

LA BOÎTE À OUTILS

DE L'HYPNOSE EN ANESTHÉSIE- RÉANIMATION

Sous la direction d'Arnaud GOUCHET

59

outils
clés en main

DUNOD

Crédits iconographiques : les illustrations sont issues de @ unsplash.com ; @ freeimg.net ; @ pixabay.com ; @ pxhere.com ; @ pexels.com ; @ wikimedia.org ; @ flickr.com ; @ wikipedia.org ; @ publicdomainfiles.com.

Conseiller éditorial : Pr Antoine Bioy

Conception de couverture : mokmok.agency

Mise en page : Belle Page

<p>Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements</p>	<p>d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.</p> <p>Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p>
--	--



© Dunod, 2021

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff

www.dunod.com

ISBN 978-2-10-082686-5

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

VOUS AUSSI, AYEZ LE RÉFLEXE

Boîte à outils

**Des outils
classés par
dossiers
thématiques**

**5
DOSSIER**

IMAGE LI ET NOTOR

“
Être le meilleur est bien,
car tu es le premier.
Être unique est encore mieux,
car tu es le seul.”

Wilson Kanadi

**Une présentation
visuelle de chaque outil**

Exercices



EXERCICE 1 : AMÉLIORER SA CONCENTRATION

- Fermez les yeux, représentez-vous le chiffre 1.
- Lorsque vous le voyez clairement en pensée, effacez de votre esprit l'image du chiffre 1.
- Réapprenez-vous le chiffre 1. Continuez ainsi jusqu'à 10.

EXERCICE 2 : LA MÉTHODE DE « L'ÉCOUTE AVEC LE CŒUR »

- La technique se résume en cinq questions

1. Que s'est-il passé ?

Quelle émotion avez-vous ressentie ?

Qu'est-ce qui a été le plus difficile pour vous ?

Outil 33 Le Personal Branding

“
Aujourd'hui,
à l'ère de l'individu,
vous devez
être votre propre
marque.
»

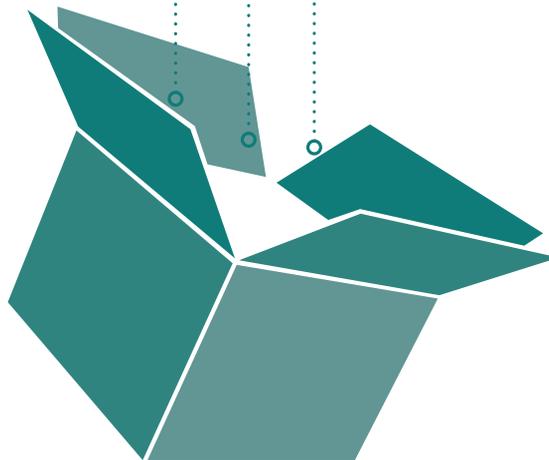
En quelques mots

Le Personal Branding ou la gestion de sa marque personnelle est un outil de réflexion et de mise en œuvre d'actions définies visant à contribuer à la construction de son image personnelle. En marketing de soi, le Personal Branding est l'ensemble des moyen techniques et canaux que l'on va utiliser afin de construire son identité, sa renommée visible et sa promotion de façon pertinente et efficace. À l'instar des entreprises qui créent des marques, les rendent visibles, développent leur notoriété et travaillent leur image, il est possible de le faire pour soi-même et mettre en avant sa propre « marque ».

LES COMPOSANTES DE LA VALEUR DE L'EXPIÉRIENCE POUR LE CLIENT

Composante de la valeur perçue dans l'expérience	Ressources apportées par l'entreprise à l'origine de cette valeur
Stabilité Fait économiser ou gagner de l'argent	Des offres spéciales, des ventes flash, des mises à jour, des actions ou des départs en grève
Fiabilité Fait gagner du temps ou respecte l'engagement touché par le client	Une ouverture, une transparence, une honnêteté

**Des exemples,
cas ou exercices
pour approfondir**



Le mot de l'auteur

“

Vivre, c'est faire de son rêve un souvenir.

Sylvain Tesson

L'anesthésie est une spécialité médicale insolite : de nombreux aspects la distinguent d'autres disciplines médicales, comme sa technicité et sa transversalité, ainsi que son approche globale du patient, dans les champs de la chirurgie et de la médecine interventionnelle, très spécifiques et parfois spéculaires.

Nombreux sont les praticiens de l'anesthésie qui ont perçu l'importance des compétences non techniques dans l'exercice de leur art ; dès le début du xx^e siècle, l'infirmière Alice Magaw démontrait l'intérêt de l'hypnose conjointe à l'anesthésie ; le docteur Milton Marmer dans les années 1950 aux États-Unis, puis le docteur Jean Lassner à partir des années 1960 en France, ont été les pionniers de l'hypnoanesthésie. Par la suite, l'engagement et les travaux du docteur Alain Forster et du professeur M.-E. Faymonville ont donné à l'hypnoanesthésie l'assise scientifique et la rigueur clinique que nous lui connaissons, nécessaires à la sécurité d'une pratique intelligente et respectueuse de l'écologie du patient.

Ainsi observons-nous un intérêt croissant pour l'hypnose en anesthésie, chez les praticiens comme chez les patients. Cet intérêt s'est longtemps cantonné à la pratique au bloc opératoire ; nous souhaitons ici sensibiliser le lecteur à la pratique en amont (dès la consultation d'anesthésie) et en aval (dans les suites opératoires), ainsi qu'en réanimation, où l'hypnose trouve sa place depuis déjà plusieurs années. En France, la réanimation est connexe à l'anesthésie - dont elle peut être envisagée comme un prolongement - comme l'indique le libellé de la spécialité médicale.

Si la séance d'hypnose est considérée comme un acte médical, nul n'est besoin d'être médecin pour faire de la relation soignant-soigné une relation soignante : c'est la raison d'être de tout professionnel du soin ou de la relation d'aide.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier les docteurs Isabelle Federspiel et Otman Kerkeni, médecins anesthésistes-réanimateurs, pour leur amicale contribution à cet ouvrage.

Je remercie les patients, notamment ceux dont la rencontre a permis les expériences décrites ici, qui sont toutes des « histoires vraies » ; seuls les noms et prénoms ont été modifiés. Cet ouvrage leur est dédié.

Mes remerciements vont également au professeur Antoine Bioy pour sa confiance et sa rigueur bienveillante, ainsi qu'à mesdames Le Rey et Meyer-Vacherand, des éditions Dunod, pour leur accueil attentif et leur patience.

Contributeurs

Otman KERKENI	Docteur en médecine Médecin anesthésiste	Outil 7 – À la consultation d'anesthésie (2) Outil 54 – Hypnose pour VME Outil 55 – Hypnose pour hystéroscopie Outil 56 – Hypnose pour prélèvement de follicules
Isabelle FEDERSPIEL	Docteur en médecine Médecin anesthésiste	Outil 44 – Accueil au bloc opératoire Outil 45 – Acceptation du masque facial Outil 46 – Induction inhalatoire Outil 51 – Hypnose pour rachianesthésie

Préface

La pratique de l'hypnose en anesthésie est paradoxale. En effet, elle paraît nouvelle, alors que l'anesthésie est l'une des indications les plus anciennes de la pratique hypnotique (XIX^e siècle). L'hypnose est un état de veille, ici au service d'une pratique médicale qui endort. Elle stimule l'activité et les ressources du patient, dans un environnement où l'on attend de lui docilité et immobilité.

Autrement dit, l'hypnose en anesthésie désigne un interstice complexe, qui a su irradier bien au-delà de son seul champ de pratique. Dans le langage, d'abord. Par exemple, le terme « induction hypnotique » que nous employons tous est un vocable directement construit par analogie avec le terme « induction anesthésique. » Et dans les mentalités aussi, puisque ce sont les travaux en lien avec l'hypnose anesthésique¹ qui ont définitivement convaincu d'une part que l'hypnose existait (la question ne se rencontre d'ailleurs plus) et d'autre part qu'elle était de nature scientifique.

On ne le dira jamais assez, la place du Pr Marie-Elisabeth Faymonville a été centrale dans ce mouvement, dans la lignée de praticiens comme le Dr Alain Forster qui a introduit l'hypnose à l'hôpital universitaire de Genève en 1977. Mme Faymonville est – à notre connaissance – la première anesthésiste nommée professeure spécifiquement pour ses travaux et sa pratique en hypnose et douleur ; et le CHU Liège où elle continue son œuvre clinique et de recherche est la référence internationale dans le champ de l'hypnose en anesthésie. J'ai eu le privilège de pouvoir co-signer avec elle un ouvrage : *La révolution de l'hypnose*, chez Dunod.

En France, la pratique a été plus progressive, longtemps peu visible, mais s'est installée comme une lame de fond tranquille grâce, là aussi, à des personnes volontaires, également cliniciens talentueux. Le Dr Arnaud Gouchet fait partie de ceux-là. Son important intérêt pour les principes de communication thérapeutique, son souhait de défendre une pratique aussi humaniste que technicienne en font une personne référente dans la pratique de l'hypnose appliquée au champ de l'hypno-anesthésie. Au fil des pages, vous lirez son goût de la transmission et son art de l'hypnose, pragmatique et créatif. Il s'est entouré de praticiens qui partagent avec lui cette même vision, et qui enrichissent de leurs apports la clinique.

1. Études cliniques et expérimentales, imageries médicales etc. sur hypnoanesthésie, douleur et anxiété en lien avec l'acte chirurgical, par exemple.

J'ai eu le plaisir pour ma part d'accompagner la réalisation de cet ouvrage en tant que conseiller éditorial, après avoir initié le projet auprès des éditions Dunod, qui ont de suite perçu l'intérêt pour les praticiens de disposer d'un manuel clair, nourri par la science et l'expérience pratique de ses auteurs. Tout est donc réuni pour souhaiter que cet ouvrage guide durablement vos expériences hypnotiques, au service de nos patients. Bonne lecture à chacun !

Pr Antoine Bioy

**Enseignant chercheur en psychologie clinique et psychopathologie,
université de Paris 8**

Responsable scientifique du centre de formation et d'étude en hypnose IPNOSIA

**Coordinateur scientifique de l'Agence des Médecines Complémentaires
et Alternatives, A-MCA**

Conseiller scientifique UNESCO, chaire 918

Sommaire

Le mot de l'auteur	4
Contributeurs	5
Préface	6
Sommaire	8
DOSSIER 1 COMMUNICATION FACILITATRICE	10
• <i>Outil 1</i> Communication thérapeutique	12
• <i>Outil 2</i> Reconnecter le patient dissocié	15
• <i>Outil 3</i> Orienter l'attention	18
• <i>Outil 4</i> Séquence d'acceptation	21
• <i>Outil 5</i> Choix illusoires	24
• <i>Outil 6</i> À la consultation d'anesthésie (1)	27
• <i>Outil 7</i> À la consultation d'anesthésie (2)	30
• <i>Outil 8</i> Du bon usage du langage négatif	33
DOSSIER 2 FOCALISATION DE L'ATTENTION & DISSOCIATION	36
• <i>Outil 9</i> Rétrocontrôle interactif	38
• <i>Outil 10</i> Focalisation olfactive	41
• <i>Outil 11</i> Travailler avec la respiration (1)	44
• <i>Outil 12</i> Travailler avec la respiration (2)	47
• <i>Outil 13</i> Travailler avec l'inspiration	50
• <i>Outil 14</i> Travailler avec l'expiration	53
• <i>Outil 15</i> Accompagner une ALR échoguidée	56
DOSSIER 3 DE QUELQUES INDUCTIONS DITES « RAPIDES »	60
• <i>Outil 16</i> Saturation sensorielle	62
• <i>Outil 17</i> Hypnose et urgence chirurgicale	66
• <i>Outil 18</i> Confusion & saturation	69
• <i>Outil 19</i> Confusion & surprise	72
• <i>Outil 20</i> Induction par quatre questions	75
DOSSIER 4 L'HYPNOSE EN SOINS INTENSIFS ET EN RÉANIMATION	78
• <i>Outil 21</i> Pose de cathéter veineux central (1)	80
• <i>Outil 22</i> Pose de cathéter veineux central (2)	83
• <i>Outil 23</i> Pose de cathéter artériel	87
• <i>Outil 24</i> Pansement de brûlé	91
• <i>Outil 25</i> Sevrage ventilatoire	95
DOSSIER 5 ACTIVATION DES RESSOURCES (LIEUX ET TEMPS)	98
• <i>Outil 26</i> Hypnose et anesthésie locale	100
• <i>Outil 27</i> Anesthésie locale en gynécologie	103
• <i>Outil 28</i> Mobiliser un savoir-faire	106
• <i>Outil 29</i> Le médicament comme ressource	109

	• <i>Outil 30</i>	L'effet placebo en hypnose	112
	• <i>Outil 31</i>	Rêve et anesthésie	115
	• <i>Outil 32</i>	Anticipation positive (1)	118
	• <i>Outil 33</i>	Anticipation positive (2)	121
	• <i>Outil 34</i>	Balancement régulier et APD	124
	• <i>Outil 35</i>	Ressource pour la révision utérine	128
	• <i>Outil 36</i>	Ressource pour la coloscopie	131
DOSSIER 6	LES PHÉNOMÈNES IDÉO-MOTEURS		134
	• <i>Outil 37</i>	Utiliser la catalepsie	136
	• <i>Outil 38</i>	Utiliser la lévitation (1)	139
	• <i>Outil 39</i>	Utiliser la lévitation (2)	142
	• <i>Outil 40</i>	Travail avec les mains	145
	• <i>Outil 41</i>	Diminution du percept	149
	• <i>Outil 42</i>	Hypnose avec un interprète	152
DOSSIER 7	L'HYPNOSE EN ANESTHÉSIE PÉDIATRIQUE		156
	• <i>Outil 43</i>	À la consultation d'anesthésie	158
	• <i>Outil 44</i>	Accueil au bloc opératoire	162
	• <i>Outil 45</i>	Acceptation du masque facial	165
	• <i>Outil 46</i>	Induction inhalatoire	168
	• <i>Outil 47</i>	Préoxygénation (1)	171
	• <i>Outil 48</i>	Préoxygénation (2)	174
	• <i>Outil 49</i>	Préoxygénation (3)	177
DOSSIER 8	CONTEXTES ET SITUATIONS CLINIQUES SPÉCIFIQUES		180
	• <i>Outil 50</i>	Hypnose pour l'anxiolyse préopératoire	182
	• <i>Outil 51</i>	Hypnose pour rachianesthésie	186
	• <i>Outil 52</i>	Hypnose pour s'évader	189
	• <i>Outil 53</i>	Hypnose pour apaiser	193
	• <i>Outil 54</i>	Hypnose pour VME	197
	• <i>Outil 55</i>	Hypnose pour hystéroscopie	200
	• <i>Outil 56</i>	Hypnose pour prélèvement de follicules	204
	• <i>Outil 57</i>	Hypnose pour FIVETE	207
DOSSIER 9	LES SUITES OPÉRATOIRES		210
	• <i>Outil 58</i>	Prolonger le confort en SSPI	212
	• <i>Outil 59</i>	Autohypnose du patient	215
	Glossaire		218

1

DOSSIER

COMMUNICATION FACILITATRICE

“

[...] l'hypnose est ce qui se produit dans le contexte d'une interaction. L'étude de l'hypnose passe alors, prioritairement, par celle des caractéristiques de la communication, verbale et non-verbale, qui prévalent dans une situation d'hypnose. Cette conception interactionnelle offre notamment l'avantage, comme nous allons le voir, d'offrir à l'observation un grand nombre de faits communicationnels très particuliers qui peuvent, pensons-nous, rendre compte d'une partie au moins des caractéristiques du comportement hypnotique.

Thierry Melchior

La communication facilitatrice permet notamment de :

- Créer un premier contact, amorcer l'alliance avec le patient, installer une interaction propice aux échanges ;
- Reconnaître et valider son état émotionnel, cognitif et sensoriel, et l'y rejoindre ;
- Convertir (au moins en partie) l'anxiété d'anticipation en curiosité ;
- Convertir l'état de **transe** « négative », également appelée « transe d'alerte » en une transe plus confortable, que l'on appellera **hypnose** car elle s'inscrit dans le cadre d'une **relation** (de soin en l'occurrence).

L'accueil ordinaire d'un patient au bloc opératoire comporte plusieurs étapes incontournables, qui sont autant d'occasions et de prétextes à instaurer un climat relationnel privilégié. Les **émotions** les plus fréquentes sont, à des degrés et proportions divers : l'anxiété, la colère, la peur, la tristesse ; la douleur est volontiers associée. Avant de chercher

à les diminuer ou les faire disparaître, il convient de les légitimer dans le contexte, tout en évitant d'entrer en contradiction ou en opposition avec le patient. C'est le rôle de la **ratification**.

L'environnement et les circonstances sont pourvoyeurs de **dissociation** ; le patient est très souvent en état de transe, qualifiée de « négative » car inconfortable. Le travail de communication facilitatrice consiste à reconnaître cet état, en le validant, sans pour autant le banaliser, de le considérer comme un « point de départ » à partir duquel on cherchera à amener le patient vers des émotions, perceptions et contenus de pensée plus agréables, confortables ; la transe initiale évolue ainsi vers une transe plus confortable, qui se développe dans un contexte relationnel précis, ce qui lui confère sa dimension « hypnotique ».

Au travers des outils qui suivent, et peuvent être diversement associés, nous expliquons et montrons comment cela peut être fait rapidement et facilement, à l'occasion d'une conversation (d'une mise en relation, donc) d'apparence banale.

Les outils

1	Communication thérapeutique	12
2	Reconnecter le patient dissocié	15
3	Orienter l'attention	18
4	Séquence d'acceptation	21
5	Choix illusoire	24
6	À la consultation d'anesthésie (1)	27
7	À la consultation d'anesthésie (2)	30
8	Du bon usage du langage négatif	33



Communication thérapeutique

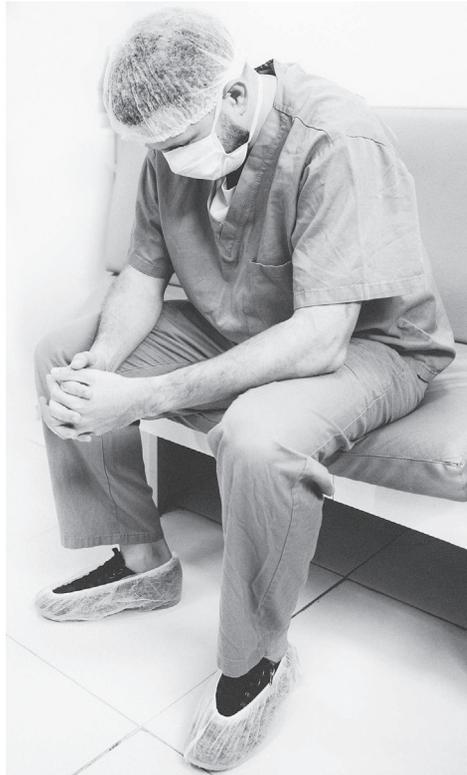
“

*La façon de donner
vaut mieux que
ce qu'on donne.*

Pierre Corneille

En quelques mots

Le couloir (ou la salle de pré-anesthésie, ou le sas d'entrée/sortie du bloc opératoire...) est une sorte de « no man's land » : un lieu de passage pour le personnel, un lieu d'attente pour le patient, qui s'y retrouve très souvent seul, isolé au milieu de professionnels qui vont et viennent, vaquant à leurs occupations et semblant ne pas le voir. Le patient y est en quelque sorte spectateur de ce qui l'attend ; en même temps, cet état de transe d'alerte, inconfortable, dans lequel il se trouve, augmente sa suggestibilité et sa sensibilité à tout ce que l'environnement comporte d'impressionnant et/ou inquiétant. Les pensées, volontiers pessimistes, ont libre cours, avec des émotions « négatives » : peur, tristesse, etc.





POURQUOI L'UTILISER ?

Objectif

L'objectif premier est de créer une alliance thérapeutique de qualité avec le patient, parfois en peu de temps.

En présence d'anxiété et/ou de douleur, et d'émotions comme la peur ou la tristesse, il est bien plus constructif de nommer et ratifier les symptômes observés, que de les nier ou les ignorer, ce qui les accentue, le plus souvent.

Nommer les symptômes observés, c'est indiquer au patient que l'on a vu, entendu, compris ; la confiance peut s'installer, alors que rien n'a changé en ce qui concerne la situation. Ce qui change, c'est la façon dont le patient la vit.

Contexte

Le travail d'**alliance thérapeutique**, notamment avec la ratification/validation du discours du patient, facilite l'instauration d'un état de transe. Le patient ne s'attend pas à ce que quelque chose de thérapeutique se passe à ce moment-là, dans ce lieu. Sa méfiance et sa conscience critique sont donc en veilleuse.

Le travail de communication se fait avantagement en peu de phrases, au détour d'une conversation qui semble banale ; cela ne demande que peu de temps : quelques minutes au maximum, pour un effet bénéfique ultérieur qui peut finalement faire « gagner du temps ». Dans tous les cas, le patient gagne en confort, psychique et somatique, de même que le soignant.



COMMENT L'UTILISER ?

Étapes

1. Les présentations.
2. Ratifier les émotions.
3. Valider le discours.
4. Installer un climat de confiance mutuelle.
5. Rendre le patient acteur.

Méthodologie et conseils

Il y a des étapes à respecter : le soignant se présente le premier, avant de vérifier l'identité du patient (c'est une des étapes de la « check-list » au bloc opératoire).

Si le soignant remarque un état émotionnel particulier (colère, tristesse, peur...), alors c'est le moment de le nommer, le **ratifier**, de faire un éventuel commentaire à ce propos (voir cas clinique), d'ajuster ses niveaux de langage, de « rejoindre patient là où il est », de **valider** son discours.

Une dernière étape consiste à solliciter l'accord du patient pour entrer en salle d'opération ; s'il peut y aller en marchant c'est mieux : le fait de pouvoir dire « oui » confère au patient un sentiment de maîtrise du déroulement des choses (il contrôle mieux l'espace autour de lui et ses déplacements, garde l'initiative, conserve un pouvoir de décision) ; le regain de contrôle qui en découle est rassurant, anxiolytique.

Enfin, il convient de respecter la temporalité du patient : presser un patient hésitant, c'est prendre le risque de le rendre réticent. La suite n'en sera que plus difficile à vivre, pour lui et parfois pour le soignant aussi !

Suite outil 1 →

Avant de vous lancer...

- ✓ La négation d'un symptôme ne fait que l'amplifier, voire culpabilise le patient, et fragilise l'alliance thérapeutique.
- ✓ Nommer les symptômes leur confère une légitimité, en indiquant au patient que l'on a « compris » son état ; la plainte est entendue.
- ✓ Les émotions du patient pénalisent aussi le soignant.



Créer l'alliance dans le couloir

Mme Bleue attend son tour, allongée sur le brancard, devant la porte de la salle d'opération, au fond du couloir en impasse, face au mur. Le taxi l'a déposée ce matin à l'unité ambulatoire. Conduite ici par le brancardier, elle attend seule, il y a peu de passage dans cet espace, à l'écart des zones de circulation du bloc opératoire. Sur son visage, on peut lire un mélange de peur et de tristesse. Elle est immobile, regarde droit devant elle, son visage est « fermé ».

« Bonjour madame... (*le visage du soignant est recouvert par le masque chirurgical*) **[contact visuel]**

– Bonjour...

– Je suis le docteur Fleury, c'est moi qui vais m'occuper de vous, et installer la chambre implantable...

[contact auditif]

– Ah... je ne sais même pas pourquoi je suis venue... ça sert à rien, je suis foutue...

– Comment cela ? **[relance]**

– Et puis, si c'est pour être encore plus malade avec la chimio, franchement, je vois pas l'intérêt ! (*la patiente est au bord des larmes*)

– Je vois... c'est compliqué pour vous, tout ça...

[ratification]

... (*la patiente retient ses larmes*)

– Et vous en avez vraiment gros sur le cœur... ça s'est fait vite, tout ça... à peine le temps de vous décider... **[ratification]** (*le médecin pose sa main sur celle de la patiente*) **[contact kinesthésique]**

– Je ne sais pas si j'ai bien fait de venir... j'ai peur... comment ça va se passer ?

– Vous avez peur... **[formulation en écho]** ; qu'est-ce qui vous préoccupe à ce point ?

[clarification]

– J'ai peur d'avoir mal... je ne veux pas avoir mal... à la biopsie j'ai eu super mal alors qu'ils m'avaient dit que ça ne ferait pas mal... mais j'ai eu très mal

quand même et là... je n'ai pas envie que ça recommence... vous ne pouvez pas m'endormir complètement ? Et puis comme ça, si je ne me réveille pas, c'est tant mieux !

– Bon... En effet, la biopsie hépatique c'est particulier. Là, aujourd'hui, c'est différent... **[recadrage]**

– Mais je ne sais pas si j'ai bien fait de venir... j'ai envie de m'en aller, rentrer chez moi... j'en ai marre d'avoir mal à chaque fois qu'on me touche !

– C'est tout à fait possible de rentrer chez vous maintenant **[surprise]**. Je comprends que vous hésitez, vous n'avez pas envie d'avoir mal et vous n'êtes pas sûre d'avoir bien décidé, d'avoir fait le bon choix...

[ratification/validation/reformulation] En même temps vous êtes venue quand même nous voir, et c'est courageux de votre part...

[renforcement positif] J'ai l'impression qu'il y a une partie de vous qui est d'accord, et une partie qui ne l'est pas...

La partie qui est d'accord vous a dit de venir, et celle qui n'est pas d'accord vous dit de repartir...

ce qui serait bien c'est que les deux parties soient d'accord... alors on pourrait leur demander de se

mettre d'accord... décider de rester ou de repartir...

[recadrage, dissociation]

– Mais il faut le faire, maintenant que je suis là... (*entre-temps les pleurs ont disparu*)

– Prenez votre temps ; nous avons tout notre temps, pendant que l'équipe prépare la salle. Vous pourriez même vous donner une semaine supplémentaire pour réfléchir...

[injonction paradoxale]

– Non, je suis venue pour ça ce matin alors on le fait aujourd'hui.

– D'accord (*le médecin abaisse la barrière latérale du brancard*). Est-ce que vous êtes OK pour vous lever et passer en salle ? Je vous accompagne.

– Oui, allez, c'est parti ! » (*La patiente se lève, marche jusqu'à la table d'opération et s'y allonge spontanément.*)

Reconnecter le patient dissocié

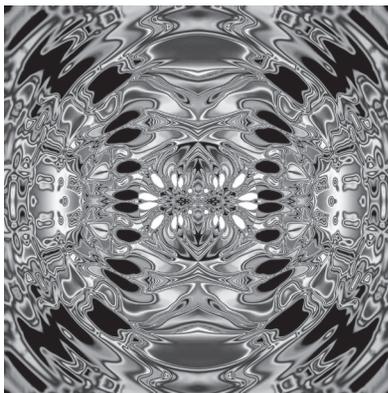
“

La vie ce n'est pas ce que l'on a vécu, mais ce dont on se souvient et comment on s'en souvient.

Gabriel Garcia Marquez

En quelques mots

Comme on l'a vu précédemment, le patient qui arrive au bloc opératoire présente très souvent un état de transe, plus ou moins marqué, dominé par des pensées, des émotions, et des sensations désagréables : anticipation anxieuse et pessimiste, peur, tristesse, douleur, froid, nausées, etc. Cet état de transe est reconnaissable à partir des signes cliniques de **dissociation**. L'hypersuggestibilité qui accompagne cette transe rend le patient encore plus réceptif et sensible à toutes les suggestions négatives de l'environnement : bruits, lumières, paroles maladroites, conversations annexes et parasites, etc. Les phénomènes de focalisation de l'attention sont fréquents, voire constants. La perception de l'environnement est parcellaire, scotomique, sélective. Ainsi, lorsque les **signes de transe** sont très présents, que le patient est dans une transe négative très marquée, nos efforts pour amener des contenus de pensée différents s'avèrent parfois vains. L'accès à ses ressources, à ses « bons souvenirs », n'est pas possible (ou envisageable) dans ces conditions. Il est alors primordial de permettre au patient de « défocaliser » son attention avant de tenter de l'intéresser à autre chose que ce qui l'environne et l'habite dans l'immédiat, source parfois d'un véritable phénomène de **fascination**. En d'autres termes, il faut procéder à une **distraction** avant d'envisager la **dissociation** vers une transe – hypnotique – plus confortable...





POURQUOI L'UTILISER ?

Objectif

Pour connecter le patient à une ressource, un souvenir et/ou une activité « ressource », il faut qu'il en soit capable. Il faut donc lui permettre de quitter la transe « négative » qui l'en empêche et restreint son champ de conscience à l'immédiat de son inconfort. L'accès à des éléments passés et agréables est devenu transitoirement impossible. Le plus simple, le plus immédiat et indéniable, consiste à reconnecter le patient à la globalité de son environnement du moment, en utilisant un vocabulaire très neutre, générique, dans un discours qui est une succession de **truismes**, de lapalissades, que le patient ne peut que confirmer. Un accord premier est ainsi déjà trouvé, validé par le patient lui-même.

Lorsque le patient est reconnecté « ici et maintenant », lorsque son attention est redevenue plus fluide et labile, mobilisable à l'envi (ce qui se passe la plupart du temps en état de conscience « ordinaire »), alors l'accès à ses ressources (souvenirs, loisirs...) est à nouveau possible ; la transe « négative » tend à repousser les ressources du patient au-delà d'un horizon qui les rend inaccessibles, les relègue hors même de son champ conscient, alors saturé par l'hyper contrôle de tout et/ou les phénomènes de **fascination** évoqués plus haut.

Contexte

Il est aussi difficile pour le patient (sauf apprentissage préalable) de se connecter à des contenus de pensées « positifs » que pour nous-même, d'avoir des pensées gaies lorsque l'on vient d'apprendre une mauvaise nouvelle.

Qu'elle soit confortable ou non, la transe s'accompagne de phénomènes de focalisation/fixation de l'attention, d'une augmentation de la suggestibilité et d'une production imaginaire qui va dans le même sens : aidante et porteuse lorsque la coloration initiale de la transe est « positive » ; pénalisante et limitante dans le cas contraire.



COMMENT L'UTILISER ?

Étapes

1. Partir de l'existant du patient : valider, ratifier, nommer les émotions. Cela indique au patient que l'on a vu, entendu, reçu le message (« la plainte »).
2. Mobiliser l'attention du patient de manière centrifuge (décentrer vers l'environnement pour réassocier), puis centripète (recentrer sur lui-même pour dissocier).
3. Utiliser les sens les plus communément utilisés : la vision, l'audition, et la cénesthésie.

Méthodologie et conseils

Le plus simple est de tenir une conversation d'allure banale à propos de l'environnement immédiat, afin de mobiliser l'attention du patient tout en explorant les principales modalités sensorielles. Nommer des éléments de contexte indiscutables avec l'intention de décrire la salle d'opération comme une pièce la plus « générique » possible, en utilisant un vocabulaire simple, ordinaire, sans terme technique. Associer le geste à la parole : regarder les repères visuels à mesure qu'on les nomme, etc. C'est une incitation pour le patient à faire de même, par effet « miroir », sans s'en rendre compte. Il est utile d'évoquer des éléments proches, puis de plus en plus éloignés du patient, puis de revenir aux éléments proches, dans un mouvement métaphorique d'ouverture du champ attentionnel du patient, puis de recentrage sur soi.

Avant de vous lancer...

- ✓ **Il ne s'agit pas de modifier la situation en tant que telle, mais la façon dont elle est vécue par le patient.**
- ✓ **Le meilleur moyen est d'interférer avec la façon dont le patient perçoit la situation.**
- ✓ **Tout d'abord reconnecter le patient à l'environnement, puis l'amener à se recentrer sur lui.**



Quand le patient prend ses repères

Mme Bernard est arrivée en salle d'opération, elle s'est assise sur la table d'opération et s'apprête à s'allonger. L'infirmière anesthésiste remarque un temps d'hésitation, la patiente semblant à nouveau plus anxieuse.

« Et avant de vous allonger, madame, avez-vous pris le temps de regarder autour de vous ?

– Non...

– Et bien, prenez ce temps... regardez dans la pièce ; avez-vous remarqué les couleurs des murs ? Le haut des murs n'est pas de la même couleur que le reste... et que les portes... car il y a plusieurs portes : la grande porte, là, par laquelle vous êtes entrée... et puis une autre porte, là-bas... une porte de service... vitrée, elle aussi... (l'infirmière énumère ce qu'elle regarde, en temps réel) **[explorer le V]**

– Ah, oui, c'est vrai... je ne l'avais pas vue...

– Il y a donc plusieurs couleurs ici : orange... bleu clair... gris... et blanc au plafond... **[truismes]** d'ailleurs, c'est quoi votre couleur préférée ? **[diversion, recherche de ressources pour plus tard]**

– Moi j'aime le bleu !

– Il y a d'autres objets de couleur bleue ici... regardez autour de vous... les voyez-vous ?

– Oui...

– Et en même temps profitez-en pour explorer, avec vos oreilles, tout l'environnement sonore dans la pièce... comme pour vous familiariser avec ce paysage sonore... tout autour de vous... les bruits de ventilation... un téléphone qui sonne... des conversations, dans le couloir (l'infirmière cite ce qu'elle entend, en temps réel) **[explorer le A]**

– ...

– Et puis, quand vous avez suffisamment regardé et écouté tout autour de vous, quand vous avez pris les repères dont vous aviez besoin, quand tout est OK pour vous... alors vous pouvez décider de vous allonger, pour découvrir le matelas de la table... sa consistance, plus ferme que le matelas du lit... sa température, plus fraîche que celle du corps... et elle va s'ajuster, et je rajoute du chauffage sur vos jambes... et la forme du matelas, qui s'ajuste et s'adapte exactement à celle de votre dos, de tous vos appuis... prenez le temps de vérifier cela... » **[explorer le K]**

On peut alors prolonger vers une focalisation de l'attention du patient (**outil 3**), dans une transe maintenant hypnotique, dont témoignera une possible économie de gestes et de paroles.

Outil

3

Orienter l'attention

“

*Comme de
longs échos qui de
loin se confondent, [...]
Les parfums, les couleurs
et les sons se répondent.*

Charles Baudelaire

En quelques mots

Comme nous venons de le comprendre précédemment ([outil 2](#)), ce n'est que lorsque le patient est suffisamment détaché de ses craintes que son attention redevient plus labile, plus mobilisable, ce qui l'aide en retour à lâcher ses préoccupations ; c'est alors qu'il lui devient plus facile de focaliser son attention sur quelque chose de précis, pour réinstaller une dissociation.

Les mouvements de l'attention comprennent la diversion et la distraction ; celles-ci précèdent la dissociation, moment à partir duquel l'attention va s'intensifier, se focaliser, et se limiter à un nombre restreint de perceptions. Le patient fera alors abstraction de tout ce qui ne retient plus son attention.



© Chau NGUYEN