



DIU d'Infirmier en Endoscopie

Hypnose et endoscopie sous anesthésie locale

Elodie Babin

2016/2017

Remerciements

J'adresse mes remerciements aux personnes qui m'ont aidée dans la réalisation de ce mémoire.

En premier lieu, je remercie les Docteurs Véronique et Julien Betbèze pour leurs apports théoriques et pratiques lors de la formation « Initiation à l'hypnose et à la communication thérapeutique », à laquelle j'ai participé cette année.

Un grand merci à mon conjoint, mes parents et Mmes Duval Chantal et Régnier Stéphanie pour leur aide précieuse lors de la relecture et correction de mon mémoire.

J'exprime ma sincère reconnaissance à ma cadre Mme Bodet Nathalie, qui m'a permis de participer au DIU Infirmier en Endoscopie, à mes collègues, ainsi qu'au Professeur Coron Emmanuel, et aux Docteurs Le Rhun Marc et Musquer Nicolas, pour leur soutien et leurs encouragements.

Enfin, je souhaite remercier Mme Durand Fanny pour son écoute, sa disponibilité et sa bienveillance tout au long de cette année.

Sommaire

Introduction	1
I. Définitions et contexte nantais.....	2
1) Définitions	2
2) Contexte nantais	2
3) Déroulement actuel d'une endoscopie sans anesthésie	3
II. Communication thérapeutique et hypnose	7
1) Communication thérapeutique.....	7
a) Définition.....	7
b) Quelle importance dans la relation soignant-soigné ?	7
2) Hypnose	8
a) Définition.....	8
b) Différentes formes et points communs	9
3) Schéma d'une séance idéale.....	11
III. Hypothèse	14
IV. Méthodes.....	15
Conclusion	17
Références.....	18
Annexes.....	21

Introduction

Infirmière en Endoscopie digestive depuis presque dix ans, je me suis appliquée dès mon arrivée dans le service à acquérir toutes les techniques, soins et connaissances théoriques si spécifiques à cette activité. A mes débuts, ces savoirs et savoir-faire à acquérir ont peut-être placé le savoir-être au second plan. Je me suis toutefois assez rapidement aperçue que ce savoir-être était tout aussi important, sans être totalement satisfaite de ce que je mettais alors en place pour accompagner les patients. Les examens pratiqués en endoscopie digestive ont plutôt une mauvaise image dans l'imaginaire ou l'inconscient collectif. Il se trouve en plus qu'au CHU de Nantes, la majorité des fibroscopies digestives et rectosigmoïdoscopies sont réalisées sans anesthésie générale. Ceci n'est pas le cas dans tous les centres d'Endoscopie, comme je m'en suis rendu compte au cours de mes stages ou lors de congrès. Les patients ont parfois du mal à tolérer les examens, malgré nos explications. Nous rencontrons parfois des échecs, les examens sont alors programmés sous anesthésie générale. Ce parcours, s'il n'est heureusement pas toujours vécu comme traumatique, peut laisser des traces négatives dans l'expérience du patient de l'endoscopie.

Jusqu'ici, l'hypnose était proposée au patient programmé au bloc opératoire pour la réalisation d'une coloscopie. L'hypnose était alors menée par l'infirmier anesthésiste le plus souvent, ou par le médecin anesthésiste sous forme d'hypnosédation. L'année dernière, une de mes collègues a pris part au DU d'Hypnose à la faculté de Nantes. Grâce à elle, j'ai redécouvert l'hypnose dans notre service, ses possibilités et effets en salle sur les patients. Le savoir-être prend alors tout son sens : l'infirmier en Endoscopie n'est plus seulement un technicien, qui peut se sentir parfois un peu frustré dans son expérience de la relation d'aide. Il existe donc plusieurs formes d'hypnose, plusieurs façons de la pratiquer. Une de ces formes peut-elle être une réponse adéquate à l'accompagnement des patients lors d'une endoscopie sans anesthésie générale ? Comment évaluer la mise en place de cette méthode et son efficacité ?

Dans un premier temps, je vais présenter le contexte dans lequel je travaille. Puis, à travers mes recherches, je tenterai de montrer l'importance de la communication entre le soignant et le soigné dans mon service et la place que l'hypnose peut y prendre.

I. Définitions et contexte nantais

1) Définitions

Pour commencer, il me semble judicieux de rappeler ce qu'est une fibroscopie œsogastroduodénale (également nommée gastroscopie) et une rectosigmoïdoscopie. La fibroscopie œsogastroduodénale consiste en l'exploration visuelle, grâce à un endoscope, de l'œsophage, de l'estomac et du duodénum [1]. L'endoscope peut être introduit par la bouche (ce qui est le cas le plus fréquent dans mon service) ou par le nez. Il faut alors utiliser un nasofibroscope, qui est plus petit en diamètre qu'un fibroscope standard. La rectosigmoïdoscopie permet l'exploration visuelle, grâce à un endoscope, de la partie terminale du colon (le rectum et quarante à cinquante centimètres du colon selon l'indication et la tolérance du patient). L'examen est réalisé avec un coloscope. Pour ces deux examens, il est possible de réaliser des prélèvements (biopsies) qui sont indolores pour le patient.

Le fibroscope, le nasofibroscope ou le coloscope sont des endoscopes. Il s'agit d'un tube optique muni d'un dispositif d'éclairage, destiné à être introduit dans une cavité du corps humain pour l'examiner [2].

2) Contexte nantais

La présentation du contexte dans lequel je travaille me paraît indispensable pour comprendre les conséquences qu'il peut avoir sur la prise en charge du patient. Au CHU de Nantes, les endoscopies digestives se réalisent principalement sur deux sites différents : soit au bloc opératoire sous anesthésie générale (ou hypnose à la demande du patient), soit en Endoscopie, service situé dans l'aile de consultation d'Hépatogastro-entérologie et de Chirurgie Digestive et sans anesthésie générale. Au bloc opératoire, nous travaillons actuellement sur une unique salle. Le délai d'attente entre la consultation avec un gastro-entérologue et la réalisation de l'endoscopie sous anesthésie générale peut parfois paraître long. Il serait impossible au bloc opératoire d'absorber le volume d'actes réalisés sans anesthésie générale sans allonger les délais de prise en charge des patients. Le choix de réaliser en vigile des endoscopies diagnostiques comme la fibroscopie œsogastroduodénale et la rectosigmoïdoscopie a été aussi déterminé par la faible durée de ces examens et le risque non négligeable que représente une anesthésie générale. Au cours des stages réalisés dans le cadre du DIU d'Infirmier en Endoscopie ou de formations organisées par le GIFE¹, j'ai constaté que les pratiques n'étaient pas les mêmes partout en France. Certains centres réalisent systématiquement leurs

¹ GIFE : Groupement Infirmier pour la Formation en Endoscopie

fibroscopies œsogastroduodénales sous anesthésie générale ou avec l'utilisation d'un endoscope plus petit (nasofibroscope) en vigile, ce qui est rarement le cas en Endoscopie Digestive au CHU de Nantes. La fibroscopie œsogastroduodénale est toujours envisagée sans anesthésie générale dans un premier temps. En cas d'échec, et après un essai avec une prémédication du type Hynovel® en sublingual et/ou l'utilisation de MEOPA² sur prescription médicale, la réalisation de l'endoscopie sera envisagée sous anesthésie générale. De la même façon, la rectosigmoïdoscopie est toujours réalisée sans anesthésie générale.

3) Déroulement actuel d'une endoscopie sans anesthésie

Comment se déroule une endoscopie digestive sans anesthésie générale au CHU de Nantes ? Nous prenons en charge des patients en externe et des patients hospitalisés. L'infirmière qui sera présente en salle d'examen va chercher le patient en salle d'attente et l'accompagne vers la salle d'examen. Pour une fibroscopie, nous invitons le patient en externe à ôter manteau et pull. Pour une rectosigmoïdoscopie, nous lui demandons de retirer pantalon et sous-vêtement, nous lui fournissons une chemise pour patient hospitalisé par respect de la pudeur. Le patient se change dans le cabinet de toilette présent dans la salle d'examen. Nous l'invitons dès qu'il est prêt à venir s'asseoir sur le brancard. Le patient est alors interrogé afin de remplir la check-list « Sécurité du patient en Endoscopie Digestive » selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (Annexe I.). Cette check-list nous permet de vérifier, en plus de son identité et le respect des consignes propres à chaque examen (à jeun pour la fibroscopie et réalisation d'une préparation rectale pour la rectosigmoïdoscopie), le risque allergique et hémorragique et la présence éventuelle de prothèses (dentaires, auditives, piercing) que le patient devra ôter. Nous vérifions également s'il sait pour quel examen il est convoqué, quelles informations lui ont été données avant son endoscopie et s'il connaît déjà l'examen qu'il s'apprête à passer. Après cette étape de vérification, nous présentons au patient le déroulement de l'examen.

Pour une fibroscopie, nous expliquons l'installation (décubitus latéral gauche), qu'il s'agit d'un geste court (environ cinq minutes), qui n'est pas douloureux mais seulement désagréable du fait des nausées que l'endoscope va provoquer tout au long de l'examen. Le patient étant bien à jeun, il n'y a pas de risque de vomissement et donc d'inhalation. L'examen n'empêche en aucun cas de respirer, au contraire il faut bien respirer tout au long de l'examen, afin de diminuer la sensation nauséuse. Nous précisons également au patient qu'il devra laisser couler sa salive dans la serviette placée sous sa tête afin de ne pas tousser, ce qui sera le cas s'il essaie d'avalier sa salive (risque de fausse route). Nous lui expliquons l'éventualité d'éructer du fait de l'air qui est insufflé par l'endoscope afin de bien examiner

² MEOPA : Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote

l'estomac. Le patient ressentira également lors du franchissement du pylore par l'endoscope une poussée intra-abdominale. Nous donnons ensuite au patient une cuillère d'un anesthésiant local en gel (Xylocaïne gel®), que nous lui demandons de bien garder en fond de bouche, voire même de gargariser s'il en est capable, pendant dix secondes puis de l'avaler. La plupart des patients apprécient peu ce gel du fait de son amertume, il est très fréquent de voir le patient grimacer lorsqu'il déglutit ce produit. Ce gel anesthésiant permet d'endormir le carrefour oropharyngé pour faciliter le passage de l'endoscope. Le patient a alors plus de difficultés à avaler sa salive, il peut avoir l'impression d'avoir comme une peau ou une boule dans la gorge. Nous lui expliquons la raison de cette sensation et lui précisons qu'il doit rester une heure à jeun après l'administration de ce gel afin d'éviter toute fausse route. Lorsque le médecin arrive, il questionne souvent le patient sur le motif de l'examen et ses symptômes. Nous proposons ensuite au patient de s'installer pour débiter l'examen. L'infirmière se positionne à la tête du patient, met en place le cale-dent (autrement appelé ouvre-bouche) afin que le patient garde la bouche ouverte pendant tout l'examen et ne morde pas l'endoscope. Nous répétons au fur et à mesure et plusieurs fois au patient toutes les consignes (bien respirer, laisser couler sa salive), nous lui donnons l'état d'avancement de l'examen et assistons le médecin pour la réalisation de tout geste endoscopique (biopsies, colorations, sclérose ou pose de clip pour le traitement d'un ulcère, ligature de varices œsophagiennes ou encollage de varices gastriques). Nous surveillons également la tolérance du patient (bonne coloration, agitation). Une fois la fibroscopie œsogastroduodénale terminée, nous nous assurons que tout va bien pour le patient et le laissons récupérer un peu. S'il le souhaite, le patient peut se réinstaller sur le dos.

Pour une rectosigmoïdoscopie, le patient sera le plus souvent installé en décubitus latéral gauche. Par souci de respect de la pudeur, nous couvrons le patient d'un drap. Nous indiquons au patient que le geste dure entre cinq et dix minutes. Nous présentons également cette endoscopie comme désagréable mais non douloureuse. Le patient pourra ressentir des ballonnements, des sensations à type de coliques du fait de l'air qui est insufflé pour bien voir le rectum et le début du colon. Nous lui conseillons de bien respirer pour améliorer sa tolérance et lui précisons que l'examen est vraiment réalisé en fonction de son ressenti, qu'il doit nous prévenir en cas de douleur. Le médecin essaiera alors de positionner l'endoscope différemment, de ré-aspirer un peu d'air pour le soulager. Nous expliquons que l'endoscopie sera précédée par la réalisation d'un toucher rectal par le médecin afin de détecter des anomalies qui pourraient nous empêcher de réaliser la rectosigmoïdoscopie. Nous précisons au patient que le médecin utilise un gel anesthésiant local (Xylocaïne ®) afin de lubrifier le canal anal et que l'endoscope est à peu près de la même taille que le doigt du médecin. Nous restons auprès du patient pendant tout l'examen, nous lui demandons régulièrement comment il se sent et nous surveillons les traits de son visage à la recherche de signes d'inconfort ou de douleur. Nous assistons bien évidemment

le médecin pour la réalisation de prélèvements ou pour tout autre acte endoscopique (pose tube Faucher, mise en place de clip). Une fois l'examen terminé, nous proposons au patient de s'allonger sur le dos et le laissons un peu récupérer.

A la fin de l'endoscopie qu'elle soit par voie haute ou basse, le médecin explique au patient ce qu'il a pu observer pendant l'examen. Nous invitons alors le patient s'il s'en sent capable à se rasseoir sur le brancard. S'il n'éprouve pas de vertiges, nous lui demandons de se rhabiller et de retourner en salle d'attente, si besoin bien-sûr nous l'aidons. Le patient repartira de notre service avec un compte-rendu écrit de l'examen et un nouveau rendez-vous s'il y a nécessité d'un contrôle. Je n'aborde pas ici le volet prétraitement de l'endoscope et nettoyage de la salle que nous effectuons entre chaque patient.

Il n'est pas rare au moment où nous allons chercher les patients en salle d'attente de sentir leur stress voire même pour certains leur angoisse. Certaines personnes parviennent à le verbaliser. Je ne compte plus les « c'est vous qui allez me faire des misères ? » ou « c'est vous le bourreau ? ». Je trouve ces propos, même s'ils sont dits avec le sourire et sous forme de boutades, assez éloquentes quant au conditionnement négatif dans lequel se trouve le patient. Il y a aussi le langage non verbal qui nous renseigne assez bien sur l'état d'esprit du patient. Nous sommes rarement accueillis par un grand sourire ! Une fois installé, le regard du patient balaie avec fébrilité la pièce, et fixe avec appréhension l'endoscope. Il arrive fréquemment qu'il soit très inquiet quant à la longueur et au diamètre de l'appareil. Le patient peut parfois paraître complètement fermé, replié sur lui-même, angoissé. Beaucoup verbalisent leur hâte que « tout cela soit vite terminé et d'être débarrassé » et la peur d'avoir mal. J'ai toujours essayé, par mes explications de l'examen qu'ils allaient « subir » (avec le recul ce terme est vraiment ce que nous devons éviter de leur faire ressentir !), de rassurer les patients, de tenter de minimiser leur stress ou angoisse. J'ai bien des fois rencontré des échecs, alors même que je pensais avoir réussi à détendre le patient et qu'il avait adhéré à mes propos. Ce même patient arrache l'endoscope au beau milieu de l'examen et refuse un nouvel essai. Comment ne pas être frustrée dans mon rôle de soignant ? J'ai bien identifié l'anxiété du patient par empathie, pourtant mon accompagnement a été inefficace.

Infirmière en endoscopie ne veut pas seulement dire être une technicienne, une aide opératoire, je suis avant tout infirmière. Dans notre rôle propre infirmier défini par le Code de la Santé Publique est inscrit l'aide et le soutien psychologique [3]. Oui mais voilà, malgré toute la meilleure volonté pour mettre en confiance le patient, et pour créer une relation d'aide c'est-à-dire une « *interaction entre deux personnes où l'une, s'appuyant sur sa formation et ses compétences, cherche à offrir à l'autre les conditions lui permettant de trouver ses propres solutions face au problème qu'elle rencontre.* » [4], je n'étais pas satisfaite. Que pouvais-je faire pour y remédier ? Quelle réponse à l'inconfort des patients ?

Lorsque ma collègue formée à l'hypnose a commencé à utiliser cette pratique pour les patients bénéficiant d'une endoscopie avec anesthésie locale, j'étais un peu perplexe. J'avais assisté à plusieurs hypnoses pour des coloscopies au bloc opératoire et je comprenais difficilement comment cela pouvait se mettre en place pour les endoscopies avec anesthésie locale. Nous bénéficions alors d'un cadre serein pour réaliser nos examens au bloc pendant l'hypnose, mais l'infirmier anesthésiste qui mène l'hypnose a un entretien préalable avec le patient avant son installation et s'aide par l'injection en intraveineux de produits narcotiques ou morphiniques, ce que nous infirmières ne pouvons réaliser. J'ai pu assister ma collègue lors d'une endoscopie sans anesthésie générale où elle a accompagné le patient par hypnose. J'ai alors compris qu'il existe différentes formes d'hypnose. J'avais peut-être aussi des a priori négatifs sur cette approche en lien avec l'hypnose de « spectacle » et la perte de contrôle de la pensée et des actes qui est exposée. Lorsque j'ai constaté son bénéfice pour le patient et pour la réalisation d'une endoscopie avec anesthésie locale chez un patient très stressé, j'y ai entrevu un moyen d'améliorer mon savoir-être et donc ma façon de communiquer avec le patient, de trouver une place plus humaine dans la relation de soin [5], et ne pas être seulement une aide opératoire pour un acte purement technique.

II. Communication thérapeutique et hypnose

1) Communication thérapeutique

a) Définition

Qu'est-ce que la communication ? Il s'agit de « *l'acte qui met en relation, unit, crée du lien (notamment de coopération) entre les gens.* » [6]. Un émetteur envoie un message vers un récepteur qui peut répondre à l'émetteur. Pour le bon fonctionnement de la communication, il faut que les deux participants s'investissent et se comprennent. Le message est le résultat de l'interdépendance de trois langages : le langage verbal, non verbal et le para-verbal [7]. Dans la relation soignant-soigné, le langage verbal est constitué par nos explications au patient et ce que nous dit le patient. Ce langage fait l'objet d'une construction de notre pensée, il est rationnel. Le langage non verbal pour nous soignants, c'est ce que le patient nous montre : sa démarche, sa posture, son expression, ses mimiques, son regard, sa gestuelle... Il constitue le reflet de la dynamique intérieure du patient. Le langage para-verbal, quant à lui, concerne la voix, son intonation, son ton, son rythme. C'est un indicateur de l'état émotionnel du patient. Si nous observons le patient sous ces trois aspects, nous sommes également observés par le patient de la même façon. S'il existe une quelconque discordance entre le message verbal et non verbal chez le soignant, le soigné va privilégier le message non verbal. Il est important pour un soignant d'être conscient et d'être congruent sur ces trois aspects du langage, cela rassure le patient et instaure un climat de sécurité et donc de confiance. Comment faire confiance à un soignant demandant au patient de se détendre, si lui-même présente une agitation, des manifestations d'anxiété ? Dans ce climat serein, la communication thérapeutique peut favoriser, voire même influencer de manière positive, le soin et son déroulement, alors qu'une attitude automatique du soignant et non centrée sur le patient peut avoir des conséquences négatives.

b) Quelle importance dans la relation soignant-soigné ?

Le langage verbal utilisé par le soignant est un outil de suggestion et de connotation, malheureusement souvent péjoratives de la part du soignant. Selon Patrick Bellet, « *Prévenir a une fonction de protection anticipée, mais aussi de menace* » [8]. Nous utilisons des termes techniques pour expliquer les soins en voulant et pensant rassurer mais en fait nous alimentons les craintes du patient. Les mots utilisés par les soignants ont un impact sur l'état mental du patient. Dans son étude « *Can words hurt ?* », Elvira Lang [9] démontre qu'il faut modifier les pratiques de langage des soignants afin de bannir les mots renvoyant à des expériences négatives (Annexe II). En effet quand le patient est prévenu d'une douleur potentielle, il en résulte une douleur plus importante et une plus grande anxiété. Maria Richter dans son étude « *Do words hurt ?* » [10] établit quant à elle que les mots utilisés par les

soignants pour communiquer modifient l'activité du cerveau. Ainsi l'emploi d'un mot appartenant au registre de la douleur, peut favoriser le ressenti de la douleur et l'accentuer.

C'est toute la routine langagière du soignant qui est donc à revoir pour en quelque sorte conditionner le patient ou lui suggérer une expérience plus positive. De la même manière, il faut supprimer la négation que le cerveau n'entend pas. Si je dis à un patient « Ne vous inquiétez pas, tout va bien se passer », ce que le patient va retenir c'est justement qu'il doit s'inquiéter. De la même façon, « c'est un examen qui n'est pas douloureux », le patient, lui, entendra le mot douleur. En tant que soignant, nous nous devons de communiquer de manière sécurisée. En plus d'installer le patient dans un lieu calme et accueillant, il nous faut veiller à ne pas être iatrogène, c'est-à-dire faire attention à nos propos en évitant d'utiliser des mots pouvant augmenter l'inquiétude, l'intensité de sensations pénibles, voire même de créer des sensations douloureuses. La congruence entre notre langage verbal et non verbal est également primordiale. Si ce n'est pas le cas, nous créons une communication non sécurisante pour le patient. Malgré toute ma bonne volonté de vouloir rassurer mon patient, si je ne change pas mon langage verbal et que je ne suis pas congruente, comment instaurer un climat de sécurité où le patient se sentira en confiance, et où une relation d'aide efficace, ayant pour finalité de diminuer l'anxiété du patient et son anticipation douloureuse du soin, pourra s'installer ? C'est à mon avis ce que l'hypnose peut favoriser.

2) Hypnose

a) Définitions

L'hypnose est une pratique ancienne qui a connu de grands bouleversements dans son histoire : du magnétisme de Franz Anton Mesmer au XVIII^{ème} siècle en passant par le sommeil nerveux obtenu par fixation d'un objet brillant de James Braid à la théorie de la suggestion portée par Hippolyte Bernheim au XIX^{ème} siècle. L'hypnose telle qu'elle est utilisée aujourd'hui est le résultat des travaux de Milton H. Erickson, psychiatre américain du XX^{ème} siècle. Son approche est centrée sur les ressources du patient et sur le rôle de l'inconscient qu'Erickson considère comme une puissante ressource thérapeutique. Deux éléments caractérisent l'hypnose : un état de conscience modifiée et une relation singulière avec un soignant. Antoine Bioy définit l'hypnose comme un « *état de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi.* » [11]. Ce champ de conscience élargi, ou transe, nous l'expérimentons tous au quotidien. En voiture, lorsque nous nous interrogeons sur l'itinéraire que nous avons emprunté pour rentrer et que nous sommes arrivés à destination sans encombre, lors de la lecture d'un roman passionnant où nous devenons imperméables à tout ce qui se passe autour de nous y compris au discours de notre conjoint, en regardant un film qui nous extrait de notre réalité, nous fait voyager alors que nous

sommes toujours là, assis dans notre canapé. Nous sommes absorbés, focalisés sur autre chose. Il s'agit à ces instants-là d'une dissociation du champ de conscience, d'une transe spontanée. Il n'y a pas de relation avec une autre personne. L'hypnose utilisée dans le cadre de soins ou d'exams réputés douloureux et anxiogènes, permet par l'utilisation de techniques communicationnelles, de modifier la perception du contexte par le patient, et de lutter contre l'anxiété, de modifier le seuil douloureux. L'hypnose permet également une personnalisation des moyens mis en œuvre par le soignant. Ce dernier tend à aller vers une « *une information adaptée (...), personnalisée en fonction des besoins et capacités de chaque patient, au lieu d'une démarche protocolisée, standardisée et donc mécanisée.* » [12]. L'hypnose permet une alliance entre le langage verbal et non verbal pour communiquer efficacement avec le patient.

b) Différentes formes et points communs

Il existe différentes formes d'hypnose qui ne sont pas toutes destinées à l'utilisation par une infirmière en soins généraux [13]. Il y a tout d'abord l'hypnothérapie où l'hypnose est pratiquée à des fins de psychothérapie. Elle est alors utilisée par des professionnels exerçant dans le champ de la psychologie ou de la psychiatrie. Il existe ensuite l'hypnosédation [14] qui consiste en l'utilisation de l'hypnose au bloc opératoire. L'hypnose est alors associée à une sédation intra-veineuse consciente et à une anesthésie locale. Elle est exercée par un anesthésiste ou un infirmier anesthésiste sous la responsabilité d'un anesthésiste. Elle ne fait donc pas partie du champ d'exercice de l'infirmier en soins généraux contrairement à l'hypnoanalgésie qui utilise l'hypnose comme méthode antalgique. L'hypnoanalgésie consiste en l'utilisation, avant ou pendant un soin pouvant provoquer une douleur iatrogène, de techniques hypnotiques afin de prévenir et limiter la douleur ou l'anxiété [15].

Quels sont les points communs à toutes ces formes d'hypnose ?

Tout d'abord, les étapes du processus hypnotique : l'induction, la dissociation psychique, la réassociation, et la suggestion post-hypnotique. L'induction est la première phase, celle qui permet l'installation du processus par différentes méthodes : activation des canaux sensoriels, focalisation (sur des objets, sur la respiration, etc...), évocation d'un lieu sûr (également appelé lieu secure actif) où le patient est en action et connecté à une expérience sécurisante, de confort, de bien-être.

L'hypnose permet de modifier les perceptions que le patient a de son environnement, de ses ressentis grâce à la dissociation psychique. Le patient est à la fois présent dans la réalité et en même temps dans son imaginaire où il lui est possible de modifier ses pensées, ses ressentis émotionnels et ses perceptions réelles. L'être humain perçoit son environnement à travers et grâce à ses expériences précédentes et ses émotions. Sans vouloir généraliser, la plupart des patients qui viennent dans notre service pour une endoscopie digestive sont au minimum inquiets voire très angoissés. Il y a plusieurs

raisons à cela : l'attente d'un résultat ou d'un diagnostic, les conditions de réalisation de l'examen en lui-même peuvent être anxiogènes. Les patients ont parfois déjà eu l'expérience de ces examens, ils ont pu en garder des mauvais souvenirs. Il y a aussi les dires des autres patients ayant déjà eu l'examen, dans l'entourage proche ou même directement de notre salle d'attente. Les patients peuvent trouver également sur internet des témoignages. Tout ceci contribue à conditionner les patients, ils se présentent à nous avec une perception de la réalité modifiée par leur anxiété, leur peur d'avoir mal. Ils sont dans l'attente de subir leur examen, et déjà dans une transe spontanée négative. L'utilisation de l'hypnose va permettre au soignant de modifier la perception du contexte et de son environnement par le soigné.

L'anxiété est une émotion qui donne un sens au ressenti du patient. Selon Price, la douleur possède une dimension affective, une composante émotionnelle [16]. L'hypnose est centrée sur le patient, son ressenti et son état émotionnel. Le soignant rejoint le patient là où il est, cela suppose pour le soignant d'être disponible psychologiquement pour ressentir et exprimer de l'empathie³. Le soignant valide ainsi l'expérience du patient et s'ajuste à lui. Il faut adapter son niveau de langage en fonction de l'âge, de l'environnement, de l'univers du soigné. L'écoute active, la présence à l'autre et la reformulation sont très utiles pour s'assurer d'avoir bien compris le point de vue du patient et ses besoins. La compréhension et l'empathie vont permettre d'obtenir un sentiment de partage, qui va rassurer le patient.

Par l'utilisation de la communication thérapeutique qui s'appuie sur les bases de la communication hypnotique [18], nous améliorons notre façon de communiquer et nous instaurons également un sentiment de sécurité, qui va favoriser la relation soignant-soigné [19]. Cela demande un ajustement permanent au patient. A travers ce sentiment de confiance et de sécurité, le soigné peut faire l'expérience d'un lâcher-prise, il peut modifier ses pensées, accepter le ressenti désagréable (voire la douleur), le mettre à distance et même le modifier.

Le patient devient alors le centre du soin et non plus seulement un organe ou une partie du corps qui va être examinée. Il devient un acteur à part entière du soin grâce à la prise en compte, la mobilisation et la mise en valeur de ses ressources. Il est actif et non plus passif, il ne subit pas le soin. La relation soignant-soigné devient alors une relation de partenariat, une alliance thérapeutique où chacun a son rôle.

Ce que je trouve également très intéressant dans cette approche, c'est la possibilité d'inscrire les examens d'endoscopie digestive dans la mémoire des patients et cela de façon positive. Selon Erickson,

³ L'empathie selon Rogers c'est la capacité à percevoir, à reconnaître les émotions d'autrui sans s'identifier à ce dernier [17].

la douleur est composée pour un tiers de la sensation de douleur actuelle, pour un autre tiers de la douleur mémorisée et pour le dernier tiers de la peur de la douleur à venir [20]. Il arrive parfois que certains patients bénéficient d'un suivi régulier avec des endoscopies hautes (pour un contrôle de cicatrisation d'ulcère ou pour un protocole d'éradication des varices œsophagiennes par ligature) ou basses (rectosigmoïdoscopie pour contrôle de la cicatrisation des muqueuses dans le cadre de suivi de maladies chroniques inflammatoires). Si l'endoscopie se déroule bien dans toutes ces étapes (de l'accueil du patient, à son installation en passant par l'acte lui-même), ce dernier en gardera un « bon » souvenir. Si sa pathologie nécessite une nouvelle endoscopie, sa mémoire positive de l'endoscopie le conditionne d'une façon bien différente de celle de sa première expérience ou de ses expériences précédentes. Le patient sait qu'il a les ressources nécessaires pour mieux vivre son examen, qu'il peut modifier sa perception pour agir sur la douleur et sur la gêne engendrée. C'est pour cela qu'il est très important de valoriser à la fin d'une endoscopie la réussite du patient et la possibilité de reproductibilité de la méthode si besoin. Il s'agit d'une suggestion post-hypnotique.

Concrètement, comment cela peut-il s'organiser pour une endoscopie digestive sans anesthésie générale ? Quelles différences avec ma façon de procéder habituelle ?

3) Schéma d'une séance idéale [15] [21]

Je vais présenter ici ce que serait pour moi une prise en charge optimale d'un patient avec les apports possibles de l'hypnose pour une fibroscopie œsogastroduodénale. Il s'agit de l'examen pour lequel je rencontre le plus de difficultés.

L'accueil du patient est vraiment un des moments clés de la prise en charge. Le patient doit pouvoir sentir que le soignant est disponible, attentif à lui et à son écoute. Il est également très important de se présenter dans sa fonction et dans son rôle d'accompagnateur. Tout doit être prêt en salle (endoscope connecté à la console, matériel à biopsies prêt...) afin d'être centré exclusivement sur le patient et ce qu'il va nous dire ou nous montrer.

Le patient est invité à se mettre à l'aise, à quitter son manteau, son pull s'il le souhaite, et à s'asseoir sur le brancard. Il est tout à fait possible d'utiliser la check-list (Annexe I.) comme une séance de ratification (autrement désignée sous le terme yes set). Le patient acquiesçant à toutes nos questions peut éprouver un sentiment de sécurité et adhère plus facilement à la suite de nos propos. Il est important de conserver les informations et consignes données au patient. Toutefois, la façon de les énoncer doit s'inscrire dans une volonté de congruence entre les trois langages. Un rythme de voix lent, un ton apaisé et rassurant, une voix calme peut aider à diminuer l'angoisse du patient donc son anticipation anxieuse de la douleur. Il est primordial d'essayer de trouver quel est le canal sensoriel préférentiel du patient.

Est-ce la vue ? Des images peuvent alors faciliter la compréhension des explications. Le patient est-il plutôt kinesthésique ? Des gestes nous aideront peut-être plus ? Nous avons tous un canal sensoriel préférentiel (visuel, auditif, kinesthésique, olfactif ou gustatif). Repérer ce canal chez un patient permet d'adapter son discours pour le faire accepter plus facilement. C'est également un élément qui peut servir lors d'induction hypnotique. L'idéal est aussi de pouvoir s'asseoir en face du patient, pour se situer au même niveau que lui, en miroir, afin de s'ajuster à lui et de quitter une position physiquement supérieure dans le but d'instaurer une relation de coopération.

A la lumière de mes différentes lectures et de l'initiation au langage hypnotique à laquelle j'ai participé, j'essaie de présenter différemment la fibroscopie œsogastroduodénale, ce qui ne me paraît pas si aisé, étant donné la routine dans laquelle cette explication est inscrite. Je ne parle plus d'examen désagréable, non douloureux. J'essaie d'éviter d'utiliser tous les mots en rapport avec la douleur. Je parle plutôt d'inconfort (Annexe II.). J'explique que les perceptions sont différentes selon chaque personne, que l'examen est de courte durée, qu'il peut être peu agréable. J'insiste sur l'importance d'une respiration ample et profonde pour se détendre et favoriser la diminution d'une possible nausée. Pour la salive, je précise de bien la laisser couler dans la protection placée autour du cou. Je modifie peu mon discours lors de l'administration du gel anesthésiant. J'associe juste la déglutition du gel au fait de le laisser glisser dans la gorge tout comme l'endoscope glissera facilement pendant l'examen.

Une fois toutes les informations données, il est possible de discuter avec le patient pour connaître son métier, ses hobbies, d'où il vient, ce qu'il aime faire pour se détendre, où aime-t-il aller en vacances... J'oriente alors le patient vers quelque chose d'agréable pour lui. Il ne sera alors plus seulement centré sur son inquiétude, son angoisse de ressentir de la douleur, de ne pas réussir à tolérer l'examen ou dans l'attente anxieuse du résultat. Il s'agit d'une distraction de son attention. Cette technique d'hypnose conversationnelle est fréquemment utilisée lors de la pose de voie veineuse au bloc opératoire par les infirmiers anesthésistes formés à l'hypnose. Elle permet de faire entrer le patient dans une transe légère sans induction formelle pour lui faire percevoir son environnement sous un autre angle. Il est également possible de lui proposer un exercice de relaxation en imaginant un lieu où il se sent en sécurité et de me décrire ce qu'il y fait, ses sensations. Ce lieu secure actif (qui peut être un lieu imaginaire) pourra être utilisé s'il le souhaite pendant l'examen. Avant de commencer l'examen, je l'invite à s'installer confortablement sur le côté gauche, comme pour s'endormir. Je demande au patient de respirer par la bouche ou par le nez comme il le souhaite, de sentir ses muscles se détendre, de laisser le relâchement et le confort arriver. L'induction de l'hypnose peut se faire par la focalisation sur la respiration ou sur l'évocation du lieu secure actif s'il a été mentionné au moment de l'installation du patient. Le soignant peut proposer au patient de fermer les yeux s'il le souhaite. Il faut laisser le choix pour tout au patient : garder les yeux ouverts ou les fermer, entendre les bruits autour ou non, entendre

notre voix qui va l'accompagner et y prendre ce dont il a besoin ou non. Tout est possible. Dans tous les cas, le soignant cale sa respiration sur celle du patient et lui parle sur l'expiration avec une voix basse, chuchotée et calme, un ton lent afin d'accroître le sentiment de détente, de relâchement, de bien-être. C'est le pacing. Pour aider à l'installation du relâchement, il est possible de passer en revue le corps du patient des pieds à la tête pour lui faire ressentir la détente et le confort, partie par partie avant d'évoquer le lieu secure actif et de commencer l'examen. Pendant l'exploration du lieu de sécurité du patient, le soignant a la possibilité d'utiliser des métaphores pour accompagner les sensations du patient lors de l'examen. Enfin le saupoudrage avant et pendant l'examen de mots exprimant le calme (doucement, tranquillement...), le confort, la détente et les encouragements (voilà, très bien, c'est parfait...) vont permettre d'approfondir l'expérience de détente. Si le patient nous y a autorisé auparavant, il est envisageable de détourner également son attention par le toucher. Une caresse répétée au niveau du front ou une main posée sur l'épaule avec l'intention d'apporter du calme, du relâchement (toucher secure actif) peut distraire l'attention du patient quelques instants. Tout dépend du patient, de ce qu'il nous a autorisé à faire, de ce qu'il veut faire. C'est une collaboration entre le soigné et le soignant, une relation unique et personnalisée au besoin de la personne que nous prenons en charge. L'idéal, c'est également d'être le seul interlocuteur du patient pendant l'examen. Ceci n'est pas toujours applicable, certains médecins étant habitués à parler au patient pendant l'examen.

Une fois l'examen terminé, le soignant accompagne le retour du patient, c'est le processus de réassociation. Il est proposé au patient quand il s'en sent prêt de revenir avec nous. Le patient reprend contact avec la réalité, ouvre les yeux s'il les avait fermés. Après avoir laissé le temps au patient de reprendre ses esprits, le soignant questionne le patient sur son ressenti et s'assure que tout va bien pour ce dernier, que son discours est cohérent, bien orienté. Il est très important d'insister sur le succès du patient, de valoriser sa réussite et la mobilisation de ses ressources [22]. Cette suggestion post-hypnotique peut également être faite avant le processus de réassociation. Il est également intéressant d'évaluer si le sujet valide son vécu de la séance et si elle était bien adaptée à ses besoins, dans un souci d'auto-évaluation de sa pratique.

L'hypnose peut être utilisée en médecine pour la prise en charge de la douleur (aiguë ou chronique), de l'anxiété ou angoisse (liée à l'annonce d'une maladie, à des examens anxiogènes, et à des gestes invasifs). Elle permet aussi de préparer et accompagner ces mêmes gestes ou examens. Les actes réalisés en endoscopie digestive sous anesthésie locale sont anxiogènes et invasifs. Ils entrent donc tout à fait dans le champ d'application de l'hypnose. Mais est-ce efficace ?

III. Hypothèse

Dans le plan douleur 2006-2010 [23], les thérapies non médicamenteuses sont à étudier en complément des thérapeutiques classiques pour la prise en charge des gestes douloureux. L'anxiété est une émotion ressentie en réponse au stress engendré par un acte potentiellement douloureux, invasif. Les endoscopies réalisées sans anesthésie générale mais sous anesthésie locale sont vectrices d'anxiété et possiblement douloureuses. La peur de ressentir de la douleur peut même en amplifier l'intensité. L'hypnose peut agir sur les sensations désagréables et sur le ressenti émotionnel du patient. Par conséquent, l'hypnose ne pourrait-elle pas être utile dans la gestion de l'anxiété pré- et per-endoscopie avec anesthésie locale chez l'adulte et permettre de la diminuer pour améliorer la tolérance du patient et son confort pendant les examens ?

L'efficacité de l'hypnose pour la prise en charge de l'anxiété préopératoire a été démontrée chez l'enfant dans l'étude de Calipel en 2005 [24] [25]. Deux groupes d'enfants entre 2 et 11 ans ont été comparés. Dans le premier groupe, les enfants ont bénéficié d'une prémédication par voie orale d'un anxiolytique (midazolam) trente minutes avant une chirurgie. Le deuxième groupe a bénéficié d'une hypnose. Le niveau d'anxiété préopératoire des enfants a été évalué à plusieurs reprises (à l'arrivée dans le service de chirurgie, à l'arrivée en salle d'opération et avant la pose du masque d'anesthésie) par l'échelle modifiée d'anxiété préopératoire de Yale (mYPAS⁴). Cette étude montre entre autres que les enfants ayant bénéficié de l'hypnose en prémédication sont moins anxieux (39%) que les enfants de l'autre groupe (68%).

Ne serait-il pas possible d'évaluer de manière similaire l'anxiété pré- et per-endoscopie digestive sans anesthésie générale chez l'adulte ?

⁴ mYPAS : modified Yale Preoperative Anxiety Scale, il s'agit d'une hétéro évaluation, utilisée chez les enfants et non validée en France. (Annexes III.)

IV. Méthodes

Titre : Prise en charge par l'hypnose de l'anxiété pré- et per-endoscopie réalisée sans anesthésie générale.

Justification/contexte : Les endoscopies digestives réalisées sans anesthésie générale font partie d'exams médicaux vecteurs de grande anxiété et d'une anticipation douloureuse.

L'hypnose par l'utilisation de différents procédés peut permettre de modifier les perceptions du patient, et leur tolérance aux exams.

Hypothèse : L'hypnose permet de diminuer significativement l'anxiété (et la douleur) des patients avant et pendant une endoscopie digestive sans anesthésie générale.

Objectifs : Démontrer par une étude chiffrée l'efficacité de l'hypnose pour la prise en charge de l'anxiété pré- et per-endoscopie sans anesthésie générale.

Démontrer également l'importance du savoir-être et la nécessité de la sensibilisation de l'ensemble du personnel travaillant en endoscopie digestive.

Schéma de la recherche : La mise en place de deux groupes de patients semble pertinente pour cette étude : le premier groupe témoin bénéficiant d'une prise en charge classique, le second groupe bénéficiant d'une prise en charge du type hypnose conversationnelle ou plus selon le souhait du patient. Un questionnaire évaluant le niveau d'anxiété du patient (Annexe V.) avant et pendant l'endoscopie sans anesthésie sera remis au patient à son arrivée dans le service d'Endoscopie Digestive. Le patient pourra renseigner la partie concernant la cotation de son anxiété pré-endoscopie avant la réalisation du geste, en salle d'attente. Le score mYPAS est destiné aux enfants. Il existe d'autres possibilités d'auto-évaluation : la mise en place d'une échelle visuelle analogique (EVA) qui permettrait au patient de coter son anxiété entre 0 (calme et détente) à 10 (niveau maximum). Il y a également le score APAIS⁵ qui permet pour une intervention sous anesthésie générale de combiner l'évaluation de l'anxiété pour

⁵ APAIS : Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (Annexe IV.)

l'anesthésie générale et pour le geste, ainsi que les attentes d'informations concernant l'anesthésie et l'acte réalisé. Ce score a été traduit en France en 2011 par une équipe du pôle d'anesthésie et de réanimation de l'hôpital Huriez du CHRU de Lille [26] et validée en octobre 2013 [27]. Il est peut-être possible de s'en inspirer pour évaluer la pertinence des informations que le soignant a délivrées au patient aussi bien dans son contenu que sur la forme. Est-ce que ces informations et la façon de les donner ont rassuré le patient ?

Après l'endoscopie, le patient retourne en salle d'attente où il pourra finir de remplir son questionnaire en attendant son compte rendu. Il évaluera alors son anxiété pendant le geste par la même échelle que celle utilisée avant l'endoscopie, et ceci afin d'évaluer l'accompagnement réalisé pendant l'examen. Je trouve intéressant de demander au patient si l'accompagnement du soignant correspond à ses attentes et de nous faire des suggestions pour l'améliorer.

Toutes les infirmières n'étant pas formées dans le service, l'appartenance au groupe témoin ou au groupe hypnose sera déterminé par l'infirmière prenant en charge le patient. Dans tous les cas, cela suppose peut-être l'uniformisation de nos pratiques en ce qui concerne l'explication des examens.

Critères d'inclusion : Tout patient majeur volontaire bénéficiant pour la première fois d'une endoscopie digestive sans anesthésie générale.

Critères de non inclusion : Tout patient ayant déjà bénéficié d'une endoscopie digestive sans anesthésie générale, car ces patients seront probablement influencés par leur expérience antérieure. Les patients ne souhaitant pas participer à l'étude, ainsi que ceux dont les facultés cognitives sont altérées ne seront pas pris en compte. Il me paraît non pertinent de sélectionner des patients bénéficiant d'une prémédication ou de l'administration de MEOPA, afin de pouvoir déterminer l'efficacité de l'hypnose seule.

Conclusion

L'hypnose et ses différentes techniques me semblent être un outil de qualité qui a réellement sa place dans la prise en charge des patients pour des endoscopies digestives sans anesthésie générale. La prise en compte des émotions du patient notamment l'anxiété peut faciliter la réalisation des examens. Elle permet de communiquer et de soigner autrement par la mise en place d'un nouveau relationnel au patient. Ce dernier devient acteur de sa prise en charge, un réel partenaire et il n'est plus objet de soin. De plus, cette approche a un double bénéfice. L'examen se déroule dans des conditions plus sereines pour toutes les parties et permet un réinvestissement du soignant, qui peut retrouver une place plus humaine dans un service très technique. « *L'hypnose est un véritable outil de communication qui aide et enrichit celui qui en bénéficie mais qui également enrichit celui qui pratique* » [28]. J'avoue pour le moment être plus à l'aise avec la pratique de l'hypnose conversationnelle et la focalisation sur la respiration au moment de l'induction. A travers mes lectures, la mise en pratique et l'échange avec d'autres professionnels, j'espère continuer dans cette démarche d'accompagnement du patient, dans ce nouvel aspect de la relation soignant-soigné et m'améliorer.

Toutefois, la mise en pratique de l'hypnose suppose une motivation du soignant, ainsi qu'une disponibilité psychologique pour qu'il puisse être disponible à l'autre, un environnement serein et calme pour éviter par exemple les allers et venues intempestives de collègues ou d'étudiants, les téléphones qui sonnent en pleine séance, une coopération avec les médecins qui réalisent les endoscopies car tous ne souhaitent pas s'impliquer dans cette voie. J'ai conscience d'avoir la chance de faire partie d'un pôle où l'hypnose est un projet de service, j'ai pu participer avec plusieurs de mes collègues à une initiation sur le langage hypnotique pour accompagner les patients lors de soins anxiogènes et douloureux. Nous sommes à présent quelques collègues formées. Ceci nous permet d'échanger afin de nous améliorer. Le fait d'être aussi plusieurs peut nous permettre d'insuffler une vraie dynamique « hypnotique » à nos prises en charge. Nous avons, en plus d'être encouragées par notre hiérarchie, la chance de susciter l'intérêt et l'adhésion de certains des médecins auprès desquels nous travaillons. Il va être à présent nécessaire pour nous de trouver un cadre à l'exploitation et à la généralisation de cette possibilité de prise en charge des patients.

Références

1. SFED (Société Française d'Endoscopie Digestive). Recommandations et autres fiches [en ligne]. Paris : SFED ; [mars 2017]. Fiches info patients. Disponible : <http://www.sfed.org/professionnels/recommandations-et-autres-fiches/informations-patients/fiches-info-patients%20>
2. Le Petit Larousse illustré. Paris : Larousse ; 2001. p. 379.
3. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Code de la Santé Publique. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V, Livre III, Titre 1^{er}, Chapitre 1^{er}, Section 1- Actes professionnels, Art R. 4311-5 [en ligne]. France ; JORF n°183 du 08 août 2004 [mars 2017]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913892>
4. Barbier E., Etienne R., Berlemont C., Jammot N., Moreaux T. Hypnose en soins infirmiers en 29 notions. Malakoff : Dunod ; 2016. p. 14. (Aide-Mémoire).
5. Guilloux C. Humaniser, réhumaniser le soin. Hypnose & Thérapies Brèves. 2016 Février/Mars/Avril ; 40 : 18-26.
6. Bioy A., Servillat T. et al. Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose. Malakoff : Dunod ; 2017. p. 8.
7. Gouchet A., Morvan J. Langages. In : Bioy A., Servillat T. et al. Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose. Malakoff : Dunod ; 2017. p. 25-43.
8. Bellet P. L'hypnose pour réhumaniser le soin. Paris : Odile Jacob ; 2015. p. 124.
9. Lang E.V., Hatsiopoulou O., Koch T., Ber-Baum K., Lutgendorf S., Kettenmann E., Logan H., Katchuck T. Can words hurt ? Patient-provider interactions during invasive procedures [en ligne]. Oxford : ScienceDirect ; 2005 [mars 2017]. Disponible : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304395909004564>
10. Richter M, Eck J, Straube T, Miltner WHR, Weiss T. Do words hurt ? Brain activation during the processing of pain-related words [en ligne]. Oxford : ScienceDirect ; 2010 [mars 2017]. Disponible : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304395909004564>

11. Bioy A., Célestin-Lhopiteau I., Wood C. Hypnose en 50 notions. 2ème éd. Malakoff : Dunod ; 2016. p. 7. (Aide-Mémoire).
12. Bioy A., Servillat T. Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose. Malakoff : Dunod ; 2017. p. 21.
13. Barbier E., Etienne R., Berlemont C., Jammot N., Moreaux T. Hypnose en soins infirmiers en 29 notions. Malakoff : Dunod ; 2016. p. 26. (Aide-Mémoire).
14. Bernard C. Hypnoalgésie et anesthésie, hypnosédation au bloc opératoire : état des lieux et de la recherche. Pratique, cas cliniques. In : Célestin-Lhopiteau I., Bioy A. et al. Hypnoalgésie et hypnosédation en 43 notions. Malakoff : Dunod ; 2014. p. 216-237. (Aide-Mémoire).
15. Jammot N. Hypnoalgésie pendant les examens médicaux : définitions et état des lieux de la recherche. In : Célestin-Lhopiteau I., Bioy A. et al. Hypnoalgésie et hypnosédation en 43 notions. Malakoff : Dunod ; 2014. p. 238-250. (Aide-Mémoire).
16. Bioy A., Célestin-Lhopiteau I., Wood C. Hypnoalgésie. Douleurs aiguës. In : Hypnose en 50 notions. 2ème éd. Malakoff : Dunod ; 2016. p. 133-156. (Aide-Mémoire).
17. Bioy A. Définition de l'empathie selon Rogers. In : Bioy A., Célestin-Lhopiteau I. Hypnothérapie et hypnose médicale. Malakoff : Dunod ; 2014. p. 107. (Aide-Mémoire).
18. Barbier E., Rémi E., Jammot N. Hypnose conversationnelle ou comment améliorer sa communication lors des soins. In : Barbier E., Etienne R., Berlemont C., Jammot N., Moreaux T. Hypnose en soins infirmiers en 29 notions. Malakoff : Dunod ; 2016. p. 85-99. (Aide-Mémoire).
19. Hérin J-M. Hypnose et bienveillance. Un KO contre le chaos. Hypnose & Thérapies brèves. 2013 Novembre/Décembre/Janvier ; 27 : 22-32.
20. Bioy A., Célestin-Lhopiteau I., Wood C. Prévention dans la mémoire de la douleur. Hypnose en 50 notions. 2ème éd. Malakoff : Dunod ; 2016. p. 195-201. (Aide-Mémoire).
21. Jammot N. Techniques d'hypnose. Détails d'une séance. Accompagnement lors d'un geste médical invasif : la fibroscopie gastrique. In : Barbier E., Etienne R., Berlemont C., Jammot N., Moreaux T. Hypnose en soins infirmiers en 29 notions. Malakoff : Dunod ; 2016. p. 68-84, p. 257-263. (Aide-Mémoire).

22. Garden-Brèche F. Urgences en souffrance. Les sphères de l'antalgie. Hypnose & Thérapies Brèves. 2013 Mars ; 7 : 26.
23. Ministère de la Santé et des Solidarités. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 [en ligne]. France ; 2006 [mars 2017]. Disponible :
[http://socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf page 25](http://socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf_page_25)
24. Wood C., Bioy A. Hypnose chez l'enfant. Le jeu du « comme si ». Hypnose & Thérapies brèves. 2007 Novembre/Décembre/Janvier ; 3 : p. 44-54.
25. Calipel S, Lucas-Polomeni M. M., Wodey E., Ecoffey C. Premédication in children : Hypnosis versus Midazolam [en ligne]. Bethesda : Pubmed ; 2005 [mars 2017]. Disponible :
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15787917>
26. Wattier J-M., Barreau O., Devos P., Prevost S., Vallet B., Lebuffe G., Mesure de l'anxiété et du besoin d'informations préopératoires en six questions [en ligne]. Oxford : ScienceDirect ; 2011 [avril 2017]. Disponible :
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0750765811001195>
27. Maurice-Szamburski A., Loundou A., Capdevila X., Burder N., Auquier P. Validation of the French version of the Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS) [en ligne]. Bethesda : PubMed ; 2013 [avril 2017]. Disponible :
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24099176>
28. Bellet P. L'hypnose pour réhumaniser le soin. Paris : Odile Jacob ; 2015. p. 220.
29. HAS. Outils, guides & méthodes [en ligne]. Saint Denis la Plaine : HAS ; 2015 [mai 2017]. Les autres check-lists. Disponible :
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2620043/fr/les-autres-check-lists#toc_1_1

Annexes

Annexe I. Check-list HAS « Sécurité du patient en Endoscopie digestive »

Annexe II. Lexique de mots ou phrases à éviter pour une endoscopie :
quelques exemples

Annexe III. Score mYPAS

Annexe IV. Score APAIS

Annexe V. Ebauche d'un questionnaire d'étude

Annexe I. Check-list HAS « Sécurité du patient en Endoscopie digestive » [29]

CHECK-LIST « SÉCURITÉ DU PATIENT EN ENDOSCOPIE DIGESTIVE » Version 2013

Établissement :
Date endoscopie : Heure (début) :
Gastro-entérologue :
Anesthésiste / IADE :
Coordonnateur check-list :

Identification du patient
Etiquette du patient ou
Nom, prénom, date de naissance

La check-list a pour but de vérifier, de manière croisée au sein de l'équipe, que les différents points critiques ont été pris en compte et que les mesures adéquates ont été prises.
Le coordonnateur check-list est celui qui en vérifie les items - le plus souvent, un personnel infirmier en coordination avec le gastro-entérologue et l'anesthésiste responsables de l'intervention.

AVANT L'ENDOSCOPIE (avec ou sans anesthésie)		APRÈS L'ENDOSCOPIE	
<p>1 L'identité du patient est correcte :</p> <ul style="list-style-type: none"> le patient a décliné son identité, sinon, par défaut, autre moyen de vérification de son identité <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>5 Le patient est à jeun</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>10 Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe du renseignement et de l'identification des prélèvements éventuels</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non applicable</p>	<p>11 Les prescriptions pour les suites immédiates de l'endoscopie sont faites de manière conjointe</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>2 Le type de l'endoscopie est confirmé par le patient et dans tous les cas par le dossier</p>	<p>6 La préparation adéquate (coloscopie, gastrostomie,...) a été effectuée dans les conditions prévues</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non applicable</p>	<p>En cas d'événement porteur de risque identifié lors du renseignement de la check-list, précisez la décision choisie</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>3 Le matériel nécessaire pour l'intervention est opérationnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> pour la partie endoscopique pour la partie anesthésique <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable</p>	<p>7 Vérification croisée de situations spécifiques entre les membres de l'équipe médico-soignante concernant notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> la gestion des antiagrégants plaquetaires et/ou des anticoagulants ; toute autre co-morbidité identifiée. <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable</p>		
<p>4 Vérification croisée par l'équipe des points critiques et mise en œuvre <i>si besoin</i>, des mesures adéquates. Le patient présente-t-il :</p> <ul style="list-style-type: none"> un risque allergique un risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque un risque de saignement important <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>8 L'antibioprophylaxie est effectuée</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non indiquée</p>		
	<p>9 Patient suspect ou atteint d'EST (en cas de réponse positive, l'endoscopie doit être considérée comme un acte à risque de transmission d'ATNC et il convient de se référer aux procédures en cours dans l'établissement en lien avec l'instruction n° DGS/R13/2011/449)</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>		



Cette check-list « Sécurité du patient en endoscopie digestive » peut faire l'objet d'adaptations locales en fonction des souhaits et spécificités de l'équipe.



**Annexe II. Lexique de mots ou phrases à éviter pour une endoscopie :
quelques exemples**

A éviter	A proposer
Douleur, mal, anxiété	Inconfort, sensation, ressenti
Peur	Appréhension, préoccupation
Froid	Frais, fraîcheur (qui peut être agréable)
Biopsie	Prélèvement
Est-ce que vous avez mal ?	Que ressentez-vous ? Etes-vous confortable ?
Comment ça va ? C'est comment la douleur au ventre ?	Comment vous sentez vous ? Comment cela se passe dans le ventre ?
Ne vous inquiétez pas ! N'ayez pas peur !	Soyez rassuré. Tout se déroule bien, comme prévu.
Donnez-moi votre main.	Vous pouvez prendre ma main si vous le souhaitez.
N'arrachez pas l'endoscope ! Restez sur le côté gauche !	Pour votre confort/sécurité, il est important de garder cette position, de poser vos mains ici.
Ça ne va pas être long. C'est bientôt fini.	L'examen est rapide, de courte durée. Faire compter le nombre de respiration.
Vous n'avez pas le droit de manger avant une heure.	Pour votre sécurité, il faut être à jeun pendant une heure.
Ne pleurez pas, ce n'est rien !	Pleurez, laissez venir ce qui arrive.
Ne bloquez pas la respiration ! Respirez bien !	Respirez tranquillement, paisiblement, naturellement...
Vous n'avez pas de questions ?	

Annexe III. Score mYPAS

Le score mYPAS (ou modified Yale Preoperative Anxiety Scale) est un score d'hétéro-évaluation utilisé pour mesurer l'anxiété pré-opératoire chez l'enfant. Il est composé de vingt-deux items qui ont été classés en cinq catégories. Le score est compris entre 0 et 100.

Comment calculer ce score ? L'évaluateur retient l'item correspondant au niveau d'anxiété de l'enfant pour chaque catégorie. Une cotation a été attribuée à chaque item. Toutes les catégories n'ayant pas le même nombre d'items (de quatre à six), le score est obtenu par l'addition des quotients de chaque catégorie.

Les enfants ayant un score inférieur ou égal à 24 sont considérés comme calmes, et ceux dont le score est strictement supérieur à 24 comme anxieux. Cette échelle n'a pas été validée en France.

Voici un exemple de calcul pour un enfant qui obtiendrait un résultat de 1 pour toutes les catégories : $mYPAS = (1/4 + 1/6 + 1/4 + 1/4 + 1/4) \times 100/5 = 18$, l'enfant est donc considéré comme calme. Ci-après, le tableau utilisé pour calculer le score et les différents items.

Tableau 1 : Score mYPAS

Catégories	Items	Cotation	Réponse
Activité	Curiosité, explore l'environnement, comportement adapté à l'âge (jeux)	1	
	Ne joue pas, tripote ou suce ses doigts	2	
	Attente près de ses parents		
	Activité confuse sans but	3	
	Agrippé à ses parents		
	Bouge sur la table, refuse le masque		
	Refuse la séparation avec ses parents	4	
Fuite, repousse les personnes à l'aide de ses membres			
Comportement verbal	Questionne calmement, rires	1	
	Commentaires adaptés		
	Réponse chuchotée, parler "bébé"	2	
	Hochement de tête		
	Muet, pas de réponses aux adultes	3	
	Plaintes, gémissements, pleurs	4	
	Cris, dit "non"	5	
Cris fort, audibles sous le masque	6		
Expression	Heureux, souriant	1	
	Indifférent, sans expression	2	
	Inquiet, triste, yeux apeurés	3	
	Anxieux, cris, effrayé	4	
Eveil	Curiosité, en éveil	1	
	Repli, suce son pouce	2	
	Assis sans bouger, regard vers les adultes		
	Vigilant, tendu	3	
	Regards furtifs		
	Paniqué, cris	4	
Repousse les adultes			
Attitude avec les parents	Jeux, comportement adapté, pas besoin d'eux	1	
	Recherche le confort, la sécurité, s'appuie contre eux	2	
	Epie leurs gestes, s'accroche à eux	3	
	Rejet des parents ou désespérément accroché à eux	4	
	Ne les laissant pas s'éloigner		

Annexe IV. Score APAIS [26] [27]

Le score APAIS (Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale) est un score d'auto-évaluation qui permet chez l'adulte, avant une intervention sous anesthésie générale, de mesurer à la fois l'anxiété préopératoire et son besoin d'information quant à l'anesthésie et l'intervention.

Tableau 2 : Score APAIS

Items		1	2	3	4	5
1	L'anesthésie m'inquiète					
2	Je pense continuellement à l'anesthésie					
3	J'aimerais tout savoir sur l'anesthésie					
4	L'intervention m'inquiète					
5	Je pense continuellement à l'intervention					
6	J'aimerais tout savoir sur l'intervention					

Chaque item est rempli par le patient, de un (absence) à cinq (extrême). Les items un et deux évaluent l'anxiété par rapport à l'anesthésie, les items quatre et cinq évaluent l'anxiété par rapport à l'intervention. Pour obtenir le score d'anxiété, on additionne ces quatre items. Le score maximal étant 20, si le score d'anxiété est supérieur à 10, il est considéré que le patient a une anxiété préopératoire élevée.

Les items trois et six mesurent le besoin d'informations respectivement pour l'anesthésie puis pour l'intervention. Pour obtenir le score du besoin d'information, on additionne donc ces deux items. Un score entre deux et quatre implique un refus d'information, un score entre cinq et sept un désir moyen d'information, un score supérieur à huit traduit un besoin d'information élevé. Un besoin d'information élevé pourrait être corrélé à une anxiété préopératoire élevée.

Dans le cadre de l'étude qui pourrait être réalisée dans mon service sur l'efficacité de l'hypnose pour la prise en charge de l'anxiété pré et per-endoscopie, les trois premiers critères ne sont pas pertinents, puisque les examens ne sont pas réalisés sous anesthésie générale. Seuls les trois derniers critères pourraient être pris en compte. Le score maximal d'anxiété serait alors noté sur 10 et pourrait être comparé directement à une échelle visuelle analogique. Le score maximal évaluant le besoin d'information serait lui de 5.

Annexe V. Ebauche d'un questionnaire d'étude

Dans le cadre d'une étude, l'équipe paramédicale souhaite connaître votre avis sur le déroulement de votre endoscopie digestive. Merci de votre participation.

Nom/Prénom (facultatif) :

Age :

Homme/Femme (Merci d'entourer la bonne réponse)

Est-ce votre première endoscopie digestive avec anesthésie locale : Oui/Non

Le prescripteur de votre endoscopie vous a-t-il expliqué l'examen : Oui/Non

A remplir avant la réalisation de votre examen :

- Merci de cocher la case (de 1 signifiant absence à 5 signifiant extrêmement) qui correspond le mieux à votre état actuel pour les trois questions suivantes :

	Items	1	2	3	4	5
1	L'intervention m'inquiète					
2	Je pense continuellement à l'intervention					
3	J'aimerais tout savoir sur l'intervention					

- Sur l'échelle ci-dessous, indiquez la note de 0 à 10 qui décrit le mieux votre niveau actuel d'anxiété :

Pas d'anxiété 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Anxiété maximale

A remplir après la réalisation de votre examen :

- Les consignes et informations données par l’infirmière avant votre examen vous ont semblé :

	Tout à fait d'accord	Assez d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Assez peu d'accord	Pas du tout d'accord	Ne sais pas
Suffisamment détaillées						
Trop détaillées						
Clares						
Suffisantes						
Pertinentes						
Rassurantes						

- Sur l'échelle ci-dessous, indiquez la note de 0 à 10 qui décrit le mieux votre niveau d'anxiété après avoir reçu les informations concernant votre examen et avant la réalisation de celui-ci :

Pas d'anxiété 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Anxiété maximale

- Sur l'échelle ci-dessous, indiquez la note de 0 à 10 qui décrit le mieux votre niveau d'anxiété pendant l'examen :

Pas d'anxiété 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Anxiété maximale

- Sur l'échelle ci-dessous, indiquez la note de 0 à 10 qui décrit le mieux votre niveau de douleur lors de la réalisation de l'examen :

Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur maximale

- Que pensez-vous de l'accompagnement infirmier pendant la réalisation de votre examen ?

	Tout à fait d'accord	Assez d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Assez peu d'accord	Pas du tout d'accord	Ne sais pas
Utile						
Pertinent						
Adapté						
Personnalisé						
Rassurant						
Aidant						

- Avez-vous des suggestions concernant l'accompagnement avant et pendant la réalisation de votre examen ? :

Selon les centres et les pratiques, certains examens d'endoscopie digestive tels que la fibroscopie et la rectosigmoïdoscopie peuvent être réalisés sans anesthésie générale. Ces endoscopies sont de courte durée mais bien souvent vectrices de beaucoup d'anxiété et de la peur de souffrir pour les patients. Est-ce que l'endoscopie réalisée sous anesthésie locale se déroule mieux si cette anxiété et cette anticipation de la douleur sont prises en compte par le soignant ? Quels outils sont à la disposition de l'infirmier(ère) d'endoscopie digestive ?

Le savoir et savoir-faire du soignant dans un service hautement technique qu'est l'endoscopie ne doit pas éclipser l'importance du savoir-être. Par l'utilisation de différents procédés de la communication thérapeutique et de l'hypnose, l'infirmier(ère) en endoscopie peut personnaliser et sécuriser la relation de soin ainsi que l'accompagnement du patient. L'anxiété pré- et per-endoscopie peut être mesurée par différentes échelles, grâce à un questionnaire distribué au patient avant son examen. L'hypnose peut-elle être utile dans la gestion de cette anxiété et permettre de la diminuer pour améliorer la tolérance du patient et son confort pendant les examens ?

L'hypnose permet de communiquer et de soigner autrement par la mise en place d'un nouveau relationnel au patient qui devient acteur lors de sa prise en charge. Ce procédé nécessite une formation (initiale et continue), un investissement personnel des soignants, et une réflexion quant à l'organisation de cette prise en charge au sein du service.