



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.  
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

# Hypnose et douleurs induites par les soins

Formateur référent mémoire : Mme. Catherine Dieu

LEPRETRE Nolwenn  
Formation infirmière  
Promotion 2018 – 2021  
Date : 10/05/2021



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE  
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS  
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**  
Pôle formation-certification-métier

## **Diplôme d'Etat d'infirmier(e)**

### **Travaux de fin d'études : Hypnose et douleur induite par les soins**

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 :  
« toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

***J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier(e) est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.***

***Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.***

**Le 10/05/2021**

***Identité et signature de l'étudiant :***

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1<sup>er</sup> : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

# Sommaire

## 1 - Introduction

## 2 - Cadre théorique

### 2. 1 – La communication, fondement de la relation soignant-soigné dans le prendre soin

#### 2. 1. 1 – La relation soignant-soigné

##### 2. 1. 1. 1 – La relation...

##### 2. 1. 1. 2 - ... Dans le contexte du soin

#### 2. 1. 2 – Qu'est-ce que la communication ?

##### 2. 1. 2. 1 – La communication dans la relation soignant-soigné

##### 2. 1. 2. 2 – La communication verbale et non-verbale

#### 2. 1. 3 – Prendre soin

##### 2. 1. 3. 1 – La démarche soignante, essence du prendre soin

##### 2. 1. 3. 1. 1 – De la relation de confiance...

##### 2. 1. 3. 1. 2 - ... A l'alliance thérapeutique

##### 2. 1. 3. 2 – Le prendre soin, une attention singulière portée à autrui

### 2. 2 – La douleur induite

#### 2. 2. 1 – Législation et douleur

#### 2. 2. 2 – Définition de la douleur induite

#### 2. 2. 3 – Physiopathologie de la douleur induite

#### 2. 2. 4 – Les composantes de la douleur

#### 2. 2. 5 – La mémoire de la douleur

#### 2. 2. 6 – Les facteurs d'influence de la douleur

#### 2. 2. 7 – L'impact de la douleur

#### 2. 2. 8 – L'évaluation de la douleur

#### 2. 2. 9 – La prévention et le traitement de la douleur ...

##### 2. 2. 9. 1 - ... Par les moyens antalgiques pharmacologiques

##### 2. 2. 9. 2 - ... Par les moyens antalgiques non médicamenteux

- 2. 3 – L'hypnose thérapeutique
  - 2. 3. 1 – Définition de l'hypnose
    - 2. 3. 1. 1 – Un phénomène naturel et spontané
    - 2. 3. 1. 2 – Un état de veille paradoxale
    - 2. 3. 1. 3 – Une relation et une communication soignant-soigné
  - 2. 3. 2 – Le contexte du soin, un facteur favorisant l'état de transe négative chez le patient
  - 2. 3. 3 – L'hypnose conversationnelle ou communication thérapeutique
    - 2. 3. 3. 1 – Le passage de la transe négative à la transe positive chez le patient
    - 2. 3. 3. 2 – Les procédés communicationnels
  - 2. 3. 4 – L'hypnose formelle
    - 2. 3. 4. 1 – Définition
    - 2. 3. 4. 2 – Hypnose = Motivation x Coopération x Confiance (H = MC2)
    - 2. 3. 4. 3 – Le processus hypnotique
      - 2. 3. 4. 3. 1 – La phase d'induction
      - 2. 3. 4. 3. 2 – La dissociation
      - 2. 3. 4. 3. 3 – La réassociation
  - 2. 3. 5 – L'action de l'hypnose dans le domaine de la douleur
    - 2. 3. 5. 1 – L'hypnoanalgésie, un outil supplémentaire dans la prise en charge de la douleur
    - 2. 3. 5. 2 – L'hypnoanalgésie à l'épreuve de la science
  - 2. 3. 6 – Les limites et les contre-indications en hypnose
  - 2. 3. 7 – Aspects législatifs
    - 2. 3. 7. 1 – Cadre législatif et réglementaire
    - 2. 3. 7. 2 – Aspects déontologiques et éthiques

### 3. Méthode du recueil de données

### 4. Analyse descriptive des entretiens

### 5. Discussion

### 6. Conclusion

### 7. Bibliographie

### 8. Annexes

*« Vous ne contrôlez pas le comportement d'une quelconque autre personne. Vous apprenez à le connaître, vous aidez les patients en l'utilisant, vous aidez les patients en les dirigeant de telle façon qu'ils rencontrent leurs besoins ; mais vous ne travaillez pas avec les patients pour atteindre vos propres buts. Le but est leur bien-être, et si vous réussissez à obtenir leur bien-être, vous touchez directement votre propre bien-être. »*

Milton Erickson (Conférence, Seattle en 1965)

*« Les mots sont les médicaments les plus efficaces utilisés par l'homme »*

Rudyard Kipling

## Remerciements

Je tiens à remercier les deux infirmières qui j'ai pu interroger d'avoir pris le temps de répondre à mes questions avec précision et professionnalisme.

Je tiens également à exprimer toute ma gratitude envers ma référente MIRSI, qui a su me guider tout au long de ce travail avec écoute et bienveillance.

## 1 – Introduction

Alors que le rôle de l'infirmière consiste à prévenir et soulager la douleur des patients, force est de constater que certains actes de soins induisent des douleurs. Face à ce paradoxe, l'infirmière est amenée à développer des compétences en vue de remplir pleinement son rôle de soignante. Au cours de ma formation en soins infirmiers, deux moyens non-pharmacologiques de prise en charge de la douleur ont particulièrement retenu mon attention : la communication thérapeutique dans un premier temps et l'hypnose thérapeutique par la suite. La lecture de l'article « Petit lexique de la communication thérapeutique » (Actusoins, 2019) m'a permis de prendre conscience du pouvoir des mots à soigner. J'ai ainsi pris connaissance de certains principes de communication thérapeutique comme l'importance d'utiliser des affirmations et un vocabulaire positif. Ces nouvelles notions m'ont notamment amenée à reconsidérer ma pratique langagière. En réalisant que la mention de la douleur favorisait cette dernière, je me suis dès lors employée à privilégier le terme de confort pendant mes échanges avec les patients. Certaines expressions proposées dans ce lexique me sont ainsi devenue familières au fil du temps. À la phrase : « attention je vous pique », je lui préfère par exemple celle-ci : « Inspirez profondément, je passe la peau ». Il m'est apparu que ces quelques outils de communication thérapeutique permettaient une meilleure « utilisation thérapeutique de soi » (Phaneuf, 2011). À la découverte de la communication thérapeutique s'ajoute celle de l'hypnose lors de mon stage du semestre 5 en service de chirurgie vasculaire. Le recours à cette pratique par une infirmière hypnopratricienne lors de la réfection de pansement d'une patiente douloureuse m'a permis de mesurer l'efficacité de l'outil hypnotique à soulager la douleur et à améliorer le confort de la personne soignée. Le travail de fin d'études m'offre l'opportunité d'approfondir mes connaissances sur l'hypnose thérapeutique dans la prise en charge de la douleur en vue d'améliorer la qualité du soin et ma pratique professionnelle.

La situation d'appel décrite ci-dessous relate mon premier contact avec l'outil hypnotique lors du soin de pansement évoqué précédemment. Lors de mon premier jour de stage à la consultation pansements vasculaires, Mme. Y. se présente avec son mari à la consultation pansements vasculaires pour la troisième fois en l'espace de 3 semaines. Cette patiente, âgée de 87 ans, a été initialement adressée par son médecin traitant pour un retard de cicatrisation de plaie à la jambe droite d'origine traumatique et apparue deux mois auparavant. Un doppler artériel et veineux a mis en évidence une sténose serrée de l'artère fémorale superficielle. Devant le tableau clinique de la patiente, le chirurgien suspecte une angiodermite nécrosante. Mme. B., infirmière de service ce jour, me propose de prendre en soin de manière autonome Mme. Y. La patiente a déjà été installée par la soignante et son pansement retiré. Je constate la présence d'une plaie bourgeonnante avec des zones de fibrine

plutôt adhérentes sur la face antéro-externe du mollet droit. Afin de prévenir la douleur induite par la réfection du pansement, je pulvérise sur la plaie de la patiente un anesthésique local (Xylocaïne<sup>®</sup>) dont l'efficacité maximale est atteinte au bout de 5 minutes. Avant de débiter la détersion mécanique de la plaie, je demande à la patiente de m'indiquer pendant le soin son niveau de confort. Dans le but de vérifier l'efficacité de l'anesthésique, j'informe Mme. Y. que je vais commencer par retirer délicatement la fibrine. En procédant ainsi, je demande à la patiente si la zone est bien « endormie ». Malgré avoir pris soin de respecter le délai d'action de l'anesthésique, Mme. Y. me fait savoir que le geste reste douloureux. J'arrête aussitôt mon action. Je reste un court instant interdite. Je n'ai pas le réflexe sur le moment de demander à la patiente si une prémédication a été prise au domicile ou donnée par l'infirmière. Je me sens démunie et impuissante face à la douleur de Mme. Y. Je persiste à vouloir remettre de l'anesthésique local sur la plaie. À peine mon action entreprise que l'infirmière, de retour, m'indique que je peux débiter la détersion. J'informe alors Mme. B. que la patiente est algique. C'est alors que l'infirmière propose à Mme. Y. de jouer à « comme si ». Dans ce contexte, il s'agit de provoquer une analgésie de la zone douloureuse au moyen d'une crème magique. D'abord perplexe et dubitative, cette dernière finit par accepter en écoutant les explications de la soignante : « Si c'est pour ne plus avoir mal, alors oui ! ». Mme B. laisse la patiente choisir le type de topique ainsi que sa couleur et sa température. L'infirmière masse le mollet de Mme. Y. en faisant comme si elle appliquait plusieurs couches de crème protectrice. Lorsque la soignante demande à Mme. Y. de comparer ses jambes, cette dernière s'exclame : « Mais je ne sens rien à l'endroit où vous passez votre main ! C'est magique ! Incroyable ! C'est de la blague ?! ». J'ai ainsi pu poursuivre mon soin sereinement, sans provoquer de douleur à la patiente.

Un certain nombre d'interrogations ont émergé à la suite de cette situation de soin :

- L'hypnose est-elle reconnue comme une méthode non-pharmacologique de prise en charge de la douleur ?
- L'efficacité de l'hypnose est-elle prouvée scientifiquement ?
- L'utilisation de l'hypnose est-elle adaptée à la pratique quotidienne de l'infirmière ?
- Quel est le rôle de l'hypnopraticien ?
- L'hypnose influence-t-elle le vécu du patient lors d'un soin douloureux ?
- L'hypnose permet-elle au patient de gérer la douleur induite par les soins ?
- L'hypnose permet-elle au patient d'être acteur de sa prise en soin ?
- L'hypnose présente-t-elle des limites et des contre-indications ?
- L'hypnose apporte-t-elle des bénéfices au patient et au soignant ?
- L'hypnose modifie-t-elle la relation soignant-soigné ?



- Quel est le mode d'action de l'hypnose ?
- Existe-t-il des préalables indispensables à l'utilisation de l'hypnose ?

Ces questionnements m'ont permis de dégager la question de départ provisoire de mon mémoire : En quoi l'utilisation de l'hypnose par l'infirmière permet-elle au patient de gérer sa douleur ?

Pour tenter de répondre à cette problématique, nous nous attacherons dans un premier temps à apporter un éclairage théorique sur trois thématiques principales : la communication comme fondement de la relation soignant-soigné dans le prendre soin, la douleur et l'hypnose thérapeutique. Dans un second temps, nous analyserons les entretiens de professionnels de terrain interrogés sur le sujet étudié. Dans un troisième temps, nous croiserons les points de vue de ces professionnels de santé avec les notions exploitées dans le cadre théorique. Enfin, nous terminerons ce travail par la formulation de la question de départ définitive avant de fournir une synthèse de la réflexion menée.

## 2 - Cadre théorique

### 2. 1 - La communication, fondement de la relation soignant-soigné dans le prendre soin

#### 2. 1. 1 - La relation soignant-soigné

##### 2. 1. 1. 1 - La relation ...

Du point de vue de la psychologie sociale, l'être humain est avant tout conçu comme un « être psychologique et social, c'est-à-dire marqué par les rapports qu'il entretient avec les autres » (Fischer, 1999, p. 4). En d'autres termes, « l'être humain, c'est de la relation » (Fischer, 1999, p. 4). Fisher (1999) appréhende ainsi la relation comme « une caractéristique de notre être en tant qu'il se définit comme lien à autrui » (p. 4). Le terme *relation* tire son origine du latin *relatio* qui signifie *rapport* (*Dictionnaire de l'Académie française*, 2019). *Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales* (2012) qualifie d'ailleurs la relation comme un « rapport qui lie des personnes entre elles, impliquant lien de dépendance, d'interdépendance ou d'influence réciproque ». Hartup (1988 cité par Formarier, 2007) apporte un nouvel éclairage sur ce terme en le distinguant notamment de l'interaction. En effet, les interactions se définissent selon l'auteur comme « des rencontres significatives entre individus, mais qui restent ponctuelles » tandis que « les relations sont une accumulation d'interactions entre individus qui durent et qui impliquent des attentes, des affects et des représentations spécifiques [...] s'inscrivant dans une continuité et un lien ; chaque interaction est affectée par les interactions passées et affecte à son tour les interactions futures » (p. 34). Dans leur définition de la relation, Manoukian et Massebeuf (2001) prennent en considération les caractéristiques propres aux personnes en

interaction. La relation est ainsi définie par les deux auteurs comme « une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires » (p. 9). Manoukian et Massebeuf (2001) ajoutent par ailleurs que d'autres facteurs interviennent dans l'établissement d'une relation :

- les facteurs psychologiques : principalement les valeurs personnelles, les représentations, les préjugés, les émotions, les désirs, les enjeux particuliers de cette communication, etc. ;
- les facteurs sociaux : l'appartenance à une catégorie professionnelle, à une classe d'âge, à une culture ainsi que les rôles et fonctions de chacun ;
- les facteurs physiques : les perceptions propres à chacun, l'aspect physique... (p. 9).

### 2. 1. 1. 2 - ... Dans le contexte du soin

Manoukian et Massebeuf (2001) affirment qu'« au-delà de la relation entre deux personnes, c'est son contexte qui permet à chacun de déduire un sens » (p. 9). Ainsi, la relation entre un soignant et un patient « révèle le fait que l'on est dans un cadre social particulier qui est celui du contexte hospitalier ou thérapeutique; et dans un tel contexte, les caractéristiques individuelles sont structurées, voire transformées par leur inscription et leur absorption dans un rôle : le rôle de malade, d'un côté, et celui de soignant, de l'autre » (Fischer, 1999, p. 9). Paillard (2018) définit le soignant comme une « personne qualifiée qui effectue des interventions de prévention, de traitement ou de réadaptation auprès d'une personne soignée, d'une population (santé publique) dans le champ éducatif et des moyens qui lui sont octroyés » (pp. 393-394). Quant au soigné, ce dernier peut être caractérisé comme « une personne en situation de besoin d'aide pour une durée plus ou moins déterminée. Elle ne parvient plus à exercer momentanément son autonomie, mentale ou physique, et peut ne plus être en mesure de décider pour elle-même. Envahie d'émotions, de facteurs stressants, la personne soignée perçoit des difficultés plus ou moins surmontables » (Paillard, 2018, p. 306).

Selon Manoukian et Massebeuf (2001), « les raisons ou objectifs des relations, dans le milieu hospitalier, sont majoritairement déterminés par les soins » (p. 7). Ces derniers apparaissent donc comme le lien relationnel qui unit le soignant et le patient dans la relation de soin.

Ainsi, la relation soignant-soigné peut se concevoir comme une « activité d'échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant, dans le cadre d'une communication verbale, non verbale (posture, regard, geste, disponibilité). Le soignant intervient en faveur d'une personne en joignant ses efforts aux siens, dans le but de faire favoriser un soin, un dialogue mature, une prise de conscience » (Paillard, 2018, p. 348).

### 2. 1. 2 – Qu'est-ce que la communication ?

### 2. 1. 2. 1 - La communication dans la relation soignant-soigné

Étymologiquement, le terme *communication* est issu du latin *communicare* qui signifie *mettre en commun, communiquer et être en relation avec* (*Dictionnaire de l'Académie française*, 2019). Pour Phaneuf (2011), la communication permet d'« entrer en contact avec une ou plusieurs personnes pour leur transmettre un message ou en recevoir un de leur part ou, de manière plus significative, pour créer une relation avec elles » (p. 59). La communication apparaît dès lors comme « un moyen à travers lequel des relations se construisent et se développent » (Fischer, 1999, p. 4). Ainsi, comme le relève Phaneuf (2011), la communication se situe « à la base de tous les rapports humains » (p. 3) et trouve naturellement sa place « au cœur de la relation entre le soignant et le soigné, au cœur du soin » (Célestin-Lhopiteau & Wanquet-Thibault, 2018, p. 36). Phaneuf (2011) qualifie d'ailleurs la communication de « pierre angulaire de la relation avec la personne soignée » (p. 2), soulignant ainsi son importance fondamentale dans les soins infirmiers. L'auteure avance en effet l'idée que de la qualité de la communication dépend la qualité de la relation.

### 2. 1. 2. 2 - La communication verbale et non-verbale

Soigner sa communication représente un enjeu d'autant plus important que la communication est un processus incontournable (Phaneuf, 2011). Pour expliciter son propos, Phaneuf (2011) nous fait remarquer que « même sans parler, nous émettons des significations très fortes par ce que nous sommes et par notre agir » (p. 5). L'auteure distingue ainsi deux niveaux d'échanges inhérents à toute communication : « un échange verbal informatif, au contenu cognitif ; c'est le « quoi » du message » et « une partie affective, révélée ou cachée par le comportement non-verbal, c'est-à-dire par la manière d'être de la personne ; c'est le comment du message » (p. 60). Deux modes de communication peuvent ainsi être mis en évidence, à savoir la communication verbale et la communication non-verbale. « Ces deux types de communication sont indissociables et s'influencent l'un l'autre, renforçant ou discréditant le sens du message » (Célestin-Lhopiteau & Wanquet-Thibault, 2018, p. 51). Le contenu verbal de la communication fondé sur la parole, autrement dit le choix des mots utilisés et leur agencement, s'apparente à la communication verbale (Phaneuf, 2011). Quant à la communication non verbale, Phaneuf (2011) la définit comme « un échange sans mots. La chair pense, et le corps parle, même lorsque la bouche se tait » (p. 72). Plus précisément, le langage non verbal concerne la distance physique, l'expression faciale, le regard, la gestuelle, la posture, l'apparence ou encore le contact physique. À cela s'ajoutent la voix et la respiration, ainsi que les odeurs (Phaneuf, 2011).

### 2. 1. 3 - Prendre soin

#### 2. 1. 3. 1 - La démarche soignante, essence du prendre soin

Par la notion de démarche soignante, Hesbeen (1997) entend « la capacité de se mouvoir, de se porter vers autrui en vue de marcher avec lui » (p. 9). La rencontre avec la personne soignée et son accompagnement « sur le chemin particulier de vie qui est le sien » apparaissent dès lors comme les fondements de cette démarche (Hesbeen, 1997, p. 98).

#### 2. 1. 3. 1. 1 - De la relation de confiance ...

Tout l'enjeu de cette rencontre consiste pour le soignant à « tisser des liens de confiance avec la personne soignée » (Hesbeen, 1997, p. 98) afin de créer des liens privilégiés et d'instaurer par là même une relation signifiante. L'effet thérapeutique escompté pour le patient de sa rencontre avec le soignant et de son accompagnement par ce dernier est en effet étroitement lié aux capacités du soignant à instaurer un climat de confiance (Hesbeen, 1997). Le terme *confiance* est défini par le *Dictionnaire de l'Académie française* (2019) comme une « espérance ferme que l'on place en quelqu'un, en quelque chose, certitude de la loyauté d'autrui ». Dans les soins infirmiers, Phaneuf (2011) qualifie la confiance de « sentiment de sécurité, d'assurance et même d'espérance de bons soins que suscite la soignante attentive, responsable, capable de bien s'occuper du client [patient] » (p. 149). L'auteure affirme par ailleurs que « le développement de la confiance n'est pas instantané, il s'agit plutôt d'un processus lent et continu que l'infirmière doit entretenir tout au long de sa relation » (Phaneuf, 2011 citée par Paillard, 2018, p. 346). Pour y parvenir, Hesbeen (1997) identifie huit éléments essentiels à l'établissement d'une relation de confiance dans les soins que sont la chaleur, l'écoute, la disponibilité, la simplicité, l'authenticité, la compassion, l'humour et l'humilité du soignant. L'auteur reconnaît également la place des compétences professionnelles scientifique et technique de l'infirmière dans l'instauration de la relation de confiance en précisant qu'elles « s'insinuent dans ces huit éléments sans pouvoir s'y substituer » (p. 101). En plus de l'écoute, Carillo (2013) mentionne l'importance pour le soignant de l'observation pour mieux connaître le patient et ainsi créer une relation singulière propice à la confiance. Phaneuf (2011) considère d'ailleurs que dans les « soins infirmiers, observer n'est pas simplement s'attacher à ce que l'on voit, c'est pénétrer beaucoup plus profondément la réalité qui se trouve sous nos yeux afin de la comprendre » (p. 28). Pour Phaneuf (2011), la compétence relationnelle de l'infirmière lui permet de « s'ouvrir à l'expérience, aux paroles, aux besoins et aux désirs de l'autre pour les comprendre et y répondre » (p. 23). Les qualités et habiletés relationnelles du soignant sont donc autant de vecteurs de confiance contribuant à créer une relation de qualité entre le soignant et le patient. Cette relation soignante, qui permet l'instauration de véritables rapports humains entre le soignant et le patient, apparaît dès lors comme une « ouverture à la sollicitude » et un « chemin vers l'autre » (Phaneuf, 2011, p. 176).

#### 2. 1. 3. 1. 2 - ... A l'alliance thérapeutique

L'instauration d'une relation de confiance constitue pour le soignant un préalable indispensable à l'accompagnement du patient sur son chemin de vie (Hesbeen, 1997). Par la notion d'accompagnement, Hesbeen (1997) désigne la volonté pour le soignant et le patient de « cheminer ensemble » en construisant un projet de soin permettant au soignant « d'identifier avec elle [personne soignée] un horizon vers lequel elle souhaite progresser » (p. 99). Plus précisément, la mission de l'infirmière consiste à « aborder avec la personne les différentes possibilités qui s'offrent à elle, à l'éclairer et parfois l'aider à opérer un choix pertinent pour elle » (p. 11). Pour ce faire, il importe au soignant de s'adapter à la personne soignée en tenant compte de la « personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle » (Art. R. 4311-2 du Code de la santé publique). Le projet de soin repose sur une alliance thérapeutique, elle-même basée sur la relation de confiance préalablement établie entre le soignant et le patient. Phaneuf (2011) définit l'alliance thérapeutique comme « un accord tacite bilatéral, en quelque sorte d'un pacte, impliquant le client [patient] et la soignante dans une union d'efforts, de partage d'objectifs thérapeutiques, tendant vers la prévention des complications et l'amélioration de l'état du client [patient] » (p. 151).

### 2. 1. 3. 2 - Le prendre soin, une attention singulière portée à autrui

La démarche soignante est donc l'essence même du prendre soin défini par Hesbeen (1997) comme le fait de « porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce, dans la perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé » (p. 8). Pour Paris (2010), « le concept de prendre soin ajoute au verbe soigner une dimension de vigilance particulière et d'attention à l'autre, en vue de lui venir en aide » (p. 14). Hesbeen (1997) précise en effet que l'on peut « effectuer une tâche ou poser un acte avec soin mais sans nullement prendre soin de la personne « sur laquelle » on intervient car l'attention est centrée sur l'acte posé » (p. 9). L'auteur en vient ainsi à distinguer le soin des soins. Hesbeen rapporte donc aux soins « les actes par lesquels on soigne, par lesquels on entretient le corps aux différentes étapes de la vie » (p. 9) et désigne par le terme *soin* au singulier le souci de la personne soignée et l'attention toute particulière portée à son égard. Ainsi, « le soin apporté aux soins est une des idées au fondement de la notion de « prendre soin » (Michaux, 2018, p. 25). En ce sens, le concept de prendre soin renvoie au « cœur du métier de soignant, c'est-à-dire exercer avec soin, soigner en humanité, prendre soin, avoir soin de l'autre, travailler dans le souci de l'autre [...] venir en aide sans conditions » (Michaux, 2018, p. 23).

## 2. 2 – La douleur induite par les soins

### 2. 2. 1 – Législation et douleur

Depuis les années 1990, l'engagement des pouvoirs publics en faveur de l'amélioration de la prise en

soin des patients douloureux s'est traduit par des avancées considérables en matière de lutte contre la douleur (Wanquet-Thibault, 2015).

La charte de la personne hospitalisée met en avant les obligations des établissements de santé dans la prise en charge de la douleur en mentionnant que :

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. Tout établissement doit se doter des moyens propres à organiser la prise en charge de la douleur des personnes qu'il accueille (circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée).

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne. L'article L.1110-5 du Code de la santé publique stipule en effet que « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée ».

Depuis 1998, trois plans nationaux de lutte contre la douleur ont permis d'orienter les politiques publiques dans l'amélioration de sa prise en charge. Le dernier en date (2006-2010) visait 4 objectifs prioritaires :

- l'amélioration de la prise en charge des personnes les plus vulnérables (enfants, personnes âgées et en fin de vie) ;
- la formation renforcée des professionnels de santé ;
- une meilleure utilisation des traitements médicamenteux et des méthodes non pharmacologiques ;
- la structuration de la filière de soins.

Un certain nombre d'articles du Code de la santé publique soulignent l'implication et la responsabilité de l'infirmière dans la prise en soin des patients douloureux :

Art. R. 4311-2 – Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs [...] ont pour objet : 5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes

Art. 4311-5 – Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la

personne et de son environnement [...] : 19° [...] évaluation de la douleur

Art. R. 4311-8 – L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.

Art. R. 4312-19 - En toutes circonstances, l'infirmier s'efforce, par son action professionnelle, de soulager les souffrances du patient par des moyens appropriés à son état et l'accompagne moralement. L'infirmier a le 8 devoir, dans le cadre de ses compétences propres et sur prescription médicale ou dans le cadre d'un protocole thérapeutique, de dispenser des soins visant à soulager la douleur.

### 2. 2. 2 – Définition de la douleur induite

La douleur correspond à « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en lien avec un dommage tissulaire réel ou potentiel ou décrit en ces termes d'un tel dommage » (International Association for the Study of Pain, 1979 citée par Wanquet-Thibault, 2015, p. 1). Certains actes soignants sont susceptibles de provoquer des douleurs chez les patients. Parmi ces douleurs liées aux soins, Wanquet-Thibault (2015) relève la douleur induite. Cette dernière est décrite par Boureau (2010) 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 des mesures adaptées » (p. 9). Cette définition est nuancée par la notion de temporalité apportée par Wanquet-Thibault (2015). L'auteure considère en effet que « si pour le soignant le soin réalisé est souvent de courte durée, pour la personne soignée, l'accumulation et la répétition des soins ainsi que les douleurs d'intensité plus ou moins variable qu'ils provoquent peuvent générer une douleur quasi permanente, d'intensité parfois majeure » (p. 2). Wanquet-Thibault précise également que la douleur induite concerne plus généralement les actes réalisés par « l'ensemble des membres du personnel intervenant auprès des malades ou des personnes soignées » (p. 2) et pas seulement ceux effectués par les médecins. Fletcher (2010) ajoute quant à lui que la douleur induite « comprend la douleur post-opératoire ainsi que toutes les douleurs induites par les soins » (p. 11).

### 2. 2. 3 – Physiopathologie de la douleur induite

Selon Wanquet-Thibault (2015), les douleurs induites entraînent le plus souvent des douleurs aiguës par excès de nociception. L'auteure explique que les douleurs par excès de nociception sont la conséquence de lésions des tissus périphériques. Ces dégâts tissulaires provoquent dès lors un excès de stimulations des récepteurs périphériques de la douleur, les nocicepteurs. Pour Muller et Schwetta (2004), la douleur aiguë est considérée comme « un symptôme qui a pour finalité biologique la préservation de l'intégrité de l'organisme » (p. 24).

#### 2. 2. 4 - Les composantes de la douleur

Muller et Schwetta (2004) affirment que toute douleur est constituée de quatre composantes :

- La composante sensori-discriminative « correspond aux aspects qualitatifs et quantitatifs de la sensation douloureuse » permettant d'identifier « ce que sent le patient » (p. 21).
- La composante affectivo-émotionnelle « correspond aux aspects désagréables et pénibles de la douleur », autrement dit « à la façon dont le patient la ressent » (p. 21).
- La composante cognitive « correspond aux processus mentaux mis en jeu par la douleur », c'est-à-dire « à la signification, consciente ou non, qu'y accorde le patient ». Cette composante est « dépendante de facteurs socio-culturels ainsi que de l'histoire personnelle et familiale du patient » (p. 22).
- La composante comportementale « correspond à l'ensemble des manifestations de la douleur, conscientes ou non », à savoir les réactions neuro-endocriniennes et neuro-végétatives, ainsi que les manifestations non verbales et verbales (p. 22).

#### 2. 2. 5 - La mémoire de la douleur

Wanquet-Thibault (2015) affirme que « les traces mnésiques existent pour l'ensemble des événements vécus par un individu » (p. 6). L'auteure distingue la mémoire implicite de la mémoire explicite. « Les souvenirs intégrés par le corps et le cerveau, mais que l'individu n'est pas en mesure de raconter » (p. 2) concernent la mémoire implicite tandis que les « souvenirs dits conscients, ceux que l'individu est capable de raconter » correspondent à la mémoire explicite (p. 7). L'étude de Taddio et al. (1995 cités par Mellier & Rezrazi, 2006) met en évidence « que les garçons circoncis en période néo-natale sans anesthésie réagissent nettement plus à la vaccination reçue entre 4 et 6 mois que ceux qui ont reçu une anesthésie pour la circoncision » (p. 44). La mémorisation de la douleur liée à un geste de soin influence donc le vécu des expériences douloureuses suivantes (Pediadol, 2019). Wanquet-Thibault (2015) souligne en outre la prévalence de la composante émotionnelle sur la composante sensorielle dans les souvenirs de douleurs. De ce fait, « plus l'émotion est forte, plus le souvenir conscient reste en mémoire, même s'il se trouve sensiblement modifié au cours du temps » (Wanquet-Thibault, 2015, p. 7).

#### 2. 2. 6 - Les facteurs d'influence de la douleur

Selon Wanquet-Thibault (2015), de nombreux éléments sont susceptibles d'influencer la capacité du patient à faire face à la douleur.

Parmi les facteurs liés au patient, l'auteure distingue :



- L'ancienneté de la maladie, du handicap et leur évolution dans le temps
- La compréhension de la raison du soin
- Les croyances du patient dans les traitements mis en place
- La représentation que se fait le patient du soin
- L'âge du patient et son degré de fatigue
- L'état psychologique de la personne soignée
- Les antécédents de douleur de la personne, sa mémoire de la douleur et ses capacités d'adaptation à la douleur

Dans les facteurs relatifs au soignant, Wanquet-Thibault identifie :

- La connaissance et la maîtrise technique du geste
- Les capacités organisationnelles du soignant
- L'attention, la disponibilité et l'empathie du soignant à l'égard du patient
- La connaissance des moyens antalgiques et le respect de leur mise en application
- La communication verbale et non verbale du soignant
- La qualité de la relation établie avec la personne soignée

Concernant les facteurs directement associés au soin, l'auteure nomme :

- La nature du soin et sa localisation corporelle
- La durée et la répétition du soin

A propos des facteurs liés à l'environnement, Wanquet-Thibault évoque :

- La connaissance par le patient de l'endroit où se déroule le soin
- L'atmosphère calme ou bruyante du lieu et l'agitation éventuelle
- Le moment de la réalisation du soin

## 2. 2. 7 - L'impact de la douleur

Selon Wanquet-Thibault (2015), la douleur induite par les soins peut avoir des conséquences néfastes pour le patient lorsqu'elle est insuffisamment soulagée. Dans l'immédiat, cette douleur induite peut en effet causer de la fatigue, une agitation voire de l'agressivité chez le patient. Des modifications physiologiques sont aussi mentionnées par l'auteure comme une modification de la fréquence cardiaque et respiratoire, une variation de la pression artérielle, une baisse de l'immunité ou encore des malaises. A moyen et long termes, la douleur induite par les soins peut entraîner un recours accru pour le patient à des antalgiques et des anxiolytiques en prévention des prochains soins. Wanquet-Thibault évoque également le risque d'une défiance du patient à l'égard du système de soin. L'incidence sur la qualité des soins est aussi mise en évidence par l'auteure. En effet, la diminution de la durée du soin, son évitement ou son report par le soignant dans le but d'éviter au patient des

situations inconfortables peuvent impacter l'efficacité des soins. Une anticipation de la douleur entraînant un accroissement de la sensibilité à la douleur pour le patient est aussi rapportée par l'auteure. Cette dernière fait également état de dépressions et dans des cas extrêmes, de demandes d'euthanasie formulées par les patients.

## 2. 2. 8 - L'évaluation de la douleur

L'évaluation de la douleur des patients fait partie intégrante du rôle propre de l'infirmière. Wanquet-Thibault (2015) insiste sur la nécessité d'évaluer la douleur avant, pendant et après un soin. L'évaluation de la douleur avant un soin permet en effet au soignant de se renseigner sur l'état de confort du patient avant de débiter le soin. Si besoin, une antalgie peut être mise en place en amont du soin pour soulager une douleur préexistante et ainsi éviter une majoration de la douleur initiale. L'évaluation de la douleur pendant le soin a pour but de mesurer l'efficacité de l'antalgie mise en place. Quant à l'évaluation de la douleur après le soin, l'auteure explique qu'elle permet au soignant de s'informer sur le vécu du soin par le patient.

Wanquet-Thibault explique que le choix du type d'évaluation de la douleur dépend notamment de l'âge du patient et de ses capacités de compréhension. Ainsi, l'auto-évaluation est privilégiée pour les patients en mesure de s'exprimer et dont les capacités cognitives sont non altérées. L'hétéro-évaluation est quant à elle recommandée chez le jeune enfant, le patient âgé dément ou la personne atteinte de troubles cognitifs altérant sa communication. Différents outils d'auto-évaluation peuvent être utilisés par les soignants, à l'instar de l'échelle visuelle analogique (EVA), de l'échelle numérique (EN), de l'échelle verbale simple (EVS) ou de l'échelle des visages. Wanquet-Thibault cite également un certain nombre d'outils d'hétéro-évaluation à adapter aux possibilités du patient. Pour le nouveau-né et le nourrisson, l'auteure mentionne l'échelle douleur aiguë chez le nouveau-né (DAN) et l'échelle de douleur et d'inconfort chez le nouveau-né (EDIN). Chez le jeune enfant, l'échelle évaluation enfant douleur (Evendol) est reconnue. Pour la personne âgée dyscommunicante, l'auteure évoque l'échelle comportementale pour personne âgée (ECPA) et l'échelle Algoplus.

En plus de la douleur, Wanquet-Thibault juge également intéressant d'évaluer d'autres variables pour les patients amenés à recevoir des soins répétés. L'auteure mentionne ainsi la peur, l'anxiété, l'angoisse ou encore l'incidence de la douleur induite sur la qualité de vie.

Pour Metzger (2004), évaluer la douleur contribue à « améliorer la qualité et l'efficacité de la prise en charge du patient » en permettant notamment « d'ajuster ou de mettre en route une stratégie à visée antalgique » (p. 155). De plus, l'évaluation de la douleur à l'aide d'outils reconnus permet « un langage commun facilitant des prises de décisions homogènes au sein de l'équipe » (Metzger, 2004, p. 155). Pour Malaquin-Pavan (2010), il apparaît en effet « fondamental que les soignants d'une même équipe

utilisent pour un même patient une démarche d'évaluation identique et s'accordent sur les supports de transmissions » (pp. 164-165).

## 2. 2. 9 - La prévention et le traitement de la douleur...

Pour Malaquin-Pavan (2010), « devant l'obligation de réaliser un soin potentiellement douloureux ou redouté comme tel par le patient, le rôle de l'équipe soignante consiste donc à supprimer "l'évitable", c'est-à-dire prévenir tout ce qui peut l'être dans l'avant, le pendant et l'après du soin » (p. 48). L'auteure précise que « cette prévention s'articule avec la prescription et l'application antalgique anticipée, médicamenteuse et/ou non médicamenteuse » (p. 48).

### 2. 2. 9. 1 - ... Par les moyens antalgiques pharmacologiques

Brasseur (2004) s'appuie la classification des antalgiques par paliers de l'OMS dans le choix d'une thérapeutique médicamenteuse. L'utilisation d'antalgiques non opioïdes (palier 1) est indiquée pour les douleurs d'intensité faible (entre 0 et 4 sur une EVA). Le recours aux antalgiques opioïdes faibles (palier 2), seuls ou en association avec des antalgiques de palier 1, est d'usage pour les douleurs d'intensité modérée (entre 4 et 6 sur une EVA) ou en cas d'échec des antalgiques de palier 1. L'emploi des antalgiques opioïdes forts (palier 3), seuls ou en association avec les antalgiques de palier 1, est préconisé pour les douleurs d'intensité forte (entre 6 et 10 sur une EVA) ou en cas d'échec des antalgiques de palier 2. Brasseur regrette que le protocole de l'OMS ne prenne en compte que la dimension quantitative de la douleur et non son aspect qualitatif. L'auteur reconnaît toutefois que cette classification prévoit pour chaque palier des co-analgésiques, c'est-à-dire des médicaments dont l'indication première n'est pas l'antalgie mais qui peuvent néanmoins participer au soulagement de la douleur.

### 2. 2. 9. 2 - ... Par les moyens antalgiques non médicamenteux

Pour Wanquet-Thibault (2015), les moyens antalgiques non pharmacologiques regroupent les moyens physiques et physiologiques, les méthodes cognitivo-comportementales et les pratiques psychocorporelles. Les moyens physiques et physiologiques comprennent « l'ensemble des pratiques se fondant sur les principes physiologiques de la douleur en favorisant sa limitation » (Wanquet-Thibault, 2015, p. 102). A titre d'exemples, l'auteure nomme la cryothérapie, la solution sucrée associée à la succion ou encore l'allaitement maternel comme moyens de prévention de la douleur induite. Les méthodes cognitivo-comportementales permettent d'informer et de préparer le patient au soin à venir grâce à l'emploi de techniques comme la visualisation de la situation, l'information par le jeu ou encore la relaxation. Après le soin, les félicitations favorisent le renforcement positif du

patient. Les pratiques psychocorporelles englobent « l'ensemble des approches psychothérapeutiques partant du corps ou se servant du corps comme médiation, mais aussi plus largement des méthodes impliquant un travail corporel à visée psychothérapeutique, prophylactique et préventif » (Wanquet-Thibault, 2015, p. 10). Parmi ces pratiques, Wanquet-Thibault cite notamment l'hypno-analgésie et ses dérivés que sont la distraction et la sophrologie. Des méthodes de relaxation et de massage mais aussi certaines pratiques artistiques à l'instar de la musique sont également évoquées par l'auteure.

## 2. 3 – L'hypnose thérapeutique

### 2. 3. 1 – Définition de l'hypnose

#### 2. 3. 1. 1 – Un phénomène naturel et spontané

Bernard et Musellec (2020) définissent la conscience hypnotique ou transe comme un état modifié de conscience caractérisé par « une certaine indifférence à l'extérieur ; des perceptions modifiées ; une hyper-suggestibilité renforcée par la perte de nos facultés d'analyse et de jugement et d'une partie de nos fonctions cognitives ; un lâcher-prise » (p. 25). Les auteurs expliquent que « la transe est initiée par la fixité de l'attention : celle-ci devient stable, focalisée sur un seul phénomène, une seule idée ; il y a à la fois focalisation et absorption de la conscience. Cette dernière est complètement orientée ou presque vers une activité » (p. 26) intérieure ou extérieure. Au quotidien, divers facteurs peuvent favoriser l'apparition d'une transe spontanée comme le stress, la confusion, l'ennui ou encore la saturation de la conscience par la surinformation (Bernard & Musellec, 2020).

#### 2. 3. 1. 2 – Un état de veille paradoxale

Roustant (1994 cité par Moreaux, 2008) définit l'hypnose comme « un état de veille intense, à l'instar du sommeil profond à partir duquel nous rêvons. De même que ce sommeil profond conditionne l'éclosion du pouvoir de rêver, cette veille intense nous fait accéder au pouvoir de configurer le monde. (...) En hypnose, le sujet ne dort ni ne veille. Il s'endort et, en cela même, il s'éveille. Il s'éveille à une réalité autre, à première vue indéfinie mais « personnelle ». (...) Il se « dissocie » progressivement de ses perceptions sensorielles, mais également de ses croyances et de ses peurs. Il est alors libre d'entrer en relation avec tout son corps, et pas seulement avec l'organe qui souffre, ou de partir ailleurs pour se protéger d'une douleur à venir » (p. 23).

#### 2. 3. 1. 3 – Une relation et une communication soignant-soigné

D'après Bernard et Musellec (2020), le terme de transe hypnotique induite ou hypnose est utilisé lorsque l'induction est réalisée par un tiers. Godin (1992 cité par Moreaux, 2008) évoque en ce sens « un mode de fonctionnement psychologique dans lequel un 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 » (p. 23). La conscience en mode hypnotique est alors « obtenue et stabilisée grâce à des techniques de focalisation, de communication et de suggestion » (Bernard & Musellec, 2020, p. 26). Le rôle du soignant consiste à guider la personne soignée vers ses ressources internes (Barbier, 2013). Le patient est quant à lui pleinement acteur du soin. Erickson (1980 cité par Lamotte et al., 2017) illustre parfaitement le travail collaboratif du soignant et du patient lorsqu'il définit l'hypnose comme « un état de conscience dans lequel vous présentez à votre sujet une communication, avec une compréhension et des idées, pour lui permettre d'utiliser cette compréhension et ces idées à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissages » (p. 20).

### 2. 3. 2 – Le contexte du soin, un facteur favorisant l'état de transe négative chez le patient

Dans le contexte du soin, Jammot (2016) rappelle que l'attention du patient se porte bien souvent sur la sensation douloureuse et/ou des émotions désagréables (peur, anxiété, angoisse...). Les situations de soins sont donc de ce fait susceptibles de modifier l'état psychique du patient en favorisant le passage de la conscience en mode hypnotique. La suggestibilité accrue du patient en transe négative favorise dès lors chez ce dernier l'interprétation et la mémorisation de manière négative des expressions, des paroles et des événements.

### 2. 3. 3 - L'hypnose conversationnelle ou communication thérapeutique

#### 2. 3. 3. 1 – Le passage de la transe négative à la transe positive chez le patient

Dans ces circonstances de soin, l'enjeu consiste donc pour le soignant à ramener le patient en conscience ordinaire afin de lui permettre de « s'éloigner de son monde intérieur et donc, de s'éloigner de sa transe négative avec ses angoisses ou ses douleurs, pour se tourner vers la réalité extérieure » (Bernard & Musellec, 2020, p. 44). Une fois l'attention du patient orientée sur l'instant présent, l'objectif du soignant reste alors de conduire la personne soignée vers un état de transe positive générateur de confort. Pour y parvenir, l'infirmière se doit de « soigner sa communication » (Bernard & Musellec, 2020, p. 29) du fait de l'hypersuggestibilité accrue du patient en état hypnotique. Selon Bioy (2014), il convient d'utiliser le terme d'hypnose conversationnelle « lorsque des principes de communication sont utilisés pour créer en conversation avec le patient un état de conscience modifié (léger, le plus souvent) puis avoir un effet thérapeutique » (p. 30). L'auteur ajoute que « si l'état hypnotique n'est pas induit formellement, il va être suscité au cours de la conversation par l'utilisation des procédés communicationnels » (p. 85). Ces techniques communicationnelles permettent également d'optimiser la relation soignant-soigné, favorisant ainsi la création d'une alliance thérapeutique avec le patient (Barbier, 2016).

### 2. 3. 3. 2 – Les procédés communicationnels

Barbier (2016) explique la nécessité pour le soignant de veiller à ajuster sa communication au patient afin de mieux communiquer avec ce dernier. L'entrée dans le processus hypnotique en sera en effet d'autant plus facilitée. Cette adaptation est notamment rendue possible par l'attitude empathique du soignant qui lui permet de se raccorder au patient et par la même de « s'ouvrir à l'univers unique de cette personne » (Barbier, 2016, p. 69). L'observation du langage verbal et non verbal du patient mais également de l'environnement qui l'entoure permet aussi au soignant de partager la réalité du patient en le renseignant sur son état émotionnel et ses sensations du moment. Les informations recueillies par le soignant lui permettent entre autres de percevoir le sens privilégié par le patient pour appréhender le monde. La technique du VAKOG (visuel, auditif, kinesthésique, olfactif et gustatif) consiste à repérer le canal d'accès préférentiel du patient pour permettre au soignant d'employer des termes en lien avec ce registre sensoriel dans le but d'améliorer les échanges avec la personne soignée. Pour un patient visuel, les expressions comme par exemple « vous voyez, c'est clair, voilà... » (Barbier, 2016, p. 70) sont à privilégier.

Barbier (2016) ajoute que la communication hypnotique repose aussi sur l'emploi d'un vocabulaire simple et positif, de tournures de phrases affirmatives et d'un langage imagé avec le recours à la suggestion hypnotique. Cette dernière a en effet « une force idéo-motrice. Elle a le pouvoir de transformer une idée en acte » (Benhaiem, 2005, p. 67) et favorise ainsi l'instauration d'une dynamique de changement chez la personne (Barbier, 2016). Avec un patient douloureux, l'hypnopraticien a la possibilité de proposer des suggestions d'analgésie à l'instar du *gant magique* :

Le thérapeute propose au patient d'enfiler un gant de son choix qui a la particularité de protéger la main de toutes sensations désagréables et de la rendre insensible à toute douleur (vérification par un pincement sur le dos de la main) et de le porter à l'endroit douloureux ou simplement de s'imaginer le transfert de cette protection (Ravaux, 2014, p. 118).

Barbier (2016) mentionne également l'importance pour le soignant d'adopter un timbre de voix grave et un rythme oratoire lent. Ces procédés communicationnels favorisent une meilleure communication avec le patient facilitant ainsi le processus hypnotique. En résumé, « l'hypnose nous apprend beaucoup sur la communication et nous pourrions dire également qu'apprendre l'hypnose, c'est apprendre à communiquer. L'hypnose n'est pas une juxtaposition de techniques mais un art de la communication » (Célestin-Lhopiteau, 2014, p. 76).

### 2. 3. 4 – L'hypnose formelle

#### 2. 3. 4. 1 – Définition

Selon C. Bouffort, l'hypnose formelle est « induite par le soignant qui axe son travail autour du confort et de la sécurité du patient. Il l'accompagne et l'oriente vers un retour en conscience ordinaire en réactivant sa fonction critique » (communication personnelle, 13 avril 2021). Virot et Bernard (2018) insistent sur le fait qu'il s'agit d'une « transe hypnotique officielle, choisie, décidée, visible » (p. 93). L'hypnose formelle vise également un objectif thérapeutique officiel et nécessite l'établissement d'un contrat entre le patient et l'hypnotiseur (Virot & Bernard, 2018). De plus, cette forme d'hypnose « respecte un protocole établi comprenant une induction hypnotique avec centrage et focalisation de l'attention, un état de transe profonde où le patient vit une situation agréable qu'il a choisie et un retour en fin de séance à une conscience dite « normale » (conscience critique) » (Actusoins).

#### 2. 3. 4. 2 – Hypnose = Motivation x Coopération x Confiance (H = MC2)

Virot et Bernard (2018) rappellent que la mise en œuvre d'une séance d'hypnose formelle implique le respect de trois conditions : la motivation, la coopération et la confiance. La motivation du patient et de l'hypnotiseur est en effet attendue. L'instauration d'une relation de confiance est aussi un préalable indispensable avant de débiter une séance d'hypnose. La confiance de l'hypnotiseur en ses propres capacités passe notamment par le respect de son expérience et de son domaine de compétence. La coopération du patient s'avère en outre nécessaire du fait de sa participation au soin.

#### 2. 3. 4. 3 – Le processus hypnotique

##### 2. 3. 4. 3. 1 – La phase d'induction

Jammot (2016) explique que l'induction est « la phase d'entrée dans le processus hypnotique. Elle consiste à capter, à focaliser l'attention du patient, pour qu'il commence à s'intérioriser. L'objectif est d'amener progressivement celui-ci à se dissocier de la réalité qui l'entoure pour s'associer de plus en plus à son vécu intime » (p. 74). L'auteure précise que la focalisation de l'attention du patient peut porter sur une perception et être orientée vers une image, un son, un mouvement ou une sensation corporelle, une odeur ou encore un goût.

##### 2. 3. 4. 3. 2 – La dissociation

Pour Célestin-Lhopiteau (2014), la dissociation est « un pas dans l'imaginaire » (p. 97). L'auteure précise en effet que le patient « se dissocie de la perception du quotidien qui est mise de côté pour rentrer dans un autre type de perception » (p. 97). Le patient douloureux est alors « amené à quitter un espace restreint, enfermé sur une douleur, une souffrance, pour rentrer dans un espace ouvert » (p. 15). Cette phase d'ouverture est nommée *perceptude* ou *veille paradoxale* par Roustang (2003 cité par Célestin-Lhopiteau, 2014). Il s'agit du « moment où les remaniements, les changements peuvent se faire » (p. 15). Dès lors, « le patient va expérimenter un changement dans tous ses liens avec lui-

même et son environnement, en étant en prise directe avec le monde et non plus avec une douleur ou une souffrance placée entre lui et le monde » (p. 16). La personne est par conséquent « libre d'entrer en relation avec tout son corps et pas seulement avec l'organe qui souffre » (Benhaiem, 2005, p. 75). Cette réassociation corps-esprit concourt au rétablissement du corps comme « lieu d'expression et non pas seulement support de la plainte » (Ferragut, 2003 citée par Soudan, 2017, p. 41). Le mouvement est une notion phare lors de cette phase. « Il y a une mobilisation du patient, un pas de côté qui lui permet d'observer différemment son problème » (Célestin-Lhopiteau, 2014, p.97) grâce à l'emploi par l'hypnopraticien de suggestions qui permettent d'ouvrir le champ des possibles du patient et de faire jaillir ses ressources. Barbier (2016) fait remarquer que « l'hypnose dynamise le rôle du patient dans la réalisation des soins, en lui permettant de devenir acteur dans la gestion de sa douleur et/ou de son anxiété » (p. 25).

#### 2. 3. 4. 3. 3 – La réassociation

La réactivation de la conscience critique « se fait en reprenant exactement le chemin inverse de celui qui y a mené. Tous les niveaux de dissociations, tout ce qui a été « ouvert » doit être refermé afin de garantir un retour dans l'ici-maintenant confortable. Ce temps du retour où nous invitons le patient à se réassocier est aussi celui des suggestions post-hypnotiques qui ont un rôle important dans la façon dont il va mémoriser le soin » (Jammot, 2016, p. 78).

#### 2. 3. 5 - L'action de l'hypnose dans le domaine de la douleur

##### 2. 3. 5. 1 – L'hypnoalgésie, un outil supplémentaire dans la prise en charge de la douleur

L'hypnoalgésie est définie par Bioy (2013) comme « l'emploi de l'hypnose à visée de diminution de la douleur, et de la gestion des éléments associés à cette douleur, avec en premier lieu l'anxiété et l'anticipation douloureuse ». Moreaux (2008) informe quant à la possibilité d'associer l'hypnoalgésie « à un traitement médicamenteux ou au mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote (meopa-Kalinox<sup>®</sup>) » (p. 24). L'auteur souligne ainsi la complémentarité de l'hypnose et des traitements médicamenteux classiques dans la prise en charge de la douleur. L'utilisation de l'outil hypnotique permet également « une prévention et une meilleure prise en charge de la douleur » (Bernard et al., 2014, p. 16).

##### 2. 3. 5. 2 – L'hypnoalgésie à l'épreuve de la science

Le développement de la neuro-imagerie fonctionnelle et les recherches en neurosciences ont permis de démontrer l'efficacité de l'hypnose à réduire la douleur (Barbier, 2016). Ces avancées scientifiques ont ainsi permis de légitimer l'utilisation de l'outil hypnotique dans le domaine de la santé et de reconnaître son utilité dans la prise en charge de la douleur (Bernard et al., 2014). Rainville (1997 cité



par Célestin-Lhopiteau, 2014) a ainsi mis en évidence la corrélation entre l'utilisation de suggestions hypnotiques d'analgésie à type sensoriel et émotionnel et la diminution de l'activité des régions corticales associées aux composantes sensori-discriminative et affectivo-émotionnelle de la douleur. Les suggestions sensorielles orientées vers une atténuation de l'intensité de la douleur entraînent en effet un abaissement de l'activité du cortex somesthésique primaire, une aire cérébrale permettant la réception et la perception de l'information sensitive. Il en est de même pour les suggestions émotionnelles axées sur une réduction du désagrément qui conduisent à une diminution de l'activité du cortex cingulaire antérieure, une structure du système limbique reliée aux émotions.

### 2. 3. 6 – Les limites et les contre-indications en hypnose

Étienne (2016) considère le refus de collaboration du patient comme une contre-indication majeure à l'utilisation de l'hypnose. L'auteur rappelle en effet qu'il est « impossible d'induire un état de transe hypnotique par la contrainte » (p. 119). A contrario, le recours à l'hypnose pour un patient présentant des troubles psychotiques n'est pas considéré comme une contre-indication absolue par l'auteur. Ce dernier explique en effet que des praticiens expérimentés à l'utilisation de l'hypnose dans un contexte de psychose peuvent adapter leur pratique à la situation du patient. Étienne évoque également les limites à la pratique hypnotique dans des situations où les patients présentent une surdité, des troubles de l'attention ou encore de la compréhension.

### 2. 3. 7 – Aspects législatifs

#### 2. 3. 7. 1 – Cadre législatif et réglementaire

Berlemont (2016) rapporte que l'encadrement légal à la pratique de l'hypnose fait défaut en France. L'auteure précise également que l'outil hypnotique est destiné à être utilisé par un professionnel de santé dans son domaine de compétences. Or, la mention de la pratique hypnotique reste pourtant absente du décret de compétences infirmier. « En envisageant la pratique de l'hypnose selon le cadre de référence du rôle propre, l'infirmier engagerait donc sa propre responsabilité lors de la prise en charge d'un patient » (Berlemont, 2016, p. 25). L'infirmière peut néanmoins se former à deux pratiques d'hypnose médicale :

- l'hypnoanalgésie (utilisation de l'hypnose comme méthode antalgique),
- l'hypnosédation (utilisation de l'hypnose au bloc opératoire combinée à une sédation intraveineuse consciente et une anesthésie locale) (p. 26).

Berlemont mentionne en effet que l'utilisation de l'hypnose par l'infirmière est soumise à une formation. Il est ainsi possible aux infirmiers d'accéder à des diplômes universitaires (DU) d'hypnose médicale. Quant aux organismes de formation, certains d'entre-eux proposent leurs enseignements

exclusivement aux professionnels de la santé alors que d'autres s'ouvrent également aux personnes extérieures à ce domaine.

### 2. 3. 7. 2 – Aspects déontologiques et éthiques

Berlemont (2016) évoque l'existence de mesures qui garantissent une pratique de l'hypnose respectueuse des droits du patient. L'auteure cite en premier lieu le code de déontologie des infirmiers qui renseigne sur les « devoirs des infirmiers dans leurs rapports avec les patients, les autres membres de la profession et les autres professionnels de santé » (Art. L. 4312-1 du Code de la santé publique). Les chartes éthiques des instituts de formation d'hypnose sont également garantes de l'éthique du soin selon l'auteur.e

## 3. Dispositif méthodologique du recueil de données

Afin de confronter la théorie à la pratique, je me suis entretenue avec deux infirmières hypnothérapeutes. Pour préparer au mieux ces deux rencontres, j'ai réalisé un guide d'entretien semi-directif composé de 18 questions ouvertes réparties en trois thèmes principaux : la communication comme fondement de la relation soignant-soigné dans le prendre soin, la douleur et l'hypnose. Ces trois grands axes correspondent aux parties de mon cadre conceptuel. L'intérêt de ces entretiens est en effet de recueillir des données supplémentaires relatives à mon cadre théorique. J'ai opté pour la forme de l'entretien semi-directif dans le but de favoriser la libre expression des infirmières.

Je souhaitais pouvoir interroger deux infirmiers formés en hypnose et confrontés à la douleur induite par les soins. Je tenais à m'entretenir avec l'infirmière hypnothérapeute du service de chirurgie vasculaire dans lequel j'avais pu observer ma situation d'appel lors de mon stage du semestre 5. Cette soignante a réalisé un diplôme universitaire à la prise en charge de la douleur en 2013 et un autre en lien avec l'hypnose en 2017. J'ai pris contact par e-mail avec cette infirmière afin de lui exposer ma requête. J'ai obtenu les coordonnées de la seconde soignante en effectuant des recherches personnelles. La prise de contact avec cette professionnelle s'est faite par téléphone. Cette infirmière hypnopraticienne exerce à la fois aux urgences et en consultation douleur chronique. La soignante s'est formée à l'hypnose en 2003 via l'Institut Émergences et a entamé une formation complémentaire en hypnose pour la prise en charge de la douleur chronique en 2008 au sein de ce même institut.

L'entretien avec l'infirmière exerçant en service chirurgie vasculaire s'est déroulé en visioconférence tandis que celui avec l'infirmière travaillant aux urgences et en consultation douleur chronique a eu lieu dans son bureau de consultation. J'ai pu obtenir l'accord des deux soignantes pour l'enregistrement des interviews afin de les retranscrire de la manière la plus fidèle possible.

## 4. Analyse descriptive des entretiens

Infirmière aux urgences : IDE A

Infirmière en service de chirurgie vasculaire : IDE B

Les infirmières perçoivent la relation soignant-soigné comme un trait d'union qui relie le soignant au patient. L'infirmière B utilise en effet le terme de « lien » pour qualifier cette relation particulière, tandis que la soignante A emploie les mots d' « échange » et de « contact ». Toutes deux s'accordent sur l'idée que la relation est une création singulière. Pour les infirmières, l'instauration d'une relation soignant-soigné permet en outre la création d'une alliance thérapeutique qui favorise l'adhésion aux soins du patient.

La communication occupe une place fondamentale dans la relation soignant-soigné pour les infirmières. Le caractère incontournable de la communication est d'ailleurs souligné par l'infirmière B. Cette dernière précise en effet que l'entrée en relation survient « dès le premier regard, dès le premier geste, dès le premier mot ».

Les infirmières appréhendent le prendre soin comme une présence à l'autre empreinte de respect, d'empathie et d'attention. Le prendre soin suppose également une approche holistique du patient d'après les deux soignantes. L'infirmière A insiste en effet sur la nécessité de prendre en considération la dimension bio-psycho-sociale de la personne soignée. Les infirmières s'attachent par ailleurs à accompagner le patient en situation de vulnérabilité. Pour ce faire, il convient au soignant de faire preuve d'humilité afin de permettre au patient d' « être acteur de son soin » d'après l'infirmière B.

Pour les infirmières, la douleur induite par les soins est causée par le soignant lors d'un soin. L'infirmière B précise en outre que la douleur induite par les soins s'apparente à une douleur aiguë, de courte durée et pouvant céder rapidement à un traitement adéquat. Les deux soignantes reconnaissent que la douleur induite par les soins est prévisible et insistent par conséquent sur le devoir de la prévenir en amont par des mesures appropriées. La composante psychologique de la douleur est également évoquée par les soignantes. L'infirmière A ajoute par ailleurs que la douleur est aussi « un mal être physique ». Parmi les actes de soins susceptibles d'entraîner une douleur chez le patient, les infirmières mentionnent un certain nombre de soins invasifs tels que les prélèvements veineux, les soins de pansements ou encore les poses et les ablations de sondes urinaires. Les deux soignantes nomment également des soins non invasifs comme les mobilisations et la réduction d'une luxation d'épaule.

Face à la douleur induite par les soins, les infirmières s'appliquent à la prévenir, à l'évaluer et à la traiter si besoin est. Les deux soignantes exposent tout d'abord différents moyens de prévention et de

prise en charge de la douleur induite par les soins. Afin de prévenir cette dernière, les infirmières s'attachent à organiser les soins de manière à respecter les délais d'action des antalgiques prescrits. Les soignantes recourent en effet à des moyens médicamenteux généraux et locaux pour prévenir et traiter la douleur induite par les soins. Parmi les méthodes pharmacologiques générales, les infirmières mentionnent en particulier le MEOPA (Mélange Équimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote). L'infirmière B cite également les antalgiques classés par paliers et les associations médicamenteuses antalgiques. La soignante explique que « faire des synergies, ça a été prouvé, ça augmente les effets des médicaments ». Concernant les moyens pharmacologiques locaux, les infirmières évoquent des anesthésiants utilisés sous la forme de patches, de gel ou encore de spray. L'emploi des cathéters périnerveux est également mentionné par l'infirmière B. Certaines méthodes non médicamenteuses sont par ailleurs utilisées par les soignantes pour prévenir et traiter la douleur induite par les soins. L'infirmière B nomme ainsi la relaxation, l'hypnose, la communication thérapeutique, la musique, l'aromathérapie ou encore l'humour. La soignante indique également l'avantage de retirer les pansements par TPN (Thérapie par Pression Négative) « sous la douche parce qu'au niveau de la douleur il y a quand même une action ». L'infirmière B ajoute que « pour les soins de détersion parfois quand c'est difficile on utilise le Jetox », c'est-à-dire « un mini karcher avec une petite poche d'oxygène et pis ça créé un petit jet ». L'infirmière A rapporte par ailleurs l'importance « de faire abaisser le stress » ainsi que « l'inquiétude des parents, l'inquiétude de l'enfant ». La soignante explique en effet que « si on désamorce ce stress, cette angoisse sous-jacente, on gagne déjà pff je vais dire 80% de la douleur, dans certains contextes on peut gagner 80% ».

Pour évaluer la douleur induite par les soins, les infirmières recourent toutes deux à des méthodes d'hétéro-évaluation. Les soignantes accordent ainsi une grande importance à l'écoute et à l'observation pour déceler des signes douloureux chez la personne soignée. Les pleurs, la verbalisation de la douleur ou encore la crispation du patient sont autant d'indices qui permettent de reconnaître une personne douloureuse d'après l'infirmière A. L'échelle comportementale de la douleur Algoplus est également utilisée par l'infirmière B pour des patients non communicants. En plus des méthodes d'hétéro-évaluation de la douleur, la soignante B précise aussi employer des méthodes d'auto-évaluation. Cette infirmière se renseigne notamment sur l'état de confort du patient : « Je parle de confort souvent. Je dis : « êtes-vous confortable là ? ». Après confortable les patients n'entendent peut-être pas la même chose donc je dis dans la sensibilité là dans votre corps comment c'est là maintenant ? ». Pour compléter son évaluation, l'infirmière utilise dans un second temps l'échelle verbale simple en questionnant le patient sur l'intensité de sa douleur : « Et c'est comment ? C'est un peu, c'est un peu plus, c'est beaucoup ? ». La soignante signale également employer l'échelle DN4 pour évaluer les douleurs neuropathiques post-opératoires. L'infirmière B explique ne pas utiliser

l'échelle numérique en raison de sa subjectivité et ajoute que « l'EVA on ne l'utilise pas parce que l'on n'a pas les réglottes ». Du point de vue de l'infirmière A, les échelles d'auto-évaluation ne sont pas adaptées à l'évaluation de la douleur induite par les soins. La soignante déclare en effet que « c'est pas les moments où on va demander une EN ou une EVA parce qu'on est dans l'action. Ces échelles là on s'en sert plus à l'arrivée du patient ou sur une période de suivi mais pas sur un moment de douleur induite ». L'infirmière B insiste par ailleurs sur l'importance de « toujours croire une personne qui dit qu'elle a mal » et de « toujours valider la douleur du patient, quelle qu'elle soit et même si toi tu as l'impression qu'il ne fait pas douloureux ». La soignante justifie sa position en expliquant qu'« il faut le [patient] croire parce que sa représentation de la douleur est complètement différente de la mienne et c'est lié à tout son historique de douleur, tout son vécu, toute sa sensorialité à lui ». L'infirmière met ainsi en avant l'idée de la subjectivité de la douleur.

L'infirmière A définit l'hypnose comme une pratique psychocorporelle qui permet une prise en soin globale du patient. Les deux soignantes s'accordent à dire que l'hypnose est un état de conscience modifié induit par l'hypnoticien chez le patient. L'infirmière B conçoit de ce fait l'hypnose comme une relation entre le patient et le soignant. Selon cette même infirmière, l'hypnose vise à rendre les patients plus « confortables sur la douleur, sur la peur, l'anxiété d'un soin ». Pour ce faire, la soignante explique que le patient est amené à puiser dans son inconscient les ressources nécessaires. En s'appuyant sur une citation de M. Erickson, l'infirmière précise en effet que l'inconscient « est un grand réservoir de solutions, un grand magasin de solutions » où se trouvent « tous nos apprentissages depuis qu'on est petit donc on peut trouver tous nos souvenirs et c'est vrai que ça nous permet de trouver justement les solutions pour nous aider à mieux être ». La soignante B insiste sur le fait que le patient est acteur du soin et déclare au sujet d'un patient : « vous êtes trop fort parce que c'est vous qui avez fait tout le travail quand même, moi j'ai j'étais juste à discuter avec vous ».

Différentes formes d'hypnose sont pratiquées par les infirmières. L'hypnose conversationnelle est utilisée quotidiennement par les deux soignantes. Ces dernières se sont d'ailleurs si bien appropriées l'outil qu'il leur est en quelque sorte devenu une seconde nature. L'infirmière A assure en effet que « l'hypnose conversationnelle elle fait partie de moi ». Il en est de même pour la soignante B qui explique que « ma communication thérapeutique est rentrée dans mon inconscient, c'est comme les apprentissages, c'est-à-dire que je vais parler communication thérapeutique ». Quant à l'hypnose formelle, l'infirmière B indique l'utiliser « un peu au feeling, c'est quand je vois que la personne est vraiment inconfortable et qu'elle reste dans sa peur, qu'elle est figée dans sa peur donc là j'y vais direct ». La soignante ajoute par conséquent ne pas y avoir recours nécessairement tous les jours. En raison d'une réduction des effectifs au sein de son service de soins, l'infirmière B rencontre plus de difficultés à utiliser l'hypnose formelle. La soignante explique en effet que cette forme d'hypnose

nécessite d'avoir « le mental assez disponible et savoir qu'on peut se consacrer au patient et rien qu'à lui et pas être appelé pour autre chose en plein milieu du soin ». L'infirmière signale toutefois que « dès que c'est nécessaire et que c'est réalisable je fais des séances d'hypnose aux urgences ». Les deux soignantes s'engagent également à apprendre aux patients l'auto-hypnose dans le but de les rendre autonomes dans leur prise en soin.

Différentes techniques hypnotiques sont utilisées par les soignantes pour favoriser le processus hypnotique chez le patient. L'infirmière B mentionne ainsi le lieu de sécurité, la communication positive ou encore la chosification de la douleur en demandant par exemple au patient : « comment elle est cette douleur, quelle forme vous pouvez lui donner ? ». La soignante use également du détournement d'attention et des suggestions hypnotiques d'analgésie. Le timbre et le rythme de la voix ont aussi leur importance pour l'infirmière B qui précise notamment que « ce sont les voix graves qu'on dit qui sont réconfortantes ». Les deux soignantes utilisent également des techniques de focalisation pour favoriser l'entrée dans le processus hypnotique. De plus, l'observation et l'écoute permettent selon l'infirmière B d'apprécier l'état émotionnel du patient. La soignante explique aussi que c'est « par l'observation, l'écoute qu'on arrive à attraper le canal sensoriel de la personne qui est en face de nous et du coup ça te permet d'entrer encore mieux dans la communication avec elle ». L'observation de l'environnement de la personne soignée apporte également des renseignements sur son canal d'accès préférentiel selon l'infirmière. Avec la technique du VAKOG, la soignante B s'attache justement à employer des termes en lien avec ce canal sensoriel préférentiel. L'infirmière n'hésite pas à utiliser pour cela « un panaché de mots des différents canaux parce que je sais qu'à un moment donné je vais l'accrocher, je vais toucher son canal justement ».

D'après leur expérience, les infirmières affirment que l'hypnose permet de supprimer la sensation et le ressenti de la douleur du patient. Les deux soignantes reconnaissent toutefois que l'hypnose présente aussi des limites. Selon la nature des soins prodigués, l'hypnose peut en effet se révéler plus ou moins efficace. L'infirmière A évoque ainsi « certains gestes particulièrement douloureux là comme les réductions de luxations d'épaules, si c'est une luxation qui date d'il y a trois jours, c'est sûr qu'on va ramer en hypnose et qu'on va avoir beaucoup de mal pour réussir à détendre suffisamment la personne pour réussir à réduire cette luxation ». La soignante B cite quant à elle des détériorations de plaies particulièrement poussées qui limitent l'efficacité de l'outil hypnotique. Il est à noter que le travail de l'hypnopraticien peut être mis à mal par l'attitude nuisible de certains accompagnants mais aussi par la rudesse des gestes de soins de certains médecins d'après l'infirmière A. La non prise en considération du temps nécessaire à l'induction hypnotique par certains chirurgiens est également mentionnée par l'infirmière B. Par ailleurs, la soignante A ajoute qu'« il y a des patients qu'accrochent pas », soulignant ainsi les résistances possibles à l'hypnose.

L'infirmière B avance que l'hypnose permet de développer ses compétences relationnelles : « on fait bien les choses mais on peut encore mieux les faire et du coup ça a été une révélation ». La pratique de l'outil hypnotique apporte aussi un mieux-être selon l'infirmière. Cette dernière déclare en effet : « j'ai retrouvé mes valeurs soignantes » et « je vis mieux les choses ». Les deux soignantes se rejoignent sur l'idée que l'apprentissage de l'hypnose conduit à une remise en question de sa pratique professionnelle. L'infirmière B explique pour sa part avoir été sujette à des erreurs d'interprétation du fait d'une écoute et d'une observation inadaptées. La soignante ajoute également avoir modifié sa pratique langagière : « avant je disais ne vous inquiétez pas et bien finalement tu t'aperçois que tu induis une douleur ou de l'inconfort en disant ça ». L'infirmière A explique quant à elle que l'hypnose « a changé l'atmosphère du service » et « la vie du service ». La soignante rapporte en effet un changement de certaines pratiques professionnelles dans son service de soins.

Les infirmières exposent un certain nombre d'éléments qui garantissent l'éthique du soin dans la pratique de l'hypnose. L'infirmière A évoque ainsi la rigueur apprise lors de la formation en soins infirmiers et « les échanges avec les collègues ». Les deux soignantes jugent également important de respecter son éthique personnelle. L'infirmière B s'attache par ailleurs à ne pas dépasser son domaine de compétences et à réorienter si besoin le patient vers un autre professionnel. La soignante veille aussi à respecter les contre-indications à l'hypnose, à savoir son utilisation auprès d'un patient au profil psychotique ou encore le refus de collaboration du patient. L'infirmière B estime nécessaire d'être à l'écoute de son ressenti : « je sens qu'il ne faut pas que je le fasse là avec ce patient là ». La soignante ajoute également utiliser l'hypnose en complémentarité des traitements médicamenteux antalgiques. Il importe par ailleurs à la soignante de tenir compte de son état de fatigue dans sa décision d'utiliser ou non l'outil hypnotique.

## 5. Discussion

Les soignantes perçoivent la relation soignant-soigné comme un trait d'union qui relie le soignant au patient. L'infirmière B utilise en effet le terme de « lien » pour qualifier cette relation particulière, tandis que la soignante A emploie les mots d' « échange » et de « contact ». C'est cette même idée qui est évoquée par Manoukian et Masseboeuf (2001) lorsqu'ils parlent de « rencontre » pour définir la relation.

Pour Fischer (1999), la communication s'apparente à « un moyen à travers lequel des relations se construisent et se développent » (p. 4). Cette idée est également sous-tendue par l'infirmière B lorsqu'elle avance que l'entrée en relation passe par le regard, les gestes ou encore les mots. La notion de création soulevée par les deux soignantes transparaît également chez Fischer pour caractériser la relation dans ce qu'elle a d'unique. Selon Phaneuf (2011), la communication est la clé de voûte de la

relation soignant-soigné. Ce point de vue est aussi partagé par l'infirmière A lorsqu'elle affirme que « tout est basé là-dessus ». En déclarant qu' « on ne peut pas faire un soin en restant silencieux », l'infirmière B confirme la théorie de Alto selon laquelle tout est communication. L'utilisation du langage verbale et non-verbale pour communiquer explique en effet le caractère incontournable de la communication selon Phaneuf (2011). L'infirmière B ajoute que « c'est tout dans la sensorialité » rappelant ainsi la place importante de nos cinq sens dans la communication.

Pour Hesbeen (1997), la démarche soignante se définit comme « la capacité de se mouvoir, de se porter vers autrui en vue de marcher avec lui » (p. 9). L'auteur considère cette démarche comme l'essence même du prendre soin. Cette notion implique selon Hesbeen la rencontre avec la personne soignée et son accompagnement sur son chemin de vie. La rencontre avec le patient vise à instaurer une relation de confiance, favorisée par les compétences relationnelles de l'infirmière (Phaneuf, 2011). On peut supposer que les termes d'empathie, de respect, d'humilité et d'attention cités par les deux soignantes dans leur définition du prendre soin visent justement à instaurer cette relation propice à la confiance. La création de ces liens de confiance permet en outre l'accompagnement de la personne soignée et l'établissement d'une alliance thérapeutique (Hesbeen, 1997). Tout comme Phaneuf (2011), les deux soignantes affirment que l'alliance thérapeutique favorise l'adhésion aux soins du patient. Prendre soin de la personne soignée revient à « l'aider à avancer dans son intérêt » pour l'infirmière A et à « l'aider à cheminer » pour la soignante B. Le concept d'accompagnement évoquée par Hesbeen (1997) est donc bien constitutif du prendre soin selon les deux infirmières. L'approche holistique du patient est aussi une caractéristique essentielle du prendre soin pour l'infirmière B. Comme souligné dans l'article R. 4311-2 du Code de la santé publique, la considération de la personne soignée dans sa globalité permet en effet de mieux s'adapter à sa situation particulière de vie. L'infirmière A note que le patient « à ses difficultés du moment » et la soignante B précise que la personne soignée a « peut-être à un moment donné besoin de nous et en plus, en étant hospitalisée, le ressenti est encore plus fort pour elle pendant un soin, une hospitalisation, une consultation ». Ce constat est partagé par Pailard (2018) dans sa définition du soigné.

Des entretiens avec les deux soignantes, on peut retenir que la douleur induite par les soins est causée par le soignant lors d'un soin invasif ou non et qu'elle s'apparente à une douleur aiguë. Les infirmières interrogées expriment également l'idée qu'il s'agit d'une douleur prévisible qui nécessite d'être prévenue par des moyens adéquats. Cette définition reprend les notions clés apportées par Bourreau (2010) et Wanquet-Thibault (2015) dans le cadre conceptuel. L'infirmière A aborde aussi les dimensions physique et psychologique de la douleur, faisant ainsi écho aux quatre composantes de la douleur évoquées par Muller et Schwetta (2004). Je considère comme majeur le rôle des soignants dans la prévention et le traitement de la douleur induite par les soins.



Comme dans le cadre conceptuel, les infirmières interrogées énoncent des moyens pharmacologiques et des moyens non médicamenteux pour prévenir et traiter la douleur induite par les soins. Wanquet-Thibault (2015) rappelle en effet que la gestion de la douleur induite « relève souvent d'un traitement multimodal, c'est-à-dire de l'association d'un ensemble de moyens, qu'ils soient médicamenteux et non médicamenteux ». Il m'apparaît essentielle de ne pas considérer les techniques pharmacologiques et non médicamenteuses comme opposées mais plutôt comme complémentaires dans la prise en charge de la douleur.

Pour évaluer la douleur induite par les soins, l'infirmière B utilise des échelles d'auto-évaluation et d'hétéro-évaluation alors que l'infirmière A privilégie les méthodes d'hétéro-évaluation. La soignante A justifie son choix par le fait « qu'on est dans l'action » lorsqu'un pose un acte de soin qui induit une douleur. L'observation et l'écoute s'avèrent donc plus appropriées à évaluer la douleur induite selon cette infirmière. Je partage le point de vue de la soignante dans l'idée que l'hétéro-évaluation s'avère efficace à évaluer la douleur pendant le soin puisqu'elle permet de mesurer la composante comportementale de la douleur. Néanmoins, je m'attache autant que possible à me renseigner aussi sur le confort du patient et l'intensité de sa douleur pendant un soin. Le recours à des échelles d'auto-évaluation qui permettent d'évaluer la composante sensori-discriminative de la douleur me paraît donc utile. Virot et Bernard (2018) affirment que l'emploi du terme « douleur » active des aires cérébrales liées à la douleur. C'est la raison pour laquelle je préfère utiliser l'échelle de confort plutôt que l'échelle numérique de la douleur. Je suppose que c'est également cet argument qui incite la soignante B à employer cette échelle de confort. L'infirmière en question déclare en effet : « je vais parler avec des mots qui ne créent pas de douleur ou d'inconfort ».

La définition de l'hypnose des deux soignantes interrogées corrobore celle rapportée dans mon cadre conceptuel. Selon Barbier (2008), l'hypnose est une pratique psychocorporelle qui « reconnaît la dimension communicationnelle du corps avec l'esprit » (p. 25). L'infirmière A souligne en effet que « l'être humain c'est un corps mais c'est beaucoup plus qu'un corps et l'hypnose s'occupe de toute cette globalité là ». C'est donc parce que l'hypnose permet une approche de la personne soignée dans toutes ses dimensions que l'infirmière A la reconnaît comme un outil holistique, complet et « qui répond bien à l'humain ». Bernard et Musellec (2020) ainsi que les deux soignantes interrogées s'accordent pour définir l'hypnose comme état modifié de conscience induit par l'hypnoticien chez le patient. Ils conçoivent par ailleurs comme un mode de relation soignant-soigné où le patient est pleinement acteur de son soin. Le soignant se cantonne quant à lui au rôle d'aidant qui a pour objet de guider le patient vers ses ressources internes (Barbier, 2013). Tout comme Bioy (2013), les infirmières reconnaissent que l'intérêt principal de l'hypnose dans le champ de la douleur est d'améliorer le confort du patient. De mes recherches théoriques et des entretiens réalisés auprès des

deux infirmières, il en ressort que que l'hypnose permet un prendre soin de qualité de la personne soignée.

Les deux infirmières interrogées rapportent utiliser trois formes d'hypnose : l'hypnose conversationnelle, l'hypnose formelle et l'auto-hypnose. La pratique de l'hypnose conversationnelle est si bien intégrée à l'exercice quotidien des deux soignantes qu'on peut supposer que cette approche est devenue « une philosophie du savoir-être et du savoir-faire dans le soin » (Barbier, 2008, p. 23). J'ai moi-même constaté que l'acquisition de nouvelles habitudes de langage est progressivement devenue une seconde nature. Concernant le choix de la forme d'hypnose, Virot et Bernard (2018) expliquent que « si la transe formelle reste la technique la plus puissante et stable dans les contextes générant des douleurs aiguës ou pour les soins longs et complexes (brûlures étendues, par exemple), elle demande une préparation et un protocole plus long à mettre en place. Pour tous les soins plus simples, plus courts, moins algiques, une technique informelle par conversation est une technique de choix » (p. 275). Les auteurs ajoutent que l'hypnose conversationnelle « se fait ici et maintenant, dans le « feu » de l'action » car « ce type d'hypnose ne nécessite pas une information préalable du patient comme nous devons le faire pour une transe formelle » (p. 275). Ces renseignements permettent de mieux comprendre pourquoi l'utilisation de l'hypnose conversationnelle est quotidienne par les deux soignantes et moins fréquente pour l'hypnose formelle. L'infirmière A explique en effet que la pratique de l'hypnose formelle nécessite d'avoir « le mental assez disponible et savoir qu'on peut se consacrer au patient et rien qu'à lui et pas être appelé pour autre chose en plein milieu du soin ». De mon point de vue, il convient donc à l'infirmière de tenir compte à la fois des particularités du patient mais également de la situation de soin présentée afin d'opérer un choix judicieux quant à la forme d'hypnose la plus appropriée. Ces différentes pratiques d'hypnose me semblent parfaitement adaptées à l'exercice professionnel de l'infirmière dans le sens où elles permettent aux soignants d'adapter leur approche au patient et au contexte de soin.

Différentes techniques hypnotiques sont employées par les deux soignantes pour favoriser le processus d'hypnose chez le patient. L'écoute et l'observation active du patient et de son environnement permettent notamment à l'infirmière B de saisir le canal de communication préférentiel du patient et d'utiliser des termes en lien avec ce registre sensoriel. La méthode du VAKOG est également évoquée par Barbier (2016). Cette dernière met en avant la nécessité d'ajuster sa communication à la personne soignée pour favoriser les échanges. L'auteure précise également que l'empathie du soignant est un autre moyen de se raccorder au patient. Tout comme Barbier, l'infirmière B évoque l'importance du timbre et du rythme de la voix, de la communication positive ainsi que des suggestions d'analgésie. Les soignantes interrogées évoquent toutes deux la technique

de focalisation. La soignante B enrichit la liste des outils hypnotiques en mentionnant le détournement d'attention, le lieu de sécurité ou encore le chosification de la douleur. Concernant les différents procédés communicationnels évoqués, Célestin-Lhopiteau (2014) rappelle que « l'hypnose n'est pas une juxtaposition de techniques mais un art de la communication » (p. 76). L'auteure met ainsi en lumière tout le travail créatif du soignant. Je constate que l'hypnose offre un large panel d'outils relationnelles qui permettent d'optimiser la relation soignant-soigné en créant une véritable relation de confiance et une alliance thérapeutique. Ces procédés communicationnels riches et variés sont autant de moyens efficaces utilisés par l'hypnopraticien pour favoriser le processus d'hypnose chez le patient.

En citant les travaux de Rainville et al. (1997), Barbier (2016) affirme que « les suggestions hypnotiques peuvent diminuer comme augmenter la douleur suivant leur contenu mais elles n'agissent pas sur les mêmes zones cérébrales, en fonction de leur qualité sensorielle ou émotionnelle. L'hypnose agit donc sur deux aspects distincts de la douleur : la composante sensori-discriminative et la composante affective » (p. 123). Ce constat est également partagé par les deux soignantes. Ces dernières ont effectivement pu expérimenté l'efficacité de l'hypnose à supprimer la sensation et le ressenti de la douleur chez certains patients. Ces données me confortent dans l'idée que l'hypnose constitue un outil efficace de prise en charge de la douleur. J'ai d'ailleurs moi-même pu éprouver la capacité de l'hypnose à agir sur la douleur lors de la réfection de pansement d'une patiente. Les infirmières interrogées évoquent toutefois un certain nombre de facteurs limitant l'action de l'hypnose. La nature des soins prodigués, les résistances possibles à l'hypnose des patients ou encore le comportement préjudiciable de certains accompagnants sont autant d'éléments pouvant diminuer l'efficacité de l'outil hypnotique selon les soignantes. Ces dernières considèrent également que la non prise en considération du temps nécessaire à l'induction hypnotique par certains chirurgiens ainsi que la rudesse des gestes de soins de certains médecins ne facilitent pas le travail de l'hypnopraticien. Etienne (2016) évoque quant à lui les limites à la pratique hypnotique dans les situations où les patients présentent une surdité, des troubles de l'attention ou encore de la compréhension. Je mesure que certains éléments propres aux patients et à la nature des soins sont difficilement contrôlables par l'hypnopraticien. Je me pose toutefois la question de savoir si un travail de sensibilisation mené auprès des médecins et des accompagnants ne pourrait pas être envisagé. La communication au sein d'une équipe pluri-professionnelle me paraît en effet fondamentale.

L'apport de l'hypnose à la pratique infirmière est considérable selon les deux professionnelles interrogées. Ces dernières affirment que la pratique de l'hypnose amène à une remise en question et à une amélioration de sa pratique professionnelle. L'infirmière B appuie cette idée en ajoutant que l'hypnose permet notamment de développer ses compétences relationnelles. C'est d'ailleurs ce que

rappellent Bernard et al. (2014) en citant Delaunay et Plantet (2002) lorsqu'ils affirment « que tous les anesthésistes ayant reçu une formation en hypnose changent leur façon de communiquer avec le patient » (p. 16). Ces propos sont renforcés par Célestin-Lhopiteau (2014) lorsqu'elle explique que « l'hypnose nous apprend beaucoup sur la communication et nous pourrions dire également qu'apprendre l'hypnose, c'est apprendre à communiquer » (p. 76). L'infirmière B signale en outre que l'hypnose favorise le bien-être au travail. Je note que les bénéfices de la pratique de l'hypnose sont autant importants pour le patient que pour le soignant. Améliorer le confort du patient grâce à l'outil hypnotique permet à l'infirmière de remplir pleinement son rôle de soignant, à savoir prendre soin du patient. C'est d'ailleurs probablement en ce sens que l'infirmière B déclare : « j'ai retrouvé mes valeurs soignantes ». En écoutant les propos de l'infirmière B : « Et finalement c'est peut-être ce qui me permet de tenir dans ce service », j'en viens à penser que l'hypnose permet également de prévenir l'épuisement professionnel des soignants.

Mes recherches théoriques et les deux témoignages recueillis m'ont permis de prendre connaissance de l'existence de mesures garantes de l'éthique du soin dans la pratique de l'hypnose. Berlemont (2016) évoque ainsi le Code de déontologie des infirmiers qui vise entre autres à protéger les intérêts des patients. L'engagement de l'hypnopraticien à respecter la charte éthique de son institut de formation est également rapporté par l'auteur. On peut supposer que c'est en ce sens que l'infirmière A considère la formation comme un gage de rigueur. Tout comme Etienne (2016), l'infirmière B juge nécessaire de respecter les contre-indications en hypnose. Cette même soignante insiste également sur l'importance de respecter son domaine de compétences et de réorienter si besoin le patient vers un confrère. Berlemont (2016) relève toutefois que la mention de la pratique hypnotique est absente du décret de compétences infirmier. Cet écueil interroge d'ailleurs le cadre légal de la pratique de l'hypnose. Les deux soignantes affirment en outre que l'éthique personnelle est l'assurance d'une démarche bienveillante. L'infirmière B déclare à ce propos : « on est pas soignant pour rien, on ne fait pas ce métier pour rien. On est quand même dans la bienveillance de nos patients ». Il me paraît en effet essentiel d'être en accord avec les valeurs soignantes de la profession infirmière pour pratiquer l'hypnose. La soignante A mentionne par ailleurs « les échanges avec les collègues ». Cette pratique réflexive en groupe permet à mon sens d'analyser et de questionner sa pratique professionnelle en vue de l'améliorer. Être réceptif à ses ressentis est également important pour l'infirmière B, tout comme le fait de prendre en considération son état santé du moment dans sa décision de pratiquer ou non l'hypnose. Cette soignante s'attache également à respecter le cadre thérapeutique en précisant que « l'hypnose c'est toujours en complémentarité de tout ce qui est déjà prescrit ». Ce point de vue est aussi partagé par Moreaux (2008) qui stipule que les techniques de l'hypnose « sont complémentaires des traitements médicamenteux classiques dans la prise en charge des différentes

douleurs » (p. 24). Même si l'hypnose est reconnue comme un outil supplémentaire dans la prise en charge de la douleur, je ne pense pas pour autant que sa pratique doive se substituer totalement aux autres thérapeutiques antalgiques. De mon point de vue, l'ensemble des mesures évoquées concourent à garantir une pratique de l'hypnose responsable et respectueuse des droits du patient.

L'ensemble de ces données confirment ma question de recherche initiale : En quoi l'utilisation de l'hypnose par l'infirmière participe-t-elle à la gestion de la douleur chez le patient ?

## 6. Conclusion

Les nombreuses recherches documentaires effectuées ainsi que les témoignages recueillis auprès de professionnelles m'ont permis d'apporter des éléments de réponse à ma question de recherche. L'hypnose s'avère être une technique efficace de prise en charge de la douleur, validée scientifiquement. Elle apparaît dès lors comme un outil supplémentaire dans la prévention et le traitement de la douleur aux côtés des autres thérapeutiques antalgiques. Son utilisation dans le champ de la douleur permet en effet d'améliorer le bien-être et le confort du patient. Ce dernier participe activement à sa prise en soin en utilisant ses ressources internes, épaulé par le soignant. L'hypnose se révèle être une véritable valeur ajoutée au rôle propre de l'infirmière et permet d'optimiser la relation soignant-soigné.

Les principales difficultés rencontrées dans ce travail de recherche furent liées à la formulation de la problématique et à la construction du plan. La rédaction des différentes parties a également demandé un effort soutenu. L'élaboration de ce mémoire fut un travail de longue haleine et a nécessité un investissement particulièrement important en terme de temps. Je garde néanmoins à l'esprit que ce travail de recherche m'a permis de questionner ma pratique et ma posture professionnelles, de nourrir ma réflexion et d'enrichir mes connaissances sur un thème cher à mes yeux. J'ai particulièrement apprécié de m'entretenir avec les deux infirmières hypnopraticiennes qui m'ont fait part de leur expérience quant à l'utilisation de l'hypnose thérapeutique auprès des patients. Au de-là de la relation soignant-soigné, il m'apparaît essentiel de veiller à soigner sa communication pour améliorer la relation avec autrui d'une manière plus générale.

## 7. Bibliographie

### Ouvrages

- Wanquet-Thibault, P. (2015). *Douleurs liées aux soins*. Rueil-Malmaison : Lamarre.
- Manoukian, A. & Massebeuf, A. (2001). *La relation soignant-soigné* (2<sup>e</sup> éd.). Lamarre.
- Bernard, F. & Musellec, H. (2020). *La communication dans le soin* (2<sup>e</sup> éd.). Arnette.
- Benhaïem, J-M. (2005). *L'hypnose qui soigne*. Josette Lyon.
- Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Masson.
- Viro, B. & Bernard, F. (2018). *Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie* (2<sup>e</sup> éd.). Arnette.
- Phaneuf, M. (2011). *La relation soignant-soigné : rencontre et accompagnement*. Chenelière éducation.
- Célestin-Lhopiteau, I. & Bioy, A. (Dir.). (2014). *Hypnoalgésie et hypnosédation en 43 notions*. Dunod.
- Barbier, E. & Etienne, R. (Dir.). (2016). *Hypnose en soins infirmiers*. Dunod.
- Michaux, L. (2018). *Prendre soin, care et caring*. Séli Arslan.
- Mellier, D. & Rezrazi, A. (2006). Les douleurs passées ont-elles une mémoire chez les enfants ? *Enfance*, 58, 44.
- Donnadieu, S. & Wrobel, J. (Dir.). (2010). *Les douleurs induites*. Institut UPSA de la douleur.
- Metzger, C., Schwetta, M., Walter, C. & Muller, A.(Dir.).(2004). *Soins infirmiers et douleur* (2<sup>e</sup> éd.). Masson.

### Articles

- Formarier, M. (2007). La relation de soins, concepts et finalités. *Recherches en soins infirmiers*, 89, 33-42.
- Fischer, G-N. (1999). Le concept de relation en psychologie sociale. *Recherches en soins infirmiers*, 56, 4-11.
- Barbier, E. (2008). Hypnose et prise en charge de la douleur. *Soins*, 722, 23-25.
- Bernard, F., Musellec, H., & Loyzance, C. (2014). L'hypnose et le traitement non médicamenteux de la douleur. *Oxymag*, 135, 14-16.
- Moreaux, T. (2008). Hypnoalgésie et soins. *Soins*, 730, 23-24.

Barbier, E. (2013). L'hypnopratricien guide le malade vers ses ressources intérieures. *Soins*, 99, 16.

Soudan, C. (2017). Hypnoanalgésie et raisonnement clinique infirmier. *Soins*, 815, 41-43.

Paris, A. (2010). Prendre soin, une démarche d'attention à l'autre. *L'aide-soignante*, 120, 14-15.

Carillo, C. (2013). Créer une relation de confiance. *Soins aides-soignantes*, 50, 27-28.

Mellier, D. & Rezrazi, A. (2006). Les douleurs passées ont-elles une mémoire chez les enfants ?. *Enfance*, 58, 44.

Lamotte, A-S., Raft, J., & Meistelmann, C. (2017). S'appropriation des techniques d'hypnose conversationnelle. *Oxymag*, 153, 20-21.

## Dictionnaires

Paillard, C. (2018). *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières* (4<sup>e</sup> éd.). Setes.

## Textes législatifs

Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.  
<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhose1dgssd1bsd1csd4a-n-2006-90-du-2-mars-2006-relative-aux-droits-des-personnes-hospitalisees-et-comportant-une-charte-de-la-personne-hospitalisee/?pdf=609775>

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (2002). JORF 5 mars. Repéré à [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000031972245/#LEGIARTI000006685747](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031972245/#LEGIARTI000006685747)

Code de déontologie des infirmiers – Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 – Art. L. 4312-1 – Art R. 4312-1 à R ; 4312-92 du Code de la santé publique.

Articles L. 4311-1 à L. 4311-15 du Code de la santé publique – Partie réglementaire – Professions de santé – Livre III – Titre 1er : Profession d'infirmier ou d'infirmière

## Sites internet

Dictionnaire de l'Académie française. (2019). <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9R1460>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (2012). <https://www.cnrtl.fr/definition/relation>

Pédiadol. (2019). *Implications et séquelles de la mémorisation d'événements douloureux chez l'enfant*. <https://pediadol.org/implications-et-sequelles-de-la-memorisation-devenements-douloureux-chez-lenfant/>

Ministère de la Santé et des Solidarités. (2006). *Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010*. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_d\\_amelioration\\_de\\_la\\_prise\\_en\\_charge\\_de\\_la\\_douleur\\_2006-2010\\_.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf)

Actusoins. (2019). *Petit lexique de la communication thérapeutique*. [https://www.actusoins.com/wp-content/uploads/2019/10/lexique\\_communication\\_therapeutique.pdf](https://www.actusoins.com/wp-content/uploads/2019/10/lexique_communication_therapeutique.pdf)



## 8. Annexes

I – Guide d'entretien

II – Retranscription de l'entretien n° 1

III - Retranscription de l'entretien n° 2

IV – Tableaux d'analyse des entretiens

## I – Guide d'entretien

Pouvez-vous vous présenter ? Quelle est votre parcours professionnel ? Quand et comment avez-vous décidé de vous former à l'hypnose ?

### La communication, fondement de la relation soignant-soigné dans le prendre soin

Pouvez-vous définir la relation soignant-soigné ?

Quelle place accordez-vous à la communication dans la relation soignant-soigné ?

Pouvez-vous définir le prendre soin ?

### La douleur

Pouvez-vous définir la douleur induite par les soins ?

Quels sont les soins susceptibles d'entraîner une douleur induite parmi ceux rencontrés dans votre service et pour quelles raisons ?

Quels sont les facteurs susceptibles d'influencer la douleur selon vous ?

Comment évaluez-vous la douleur induite par les soins ?

Comment prenez-vous en charge la douleur induite par les soins ?

Jugez-vous efficaces les moyens utilisés dans votre prise en charge de la douleur induite par les soins ?

### L'hypnose

Pouvez-vous définir l'hypnose thérapeutique et expliquer en quoi elle consiste ?

Quel est l'intérêt de l'hypnose selon vous ?

Utilisez-vous régulièrement l'hypnose ? Quelle(s) forme(s) d'hypnose pratiquez-vous et pour quels soins ?

Quels sont moyens utilisez-vous pour faire parvenir le patient à l'état hypnotique ?

Pensez-vous que l'hypnose est un atout pour les soignants ?

Quels sont les bénéfices pour les patients pris en soin selon vous ?

La pratique de l'hypnose a-t-elle modifiée votre approche de la personne soignée ?

Quels éléments garantissent l'éthique du soin dans la pratique de l'hypnose selon vous ?

Quelles sont les limites de l'hypnose selon vous ?

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

## II – Retranscription de l'entretien n° 1

ESI : Pouvez-vous vous présenter ? Quelle est votre parcours professionnel ? Quand et comment avez-vous décidé de vous former à l'hypnose ?

IDE A : Je m'appelle Guénaelle Gautier, je suis infirmière. J'ai passé mon diplôme d'état en 1991. J'ai ensuite travaillé en réa chir au CHU pendant quelques temps, j'étais très attirée par le domaine technique et puis j'étais aussi en même temps très intéressée déjà par la communication parce que j'avais fait mon mémoire sur le thème de la communication en réanimation et donc quelques mois au CHU en réa, ensuite j'ai fait des choses diverses et variées. J'ai fait un peu de libéral, un peu d'intérim, j'avais envie de découvrir toute la diversité de notre belle profession. Et puis je suis arrivée à la clinique de La Sagesse où j'ai travaillé en chirurgie et en maternité. Et pendant 11 ans j'ai travaillé de nuit, dans ces services là. Là encore c'est toute l'importance de l'humain, tout ce qui peut se dire, se vivre, le soir, la nuit, dans les chambres des patients, toutes les angoisses aussi qui peuvent émerger, la réflexion sur soi. C'est un moment où les gens se replient un peu plus, où ils s'intériorisent un peu plus parce que l'atmosphère du service est plus calme, paisible, il y a moins d'interférence et du coup c'est propice à se retrouver soi-même et parfois à retrouver ses angoisses et ses interrogations, donc le monde de la nuit m'a encore plus sensibilisé à toute cette dimension là de l'humain. En 2003, j'ai un peu modifié ma vie professionnelle puisque le sommeil ne me permettait plus de bien récupérer et je me suis mise à travailler dans un service multipolaire de jour, toujours à la clinique et là j'intervenais aux urgences. J'intervenais aussi au bloc ambulatoire sur des petites interventions dont certaines en local et j'intervenais en radiologie pour les ponctions de seins donc là encore, beaucoup d'humain pendant ces gestes sous local. Il faut aussi réussir suffisamment à apaiser les gens, à les sécuriser pour que les choses se déroulent au mieux pour eux. Le moment d'une ponction de sein pour une femme c'est beaucoup d'inquiétudes, le moment d'une suture d'un petit loupiot aux urgences c'est beaucoup de stress chez la maman qui est là, qui accompagne et chez le petit qui découvre un univers qui n'est pas forcément très, très sympathique au premier abord. Là encore, ça a développé toute ma sensibilité à ces contextes là. En parallèle depuis 1992, j'intervenais ici au centre de prise en charge de la douleur chronique et il y avait à cette époque là aussi un service de consultation de neurologie. Et puis un jour dans tout ça, je me suis retrouvée en face d'une émission télévisée, c'était fin des années 1990 je dirais. Une émission qui parlait de Marie-Elisabeth Faymonville qui pratiquait l'hypnose en Belgique, à Liège, auprès de patients qu'on opérait de la thyroïde. Je me souviens de ce reportage là, et j'avais été bluffée par ce nouvel abord et puis ici à la clinique on avait aussi des anesthésistes qui s'intéressait déjà à l'hypnose, en particulier le docteur Thomas, qui travaillait avec un psychiatre, Claude Virot à Rennes. Du coup, il y a eu tout cet envol là sur cette pratique qui pour nous était nouvelle et qui m'a beaucoup moi séduite donc du coup je me suis arrangée pour partir au service des urgences parce qu'ils mettaient en place une formation hypnose. Donc j'avais demandé à raccorder les violons et puis cela ne s'est pas fait et puisque le sommeil n'était plus vraiment là en tant qu'infirmière de nuit, il y a eu en même temps un poste à se libérer aux urgences et du coup j'ai demandé à intégrer l'équipe et par ce canal là j'ai réussi à me faire former à l'hypnose. Voilà comment ça s'est passé, donc ça c'était en 2003. Et puis en 2008, j'ai fait une formation complémentaire en hypnose pour la prise en charge des patients en douleur chronique. Ma première formation, c'était l'hypnose et la douleur aiguë.

ESI : D'accord, et c'était un DU ?

IDE A : Non, c'est une formation qui a été mise en place par Émergences. Il n'y a pas que les DU qui font de l'hypnose, il y a plein d'autres choses différentes. Émergences ne forme que des professionnels de santé.

La communication, fondement de la relation soignant-soigné dans le prendre soin

ESI : Pouvez-vous définir la relation soignant-soigné ?

IDE A : C'est un échange, un contact qui se crée entre deux humains.

ESI : Quelle place accordez-vous à la communication dans la relation soignant-soigné ?

IDE A : Elle est capitale et primordiale. Tout est basé là-dessus. A partir du moment où on établit une alliance entre le soignant et le soigné, tout est favorisé.

ESI : Pouvez-vous définir le prendre soin ?

IDE A : Être attentif à l'autre et l'aider à avancer dans son intérêt.

### La douleur

ESI : Pouvez-vous définir la douleur induite par les soins ?

IDE A : C'est une douleur qui est générée par le soin alors que le soin a un but louable on va venir générer quelque chose de désagréable chez le patient. Et il faut réussir à transgresser ça quoi. Et en fonction de comment on procède, on a une prise là-dessus qui peut permettre aux choses d'être plus confortables pour le patient. Et puis ce qu'il faut vraiment avoir en tête, c'est que la douleur est un mal-être physique et psychologique, l'être est un individu bio-psycho-social. Il faut tenir compte de cette globalité là. Et quand on parle de la douleur, il y a la dimension physique, la dimension psychologique, il y a aussi tout l'impact que ça peut avoir. Moi je travaille en douleurs chroniques, il y a aussi au niveau social, au niveau affectif, relationnel... Ouh c'est très, très vaste.

ESI : Quels sont les soins susceptibles d'entraîner une douleur induite parmi ceux rencontrés dans votre service et pour quelles raisons ?

IDE A : Par exemple tout ce qui est prises de sang, pose de cathéters, les anesthésies locales pour des sutures même si l'anesthésie locale son but c'est de protéger de la douleur induite elle-même elle peut induire de la douleur aussi donc il faut aussi s'en occuper. Cela peut être aussi les évacuations d'abcès, les soins de pansements, les pansements de brûlures, les choses de ce type là et tout ça génère de la douleur. La réduction d'une luxation d'épaule, c'est douloureux. Donc oui, on y est confronté. On a un métier où on est confronté à la douleur et à la douleur induite.

ESI : Comment évaluez-vous la douleur induite par les soins ?

IDE A : C'est vrai que c'est pas les moments où on va demander une EN ou une EVA parce qu'on est dans l'action. Ces échelles là on s'en sert plus à l'arrivée du patient ou sur une période de suivi mais pas sur un moment de douleur induite. C'est pas ces échelles là qui nous sont utiles, c'est plus de l'hétéro-évaluation. C'est de l'observation, c'est les manifestations qu'il peut y avoir, c'est les gens qui se crispent, les gens qui verbalisent tout simplement ou les pleurs chez un enfant. Donc on est plus pour moi, à mon sens, en hétéro-évaluation sur les types de soins que je pratique et ces moments de douleurs induites.

ESI : Comment prenez-vous en charge la douleur induite par les soins ?

IDE A : On essaie déjà d'anticiper un peu. On peut poser des patchs Emla, on met aussi de la Xylo en spray sur les plaies des enfants, des tout-petits. On a de l'entonox si besoin est, l'entonox, le Meopa, on s'en sert. Tout ce qui est relationnel, la première chose à faire c'est de faire abaisser le stress. Si on abaisse le stress et qu'on amène de la sécurité, qu'on amène même une espèce de distance par

rapport à la problématique du moment, parce que il y a des gens qui arrivent c'est la catastrophe quoi, si on arrive à leur faire relativiser que effectivement il y a du sang qui coule mais qu'il est très, très joli ce sang et qu'il a la couleur des fraises tagada et que ce loupiot il a une chance inouïe d'avoir un aussi joli sang et bien ça se passe déjà beaucoup mieux que l'hémorragie cataclysmique qui risque de lui faire perdre la vie. Donc notre attitude va réussir à abaisser l'inquiétude des parents, l'inquiétude de l'enfant. Il faut savoir en jouer, dans leur intérêt. Si on désamorce ce stress, cette angoisse sous-jacente, on gagne déjà pff je vais dire 80% de la douleur, dans certains contextes on peut gagner 80%.

ESI : Jugez-vous efficaces les moyens utilisés dans votre prise en charge de la douleur induite par les soins ?

IDE A : On gagne pas à 100% à tous les coups clairement. Il y a des moments où, moi ça m'est arrivée de faire de l'hypnose pour des réductions de luxations d'épaules, y en a certains pour qui ça se passe très bien et on arrive à réduire et où les gens sont bluffés d'ailleurs que ça se réduise aussi vite et aussi bien alors qu'ils sont arrivés avec une douleur là l'EN on leur demande même pas, ils sont à 10 quoi. Quand on leur demande ils nous disent 12, ça arrive qu'ils explosent le plancher et donc oui, il arrive qu'avec un accompagnement en hypnose, plus des antalgiques, on arrive à réduire une luxation d'épaule comme ça aux urgences et que les gens repartent dans la foulée mais ça ne marche pas à tous les coups non plus. Certaines fois il y a besoin d'une sédation plus profonde et d'une hospitalisation mais toutes les fois où c'est gagné, c'est gagné quoi. Et toutes les fois où la douleur est perçue mais bigrement amoindrie par rapport à ce qu'elle aurait été si on avait pas pris toutes ces mesures d'accompagnement et bien c'est tout bénéf. Parce que si on passe d'une douleur qu'on aurait noté à 7 à une douleur qui est plutôt à 3, ça change tout et puis les gens a posteriori, moi ça m'est déjà arrivé à quelques reprises c'est assez déstabilisant d'ailleurs, on a des fois en cours de séances, ça m'est arrivée qu'il y aient des manifestations de douleurs pendant l'hypnose, pendant la séance et que, après coup les gens me disent : « mais c'était génial, ah mais qu'est-ce que c'était bien, ah mais c'est fait, c'est déjà fini ? ». Donc il y a comme un décalage, c'est assez étonnant, ce sont des choses qui se voient assez rarement mais qui se voient. Il y a comme une amnésie des passages douloureux. Ils en gardent que le beau. C'est comme s'ils en gardaient que le beau. Ce qui est très étonnant aussi, c'est l'accompagnement des enfants en hypnose. Au départ ça m'a complètement déstabilisé. Chez les enfants, la transe est très labile. Donc t'es en train de les accompagner et de leur raconter l'histoire de la petite coccinelle qui saute sur le coquelicot et qui ensuite va se poser sur la jonquille ah oui mais là tu as l'enfant qui émerge et qui dit : « ah bah non il n'y a pas de jonquilles chez mamie j'en ai jamais vu c'est dans le bois mais pas chez mamie ». Et après ils replongent, ils émergent 2 secondes pour te dire un truc et puis : « ah oui d'accord ». Donc là ben tu valides : « ah oui d'accord les jonquilles sont dans le bois alors là on était sur la primevère ».

ESI : Et quand vous disiez tout à l'heure que l'hypnose ça marche plus ou moins bien, c'était dans le sens où ça a été mis en place trop tard parce que la douleur était vraiment trop présente ou que le patient était pas...

IDE A : Il y a des patients qu'accrochent pas. Moi ça m'est arrivé une fois aux urgences. On avait un monsieur d'environ 65 ans, un homme très viril quoi, très homme, très masculin, avec des valeurs masculines. Et donc je commence un accompagnement, je ne me souviens même plus du tout de quel geste il s'agissait. Je commence un accompagnement et moi je fais une pratique qui est très maternante. Parce qu'on pratique aussi en fonction de qui on est. Et ma façon de faire, ben voilà, j'ai ce côté très maternant. Donc je commence à l'accompagner avec qui je suis et un peu trop sûrement avec mes valeurs à moi et pas assez les siennes à lui si bien que ça n'a pas accroché. Il a pas du tout, du tout adhéré à l'hypnose. Et du coup moi j'ai stoppé. Je travaillais avec un médecin urgentiste qui était formé aussi à l'hypnose, qui était un homme et qui lui a embrayé. Il l'a récupéré avec sa pratique beaucoup plus masculine et le monsieur est parti. J'ai trouvé ça génial. Ce moment-là, c'est un truc qui nous a marqué. Et l'urgentiste m'a dit pour moi c'était du billard, tout ce que t'avais fait il avait basé

ses résistances dessus. Le patient avait basé ses résistances sur moi et sur ma pratique et du coup il en avait plus aucune quand l'urgentiste homme a lui pris le relais donc du coup pchou ça a pris tout de suite. Y a plein de choses qui interfèrent. Y a des fois où c'est sûr je rame beaucoup plus parce qu'il y a aussi des urgentistes qui ont des douceurs dans leurs gestes et d'autres qui ont plus d'efficacité et des gestes du coup un peu plus toniques et c'est sûr que ça complique les choses pour moi. Y a plein de choses qui interfèrent. Y a les accompagnants qui, des fois, ne sont pas aidants. Souvent ils le sont. Très, très souvent ils le sont mais ça arrive que l'on se fasse, qu'il y aient des tentatives de sabotage parce qu'ils sont aussi dans leurs propres difficultés, c'est pour ça que c'est important aussi de s'occuper des accompagnants.

### L'hypnose

ESI : Pouvez-vous définir l'hypnose thérapeutique et expliquer en quoi elle consiste ?

IDE A : L'hypnose c'est un mode de fonctionnement particulier qu'on induit chez une personne qui permet un abord sur le corps mais aussi un travail psychologique possible à un niveau inconscient. Donc pour moi c'est un très bel outil. Parce que c'est un outil qui est complet. C'est un outil qui répond bien à l'humain, qui correspond bien à l'humain parce que l'être humain c'est un corps mais c'est beaucoup plus qu'un corps. Et l'hypnose s'occupe de toute cette globalité là. C'est un outil holistique et moi ça me correspond à 100% parce que pour moi une prise en charge soignante ce n'est pas se limiter à prendre en charge un corps, c'est prendre en charge un être humain qui a ses difficultés du moment mais cet être humain il a son corps et il a aussi sa dimension psychologique et sa dimension spirituelle. Et l'hypnose c'est un merveilleux outil qui permet du coup de s'occuper de tout ça et ça c'est très élégant.

ESI : Quel est l'intérêt de l'hypnose selon vous ?

IDE A : J'ai déjà répondu ! C'est complet, très complet. Quand je te parle des urgences et que je te parle effectivement de la douleur, de la douleur induite, de la douleur de base, oui, c'est une problématique mais toute l'anxiété, tout le stress, toutes les peurs sous-jacentes, faut pas les laisser de côté, faut aussi s'en occuper et l'hypnose avec toutes ses dimensions elle répond à ça. Et ici, dans le centre de prise en charge de la douleur chronique, d'autant plus. La souffrance du corps elle génère des impacts dans la vie, dans l'autonomie, dans le psychisme du patient et les souffrances psychiques elles peuvent aussi se répercuter et générer des douleurs sur le corps donc l'hypnose ça répond à toutes ces différentes facettes.

ESI : Utilisez-vous régulièrement l'hypnose ? Quelle(s) forme(s) d'hypnose pratiquez-vous et pour quels soins ?

IDE A : Oui, j'utilise régulièrement l'hypnose. Déjà bon ici dans le centre de prise en charge de la douleur chronique. Je fais de l'hypnose le lundi et le vendredi toute la journée donc je pratique. Aux urgences aussi, déjà l'hypnose conversationnelle à l'accueil alors ça fait partie de moi donc quand est-ce que je fais de l'hypnose quand est-ce que je n'en fais pas je finis par ne plus savoir. Et puis l'hypnose plus formelle, j'en fais souvent, j'en fais quasiment tout le temps, quand y a besoin, ne serait-ce qu'une prise de sang c'est déjà travaillé avec le détournement de l'attention, oui c'est déjà exploité ce mécanisme là et puis les tranches formelles alors j'en ai fait beaucoup, beaucoup au départ, maintenant c'est un peu plus difficile parce que on est un effectif plus réduit aux urgences donc il faut quand même avoir comme je le disais tout à l'heure le mental assez disponible et savoir qu'on peut se consacrer au patient et rien qu'à lui et pas être appelé pour autre chose en plein milieu du soin du coup ça a sûrement réduit le nombre de fois où je peux pratiquer l'hypnose mais dès que c'est nécessaire et que c'est réalisable je fais des séances d'hypnose aux urgences.

ESI : Quels moyens utilisez-vous pour faire parvenir le patient à l'état hypnotique ?

IDE A : Oui alors ça peut être le détournement d'attention pour des choses très, très légères. Ça peut être la focalisation. ça m'arrive aussi de faire ça, de faire une induction par focalisation. Le plus souvent je fais des inductions classiques, parce que ici j'apprends aussi aux gens à utiliser l'auto-hypnose donc du coup j'utilise à peu près toujours le même cheminement, une induction de transe pour qu'ils puissent se l'accaparer et le reproduire chez eux. Donc ce sont des inductions tout à fait classiques comme ce que j'ai appris au cours de la formation.

ESI : Pensez-vous que l'hypnose est un atout pour les soignants ?

IDE A : Bien sûr. Nous en 2003 au service des urgences on a été tous formés. Une chance inouïe. Et ça a changé la vie du service. Ça a changé l'atmosphère du service. Avant qu'on pratique l'hypnose moi ça nous arrivait de sangler les enfants dans des alèses pour les maintenir de façon ferme pour réaliser une suture. Ce genre de chose on ne le voit plus jamais. Le jour où on a été formés à l'hypnose on a plus jamais fait des choses pareils. Ça change quand même bigrement la donne. Parce que c'est extrêmement violent de saucissonner un enfant dans une alèse pour le maintenir alors qu'il est déjà mort de trouille. Quel image il va avoir du soin après ? Quand y a des adultes qui partent en courant quand on leur parle d'une piqûre et bien je comprends s'ils ont vécu des choses comme ça. C'est extrêmement violent, limite maltraitant. On a plus jamais fait des choses comme ça. Ça a changé la donne.

ESI : Quels sont les bénéfices pour les patients pris en soin selon vous ?

IDE A : Ils repartent avec des étoiles dans les yeux, ça fait du bien. Quand ça se passe bien, c'est génial. C'est génial, on a des vrais mercis. C'est satisfaisant pour tout le monde, et pour le soigné, et pour le soignant, et pour les accompagnants. Ça change tout. C'est toute une atmosphère qui est différente.

ESI : La pratique de l'hypnose a-t-elle modifiée votre approche de la personne soignée ?

IDE A : Elle m'a donné un outil mais ce sens de l'humain je l'avais déjà tellement profondément en moi. Si je l'avais pas eu, j'aurais pas fait ce métier là. Donc y a qui on est à la base et puis y a les outils qu'on va chercher ou qui arrivent sur notre chemin dont on se saisit ou dont on se saisit pas et tout ça ça fait une évolution. Mais oui, la trame de base du rapport humain je l'avais déjà en moi, c'est clair. Sinon ça sert à rien d'aller dans le soin.

ESI : Quels éléments garantissent l'éthique du soin dans la pratique de l'hypnose selon vous ?

IDE A : La formation de base et puis aussi les échanges avec les collègues. L'éthique c'est déjà qui on est à la base et puis notre formation, la rigueur que l'on nous a donné, c'est surtout ça.

ESI : Quelles sont les limites de l'hypnose selon vous ?

IDE A : Elle a ses limites. Les résistances comme on l'a évoqué même si moi je te dis j'y suis pas beaucoup confronté parce que dans l'ensemble j'ai et ici c'est pareil dans la prise en charge des patients douloureux chroniques, les cas de résistance je crois que j'en ai eu deux depuis 2008 donc je ne suis pas vraiment confronté à ça mais ça existe. Les limites après c'est aussi l'effet qu'on peut avoir qui peut être limité, je peux parler de certains gestes particulièrement douloureux là comme les réductions de luxations d'épaules, si c'est une luxation qui date d'il y a trois jours, c'est sûr qu'on va ramer en hypnose et qu'on va avoir beaucoup de mal pour réussir à détendre suffisamment la personne pour réussir à réduire cette luxation.

ESI : Avez-vous quelque chose à ajouter ?

IDE A : Que c'est un magnifique outil et qui pour moi fait parti du soin, c'est intriqué. Aujourd'hui, c'est complètement intriqué. Prendre soin c'est, comme je te le disais l'hypnose conversationnelle elle fait partie de moi, ça s'imprègne et en tant que soignante l'hypnose fait partie de ma pratique. Je pense que c'est important que chacun soit à l'aise avec ce qu'il utilise. Peut-être que ça correspond pas à tout le monde. Si on s'y retrouve pas, si on s'y reconnaît pas c'est pas la peine, on peut pas s'obliger à faire ça. Faut que ça corresponde à la personne qui l'utilise.



### III – Retranscription de l'entretien n° 2

ESI : Pouvez-vous vous présenter ? Quelle est votre parcours professionnel ? Quand et comment avez-vous décidé de vous former à l'hypnose ?

IDE B : Je suis infirmière depuis 1993 donc ça date un peu maintenant. J'ai travaillé pendant cinq ans en clinique. C'était une clinique qui faisait beaucoup de chirurgie donc j'ai vraiment appris énormément de choses sur ces cinq années, de la grosse chirurgie aussi donc c'est vrai que la charge de travail déjà je connaissais. En 1998, je suis arrivée sur Rennes et après divers petits remplacements ça et là, j'ai été prise pour l'été au CHU où j'avais fait mes demandes, et puis j'ai enchaîné les petits contrats et j'ai fait beaucoup de services sur Pontchaillou. J'ai notamment fait les soins intensifs, hépato, gastro, la réa CTCV, la chirurgie cardiaque, les urgences. J'ai fait un peu de tout en fait. J'ai ensuite intégré le site de l'hôpital Sud où mes contrats ont été plus longs. Donc là, pareil, j'ai fait à peu près tous les services, très peu les enfants. En mai 2000, j'ai posé mes bagages en chirurgie vasculaire et j'y suis depuis donc ça fera 21 ans au mois de mai. Donc 21 ans de richesse parce que je n'ai pas fini d'en faire le tour et puis j'aime bien cette spécialité du fait de la technicité des soins, c'est très intéressant. Il y a aussi beaucoup d'échanges entre nous et nos médecins, c'est-à-dire qu'on n'est pas l'exécutante simplement. Ils prennent en compte nos réflexions et donc ça c'est quand même très valorisant et puis c'est vrai qu'à côté c'est ces patients qu'on est amené à connaître sur de longues années parfois pour certains et c'est ce lien qui se crée et ces échanges et ça j'aime bien aussi parce qu'on apprend beaucoup d'eux, ils apprennent beaucoup de nous et des liens d'amitié se créent pour certains parce qu'on se connaît tellement que quand on les revoit c'est alors comment vont tes enfants ? Et carrément parfois ils te tutoient donc tu restes dans le vouvoiement mais c'est vrai que c'est bien sympathique. Après c'est 21 ans où la douleur est présente. Une douleur quasi quotidienne pour certains, que tu essaies de soulager par toutes les prescriptions qu'on te donne pour les soulager et bien souvent malgré ça ils restent dans leur douleur donc c'est vrai que je me suis interrogée sur ces douleurs comment ça se fait qu'ils restent dans cette douleur. J'ai donc fait un DU douleur en 2013 ce qui m'a permis de mieux comprendre les traitements, de mieux comprendre aussi comment ça fonctionnait la douleur et ça m'a permis de voir qu'il y avait autre chose que la chimie pour aider les patients dans la prise en charge de leur douleur. Parmi ces médecines complémentaires, il y avait la mésothérapie, l'acupuncture et l'hypnose. Alors pourtant l'hypnose on a eu qu'un seul cours d'une heure donc en fait j'avais rien compris au processus hypnotique et puis ça m'interpellait quand même donc je me suis dit tiens je vais quand même creuser de ce côté là et puis je m'étais renseignée sur les formations hypnoses sur le CHU mais il n'y en avait plus à cette époque là. Il y avait des formations en communication thérapeutique. Et puis je me suis dit tiens je vais me lancer là dedans. Et ça a été une révélation. La communication thérapeutique c'est vraiment une approche, on fait bien les choses mais on peut encore mieux les faire et du coup ça a été une révélation et puis de fil en aiguille quand tu commences à utiliser les outils qu'on te donne lors de cette formation qui sont quand même des outils hypnotiques et que tu t'aperçois que ça fonctionne et ben voilà c'est parti je me suis formée à l'hypnose par un DU à Nantes en 2016-2017 et depuis je vais dire que ma communication thérapeutique est rentrée dans mon inconscient, c'est comme les apprentissages, c'est-à-dire que je vais parler communication thérapeutique, je vais parler avec des mots qui ne créent pas de douleur ou d'inconfort, je vais avoir des positions. En fait, j'ai changé ma façon d'être. Avec l'hypnose conversationnelle, on s'approche de la communication thérapeutique donc pareil c'est au quotidien avec le patient et les hypnoses plus formelles c'est un peu au feeling, c'est quand je vois que la personne est vraiment inconfortable et qu'elle reste dans sa peur, qu'elle est figée dans sa peur donc là j'y vais direct. Bien souvent si c'est « préparé », parce que je prépare rien, mais je propose à la personne parce que jamais d'hypnose sans accord du patient mais parfois ça m'arrive de faire des petites tranches quand même formelles quand il y a un geste vraiment qui ne va pas être confortable du tout que le chirurgien va faire donc j'essaie de les attraper nos patients de manière à les amener en hypnose pour que ce soit plus confortable parce qu'ils ne s'attendent pas à ce qu'ils vont avoir au

niveau geste qui induit une douleur donc c'est vraiment pour les rendre plus confortables et puis après je leur dit alors ça va ? Et puis souvent ils me disent c'était de l'hypnose ? Et puis je leur dit ouais et puis voilà ça se fait tout seul mais sur des tranches formelles je leur propose. C'est vrai que c'est important, c'est dans l'éthique des hypnopraticiens. Après j'ai un temps formateur en communication thérapeutique où j'anime des ateliers de communication thérapeutique au sein du pôle coeur-poumons-vaisseaux auprès des autres soignants et puis j'ai aussi ce temps formateur au niveau de la communication thérapeutique institutionnelle. Et puis à côté, je me suis lancée sur une recherche paramédicale qui est un petit peu en stand by du fait du covid pour l'instant. Tout le protocole est écrit et c'est ce qui a permis aussi d'avoir un prix donc en fait le prix c'est le financement de la recherche donc c'était quand même un gros travail aidé par l'équipe de la recherche du CHU de Pontchaillou donc pareil tu fais d'autres rencontres de personnes qui sont pas forcément dans le soin et qui ont énormément de connaissances sur la recherche et c'est vrai moi c'est ce qui me faisait peur au départ et finalement en fait t'es tellement bien appuyée que toi tu dis et eux ils écrivent bon tu écris quelques trucs quand même mais c'est vrai que voilà c'est vraiment un travail d'équipe et le prix c'est vraiment une équipe, il n'y a pas que moi.

### La communication, fondement de la relation soignant-soigné dans le prendre soin

ESI : Pouvez-vous définir la relation soignant-soigné ?

IDE B : La relation soignant-soigné ça va être ce lien qui va se créer dès le début de la relation. C'est ce qui va te permettre de faire ce que tu as besoin de faire auprès de ton patient. Cette relation, ça va être dès le premier regard, dès le premier geste, dès le premier mot. En fait, si tu crées pas ce lien avec ton patient et ce qu'on appelle l'alliance thérapeutique, tu n'auras pas une qualité de soin optimale, tu n'auras pas l'adhésion de ton patient au soin et puis même pour toi c'est plutôt frustrant de ne pas pouvoir aller vers ce que tu dois faire. Cette accroche est hyper importante. Dans les outils de communication thérapeutique, il y a l'observation et l'écoute qui sont très importantes. Observer ton patient, écouter ton patient. On va utiliser les différents langages donc tu regardes le langage non-verbale de ton patient déjà donc ça te donne des indices sur son état d'esprit, tu vas tout de suite voir s'il est souriant, s'il est triste, si ses yeux sont figés, s'il est dans sa peur. Ça va être dans le timbre de la voix, si tu l'accueilles avec une voix très aiguë, ça va pas être très avenant en fait. C'est dans le rythme de la voix, ce sont les voix graves qu'on dit qui sont réconfortantes. Ça va être dans les mots que tu vas utiliser, si tu utilises des mots bienveillants et positifs, la relation va se faire plus facilement. Cette relation, ça va être dans l'empathie, dans le respect de la personne. C'est important de toujours respecter la personne, sans jugement. Je vois nos patients nous souvent on a une population vasculaire qui a beaucoup d'addictions, parfois alcool, tabac, parfois des gens qui sont dans une incurie, qui ne sont pas propres sur eux mais je ne me permettrai jamais de juger parce que derrière il y a une histoire et cette histoire elle doit être vraiment très compliquée pour certains donc nous on sait prendre soin donc on prend soin. Parfois on essaye de comprendre pourquoi ils en sont arrivés là et donc c'est vrai que quand tu écoutes les histoires tu te dis qu'il n'a pas eu de chance dans sa vie ce patient là. C'est vraiment les aider, prendre soin et dans le respect et être humble avec eux. Pour moi c'est ça la relation.

ESI : Quelle place accordez-vous à la communication dans la relation soignant-soigné ?

IDE B : La communication dans cette relation est importante. C'est vrai qu'on ne peut pas faire un soin en restant silencieux. Après quand on fait un soin c'est pas la peine de parler du soin. Pourquoi on parle pas de ce qu'ils ont fait le weekend dernier ou de ce qu'ils aiment faire dans la vie et du coup ça les défocalise du soin aussi, ça leur permet de penser à autre chose et ça leur permet d'aller dans leurs souvenirs et d'aller chercher justement leurs ressources qui vont les aider à mieux vivre un soin, une consultation ou une hospitalisation. On ne peut pas communiquer. C'est tout dans la sensorialité. Dans la communication, si on veut communiquer, il y a toi, le patient mais comme c'est très sensoriel

on va voir par les différents sens, on observe, on écoute. Il faut accrocher, parler sur la même longueur d'ondes. On a un canal sensoriel à nous, préférentiel. Moi, je suis plus kinesthésique, visuelle. Mon patient, il est peut-être plus auditif. Si j'utilise des mots en lien avec ce qui fait que moi je suis kinesthésique et visuelle, voilà je vais dire je comprends bien, je le ressens bien. Lui ne va pas du tout percuter parce que lui ce qu'il attend c'est j'entends bien. Tu vois c'est dans la formulation des mots et utiliser le bon canal. Parfois, j'utilise un panaché de mots des différents canaux parce que je sais qu'à un moment donné je vais l'accrocher, je vais toucher son canal justement. Après, il suffit d'observer. Quand tu rentres dans une chambre et que ton patient à la télé allumée assez forte, qu'il a des écouteurs sur son adaptable. Tu vas te dire tiens lui il a l'air quand même pas mal auditif. C'est plein de petites choses, par l'observation, l'écoute qu'on arrive à attraper le canal sensoriel de la personne qui est en face de nous et du coup ça te permet d'entrer encore mieux dans la communication avec elle.

ESI : Pouvez-vous définir le prendre soin ?

IDE B : Le prendre soin c'est tout ce que je te disais. Le prendre soin c'est déjà mieux que prendre en charge parce que la charge est un mot terrible mais encore que le prendre n'est pas terrible non plus. Après ce sont les termes qu'on utilise. Déjà le prendre soin c'est mieux. C'est s'occuper d'une personne qui peut-être à un moment donné à besoin de nous et en plus, en étant hospitalisée, le ressenti est encore plus fort pour elle. Ça va être justement de rester dans l'empathie avec le patient. C'est voir sa sensibilité, ses émotions. Après, il faut se protéger aussi bien évidemment mais en même temps c'est l'aider à cheminer pendant un soin, une hospitalisation, une consultation, toujours dans ce respect de la personne, tout le temps en étant avec, on est avec, on accompagne. Il faut qu'on soit au même niveau avec lui, même qu'on soit plus en position basse par rapport à lui. C'est lui qui va être acteur de son soin. Il faut le rendre acteur, le valoriser. Il faut le valoriser et en même temps valider tout son inconfort. Ça peut être ses douleurs, même psychologiquement on voit bien qu'il n'est pas bien, je vois bien que là ça ne va pas aujourd'hui, je l'entends parce que vous avez des émotions qui ressortent et puis en même temps je le ressens bien. Tu vois, là du coup j'attrape un de ses canaux. Je vais être là, je suis garant de votre prise en soin, je vais vous aider justement à cheminer pendant ces moments. C'est ça prendre soin en fait.

### La douleur

ESI : Pouvez-vous définir la douleur induite par les soins ?

IDE B : Dans les différentes douleurs, tu as la douleur aiguë, la douleur chronique et dans la douleur aiguë tu as la douleur induite aussi. C'est une douleur qui va apparaître lors d'un soin et amenée par un soignant. C'est une douleur qui peut vite céder. C'est comme la douleur aiguë, c'est une douleur qui va apparaître et qui est signe de danger mais qui est vite traitée, qui va vite disparaître avec un antalgique par exemple ou par autre chose tout simplement. La douleur induite, on sait qu'on va l'induire. C'est une douleur qui va survenir lors d'un soin de détersion de plaie, d'une prise de sang etc. L'idée, c'est de préparer la survenue de cette douleur par différentes choses.

ESI : Quels sont les soins susceptibles d'entraîner une douleur induite parmi ceux rencontrés dans votre service et pour pour quelles raisons ?

IDE B : Tu as tous les soins liés à la chirurgie, à la préparation de la chirurgie, tout ce qui est prélèvements veineux et autres. Actuellement on a les tests PCR. Ce n'est pas une partie de plaisir quand les patients n'ont pas eu leur test PCR à l'extérieur ou alors on n'a pas les résultats et qu'on est obligé de le refaire alors qu'ils l'ont eu 2 jours avant mais quand ça tombe sur un weekend on a d'énormes problèmes à récupérer les tests quand c'est fait le vendredi et qu'ils arrivent le dimanche donc ça arrive le dimanche qu'on ait plusieurs tests PCR à faire. Pour nous ce n'est pas confortable. Moi je ne suis pas à l'aise dans ces tests car je sais que je fais des soins inconfortables envers eux.

Après, tu as toutes les douleurs post-opératoires liées à la chirurgie, les mobilisations, les cicatrices. Chez les patients amputés, c'est pareil, les premières mobilisations ne sont pas simples non plus. Après ça va être tous les soins de pansements, les détersions, les ablations de redons aussi, les drains. Même une ablation de sonde urinaire, les poses de sondes urinaires. On fait quand même pas mal de soins qui induisent des douleurs et des inconforts. L'idée c'est de les aider à mieux vivre ces soins par les différentes techniques qui existent, tout ce qui est prescriptions antalgiques avant, ça peut être même certains pour des prises de sang moi si je vois qu'ils sont un peu phobiques car certains ont peur et bien je vais mettre de l'emla<sup>®</sup> et puis je vais attendre un petit peu pour faire la prise de sang. Il y a tout ce qui est anesthésiants locaux pour les plaies, le MEOPA. Il y a les KT péri-nerveux chez certains patients quand ils sont très douloureux. Il y a tout ce qui est communication parce que la façon dont on amène les choses peut induire la douleur donc à partir du moment où on utilise les bons mots, qu'on reste bienveillants, même l'hypnose, et bien ça permet d'éviter certaines douleurs. Dans la prise en soin de ces douleurs là tout est possible et comme je le dis souvent on est pas soignant pour rien, on ne fait pas ce métier pour rien. On est quand même dans la bienveillance de nos patients. Et je pense déjà ce qu'on utilise comme l'humour, la musique ou autres peut aider à gérer ce type de douleur.

ESI : Comment évaluez-vous la douleur induite par les soins ?

IDE B : Dans le service, on utilise l'échelle numérique de la douleur. L'échelle numérique de la douleur comme je le dis souvent, c'est une échelle qui peut induire de la douleur parce que l'on va parler de douleur. Après tout dépend comment on amène la douleur aussi mais c'est vrai qu'entre 0 où vous n'avez pas mal du tout et 10 où c'est la pire des douleurs imaginables donc là on amène bien de la douleur à nos patients. J'essaie de parler autrement comme je suis formée à la communication thérapeutique, je parle de confort souvent. Je dis êtes-vous confortable là ? Après confortable les patients n'entendent peut-être pas la même chose donc je dis dans la sensibilité là dans votre corps comment c'est là maintenant ? Ah puis j'ai mal un peu. D'accord, alors là je reprends les mots. Vous avez mal un peu, mais où ça ? Et c'est comment ? C'est un peu, c'est un peu plus, c'est beaucoup ? Alors là du coup j'utilise l'échelle verbale simple. Avec les personnes âgées c'est parfois difficile l'échelle numérique, c'est très subjectif, c'est pour ça que je parle de confort et puis après l'échelle verbale simple. Il y a l'algoplus aussi. Parfois je l'utilise plus pour moi aussi pour voir comment est le patient. Parce que par l'observation et l'écoute, tu vois si ton patient est douloureux ou pas. Et puis moi on m'a toujours dit au DU douleur qu'il faut toujours croire une personne qui dit qu'elle a mal, et ça c'est vrai. Tu as un patient qui va te sourire et qui va te dire que son échelle numérique est à 9. Il faut le croire parce que sa représentation de la douleur est complètement différente de la mienne et c'est lié à tout son historique de douleur, tout son vécu, toute sa sensorialité à lui et s'il dit que c'est 9 et bien c'est 9 donc on va traiter. C'est vrai que parfois il y a des soignants qui disent que oui c'est 7 mais il sourit quand même c'est pas à 7 oui mais c'est sa perception de la douleur à lui donc il faut croire donc moi je note 7. C'est important de prendre en compte, toujours valider la douleur du patient, quelle qu'elle soit et même si toi tu as l'impression qu'il ne fait pas douloureux mais c'est comme ça que lui perçoit sa douleur donc il faut faire avec. Et puis sinon dans le service il y a l'échelle de la DN4, c'est l'échelle de la douleur neuropathique en 4 questions car il y a beaucoup de douleurs neuropathiques dans le service liées à des lésions de nerfs donc celle là est à prendre en compte, je trouve qu'on ne l'utilise pas assez dans le service. Il n'y a pas longtemps on a eu un monsieur amputé en jambe, il a dit la nuit dernière j'avais envie de gratter sous mon pied alors qu'il n'a plus de pied donc tout de suite tu vas voir l'interne et tu lui dis écoute là il sent son pied c'était pas une douleur, c'était vraiment une sensation parce que tu as l'algohallucino et l'hallucino. L'hallucino c'est les sensations du membre fantôme et l'algohallucino c'est la douleur liée au membre fantôme. Je suis allée voir le médecin et je lui ai demandé est-ce que tu peux prescrire la prégabaline parce qu'il a les sensations, ça commence et ça va aller en s'amplifiant. Ce qui se passe sur les douleurs neuropathiques c'est qu'elles vont être d'autant plus importantes que tu as eu mal avant l'intervention. Plus la douleur était présente avant l'intervention, plus il aura là des douleurs

neuropathiques du membre fantôme d'où l'importance de prendre en compte la douleur même avant l'amputation parce que c'est vraiment gravé dans la mémoire du cerveau et il va reproduire des douleurs de membre fantôme importantes. L'EVA on ne l'utilise pas parce que l'on n'a pas les réglettes. L'algoplus quand on a vraiment des patients non communicants je vais l'utiliser aussi mais c'est vrai qu'elle est intéressante comme on observe et on écoute beaucoup on l'utilise beaucoup.

ESI : Comment prenez-vous en charge la douleur induite par les soins ?

IDE B : On anticipe toujours une douleur induite. On sait qu'on va induire une douleur donc du coup il faut la prévenir donc ça va être par les traitements per os donc on a les différents paliers, le palier 1, palier 2, palier 3 avec les morphiniques en palier 3. Ça va être de faire les synergies entre paliers. Faire des synergies, ça a été prouvé, ça augmente les effets des médicaments. Après ça va être nous pour nos plaies on met des anesthésiants locaux, ça va être tout ce qui est xylocaïne<sup>®</sup> gel ou spray en faisant attention aux délais d'action de chacun parce que le spray a une durée courte. On peut agir plus vite mais dans le temps après il faut renouveler et pareil pour le gel, le gel on peut commencer à partir de 10 minutes mais au bout de 45 minutes il est temps d'en remettre donc à nous de planifier nos soins de manière à être dans les temps d'action de ces antalgiques. Après ça va être le Meopa dans le service qu'on utilise beaucoup parce que ça crée une anxiolyse et en même temps ça crée une analgie. Après ça va être toutes sortes de petites techniques qui font que quand tu fais la dépose d'un pansement tu sais que tu vas induire une douleur en enlevant le pansement donc c'est soit par l'eau fraîche. On enlève dans le service beaucoup les pansements quand ils vont à la douche les collègues aides-soignants qui enlèvent les TPN sous la douche parce que au niveau de la douleur il y a quand même une action. Pour les soins de détersion parfois quand c'est difficile on utilise le Jetox. C'est un mini karcher avec une petite poche d'oxygène et pis ça crée un petit jet, après tout dépend de ta pression mais c'est moins je dirais invasif au niveau douleur qu'une curette donc ça peut être plus confortable pour les patients et du coup quand ils sortent à la maison on demande l'HAD pour qu'ils puissent avoir justement le Jetox. Après c'est tout ce qui va être communication. La communication qu'on a envers nos patients qui peut être thérapeutique au niveau de la douleur quand on utilise des mots positifs, bienveillants, en utilisant différents outils de communication thérapeutique et puis moi je suis formée à l'hypnose donc je vais utiliser l'hypnose. Après j'ai des collègues qui utilisent l'humour et qui sont très fortes en humour donc ça marche très, très bien, la musique. On utilise moins mais je trouve qu'on devrait plus utiliser l'aromathérapie parce qu'il y a des huiles essentielles spéciales douleur. On a un diffuseur et un classeur. Pour les différentes thématiques, ça peut être odeur, stress, douleur, tu as différentes huiles essentielles et du coup tu prépares ton petit bol pour diffuser donc c'est bien sympathique, ça sent bon en plus donc c'est vrai c'est agréable.

ESI : Jugez-vous efficaces les moyens utilisés dans votre prise en charge de la douleur induite par les soins ?

IDE B : Généralement je dirais que c'est efficace alors après c'est vrai que ça arrive je m'en rends compte même avec l'hypnose donc le patient peut rester dans sa douleur après on fait des gestes quand même, parfois les gestes de détersion c'est quand même des gestes qu'on ferait au bloc opératoire donc on va quand même assez loin dans nos détersions. Généralement je dirais par rapport à ce que l'on fait on est quand même bien efficace. Après ça vient aussi de nos chirurgiens qui ne prennent pas le temps de nous laisser le temps de justement préparer notre patient pour justement une douleur induite parce que je vois bien à la consultation ils sont pressés et puis tu vois moi sur certaines hypnoses je leur demande 5 minutes mais non elle va tout de suite prendre une pince gouge pour aller bouger un os ou alors tu vois le temps d'attente même de la xylocaïne<sup>®</sup> les 3 minutes ou du Meopa au bout de deux minutes ils y vont mais non attends une minute de plus. Je dirais que c'est la concordance et que on a quand même parfois cette difficulté là. C'est pour cela que moi j'aimerais bien au niveau de l'hypnose avoir des inductions plus rapides. Alors parfois j'y arrive mais je pense que j'aimerais bien avoir une petite formation, il y a un dentiste qui est formé sur ça Xavier Penin et c'est

vrai que j'aimerais avoir quelques unes de ces techniques pour justement induire plus rapidement comme ça je sais que mon patient sera plus confortable mais ce n'est pas l'induction directe comme à la télévision tout ça justement c'est pour le patient, c'est pour l'aider à mieux vivre un soin là qui va se faire dans la minute. C'est un de mes prochains objectifs en hypnose, peut-être avoir quelques outils plus rapides pour les aider surtout les patients.

### L'hypnose

ESI : Pouvez-vous définir l'hypnose thérapeutique et expliquer en quoi elle consiste ?

IDE B : Alors déjà l'hypnose moi j'aime bien dans c'est vrai que c'est la définition que j'avais utilisé pour mon mémoire parce que je la trouve tellement belle et c'est vraiment pour moi elle représente bien l'hypnose et c'est Milton Erickson qui disait : « l'hypnose est une relation pleine de vie qui a lieu dans une personne et qui est suscitée par la chaleur d'une autre ». J'adore cette définition parce qu'en fait l'hypnose c'est avant tout la relation. C'est une relation pleine de vie, il faut créer cette alliance thérapeutique, cette relation de confiance auprès de ton patient. Venant de la chaleur d'une autre parce que si tu es dans cette relation et que ton patient adhère complètement à ce que tu dis, il faut toujours être bienveillant, c'est cette relation, si elle se fait dès le départ, ça va se faire tranquillement. Après l'hypnose on dit souvent que c'est un état de conscience modifié au niveau du patient. En fait c'est lui qui va rechercher dans son inconscient toutes ses ressources pour l'aider justement à gérer un moment délicat, à gérer aussi un problème parce que l'hypnose c'est aussi utilisée dans les psychothérapies etc. Même Milton Erickson disait : « l'inconscient est un grand réservoir de solutions, un grand magasin de solutions ». Et c'est vrai qu'on a tous nos apprentissages depuis qu'on est petit donc on peut trouver tous nos souvenirs et c'est vrai que ça nous permet de trouver justement les solutions pour nous aider à mieux être. Dans l'hypnose il faut que ton patient soit valide, il faut qu'il soit d'accord, si un patient n'est pas d'accord de faire de l'hypnose moi je ne le ferai pas. Après je ferai de la communication thérapeutique, j'utiliserai des mots bienveillants avec lui mais j'accepterai s'il refuse l'hypnose. Il faut démystifier l'hypnose auprès des patients. Je leur dis que ce n'est pas du tout ce qui se passe dans la télévision. Ce n'est pas du tout Messmer qui vous fait faire le canard sur l'estrade. Je leur dis voilà votre conscient sera là, votre conscient il est là et vous entendrez tous les sons, vous entendrez les choses, ce qui est plutôt rassurant parce que ça veut dire que vous êtes là avec nous, vous n'êtes pas ailleurs et que vous pouvez revenir à tout moment. Par contre, le fait que vous sachiez là que vous êtes là en sécurité, que vous entendez ce qui se passe, ça vous permet d'aller encore plus profondément dans cette détente et qui est l'inconscient aussi, d'aller dans cet inconscient qui est plein de ressources, ça va vous aider justement à mieux y accéder parce que vous êtes là, ici, avec nous, on est garant de votre sécurité mais vous gardez votre libre arbitre et ça vous permet d'aller plus dans cette détente. L'hypnose est thérapeutique dans le sens où elle va aider le patient à mieux gérer des soins, peut-être un événement, des sensations, des émotions etc.

ESI : Quel est l'intérêt de l'hypnose selon vous ?

IDE B : L'intérêt c'est d'aider le patient. Dans le monde du soin, la douleur, c'est aider le patient à mieux vivre ses soins au quotidien, à le rendre moins anxieux justement. Pendant que je fais le soin de l'amputation, lui va se retrouver j'ai un patient qui était dans l'air en parachute et puis il était avec ses bras en train de tirer sur ses fils, à faire ses gestes comme quoi c'était OK qu'il n'y avait pas de vent et puis moi je faisais la détersion à la curette, au scalpel et puis c'était un bon moment. Il était complètement à côté de sa douleur. C'est le dissocier de sa douleur. C'est une dissociation de toute façon l'hypnose et donc il est à côté de sa douleur. Souvent en réassociation, ils disent et bien je n'ai rien ressenti en douleur, je savais qu'il se passait quelque chose, je sentais des choses mais ce n'était pas de la douleur. Super, c'est très, très bien, vous êtes trop fort parce que c'est vous qui avez fait tout le travail quand même, moi j'ai j'étais juste à discuter avec vous. L'objectif c'est de les aider à devenir autonomes dans leur prise en soin c'est-à-dire qu'ils arrivent à reproduire cet état là le plus longtemps

possible jusqu'à cicatrisation si besoin et par l'auto-hypnose. Pendant les premières hypnoses, parfois même au bout d'une séance avec eux je leur fais un ancrage, c'est-à-dire un ancrage c'est ce qui va leur permettre de retrouver cet état là et puis je leur fais des suggestions justement pour l'après et après des suggestions post-hypnotiques pour le confort après mais aussi pour les aider justement à retrouver cet état le lendemain, surlendemain etc. et qu'ils s'autorisent à le faire surtout.

ESI : Utilisez-vous régulièrement l'hypnose ? Quelle forme d'hypnose pratiquez-vous et pour quels soins ?

IDE B : L'hypnose formelle je l'utilise pas forcément tous les jours, c'est vrai après je ne prépare rien, autant il y a des hypnopraticiens qui vont préparer tiens je vais voir un tel alors si j'ai fait l'hypnose avec un patient un jour alors le lendemain je vais lui reposer si c'est moi qui m'en occupe après l'idée c'est de les rendre autonomes. L'hypnose formelle c'est vraiment au feeling, je ressens, par mon observation, mon écoute, je vois que là y a une peur qui est là, ils sont totalement focalisés sur cette peur, sur ce qui va venir hop là voilà je leur propose je dis je suis formée ça vous dis une petite séance de relaxation au départ je fais ça parce que pour démystifier l'hypnose et après je leur dis que je suis formée à l'hypnose donc si vous le souhaitez on peut faire un petit outil là que vous même vous pourrez reproduire et puis ça marche très, très bien. Après l'hypnose conversationnelle, un peu comme c'est la communication thérapeutique, c'est au quotidien, c'est vrai que dans l'hypnose conversationnelle ça va être une transe légère, ça va les aider à mieux vivre le soin et puis après en communication thérapeutique moi je dirais que c'est passé en mode inconscient, je parle communication thérapeutique, je vais utiliser que des mots qui ne vont pas induire de douleurs par exemple pour une prise de sang je ne dis pas je vais vous piquer parce que je vais vous piquer j'induis une douleur. Je réalise mon soin ou on parle d'autres choses. On parle du temps, de ce qu'ils ont fait dans la vie etc. Et puis je fais mon soin, on en parle pas de ce que je vais faire alors parfois je dis j'y vais tranquillement tu vois je rajoute des mots, je saupoudre de mots positifs. L'hypnose conversationnelle c'est vraiment quand il y a pas d'hypnose formelle mais c'est une transe légère alors je vais utiliser différents outils de communication thérapeutique mais on fait beaucoup de liens entre la communication thérapeutique et l'hypnose conversationnelle. Souvent je leur dis et bien on va faire comme si. Comme si par exemple je passais une pommade, qui va pénétrer tranquillement de tissus en tissus et qui va endormir votre jambe et pour aller jusqu'au bout des orteils et puis qu'est-ce que ça fait du bien, qu'est-ce que c'est agréable, et peut-être qu'on pourrait donner une couleur à cette pommade, qu'est-ce que vous en pensez ? C'est quoi votre couleur préférée ? Tu vois c'est comme ça que je les amène donc ça peut être multicolore. Tiens je repars sur la multicolore parce que j'avais adoré cette petite mamie et puis ah oui super la pommade multicolore, alors je fais comme si je passais la pommade multicolore et puis je masse en même temps la jambe. On trouve la température. Est-ce que c'est frais ? Est-ce que c'est tiède ? Est-ce que c'est chaud ? Tiède. D'accord, donc je passe tranquillement la pommade. Mais quelle consistance est-ce que ça a ? Est-ce que c'est comme crémeux, gélatineux ? Crémeux. Super, alors je passe la crème tranquillement, la crème multicolore et tiède. Je prends le temps, un temps qui se détend et tranquillement la crème pénètre de tissus en tissus pour faire pénétrer et puis aller endormir. Qu'est-ce que ça fait du bien, qu'est-ce que c'est agréable. Tu saupoudres, tu saupoudres, tu saupoudres et puis un moment donné je teste. Alors c'est comment là la jambe par rapport à l'autre jambe ? C'est quand même un petit peu plus endormi. C'est super, alors on remet une couche. Et on y va alors voilà je masse, je rajoute plein de mots positifs et je reteste. Ah oui, alors oui, elle s'est endormie. Et bien temps que vous faites comme si et bien votre jambe elle est endormie et puis multicolore qu'est-ce que c'est jolie. En même temps j'imagine que toutes les couleurs se mélangent à l'intérieur pour justement apporter encore plus de confort et de détente. Tu vois mais vraiment parfois je me dis tout ce que je raconte ! Et puis voilà pendant que vous faites comme si et puis vous êtes tellement confortable moi je fais ce que j'ai à faire. Tu vois, je ne dis même pas que je vais faire le soin. Je fais ce que j'ai à faire et puis on discute. Je fais une réassociation à la fin et puis je dis on va ranger votre pommade parce qu'elle va vous servir demain. Pendant le truc aussi je dis demain vous ferez comme ça. Comme souvent ils n'arrivent pas à

atteindre en-dessous du genou je dis même si vous faites sur votre main, vous faites sur votre main et vous passez la pommade multicolore tiède, crémeuse et puis elle va endormir votre main et puis après vous allez poser votre main sur votre cuisse, la cuisse où il y a justement le pansement à faire. Et puis justement à ce moment là, votre cuisse et votre jambe vont s'endormir. Tu vois je fais des suggestions post-hypnotiques mais sur une transe plutôt légère et puis après on ramasse la crème dans le sac à main. On fait comme si toujours. C'est trop mignon parce qu'à la fin vous pouvez me faire une prescription de la pommade ? C'est trop mignon je trouve. C'est des petites techniques hypnotiques.

ESI : Quels moyens utilisez-vous pour faire parvenir le patient à l'état hypnotique ?

IDE B : Je travaille beaucoup sur la respiration pour les inductions. En même temps, je me suis aperçue que travailler sur la respiration c'était un petit moment de détente pour eux. C'est les amener dans un état de détente parce que après tu as des hypnoses plus directes mais déjà leur faire prendre conscience alors conscience tout en faisant en état de conscience modifié je leur dis la respiration c'est un analgésique naturel donc se rendre compte que l'on peut travailler sur sa respiration c'est un bel outil et puis je leur explique comment faire voilà tranquillement vous observez votre respiration vous pouvez même fermer les yeux et puis vous observez l'air qui rentre et puis l'air qui ressort. Après la respiration, tranquillement je vais les amener à justement et peut-être que la détente s'installe au niveau de la tête, tête posée sur l'oreiller et puis qui continue à s'enfoncer dans l'oreiller comme si c'était un nuage de coton. Tu vois, j'utilise vraiment des termes bienveillants, positifs. Ça c'est vraiment quand je prends le temps, donc la détente qui diffuse et qui s'infuse dans le corps pour aller détendre et rendre plus léger justement de plus en plus légers les bras, les jambes. Après j'utilise le VAKO. J'utilise la sensorialité. Le VAKOG c'est le visuel, l'auditif, le kinesthésique, l'olfactif et le gustatif. Je fais mon induction par le VAKOG. Et il y a les oreilles qui entendent tranquillement, peut-être les oreilles du conscient entendent les sons de la pièce. Peut-être que les oreilles vont entendre le son du téléphone parce que souvent le téléphone sonne, peut-être une porte qui s'ouvre, qui se referme, mais bon c'est tellement rassurant et puis en même temps peut-être que les oreilles entendent la respiration là. Le fait de les faire refixer sur la respiration hop on rentre dans le mode inconscient. Peut-être que le nez ressent cet air, un air légèrement plus frais lorsqu'il rentre et légèrement plus chaud lorsqu'il ressort. Un air tranquillement qui rentre, lorsqu'il rentre c'est un peu comme des petites bulles d'air là à l'entrée des narines et qui cheminent et qui se posent, qui se déposent et qui se reposent. J'utilise beaucoup de termes qui vont induire la transe et puis à partir de ce moment là une fois que j'ai fait ça et bien maintenant peut-être que vous pouvez vous autoriser peut-être à vous retrouver à faire comme si vous étiez dans un endroit que vous aimez bien là, un endroit qui vous rassure, un endroit où vous aimez passer du temps et hop je vais vers le lieu de sécurité. Après si un patient est douloureux, je ne vais pas forcément tout de suite induire le lieu de sécurité parce qu'il faut travailler sur la douleur. On va chosifier la douleur. Comment elle est cette douleur, quelle forme vous pouvez lui donner ? Ils y arrivent. Il y avait une dame, une fois qui me disait c'est comme un ceintre qui part de là à là. Ok et comment il est votre ceintre, il est en acier, en bois ? En bois. Ah il est en bois, d'accord et comment sont ses bords ? Ses bords sont carrés. D'accord. Donc elle me dit comment il est au niveau de son corps. Et je dis qu'est-ce qu'on pourrait faire justement pour que ce soit plus confortable ? Il faudrait le ramollir. Ok, très bien et ramollir comment ? Que ça devienne carrément du caoutchouc. Ok, quelle couleur ? Parce que là il était marron et là donc bah bleu d'accord. Et comment on pourrait le ramollir alors ? Moi je lui propose peut-être avec la respiration tiens parce que la respiration qui réchauffe et tout là. Ah ouais tiens c'est pas mal. Et après j'ai fait l'induction. Et tranquillement on a ramolli et à un moment donné en fait la cicatrice était là et ça la gênait dans sa respiration et à un moment donné dans l'hypnose j'ai senti un « hhhhh » comme si elle dégageait quelque chose et à la réassociation elle m'a dit écoutez mon ceintre est devenu du caoutchouc bleu et il a protégé tous mes organes et là ça a dégagé mes poumons je lui ai dit oui je l'ai entendu et je l'ai senti et je l'ai vu aussi. Tu vois c'est pas mal. Après pendant l'hypnose on est allé sur un lieu de sécurité une fois que voilà peut-être que là maintenant peut-être que vous pouvez vous



autoriser peut-être à vous retrouver dans un lieu où vous aimez être, peut-être vous balader, peut-être simplement observer et puis elle était partie sur son lieu de sécurité. Et cette dame là après elle est partie faire un tour dans le couloir tu vois donc elle était bien. C'était une belle histoire, j'étais contente. Et je lui ai dit que c'était elle qui avait fait tout le travail. Moi j'étais juste là à parler avec elle. Le patient est acteur de son hypnose. C'est lui qui fait tout. Et elle a trouvé les ressources dans son inconscient pour l'aider.

ESI : Pensez-vous que l'hypnose est un atout pour les soignants ?

IDE B : Oui, tout à fait. Comme je te disais, tout ce qu'on peut apporter pour le bien-être du patient, pour son confort, sa sécurité. C'est vrai que c'est un atout. Alors après est-ce qu'un jour tout le monde sera formé à l'hypnose je ne sais pas mais en communication thérapeutique je pense qu'il faut qu'on arrive à parler tous le même langage tu vois que certains termes disparaissent tranquillement le ne vous inquiétez pas parce que ne vous inquiétez pas ah bon parce qu'il faut que je m'inquiète tu vois il y a des mots justement qui peuvent induire un inconfort ou une douleur. L'idée c'est peut-être parler à un moment donné tous le même langage pour justement rendre plus confortable le patient et après les différents outils hypnotiques mais pourquoi pas moi j'y crois c'est vrai qu'il y a de plus en plus de gens qui se forment à l'hypnose et je me dis pourquoi pas un jour que ce soit intégré dans les écoles ce serait chouette. Dans l'hypnose si ça devait être appris dans les écoles après en fait il faut qu'on sache bien qu'on reste dans notre champ de compétences que moi j'irais pas me permettre de faire de l'hypnose à quelqu'un qui a eu un viol dans son enfance et que y a une problématique de douleur chronique et que finalement cette douleur chronique est liée à ce qui s'est passé dans l'enfance et moi je n'ai pas les capacités en fait d'aider la personne à gérer le problème de l'enfance donc si par exemple mes oreilles entendent ça je réoriente je dis mes oreilles ont entendu pendant l'hypnose certaines choses et je pense que alors peut-être que après il va verbaliser mais je dis je vais vous orienter vers un collègue qui je pense saura vous aider. Il faut rester dans son champ de compétences parce qu'il y a beaucoup de gens formés à l'hypnose qui peuvent ouvrir un cabinet d'hypnothérapeute et qui en fait ne sont pas armés pour gérer des problèmes qui dépassent nos compétences tu vois. Donc moi je reste dans mon champ d'éthique en fait, dans mon champ de compétences. On a tous notre domaine. Quand j'étais formée, j'étais formée par des psychiatres, c'est vrai que ce qu'ils nous racontaient sur les syndromes post-traumatiques après les attentats du Bataclan c'est vrai que le travail en hypnose là tu ne mets pas n'importe qui en face d'une personne qui a vécu ça quoi faut avoir les bonnes personnes sinon je pense qu'on peut être délétère par rapport à la personne si on est pas capable de l'aider à gérer justement sa problématique d'origine.

ESI : Quels sont les bénéfices pour les patients pris en soin selon vous ?

IDE B : Nous, dans le monde de la douleur, c'est qu'ils vivent mieux un soin, qu'ils vivent mieux même parce que moi je leur dis voilà vous savez le faire, vous savez très bien le faire et vous pouvez l'utiliser à d'autres moments de la journée pour de la détente. Et j'ai un monsieur qui avait eu une transmétatarsienne, qui a en fait intégré très bien l'auto-hypnose et qui l'utilisait autrement. Tu vois c'est super, je suis contente parce que il a su l'utiliser autrement que pour des soins qui induisent des douleurs. L'idée c'est de les rendre confortables sur la douleur, sur la peur, l'anxiété d'un soin. C'est vraiment gérer à un moment où ils ne sont pas biens, c'est ça les bénéfices en fait.

ESI : La pratique de l'hypnose a-t-elle modifiée votre approche de la personne soignée ?

IDE B : La formation en communication thérapeutique ça a été comme je te disais tout à l'heure une révélation parce que le prendre soin moi je fais ce métier parce que j'adore la relation parce que moi j'idéalisais le métier d'infirmière moi je pensais passer du temps à pipletter etc et pis les soins et les odeurs tout ça je ne m'y attendais pas au départ. Parfois on me dit que c'est une vocation je dis non c'est juste que j'aime bien causer et j'adore la communication mais en fait ces outils là en fait tu vois

avant je disais ne vous inquiétez pas et bien finalement tu t'aperçois que tu induis une douleur ou de l'inconfort en disant ça donc du coup c'est une sacrée remise en question au niveau de ta pratique. C'est vrai que ça a été une révélation parce que je me suis dit tiens je peux être encore plus dans la relation avec mon patient en utilisant les bons mots, en mettant des mots positifs etc. Ça a été une révélation dans ce sens où je me dis oui super je vais encore être mieux avec mon patient, je vais encore plus lui apporter parce qu'il va recevoir des choses qui vont vraiment le mettre encore plus dans le confort et le bien-être et la sécurité, c'est les 3 mots, confort, bien-être, sécurité. Axée plus sur son observation, son écoute. C'est vrai que finalement observer, écouter parfois je me suis rendue compte que les erreurs d'interprétation. J'avais mal compris en fait parce que je n'avais pas bien écouté. C'est une sacrée remise en question et puis en même temps on parle de valeurs soignantes dans le service où je suis 21 ans combien de fois c'est vrai je me suis posée la question de partir la charge de travail est tellement énorme que parfois j'avais l'impression de faire des soins à la chaîne et c'est vraiment que depuis que je suis formée à la communication thérapeutique et à l'hypnose pour moi j'ai retrouvé mes valeurs soignantes. J'ai pas pris du recul par rapport à tout ce qui se passe dans le service parce que je suis autant revendicative et je me bats toujours depuis des années on se bat pour avoir un poste en plus mais en fait je vis mieux les choses même si je fais toujours des heures supplémentaires je le vis différemment et je le vis beaucoup mieux. Et finalement c'est peut-être ce qui me permet de tenir dans ce service tu vois parce que j'adore ce service et j'ai envie d'y rester parce que j'adore cette spécialité surtout par rapport à la relation qu'on peut avoir avec le patient parce que des soins techniques en fait une fois que t'es bien dans tes soins techniques mais ça c'est pour tout le monde tu t'autorises plus à aller dans justement le côté relationnel et puis les soins techniques je les connais bien, je connais bien les pathologies. C'est souvent quand on est jeune diplômé, même en études on est plus axé sur ce qu'on doit apprendre à faire et souvent on est pas assez avec le patient alors que quand t'es bien dans ta technique tu peux te permettre de voilà tu fais ton soin tu sais que tu le fais bien et donc tu vas vers ton patient et tu t'intéresses plus justement à ce côté relationnel finalement qui va avoir un impact sur ce que tu fais aussi plutôt positif donc voilà c'est ça. Sur les tranches formelles je m'aperçois que le fait aussi de les rendre autonomes parce que c'est un des objectifs je suis contente qu'ils aient cet outil là et puis même souvent en hypnose formelle moi je suis à moitié en transe avec eux. Mon conscient lui il bosse, il fait la détersion et puis moi je suis un petit peu ailleurs aussi et c'est vrai que ça fait du bien. Alors moi j'en fais pour moi-même aussi de l'auto-hypnose donc ça me fait vachement de bien, c'est très positif en fait tout ça.

ESI : Quels éléments garantissent l'éthique du soin dans la pratique de l'hypnose selon vous ?

IDE B : Les éléments qui garantissent l'éthique c'est que ton patient soit d'accord pour l'hypnose formelle bien sûr après tout ce qui est communication thérapeutique, même l'hypnose conversationnelle tu le fais dans les services d'urgences parfois quand il faut faire un soin en urgence et que la personne formée à l'hypnose c'est vrai qu'il faut aller vite donc elle va utiliser des techniques qui vont faire que pour rendre plus confortable et puis après bon ba voilà j'ai fait ça je pense que vous vous êtes rendu compte et puis normalement ça passe bien. Pour des hypnoses plus formelles, de toute façon le patient doit adhérer donc s'il n'adhère pas c'est pas la peine. Après comme je te disais on reste dans son champ de compétences donc moi je ne permettrai pas de gérer des côtés psychologiques où y a vraiment des choses que j'ai pu entendre et qui ne font plus partis de mon domaine de compétences donc je réoriente systématiquement. En plus je fais partie d'une association d'hypnose, l'institut Milton Erickson Rennes Bretagne et en fait ce sont des professionnels de la santé, anesthésistes, psychologues, sages-femmes, infirmières, aides-soignantes, médecin, médecin généraliste il y a un peu de tout donc tu sais que tu peux réorienter. Après tu vois quand on me demande est-ce que vous connaissez un tel je vais chercher dans l'annuaire des hypnopraticiens de l'institut Emergence et puis je réoriente. Je donne des adresses après les gens font ce qu'ils veulent. Je réoriente parce que ça ne fait plus parti de mon champ de compétences et là je peux faire des erreurs par contre donc je fais très attention à ma pratique. Après il faut prendre soin de soi aussi c'est-à-dire que quand un jour tu sens que ça va pas le faire parce que tu ne ressens pas ton patient aussi. Après

t'as des contre-indications à l'hypnose aussi, des patients psychotiques, qui sont schizophrènes, tu vois ils sont déjà dissociés donc c'est pas recommandé mais après c'est ton ressenti parfois tu te dis non là je ne vais pas me permettre parce que là tu ressens je ne sais pas c'est un ressenti je sens qu'il ne faut pas que je le fasse là avec ce patient là mais après tu restes bienveillants en communication thérapeutique. Et après toi parce que ce jour-là t'es pas en forme, t'es fatiguée et c'est vrai que c'est pompeur d'énergie de faire une séance d'hypnose donc moi quand j'en fais plusieurs dans le soin des hypnoses formelles mes collègues voient que j'ai des cernes qui se creusent parce que c'est vrai que je suis dissociée aussi et que c'est très fatiguant aussi c'est un bouffeur d'énergie donc à nous aussi quand on fait de l'hypnose de bien nous réassocier après une séance. Il faut prendre le temps de se réassocier donc par le VAKOG mais à l'envers. Il faut trouver du mouvement, bien retrouver les sons, bien regarder, il faut prendre des repères et puis bien s'étirer, bailler, tout ça et tu te réassocies bien dans ton corps.

ESI : Quelles sont les limites de l'hypnose selon vous ?

IDE B : Bien voir que tu es dans ton champ d'action, que tu ne fais pas auprès d'une personne auquel ce n'est pas indiqué. C'est pas de l'hypnose spectacle, c'est de l'hypnose thérapeutique donc on est dans le domaine du soin donc on reste vraiment dans le domaine du soin pour aider. C'est surtout aider le patient. A faire des choses au-delà c'est inconcevable. Après c'est de la douleur, de l'anxiété mais même pour un moment de détente tout simplement. Je vais en réanimation de temps en temps là pour voir des patients qui ont des assistances cardiaques, souvent ce sont de jeunes patients. Ces patients là il faut leur donner de la sensorialité parce qu'ils sont figés dans leur peur donc je vais travailler les sens avec eux, le lieu de sécurité, pareil les rendre autonomes pour vivre mieux ces instants, plusieurs semaines parfois. Pareil pour les patients qui sont greffés cardiaques, c'est leur redonner de la sensorialité. En fait le patient il faut le remettre dans le mouvement et ça c'est important. Et puis après les limites c'est de ne pas faire des choses qui ne sont pas en lien avec ton éthique et qui dépassent ton champ de compétences.

ESI : Avez-vous quelque chose à ajouter ?

IDE B : C'est un super outil. On est là pour les patients donc c'est voilà c'est un plus encore pour les aider. L'hypnose c'est toujours en complémentarité de tout ce qui est déjà prescrit donc les antalgiques voilà toujours en complémentarité de, on arrête rien à côté, on continue et il y a ça en plus. Là c'est pareil, c'est dans l'éthique, dans les limites, c'est vraiment en complémentarité. Je ne me permettrai jamais de ne pas mettre d'anesthésiant et puis juste faire de l'hypnose tu vois. Après, je me suis rendue compte que certains patients par exemple je me souviens d'un patient avec du Meopa il avait le Meopa et puis il était en hypnose et petit à petit il a lâché donc moi j'ai arrêté la bouteille parce que c'est moi qui respirait donc mais il était bien dans son hypnose, il ne tenait plus le truc donc j'ai arrêté la bouteille et le soin s'est super bien passé. Après t'as des patients qui reviennent te voir et qui te disent je fais ça tous les jours c'est super et vous savez que j'ai diminué la morphine parce que j'en ai plus besoin tu vois c'est eux qui s'en rendent compte mais de moi-même je ne me permettrai pas ça c'est clair.

#### IV – Tableaux d'analyse des entretiens

##### Infirmière de chirurgie vasculaire

##### Infirmière aux urgences

Objectif d'analyse 1 : Mettre en évidence la place accordée par l'infirmière à la communication dans la relation soignant-soigné

La communication, fondement de la relation soignant-soigné dans le prendre soin					
La relation soignant-soigné		La communication	Le prendre soin		
Un trait d'union	L'alliance thérapeutique	Un phénomène incontournable	Une présence à l'autre	Un accompagnement	Une approche holistique
C'est un échange, un contact qui se crée entre deux humains ça va être ce lien qui va se créer	C'est ce qui va te permettre de faire ce que tu as besoin de faire auprès de ton patient si tu crées pas ce lien avec ton patient et ce qu'on appelle l'alliance thérapeutique, tu n'auras pas une qualité de soin optimale, tu n'auras pas l'adhésion de ton patient au soin Cette accroche A partir du moment où on établit une alliance entre le soignant et le soigné, tout est favorisé	Elle est capitale et primordiale La communication dans cette relation est importante Tout est basé la dessus On ne peut ne pas communiquer on ne peut pas faire un soin en restant silencieux ça va être dès le premier regard, dès le premier mot dès le début de la relation C'est tout dans la sensorialité c'est très sensoriel on va voir par les différents sens	Être attentif à l'autre rester dans l'empathie avec le patient C'est voir sa sensibilité, ses émotions valider tout son inconfort être dans l'empathie Parfois on essaye de comprendre pourquoi ils en sont arrivés là toujours dans ce respect de la personne dans le respect de la personne. C'est important de toujours respecter la personne, sans jugement dans le respect je ne me permettrai jamais de juger	l'aider à avancer dans son intérêt c'est l'aider à cheminer tout le temps en étant avec, on est avec, on accompagne Je vais être là, je suis garant de votre prise en soin, je vais vous aider justement à cheminer C'est s'occuper d'une personne C'est vraiment les aider, prendre soin Il faut qu'on soit au même niveau avec lui, même qu'on soit plus en position basse par rapport à lui être humble avec eux A hauteur d'homme C'est lui qui va être acteur de son soin. Il faut le rendre acteur, le valoriser. Il faut le valoriser	pour moi une prise en charge soignante ce n'est pas se limiter à prendre en charge un corps, c'est prendre en charge un être humain qui a ses difficultés du moment mais cet être humain il a son corps et il a aussi sa dimension psychologique et sa dimension spirituelle C1 l'être est un individu bio-psycho-social. Il faut tenir compte de cette globalité là peut-être à un moment donné à besoin de nous et en plus, en étant hospitalisée, le ressenti est encore plus fort pour elle pendant un soin, une

				Donner au patient sa juste place	hospitalisation, une consultation
--	--	--	--	----------------------------------	-----------------------------------

Objectif d'analyse 2 : Identifier la prise en charge de la douleur induite par les soins de l'infirmière

La douleur induite par les soins					
Une douleur causée par le soignant lors d'un soin	Une douleur aux dimensions physique et psychologique	Une douleur aiguë	Une douleur prévisible qui nécessite d'être prévenue par des moyens adéquats	Les soins invasifs	Les soins non invasifs
C'est une douleur qui est générée par le soin alors que le soin a un but louable on va venir générer quelque chose de désagréable chez le patient C'est une douleur qui va apparaître lors d'un soin et amenée par un soignant	psychologique la dimension psychologique même psychologiquement on voit bien qu'il n'est pas bien la douleur est un mal-être physique la dimension physique	dans la douleur aiguë tu as la douleur induite aussi C'est une douleur qui peut vite céder c'est une douleur qui va apparaître et qui est signe de danger mais qui est vite traitée, qui va vite disparaître avec un antalgique par exemple ou par autre chose tout simplement	La douleur induite, on sait qu'on va l'induire On sait qu'on va induire une douleur tu sais que tu vas induire une douleur Et il faut réussir à transgresser ça quoi Et en fonction de comment on procède, on a une prise la-dessus qui peut permettre aux choses d'être plus confortables pour le patient L'idée, c'est de préparer la survenue de cette douleur par différentes choses il faut la prévenir L'idée c'est de les aider à mieux vivre ces soins par les différentes techniques qui existent	prises de sang pose de cathlons les évacuations d'abcès les soins de pansements les pansements de brûlures tous les soins liés à la chirurgie, à la préparation de la chirurgie, tout ce qui est prélèvements veineux et autres des prises de sang Actuellement on a les tests PCR ça arrive le dimanche qu'on ait plusieurs tests PCR à faire tu as toutes les douleurs post-opératoires liées à la chirurgie, les mobilisations, les cicatrices tous les soins de pansements, les détersions, les ablations de redons aussi, les drains une ablation de sonde urinaire, les poses de sondes urinaires un soin de détersion de plaie, d'une prise	une luxation d'épaule Chez les patients amputés, c'est pareil, les premières mobilisations ne sont pas simples non plus

				<p>de sang etc. la dépose d'un pansement les anesthésies locales pour des sutures même si l'anesthésie locale son but c'est de protéger de la douleur induite elle même elle peut induire de la douleur aussi B3</p>	
--	--	--	--	--	--

L'évaluation de la douleur induite par les soins					
L'hétéro-évaluation		L'auto-évaluation		Croire le patient	Des échelles d'évaluation de la douleur non utilisées
L'observation et l'écoute	L'échelle comportementale Algoplus	Le confort et l'échelle verbale simple	DN4	Et puis moi on m'a toujours dis au DU douleur qu'il faut toujours croire une personne qui dit qu'elle a mal, et ça c'est vrai Tu as un patient qui va te sourire et qui va te dire que son échelle numérique est à 9. Il faut le croire parce que sa représentation de la douleur est complètement différente de la mienne et c'est lié à tout son historique de douleur, tout son vécu, toute sa sensorialité à lui et s'il dit que c'est 9 et bien c'est 9 donc on va traiter. C'est vrai que parfois il y a des soignants qui disent que oui c'est 7 mais il sourit quand même c'est pas à 7 oui mais c'est sa perception de la douleur à lui donc il	Les échelles d'auto-évaluation : EVA et EN
c'est plus de l'hétéro-évaluation. C'est de l'observation, c'est les manifestations qu'il peut y avoir, c'est les gens qui se crispent, les gens qui verbalisent tout simplement ou les pleurs chez un enfant. Donc on est plus pour moi, à mon sens,	Il y a l'algoplus aussi. Parfois je l'utilise plus pour moi aussi pour voir comment est le patient L'algoplus quand on a vraiment des patients non communicants je vais l'utiliser	je parle de confort souvent. Je dis êtes-vous confortable là ? Après confortable les patients n'entendent peut-être pas la même chose donc je dis dans la sensibilité là dans votre corps comment c'est là maintenant ? Ah puis j'ai mal un peu. D'accord, alors là je reprends les mots. Vous avez mal un peu, mais où ça ? Et c'est comment ?	dans le service il y a l'échelle de la DN4, c'est l'échelle de la douleur neuropathique en 4 questions car il y a beaucoup de douleurs neuropathiques dans le service liées à des lésions de nerfs	L'EVA on ne l'utilise pas parce que l'on n'a pas les réglettes C'est vrai que c'est pas les moments où on va demander une EN ou une EVA parce qu'on est dans l'action. Ces échelles là on s'en sert plus à l'arrivée du patient ou sur une période de suivi mais pas sur un moment de douleur induite. C'est pas ces échelles là qui nous sont utiles	

<p>en hétéro-évaluation sur les types de soins que je pratique et ces moments de douleur induite. B4</p> <p>Parce que par l'observation et l'écoute, tu vois si ton patient est douloureux ou pas on observe et on écoute beaucoup moi si je vois qu'ils sont un peu phobiques car certains ont peur</p>		<p>C'est un peu, c'est un peu plus, c'est beaucoup ? Alors là du coup j'utilise l'échelle verbale simple. Avec les personnes âgées c'est parfois difficile l'échelle numérique, c'est très subjectif, c'est pour ça que je parle de confort et puis après l'échelle verbale simple</p>	<p>donc celle là est à prendre en compte</p>	<p>faut croire donc moi je note 7. C'est important de prendre en compte, toujours valider la douleur du patient, quel qu'elle soit et même si toi tu as l'impression qu'il ne fait pas douloureux mais c'est comme ça que lui perçoit sa douleur donc il faut faire avec</p>	
--	--	--	--	--	--

La prévention et le traitement de la douleur induite par les soins				
Organiser les soins	Des méthodes médicamenteuses		Des méthodes non médicamenteuses	Gérer l'anxiété du patient et des accompagnants
<p>On essaie déjà d'anticiper un peu</p> <p>On anticipe toujours une douleur induite B5</p> <p>à nous de planifier nos soins de manière à être dans les temps d'action de ces antalgiques tout ce qui est</p>	<p>Les moyens généraux</p> <p>On a de l'entonox si besoin est l'entonox, le Meopa, on s'en sert</p> <p>Après ça va être le Meopa dans le service qu'on utilise beaucoup parce</p>	<p>Les moyens locaux</p> <p>On peut poser des patchs Emla on met aussi de la Xylo en spray sur les plaies des enfants, des tout-petits</p> <p>Après ça va être nous pour nos plaies on met des</p>	<p>Tout ce qui est relationnel</p> <p>notre attitude</p> <p>Après c'est tout ce qui va être communication. La communication qu'on a envers nos patients qui peut être thérapeutique au niveau de la douleur quand on utilise des mots positifs, bienveillants, en utilisant différents outils de</p>	<p>la première chose à faire c'est de faire abaisser le stress. Si on abaisse le stress et qu'on amène de la sécurité, qu'on amène même une espèce de distance par rapport à la problématique du moment réussir à abaisser</p>

<p>prescriptions antalgiques avant Respecter les délais d'action des antalgiques en faisant attention aux délais d'action de chacun parce que le spray a une durée courte. On peut agir plus vite mais dans le temps après il faut renouveler et pareil pour le gel, le gel on peut commencer à partir de 10 minutes mais au bout de 45 minutes il est remettre je vais mettre de l'empla et puis je vais attendre un petit peu pour faire la prise de sang tout ce qui est prescriptions antalgiques avant</p>	<p>que ça créé une anxiolyse et en même temps ça crée une antalgie le MEOPA ça va être par les traitements per os donc on a les différents paliers, le palier 1, palier 2, palier 3 avec les morphiniques en palier 3. Ça va être de faire les synergies entre paliers. Faire des synergies, ça a été prouvé, ça augmente les effets des médicaments.</p>	<p>anesthésiants locaux, ça va être tout ce qui est xylocaine gel ou spray les KT péri-nerveux chez certains patients quand ils sont très douloureux tout ce qui est anesthésiants locaux pour les plaies,</p>	<p>communication thérapeutique et puis moi je suis formée à l'hypnose donc je vais utiliser l'hypnose. Après j'ai des collègues qui utilisent l'humour et qui sont très fortes en humour donc ça marche très, très bien la musique la respiration c'est un antalgique naturel l'humour la musique Il y a tout ce qui est communication l'hypnose les bons mots l'aromathérapie parce qu'il y a des huiles essentielles spéciales douleur. On a un diffuseur et un classeur. Pour les différentes thématiques, ça peut être odeur, stress, douleur, tu as différentes huiles essentielles et du coup tu prépares ton petit bol pour diffuser donc c'est bien sympathique, ça sent bon en plus donc c'est vrai c'est agréable. c'est soit par l'eau fraîche. On enlève dans le service beaucoup les pansements quand ils vont à la douche les collègues aides-soignants qui enlèvent les TPN sous la douche parce que au niveau de la douleur il y a quand même une action Pour les soins de détersion parfois quand c'est difficile on utilise le Jetox. C'est un mini karcher avec une petite</p>	<p>l'inquiétude des parents, l'inquiétude de l'enfant Si on désamorce ce stress, cette angoisse sous-jacente, on gagne déjà pff je vais dire 80% de la douleur, dans certains contextes on peut gagner 80%</p>
---	---	--	---	--



			poche d'oxygène et pis ça créé un petit jet	
--	--	--	--	--

Objectif d'analyse 3 : Dégager l'intérêt de l'utilisation de l'hypnose par l'infirmière dans la prise en charge de la douleur induite par les soins

La mesure de l'efficacité de l'outil hypnotique					
Une méthode efficace	Les limites de l'hypnose				
Le non-ressenti de la douleur chez le patient	Le non respect des délais d'action des méthodes de lutte contre la douleur	La nature des soins	Les résistances	L'attitude des accompagnants	Les gestes de soins des soignants
<p>Souvent en réassociation, ils disent et bien je n'ai rien ressenti en douleur, je savais qu'il se passait quelque chose, je sentais des choses mais ce n'était pas de la douleur</p> <p>puis les gens a posteriori, moi ça m'est déjà arrivé à quelques reprises c'est assez déstabilisant d'ailleurs, on a des fois en cours de séances, ça m'est arrivée qu'il y aient des manifestations de douleurs pendant l'hypnose, pendant la séance et que,</p>	<p>Après ça vient aussi de nos chirurgiens qui ne prennent pas le temps de nous laisser le temps de justement préparer notre patient pour justement une douleur induite parce que je vois bien à la consultation ils sont pressés et puis tu vois moi sur certaines hypnoses je leur demande 5 minutes mais non elle va tout de suite prendre une pince gouge pour aller bouger un os</p>	<p>alors après c'est vrai que ça arrive je m'en rend compte même avec l'hypnose donc le patient peut rester dans sa douleur après on fait des gestes quand même, parfois les gestes de détersion c'est quand même des gestes qu'on ferait au bloc opératoire donc on va quand même assez loin dans nos détersions</p> <p>Certaines fois il y a besoin d'une sédation plus profonde et d'une hospitalisation B6 c'est aussi l'effet qu'on peut avoir qui peut être limité, je peux parler de certains gestes particulièrement</p>	<p>Les résistances j'y suis pas beaucoup confronté parce que dans l'ensemble j'ai et ici c'est pareil dans la prise en charge des patients douloureux chroniques, les cas de résistance je crois que j'en ai eu deux depuis 2008 donc je ne suis pas vraiment confronté à ça mais ça existe</p> <p>Il y a des patients qu'accrochent pas B6</p> <p>Parce qu'on pratique aussi en fonction de qui on est</p>	<p>Y a les accompagnants qui, des fois, ne sont pas aidants ça arrive que l'on se fasse, qu'il y aient des tentatives de sabotage</p>	<p>Y a des fois où c'est sûr je rame beaucoup plus parce qu'il y a aussi des urgentistes qui ont des douceurs dans leurs gestes et d'autres qui ont plus d'efficacité et des gestes du coup un peu plus toniques et c'est sûr que ça complique les choses pour moi</p>

<p>après coup les gens me disent mais c'était génial, ah mais qu'est-ce que c'était bien, ah mais c'est fait, c'est déjà fini ? Donc il y a comme un décalage, c'est assez étonnant, ce sont des choses qui se voient assez rarement mais qui se voient. Il y a comme une amnésie des passages douloureux. Ils en gardent que le beau. C'est comme s'ils en gardaient que le beau</p> <p>quand tu commences à utiliser les outils qu'on te donne lors de cette formation qui sont quand même des outils hypnotiques et que tu t'aperçois que ça fonctionne</p>		<p>douloureux là comme les réductions de luxations d'épaules, si c'est une luxation qui date d'il y a trois jours, c'est sûr qu'on va ramer en hypnose et qu'on va avoir beaucoup de mal pour réussir à détendre suffisamment la personne pour réussir à réduire cette luxation</p>			
--	--	---	--	--	--

La définition de l'hypnose thérapeutique					
Une méthode psychocorporelle	Améliorer le confort du patient	Une relation	Un état de conscience modifié	L'inconscient, une mine de ressources pour le patient	Un patient acteur
qui permet un abord sur le corps mais	L'hypnose est thérapeutique dans le sens où elle va aider le	c'est Milton Erickson qui disait : « l'hypnose	Après l'hypnose on dit souvent que c'est un état de conscience	En fait c'est lui qui va rechercher dans son inconscient toutes	Super, c'est très, très bien, vous êtes trop fort parce que c'est

<p>aussi un travail psychologique possible à un niveau inconscient</p> <p>Parce que c'est un outil qui est complet C'est un outil qui répond bien à l'humain, qui correspond bien à l'humain parce que l'être humain c'est un corps mais c'est beaucoup plus qu'un corps. Et l'hypnose s'occupe de toute cette globalité là. C'est un outil holistique qui permet du coup de s'occuper de tout ça C'est complet, très complet Quand je te parle des urgences</p>	<p>patient à mieux gérer des soins, peut-être un événement, des sensations, des émotions etc.</p> <p>L'intérêt c'est d'aider le patient. Dans le monde du soin, la douleur, c'est aider le patient à mieux vivre ses soins au quotidien, à le rendre moins anxieux justement C'est le dissocié de sa douleur. C'est une dissociation de toute façon l'hypnose Il était complètement à côté de sa douleur dans le monde de la douleur, c'est qu'ils vivent mieux un soin L'idée c'est de les rendre confortables sur la douleur, sur la peur, l'anxiété d'un soin. C'est vraiment gérer à un moment où ils ne sont pas biens c'est pour l'aider à mieux vivre un soin mon patient sera plus</p>	<p>est une relation pleine de vie qui a lieu dans une personne et qui est suscitée par la chaleur d'une autre »</p> <p>l'hypnose c'est avant tout la relation. C'est une relation pleine de vie, il faut créer cette alliance thérapeutique, cette relation de confiance auprès de ton patient. Venant de la chaleur d'une autre parce que si tu es dans cette relation et que ton patient adhère complètement à ce que tu dis, il faut toujours être bienveillant, c'est cette relation, si elle se fait dès le départ, ça va se faire tranquillement</p>	<p>modifié au niveau du patient</p> <p>L'hypnose c'est un mode de fonctionnement particulier qu'on induit chez une personne</p>	<p>es ressources pour l'aider justement à gérer un moment délicat, à gérer aussi un problème</p> <p>Même Milton Erickson disait : « l'inconscient est un grand réservoir de solutions, un grand magasin de solutions ». Et c'est vrai qu'on a tous nos apprentissages depuis qu'on est petit donc on peut trouver tous nos souvenirs et c'est vrai que ça nous permet de trouver justement les solutions pour nous aider à mieux être d'aller dans cet inconscient qui est plein de ressources elle a trouvé les ressources dans son inconscient pour l'aider ça leur permet d'aller dans leurs souvenirs et d'aller chercher justement leurs ressources qui vont les aider à mieux vivre un soin, une consultation ou une hospitalisation</p>	<p>vous qui avez fait tout le travail quand même, moi j'ai j'étais juste à discuter avec vous.</p> <p>Le patient est acteur de son hypnose. C'est lui qui fait tout je lui ai dit que c'était elle qui avait fait tout le travail. Moi j'étais juste là à parler avec elle</p>
--	--	--	---	--	--

<p>et que je te parle effectivement de la douleur, de la douleur induite, de la douleur de base, oui, c'est une problématique mais toute l'anxiété, tout le stress, toutes les peurs sous-jacentes, faut pas les laisser de côté, faut aussi s'en occuper et l'hypnose avec toutes ses dimensions elle répond à ça et qui pour moi fait parti du soin, c'est intriqué. Aujourd'hui, c'est complètement intriqué</p>	<p>confortable</p>				
---	--------------------	--	--	--	--

Les formes de l'hypnose			
L'hypnose conversationnelle		L'hypnose formelle	
Une	Un savoir faire	En fonction de	En fonction de l'état émotionnel et physique du

utilisation quotidienne	et un savoir faire	la disponibilité du soignant	patient
<p>Aux urgences aussi, déjà l'hypnose conversationnelle à l'accueil Et puis l'hypnose plus formelle, j'en fais souvent, j'en fais quasiment tout le temps, quand y a besoin, ne serait-ce qu'une prise de sang</p> <p>Après l'hypnose conversationnelle, un peu comme c'est la communication thérapeutique, c'est au quotidien</p> <p>Avec l'hypnose conversationnelle, on s'approche de la communication thérapeutique donc pareil c'est au quotidien avec le patient</p>	<p>alors ça fait partie de moi donc quand est-ce que je fais de l'hypnose quand est-ce que je fais pas je finis par ne plus savoir l'hypnose conversationnelle fait partie de moi, ça s'imprime et en tant que soignante l'hypnose fait partie de ma pratique</p>	<p>les tranches formelles alors j'en ai fait beaucoup, beaucoup au départ, maintenant c'est un peu plus difficile parce que on est un effectif plus réduit aux urgences donc il faut quand même avoir comme je le disais tout à l'heure le mental assez disponible et savoir qu'on peut se consacrer au patient et rien qu'à lui et pas être appelé pour autre chose en plein milieu du soin du coup ça a sûrement réduit le nombre de fois où je peux pratiquer l'hypnose mais dès que c'est nécessaire et que c'est réalisable je fais des séances d'hypnose aux urgences</p>	<p>L'hypnose formelle c'est vraiment au feeling, je ressens, par mon observation, mon écoute, je vois que là y a une peur qui est là, ils sont totalement focalisés sur cette peur, sur ce qui va venir hop là voilà je leur propose</p> <p>es hypnoses plus formelles c'est un peu au feeling, c'est quand je vois que la personne est vraiment inconfortable et qu'elle reste dans sa peur, qu'elle est figée dans sa peur donc là j'y vais direct</p> <p>L'hypnose formelle je l'utilise pas forcément tous les jours</p>

	<p>ma comm unicat ion théra peuti que est rentré e dans mon incons cient, c'est comm e les appre ntissa ges, c'est- à-dire que je vais parler comm unicat ion théra peuti que En fait, j'ai chang é ma façon d'être Après en comm unicat ion théra peuti que moi je dirais que c'est passé</p>		
--	--	--	--

	en mode inconscient, je parle communication thérapeutique		
--	---	--	--

Les techniques hypnotiques utilisées par l'infirmière pour favoriser le processus hypnotique chez le patient								
Le VAKOG	Le lieu de sécurité	La chosification de la douleur	Une communication positive	Des suggestions hypnotiques d'analgésie : « Comme si »	Le détournement d'attention	Le langage non-verbale	L'écoute et l'observation	La focalisation
Après j'utilise le VAKO. J'utilise la sensorialité. Le VAKO c'est le visuel, l'auditif, le kinesthésique, l'olfactif et le gustatif. Je fais mon induction par le VAKO  On a un canal sensoriel à nous, préférentiel. Moi, je suis plus kinesthésique, visuelle. Mon patient, il est peut-être plus auditif. Si j'utilise des mots en lien avec ce qui fait que moi je suis kinesthésique et visuelle, voilà je vais dire je comprends	vous pouvez vous autoriser peut-être à vous retrouver à faire comme si vous étiez dans un endroit que vous aimez bien là, un endroit qui vous	On va chosifier la douleur. Comment elle est cette douleur, quelle forme vous pouvez lui donner ?	des termes bienveillants, positifs je rajoute des mots, je saupoudre de mots positifs Tu saupoudres, tu saupoudres, tu saupoudres je rajoute plein de	Souvent je leur dis et bien on va faire comme si. Comment si par exemple je passais une pommade, qui va pénétrer tranquillement de tissus en tissus	je fais mon soin, on en parle pas de ce que je vais faire alors parfois je dis j'y vais tranquillement on parle d'autres choses. On parle du temps, de ce	Ça va être dans le timbre de la voix, si tu l'accueilles avec une voix très aiguë, ça va pas être très avenant en fait. C'est dans le rythme de la	Dans les outils de communication thérapeutique, il y a l'observation et l'écoute qui sont très importantes. Observer ton patient, écouter ton	Ça peut être la focalisation ça m'arrive aussi de faire ça, de faire une induction par focalisation Je travaille beaucoup sur la respiration pour les inductions travailler sur sa respiration c'est un bel outil les faire refixer sur la respiration

<p>bien, je le ressens bien. Lui ne va pas du tout percuter parce que lui ce qu'il attend c'est j'entends bien. Tu vois c'est dans la formulation des mots et utiliser le bon canal. Parfois, j'utilise un panaché de mots des différents canaux parce que je sais qu'à un moment donné je vais l'accrocher, je vais toucher son canal justement</p>	<p>rassure , un endroit où vous aimez passer du temps et hop je vais vers le lieu de sécurité</p>		<p>mots positifs je vais utiliser que des mots qui ne vont pas induire de douleurs par exemple pour une prise de sang je ne dis pas je vais vous piquer parce que je vais vous piquer j'induis une douleur Ça va être dans les mots que tu vas utiliser, si tu utilises des mots bienveillants et positifs , la relation</p>	<p>et qui va endormir votre jambe et pour aller jusqu'au bout des orteils</p>	<p>qu'ils ont fait dans la vie etc. quand on fait un soin c'est pas la peine de parler du soin. Pourquoi on parle pas de ce qu'ils ont fait le week-end dernier ou de ce qu'ils aiment faire dans la vie et du coup ça les défocalise du soin aussi, ça leur permet de penser à autre chose ça peut être le détournement d'attention</p>	<p>voix, ce sont les voix graves qu'on dit qui sont réconfortantes</p>	<p>patient . On va utiliser les différents langages donc tu regardes le langage non-verbale de ton patient déjà donc ça te donne des indices sur son état d'esprit , tu vas tout de suite voir s'il est souriant, s'il est triste, si ses yeux sont figés, s'il est dans sa peur il suffit d'observer. Quand tu rentres dans une chambre et</p>	
--	---	--	--	---	--	--	---	--



			n va se faire plus facilement je vais parler avec des mots qui ne créent pas de douleur ou d'inconfort, je vais avoir des positions		tion pour des choses très, très légères c'est déjà travaillé avec le détournement de l'attention, oui c'est déjà exploité ce mécanisme là		que ton patient à a télé allumée assez forte, qu'il a des écouteurs sur son adaptable. Tu vas te dire tiens lui il a l'air quand même pas mal auditif. C'est plein de petites choses, par l'observation, l'écoute qu'on arrive à attraper le canal sensoriel de la personne qui est en face de nous et du coup ça te permet d'entrer	
--	--	--	---	--	---	--	--	--

							encore mieux dans la communication avec elle. on observe, on écoute	
--	--	--	--	--	--	--	---	--

L'apport de l'hypnose dans la pratique infirmière					
Des qualités relationnelles innées	Une remise en question de sa pratique			Une amélioration de ses compétences relationnelles	Un mieux-être pour le soignant
	De son observation et de son écoute	De sa pratique langagière	Des pratiques du service de soins		
<p>ce sens de l'humain je l'avais déjà tellement profondément en moi. Si je l'avais pas eu, j'aurais pas fait ce métier là.</p> <p>Donc y a qui on est à la base la trame de base du rapport humain je l'avais déjà en moi, c'est clair. Sinon ça sert à rien d'aller dans le soin</p> <p>je fais ce métier parce que j'adore la relation</p> <p>j'aime bien causer et j'adore la communication</p>	<p>C'est vraiment que finalement observer, écouter parfois je mes suis rendue compte que les erreurs d'interprétation. J'avais mal compris en fait parce que je n'avais pas bien écouté. C'est une sacré</p>	<p>avant je disais ne vous inquiétez pas et bien finalement tu t'aperçois que tu induis une douleur ou de l'inconfort en disant ça donc du coup c'est une sacré remise en question au niveau</p>	<p>ça a changé la vie du service</p> <p>Ça a changé l'atmosphère du service</p> <p>Avant qu'on pratique l'hypnose moi ça nous arrivait de sangler les enfants dans des alèses pour les maintenir de façon ferme pour réaliser une suture. Ce genre de chose on ne le voit plus jamais. Le jour où on a été formés à</p>	<p>ça a été comme je te disais tout à l'heure une révélation</p> <p>Ça a été une révélation dans ce sens où je me dis oui super je vais encore être mieux avec mon patient, je vais encore plus lui apporter parce qu'il va recevoir des choses qui vont vraiment le mettre encore plus dans le confort et le bien-être et la sécurité, c'est les 3 mots,</p>	<p>c'est vraiment que depuis que je suis formée à la communication thérapeutique et à l'hypnose pour moi j'ai retrouvé mes valeurs soignantes</p> <p>J'ai pas pris du recul par rapport à tout ce qui se passe dans le service</p> <p>je vis mieux les choses</p> <p>je le vis différemment et je le vis beaucoup mieux. Et finalement c'est peut-</p>

	remise en question	de ta pratique	l'hypnose on a plus jamais fait des choses pareils. Ça change quand même bigrement la donne. Ça a changé la donne	confort, bien-être, sécurité. Axé plus sur son observation, son écoute Et ça a été une révélation on fait bien les choses mais on peut encore mieux les faire et du coup ça a été une révélation Comme je te disais, tout ce qu'on peut apporter pour le bien-être du patient, pour son confort, sa sécurité Elle m'a donné un outil y a les outils qu'on va chercher ou qui arrivent sur notre chemin dont on se saisit ou dont on se saisit pas tout ça ça fait une évolution	être ce qui me permet de tenir dans ce service souvent en hypnose formelle moi je suis à moitié en transe avec eux. Mon conscient lui il bosse, il fait la détersion et puis moi je suis un petit peu ailleurs aussi et c'est vrai que ça fait du bien
--	--------------------	----------------	---	---	--

Les éléments garants de l'éthique du soin dans la pratique de l'hypnose							
La formation	Les retours d'expérience	Être en accord avec son	Respecter les contre-	Respecter son champ	Écouter son ressenti	L'état de fatigue du soignant	Le respect du cadre thérapeutique

	ence	éthique personnelle	indications		de compétences et réorienter si besoin			
La formation de base de notre formation la rigueur que l'on nous a donné	les échanges avec les collègues	L'éthique c'est déjà qui on est à la base c'est de ne pas faire des choses qui ne sont pas en lien avec ton éthique. On est pas soignant pour rien, on ne fait pas ce métier pour rien. On est quand même dans la bienveillance de nos patients.	Les patients psychiques	Les réflexes du patient	Après comme je te disais on reste dans son champ de compétences donc moi je ne permettrais pas de gérer des côtés psychologiques où y a vraiment des choses que j'ai pu entendre et qui ne font plus partis de mon domaine de compétences donc je réorienterai systématiquement. En plus je fais partie	Après il faut prendre soin de soi aussi c'est-à-dire que quand un jour tu sens que ça va pas le faire parce que tu ne ressens pas ton patient aussi c'est ton ressenti parfois tu te dis non là je ne vais pas me permettre parce que là tu ressens je ne sais pas c'est un ressenti je sens qu'il ne faut pas que je le fasse là avec ce patient là	Et après toi parce que ce jour-là t'es pas en forme, t'es fatiguée et c'est vrai que c'est pompeur d'énergie de faire une séance d'hypnose donc moi quand j'en fais plusieurs dans le soin des hypnoses formelles mes collègues voient que j'ai des cernes qui se creusent parce que c'est vrai que je suis dissociée aussi et que c'est très fatiguant aussi c'est un bouffeur d'énergie	L'hypnose c'est toujours en complémentarité de tout ce qui est déjà prescrit donc les antalgiques voilà toujours en complémentarité de, on arrête rien à côté, on continue et il y a ça en plus c'est vraiment en complémentarité. Je ne me permettrai jamais de ne pas mettre d'anesthésiant et puis juste faire de l'hypnose tu vois / de moi-même je ne me permettrai pas ça c'est clair

			<p>t hyp d'une  d' déj nos associati  à es on  diss plu d'hypno  oci s se,  és for l'institut  do mel Milton  nc les, Erickson  c'es de Rennes  t tou Bretagne  pas te e et en  rec faç fait ce  om on sont des  ma le professi  ndé pati onnels  que ent de la  tu doi santé,  ne t anesthés  fais adh istes,  pas ére psycholo  aup r gues,  rès do sages-  d'u nc femmes,  ne s'il infirmière  per n'a es,  son dhè aides-  ne re soignant  auq pas es,  uel c'es médecin  ce t ,  n'e pas médecin  st la généralis  pas pei te il y a  indi ne un peu  qué Da de tout  ns donc tu  l'hy sais que  pn tu peux  ose réorient  il er. Après  fa tu vois  t quand  que on me  ton demand  pati e est-ce  ent que  soit vous  vali connais  de, ez un tel  il je vais  fa chercher</p>			
--	--	--	---	--	--	--

				<p>t dans qu'i l'annuair l e des soit hypnopr d'a aticiens cco de rd, l'institut si Emergen un ce et pati puis je ent réorient n'e e. Je st donne pas des d'a adresses cco après les rd gens de font ce fair qu'ils e veulent. de Je l'hy réorient pn e parce ose que ça moi ne fait je plus ne parti de le mon fer champ ai de pas compéte j'ac nces et cep là je ter peux ai faire des s'il erreurs ref par use contre Bie donc je n fais très sou attentio ven n à ma t si pratique c'es - Bien t voir que « p tu es rép dans ton aré champ », d'action par - qui ce dépasse</p>		
--	--	--	--	---	--	--

				<p>que nt ton je champ pré de par compéte e nces rie il faut n, qu'on mai sache s je bien pro qu'on pos reste e à dans la notre per champ son de ne compéte par nces que ce moi que j'irais jam pas me ais permettr d'h e de ypn faire de ose l'hypnos san e à s quelqu'u acc n qui a ord eu un du viol dans pati son ent enfance sur et que y des a une tra problém nse atique s de for douleur mel chroniqu les e et que je finaleme leu nt cette r douleur pro chroniqu pos e est liée e. à ce qui C'e s'est st passé vrai dans que l'enfanc c'es e et moi t je n'ai</p>		
--	--	--	--	---	--	--

				<p>impas les ortcapacité ant s en fait , d'aider c'es la t personn dan e à gérer s le l'ét problèm hiq e de ue l'enfanc des e donc si hyp par no exemple pra mes tici oreilles ens entende nt ça je réorient e je dis mes oreilles ont entendu pendant l'hypnos e certaine s choses et je pense que alors peut- être que après il va verbalise r mais je dis je vais vous orienter vers un collègue qui je pense saura vous aider. Il faut rester</p>		
--	--	--	--	---	--	--



				dans son champ de compétences parce qu'il y a beaucoup de gens formés à l'hypnose qui peuvent ouvrir un cabinet d'hypnotérapeute et qui en fait ne sont pas armés pour gérer des problèmes qui dépassent nos compétences tu vois. Donc moi je reste dans mon champ d'éthique en fait, dans mon champ de compétences. On a tous notre domaine		
--	--	--	--	--	--	--

				<p>. Quand j'étais formée, j'étais formée par des psychiatr e, c'est vrai que ce qu'ils nous racontai ent sur les syndrom es post-traumati ques après les attentats du Bataclan c'est vrai que le travail en hypnose là tu ne mets pas n'import e qui en face d'une personn e qui a vécu ça quoi faut avoir les bonnes personn es sinon je pense qu'on peut être délétère par rapport à la personn</p>		
--	--	--	--	--	--	--

				<p>e si on est pas capable de l'aider à gérer justement sa problématique d'origine C'est pas de l'hypnose spectacle, c'est de l'hypnose thérapeutique donc on est dans le domaine du soin donc on reste vraiment dans le domaine du soin pour aider. C'est surtout aide le patient. A faire des choses au-delà c'est inconcevable</p>			
--	--	--	--	---	--	--	--

NOM : Leprêtre  
PRENOM : Nolwenn

TITRE : Hypnosis and treatment-induced pain / Hypnose et douleur induite

Summary :

Therapeutic hypnosis is a psychocorporal and non-pharmacological approach used by nurses to manage treatment-induced pain. This method is practised as a complement to other pain management techniques. Through this research work, the aim is to understand how the use of hypnosis by nurse participate in managing patient's pain. A comparison of the authors' point of view on the subject and interviews with two nurses in the field was carried out in order to answer this problematic. This study points out the effectiveness of this method to reduce the pain of certain care acts. There is also evidence that hypnosis contributes to improve the patient's comfort. Moreover, this research work shows that hypnosis allows to optimize the patient-carer relationship thanks to communication tools and to activate the patient's internal resources.

Résumé : L'hypnose thérapeutique est une approche psychocorporelle et non-médicamenteuse utilisée par les infirmières dans la prise en charge de la douleur induite par les soins. Cette méthode est pratiquée dans la complémentarité des autres techniques de prise en charge de la douleur. A travers ce travail de recherche, il s'agit de comprendre en quoi l'utilisation de l'hypnose par l'infirmière participe à la gestion de la douleur chez le patient. Cette étude met en avant l'efficacité de cette méthode à réduire la douleur de certains actes de soins. Il est aussi démontré que l'hypnose contribue à améliorer le confort du patient. Ce travail de recherche montre également que l'hypnose permet d'optimiser la relation soignant-soigné grâce à des outils communicationnels et d'activer les ressources internes du patient.

KEY WORDS : Hypnosis, patient-carer relation, treatment-induced pain, communication, non-pharmacological treatment

MOTS CLES : Hypnose, relation soignant-soigné, douleur induite par les soins, traitement non-médicamenteux

Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou  
2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes  
TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES - 2021

