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18596486>. Consulté le 14 mai 2016.
- SHIPLE M. *Research: the effectiveness of hypnoses Counselors Associated*. Disponible sur <http://www.counselorsassociated.com/lifechange3b.htm>. Consulté le 21 février 2016
- SMITH J.T., BARABASZ A., BARABASZ M. (1996), *Comparison of hypnosis and distraction in severely ill children undergoing painful medical procedures*. J Couns Psychol. 43 : 187-95
- SPIEGEL D. *Hypnosis: Brief interventions offer key to managing pain and anxiety* Current Psychiatry (2004) 3 (4): 49-52 Disponible sur <https://cap.stanford.edu/profiles/frdActionServlet?choiceId=printerprofile&profileversion=f>

- [ull&profileId=3789](#). Consulté le 21 février 2016
- TADDIO A. *et al.* *Effect of neonatal circumcision on pain response during subsequent routine vaccination*. Lancet, 1997. 349(9052): p. 599-603.
 - TADDIO A. *et al.* *Influence of repeated painful procedures and sucrose analgesia on the development of hyperalgesia in newborn infants*. Pain, 2009. 144(1-2): p. 43-8.
 - TVERSKOY M. *et al.* *Preemptive effect of fentanyl and ketamine on postoperative pain and wound hyperalgesia*. Anesth Analg, 1994. 78(2): p. 205-9.
 - VANHAUDENHUYSE A, BOLY B, BALTEAU E, *et al.* *Pain and non-pain processing during hypnosis : a thulium-YAG event-related fMRI study*. NeuroImage 2009 ; 47 : 1047-54
 - VLAEYEN JWS & LINTON SJ. *Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art*. Pain, 2000. 85(3): p. 317-332.
 - WALL PD, *On the relation of injury to pain*. The John J. Bonica lecture. Pain, 1979. 6(3): p. 253-64.
 - RICHTER M, ECK J, STROBE T, MILLINER W, WEISS T (2010) *Do words hurt? Brain activation during the processing of pain-related words*. Department of Neurology, Friedrich Schiller University Medical School Jena, Jena, Germany. Disponible sur http://www.researchgate.net/profile/Thomas_Weiss11/publication/38027140_Do_words_hurt_Brain_activation_during_the_processing_of_pain-related_words/links/0c96051962bb3d7c76000000.pdf?inViewer=true&pdfJsDownload=true&disableCoverPage=true&origin=publication_detail Consulté le 22 Novembre 2015. p 204
 - VERNON D.T., SCHULMAN J.L., FOLEY J.M. *Changes in children's behavior after hospitalization. Some dimensions of response and their correlates*. Am J Dis Child 1966 ; 111 : 581-93
 - ZARCA B. (1988) *Identité de métier et identité artisanale*. Revue Française de Sociologie, 24, 247-273.
 - ZELTZER L.K., LeBARON S. *et al.* (1982), *Hypnosis and non hypnotic techniques for reduction of pain and anxiety during painful procedures in children and adolescents with cancer*. J Pediatric. 101 : 1032-5
 - ZELTZER L.K., DOLGIN M.J., LeBARON S. *et al.* (1991), *A randomized controlled study of behavioral intervention for chemotherapy distress in children with cancer*. Pediatrics. 88: 34-42
 - Wittorski, R. (1997). *Analyse du travail et production de compétences collectives*. Paris : L'Harmattan.
 - WUNSCH A. & PLAGHKI L. (2003), « *Influence des processus émotionnels automatiques sur la perception de la douleur* », Doul. et Analg., 1, 43-54.
 - INSERM, 2004 ; OMS, 1993 ; Power *et al.*, 1990

Textes juridiques, législatifs, réglementaires

- Article L1110-5. Version initiale du 4 mars 2002 créé par la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 3 JORF 5 mars 2002; Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?sessionId=D1C8F92F66F5FD7461A6B7B1CC815C93.tpdila18v3?idArticle=LEGIARTI000006685747&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=20050422>. Consulté le 10 février 2016
- Article L1110-5. Version modifiée du 23 avril 2005 créé par la Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 - art. 1 JORF 23 avril 2005 modifiant la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 3 JORF 5 mars 2002. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?sessionId=D1C8F92F66F5FD7461A6B7B1CC815C93.tpdila18v3?idArticle=LEGIARTI000006685748&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=20160203>. Consulté le 10 février 2016
- Article L1110-5. Version modifiée du 1er février 2016 créé par la Loi n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 4 modifiant la Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 - art. 1 JORF 23 avril 2005. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?sessionId=D1C8F92F66F5FD7461A6B7B1CC815C93.tpdila18v3?idArticle=LEGIARTI000006685749&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=20160203>

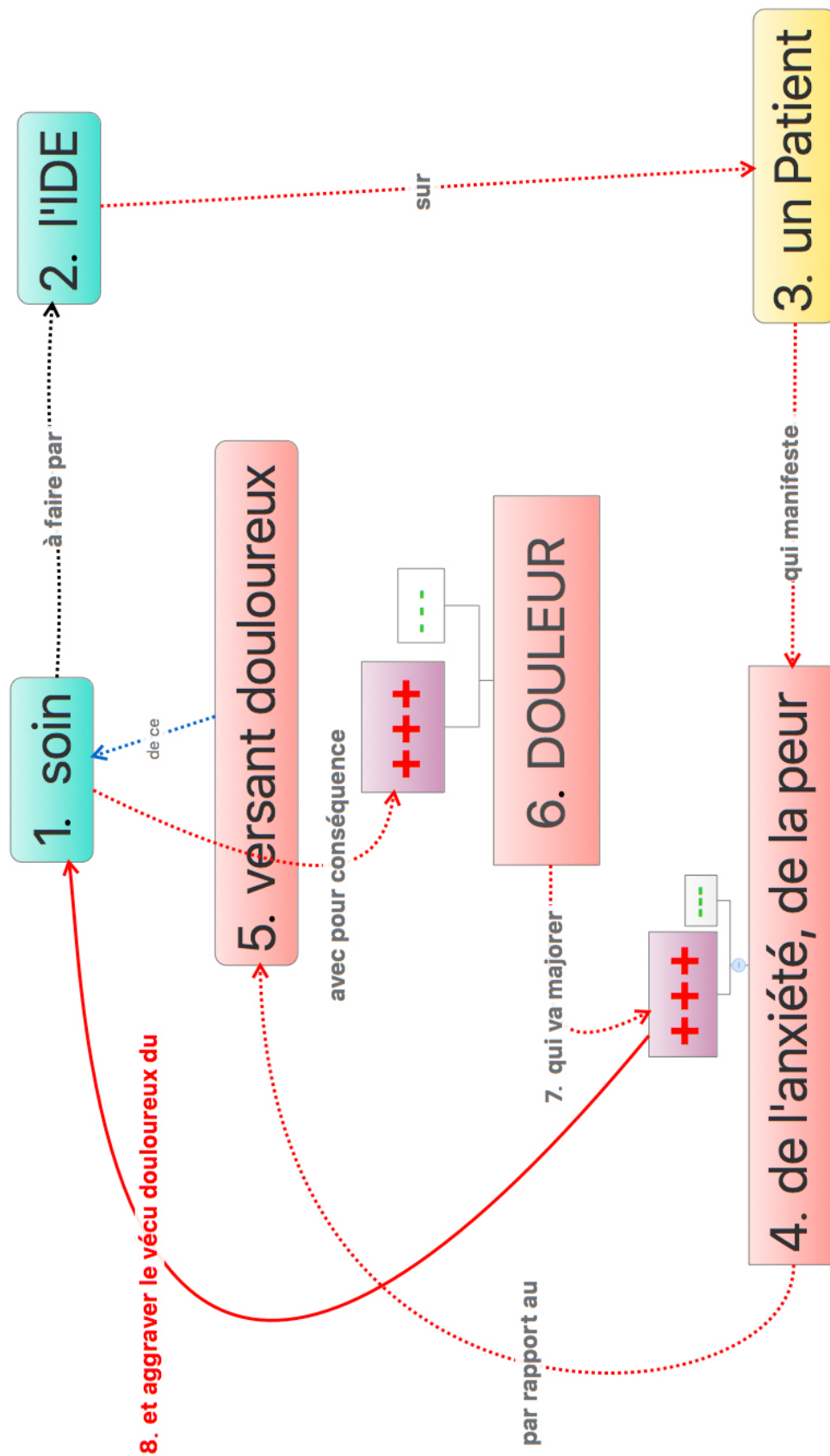
- www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?sessionId=D1C8F92F66F5FD7461A6B7B1CC815C93.tpdila18v3?idArticle=LEGIARTI000031971181&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=. Consulté le 7 février 2016
- Article L1110-5-3. Version modifiée du 1er février 2016 créé par la Loi n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 4 modifiant la Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 - art. 1 JORF 23 avril 2005. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?sessionId=74D1AE6FAA375AC7FE98AE5A77785AF2.tpdila18v3?idArticle=LEGIARTI000031971181&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160301&categorieLien=id&oldAct ion=. Consulté le 1er mars 2016
 - Article L1110-12 du CSP - Titre Ier : Droits des personnes malades et des usagers du système de santé. Chapitre préliminaire : Droits de la personne. Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?sessionId=69841E1739498041AA1305EC2BA9FC85.tpdila13v_2?idSectionTA=LEGISCTA000006170991&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160212. Consulté le 12 février 2016
 - Article L1112-4 du CSP - Titre Ier Droit des personnes malades et des usagers du système de santé. Chapitre II : Personnes accueillies dans les établissements de santé. Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?sessionId=C88369897C6D0B4288516A70E5BD9A09.tpdila13v_2?idSectionTA=LEGISCTA000006170994&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160211. Consulté le 11 février 2016
 - Article L1411-1 du CSP - Chapitre 1er : Politique de santé. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006686891&dateTexte=&categorieLien=cid>. Consulté le 12 février 2016
 - Article L4301-1 créé par la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 119 du Code de la Santé Publique. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031920694&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160514. Consulté le 14 mai 2016
 - Article R4311-1. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2004/7/29/SANP0422530D/jo#JORFARTI000001263388>. Consulté le 10 février 2016
 - Article R4311-8. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2004/7/29/SANP0422530D/jo#JORFARTI000001263388>. Consulté le 10 février 2016
 - Article R4311-12. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2004/7/29/SANP0422530D/jo#JORFARTI000001263388>. Consulté le 10 février 2016
 - Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. BO Santé – Protection sociale – Solidarités no 2009/7 du 15 août 2009. Annexe I. et II Activités détaillées (1). Disponible sur http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf. Consulté le 10 février 2010. p 260, 262 et 269
 - Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. Annexe III. Disponible sur http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_3.pdf. Consulté le 8 février 2016
 - Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A N° 2006-90 du 2 mars 2006 *relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée*. Ministère de la Santé. Bulletin Officiel n°2006-4 : Annonce n°12 Disponible sur <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-04/a0040012.htm>. Consultée le 7 février 2016

- Manuel de certification des établissements de santé V 2010 Janvier 2014. ACC01-T052-E. Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Chapitre 2 Prise en charge du patient - Partie 1 Droits et place des patients - Référence 12 La prise en charge de la douleur. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf. Consulté le 12 février 2016. p 53
- VAILLANT I. CLUD (2014) Document n° CHRU/ 12.a/062/v1. Référentiel Douleur (13/10/2014) CHRU de Montpellier. Chapitre 2 Recommandations de bonnes pratiques. p 6 sq, p 8, p 12

Annexes

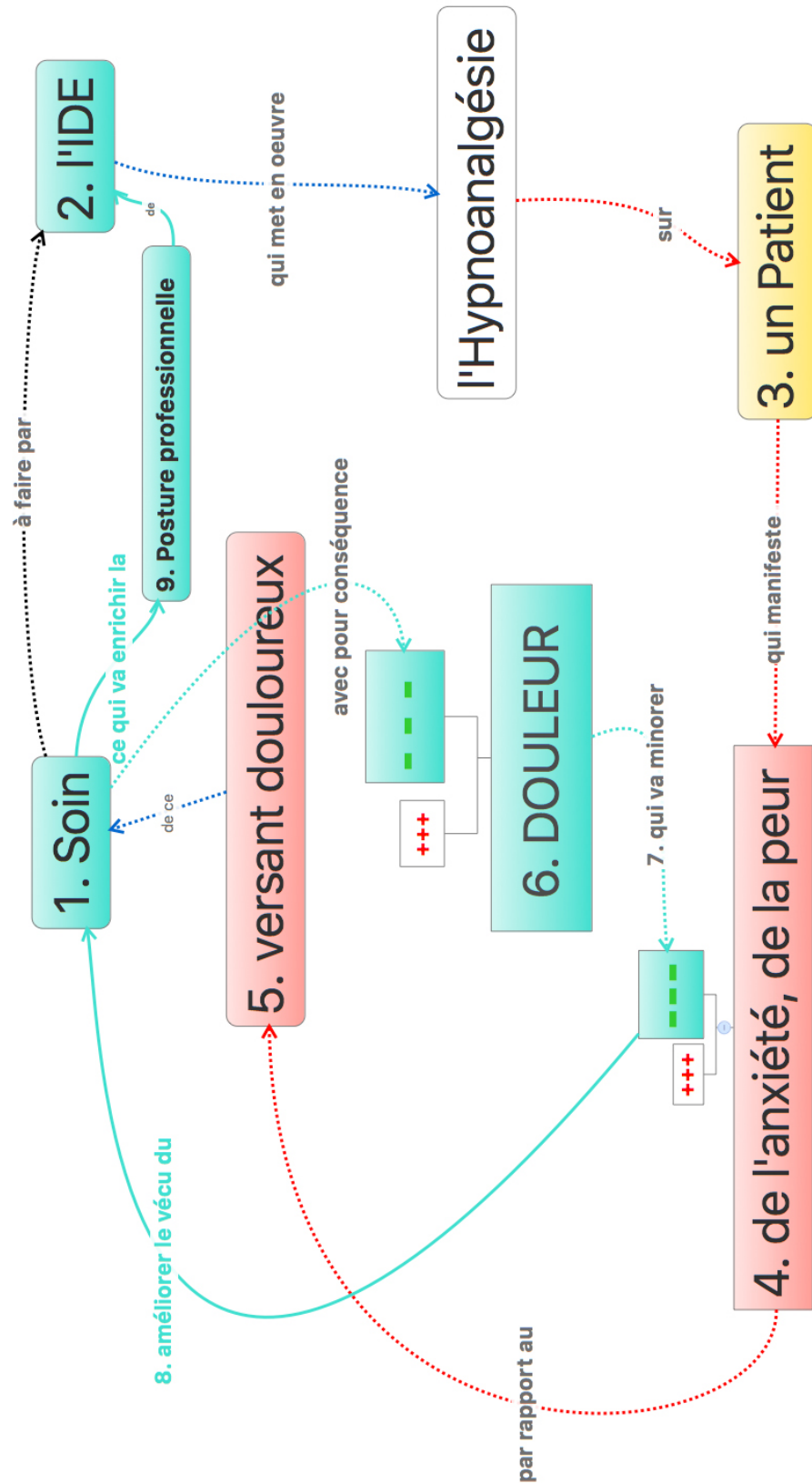
Annexe I-1

Carte conceptuelle n°1 : l'anxiété anticipée du soin douloureux



Annexe I-2

Carte conceptuelle n°2 : Minoration de l'anxiété anticipée du soin douloureux par la mise en oeuvre de l'hypnoanalgésie



Annexe II

Guide d'entretien

- Depuis combien de temps êtes-vous dans ce service et quel a été votre parcours auparavant ?
- En se basant sur votre pratique, comment décririez-vous l'anxiété anticipée des soins douloureux ?
- De quelle manière l'hypnoalgésie est-elle mise en oeuvre dans le service ?
- Depuis que vous pratiquez l'hypnoalgésie, avez-vous observé des modifications dans l'anxiété éprouvée par les patients ? Pouvez-vous me donner des exemples ?
- Qu'apporte l'hypnoalgésie dans votre pratique infirmière ?
- Si cette technique était enseignée à l'IFSI, en quoi cela contribuerait-il au parcours de l'étudiant ?
- Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Annexe III-1

QUESTION 1	IDE 1-Ad	IDE 2-Ad	IDE 3-Enf	IDE 4 -Enf
- Depuis combien de temps êtes-vous dans ce service et que a été votre parcours auparavant ?	Alors moi j'ai été aide-soignante d'abord pendant trois ans j'ai fait de la diabétologie pendant une année et pendant deux ans j'suis arrivée sur Montpellier et j'ai fait pas mal d'interim la première année donc suis parti dans toutes les cliniques sur Montpellier les environs et la dernière année j'ai fait une année aux urgences à la clinique St Roch. A la suite de ça j'ai passé mon concours infirmiers que j'ai eu, j'ai fait mon école infirmière. A la suite de ça j'ai fait cinq ans en soins intensifs neuro cher adulte adulte et je suis arrivé dans ce service ça va faire maintenant 5 ans. voilà.	- Alors je suis dans ce service depuis 8 ans, depuis 2008 j'ai eu donc mon diplôme en 2000 j'ai fait quelques mois d'orthopédie j'ai travaillé un peu à propara, j'ai fait quelques mois d'orthopédie et ensuite j'ai fait sept ans de neurochirurgie soins intensifs de Neuro Chir et après j'ai intégré la Neuro hospit de semaine - Depuis combien ? - Depuis 8 ans, 2008 - Depuis 2008	- Alors je suis dans ce service depuis euh 5 ans, un peu plus de 5 ans, mon parcours auparavant, je suis diplômée depuis très longtemps, j'ai commencé par travailler à Paris, parce que j'ai fait mes études à Paris, à l'hôpital Trousseau pendant 4 ans en réa digestive, après je m'suis arrêtée 14 ans de travailler pour élever mes enfants et j'ai repris en travaillant dans des services d'adultes, chirurgie viscérale, médecine gastro, rééducation adulte, service de chimio thérapie, et en dernier ici.	- Alors je suis dans ce service depuis 4 ans et demi et euh mon parcours avant en fait je suis sorti de l'école d'infirmière en 2010, en novembre 2010 et j'ai intégré ce service en avril 2011 donc euh et entre le diplôme et l'intégration de services j'ai fait de l'interim, j'ai fait des missions d'interim ... - Spé, spécialisé en pédiatrie ou - non pas du tout - d'accord - Non non. Maison de retraite, chirurgie, médecine.

Annexe III-2

QUESTION 2	IDE 1-Ad	IDE 2-Ad	IDE 3-Enf	IDE 4 -Enf
- En se basant sur votre pratique comment décririez-vous l'anxiété anticipée des soins douloureux ?	- ... nous dans notre service les soins les plus douloureux sont souvent soit la pause de cathéter soit les ponctions lombaires. Souvent ils arrivent ici ils ont une angoisse par rapport à la ponction lombaire avec tout ce qu'ils ont entendu et tout ce qui est véhiculé sur cette ponction lombaire donc c'est surtout ce soin là ce geste-là qui... qui leur pose beaucoup de questions. - donc j'avais plusieurs choses souvent les perfusions par porte à cath mais essentiellement l'anxiété autour du soin de la ponction lombaire. Comme je te disais en fait tout ce que l'angoisse et et tout ce qu'ils ont pu... tout c'qu'on a pu leur dire autour de la ponction lombaire parce qu'avant c'était effectivement un soin très douloureux et on ne mettait pas en place le patch d'Emla, on ne mettait pas tous ces soins de relaxation ou d'hypnoanalgésie ou même le Méopa. Donc ils arrivent avec... avec cette peur et comme ça se passe dans leur dos et qu'ils ne voient pas qu'ils ne maîtrisent pas le geste qui est fait sur leur corps je pense que ça majore cette anxiété. Du coup nous dans le service on a réfléchi à ce qu'on pouvait mettre en place vis-à-vis de ce soin et donc on s'est très vite orienté vers l'hypnoanalgésie.	- moi j'avais m'baser surtout par rapport à la ponction lombaire, dans le service c'est plus par rapport à ce geste là qu'on peut voir de l'anxiété avant... c'est beaucoup d'patients qui soit en ont discuté avec d'autres personnes du geste et ces personnes leur ont fait peur et du coup ils s'imaginent que c'est vraiment... extrêmement douloureux, y'a l'côté douloureux, y'a côté avec des risques de complications aussi, quand ils ont peur d'être paralysés, donc des gens qui vont chercher un peu sur internet qui peuvent regarder et trouver un petit peu tout et n'importe quoi. Donc c'est souvent voilà une Crainte de la douleur, une peur de la douleur, une peur des complications ... l'impression qu'c'est un geste très compliqué, C'est surtout par rapport aux ponctions lombaires nous, en général.	- Comment je décris ? J'ai pas bien compris la question là. - Comment j'peux décrire quoi c'est l'patient qui ressent c'est pas moi, ce que je vois du patient ? - Quelles sont les signes que vous avez pu observé ? - Les signes du patient euh ? Fin ça dépend si c'est un enfant ou si c'est un adulte. - Plutôt un enfant dans ce cas là. - Un enfant alors l'enfant ben y va déjà être dans le « non, je veux pas », ça c'est il va l'exprimer. l'enfant ou l'ado va exprimer par la parole, y va dire « moi je veux pas, j'ai peur, je veux pas, je veux pas, je veux pas, on me fera pas, on me touchera pas » Après d'autres si ils peuvent pas parler, parce que certain enfants ne communiquent pas, à ce moment là on va sentir au niveau physique, un raidissement ou ils vont pousser des cris, enfin on va sentir que effectivement dès qu'on va les approcher, si y'a une peur de la blouse blanche, dès qu'on va les approcher, il va y avoir des cris un raidissement, ils vont tourner la tête enfin tout dépend de si l'enfant est communiquant ou pas communiquant et un bébé y pourra pleurer si il nous voit et si il a peur en nous voyant.	- Du côté des patients après ça se... pour les enfants en tout cas ça peut se traduire par euh en terme de pleurs de refus des soins de refus de coopération pour le soin enfin ouais ils veulent pas quoi. Après les soignants c'est à eux de trouver des astuces pour faire accepter le soin parce que le soin il est, il est obligatoire entre guillemets même si parfois on peut le repousser et alors là c'est toute la difficultés du métier d'infirmière en pédiatrie quoi et uh pour ça on utilise différentes techniques on peut on explique le soin, on explique le soin aux parents, à l'enfant et après on peut faire de la diversion et puis y'a des techniques comme l'hypnose qui peuvent être utilisées... ça c'est Après tu crées sur le moment le truc quoi. C'est un peu une intuition quand... c'est un peu du feeling quoi.

Annexe III-3

QUESTION 3	IDE 1-Ad	IDE 2-Ad	IDE 3-Enf	IDE 4 -Enf
- De quelle manière l'hypnoanalgésie est-elle mise en oeuvre dans le service ?	- comme ça a été un projet de service toutes les infirmières ont été formées... donc par l'institut Français d'Hypnose, l'IFH donc c'était euh je ne sais plus combien de cours je crois on a eu 8 ou 9, 8 ou 9 jours entiers... C'est un projet réfléchi par par l'ensemble des infirmières et de la cadre donc voilà nous nous sommes formés et la cadre aussi - Et dans la mise en oeuvre ? - Après c'est chacun comment il a vécu sa propre formation notamment la surveillance et M ont beaucoup travaillé pendant la formation avec l'IFH pour raconter un conte donc elles ont réfléchi à comment elles pouvaient imaginer les gestes faits (...) elles se sont appropriées ce conte ça leur parle plus à elle, moi je l'ai lu et dans ma pratique à moi ça ne me parlait pas donc moi ce côté là je ne le fais pas Après moi je ne lui parle à aucun moment d'hypnoanalgésie je lui dis juste est-ce que il aimerait faire comme une séance de relaxation et je lui demande où est-ce que vous aimeriez être maintenant ailleurs qu'ici et souvent les gens me parlent bien voilà qu'il y a des endroits et ça marche très bien tout de suite, très vite ils me disent ben moi j'aimerais aller en montagne, j'adore aller à la mer voilà moi je pars à partir de ce que me dit et ce que veut le patient je ne lui impose pas un conte en fait...	- Nous dans le service on est plusieurs à être formées... quand on voit qu'un patient semble anxieux par rapport à un geste, surtout la ponction lombaire chez nous, on commence à lui parler de la méthode. Voilà qu'on est formées que si ils sont intéressés y'a possibilité, si c'est possible c'est mieux évidemment c'est de faire une petite séance avant, ou faire une petite séance, ou alors discuter avec le patient, savoir un peu euh c'qu'il aime faire, ses centres de loisirs ou ce qu'il... Parce qu'après dans l'hypnoanalgésie y'a cette partie où on l'emmène faire ce qu'il aime ou dans une activité qu'il aime ou dans un endroit qu'il aime donc c'est bien de connaître le patient avant Alors, ça nous arrive hein évidemment de faire des séances d'hypnoanalgésie sans préparation surtout les patients en hôpital de jour par exemple on n'a pas beaucoup d'temps donc c'est toujours un peu plus difficile mais quand on peut faire une préparation avant, déjà leur expliquer exactement comment ça se passe, euh qu'on va déjà aller faire se concentrer sur la respiration, faire détendre tous les muscles tout ça, donc déjà leur expliquer comment ça se passe et après savoir où ils veulent aller euh, en général c'est plus quand ça fonctionne mieux	Alors moi j'utilise dans 2 cas un peu différents, pour des ados qui vont avoir extrêmement peur de la prise de sang, je fais une préparation en amont, je vais leur faire une séance d'hypnoanalgésie en montant ce que c'est, en leur expliquant, en leur demandant de choisir l'endroit où ils vont avoir envie de partir pendant le soin qu'on va faire J'en ai expliqué aussi en amont que pour le soin douloureux j'aurais ça mais j'aurais également les patchs d'EMLA, ou éventuellement Kainox si nécessaire et je travaille très longtemps à l'avance pour quelqu'un qui a très très peur, parce que ici on a le temps, on est pas dans l'urgence, on a le temps de préparer vraiment ça. Donc voilà et puis après pendant le soin ben comme on a déjà expérimenté l'hypnoanalgésie si ça a marché ben j'les fais repartir dans le monde qu'ils ont choisi. Alors après, l'autre cas c'est lors des injections de toxines botuliques ou là c'est un peu différent je l'informe de ce qui est proposé, s'il est communicant je vais lui expliquer ce qu'est l'hypnoanalgésie à lui et à sa famille en essayant de dramatiser l'hypnose parce que bon souvent l'hypnose c'est Messner c'est euh voilà. ensuite je demande à l'enfant quel est son monde, alors moi j'aimerais bien aller faire une match de basket ou j'aimerais bien faire un match de foot, j'aimerais bien faire une plongée ou moi j'adore les Pokemon ou euh moi moi mon jeu vidéo préféré c'est celui là ou alors d'autres vont me dire ah moi j'adore euh Kenji Jirac enfin voilà, je m'adapte en fait à c'qu'ils souhaitent. Après quand c'est un enfant non communicant là on explique à la maman que pendant le soin, on va distraindre l'enfant donc là c'est la maman qui va me dire par exemple j'ai demandé s'il aime les dessins animés ou s'il aime qu'on lui raconte des histoires ou si qu'il aime qu'on chante enfin voilà donc euh et au moment du soin ben on s'adapte.	- Ah on a eu quelques personnes sont formées, y'a C l'auxiliaire, quelques infirmières et y'a 2 auxiliaires et 3 infirmières dans l'institut. Et dans ce service donc y'a 2 auxiliaires et 1 infirmière dont je fais partie, donc on a été formée et après en pratiquant, en essayant de pratiquer parce que c'est pas forcément évident, y faut vraiment euh, après ce qui est bien c'est euh d'avoir été formée à 2, avec l'auxiliaire, quand je suis avec C, on s' comprend et du coup ça peut c'est plus facile à deux tu peux rebondir sur des sujets et donc après on le met en oeuvre de notre propre initiative. C'est on en y'a un enfant on sent qu'a va être difficile parce que il... il pleure euh voilà pour la glycémie par exemple on a un bilan à lui faire donc euh on sait que c'est un peu plus traumatisant donc euh de nous mêmes on va mettre en place ça quoi. Avec les moyens du bord quoi. - C'est pas forcément formalisé en fait. - Non pas du tout - Vous allez avoir une séance de... pas Kiné là pour le coup ce s'rait hypnoanalgésie. - Non, c'est pas formalisé du tout, c'est vraiment ponctuel si ça... si on sent que le soin va être difficile et on... on parle pas forcément d'hypnoanalgésie à l'enfant bon voilà on aborde les choses pas... pas de façon formelle ouais. Tout à fait.

Annexe III-4

QUESTION 4	IDE 1-Ad	IDE 2-Ad	IDE 3-Enf	IDE 4 -Enf
- Depuis que vous p r a t i q u e z l'hypnoanalgesie avez-vous observé des modifications dans l'anxiété éprouvée par les patients et est-ce que vous pouvez me donner des exemples ?	- Alors oui, l'image ici marche très bien dans le sens où comme je venais de te le dire en fait tu les emmène ailleurs c'est un moment qu'ils ont pas envie de passer, c'est pas un moment qu'ils veulent donc il se raccrochent à ça et forcément ça va marcher En plus moi j'leur fais faire des exercices de respiration au départ de l'hypnoanalgesie pour qui se calent un peu sur... moi je me cale sur sur leur respiration, ma voix descend et du coup sont... et je me mets un peu en sympiose avec le patient c'est-à dire que je me rapproche de lui, des fois mes bras l'entourent et finalement je lui parle doucement mais presque à côté de son oreille parce que c'est... et du coup au fur et à mesure ils se détendent et moi j'ai vu que au fur et à mesure les patients se détendent beaucoup plus, d'ailleurs les médecins ils font le geste souvent du premier coup et au départ l'anecdote qui me vient maintenant c'est aussi par rapport aux médecins qui étaient complètement réfractaires à cette démarche là et aux yeux mais comme on avait été formé on faisait que lui dire si si on allait souvent avec lui et ben rien que lui il a vu la différence sans et avec et après chaque ponction lombaire il ne parlait plus sans une infirmière qui fasse aussi de l'hypnoanalgesie alors donc ça a changé au niveau des... médicale, des médecins qui eux font le geste et les patients oui il ont envie d'être ailleurs et ils se laissent embarquer	- on a vu que c'était quand même très efficace pour beaucoup de patients alors pas toujours parce qu'il y a des patients qui adhèrent plus ou moins, des fois des patients avec des troubles cognitifs un peu plus important on sait que des fois ça peut pas fonctionner mais pour certains j'ai vu quand même une grosse différence alors y'a la séance vraiment d'hypnoanalgesie où on arrive à vraiment faire le patient déconnecter où là ben le patient nous dit « ben j'ai rien senti hein » mais c'est vraiment hein... Et même si c'est pas une séance vraiment structurée d'hypnoanalgesie mais ne serait-ce rien que le fait d'faire concentrer sur la respiration ou de le faire discuter aussi on peut faire un peu d'hypnoanalgesie(hypnose conversationnelle ndlr) mais on voit en détournant l'esprit du geste quoi mais sans le faire partir on voit que ça peut fonctionner aussi et que du coup le patient il est moins centré sur sa douleur il pense moins, il est un peu déconnecté et du coup... et on a très souvent après des patients qui nous disent j'm'étais fait tout un monde où je m'étais imaginé et en fait non ça s'est bien passé et... j'ai eu l'occasion d'intervenir en dermato pour pour faire une séance d'hypnoanalgesie sur une jeune femme qui devait avoir des traitements par luminothérapie alors la première tout de suite ça avait pas fonctionné, elle avait eu trop mal, deuxième fois ça avait fonctionné un petit peu, et la troisième fois ça avait été vraiment... très efficace et la dernière séance en fait elle avait rien senti du tout, elle nous avait dit ah mais ça y est mais vous l'avez fait ? Et c'était vraiment euh, là on avait vraiment vu l'efficacité hein.	- c'est clair que euh un soin devient non douloureux. nous dit qu'il a pas eu mal. on va utiliser l'hypnoanalgesie dans l'histoire par exemple mais ça peut être aussi ... Stromae ... sur Youtube, j'ai disais que son dos me servait de TamTam... j' regardais c'que fsait l'médecin donc au moment où elle était piquée, moi je tapais sur son dos, j'faisais d'la batterie sur son dos et j'ai disais ouais, c'est bon, on danse enfin voilà, et à la fin elle a pas eu mal du tout. Un autre exemple le gamin voulait pas qu'on l'pique donc on l'a préparé etc, et lui voulait partir en plongée et il était impliquable... on l'a piqué 7 fois. On s'est relayé avec J pour piquer et dans l'hypnose, au bout d'un moment J a piqué 4 fois elle m'a dit j'peux plus donc j'ai dit au gamin que ma bouteille était vide que j'montais et que c'est J qui le rejoignant au fond, bon J a pris le relais, j'ai piqué 3 fois, j'ai eu au bout d'la troisième fois et il s'est réveillé il a rien dit puis il a rien dit. L'après-midi y m'dit oh ben si y faut m'repiquer ce s'rait bien comme ça, donc j'ai été voir J j'ai fait Yessssss ! Hi hi hi et puis euh plusieurs jours après y'avait des gamins que j'avais piqué qui m'disaient oh on a peur et là il a été les voir en leur disant t'inquiète pas parce que ici on nous a du 1er coup... voilà donc il a même pas senti qu'on l'avait piqué 7 fois quoi. - Super - Donc c'est vraiment efficace.	- Euh oui y'a quand même une grande différence, le soin peut vraiment beaucoup mieux se passer pour l'enfant euh c'est-à-dire au bout d'un moment... avant l'hypnoanalgesie, on arrivait à un stade où soit le soin on arrêtait de le faire, on le faisait pas parce que l'enfant hurle soit on le tiens quoi, on tient l'enfant et c'est insupportable pour l'enfant.... c'est traumatisant pour lui et pour nous c'est insupportable aussi parce que tu te demandes pourquoi tu fais ce métier quoi. Et par rapport à ça y'a vraiment des... une différence flagrante quoi. Après ça marche pas à tous les coups non plus c'est pas euh c'est pas une technique révolutionnaire, on fait ça, y'a un résultat mais... mais vraiment ça donne des outils, ça donne des outils à... au soin quoi. Euh l'enfant par exemple va... va beaucoup moins pleurer il va beaucoup moins être dans le refus il va se laisser aller à des jeux Et même pour nous en fait j'allais dire le soin se passe mieux quoi, il y a l'enfant mais même pour nous c'est moins pénible C'est à dire que.. quand on le fait avec Carole, on part un peu dans un... parce qu'en fait tu pars un peu dans un délire et euh... et tout est plus léger quoi. L'ambiance est plus légère entre soignants et avec l'enfant fin voilà tout se ressent quoi.

Annexe III-5

QUESTION 5	IDE 1-Ad	IDE 2-Ad	IDE 3-Enf	IDE 4 -Enf
- Qu'apporte l'hypnoalgésie dans votre pratique infirmière ?	- Alors à la base, l'hypnoalgésie était essentiellement dans la ponction lombaire et au fur et à mesure de ma formation je l'ai développée pour pas mal de gestes dits invasifs comme la pause de cathéter, pose de porte à cath ou j'ai développé une autre... un autre versant d'hypnoalgésie, l'hypnose conversationnelle c'est-à-dire que il y a beaucoup de patients, des chroniques, ils savent qu'ils vont avoir une pause de cathéter, donc les premiers ça peut très bien se passer et quand ils reviennent tous les mois depuis 3/4 ans ils en ont un petit peu marre et le fait de parler d'autres choses, l'hypnose conversationnelle, c'est à dire les amener ailleurs, leur poser plein de questions... comme les saturer d'information pour que ils se dissocient de ce qui est en train de se passer immédiatement là et ça ça marche très bien aussi et moi je me suis beaucoup plus développé dans cette hypnose conversationnelle parce que au final des ponctions lombaires où il y en a dans le service mais des soins comme pause de cathéter, injection au porte à cath, mettre l'aiguille de Huber on en fait encore davantage que la ponction lombaire donc moi je suis beaucoup plus développé dans l'hypnose conversationnelle Mais en fait ça vient comme ça : On parle d'un sujet, ça peut être les enfants ça peut être n'importe quoi et en fait il faut savoir saisir le la moindre petite chose qu'ils vont te dire quand tu arrives dans la chambre et tu parles tu parles tu parles Y'en a plein qui disent ah ? C'est déjà fini ? Et bé oui c'est fini. Est-ce que vous avez ressenti quelque chose ? Ben non et c'est déjà fait ? Ben oui et ça c'est super. Donc après j'ai pensé que ça peut être développé pour plein d'autres soins, pas forcément tu vois, ponction lombaire ou cathéter ou... Je pense par exemple des pansements chez les brûlés tu vois voilà, les soins d'escarre qui peuvent être douloureux plein de choses comme ça. Plus les patients sont jeunes aussi plus tu peux faire sur le ton de l'humour - Et du coup qu'est-ce que ça apporte sur la pratique ? - Ben c'est un plus quand même dans le sens où... où tu as ton geste technique, tu as ta relation avec le patient, et y'a ce petit truc en plus qui fait que le soin va... va bien s'passer. Mais je pense que ça on l'a tous... plus ou moins chaque infirmier l'a plus ou moins ce... c'est que j'ai disais cette conversation, hypnose conversationnelle après j'en ai pris vraiment conscience pendant la formation on disait mais on en fait déjà et c'est ça en fait l'hypnose conversationnelle en fait voilà c'est poser des mots sur ce que moi je faisais J'ai pas tout appris en allant faire cette formation j'ai pris conscience que déjà nous en tant que soignant... hé bé euh pour soulager un petit peu les patients on était capable de développer plein de choses notamment celles là. Donc forcément c'est un plus +	- Qu'est-ce que ça apporte ? Moi ma formation elle m'a apporté bon déjà de pouvoir la mettre en place comme ça sur des soins avec vraiment des séances d'hypnoalgésie structurées, mais même même au quotidien, j'aurais, une façon de parler aussi, peut-être des termes, j'emploie plus les mêmes termes que j'employais avant, c'est parce qu'on a, à toutes, dans la formation y'a toute on, on nous fait toute une partie sur le vocabulaire sur c'est qu'on doit pas, voilà, ne plus dire ben allez j'vous pique quoi ! Des petites choses toutes bêtes mais qu'avant on pensait pas forcément parce que c'était un peu une habitude et ça au quotidien même sans faire vraiment des séances d'hypnoalgésie structurées, y'a plein de petites choses qu'on peut mettre en place. Essayer aussi de faire de l'occupationnel mais de discuter rien que même pendant une pause... pendant une prise de sang, une pause de perfusion, d'essayer de discuter avec les patients, de les faire penser autre chose si on sent qu'il est stressé, de l'apaiser, de dire de bien se concentrer sur sa respiration, donc y'a plein de petites choses au quotidien ouah qui ont changé j'ai trouvé que ça... c'est plutôt efficace, c'est bien... c'est plutôt bien.	- Du confort. Du confort et j'trouve que ça enlève du stress. En fait de savoir que on va limiter la douleur c'est extrêmement confortable et j'trouve que ça, c'est valorisant déjà, et ça enlève le stress qu'on peut avoir avec la peur de faire mal. Donc là on sait que de toute façon, on va, en tout cas limiter la douleur, voir pas de douleur du tout donc c'est, c'est très valorisant. Très.	- Ben ça facilite le soin, ça enrichit nos pratiques au niveau du soin, c'est beaucoup plus facile, beaucoup plus... beaucoup moins lourd pour l'enfant C'est... c'est quand même, c'est assez flagrant. Après euh... ça amène aussi une réflexion sur nos pratiques... ça ouvre... sur nos pratiques jusqu'à présent aussi fin sans analgésie, sans hypnoalgésie... En fait c'est vraiment tout bête, c'est des petits trucs tout bêtes qui, qui te font avancer dans ta pratique quoi et ça euh... rien que pour ça je... fin c'est, c'est super d'avoir fait cette formation d'ailleurs j'aimerais bien en faire plus, mais voilà, des petits trucs qui permettent de... de faciliter le soin, que les choses se passent plus.. plus légèrement quoi. Alors que... avec plus de légèreté alors que c'est quand même pénible et euh voilà.

Annexe III-6

QUESTION 6	IDE 1-Ad	IDE 2-Ad	IDE 3-Enf	IDE 4 -Enf
- Si cette technique était enseignée à l'IFSI en quoi cela contribuerait-il au parcours de l'étudiant ?	- Alors déjà, enseigner je pense que ça pourrait pas être style un cours sur l'hypnoanalgésie, je pense qu'il faudrait le pratiquer. Oui on peut vous dire plein de choses sur l'hypnoanalgésie c'est ça, ça et ça, mais en fait comment te dire c'est quelque chose qu'il faut aussi vivre parce que pendant la formation nous on est amené donc euh à faire... à l'IFH on nous donnait plusieurs aspects pour aborder une bonne hypnose ou euh hypnoanalgésie Après toi tu prends ce que toi c'est qui te conviens le mieux et en même temps toi aussi tu peux être mis dans un état d'hypnose et c'est intéressant aussi de savoir ce... comment le patient peut vivre les choses moi c'est une formation qui m'a beaucoup apporté, qui quand même touchée c'est-à-dire que à des moments tu vas partir à des endroits et à des choses de ton... je me rappelle notamment une collègue avec qui j'avais fait ça qui m'disait moi ça m'a fait remonter des sentiments qu'il y'avais enfouis comme le décès de ma mère c'est... y'a un gros travail quand même sur le soignant. il faut aussi le vivre, avoir les bonnes méthodes et on nous apprend tout ça en fait donc oui ce serait un + pour l'étudiant parce que il peut mettre après en pratique des choses auprès des patients et aussi par rapport à sa vie après de tous les jours en fait Parce que oui tu as le versant hypnoanalgésie, mais tu peux aussi toi aussi... on t'apprend pendant la formation à te mettre en auto-hypnose et voilà donc après oui, y'a des, y'a des répercussions donc ce serait bien que ce soit enseigné à l'IFSI	- En quoi cela contribuerait-il ?... Au parcours... C'est-à-dire je comprend pas trop la question, pourquoi euh - Si l'hypnoanalgésie était enseignée à l'IFSI... - Ouah - Qu'est-ce que cela apporterait au... à l'étudiant. - Ben j pense que ça apporterait déjà peut-être une façon comme je viens de l'expliquer, p'tête une façon de voir un petit peu les choses différemment dans la pratique des soins au quotidien et euh, j pense qu'on pourrait avoir, alors peut-être pas vraiment une formation entière mais au moins une approche d'hypnoanal... je sais pas si vous en avez euh dans l'programme à l'IFSI mais je pense qu'une approche avec quelques p'tites bases notamment sur le vocabulaire, sur 2/3 méthodes de relaxation voilà sur euh j pense que ça pourrait vraiment jouer euh au niveau de la prise en charge des patients, sur la pratique des soins hein.	- Ben déjà c'est un enrichissement personnel... en parlant égoïstement. Parce que ça enlève le stress aussi, parce que si effectivement un étudiant infirmier peut pratiquer l'hypnoanalgésie alors qu'il est pas sûr de pouvoir bien piquer etc, ou que quelq'un fait de l'hypnoanalgésie pendant qu'il pique ça enlève le stress du praticien.	- Ah ben... ça donnerait euh du moins, une première approche assez technique euh... qui permette de pratiquer les soins humainement, pas technique bon, on apprend, on apprend le soin, la prise de sang « technique » ça il faut le savoir mais ça s'rait voilà une première approche dans ce domaine pour que les gens sentent ça, c'est vraiment du ressenti et en même temps c'est une technique, c'est, c'est vraiment particulier quoi, parce que c'est tout bête intellectuellement je connaissais cette technique je me disais oui c'est super et tout, on essaie de le faire mais, mais, avec cette formation, ça donne des trucs concrets, des p'tits trucs quoi et du coup ça te permet de, de te libérer et si des étudiants... moi j'trouve ça une super idée, si les étudiants pouvaient avoir une première approche je dis pas passer de tous les paliers mais... ça leur amènerait ouais, une humanité et, et une technique, ça reste une technique.

Annexe III-7

QUESTION 7	IDE 1-Ad	IDE 2-Ad	IDE 3-Enf	IDE 4 -Enf
- Est-ce que vous souhaitez ajouter quelque chose ?	- Non, je crois qu'il dit plein de choses ! - Super, merci !	- J'avais juste envie de dire que l'hypnalgésie c'est... alors bien sûr là c'est plus important dans la pratique et tout mais même au quotidien je trouve, même dans notre vie personnelle ça peut être euh, ça peut être on peut l'utiliser en fait, des petites choses aussi même avec... moi je l'ai utilisé avec mes enfants, j'ai util moi je trouve que, alors c'est très bien dans le travail et vraiment j'ai vu une différence mais au quotidien j'trouve que ça a apporté aussi beaucoup et c'est... c'est bien. Voilà. - Super merci beaucoup.	- Non. Non après l'hypnalgésie c'est pas non plus que les mots hein, ça peut être les gestes aussi, la bataille de pouces par exemple ça marche très très bien. Euh le toucher euh jouer euh 'fin tout ça c'est pas que des mots hein c'est vraiment aussi, les gestes, s'mettre des trucs dans le ch'veux qui bougent pour un bébé, les bulles de savon 'fin voilà. C'est tout. - Merci beaucoup - 'fin en tout cas si t'a la possibilité d'apprendre ces techniques c'est génial. Alors après on peut le faire aussi pour enlever des angoisses... On a eu on a une gamine là qui avait été opérée d'une tumeur au cerveau et qui avait des douleurs. Donc avec elle j'employais le gant magique, et ben le gant magique il marchait super bien, au départ tu l'induis... elle l'enfile et puis elle va ramener sa main sur l'endroit où elle a mal. Donc sur la tête et là le gant ben il absorbe toutes les douleurs. Et puis quand c'est fini ben la main revient le long du corps, elle enlève le gant, elle le range dans un petit coin d'sa tête et elle pourra s'en resservir quand elle veut. Et ben la gamine en 5 minutes elle passait de 8 à 2 en EVA. Et elle l'utilisait toute seule après, elle faisait de l'auto hypnose Après t'a plein de choses t'a le gant magique, mais tu peux faire la boule qui s'ballade, qui absorbe qui revient dans la main c'est drôle ça aussi. En tout cas en pédiatrie c'est vraiment... c'est vraiment un plus quoi. - Merci.	- Que euh c'est quand même assez difficile à, à pratiquer. Ca reste quelque chose qu'il faut pratiquer souvent Il faut maîtriser le soins techniquement pour pouvoir en tout cas pour moi, pour pouvoir se concentrer sur l'hypnose en fait, parce que ça te demande quand même une concentration et une certaine ré... même si on le voit pas forcément quand, quand on peut nous observer mais y'a un certain, un certain cheminement et pour cela ouais faut quand même bien connaître sa technique... pour après pratiquer... Pis en fait il faut aussi il faut s'lâcher c'est-à-dire c'est pas forcément évident parce que on est souvent en groupe, il faut vraiment se se foutre un peu de ce que l'autre va penser quoi. Mais par contre quand t'arrives à ce stade c'est vraiment c'est très très bien ça pour les enfants... pour les parents aussi ça les détend, donc... à faire ! - Super Merci beaucoup ! Interruption - C'est vraiment des petits trucs qui te permettent de, de, de décaler des situations, voilà tout simplement (...) Mais franchement ce qui est bien c'est de le faire à plusieurs. Ouah parce que c'est pas forcément évident quand même de, après ça dépend de l'âge, y'a des techniques en fonction de l'âge. t'as des.. A un ado tu vas pas l'faire la même chose qu'un enfant de 7 ans. Mais euh, c'est bien, c'est bien, bon sujet.

Le Soin, c'est l'infirmier(ère)

Apport de l'hypnoalgésie à la posture professionnelle

Résumé :

Nombre de soins ou d'examens très importants peinent à être réalisés à cause de l'anxiété éprouvée par les patients et peuvent même devenir traumatisants. L'hypnoalgésie qui est une forme d'hypnose médicale est pourtant depuis plusieurs années pratiquée pour accompagner les patients dans la réduction de l'anxiété anticipée des soins douloureux. L'Institut Français d'Hypnose qui forme les soignants à cette technique indique que cet outil est à la fois efficace sur les enfants comme sur les adultes mais également qu'il apporte beaucoup aux personnels formés. C'est la raison pour laquelle je me suis interrogé sur l'apport de l'hypnoalgésie à la posture professionnelle de l'infirmière.

Pour cela j'ai conduit quatre entretiens auprès d'infirmières formées à l'hypnoalgésie dans un hôpital public qui accueille des adultes et dans un institut pédiatrique privé.

Après avoir confirmé auprès d'elles qu'une minoration du vécu douloureux intervient lors de la mise en pratique de l'hypnoalgésie, les infirmières assurent travailler de manière plus humaine et plus efficace avec les patients, avec un sentiment de valorisation de leur posture.

Cette recherche a validé mon projet de me former plus tard à l'hypnoalgésie qui participe pour moi à la construction de l'identité professionnelle de l'infirmière.

Mots clefs : Douleur, Douleur induite par les soins, Traitement non médicamenteux, Hypnose, Hypnoalgésie, Hypnose conversationnelle, Compétences, Identité, Posture professionnelle.

The nurse is the Care

The contribution of Hypnoanalgesia to professional posture

Abstract :

Number of treatment and very important exams are struggling to be made because of experienced patient's anxiety. They may even become traumatic. Hypnoanalgesia, a form of medical hypnosis, has been used for several years to support patients in reducing anticipatory anxiety of painful care. The French Hypnosis Institute which forms caregivers to this technique, points out the efficiency of this tool for both adults and children and also what it brings to the trained staff. That's why I wondered about the contribution of hypnoanalgesia to nurses professional posture.

I conducted interviews with four hypnoanalgesia trained nurses in a public hospital with adult patients, and in a private pediatric institute.

After confirming with them a reduction of pain experience during the practice of hypnoanalgesia, nurses assure to work in a more humane and effective way with a sense of recognition of their posture.

This research has validated my project to follow hypnoanalgesia courses that participate for me in the construction of the professional identity of nurses.

Keywords : Pain, Pain induced by treatment, Non-drug treatment, Hypnosis, Hypnoanalgesia, Conversational hypnosis, Skills, Identity, Professional posture.